

**Федеральные клинические  
рекомендации по диагностике и  
лечению синдрома зависимости**

2014

## Коллектив авторов

Агибалова Татьяна Васильевна	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Брюн Евгений Алексеевич	Директор Московского НПЦ наркологии, главный специалист нарколог Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Дудко Тарас Николаевич	Заместитель директора Национального научного центра наркологии, доктор медицинских наук
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующий клиническим отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кошкина Евгения Анатольевна	Директор Национального научного центра наркологии Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Иванович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук

## Оглавление

1. МЕТОДОЛОГИЯ	4
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ.	7
3. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ	10
4. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ	12
5. КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ	14
5.1. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя	14
5.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением опиатов	16
5.3. Синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиноидов.	18
5.4. Синдром зависимости, вызванный употреблением седативных и снотворных средств	20
5.5. Синдром зависимости, вызванный употреблением кокаина	22
5.6. Синдром зависимости, вызванный употреблением стимуляторов	23
5.7. Синдром зависимости, вызванный употреблением галлюциногенов	24
5.8. Синдром зависимости, вызванный употреблением табака	25
5.9. Синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей	27
5.10. Синдром зависимости, вызванный сочетанным употреблением ПАВ	29
6. ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ	29
6.1. Организационные вопросы	29
6.2. Общий алгоритм лечебных мероприятий.	30
6.3. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением	30
7. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.	32
7.1. ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ.	32
7.1.1. Антидепрессанты	32
7.1.3. Антиконвульсанты (нормотимики)	37
7.2. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.	38
7.3. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ.	41
7.4. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ	43
7.5. ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ	45
8. ПСИХОТЕРАПИЯ	48
9. ШКОЛА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ	57
10. ПРОГНОЗ	58

## 1. Методология

### Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных  
поиск литературных научных источников

### Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

### Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

**Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные

	исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

#### Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

#### Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций. Был использован вопросник MERGE, разработанный Департаментом здравоохранения Нового Южного Уэльса. Этот вопросник предназначен для детальной оценки и адаптации в соответствии с требованиями Российского Респираторного Общества (РРО) для соблюдения оптимального баланса между методологической строгостью и возможностью практического применения.

На процессе оценки несомненно может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

#### Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

#### Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

**Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций**

Сила	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как

	1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
<b>C</b>	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+

#### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

#### **Экономический анализ:**

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

#### **Метод валидации рекомендаций:**

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

#### **Описание метода валидации рекомендаций:**

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

#### **Консультация и экспертная оценка:**

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ННЦН (nncn.ru), для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

#### Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

#### Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

## 2. Определение и принципы диагностики.

Диагностика заболевания проводится с помощью клинического метода. Дополнительные сведения дают лабораторные и инструментальные методы диагностики. Формализация диагноза производится с использованием МКБ-10.

**Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10**

F10.2	Синдром зависимости от алкоголя
F11.2	Синдром зависимости от опиоидов
F12.2	Синдром зависимости от каннабиоидов
F13.2	Синдром зависимости от седативных или снотворных веществ (F13.-Т; F13.-Н)
F14.2	Синдром зависимости от кокаина
F15.2	Синдром зависимости от других стимуляторов, включая кофеин (F15.-Т; F15.-Н)
F16.2	Синдром зависимости от галлюциногенов (F16.-Т; F16.-Н)
F17.2	Синдром зависимости от никотина
F18.2	Синдром зависимости от летучих растворителей (F18.-Т; F18.-Н)
F19.2	Синдром зависимости, связанный с сочетанным употреблением наркотиков и других психоактивных веществ (F19.-Т; F19.-Н)

В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у больного расстройства. Акцент сделан на тех диагностических вопросах, связанных с диагностикой заболевания, которые чаще всего возникают в рутинной практике у врача психиатра-нарколога.

1. Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

F 10...алкоголя

F 11...опиоидов

- F 12...каннабиноидов
- F 13...седативных или снотворных средств
- F 14...кокаина
- F 15...психостимуляторов, включая кофеин
- F 16...галлюциногенов
- F 17...табака
- F 18...летучих растворителей
- F 19...сочетанного нескольких ПАВ

2. Заключение об употребляемом веществе делается по субъективным и/или объективным данным.

3. В случае употребления больным более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

4. В случае хаотичного приема веществ, когда последствия употребления клинически не делимы, применяется код F 19.

Важно помнить, что диагноз «Наркомания» устанавливается только в том случае, если ПАВ включено в официальный «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. (Список 1,2,3)». То есть, в случаях зависимости от седативных или снотворных веществ F13, стимуляторов F15, галлюциногенов F16, летучих растворителей F18, употребления нескольких седативных веществ F19 в коде психические расстройства ставится русская буква «Н».

В противном случае расстройство квалифицируется как «токсикомания» и ставится русская буква «Т»; данные буквы устанавливаются в конце шифра (**таблица 3**).

**Таблица 4: Диагностика синдрома зависимости: F 1x.2 третья цифра (четвертый знак) «2»**

1	определение	Сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса веществ занимает в системе ценностей больного ведущее место ( <i>определение по МКБ-10</i> ). Зависимость от ПАВ является заболеванием мозга, сходным по своему течению с другими хроническими болезнями и проявляющимся комплексом поведенческих нарушений, являющихся результатом взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния окружающей среды ( <i>цит. по Анохиной И.П.</i> )
2	диагностические критерии	Диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии трех и более нижеперечисленных симптомов в течение некоторого времени за предыдущий год: 1. Сильная (иногда непреодолимая) потребность принять ПАВ. 2. Нарушение способности контролировать длительность приема и дозировку вещества. 3. Синдром отмены (F1x.3 и 1x.4) характерного для данного вещества. 4. Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены. 5. Признаки толерантности, такие, как повышение дозы вещества для достижения такого эффекта, который достигался ранее меньшей дозой, иногда превышающее предел переносимости.

		<p>6. Прогрессирующее забвение других интересов и удовольствий, кроме употребления вещества.</p> <p>7. Продолжение приема вещества, несмотря на негативные последствия.</p>
3	уточнения	<p>Характер синдрома зависимости <i>в настоящее время</i> уточняется пятым знаком:</p> <p><b>F1x20..</b> в настоящее время воздержание</p> <p><b>F1x21..</b> в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (больница, тюрьма..)</p> <p><b>F1x22..</b> в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии</p> <p><b>F1x23..</b> в настоящее время под клиническим наблюдением, но на лечении, вызывающем отвращение или блокирующими лекарствами</p> <p><b>F1x24..</b> в настоящее время употребление ПАВ.. постоянное употребление</p> <p><b>F1x25..</b> эпизодическое употребление</p> <p>Стадия синдрома зависимости уточняется шестым знаком:</p> <p><b>F1x2x1..</b> начальная (первая) стадия</p> <p><b>F1x2x2..</b> средняя (вторая) стадия</p> <p><b>F1x2x3..</b> конечная (третья) стадия</p> <p><b>F1x2x9..</b> стадия не известна</p>
4	пример диагноза	<p><b>F10.252.</b> Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма употребления. Средняя стадия.</p> <p><b>F 10.232.</b> Синдром зависимости от алкоголя. Средняя стадия. Под клиническим наблюдением, но на лечении сенсibiliзирующими препаратами.</p> <p><b>Стадии наркомании также выставляются в диагнозе</b></p> <p><b>F 11.242.</b> Синдром зависимости от опиоидов. Активная зависимость. (Больной употребил наркотик героин) в день поступления). Средняя стадия.</p> <p><b>F 10.242; F 11.202.</b> Синдром зависимости от алкоголя. Средняя стадия. Активная зависимость. В настоящее время воздержание от опиоидов без поддерживающей терапии, блокирующих лекарств. Средняя стадия. (Больной алкоголизмом в настоящее время полностью воздерживается от употребления опиоидов (Ремиссия)).</p> <p><b>F11.252 «Т».</b> – Синдром зависимости от опиоидов. Постоянная форма. Средняя стадия. Токсикомания. (Буторфанол).</p> <p><b>F15.262. F16.1 «Т».</b> Синдром зависимости от психостимуляторов. Периодическая форма. Средняя стадия. Неоднократное употребление галлюциногенов с вредными последствиями. Токсикомания. (Тропикамид).</p>

### 3. Этиология и патогенез синдрома зависимости

В настоящее время установлено, что психоактивные вещества (ПАВ) проявляют свое действие в трех основных направлениях.

1 – влияя на определенные системы и структуры мозга, вызывают патологическую зависимость.

2 – ПАВ обладают токсическим действием, т.е. способны поражать все органы и системы организма.

3 – зависимость родителей влияет на формирование зависимости у потомства и на развитие у них поведенческих расстройств типа агрессивности, аффективной патологии, девиантных форм поведения, а также снижает адаптационные возможности детей.

Как видно из определения синдрома зависимости, в ее формировании значимую роль играют биологические, генетические, личностные, семейные и средовые факторы (необходимо понимать, что разделение в определенной мере является условным, так как и генетические, и личностные, и семейные факторы являются также биологическими)

**Таблица 5. Этиология и патогенез синдрома зависимости.**

Факторы	Описание
<b>Биологические факторы</b>	<p>Влияние алкоголя и наркотиков на нейрохимические процессы мозга являются основой развития синдрома зависимости. В патогенезе алкоголизма и наркоманий участвуют:</p> <p>1 – дофаминовая (ДА) система в лимбических структурах мозга;</p> <p>2 – эндогенная опиоидная система</p> <p>3 – ГАМК-ергическая система</p> <p>4 – холинергические и никотиновые рецепторы</p>
<b>Генетические факторы</b>	<p><i>1 - Основные клинические маркеры предрасположенности к алкогольной зависимости</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-наличие в роду не менее двух кровных родственников (отец, мать, родной брат и сестра) с достоверно установленным диагнозом алкоголизм;</li> <li>-раннее начало злоупотребления алкоголем и курение табака;</li> <li>-синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве;</li> <li>-эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям;</li> <li>-трудный пубертат с преобладанием черт психического инфантилизма;</li> <li>-дефицит внимания;</li> <li>-постоянный поиск новизны.</li> </ul> <p><i>2 - Основные биологические маркеры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-уменьшенная амплитуда или отсутствие P300-волн в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале;</li> <li>-избыточная бета-активность на ЭЭГ;</li> <li>-низкая концентрация в моче и крови дофамина.</li> </ul> <p><i>3 - Основные генотипические маркеры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- индивидуальный генотипический профиль по трем генам DRD2, DRD4, COMT - коэффициент генетического риска более 10%.</li> </ul>

<p><b>Личностные (индивидуальные) факторы</b></p>	<p>Выделяют следующие группы риска:</p> <p>1 - возбудимые и неустойчивые психопатические личности;</p> <p>2 - психопатии астенического круга с преобладанием повышенной истощаемости</p> <p>3 - психопатии астенического круга с преобладанием ипохондрических расстройств.</p> <p>4 - лица с психопатоподобным вариантом психоорганического синдрома.</p> <p>5 - сниженная устойчивость к стрессам;</p> <p>6 - эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревоги, комплекс неполноценности, сниженная коммуникабельность;</p> <p>7 - сниженный интеллект, слабая мотивация к деятельности, отсутствие социально-позитивных установок и заинтересованности в труде;</p> <p>8 - органические поражения головного мозга: нейроинфекции, интоксикационные поражения, черепно-мозговые травмы, задержка интеллектуального и физического развития, нарушения развития речи, ночной энурез.</p> <p>9 - безразличное отношение к досугу и неумение им распорядиться.</p>
<p><b>Семейные факторы</b></p>	<p>К семейным факторам, способствующим формированию алкогольной зависимости или наркомании относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие психических расстройств, в том числе и алкоголизма, у родителей и родственников;</li> <li>- воспитание в неполной семье, родственниками, в детском доме и пр.;</li> <li>- дисгармоничный характер взаимоотношений в родительской семье;</li> <li>- безразличные и недоброжелательные межличностные отношения родителей. На формирование синдрома зависимости может оказать влияние отсутствие эмоционального и духовного контакта, совместного отдыха и деятельности детей, особенно подростков и родителей</li> <li>- криминальная и антисоциальная направленность членов семьи.</li> </ul>

<b>Средовые факторы</b>	<p>Причинами, влияющими на употребление ПАВ можно назвать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- повышение авторитета личности в группе</li> <li>- мода на употребление ПАВ</li> <li>- безразличие или одобрение потребления наркотиков семьей и сверстниками;</li> <li>- принуждение к употреблению ПАВ;</li> <li>- большее влияние сверстников, а не родителей;</li> <li>- несовместимость мировоззрения родителей и их детей;</li> <li>- высокая потребность в общении с группой, в развлечениях и включенность подростка в увеселительные компании;</li> </ul> <p>Начальный этап употребления ПАВ, наблюдающийся преимущественно в подростковом возрасте связан со следующими мотивациями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- демонстрация взрослого поведения</li> <li>- отчуждение от родительской опеки.</li> <li>- выражение социального протеста и вызовом по отношению к ценностям среды,</li> <li>- экспериментирование,</li> <li>- стремление поучить новый опыт,</li> <li>- поиск удовольствия или расслабления,</li> <li>- средство стать участником субкультурного жизненного стиля,</li> <li>- способ разрешения конфликта или снижения напряжения,</li> <li>- акт отчаяния и пр.</li> </ul>
-------------------------	---

#### 4. Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается путем сбора анамнеза: истории жизни и заболевания; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, проведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т.д.); клинико-психопатологического обследования.

Медицинские услуги назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медико-санитарной или специализированной медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с состоянием больного, то есть по показаниям. Кроме того, есть услуги, которые можно проводить только в стационарных условиях, или наоборот – только в амбулаторных условиях.

**Таблица 6. Медицинские услуги для диагностики синдрома зависимости (в стационарных и амбулаторных условиях)**

<b>1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-невролога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта</li> </ul>
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом</li> </ul>	
<b>2. Лабораторные методы исследования</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Проведение реакции Вассермана (RW)</li> <li>– Общий (клинический) анализ крови</li> <li>– Анализ крови биохимический общетерапевтический</li> <li>– Анализ мочи общий</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Исследование уровня психоактивных веществ в крови</li> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в слюне</li> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски</li> <li>– качественный и количественный анализ углеводдефицитного трансферрина (CDT) в крови</li> <li>– Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови</li> <li>– Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови</li> <li>– Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV1) в крови</li> </ul>
<i>Только в условиях амбулаторного отделения</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски</li> <li>– Исследование антител к психоактивным веществам в крови</li> <li>– качественный и количественный анализ углеводдефицитного трансферрина (CDT) в крови</li> </ul>
<b>3. Инструментальные методы исследования</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Регистрация электрокардиограммы</li> <li>– Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)</li> <li>– Эхоэнцефалография</li> <li>– Электроэнцефалография</li> <li>– Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях</li> <li>– Флюорография легких</li> <li>– Рентгенография легких</li> <li>– Описание и интерпретация рентгенографических изображений</li> </ul>
--	---

## 5. Клиническая диагностика синдрома зависимости

### 5.1. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя

За привычным или эпизодическим пьянством следует *систематическое пьянство*, во время которого формируются основные симптомы алкоголизма. Выпивки учащаются, возникают они практически по любому поводу, значительному или незначительному. Человеку трудно воздерживаться от употребления спиртных напитков, он начинает сам активно искать поводы для выпивки. В периоды вынужденного воздержания от алкоголя (семейные неурядицы, отсутствие денег, работа и пр.) у такого человека возникают расстройства настроения, появляется такое чувство, как будто чего-то не хватает, «все не по себе». Но человек уже знает «свое лекарство»: очередной прием алкоголя снимает все эти неприятные ощущения. Спиртные напитки употребляются, как правило, не реже 1-2 раз в неделю, а в ряде случаев – ежедневно. Но на данном этапе еще сохраняется контроль за количеством потребляемого алкоголя. Исчезают защитные рефлексы.

*Признаки начальной (первой) стадии.*

1. Повышение толерантности – самый ранний и наиболее распространенный признак привыкания к алкоголю и формирования болезни.

2. Формирование патологического влечения к алкоголю. Влечение к алкоголю может быть выражено то более, то менее отчетливо. Нередко желание выпить носит довольно навязчивый характер, отвлекает человека от работы, направляет его энергию на удовлетворение своего желания. Пьянство превращается в основной жизненный интерес. Когда сформировалось влечение к алкоголю, больной не хочет ему препятствовать, а если и хочет, то уже, как правило, не может с ним справиться без врачебной помощи.

