

Тезисы докладов на Всероссийской научно-практической конференции «Профилактика аддиктивных расстройств: биопсихосоциодуховный подход»

25—26 мая 2017 г. в Москве в Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования прошла Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: «Профилактика аддиктивных расстройств: биопсихосоциодуховный подход». Организаторами конференции являлись: ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Общероссийская общественная организация «Российская наркологическая лига», Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости.

Целью Конференции было совершенствование оказания профилактической, лечебной и реабилитационной помощи населению России, установление профессиональных контактов между специалистами из разных стран, работающими в сфере профилактики аддиктивных расстройств, развитие междисциплинарного взаимодействия между врачами психиатрами-наркологами, врачами-психотерапевтами, психологами, специалистами по социальной работе, священнослужителями, волонтерами на основе биопсихосоциодуховного подхода к пониманию причин аддиктивных расстройств и путей совладания с ними, а также обмен практическим опытом, определение проблем современной аддиктологии и творческий поиск их решения с опорой на современные научные знания.

Основной идеей Конференции была идея мультидисциплинарности в наркологии. Специалисты разных профессий, принимающие участие в диагностике и профилактике аддиктивных расстройств, лечении и реабилитации пациентов наркологического профиля не разделялись на секции, а работали совместно на симпозиумах, круглом столе, мастер-классах.

В конференции приняли участие ведущие зарубежные и отечественные специалисты в области психиатрии, наркологии, психологии, священники РПЦ, занимающиеся проблемами зависимостей. Среди участников Конференции — специалисты из России, Хорватии, Сербии, Италии, Норвегии. Россия была представлена городами: Москва, Санкт-Петербург, Калининград, Казань, Новосибирск, Архангельск, Екатеринбург, Комсомольск-на Амуре, Тула, Казань, Иваново, Ижевск, Красноярск и др. Представляем некоторые тезисы прозвучавших выступлений.

Ключевые слова: аддиктивные расстройства, профилактика, биопсихосоциодуховный подход, тезисы конференции

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

Ментальная безопасность личности и общества как основа профилактики аддикций

Сидоров П.И.

д.м.н., академик РАН, гл.науч.сотр.

*Северный государственный медицинский университет
г. Архангельск, Россия*

*Для корреспонденции: Сидоров Павел Иванович;
e-mail: pavelsidorov13@gmail.com*

Галопирующий рост в современном мире ментальных эпидемий аддиктивных расстройств требует совершенствования существующих моделей профилактики и защиты. В статье систематизированы характеристики и классификация аддикций. Показаны существенные расхождения официальной статистики и данных эпидемиологических исследований по распространенности аддикций, отражающие нереализованный потенциал ментальной превентологии. Обосновано выделение синдрома приобретенного ментального иммунодефицита (СПМИД) как полиморфного расстройства идентичности. Описана феноменология СПМИД в пропедевти-

ке ментальной медицины (ММ). В динамике развития аддиктивных эпидемий выделены донозологические и нозологические фракталы. В структуру первых входят: а) фракталы predisпозиции — аддиктогенной семьи, отличающейся низким уровнем ментального иммунитета (МИ); б) латентный — аддиктогенного диатеза, как первичного кризиса идентичности, отражающего дисфункцию МИ; в) инициальный — функциональные расстройства МИ — СПМИД. В структуре нозологических фракталов рассматриваются: а) фрактал развернутой клинической картины — ментальной (социальной, асоциальной) эпидемии; б) фрактал хронизации — деструктивной ментальной (социальной, асоциальной) эпидемии; в) фрактал исхода — соматоневрологических осложнений (пандемии).

Задачей первичной аддиктологической превенции является повышение уровня МИ как биопсихосоциодуховной матрицы идентичности и основы безопасности личности и общества. Ментальная безопасность — это безопасное взаимодействие индивидуального и общественного сознания со средой обитания. Ментальная безопасность аккумулирует и фокусирует ресурсы МИ и регистры ментального резильянса (МР), кото-

рые измеряются и прогнозируются, моделируются и управляются различными службами ментального здоровья (СМЗ). СМЗ — это синергетический Ψ -кластер государства и общества, обеспечивающий ментальную безопасность.

Задачу прогнозирования и предупреждения угроз ментальной безопасности выполняет системный мониторинг ментального здоровья, являющийся интерфейсом общественного сознания и инструментом СМЗ. Выделены группы показателей ментальной безопасности как защищенности индивидуального и общественного сознания от внешних и внутренних угроз, включающие рискометрию деструктивности биогенеза и социогенеза, психогенеза и анимогенеза, а также системные дисфункции МИ. Систематизированы нарушения функций МИ, составляющие клиническую феноменологию СПМИД в патогенезе аддиктивных расстройств. Обоснованы возможности технологической платформы ММ в системном подходе к профилактике аддикций и выделены принципы структурно-функционального развития СМЗ. ММ становится одной из пилотных моделей нового ресурсного обеспечения системы здравоохранения России в современной кризисной реальности.