3. Утрата контроля над выпитым (вторичное влечение к алкоголю): после первой порции спиртного резко усиливается желание выпить еще, появляется своеобразная «жадность к алкоголю». Потеря контроля над выпитым не исчезает даже после многих лет воздержания от алкоголя, чем и обусловлена невозможность перейти к «умеренному» употреблению алкоголя после лечения и воздержания, а всякая попытка возобновить употребление спиртных напитков неминуемо ведет к рецидиву алкоголизма.

4. Изменение характера опьянения. Появляются запятования, особенно при употреблении оглушающих доз алкоголя. Выраженное опьянение может сопровождаться злобностью, агрессивностью, драчливостью. На первой стадии не все признаки болезни выражены ярко и отчетливо, в частности, синдром отнятия и опохмеления отсутствуют.

*На развернутой (второй) стадии* формируются основные симптомы заболевания. К вышеперечисленным проявлениям присоединяются следующие:

1. Алкогольный абстинентный синдром (похмелье, желание опохмелиться с целью улучшить свое физическое состояние), развивается исподволь, постепенно, не сразу. На первых этапах становления абстинентного синдрома потребность в опохмелении возникает только после приема больших доз алкоголя, в дальнейшем потребность в опохмелении возникает и после небольших количеств выпитого. Клинически абстинентный синдром на первом этапе проявляется головной болью, слабостью, недомоганием, тошнотой, иногда – рвотой, дрожью в руках и в теле, перебоями в сердце. В последующем присоединяются и психические нарушения: больной мучается бессонницей, у него развивается тревога, не может найти себе места, могут возникать беспричинные вспышки раздражительности и злости, в это время держится потливость и дрожь. Длительность абстинентного синдрома от 2 до 7 суток. Толерантность к алкоголю превышает исходную в 5-6 раз

2. Постоянное, перемежающееся и запойное пьянство – одно из проявлений болезни, при котором формируется наиболее привычный ритм употребления спиртных напитков.

Постоянная форма характеризуется длительным, продолжающимся недели и месяцы злоупотреблением алкоголем. Перерывы редки, кратковременны и, как правило, обусловлены экстраординарными ситуациями (например, соматическими заболеваниями, тяжелой или сменной работой и т.д.).

Перемежающаяся форма – на фоне многонедельного или многомесячного пьянства возникают периоды его резкого усиления. В конце такого «запоя» могут быть короткие (1 – 3 дня) перерывы, связанные с истощением организма и непереносимостью спиртных напитков. Затем выраженность этих явлений вновь уменьшается. Наступает период, когда больной пьет относительно умеренно, после чего следует «запой», подобный описанному выше.

Запойная форма – алкоголь употребляется регулярно на протяжении нескольких дней или недель. Потом следуют «светлые промежутки». Их длительность различна – от 7 – 10 дней до нескольких недель и даже месяцев. Начало и прекращение запоев происходят или аутохтонно (истинные запои), или маскируются внешними обстоятельствами (псевдозапои)

3. Изменения личности (алкогольная деградация). Уже во второй стадии проявляются черты «нравственного огрубения», происходит заострение преморбидных черт характера. Начинается интеллектуально-мнестическое снижение: ухудшается внимание, снижается способность запоминать, приобретение новых знаний и навыков затруднительно

*Конечная (третья) стадия.* Наступает выраженное истощение организма. Переносимость алкоголя резко снижается, опьянение возникает уже после небольшого количества спиртного – снижение толерантности. Больной алкоголизмом постоянно находится в опьянении и испытывает непреодолимое желание влечение к алкоголю. «Трезвых дней» мало, они бывают, когда больной не в состоянии достать спиртные напитки. Развиваются психозы, особенно хронические (длительные, затяжные) формы. Утрачивается способность к производительному труду. На этой стадии наиболее выражены поражения внутренних органов и нервной системы: полиневриты, цирроз печени, слабоумие и др.

#### *Синдром отмены*

Непосредственно в структуре синдрома зависимости облигатно присутствует абстинентный синдром, его сформированность является клиническим признаком II стадии.

В динамике болезни синдром отмены утяжеляется и усложняется. Могут наблюдаться присоединение судорожных припадков, психозов (чаще всего – алкогольный делирий), обратимые психоорганические расстройства.

Алкогольный абстинентный синдром возникает в пределах от 6 до 48 часов после последнего употребления спиртного и длится от 2 дней до 2 недель.

*Постабстинентное состояние* возникает после нивелирования алкогольного абстинентного синдрома, проявляется психопатологическими расстройствами: общей слабостью,

недомоганием, сниженным настроением, депрессивными расстройствами, порой устрашающими или тревожными сновидениями, влечением к алкоголю. Длительность постабстинентного состояния – 2-3 недели.

**Таблица 7. Динамика синдромов алкогольной зависимости**

Симптомы и синдромы	Бытовое пьянство	Алкоголизм		
		I стадия	II стадия	III стадия
1. Синдром измененной реактивности				
а) толерантность	растет	растет	растет, плато	снижается
б) защитный рвотный рефлекс на передозировку алкоголя	сохранен	исчезает	отсутствует	отсутствует
в) измененные формы алкогольного опьянения	отсутствуют	отсутствуют	появляются	наблюдаются
г) амнезии опьянения	наркотические	наркотические палимпсесты	палимпсесты, тотальные	тотальные
д) изменение характера употребления алкоголя	систематическое	постоянное на фоне высокой толерантности	постоянное псевдозапой перемежающееся	постоянное на фоне низкой толерантности
2. Абстинентный синдром (ААС)	отсутствует	отсутствует	-абортивный -целостный	целостный
3. Синдром патологического влечения	отсутствует	появляется	есть	есть
4. Изменения личности	отсутствуют	заострение преморбидных черт	алкогольный характер	алкогольная деградация

### **Дифференциальный диагноз**

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Интоксикация барбитуратами, бензодиазепинами

### **5.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением опиатов**

Сроки формирования заболевания зависят от наркогенности применяемого препарата и его способа введения. Наиболее наркогенным является героин, вводимый внутривенно - при его введении становление наркомании наблюдается уже через 3-5 инъекций. Также быстро формируется зависимость при внутривенном употреблении препаратов, приготовленных путем химической обработки опия-сырца, сухой маковой соломки или семян пищевого мака.

Основными признаками *начальной (первой) стадии* зависимости от опиоидов являются: болезненное стремление непрерывно или периодически принимать опиоиды с тем, чтобы испытать определенные желаемые ощущения либо снять явления психического дискомфорта; оно нередко формируется в сжатые сроки (после 2-3 инъекций наркотика). Наступает также перестройка всей функциональной деятельности организма в ответ на хроническое употребление опиоидов. Для этого иногда достаточно 1-2 недель систематического употребления наркотика опиоидной группы. Выраженные физические и психические нарушения проявляются, когда действие опиатов прекращается или их действие нейтрализуется блокаторами опиоидных рецепторов. Развивается толерантность – состояние адаптации к опиоидам, характеризующаяся уменьшенной

реакцией на введение того же самого количества наркотика. Для достижения прежнего эффекта требуется более высокая доза вещества. Данный механизм лежит в основе изменений толерантности. Увеличение толерантности отмечается, как правило, уже через 2 недели — 1 месяц после начала систематического приема опиоидов. Характерен систематический прием опиатов.

В отсутствие наркотика или в перерыве между его введениями больные испытывают неудовлетворенность, ухудшение настроения, состояние психического дискомфорта, которое исчезает сразу же после употребления наркотика. В этот период абстинентный синдром может быть еще не сформирован, сохраняется физиологическое действие наркотика — уменьшение количества мочи, задержка стула, угнетение кашлевого рефлекса, нередко еще сохраняются неприятные ощущения при употреблении опиоидов. Уже на этом этапе все мысли больных, все их интересы сосредоточены на наркотике, а все прочие жизненные проблемы отступают на второй план. Вся жизнедеятельность наркоманов подчиняется только одному: поискам наркотика и возможности его введения.

Возникновение абстинентного синдрома при опийной наркомании свидетельствует о формировании качественно нового этапа заболевания — *второй (средней) стадии зависимости от опиоидов*. Абстинентный синдром формируется примерно через 2 недели — 1,5 месяца после начала систематического употребления опиоидов. К этому времени сформировано влечение к наркотику, выработан определенный, свойственный данному больному ритм употребления наркотика. Толерантность на этом этапе имеет тенденцию к росту, но уже может достигать максимальных цифр. В целом, переносимость наркоманами опиоидов значительно превышает летальные для здорового человека дозы. Характер острой интоксикации меняется по мере развития толерантности к опиоидам. В этот период ослабляются и исчезают физиологические эффекты опиоидов, значительно видоизменяется эйфория. Длительность средней стадии зависимости от опиоидов различна и составляет, в среднем, 5-10 лет.

Затем наступает *конечная (третья) стадия заболевания*. В конечной стадии значительно изменяется действие наркотика. Наркотики вводятся больными только для поддержания работоспособности, нормального настроения, для предотвращения развития абстинентного синдрома. Эйфория после введения наркотиков почти не наблюдается и полностью начинает преобладать стимулирующее действие опиоидов. Толерантность имеет тенденцию к снижению. При введении прежней высокой дозы у больных наблюдается вялость, слабость. Существенно видоизменяется характер абстинентного синдрома. Алгические симптомы становятся менее выраженными, могут ограничиваться общим мышечным дискомфортом. С другой стороны, абстинентный синдром имеет затяжной характер, сопровождается большим количеством сердечно-сосудистых осложнений, в результате чего абстинентный синдром может стать состоянием, опасным для жизни. У больных постоянно сохраняется пониженный фон настроения, очень часто отмечаются суицидальные мысли. Продолжительность абстинентного синдрома достигает 5-6 недель. Но и по прошествии нескольких месяцев у больных сохраняется вялость, слабость, общее недомогание. Работоспособность снижена. Наблюдаются отчетливые колебания настроения. Все время выражено влечение к наркотикам.

#### *Синдром отмены*

Синдром зависимости от опиатов возникает после прекращения длительного интенсивного употребления наркотика или резкого уменьшения его дозы. Развивается через 6 - 24 часов после последнего употребления наркотика.

Основные клинические проявления синдрома отмены опиоидов включают в себя вегетативные, алгические и психопатологические расстройства.

Максимальной выраженности абстинентные расстройства при употреблении опиоидов достигают на 2-3 сутки, а их продолжительность зависит от вида наркотика, длительности

заболевания, проводимого лечения. Острые абстинентные расстройства при героиновой зависимости в условиях лечения редко продолжаются более 7-10 дней.

#### *Постабстинентный период*

В этот период на первый план выступают психопатологические расстройства, являющиеся клиническим оформлением патологического влечения к наркотику. Постабстинентное состояние характеризуется постепенным восстановлением метаболизма и соматического состояния. Психическое состояние на этом этапе характеризуется снижением настроения, дисфорией, ощущением психического дискомфорта, астенией, стойкими нарушениями сна. Актуализация влечения к наркотику отражается на поведении больных. Они становятся злобными, требуют под любым предлогом выписки, дезорганизуют работу в отделении (если они находятся в стационаре). По незначительному поводу у них еще больше снижается настроение, возникают суицидальные тенденции, что требует своевременных терапевтических мероприятий. Влечение к наркотику может принимать непреодолимый характер. В это время крайне высок риск рецидива заболевания. Очень часто отмечается аффективная лабильность с инвертированными суточными колебаниями, когда ухудшение настроения отмечается в вечернее время. Постабстинентное состояние может продолжаться от 2 до 6 недель после исчезновения острой симптоматики.

#### **Дифференциальная диагноз**

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Острые респираторные заболевания, грипп
- Вертеброгенный болевой синдром
- Острый, хронический панкреатит
- Язвенные поражения ЖКТ
- Бактериальные и вирусные гастроэнтериты
- Интоксикация барбитуратами, бензодиазепинами
- Сепсис
- Панические атаки

### **5.3. Синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиноидов.**

Течение зависимости от каннабиноидов прогрессивное, как и вообще при синдроме зависимости. Существуют отличительные особенности: темп развития заболевания часто бывает медленным, соответственно, и рост толерантности также достаточно медленный; психические признаки зависимости преобладают над физическими. Осложнения наступают медленнее, чем при других видах зависимости от наркотиков.

Эпизодическое употребление препаратов конопли может быть достаточно длительным. Даже в течение нескольких лет оно может не сопровождаться формированием зависимости.

В подростковом возрасте употребление каннабиноидов практически всегда происходит в компании сверстников, может носить нерегулярный характер. Основной опасностью употребления каннабиноидов в подростковом возрасте является переход к злоупотреблению другими ПАВ (опиоидами, алкоголем).

При формировании систематического употребления изменяется действие наркотика — нет гиперемии, тахикардии, тревоги.

При ежедневном или почти ежедневном курении препаратов конопли в среднем через 3 месяца появляются признаки зависимости. Влечение к наркотику сопровождается вялостью, сонливостью, снижением настроения.

Толерантность при злоупотреблении каннабиноидами нарастает крайне медленно. Признаками ее роста могут служить следующие: гашиш перестают употреблять вместе с

алкоголем, курят уже без примеси табака, в одиночку, употребляют теплое питье для усиления эффекта.

Формирование *второй стадии* происходит в среднем через 3-5 лет систематического употребления гашиша. Снижается эйфоризирующее действие наркотика, преобладает тонизирующее.

Абстинентный синдром имеет отличительные особенности в виде преобладания психопатологических расстройств над физическими нарушениями. Он характеризуется раздражительностью, ощущением недомогания, усталости, разбитости, выраженной тревогой, потерей аппетита, бессонницей, похуданием, ознобом, тремором, потливостью, сердцебиением. Характерными являются сенестопатические ощущения в разных частях тела (тяжесть и стеснение в груди, затрудненное дыхание, боли и сжатие в области сердца, сжатие и сдавление головы, особенно в темени и висках). На коже и под кожей - ощущение жжения, неприятного покалывания, дергания.

*Конечная (третья) стадия* зависимости от каннабиноидов встречается редко, может наступать через 10 и более лет систематического злоупотребления каннабиноидами. Падает толерантность, наркотик оказывает только тонизирующее действие. Абстинентный синдром носит затяжной характер. Часты психозы с шизофреноподобной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, как на высоте интоксикации, так и в абстинентном синдроме; изменения в нравственной, интеллектуальной, волевой и аффективных сферах.

При длительном употреблении препаратов конопли, как правило, развивается так называемый *амотивационный синдром*, который проявляется апатией, пассивностью, снижением уровня побуждений, неспособностью заниматься деятельностью, требующей сосредоточенности и внимания. Снижаются интеллектуальные способности, ослабевает память; психическая и физическая истощаемость становится практически постоянным признаком. Больные становятся вялыми, пассивными, апатичными, замкнутыми, угрюмыми. Характерны неразбериха в мыслях, разочарованность, депрессия и ощущение изолированности; нарушение координации движения. Эти нарушения обусловлены органическими изменениями в головном мозге.

Люди, употребляющие каннабис, могут испытывать кратковременные острые состояния тревожности, иногда сопровождающиеся параноидными идеями. Тревожность может быть такой сильной, что достигает выраженности панических реакций. Панические реакции (на сленге употребляющих марихуану — «измена»), являются наиболее частой формой адверсивных (нежелательных, вредных) реакций на умеренное курение марихуаны.

#### *Синдром отмены*

Абстинентный синдром характеризуется раздражительностью, ощущением недомогания, усталости, разбитости, потерей аппетита, бессонницей, похуданием, ознобом, тремором, потливостью, сердцебиением. Часто в клинической картине преобладает интенсивная тревога — состояние, схожее с паническими реакциями. Возможны суицидальные попытки. Характерными являются сенестопатические ощущения в разных частях тела (тяжесть и стеснение в груди, затрудненное дыхание, боли и сжатие в области сердца, сжатие и сдавление головы, особенно в темени и висках). На коже и под кожей - ощущение жжения, неприятного покалывания, дергания.

Выраженность влечения к наркотику весьма вариабельна, компульсивное влечение встречается редко. Своего пика абстинентные расстройства достигают на 3-5 сутки, их продолжительность в среднем — 7 дней.

Судорожные синдромы в структуре абстинентного состояния встречаются крайне редко. В отдельных случаях синдром отмены опиоидов осложняется развитием делириозных состояний, которые развиваются остро в период отмены наркотика. В клинической картине психозов отсутствуют выраженное психомоторное возбуждение и наплывы галлюцинаций; как правило, не

развиваются неврологические нарушения, а развитие делирия не сопровождается видимым ухудшением соматического состояния больного.

*Постабстинентный период* характеризуется астенией и ипохондрическими расстройствами.

#### ***Дифференциальная диагностика***

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Пароксизмальная тахикардия
- Панические атаки
- Эндогенные психозы
- Органический амнестический синдром, органическое бредовое расстройство, расстройство личности и поведения органического генеза.

#### **5.4. Синдром зависимости, вызванный употреблением седативных и снотворных средств**

По механизму формирования зависимости можно выделить две основных группы пациентов. Первая категория включает в себя больных, которым данные препараты были назначены врачом при лечении различных психических расстройств. Риск возникновения зависимости высок, особенно при наличии сопутствующей алкогольной или наркотической зависимости и при назначении данных препаратов более 1 месяца.

Ко второй категории относятся пациенты с сопутствующим злоупотреблением алкоголем и наркотиками, начавшие употреблять седативно-снотворные средства самостоятельно с различными целями: самолечение синдрома отмены, уменьшение тревоги или бессонницы, для усиления эффекта наркотиков и, редко, при синдроме отмены кокаина. Приобретенная толерантность к алкоголю или наркотикам оказывается перекрестной к транквилизаторам или снотворным, поэтому больные начинают их быстро повышать, открывая опьяняющие, стимулирующий и эйфоризирующий эффекты седативно-снотворных препаратов.

В результате систематического приема дозы барбитуратов, необходимые для достижения желаемого эффекта, возрастают. Своеобразным рубежом, за которым можно искать признаки зависимости, служит дневной прием снотворного.

*Первая стадия* длится от 2 до 6 месяцев систематического приема барбитуратов. Он характеризуется потребностью в увеличении доз препарата, отсутствием снотворного эффекта от терапевтических доз, нарушениями сна вне его приема. При воздержании от барбитуратов выявляется психический дискомфорт, чувство неудовлетворенности, пониженное настроение, навязчивое желание принять препарат. Появляется потребность в утреннем и дневном приеме барбитуратов.

*Вторая стадия* барбитуровой зависимости длится от 6 месяцев до 3 лет и более. Обычная суточная доза – 1 г., но возможны дозы и 1,5 – 2 г. барбитуратов. На этом этапе толерантность стабилизируется. Заметно меняется характер опьянения: расторможенность и болтливость выражены не сильно, движения становятся координированными, но возрастает склонность к дисфорическим реакциям. На этом этапе утрачивается количественный контроль над дозой препарата. Лишь в состоянии барбитуровой интоксикации ощущается комфорт, активность и работоспособность.

В связи с рано возникающими тяжелыми осложнениями данного типа зависимости *III стадия* заболевания у лиц, злоупотребляющих снотворными, наблюдается редко. Ее достигают, как правило, больные, употребляющие снотворные небарбитуровой группы. В этой стадии наглядны снижение толерантности, утрата способности ощущать эйфорию в интоксикации. Больные начинают комбинировать привычный наркотик с алкоголем и даже нейролептиками; многие переходят на преобладающий прием спиртных напитков. Снотворные принимаются дробными дозами, вызывая лишь некоторую активацию психики и способность двигаться, выполнять

простую работу. Примечательно, что умеренная интоксикация делает больного внешне более здоровым, чем он казался, будучи трезвым. Наступившие к этому времени соматоневрологические осложнения хронической интоксикации крайне тяжелы.

По мере прогрессирования болезни появляется медлительность, замкнутость, подавленность, что нередко сменяется вспышками злобы и гнева. Речь становится невнятной, монотонной, манера говорить отличается медлительностью. Внешне больные выглядят утомленными, изможденными. Кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозны. При осмотре выявляются множественные неврологические расстройства: ослабление реакции зрачков на свет, мидриаз, стойкий горизонтальный нистагм, снижение поверхностных и глубоких рефлексов, признаки орального автоматизма, тремор рук, нарушения координации. Выявляется также нарушение глотания, ухудшение почерка, вялая мимика, мышечная гипотония, нарушение тонких движений и походки.

Прогрессирующее снижение интеллекта, грубые неврологические расстройства приводят к утрате трудоспособности больного и инвалидности. Нарастание слабоумия приводит к морально-этическому распаду личности. Высока частота смертельных исходов при злоупотреблении барбитуратами. Причиной смерти служат самоубийства, несчастные случаи в состоянии опьянения, передозировка барбитуратами.

При злоупотреблении бензодиазепинами также формируется дефект личности, напоминающий органический, сопровождающийся выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями. Лицо становится маскообразным, мимика бедная. Нарастает вялость. Резко падает работоспособность. На этом этапе характерны депрессивный фон настроения, попытки самоубийства.

#### *Синдром отмены*

Как правило, абстинентный синдром развивается на 1-2 день после последнего приема, достигает максимума на 1-2 сутки, длительность 3-4 недели. Сроки наступления синдрома отмены зависят от периода полувыведения принимаемого лекарственного препарата.

К "малым" клиническим проявлениям, которые возникают через 12-16 часов после последнего употребления барбитуратов, относятся: тревожно-тоскливое настроение, агитация, страх надвигающейся катастрофы, раздражительность, обидчивость, слезливость. Поверхностный, непродолжительный тревожный сон вначале с кошмарными сновидениями сменяется полной бессонницей. Отмечаются неустойчивость АД, мышечные подергивания, потливость, тахикардия, тремор рук, тошнота и рвота, психомоторное возбуждение.

"Большие" клинические проявления синдрома отмены проявляются судорожными припадками и психозами. Нередко в структуре синдрома отмены отмечаются преходящие зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии.

К вариантам течения синдрома отмены можно отнести "Синдром рикошета" - обострение симптоматики, которая явилась показанием для приема седативно-снотворных средств при прекращении их приема - например, бессонницы и т.д. Может длиться несколько недель, но стихает со временем.

Симптоматическое обострение - не является проявлением синдрома отмены, но прекращение приема приводит к аффективным или тревожным расстройствам, не утихающим со временем.

*Постабстинентные проявления* весьма схожи с таковыми при алкогольной зависимости.

#### **Дифференциальный диагноз**

- Психические и поведенческие расстройства при употреблении других психоактивных веществ (алкоголизм, синдром зависимости от стимуляторов, кокаина)
- Тревожные расстройства

- Болезни мозжечка
- Дегенеративные заболевания ЦНС
- Алкогольный делирий
- Расстройства настроения
- Феохромоцитома
- Шизофрения
- Судорожные расстройства
- Тиреотоксикоз
- Отравление антихолинэргическими или симпатомиметическими веществами
- Гипертиреозидизм

### 5.5. Синдром зависимости, вызванный употреблением кокаина

Особенностями синдрома зависимости от кокаина являются быстрое формирование психической зависимости, нерезко выраженные проявления физической зависимости, а также преобладание периодической формы употребления наркотика.

Эпизодический прием кокаина короткий, систематическое употребление формируется через 2-6 приемов. Систематическим приемом считается употребление кокаина от 2 до 3 дней в неделю с перерывами по 4-5 дней. При доступности наркотика наблюдается быстрое учащение приема наркотика в течение дня до 2-3 раз и более. То есть, наблюдается стремительный рост толерантности: разовая толерантность увеличивается в 2-3 раза от начальной, т.е. на прием уходит целая «дорожка» длиной и шириной со «спичку», что приблизительно составляет 16-20 мг. На *начальных стадиях* зависимости сохраняется стимулирующее действие кокаина. Средняя длительность интоксикации до 4-5 ч, однако, она индивидуальна для каждого пациента. В течение 3-5 дней после интоксикации сохраняется энергичность, общительность, самоуверенность, что является привлекательным, особенно для подросткового возраста, и может служить мотивом к продолжению употребления.

Абстинентный синдром проявляется выраженным влечением к наркотику, дисфорической депрессией, расстройствами сна и знаменует становление *II стадии* зависимости. При сформировавшемся патологическом влечении прием кокаина учащается до 4-5 раз в неделю, со светлыми промежутками 2-3 дня. Некоторые переходят на внутривенные инъекции кокаина, но большая часть пациентов продолжает интраназальное употребление. В течение *II стадии* толерантность возрастает. Продолжительность опьянения сокращается до 3-4 ч. Наблюдается качественное изменение картины опьянения: стимулирующий эффект исчезает, начинает преобладать тонизирующее действие с улучшением настроения и ясностью и четкостью мыслей в интоксикации, но психомоторное возбуждение отсутствует.

Через 2-3 года употребления тонизирующий эффект начинает уменьшаться, нарастает выраженность влечения, что ведет за собой повышение толерантности с сокращением светлых промежутков и учащением приемов наркотика в течение дня. В интоксикации начинает преобладать внутреннее возбуждение, взбудораженность, симптоматика тревоги, раздражение, злость. Наблюдается нарастание психопатологической симптоматики: мысли путаются, «прыгают», появляется забывчивость: пациенты могут повторять одно и то же, браться сразу за несколько дел, бесконечно звонить по телефону и задавать одни и те же вопросы. Развивается психоорганический синдром. Критика у больных отсутствует. *На этой (третьей) стадии* заболевания могут развиваться кокаиновые психозы. Чаще всего – это кокаиновый делирий.

#### *Синдром отмены*

Возникает после прекращения длительного интенсивного потребления наркотика или резкого уменьшения его количества. Клиника синдрома отмены проявляется преимущественно

психопатологическими расстройствами. Синдром отмены возникает через 24 часа после последнего употребления наркотика, максимальной выраженности расстройства достигают на 3-4 сутки. Острые проявления исчезают в течение 10-14 дней, в тяжелых случаях проявления сохраняются до 1 месяца.

Существование явлений постинтоксикационной дисфории свыше 24 часов уже может рассматриваться как абстинентный синдром или «синдром отмены», который в основном характеризуется депрессивно-дисфорическими расстройствами в сочетании с бессонницей или сонливостью, повышением аппетита, психомоторным возбуждением и, реже, заторможенностью. На фоне синдрома отмены могут вспыхивать отдельные идеи отношения и преследования, появляться суицидальные мысли. Резко выражено компульсивное влечение к наркотику.

Вслед за этим периодом, как правило, начинается период хронической дисфории и ангедонии. Больные отчетливо ощущают неполноценность собственного существования, безысходность, испытывают чувство внутренней пустоты, безрадостность и т.д. При этом влечение к наркотику имеет отчетливое психопатологическое оформление в виде стойкой ангедонической депрессии и может принимать непреодолимый характер, что приводит к рецидиву. В *постабстинентном периоде* депрессивные расстройства продолжительностью от 2-х недель до 2-х месяцев, имеют тенденцию к ослаблению и исчезновению. Однако даже если полная ремиссия продолжается в течение нескольких месяцев, нередко наблюдается периодическое возобновление влечения к наркотику, сопровождаемое дисфорическими и депрессивными расстройствами, характерными для фазы постинтоксикационной дисфории. Влечение может проявляться и само по себе как воспоминание об отчетливой эйфории, вызываемой кокаином, без сопутствующих депрессивных симптомов.

#### ***Дифференциальный диагноз***

- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением амфетаминов.
- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением галлюциногенов
- Биполярное аффективное расстройство
- Делирий
- Бредовые расстройства
- Панические расстройства
- Шизоаффективные расстройства
- Шизофрения
- Расстройства сна

#### **5.6. Синдром зависимости, вызванный употреблением стимуляторов**

Психостимуляторы употребляют, как правило, циклически, периодически. Больные вводят наркотик круглосуточно в течение нескольких дней, затем наступает «отдых», после которого цикл повторяется. Количество дней употребления наркотика и дней отдыха индивидуально. На фоне возникающего психического и физического истощения циклы редко продолжаются более 5-7 дней. На исходе таких циклов появляется отвращение к наркотику.

Для снятия постинтоксикационных проявлений, сопровождающихся бессонницей, больные часто прибегают к употреблению седативно-снотворных препаратов или к приему алкоголя.

Фаза «отдыха» длится в среднем 3-4 дня. В этот период «отдыха» от психостимуляторов отмечается выраженная сонливость, повышенный аппетит, дисфория.

Признаки зависимости к амфетаминам формируются обычно через 2-4 недели регулярного употребления наркотика. При регулярном употреблении амфетаминов стимулирующее действие

ослабляется и для получения приятных ощущений больные вынуждены повышать дозу. Толерантность нарастает в основном за счет кратности приема.

Непрерывное употребление психостимуляторов встречается реже. На начальном этапе зависимости у этих больных так же, как и у употребляющих наркотики циклически, наблюдается отсутствие сна и аппетита, что побуждает их прибегать к употреблению седативно-снотворных препаратов. В дальнейшем наступает адаптация к наркотику, появляется аппетит, восстанавливается ночной сон. Толерантность при непрерывном употреблении нарастает медленнее. В ряде случаев может наблюдаться переход с циклического злоупотребления на непрерывное. Обратного перехода обычно не наблюдается.

#### *Синдром отмены*

Синдром отмены возникает через 12-24 часа после последнего употребления амфетаминов, максимальной выраженности расстройства достигают на 2-4 сутки. Абстинентный синдром характеризуется усталостью, ощущением разбитости, заторможенностью, нарушениями сна – бессонницей или сонливостью с кошмарными сновидениями. Нередко отмечаются раздражительность, злобность, истерические реакции со склонностью к аутоагрессии. Выраженное астеническое или астено-депрессивное состояние может сопровождаться идеями самообвинения и суицидальными попытками. Могут отмечаться отдельные идеи отношения, преследования. Острые проявления абстинентных расстройств исчезают в течение 7-14 дней, в тяжелых случаях проявления сохраняются до 1 месяца. При отнятии стимуляторов могут наблюдаться психозы в виде помрачения сознания по типу делириозного с речевым и двигательным возбуждением хронические амфетаминовые психозы, продолжающиеся от 2-3 недель до нескольких месяцев.

#### *Постабстинентный период*

Абстинентное состояние сменяется нарастающей дисфорией с повышенной агрессивностью, неуправляемостью. Патологическое влечение к наркотику отличается крайней интенсивностью и аффективной насыщенностью.

### **Дифференциальный диагноз**

- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением кокаина, галлюциногенов
- Синдром отмены алкоголя, бензодиазепинов, барбитуратов.
- Передозировка кофеином
- Делирий, в т.ч. холинолитический
- Панические расстройства
- Шизофрения
- Гипертиреозидизм
- Острая порфирия
- Аффективное, шизоаффективное расстройство

### **5.7. Синдром зависимости, вызванный употреблением галлюциногенов**

Формирование синдрома зависимости несколько отличается от других видов зависимости. Психическая зависимость может сформироваться быстро (антихолинергические препараты, диссоциативные анестетики), а может формироваться достаточно длительно (ЛСД), при употреблении некоторых растительных серотонинергических галлюциногенов (псилоцибин, мескалин) формирование синдрома зависимости не описано.

Патологическое влечение к некоторым галлюциногенам (ЛСД, фенциклидин) формируется иногда уже после нескольких инъекций. Но возможно эпизодическое введение наркотиков в течение года и более.

Физическая зависимость при употреблении галлюциногенов проявляется в виде нерезких сомато-вегетативных нарушений.

Многие лица, употребляющие серотонинергические галлюциногены, самостоятельно прекращают употребление через какое-то время. Но у определенной части больных развивается тяжелый синдром зависимости с ростом толерантности, медико-социальными последствиями.

Антихолинергические и диссоциативные галлюциногены отличаются тем, что при даже при еще формирующемся заболевании могут проявиться последствия употребления ПАВ – грубые психоорганические расстройства вследствие перенесенных психотических состояний.

#### *Синдром отмены*

Абстинентный синдром при употреблении ЛСД, псилоцибина и мескалина, кетамина, фенциклидина, по данным большинства исследователей, отсутствует. В отдельных случаях при длительном систематическом употреблении могут встречаться нарушения сна, вегетативная дисфункция, общий дискомфорт продолжительностью 7-10 дней, переходящие в выраженное астено-апатическое состояние.

*Постабстинентные расстройства* не описаны.

#### **Дифференциальный диагноз**

- Шизофрения
- Шизоаффективное расстройство
- Депрессивный эпизод с психотическими расстройствами
- Органическая нарколепсия
- Острая интоксикация каннабиноидами
- Деменции различной этиологии
- Гипнагогические галлюцинации в структуре наркологических или психических заболеваний
- Алкогольная интоксикация
- Немедицинское употребление антидепрессантов, других «аптечных» препаратов.

### **5.8. Синдром зависимости, вызванный употреблением табака**

#### *Начальная (первая) стадия табачной зависимости*

За эпизодическим курением, продолжающимся, как правило, несколько месяцев, следует систематическое употребление никотина, во время которого формируются основные синдромы и симптомы табачной зависимости. Развивается психическая зависимость от табака, выражающаяся обсессивным (навязчивым) влечением к никотину, которое может даже отвлечь человека от работы, направить его энергию на удовлетворение своего желания. Формируется патологическое влечение к никотину, проявляющееся «желанием курить», ощущением, что курение повышает настроение, улучшает самочувствие. Изменяется реактивность на действие никотина: увеличивается количество выкуриваемых сигарет (папирос), в пределах 10-15 штук в день, исчезают защитные реакции (психосоматическая диссоциация), наблюдавшиеся при первых пробах табака, изменяется форма потребления табака – с группового на одиночное курение. Физическая зависимость при первой стадии табачной зависимости отсутствует. Отсутствуют также признаки психических, соматических или неврологических изменений организма. Как правило, пациенты в этой стадии к врачам не обращаются, больными себя не считают, оправдываясь пресловутым «хочу - курю, хочу – не курю», не чувствуют отрицательных последствий действия никотина на здоровье.

*Во второй (средней, субкомпенсированной) стадии* к специфической симптоматике присоединяется физическая зависимость от табака. Толерантность к никотину сначала продолжает расти, затем достигает «плато» - максимальной переносимости - до 30-60 сигарет в день.

Усугубляются проявления синдрома патологического влечения – желание закурить возникает при любом изменении внешней ситуации, после незначительной физической или интеллектуальной нагрузки и др. Появляются труднообратимые соматические расстройства – бронхит, фарингит, колебания АД, изжога, чувство общего дискомфорта, кроме того, присоединяются аффективные колебания, повышенная раздражительность, нарушения сна; может снизиться трудоспособность.

Во второй стадии формируется большинство симптомов заболевания. Ко всем вышеперечисленным проявлениям присоединяются следующие:

1 - *Табачный абстинентный синдром (ТАС)*. При длительном воздержании от курения табака (24-48 часов) появляются первые признаки синдрома отмены, проявляющиеся преимущественно неврозоподобными расстройствами и аффективными нарушениями. Клинически абстинентный синдром проявляется слабостью, недомоганием, головной болью, тошнотой, иногда – рвотой, рассредоточенностью, суетливостью, беспокойством, идеаторной заторможенностью или наоборот, появлением ментизма с тревожными опасениями, элементами дереализационной симптоматики, гипотимией, тоскливостью и т.д. В последующем присоединяются бессонница, тревога, больной не может найти себе места, могут возникать беспричинные вспышки раздражительности и злости, появляются симптомы депрессии, в это время держится потливость и внутренняя напряженность. Отличительной особенностью табачного (никотинового) синдрома отмены является нелинейная зависимость между тяжестью отдельных симптомов и количеством потребления никотина. Так, аффективные нарушения в случае массивного табакокурения резко усиливаются, что не характерно для нарушений пищевого поведения, гастроинтестинальных, кардиальных и др. симптомов. При тяжелом никотиновом абстинентном синдроме сила аффективных нарушений достигает степени депрессии. Некоторые симптомы (повышенный аппетит, трудности концентрации внимания) могут оставаться в течение нескольких месяцев. ТАС, возникнув, уже не исчезает даже после многих лет воздержания от курения. Он может только утяжеляться. Этим во многом и определяется врачебная тактика: добиться полного воздержания от никотина, исключить употребление табака в течение всей дальнейшей жизни. Длительность ТАС от 3-4 дней до 1,5 недель.

2 - постоянная или периодическая форма употребления табака – одно из проявлений болезни, при котором формируется, так скажем, наиболее привычный ритм злоупотребления никотином. Для периодического типа течения характерны «светлые» промежутки в течение дня, когда больные забывают о курении на 30-40 минут. Интенсивность курения табака при периодической форме от 15 до 30 штук сигарет (папирос) в день. Для постоянного типа течения характерно присутствие постоянной тяги к курению, несмотря на текущую деятельность. При таком типе больные выкуривают в течение дня от 30 до 60 штук табачных изделий.

3 - нарушение психической деятельности. В их структуре основное место занимают общеневротические (астенические) расстройства и аффективные нарушения. Эти нарушения выражены сильнее, чем у некурящих, и выступают в качестве факторов, способствующих поддержанию и усугублению табачной зависимости.

Продолжительность хронической стадии табачной зависимости от 5 до 20 и более лет.

*Третья стадия* характеризуется автоматическим, беспорядочным или беспричинным курением, зачастую уже без чувства комфорта при курении, с постепенным снижением толерантности к никотину. Расстройства, свойственные второй стадии, становятся максимально выраженными. Соматические последствия зачастую необратимы.

1 - происходит изменение реактивности организма. Это выражается в снижении толерантности; курение, как правило, вызывает неприятные ощущения, боли в области сердца, учащение пульса, повышение артериального давления, общий дискомфорт. Все это ведет к снижению количества употребляемых сигарет (папирос).

2 - постепенно снижается психическая зависимость от никотина. Комфорт от употребления табака с годами проявляется все меньше, часто просто остается автоматическая привычка курить.

3 - физическое влечение (зависимость) проявляется в виде неглубокого абстинентного синдрома. 4) Соматические изменения появляются во многих органах и системах. В полости рта - стоматиты, гингивиты, глосситы. В дыхательной системе - бронхиты, пневмония, бронхоэктазы, эмфизема. В сердечно-сосудистой - гипертоническая болезнь, инфаркты, облитерирующие энтериты. Отмечаются изменения обменных процессов - преимущественно с нарушением витаминного баланса, снижается зрение. Особенно следует отметить возможность появления предраковых и раковых состояний. Со стороны неврологии возникают описанные невриты, возможны инсульты.

*Постабстинентное состояние* - возникает после нивелирования острых расстройств табачного абстинентного синдрома. Оно проявляется комплексом неприятных симптомов в виде общей физической слабости, сниженным настроением, депрессиями, быстрой утомляемостью. Как правило, дополнительно отмечаются плохой сон, затруднения при работе, низкая работоспособность, навязчивые мысли о никотине и желание закурить. Процесс может занимать до 12 месяцев, кроме того, человек может пережить несколько эпизодов синдрома отмены.

#### **Дифференциальный диагноз**

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других видов ПАВ (ингалянтов, токсических веществ, каннабиноидов и др.)
- Соматические заболевания иной этиологии

### **5.9. Синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей**

Соответствует общим закономерностям формирования наркоманий и токсикоманий. Среди подростков, злоупотребляющих ингалянтами, значительное число лиц с признаками резидуального поражения ЦНС, примитивных лиц с ограниченными интересами.

Вначале вдыхание паров органических растворителей носит групповой характер. Этап эпизодического употребления продолжается от 1 до 6 месяцев, реже – до 1 года. При продолжении ингаляций постепенно формируется синдром зависимости. Ингалянты вдыхают чаще - 3-4 раза в неделю, а далее - ежедневно, иногда по несколько раз в день.

Одним из основных признаков сформировавшейся зависимости является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному. Появляется резко выраженное влечение к приему органических растворителей. Толерантность к ингалянтам установить трудно, так как их трудно дозировать. Косвенно об увеличении толерантности можно судить по учащению эксцессов ингаляции (вначале 1 раз в неделю, затем 3–4 раза в неделю, а потом ежедневно), увеличению количества вдыхаемого растворителя в 4–5 раз по сравнению с первоначальным. Толерантность также зависит от способа ингаляции и умения дышать.

При хроническом злоупотреблении ингалянтами развивается токсическая энцефалопатия с признаками мозговой атрофии и хроническими двигательными нарушениями. Появляются выраженные нарушения центральной, периферической и вегетативной нервной системы (*таблица 8*). Нередко встречается полинейропатия, проявляющаяся в снижении чувствительности, ослаблении рефлексов, парестезиях кистей и стоп, онемением по типу "носков" и "перчаток", сочетающаяся с мышечной гипотрофией и акрогипергидрозом. Токсическое поражение нервных окончаний в головном мозге приводит к ухудшению зрения вплоть до слепоты, а также к звону в ушах и ослаблению слуха.

При хронической интоксикации ингалянтами возникают нарушения сердечного ритма в виде наджелудочковой тахикардии и желудочковой экстрасистолии.

Признаки токсического поражения почек выявляются преимущественно лабораторными показателями: азотемия, помутнение мочи, симптоматикой токсического гломерулонефрита. При этом пациенты часто предъявляют жалобы на боли в пояснице.

Токсическое поражение печени проявляется в виде болей в подреберье, тошноты, рвоты, субфебрильной температуры, нередко - желтушностью кожных покровов.

**Таблица 8. Признаки хронического употребления ингалянтов**

Общий осмотр	Пятна клея или краски на лице, руках, одежде
	Сыпь «токсикомана» - эритематозное воспаление кожи вокруг рта и слизистых, сухая, потрескавшаяся кожа, нередко с присоединением бактериальной инфекции
	Следы химических или термических ожогов на лице и руках
	Инъецированность склер
	Желтушность кожных покровов
	Цианоз
	Химический запах от пациента
	Хронический насморк
ЦНС	Нарушения памяти
	Снижение сообразительности и работоспособности
	Отвлекаемость, неспособность сосредоточиться
	Нистагм
	Психомоторная заторможенность
	Светобоязнь
	Периферическая полинейропатия
	Припадки
Органы и системы	Тахикардия, аритмия, гипотензия
	Токсический гломерулонефрит
	Токсическое поражение печени
	Свистящее дыхание, хрипы в легких

#### *Синдром отмены.*

Формируется через 6-12 месяцев после начала злоупотребления; при сформированном синдроме зависимости возникает через 1-3 суток после последнего употребления.

Проявляется в виде вялости, разбитости, неприятных ощущений в теле, головной боли, потливости, головокружения, тошноты, плохого сна, пониженного настроения и раздражительности. Учитывая возрастной фактор, вышеназванные проявления нередко принимаются у подростков за проявления вегетососудистой дистонии. Такие нарушения могут сохраняться в течение 3-5 суток. На 5-7 сутки присоединяется астенодепрессивная симптоматика. На 4-5 сутки синдром отмены может осложниться развитием острого психоза, длящегося от нескольких часов до 3 суток и представляющего собой делирий с иллюзиями, истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями. В целом, продолжительность синдрома отмены в условиях лечения около 2-х недель.

*Постабстинентный период* протекает аналогично таковому при алкогольной зависимости.

#### **Дифференциальный диагноз**

- Алкогольная полинейропатия
- Тромбоз мозговых вен
- Эпидуральная гематома
- Травмы головного мозга
- Отравления метанолом, монооксидом углерода
- Злоупотребление алкоголем, кокаином, каннабиноидами, галлюциногенами
- Органические заболевания мозга

- Энцефалопатии различного генеза

## 5.10. Синдром зависимости, вызванный сочетанным употреблением ПАВ

Клиника употребления с вредными последствиями, синдрома зависимости и отмены, психозов зависит от преобладающего психоактивного вещества. Часты энцефалопатии и рано развивается синдром деменции с неврологическими нарушениями.

### ***Дифференциальный диагноз***

Следует дифференцировать с *аномалиями личности*, при которых прием различных препаратов «компенсирует» проблемы становления личности или общение, а также с *органическими расстройствами личности*.

## 6. Терапия синдрома зависимости

### 6.1. Организационные вопросы

Терапия синдрома зависимости – процесс многоэтапный, комплексный, индивидуальный и длительный.

Терапия синдрома зависимости может осуществляться в стационарных и амбулаторных условиях.

В стационарных условиях рекомендованный курс лечения составляет в среднем до 28 дней (как правило, 2,5-3 недели)

В амбулаторных условиях рекомендованный курс лечения составляет в среднем до 90 дней (как правило, 2,5-3 месяца)

Лечение в стационарных условиях рекомендовано при средне-тяжелом и тяжелом состоянии больного на момент решения вопроса о выборе условий оказания медицинской помощи.

Лечение в амбулаторных условиях рекомендовано при состоянии легкой степени тяжести больного на момент решения вопроса о выборе условий оказания медицинской помощи.

Ориентировочными клиническими критериями для лечения в стационарных условиях могут служить следующие:

1. показатели тяжести течения заболевания: средняя или высокая степень прогрессивности заболевания; постоянная или перемежающаяся форма употребления ПАВ; высокая толерантность к ПАВ. Эти признаки с высокой степенью вероятности предполагают развитие обострений хронических заболеваний и выраженные психопатологические расстройства не только в остром, но и в подостром состоянии);
2. тяжело и/или длительно протекавший абстинентный синдром;
3. синдром зависимости, сопровождающийся выраженными соматическими и неврологическими осложнениями;
4. выраженное (безудержное, неодолимое) влечение к ПАВ;
5. заметное снижение критических способностей и низкая мотивация больного на поддержание трезвого образа жизни;
6. кратковременные, нестойкие ремиссии или их отсутствие.

### 6.2. Общий алгоритм лечебных мероприятий.

Терапия назначается с учетом задач (мишеней) терапии, использованием определенной тактики, общего алгоритма лечебных мероприятий и оценкой эффективности проводимого лечения.

#### *Задачи терапии:*

- 1 – подавление синдрома патологического влечения;
- 2 – терапия соматоневрологических последствий хронической интоксикации ПАВ

*Тактика терапии:* проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения

*Критерий эффективности лечения:* стабилизация психофизического состояния больного

#### *Общий алгоритм лечебных мероприятий:*

- 1 – назначение психофармакотерапии по показаниям
- 2 – назначение терапии, направленной на соматические нарушения
- 3 – назначение специфических средств
- 4 – проведение психотерапии
- 5 – мониторинг состояния

### 6.3. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением

Назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медико-санитарной или специализированной медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с состоянием больного, то есть по показаниям. Кроме того, есть услуги, которые можно проводить только в стационарных условиях, или наоборот – только в амбулаторных условиях. Например, при стационарном лечении больной должен быть ежедневно осмотрен врачом психиатром-наркологом. В амбулаторных же условиях в этом нет необходимости, поэтому проводится осмотр (консультация) врача психиатра-нарколога.

**Таблица 9. Медицинские услуги для лечения синдрома зависимости, состояния и контроля за лечением в условиях стационарного и амбулаторного отделения**

<b>1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта</li> <li>– Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-невролога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта</li> </ul>
<i>Только в условиях амбулаторного отделения</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (осмотр, консультация)</li> </ul>	

врача психиатра-нарколога	
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
– Ежедневный осмотр врачом-психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом</li> <li>– Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом</li> <li>– Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта</li> </ul>
<b>2. Лабораторные методы исследования</b>	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
– Анализ крови биохимический общетерапевтический	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Исследование уровня психоактивных веществ в крови</li> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в слюне</li> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски</li> <li>– качественный и количественный анализ углеводов-дефицитного трансферрина (CDT) в крови</li> <li>– Тест на кровь в моче</li> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в моче</li> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски</li> <li>– Общий (клинический) анализ крови</li> <li>– Анализ мочи общий</li> </ul>
<i>Только в условиях амбулаторного отделения</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Общий клинический анализ крови</li> <li>– Анализ мочи общий</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Исследование антител к психоактивным веществам в крови</li> <li>– качественный и количественный анализ углеводов-дефицитного трансферрина (CDT) в крови</li> </ul>
<b>3. Инструментальные методы исследования</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)</li> <li>– Эхоэнцефалография</li> <li>– Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных</li> <li>– Регистрация электрокардиограммы</li> <li>– Электроэнцефалография</li> <li>– Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях</li> <li>– Рентгенография легких</li> <li>– Флюорография легких</li> <li>– Описание и интерпретация рентгенографических изображений</li> </ul>
<b>4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
	– Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)

## 7. Медикаментозное лечение.

Лекарственные средства, применяемые на этапах противорецидивной и стабилизирующей терапии, можно разделить на 3 группы:

- 1 – психотропные препараты: применяют как в психиатрии, так и в наркологии;
- 2 – специфические препараты: применяют преимущественно в наркологии;
- 3 – системные (соматические) препараты: применяют в терапии, наркологии.

### 7.1. Психотропные препараты.

#### 7.1.1. Антидепрессанты

Применение *антидепрессантов* считается терапией выбора при наличии аффективных (депрессивных) расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ (таблица 10).

Таблица 10. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антидепрессанты<sup>1</sup>

Лекарственное средство	Показания <small>степень доказательности</small>	Дозы и применение
Амитриптилин	Тревожно-депрессивные состояния, ажитация, собственно депрессивные проявления при алкогольной зависимости и наркомании <sup>A</sup>	25-200 мг, средняя суточная доза 75-100 мг
Имипрамин	Астенодепрессивные состояния, сопровождающиеся моторной и идеаторной заторможенностью, снижением побудительной активности, бездеятельностью в структуре постабстинентных расстройств при опиоидной зависимости <sup>B</sup> . Алкогольная депрессия. Синдром отмены кокаина <sup>B</sup> .	25-250 мг, средняя суточная доза 75-150 мг
Кломипрамин	Депрессивные состояния у больных с алкогольной зависимостью <sup>B</sup> . В комплексной терапии постабстинентных расстройств при опиоидной зависимости, зависимости от амфетаминов, кокаинизме <sup>B</sup> . Патологическое влечение к ПАВ, проявляющееся компульсивными расстройствами и с навязчивостями <sup>B</sup>	75-250 мг, средняя суточная доза 75-150 мг
Мапротилин	Абстинентные <sup>C</sup> и постабстинентные аффективные нарушения у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией, в т.ч. амфетаминовая и кокаиновая зависимость <sup>B</sup> .	25-225 мг, средняя суточная доза 50-75 мг

<sup>1</sup> Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: **A** – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; **B** – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; **C** – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

Миансерин	Абстинентные <sup>С</sup> и постабстинентные аффективные нарушения у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup>В</sup> . Диссомнические расстройства у больных с алкогольной зависимостью <sup>В</sup>	30-90 мг, оптимальная доза – 60 мг
Пипофезин	Аффективные нарушения легкой и умеренной степени выраженности с преобладанием тревоги у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup>В</sup>	50-200 мг, средняя суточная доза – 75-150 мг
Тразодон	Неглубокая алкогольная депрессия <sup>В</sup> . Комплексная терапия абстинентных и постабстинентных нарушений при опийной наркомании <sup>В</sup> ; зависимость от бензодиазепинов <sup>В</sup> . В комплексной терапии постабстинентных расстройств при зависимости от амфетаминов <sup>В</sup> . Диссомнические расстройства у наркологических больных <sup>В</sup> .	50-600 мг, средняя суточная доза 225–450 мг
Моклобемид <sup>2</sup>	Депрессия с адинамией и заторможенностью у больных с алкогольной зависимостью <sup>В</sup> . Неглубокие аффективные расстройства в структуре опиоидной зависимости и злоупотребления амфетаминами <sup>В</sup> . Ипохондрические расстройства в структуре ремиссии алкогольной зависимости	300-600 мг, средняя суточная доза – до 600 мг.
Пирлиндол	ААС <sup>С</sup> . Депрессии и тревожно-депрессивные расстройства у больных с алкогольной зависимостью <sup>В</sup> . Комплексная терапия постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости <sup>В</sup> .	50-300 мг, средняя суточная доза 50-150 мг
Пароксетин	Депрессивные состояния обсессивно-компульсивного, фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью <sup>А</sup> .	10-60 мг, средняя суточная доза 10-20 мг
Сертралин	Депрессивные состояния ипохондрического, обсессивно-фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью <sup>А</sup> . Комплексная терапия постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости <sup>В</sup> .	25-200 мг, средняя суточная доза 25-150 мг
Флувоксамин	Депрессивные состояния ипохондрического, обсессивно-фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью <sup>А</sup> . Комплексная терапия абстинентных и постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости <sup>В</sup> .	50-200 мг, средняя суточная доза 50-150 мг
Флуоксетин	Депрессивные, обсессивно-фобические и компульсивные расстройства у больных с алкогольной зависимостью <sup>А</sup> . Патологическое влечение к алкоголю. Психопатические расстройства, дисфорические проявления и негативизм в отношении лечения у больных опийной наркоманией <sup>В</sup> . Постабстинентные нарушения при зависимости от психостимуляторов <sup>В</sup>	20 мг. Максимальная доза – 80 мг
Циталопрам	Комбинированная терапия алкогольной зависимости и	20 мг.

<sup>2</sup> Препарат не используется широко в практике.

	наркомании <sup>B</sup> . Алкогольная депрессия с тревогой, обсессивными и ипохондрическими расстройствами <sup>B</sup>	Максимальная доза – 40 мг
Эсциталопрам	См. Циталопрам	20 мг. Максимальная доза – 40 мг
Адеметионин	Легкая и умеренная депрессия при алкогольной зависимости <sup>B</sup> .	400-1600 мг. Средняя суточная доза 800-1600 мг
Венлафаксин	Депрессия у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup>B</sup>	75-225-375 мг. Средняя суточная доза 75-225 мг
Дулоксетин	Депрессия у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup>B</sup>	60-120 мг в день

При выборе антидепрессанта предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим, наряду с тимолептическим, седативным или сбалансированным действием. Некоторые антидепрессанты можно вводить внутримышечно, в частности, амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин, а затем переходить на пероральный приём.

В случае использования антидепрессантов следует понимать, что речь идет о купировании синдрома патологического влечения, то есть депрессивной симптоматики в его структуре. *Важно отметить, что эффект редукции влечения к ПАВ возникает уже в первые несколько дней приема антидепрессантов, задолго до того, как развивается их антидепрессивное действие.* Таким образом, подавление патологического влечения к ПАВ является вполне самостоятельным их свойством (В.Б. Альшулер, 2009). Быстрый терапевтический эффект достигается также при капельном внутривенном введении антидепрессантов: мелипрамина (150-200-300 мг в сутки), амитриптилина (75-100 мг в сутки), людиомила (до 80-100 мг). Всю суточную дозу можно вводить один раз медленно, в течение 1,5-2 часов. Можно проводить от 1-2 до 7-10 таких процедур. Инфузионную терапию лучше проводить в вечернее время (амитриптилин, людиомил), но можно и в дневное (имипрамин). Следует помнить, что все манипуляции, связанные с внутривенным введением препаратов, в том числе и капельным методом, могут обострять влечение к ПАВ. Поэтому назначать их следует только при наличии строгих показаний.

Следует отметить, что антидепрессанты применяются на всех этапах лечения болезней зависимости. Антидепрессанты с наличием холинолитического действия не применяются в абстинентных синдромах. При выраженных депрессивных нарушениях, расстройствах сна предпочтение отдается СИОЗС, СИОЗСН, как более безопасным лекарственным средствам.

### 7.1.2. Антипсихотики (нейролептики)

При обострениях первичного патологического влечения к ПАВ применяются *антипсихотики*. Среди них предпочтительны те, которые в относительно меньшей мере вызывают побочные экстрапирамидные эффекты. Используемые в наркологической практике приведены в *таблице 11*.

**Таблица 11. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антипсихотики<sup>3</sup>**

<sup>3</sup> Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: **A** – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; **B** – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; **C** – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

Лекарственное средство	Показания <small>степень доказательности</small>	Дозы и применение
<b>Алимемазин</b>	Невротические, неврозоподобные и психопатоподобные состояния, тревожно-депрессивное состояние у больных алкогольной зависимостью <sup>A</sup> и наркоманией <sup>B</sup> . У больных АЗ с целью купирования нарушений сна <sup>A</sup>	5-80 мг, 5-10мг – снотворная доза; 60-80 мг – анксиолитическая доза
<b>Галоперидол</b>	Алкогольные психозы, в т.ч. токсические <sup>A</sup> . Психозы, вызванные психостимуляторами (амфетамины, кокаин) <sup>B</sup> . Болевой синдром при ОАС <sup>B</sup> . Аггравационные и сверхценные (в т.ч. ипохондрические) образования при алкогольной зависимости и наркомании <sup>B</sup> .	1,5–20 мг
<b>Галоперидола деканоат</b>	Поддерживающая противорецидивная терапия при алкогольной зависимости и наркомании <sup>B</sup>	25-75 мг 1 раз в 4 недели
<b>Дроперидол</b>	Алкогольный делирий <sup>B</sup>	2,5-5 мг
<b>Зуклопентиксол</b>	Состояние тревоги, ипохондрические и другие сверхценные образования, раздражительность, конфликтность, патологические влечения и аддиктивные тенденции в поведении, развивающиеся в структуре постабстинентных расстройств у больных наркоманией <sup>B</sup>	25-100 мг внутрь 50–150 мг в/м
<b>Зуклопентиксола деканоат</b>	Поддерживающая противорецидивная терапия при наркоманиях <sup>B</sup> .	200-400 мг в/м 1 раз в 4 недели
<b>Кветиапин</b>	Алкогольные психозы, в т.ч. токсические <sup>B</sup> . Психозы, вызванные психостимуляторами (амфетамины, кокаин) <sup>B</sup> . Психопатоподобная симптоматика у больных с опийной наркоманией и полинаркоманией <sup>B</sup> .	50-600 мг
<b>Клозапин</b>	Купирование психомоторного возбуждения <sup>A</sup> , аффективной напряженности, снижения агрессии и асоциальных тенденций у больных с наркоманией <sup>B</sup> . Стойкие нарушения сна у зависимых от опиоидов лиц <sup>B</sup> .	12,5 – 100 мг средняя суточная доза
<b>Левомепромазин</b>	Алкогольные психозы <sup>B</sup> . Абстинентные и диссомнические расстройства у больных с опиоидной зависимостью <sup>B</sup> . Психозы, вызванные психостимуляторами <sup>B</sup>	25-100 мг
<b>Перициазин</b>	Психопатоподобные состояния, повышенная раздражительность, конфликтность, враждебность и агрессия при алкогольной зависимости и наркомании <sup>B</sup>	3-30 мг
<b>Перфеназин</b>	Алкогольные психозы <sup>B</sup> . Абстинентные и диссомнические расстройства у больных с опиоидной зависимостью <sup>B</sup>	4-16 мг
<b>Промазин</b>	Алкогольные психозы <sup>B</sup>	25-100 мг
<b>Рisperидон</b>	Психопатоподобная симптоматика у больных с опийной наркоманией и полинаркоманией <sup>B</sup> . Острые и хронические психозы, связанные с приемом кокаина и	2-4 мг

	амфетаминов <sup><b>B</b></sup>	
<b>Сульпирид</b>	Алкогольная зависимость и наркомания, сопровождающиеся вялостью, заторможенностью, апатией, аффективными расстройствами <sup><b>B</b></sup> . Явления психофизической угнетенности у больных со злоупотреблением психостимуляторами <sup><b>B</b></sup> . При явлениях аггравации в поведении у больных с наркоманией. В качестве поддерживающей терапии при алкогольной зависимости <sup><b>B</b></sup> .	100-600 мг
<b>Тиаприд</b>	Психомоторное возбуждение и вегетативные нарушения при алкогольном психозе <sup><b>A</b></sup> , абстинентный синдром у больных с алкогольной и опиоидной зависимостью <sup><b>A</b></sup> . Дисфорические и поведенческие расстройства (с импульсивностью и агрессивностью) у больных наркоманией <sup><b>A</b></sup> . Длительный прием в противорецидивных программах терапии наркомании.	100-800 мг
<b>Тиоридазин</b>	Психические, эмоциональные расстройства, сопровождающиеся страхом, напряжением, возбуждением у больных алкогольной зависимостью и наркоманией <sup><b>B</b></sup> . У больных опиоидной наркоманией с целью купирования конфликтности и агрессии, дисфорических расстройств <sup><b>B</b></sup> . Отдаленные этапы лечения кокаинизма <sup><b>B</b></sup> .	50-150 мг
<b>Трифлуоперазин</b>	Патологические мотивации, кататимные образования и установочные формы поведения у больных наркоманией <sup><b>B</b></sup> . Депрессивные и адинамические расстройства в структуре отсроченных постабстинентных нарушений <sup><b>B</b></sup> . Купирование алкогольных и токсических психозов, в т.ч. вызванных амфетаминами и кокаином <sup><b>B</b></sup> . Аддитивные нарушения на фоне эндогенных психических заболеваний, например вторичной алкогольной зависимости <sup><b>B</b></sup>	5-15 мг
<b>Хлорпромазин</b>	Алкогольные психозы <sup><b>A</b></sup> . Патологическое алкогольное опьянение <sup><b>B</b></sup> . Абстинентные и диссомнические расстройства у больных с опиоидной зависимостью <sup><b>A</b></sup>	25-150 мг
<b>Хлорпротиксен</b>	Алкогольные психозы <sup><b>B</b></sup> . Аффективная напряженность у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup><b>B</b></sup> . Длительный прием в противорецидивных программах терапии алкогольной зависимости и наркомании <sup><b>B</b></sup> .	15-150 мг
<b>Флупентиксол</b>	Алкогольные психозы <sup><b>B</b></sup> . Аффективная напряженность, тревога у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup><b>B</b></sup> .	3-150 мг

В наркологической практике основными показаниями к назначению антипсихотиков являются следующие.

1. Психопатоподобные (поведенческие) расстройства, психомоторное возбуждение, идеаторные расстройства, напряженный аффект в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ.
2. Психопатоподобные расстройства, нарушения сна, психомоторное возбуждение, выраженная болевая симптоматика в структуре опийного абстинентного синдрома (ОАС).
3. Некоторые неотложные состояния (психотические расстройства в виде галлюцинозов, параноидов и пр.)

Общими противопоказаниями к назначению антипсихотиков являются следующие.

1. Наркотическая или алкогольная интоксикация тяжелой степени. При интоксикации психостимуляторами и галлюциногенами, при психомоторном возбуждении, сопровождающемся галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, необходимо оценить показатель «вред-польза».
2. Любой вид сопора и комы
3. Тяжелые заболевания печени и почек
4. Нарушения функции органов кроветворения
5. Сердечно-сосудистая и легочная недостаточность
6. Прогрессирующие системные заболевания головного и спинного мозга
7. Лихорадочные состояния
8. Антипсихотики с холинолитической активностью противопоказаны при закрытоугольной глаукоме и аденоме предстательной железы (Малин Д.И., 2000).

Назначение антипсихотических препаратов производится в соответствии со следующими требованиями:

- 1 – наличие определенных, диагностически подтвержденных признаков патологического влечения;
- 2 – динамическое наблюдение симптоматики влечения с «маневрированием» дозами препаратов (повышение, понижение, прекращение);
- 3 – применение при возникновении побочных экстрапирамидных эффектов соответствующей терапии, в том числе, корректоров;
- 4 – учет противопоказаний (признаки органической недостаточности головного мозга);
- 5 – контроль над состоянием крови;
- 6 – недопустимость хронического или профилактического (без видимой терапевтической «мишени») лечения неопределенной длительности.

Следует сказать, что большинство наркологических больных переносят терапию нейролептическими препаратами сравнительно хорошо. Это связано с назначением, все-таки, невысоких, средних доз, необходимых для получения терапевтического результата, а также с тем, что рекомендуемые курсы их приема составляют в большинстве случаев 4-8 недель. Кроме того, широкое внедрение в клиническую практику атипичных антипсихотиков позволяет в значительной степени сократить количество и выраженность побочных эффектов и избежать осложнений. Чаще всего, побочные эффекты нейролептической терапии исчерпываются переходящей ригидностью мышц, невыраженным тремором, сухостью во рту. Тем не менее,

### 7.1.3. Антиконвульсанты (нормотимики)

С целью купирования обострений и дальнейшей терапии патологического влечения к ПАВ применяются также некоторые *антиконвульсанты*, в частности, карбамазепин, ламотридин (таблица 12). Они в оптимальных дозах почти не вызывают побочных эффектов, но следует учитывать возможность индивидуальной непереносимости препаратов и токсических влияний на кровь.

Наиболее выраженным нормотимическим действием из используемых в наркологической практике препаратов является ламотриджин (ламиктал). Соли лития, хоть и имеют прямые показания к использованию при алкогольной зависимости, в настоящее время практически не используются в связи с высокой вероятностью развития побочных эффектов.

**Таблица 12. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антиконвульсанты<sup>4</sup>**

Лекарственное средство	Показания <small>степень доказательности</small>	Дозы и применение
Лития карбонат	Профилактика и лечение аффективных нарушений у больных с алкогольной зависимостью <sup>B</sup>	По инструкции
Карбамазепин	ААС; предупреждение развития алкогольного делирия; комплексная терапия наркотической и алкогольной зависимости <sup>B</sup> ; дисфорические расстройства у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup>B</sup>	100-600 мг
Ламотриджин	Профилактика и лечение эпилептиформных и аффективных нарушений у больных с алкогольной зависимостью <sup>B</sup> .	200 мг

## 7.2. Препараты для купирования последствий хронической интоксикации.

Ноотропная, гепатотропная, и симптоматическая терапия обязательно используются на всех этапах терапевтического процесса.

### 6.2.1. Ноотропы (нейрометаболические стимуляторы, церебропротекторы).

Клинически нейрометаболические стимуляторы способны оказывать психостимулирующее, антиастеническое, седативное, антидепрессивное, антиэпилептическое, собственно ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, а также повышают уровень бодрствования и ясность сознания. Независимо от регистра нарушения психической деятельности их основное действие адресуется к острой и резидуальной органической недостаточности ЦНС. Избирательное терапевтическое действие они оказывают на когнитивные расстройства. Некоторые нейрометаболические стимуляторы (пикамилон, пантогам, мексидол) обладают седативными или транквилизирующими свойствами, но большинство ЛС (ацефен, бемитил, пиритинол, пирацетам, аминалон) – психостимулирующими. Церебролизин обладает нейронспецифической активностью, аналогичной таковой естественных факторов

<sup>4</sup> Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: **A** – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; **B** – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; **C** – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

нейронального роста, повышает эффективность аэробного энергетического метаболизма в мозге, улучшает внутриклеточный синтез белка в развивающемся и стареющем мозге.

По преобладающим эффектам в спектре фармакотерапевтической активности ноотропы могут быть разделены на три группы:

1. Препараты, оказывающие действие на интеллектуально-мнестические функции – пирацетам (ноотропил), оксирацетам, анирацетам, этирацетам, ацефен, клергил, пиритинол (энцефабол), карбацетам, нооглютил, этимизол, кортикотропин, вазопрессин.

2. Препараты, воздействующие на устойчивость мозга к повреждающим факторам – Аминалон (ГАМК, гаммалон, энцефалон), пантогам, фенибут.

3. Препараты, воздействующие на церебральное кровообращение – циннаризин (стугерон), кавинтон (винпоцетин), винкамин (девинкан), пентоксифиллин (трентал).

Ноотропные препараты применяются на всех этапах терапевтического процесса:

1 – купирование абстинентных синдромов. Ноотропы используются в дополнение к проводимой дезинтоксикационной терапии. Они способны ослаблять алкогольную и наркотическую интоксикацию. Например, наибольшим антиалкогольным влиянием обладают «энергезирующие» ноотропы (пирацетам, меклофеноксат, пиритинол) и ГАМК-ергические вещества (пикамилон, фенибут и др.) Как правило, ко второму-третьему дню лечения под их влиянием уменьшаются тяжесть в голове, вялость, слабость, разбитость, появляется ощущение «ясности мысли», исчезает суетливость и тревожность.

Особое место в наркологической клинике занимает пирацетам. Его используют для уменьшения тяжести алкогольной интоксикации, при пределириозных состояниях и алкогольных делириях.

2. В постабстинентном периоде многие исследователи отмечают выраженное воздействие ноотропов на астенические и астено-депрессивные расстройства: физическую и психическую утомляемость, быструю истощаемость, общую слабость, вялость, пониженный фон настроения с эмоциональной лабильностью, чувством апатии. Такие состояния развиваются, как правило, после тяжелого абстинентного синдрома и перенесенных психозов. Улучшение состояния отмечается уже на 3-4-е сутки применения ноотропной терапии, однако для закрепления достигнутых результатов необходимо поддерживающее лечение еще в течение 2-3 недель. Собственно ноотропный эффект препаратов достигается к 2-3-й неделе приема. Он проявляется в улучшении концентрации внимания, памяти, быстром пробуждении по утрам с ощущением бодрости, «готовности к работе», повышением работоспособности и переносимости физических и психических нагрузок. Коррекция функций памяти и внимания на этом этапе способствует не только адекватной интеллектуальной переработке информации, но и преодолению алкогольной анозогнозии.

3. В периоды длительного воздержания актуализация патологического влечения к ПАВ сопровождается различными аффективными нарушениями. Если в клинической картине преобладают расстройства астено-депрессивного круга, тоскливость, апатия, церебрастенические жалобы, то наибольший терапевтический эффект достигается именно при назначении ноотропов, особенно в комплексе с другими психотропными средствами.

4. Механизм действия ноотропов обуславливает их максимальную активность при развитии психоорганического синдрома с признаками интеллектуально-мнестического снижения.

### Таблица 13. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике ноотропы<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать

Лекарственное средство	Показания <small>степень доказательности</small>	Дозы и применение
Пирацетам	Комплексная терапия купирования острых, в т.ч. ургентных явлений ААС <sup>B</sup> , при выраженных церебральных сосудистых расстройствах. Явления астении, интеллектуально-мнестические нарушения психической деятельности <sup>A</sup> , ПВА при алкогольной зависимости <sup>B</sup>	Разовая доза 400–1200 мг Средняя суточная 2400–3200 мг
Гамма-аминомасляная кислота	Алкогольные энцефалопатии <sup>B</sup> , полиневриты, слабоумие <sup>B</sup>	Средняя суточная доза 3000–3750 мг
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота	Комплексная терапия купирования острых, в т.ч. ургентных явлений ААС <sup>B</sup> . Состояния тревоги, страха, повышенной раздражительности у больных с алкогольной завиисмостью <sup>B</sup>	Разовая доза 20–50 мг Средняя суточная 40–300 мг
Пиритинол	Комплексная терапия при неглубокой депрессии с явлениями заторможенности, астенические состояния, адинамия, неврозоподобные расстройства у больных с алкогольной зависимостью, явлениях алкогольной энцефалопатии <sup>B</sup> . Комплексная терапия постабстинентных расстройств у больных опийной наркоманией, зависимости от психостимуляторов <sup>B</sup>	Средняя суточная доза 200–600 мг
Церебролизин	Явления алкогольной энцефалопатии <sup>B</sup>	Только парентерально: в/м 1–5 мл, в/в 10–60 мл. Курс ежедневно в течение 4 недель
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	ААС <sup>B</sup> .	50-300 мг Максимальная доза – 800 мг

### 6.2.2. Гепатотропные препараты.

Гепатотропы включаются в терапевтические программы при лечении зависимости от всех видов ПАВ и на всех этапах терапевтического процесса. Отличий в показаниях, дозах, применении, противопоказаниях при различных видах зависимости не наблюдается.

Из гепатотропных препаратов наиболее часто используются урсодезоксихолиевая кислота (урсосан), адеметионин (гептрал),  $\alpha$ -липоевая кислота (тиоктовая кислота), L-орнитин- L-аспартат (Гепта-Мерц).

---

данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

Большое место в терапевтических программах занимают препараты с антиоксидантной и гепатопротективной активностью. К их числу относятся:  $\alpha$ -липоевая кислота (тиоктовая кислота), метадоксин, этилметилгидроксипиредина сукцинат. А-липоевая кислота (тиоктовая кислота) существует в двух формах – парентеральной и пероральной. Парентеральное применение  $\alpha$ -липоевой кислоты в терапии абстинентных синдромов (в частности, алкогольного) в дозе 600 мг (24 мл на 400 мл физ. р-ра) имеет выраженное детоксикационное действие. Гепатотропный эффект и влияние на алкогольную полинейропатию проявляется при приеме препарата в дозе 200 мг курсом не менее месяца.

Метадоксин в настоящее время также успешно используется в комплексной терапии широкого круга вегетосоматических расстройств, наблюдающихся при ААС, поражений печени алкогольного генеза и алкогольной полинейропатии. Рекомендованные дозы метадоксила: купирование ААС – по 300 мг (5 мл) внутривенно капельно в 0,9% растворе натрия хлорида; терапия нарушений функций печени алкогольного генеза (алкогольная болезнь печени) – 1500 мг в сутки; при алкогольной полинейропатии – 1000 мг в сутки.

Этилметилгидроксипиредина сукцинат в комплексной терапии более эффективно влияет на редукцию синдрома патологического влечения – аффективные и идеаторные расстройства, обладает стресспротективным и мембранопротективным свойствами, а также антиоксидантной активностью.

Применяется парентерально (внутримышечно и внутривенно) и внутрь. Начальная доза составляет 50-100 мг 1-3 раза в сутки. Максимальная доза может достигать до 800 мг.

Для получения стойкого терапевтического эффекта продолжительность курса должна составлять не менее 2 месяцев.

### 7.3. Специфические препараты.

К специфическим препаратам относят (*таблица 14*):

- 1 – аверсивные средства – эметики апоморфин и эметин, некоторые другие
- 2 – сенсibiliзирующие средства, блокирующие ацетальдегиддегидрогеназу – дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие.
- 3 – блокатор опиатных рецепторов налтрексон
- 4 – лекарственные средства, применяемые для облегчения никотиновой зависимости – никотин и цитизин.

Аверсивные и сенсibiliзирующие средства используются при алкогольной зависимости, а также при сочетанных с алкогольной формах зависимости.

Суть аверсивной терапии заключается в применении лекарственных средств, вызывающих рвоту («aversio» – отвращение): эметин, апоморфин. Механизм их действия реализуется через непосредственное влияние на хеморецепторную зону (центрального действия) или на чувствительные рецепторы слизистой оболочки желудка (периферического действия). Свойства этих лекарственных средств используются в создании условно-рефлекторной реакции на употребление алкоголя.

Суть сенсibiliзирующей терапии основана на применении средств, блокирующих фермент альдегиддегидрогеназу, который превращает уксусный альдегид (обладающий токсическими свойствами биологически активный продукт метаболизма этанола) в неактивный уксусный эфир. К таким средствам относятся дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие.

После 3 и более дней приема дисульфирама в случае употребления алкоголя в крови в течение 10-20 минут в 5-10 раз возрастает уровень ацетальдегида, который вызывает целый ряд

крайне неприятных симптомов и делает невозможным дальнейшее употребление спиртного. Это называется дисульфирам-алкогольная реакция или ацетальдегидный синдром. Реакция проявляется подъемом артериального давления, тахикардией, тошнотой и рвотой, болями в области сердца, пульсирующей головной болью, гиперемией с цианотичным оттенком и одутловатостью лица, шумом в ушах, головокружением, нечеткостью зрения, тревогой и страхом смерти. При тяжелом течении дисульфирам-алкогольной реакции гипертензия может смениться падением артериального давления с развитием коллаптоидного состояния. Дисульфирам назначают по 0,25 2 раза в день в течение 2 недель, а затем суточная доза снижается до 0,25. По истечении месяца в дальнейшем делаются 10-20-дневные перерывы либо, наоборот, дозу временно повышают - в зависимости от ситуации (праздники и т.п.) и состояния больного. В России также используется комбинированный препарат *Лидевин*, содержащий дисульфирам и витамины группы В - никотинамид (0,0003) и аденин (0,0005).

Считается, что дисульфирам может быть эффективным фармакологическим средством при кокаиновой зависимости, а также при злоупотреблении кокаином у лиц с опиоидной зависимостью. Этот эффект дисульфирама можно объяснить его способностью ингибировать  $\beta$ -дофамингидроксилазу, что приводит к появлению избыточного количества свободного дофамина и сокращению синтеза норадреналина. Поскольку кокаин является мощным ингибитором обратного захвата катехоламинов, дисульфирам может снижать влечение к кокаину.

Таким образом, в настоящее время показания к применению дисульфирама расширились и сегодня включают не только алкогольную зависимость, но и зависимость от кокаина, сочетанное употребление кокаина и алкоголя.

Аналогично дисульфираму действует на метаболизм алкоголя *цианамид*, который принимают в дозе от 12 до 24 капель в день. Цианамид считается более специфическим препаратом по механизму действия, так как влияет только на ацетальдегиддегидрогеназу (дисульфирам, помимо этого механизма, еще блокирует  $\beta$ -дофамингидроксилазу) Курс лечения длительный – 3-6 месяцев и более. *Метронидазол*, также используемый в качестве средства "сенсбилизации" к алкоголю, менее токсичен, чем дисульфирам, и потому не требует особых предосторожностей. Его назначают по 0,75 г 3 раза в день в течение 2-3 недель.

**Таблица 14. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике специфические средства<sup>6</sup>**

Лекарственное средство	Показания <small>степень доказательности</small>	Дозы и применение
<b>Дисульфирам</b>	Профилактика рецидивов во время лечения АЗ; лечение АЗ <sup>А</sup> . Снижение влечения к алкоголю. Выработка условно-рефлекторной реакции	Начальная доза 500 мг/сут, дозу постепенно снижают до 250–

<sup>6</sup> Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: **А** – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; **В** – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; **С** – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

	отвращения к Алк <sup>A</sup>	125 мг/сут
<b>Цианамид</b>	A3 (лечение и профилактика рецидивов) <sup>B</sup>	12–24 капли/сут
<b>Налоксон</b>	Острая интоксикация опиоидными анальгетиками <sup>A</sup> , Алк-ая кома. Введение налоксона страдающим наркоманией (Н) вызывает характерные проявления АС, что используют в диагностических целях <sup>A</sup>	Средняя доза 0,4 – 0,8 мг
<b>Налтрексон</b>	Опиоидная зависимость (после купирования ОАС) <sup>A</sup> . Снижение потребности в Алк и предотвращение рецидивов ХА <sup>A</sup>	50 мг (пероральная форма) 380 мг (инъекционная форма)
<b>Никотин</b>	Лечение никотиновой зависимости путем снижения потребности в никотине; снятие симптомов отмены, возникающих при отказе от курения <sup>B</sup> .	7-21 мг, ежедневно до 3-х месяцев
<b>Цитизин</b>	Лечение никотиновой зависимости <sup>A</sup>	По инструкции

Налтрексон используется при опиатной зависимости, алкогольной зависимости. В настоящее время существуют научные работы, в которых показана терапевтическая эффективность блокаторов опиатных рецепторов при кокаиновой, стимуляторной и игровой зависимостях. В большинстве случаев налтрексон назначается ежедневно, 1 раз в день, внутрь, по 50 мг. Его следует применять в сочетании со всеми остальными методами и средствами лечения. У некоторых больных (женщины; лица молодого возраста; пациенты, лишь недавно употреблявшие спиртное) прием налтрексона вызывает тошноту и головную боль. В этих случаях лечение можно начинать с дозы 12,5-25 мг, переходя через несколько дней к 50 мг.

В настоящее время существует парентеральная (внутримышечная) инъекционная форма Налтрексона пролонгированного действия. Длительность действия этой формы составляет 4 недели. Продолжительность лечения – от 3 до 6 месяцев, после чего решается вопрос о возможном продлении приема препарата. Хотя полное воздержание от алкоголя является целью лечения налтрексоном, его не следует выдвигать в качестве безусловного требования; если больной согласен лечиться, но продолжает периодически выпивать, это не означает, что лечение надо прекратить: некоторые больные, особенно на первых порах, реагируют на налтрексон не прекращением, а лишь сокращением приема алкоголя.

Единственным абсолютным противопоказанием к назначению налтрексона являются печеночная недостаточность и острый гепатит. Относительные противопоказания – повышенный уровень билирубина, беременность, грудное кормление, подростковый возраст.

## 7.4. Некоторые особенности терапии синдрома зависимости

### *Кокаин и другие психостимуляторы (включая кофеин)*

Препаратами выбора, способствующими снижению влечения к кокаину или другому психостимулятору, в настоящее время считаются трициклические антидепрессанты, СИОЗС. При сочетанном употреблении кокаина и алкоголя эффективно может быть использование дисульфирама

### *Каннабиноиды (марихуана)*

Учитывая, что при прекращении употребления марихуаны развиваются депрессивные

расстройства, тревога различной степени выраженности, назначение антидепрессантов является терапией выбора.

#### *Галлюциногены (ЛСД, ДМТ, псилоцибин, МДМА и некоторые другие)*

Тактика лечения несколько различается при употреблении галлюциногенов различных групп. При употреблении ЛСД, ДМТ, МДМА (экстази) и псилоцибина достаточно бывает следующих мероприятий: лицу, находящемуся в психотическом состоянии необходимо надежное, поддерживающее, спокойное окружение и позитивное психотерапевтическое внушение, так как галлюцинации носят «внушаемый» характер. Все симптомы со временем исчезнут. Если галлюцинаторные расстройства длятся более 12 часов, необходимо применять терапию. Назначаются транквилизаторы (диазепам, феназепам), барбитураты (чтобы вызвать сон). В зарубежной практике более распространено купирование психозов, вызванных употреблением галлюциногенов, ЭСТ.

При злоупотреблении фенциклидином галлюцинации не носят «внушаемого» характера, поэтому необходима тихая обстановка. Возбуждение купируется транквилизаторами (диазепам); психотическое состояние - нейролептиками (галоперидол). В данном случае следует избегать назначения нейролептиков, обладающих холинолитическим действием (хлорпромазин, левомепромазин). Рекомендована инфузионная терапия с подкислением мочи (с использованием зонда вводят 2,75 мэкв/кг аммония хлорида в 60 мл физиологического раствора, а также аскорбиновой кислоты (до 2 г аскорбиновой кислоты в 500 мл физиологического раствора)).

#### *Ингалянты*

Поскольку длительное или ежедневное употребление приводит к декомпенсации нескольких систем организма (нарушение сердечного ритма, угнетение костного мозга, органическое поражение ЦНС, повреждение печени, почек, периферической нервной системы), необходимо проводить адекватную детоксикационную и восстановительную терапию с использованием инфузионных растворов, ноотропов, метаболических препаратов, а также необходимы симптоматических средств. Подходы к купированию патологического влечения идентичны вышеизложенным.

#### *Никотин*

При **идеаторной форме** табачной зависимости применяется комплексный подход, направленный на дезактуализацию как идеаторного, так и вегетативно-сосудистого компонентов в структуре патологического влечения к курению табака. Лечение включает в себя применение никотинзамещающей терапии в адекватных дозах; при появлении выраженных вегетативно-сосудистых расстройств назначают транквилизаторы бензодиазепинового ряда (диазепам - 10-40 мг, в/м или внутрь, феназепам – 0,5-2 мг, в/м или внутрь, рудотель – 20-40 мг, внутрь), витамины (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, РР, С) и ноотропы (пирацетам до 2 г в сутки). Длительность лечения составляет 3-4 недели. Целесообразно повторять такие курсы 2-3 раза в год в качестве профилактики.

При **психосоматической форме**, где в структуре синдрома патологического влечения к курению табака присутствует идеаторный, вегетативно-сосудистый и психический компоненты никотинзамещающие средства и транквилизаторы назначаются одновременно. Применяют диазепам (10-40 мг, в/м или внутрь), лоразепам (1-2 мг, в/м или внутрь), феназепам (0,5-2 мг, в/м или внутрь), тофизолам (50-100 мг, внутрь). Возможно также применение «малых» нейролептиков (антипсихотиков) – тиоридазина (сонапакса) – 10-30 мг, внутрь; проперидиазина (неулептила) – 5-

20 мг, внутрь; алимемазина (тералиджена) – 5-30 мг, внутрь; сульпирида (эглонила) – 50 мг, внутрь.

Появление в структуре синдрома отмены аффективных нарушений, чаще в виде субдепрессивных состояний, требует назначения антидепрессантов. Применяют триптизол (амитриптилин) – 25-50 мг, внутрь; пипофезин (азафен) – 25-75 мг, внутрь; имипрамин – 25-50 мг, внутрь; циталопрам (20-40 мг, внутрь), пирлиндол (пиразидол) – 25-50 мг, внутрь; сертралин – 50 мг, внутрь. При появлении дисфории к лечению добавляют карбамазепин (финлепсин) – 200-600 мг, внутрь. Длительность лечения в среднем 30 дней, антидепрессивную терапию проводят до достижения терапевтического эффекта.

**Диссоциированная форма**, сочетающая в себе признаки как идеаторной, так и психосоматической форм, является наиболее резистентной к проводимой терапии. Пациентам назначают сразу никотинзаместительную терапию и психофармакотерапию, включающую транквилизаторы (диазепам - 20-40 мг, в/м или внутрь, лоразепам - 2 мг, в/м или внутрь, феназепам - 1-2 мг, в/м или внутрь), антидепрессанты (амитриптилин – 50-75 мг, внутрь), азафен - 50-75 мг, внутрь), имипрамин – 50-75 мг, внутрь, циталопрам – 40-60 мг, внутрь, эсциталопрам - 10 мг, внутрь, пиразидол – 75-100 мг, внутрь) и антипсихотики (сонапакс – 30-40 мг, внутрь, неупелтил – 10-40 мг, внутрь; тералиджен – 20-40 мг, внутрь; эглонил – до 200 мг, внутрь; перфеназин (этаперазин) – 50-75 мг, внутрь).

Достаточно часто в практической деятельности встречается сочетание никотиновой зависимости с алкогольной. Наличие у пациента сочетанной зависимости от ПАВ – никотиновой и алкогольной – предполагает подбор психофармакотерапии с учетом как патологического влечения к курению табака, так и патологического влечения к алкоголю (ПВА). Если в структуре патологического влечения к употреблению табака и алкоголя преобладают поведенческие расстройства, то это обуславливает включение в терапевтические схемы антипсихотиков. В зависимости от преобладающей симптоматики (идеаторных или поведенческих расстройств), назначаются антипсихотики различных групп, как традиционные (трифтазин, этаперазин, зуклопентиксол и др.), так и атипичные (сульпирид, рисперидон, кветиапин и др.), в терапевтических дозировках.

Также назначают антиконвульсанты с преобладанием нормотимического действия, что повышает эффективность купирования патологического влечения к ПАВ.

В тех случаях, если в структуре патологического влечения к употреблению табака и алкоголя наиболее ярко выражен аффективный компонент, проявляющийся пониженным настроением, тревогой, тоской, дисфорией, то в терапии используют антидепрессанты преимущественно сбалансированного действия. Используются циталопрам в дозе от 40 до 60 мг в сутки, эсциталопрам 10 мг в сутки, пиразидол в суточной дозе от 75 до 250 мг, миансерин от 60 до 90 мг в сутки, мirtазапин 30 мг в сутки, или мелипрамин в суточной дозе 150-250 мг.

Проведение основного курса терапии дополняется динамическим наблюдением за больным и проведением поддерживающей терапии в течение одного года.

## 7.5. Осложнения и побочные эффекты терапии

Связаны с:

- развитием побочных эффектов/осложнений назначаемых лекарственных средств;
- превышением терапевтической дозы препарата;
- неверно подобранной длительностью терапии;
- игнорированием перекрестной толерантности ПАВ и ЛС

Некоторые из наиболее часто встречающихся осложнений терапии приведены в *таблицах* 15-20.

Таблица 15. Лекарственные взаимодействия нейрорептиков.

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Нейрорептик	Транквилизатор, Нормотимик, Антидепрессант, Гипнотик	Взаимное потенцирование действия, усиление угнетающего действия на ЦНС
	ТЦА	Повышение <i>C</i> нейрорептика (на 1/3) и антидепрессанта в крови
	Карбамазепин	Ускорение метаболизма, снижение <i>C</i> нейрорептика в крови, снижение его терапевтического действия
	НИМАО	Замедление метаболизма, усиление основного действия и побочных эффектов нейрорептика. Сочетанное назначение не рекомендовано
	Тетурам, парацетамол, фуразолидон	Замедление биотрансформации фенотиазинов, повышение их <i>C</i> в крови, усиление основного и побочного действия нейрорептиков
	Клофелин	снижение гипотензивного эффекта, усиление угнетающего действия клофелина.

**Примечание:** *C* – концентрация, ТЦА – трициклические антидепрессанты; НИМАО – необратимые ингибиторы моноаминоксидазы;

Таблица 16. Лекарственные взаимодействия гетероциклических антидепрессантов.

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Антидепрессант гетероциклической структуры	Транквилизатор, Нейрорептик	Замедление метаболизма, повышение <i>C</i> в крови. Усиление седативного, потенцирование холинергического эффектов.
	Карбамазепин	Ускорение метаболизма, снижение <i>C</i> антидепрессанта в крови, снижение терапевтического действия
	Ноотропы	Усиление тимоаналептического эффекта, снижение побочных эффектов
	Витамин В <sub>6</sub>	Снижение побочных эффектов
	Клофелин	снижение гипотензивного эффекта, усиление угнетающего действия клофелина.

**Примечание:** *C* – концентрация

Таблица 17. Лекарственные взаимодействия СИОЗС.

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
СИОЗС	СИОЗС	Не рекомендовано
	НИМАО/оИМАО	Не рекомендовано
	Фенобарбитал, карбамазепин	Усиление метаболизма, снижение <i>C</i> в крови, снижение терапевтического эффекта
	ТЦА	Рекомендовано в низких дозах

**Примечание:** *C* – концентрация; НИМАО – необратимые ингибиторы моноаминоксидазы; оИМАО – обратимые ингибиторы моноаминоксидазы

Таблица 18. Лекарственные взаимодействия ИМАО.

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
ИМАО	Транквилизатор, Нейролептик	Резкое угнетение метаболизма, накопление и повышение С в крови. Выраженные побочные эффекты. Сочетание не рекомендовано
	Карбамазепин	Развитие побочных эффектов. Сочетание не рекомендовано
	СИОЗС	Серотониновая гиперстимуляция, серотониновый синдром. Сочетание не рекомендовано
	ТЦА	Гипертонический криз. Сочетание не рекомендовано
	Некоторые продукты питания (таблица 29.13)	Тираминовые (сырные) реакции
	Наркотические анальгетики, Центральные анестетики, барбитураты, алкоголь	Гипотония, угнетение дыхания, тяжелые расстройства сознания.

**Примечание:** С – концентрация; СИОЗС- специфический ингибитор обратного захвата серотонина; ТЦА – трициклический антидепрессант

Таблица 19. Лекарственные взаимодействия антиконвульсантов.

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Карбамазепин	Барбитураты	Усиление метаболизма карбамазепина
	ТЦА/СИОЗС	Усиление метаболизма антидепрессантов, снижение их С в крови. Замедление метаболизма карбамазепина, повышение его С в крови.
	Галоперидол	Усиление метаболизма галоперидола, снижение С в крови с ослаблением действия.

**Примечание:** С – концентрация; СИОЗС- специфический ингибитор обратного захвата серотонина; ТЦА – трициклический антидепрессант

Таблица 20. Взаимодействие дисульфирама с некоторыми ЛС

Лекарственное средство	Взаимодействие	Комментарии
Алкоголь или алкоголь-содержащие препараты (такие как сиропы, эликсиры, тоники)	Повышение чувствительности к алкоголю вплоть до развития дисульфирам-алкогольной реакции	Противопоказание к использованию
Амитриптилин	Усиление алкоголь-дисульфирамовой реакции	
Барбитураты	Влияние барбитуратов на печеночный метаболизм может привести к увеличению в крови концентрации барбитуратов и повышению их токсических эффектов	
Кофеин	Снижение общего клиренса и повышение периода полувыведения кофеина возможно, является результатом ингибирования печеночных ферментов	Клиническое значение не установлено
Изониазид	Возможны поведенческие расстройства, изменениями психического состояния, психотические реакции, нарушения координации движений или неустойчивая	Избегать совместного использования. Если такие признаки

	походка.	появляются/, необходимо прекратить прием Дисульфирама
Метронидазол	Острые психозы и спутанность сознания	Совместное применение противопоказано
Фенитоин (дифенин) и родственные соединения	Ингибирование метаболизма фенитоина в печени может привести к интоксикации фенитоином	Совместное использование с осторожностью. Необходимо определять концентрацию фенитоина в крови в процессе терапии Дисульфирамом, при необходимости изменить дозу фенитоина

## 8. Психотерапия

**Таблица 21. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики**

<b>1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (стационарно)</b>	
<b><i>обязательно</i></b>	<b><i>по показаниям</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта</li> <li>– Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– нет</li> </ul>
<b>2. Психотерапевтическое лечение (стационарно)</b>	
<b><i>обязательно</i></b>	<b><i>по показаниям</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Психологическая адаптация</li> <li>– Терапия средой</li> <li>– Психологическое консультирование</li> <li>– Индивидуальное психологическое консультирование</li> <li>– Групповое психологическое консультирование</li> <li>– Семейное психологическое консультирование</li> <li>– Психологическая коррекция</li> <li>– Индивидуальная психологическая коррекция</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Трудотерапия</li> <li>– Арттерапия</li> <li>– Социально-реабилитационная работа</li> <li>– Аутогенная тренировка</li> </ul>

– Групповая психологическая коррекция	
– Психотерапия	
<b>3. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (амбулаторно)</b>	
<i><b>обязательно</b></i>	<i><b>по показаниям</b></i>
– Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта	– нет
– Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога	
<b>4. Психотерапевтическое лечение (амбулаторно)</b>	
<i><b>обязательно</b></i>	<i><b>по показаниям</b></i>
– Психологическая адаптация	– Трудотерапия
– Психологическое консультирование	– Терапия средой
– Индивидуальное психологическое консультирование	– Арттерапия
– Групповое психологическое консультирование	– Социально-реабилитационная работа
– Семейное психологическое консультирование	– Аутогенная тренировка
– Психологическая коррекция	
– Индивидуальная психологическая коррекция	
– Групповая психологическая коррекция	
– Психотерапия	

**Таблица 22. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики**

Медицинская услуга	Применение
<b>Психологическая адаптация</b>	приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни.
<b>Психологическое консультирование</b> -Индивидуальное психологическое консультирование -Групповое психологическое консультирование -Семейное психологическое консультирование	совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Может осуществляться индивидуально и в группе. Отдельно выделяется семейное консультирование: относится не только непосредственная работа с родственниками зависимых, но и с парами, консультирование в добрачный период, а также в период развода. Сюда же относят консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа / жены, т.к. наличие зависимости у одного из членов семьи отражается на всей семье и каждом его члене.

	Цели психологического консультирования зависят от конкретной психологической школы.
<b>Психологическая коррекция</b> <b>-Индивидуальная</b> <b>психологическая коррекция</b> <b>-Групповая психологическая</b> <b>коррекция</b>	Это один из видов психологической помощи, как и психологическое консультирование, психотерапия, психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также — деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям. Может осуществляться индивидуально и в группе.
<b>Трудотерапия</b>	Основная цель трудотерапии в наркологии: привить пациентам элементарные основные умения труда, умение адекватно воспринимать ежедневную работу. Трудотерапия помогает человеку относиться положительно к своему труду и вырабатывать навык трудиться, повышать мотивацию к трудовой деятельности, обучение посредственному труду. Человек начинает себя чувствовать полноценным членом общества, значимым, востребованным, полезным. Ценность собственного труда вырабатывает уважение к работе другого, что сближает и развивает правильное отношение к деятельности в целом. Центральной задачей метода является адаптация больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве. Метод динамичный, по мере возрастания ответственности в отношении отдельных поручений, труда, пациенту поручают рационально распределить бытовые задания между коллегами, и показать пример в выполнении задания, данная методика помогает пациенту развить самостоятельность и межличностные коммуникации.
<b>Терапия средой</b>	Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.
<b>Арттерапия</b>	Это вид психотерапии и психологической коррекции, основанный на искусстве и творчестве. Чаще под арт-терапией подразумевается терапия изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Метод позволяет использовать продукты творчества для оценки динамики состояния. Арт-терапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала пациента <sup>С</sup> . Применяется у пациентов с выраженной алекситимией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование

	патогенных, задержанных эмоций.
<b>Социально-реабилитационная работа</b>	система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью социально-реабилитационной работы является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала.
<b>Аутогенная тренировка</b>	Психотерапевтическая методика, направленная на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса. Методика аутогенной тренировки основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике. Лечебный эффект обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакции, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, в свою очередь, способствует нейтрализации негативной стрессовой реакции организма. Некоторые исследователи связывают действие аутогенной тренировки с ослаблением активности лимбической и гипоталамической областей головного мозга. Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах.

При проведении психотерапии необходимо детально оценить индивидуальные «мишени» психотерапевтического воздействия у каждого пациента. Это дает возможность для более обоснованного выбора адекватных психотерапевтических методов. Все признанные психотерапевтические методы обладают лечебным потенциалом, но включение в лечебную программу как можно большего числа методов, или даже всех возможных, не является целесообразным. Одним из важных звеньев при выборе методов является способность пациента принять тот или иной психотерапевтический конструкт. Эффективность того или иного метода психотерапии зависит от индивидуальных возможностей и характеристик пациента: образование, интеллект, когнитивные особенности, способность к творческому мышлению и осмыслению, личностные особенности, внутриличностный темп психических процессов. Учитывая крайне нестабильную мотивацию на лечение и отказ от ПАВ нарколологических больных, основным методом психотерапии в наркологии должна являться мотивационная психотерапия. Мотивационная психотерапия предназначена для работы с больными с зависимостью от психоактивных веществ на разных этапах лечения заболевания, направлена на мотивирование пациента к следованию той или иной программе лечения, является условием достижения эффективности последующих лечебных мероприятий: психофармакотерапии, психотерапии, участия в программах медико-социальной реабилитации. Мотивационное интервью всегда нацелено на формирование, поддержание и усиление мотивации на полный отказ от приема ПАВ через поэтапный перевод мотивировки отказа от ПАВ (словесная установка на трезвость, высказываемая больным под внешним давлением семьи, работы и т. д.) в истинный мотив отказа от ПАВ как полноценную потребность в трезвой жизни. Мотивационная психотерапия может сочетаться с любыми методами психотерапии, применяемыми в наркологии. Мотивационное интервью как высоко технологичная интервенция может осуществляться на разных этапах лечения нарколологического больного и неоднократно. В зависимости от стадии готовности к изменениям, на которой в настоящий момент находится пациент, различаются цели мотивационного интервью и

несколько изменяется набор используемых техник (таблица 19). При проведении психотерапии не допускается противопоставление психотерапевтического и психофармакологического лечения. Наиболее оптимально использовать комплексные программы, сочетающие фармакотерапию и психотерапию.

**Таблица 23. Модификация целей мотивационной психотерапии в зависимости от стадии мотивации**

Стадия мотивации изменений, на которой находится пациент	Цель мотивационного интервью
Стадия «предварительных размышлений».	- вызвать сомнения в отсутствии проблем, связанных с употреблением ПАВ, - помочь пациенту осознать опасности употребления ПАВ через информирование.
Стадия «размышления об изменениях».	- поддержать мысли о возможном изменении поведения, - структурировать ожидаемые изменения.
Стадия «принятие решений».	- помочь укреплению намерения изменить образ поведения (подключить к этому других людей из терапевтической группы, родственников).
Стадия «действия».	- помочь в выборе лучшего из возможных путей действий в поддержании трезвого образа жизни и структурировании этих действий.
Стадия «поддержки».	- совместный выбор и использование противорецидивной методики или техники.
Стадия «срыв (рецидив)».	- уменьшить негативные эмоциональные последствия срыва, - подготовить пациента к возврату на стадию предварительных размышлений.

При проведении психотерапии важна целенаправленность (нозологическая, симптоматическая, личностная), поэтому специалист выделяет мишени психотерапии, на которые будет целенаправленно психотерапевтическое воздействие. Под **психотерапевтической мишенью** понимается проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого является осознаваемой психотерапевтом целью взаимодействия (по Насырову Р.К. с соавт., 2011).

#### **Типология психотерапевтических мишеней**

1. Нозоспецифичные психотерапевтические мишени (психотерапевтические мишени нозологической специфики).
2. Мишени, специфичные для личности пациента.
3. Мишени, специфичные для психотерапевтического процесса.
4. Психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации.
5. Мишени, специфичные для психотерапевтического метода.

#### **Основные мишени психотерапии наркологических больных:**

- патологическое влечение к ПАВ (способность распознавания мотивации приема ПАВ, включая собственно патологическое влечение, его симптомов, и проявления той «первичной, бессознательной» мотивации больных, которая составляет патогенетический элемент генеза зависимости, и которая тесно связана с патологией личности);

- нарушения нозогнозии, частичное осознание болезни;
- личностные дисфункции больного (акцентуации, расстройства личности);
- искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения;
- искаженные коммуникативные установки;
- нарушения самооценки больного;
- слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния;

- нарушения способности установления глубокого контакта (в рамках терапевтического альянса), в том числе - способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста;
- интрапсихические конфликты, сопровождающиеся интенсивными, но плохо осознаваемыми эмоциями;
- пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» больного;
- типичные нарушения объектных отношений.

**Таблица 24. Методы психотерапии, применяемые в наркологии**

Метод	Характеристика <small>степень доказательности</small>	Применение
<b>Мотивационное интервью</b>	Целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения с пациентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения пациента; выявляются предпосылки изменений. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как стадия мотивации, на которой находится пациент, внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов <b>A</b> .	Базовый подход в работе специалистов. Метод, который может служить как основой каждого психотерапевтического взаимодействия психиатра-нарколога (психотерапевта, психолога) с пациентом, так и отдельно избранным подходом с регламентированным количеством психотерапевтических сессий индивидуально или в группе от 4 до 12. Эффективность высока при условии, что специалисты занимают верную неосуждающую профессиональную позицию, грамотно применяют навыки и осуществляют вмешательства, которые подготавливают пациента к изменениям.
<b>Когнитивно-поведенческая психотерапия</b>	Это процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного с потреблением ПАВ. Они включают в себя мотивационное интервью, самоконтроль, управление образом жизни и методы предупреждения рецидивов, включая тренинг социальных навыков. Применение данного комплекса методик подразумевает, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения – действия – решение – поддержание изменений и предупреждение рецидивов <b>A</b> .	Применение метода базируется на том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей, возможность таких изменений основана на связи когнитивной и эмоциональной сферы. Метод хорошо воспроизводим в клинической практике. Рекомендуется от 6 до 15 психотерапевтических сессий.
<b>Комплаенс-психотерапия</b>	Базируется на когнитивно-бихевиоральном подходе, использует методики, сочетающие мотивационные интервью с внедрением активных терапевтических установок, направленным решением проблем,	Психотерапевтическая работа направлена на обнаружение иррациональных убеждений больных в отношении себя, болезни, прогноза употребления

	образовательными и когнитивными компонентами <b>А</b> .	ПАВ в будущем, оценки собственных ресурсов по совладанию с болезнью, а затем и на изменение иррациональных убеждений пациента. Также метод предусматривает применение психообразовательных программ, направленных на объяснение механизмов развития зависимости, действию лекарств, способах лечения зависимости. Рекомендуется от 4 до 8 психотерапевтических сессий (индивидуально или в группе).
<b>Клиент-центрированная психотерапия по К.Роджерсу</b>	В основе лежит гуманистическая концепция личности, «постоянно себя создающей, осознающей свое назначение в жизни, регулирующей границы своей субъективной свободы». Принципиальным в этой концепции является понятие конгруэнтности Самости и Опыта. Способность врача создать обстановку полной безопасности для личности пациента является основным лечебным средством. Создание такой обстановки достигается недирективной позицией и эмпатической реакцией. Триада Роджерса состоит в безусловном принятии пациента, эмпатии, конгруэнтности переживаний и поведения специалиста. Если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию симптоматики <b>В</b> . Эмпатические принципы отчетливо прослеживаются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов.	Метод также может служить как основой взаимодействия с пациентом, так и отдельным методом работы с регламентированным количеством психотерапевтических сессий от 4 до 12. Специалистам необходимо применять эмпатические принципы взаимодействия с пациентом, в соответствии с концепцией данного метода.
<b>Рациональная психотерапия</b>	Используются профессиональные знания врача о болезни, производится разбор ошибок в логических построениях больного. В процессе терапии осуществляется формирование установок на лечение и отказ от употребления ПАВ, обучение «противорецидивным» навыкам. При проведении психотерапии должны учитываться личностные особенности больных.	Широко распространена, обязательная составная часть работы врача-нарколога. Рекомендуется от 6 до 15 психотерапевтических сессий.
<b>Гипно-суггестивная психотерапия (предметно-опосредованные)</b>	Методы основанные на внушении. Повышение эффективности лечебного внушения достигается посредством погружения пациента в гипнотическое	Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах. Необходимо индивидуализировать формулы

<p><b>методы, эмоционально-стрессовая психотерапия, метод чреспредметного внушения)</b></p>	<p>состояние или состояние «транса» – расслабленность, покой и пр. В процессе сеанса «мягкие» усыпляющие формулы перемежаются с эмоциональными императивными внушениями. Проведение каждого приема имеет свои особенности. В результате применения данных методик пациент становится эмоционально доступным, что и используется для достижения необходимого терапевтического эффекта. Некоторые методы распространены широко, некоторые теряют свою актуальность в настоящее время. Более применимы для лечения больных алкоголизмом <b>С</b>.</p>	<p>внушения и самовнушения в зависимости от особенностей каждого пациента. Рекомендуется от 4 до 12 психотерапевтических сессий.</p>
<p><b>Психодрама</b></p>	<p>Это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира пациента. Психодрама отражает действительные проблемы пациента, а не создает воображаемые сценические образы. Она основывается на том, что исследование чувств, формирование новых отношений и образцов поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни по сравнению с использованием вербализации. В психодраме искусственный характер традиционного театра заменяется спонтанным поведением ее участников <b>С</b>.</p>	<p>Рекомендуется от 4 до 12 психотерапевтических сессий.</p>
<p><b>Групповая психотерапия</b></p>	<p>В основе лежит возможность группового взаимодействия. При проведении психотерапевтического процесса в группе упор делается на формирование эмоционально интенсивного и психологически положительного взаимодействия членов группы с целью коррекции их отношений и взаимодействий с микросоциальной средой <b>В</b>.</p>	<p>При помощи методов групповой психотерапии наиболее эффективно прорабатываются проблемы преодоления психологической защиты, «отрицания» болезни. Применяются различные техники и форматы групп. Все они объединяются по ряду принципиальных характеристик лечебного процесса: 1) облегчение выражения эмоций; 2) становление чувства принадлежности к группе; 3) неизбежность самораскрытия; 4) апробация новых видов поведения; 5) использование межличностных сравнений; 6) разделение ответственности за руководство группой с ведущим. Рекомендуется от 4 до 12 психотерапевтических сессий.</p>
<p><b>Психодинамическая психотерапия</b></p>	<p>Психодинамическая психотерапия помогает пациенту понять глубинный личностный смысл алкогольной либо наркотической</p>	<p>Несмотря на то, что метод предполагает длительное, многолетнее лечение, у</p>

	<p>зависимости, позволяет сфокусировать его внимание на «ядерных темах конфликтных отношений» и постепенно, тем самым, дезактуализировать патологическое влечение к психоактивному веществу. В основе лежит психоаналитическая теория о приобретенных и закрепленных в детстве комплексах, которые в дальнейшем ведут к дисгармоническому развитию, психологическому неблагополучию. Это может привести к формированию повышенной потребности в употреблении ПАВ. Соответственно, психоаналитический подход позволяет изживать эти комплексы, тем самым улучшать и стабилизировать психологическое состояние пациента, уменьшая его потребность в ПАВ <b>В</b>.</p>	<p>наркологических больных возможны и краткосрочные форматы от 7 до 20 психотерапевтических сессий.</p>
<p><b>Трансакционный анализ</b></p>	<p>Трансакционный анализ – это метод психотерапии для личностного роста и личностных изменений, включает свою философию, теорию и различные технологии для изменения, в том числе, зависимого поведения. Отдельные технологии Трансакционного анализа показали свою высокую эффективность в наркологии: методика анализа игрового взаимодействия по Э.Берну <b>С</b>, методика анализа Драматического треугольника Стивена Карпмана <b>В</b>, контрактные методики, антисуицидальный контракт <b>В</b>, анализ и терапия трагического сценария зависимой личности <b>В</b>, методика диагностики и построения терапии с учетом сильных и слабых сторон личности пациента <b>С</b>. Многие технологии Трансакционного анализа используются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов, в группах по преодолению созависимости, семейном консультировании.</p>	<p>Метод гибкий, в зависимости от задач, предполагает как краткосрочное, так и длительное, многолетнее применение, от 4 до 20 психотерапевтических сессий.</p>
<p><b>Семейная психотерапия</b></p>	<p>Применяются различные методики, описанные выше, может быть групповой и индивидуальной. Основная цель – коррекция патологических типов семейных отношений. Объектом психотерапевтического воздействия в данном случае является больной и его семейное окружение. Также применяется для коррекции созависимого поведения <b>В</b>.</p>	<p>Специалистам необходимо провести от 1 до 3 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого.</p>

<b>Группы само- и взаимопомощи</b>	Проходят в сообществах, объединяющих мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силами и надеждами, с целью помочь себе и другим избавиться от алкоголизма, наркомании. Основной принцип работы таких групп – это положительный пример трезвой жизни и обмен опытом по ее достижению. Характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение стереотипных установок личности, а также ее внутреннего состояния <b>В</b> .	Применение групп само- и взаимопомощи формирует терапию средой. Рекомендуется проводить встречи в формате групп само- и взаимопомощи в количестве от 8 до 12.
------------------------------------	---	---

При проведении предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А.Р.Довженко, В.Е.Рожнову) рекомендуется ее использование в качестве монотехники без применения каких-либо медикаментозных препаратов или технических приборов. При проведении психотерапии, мотивирующей больного на прекращение приема психоактивного вещества, врач не должен вводить больного в заблуждение, говоря о введении или имплантации ему несуществующего препарата, или препарата с плацебо-эффектом, оперировать научнообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом. Не допустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.).

## 9. Школа для пациентов с синдромом зависимости

Рекомендуется использование Школы для пациентов с синдромом зависимости – информационно-мотивационной технологии, позволяющей вовлекать пациентов в обучающие программы с целью формировать у них осознанную потребность вести трезвый образ жизни и достигать максимально продолжительных ремиссий.

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового консультирования пациентов с целью повысить уровень их знаний, информированности и практических навыков, направленных на рациональное лечение заболевания, профилактику осложнений и повышение качества жизни. Цель организации школ здоровья – повысить информированность пациентов о факторах риска возникновения алкогольной зависимости, о факторах риска возникновения срывов и рецидивов, сформировать в пациенте желание сохранить собственное здоровье, способствовать серьезному отношению к выполнению рекомендаций врача.

В группы обучения рекомендуется включать пациентов со сходными характеристиками синдрома зависимости. При формировании групп необходимо учитывать также возраст слушателей, более взрослые пациенты требуют чаще индивидуальной работы, а для подростков программы группового обучения должны быть адаптированы с учетом особенностей их когнитивных способностей, жизненного опыта и т.д.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60-90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости – патологическому влечению,

соматическим, неврологическим и психическим осложнениям болезни. Предоставление знаний о неблагоприятном воздействии ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий.

Рекомендуется ведение пациентом рабочей тетради и выполнение домашних заданий<sup>7</sup>

## **10. Прогноз**

При наличии твердой мотивации на поддержание трезвого образа жизни, сохранности критических способностей, структуры личности и адаптационных возможностей, а также прохождении всех этапов лечения – положительный.

---

<sup>7</sup> Сырцова Л.Е., Чиркова Д.В., Ковалев Ю.В., 2011