Универсальный алгоритм, основные мишени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии

Катков А.Л.

д.м.н., профессор, ректор

*Международный институт социальной психотерапии
г. Санкт-Петербург, Россия*

Для корреспонденции: Катков Александр Лазаревич;

e-mail: allkatkov@mail.ru

В рамках реализации НТПП 2011—2014 гг. «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания), деструктивной психологической зависимости (вовлечение в экстремистские организации, тоталитарные секты, игромания, компьютерная зависимость)» проводилось исследование по выявлению универсального алгоритма и определению основных мишеней процесса формирования индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии. Интерпретация полученных данных, проводимая на основе статистико-математического анализа, позволила уточнить специфику и определить следующий порядок прохождения этапов формирования высоких уровней устойчивости, характерный для всех исследуемых типов социальных эпидемий:

— фаза полноценного развития первичного комплекса личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к агрессивному влиянию среды; акцентированная проработка конструктивного жизненного сценария как основного «проекта» достижения значимых личностных целей и ценностей;

— фаза полноценного усвоения субъектом информации о неизбежном вреде и тотальном проигрыше, связанных с приобретением к патологическим адаптогенам быстрого действия (потреблению психоактивных веществ, практике манипулятивных технологий и др.), именно по отношению к конструктивным жизненным сценариям;

— фаза реального конфликта основного жизненного сценария с дивидендами конкурирующего сценария — употребления патологических адаптогенов быстрого действия, — в ходе чего дезавуируются внешне привлекательные характеристики суррогатного удовлетворения ресурсных потребностей субъекта;

— фаза нейтрализации деструктивных (по отношению к основному жизненному проекту) сценариев использования патологических адаптогенов быстрого действия, с полной редуциацией или установлением действенного контроля в сфере мотивации к реализации данных сценариев;

— фаза реализации позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, ассертивные способы реагирования, совладающие копинги) с агрессивной средой, в ходе чего редуцируются остаточные уровни мотивации к реализации деструктивных сценариев патологической адаптации субъекта.

Далее нами были идентифицированы следующие основные варианты прохождения вышеуказанного цикла, а также условия их реализации:

— нормативно-эволюционный вариант формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Данный вариант реализуется при условии конструктивного прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, предусматривающего наличие гармоничных семейных отношений и адекватных стратегий развития, используемых по отношению к субъекту в продолжение первых 15—17 лет его жизни. При таком варианте развития событий фаза конфликта основного жизненного сценария с дивидендами употребления патологических адаптогенов быстрого действия может быть редуцирована в силу неактуальности ресурсного запроса. Т.е. субъект, двигающийся по конструктивному сценарию прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, обладает свойством ресурсной достаточности (5-е свойство в системе идентифицированных факторов риска-устойчивости). Соответственно, борьбы мотивов, характерной для третьей фазы универсального цикла формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, не возникает. Для такого субъекта хватает полноценного усвоения адресной, негативной (по отношению к основному жизненному сценарию) информации о патогенных свойствах быстрых адаптогенов, вследствие чего такого рода сценарий надежно исключается из осознаваемых и неосознаваемых жизненных горизонтов;

— форсировано-эволюционный вариант формирования высоких уровней устойчивости. Данный вариант специфичен для контингента лиц с деструктивным сценарием прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, высокими рисками и признаками актуализации ресурсного запроса и, соответственно, высокой вероятностью вовлечения в социальные эпидемии. Настоящий вариант реализуется при условии активного использования специальных превентивных технологий, предусматривающих, во-первых, надежную идентификацию групп высокого риска по профилю вовлечения в социальные эпидемии, а во-вторых — эффективную технологическую проработку каждой фазы универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды. В результате должны быть компенсированы искажения нормативного развития субъекта и дефициты свойств психологического здоровья-устойчивости, а поисковое поведение, направленное на удовлетворение ресурсного запроса за счет использования патологических адаптогенов, — эффективно скорректировано;

— лечебно-реабилитационный вариант формирования высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в социальные эпидемии специфичен для контингента лиц с химической, деструктивной психологической зависимостью, проходящих курсы лечения и реабилитации в специализированных учреждениях. Настоящий вариант реализуется при условии активного использования специальных консультативных, тренинговых, психотерапевтических, реабилитацион-

ных технологий, предусматривающих глубинную проработку каждого этапа универсального цикла. Успешность продвижения по всем обозначенным фазам цикла связана с точной идентификацией мишеней, специфических для используемого подхода, адекватностью и эффективностью разработанных технологий. Для рассматриваемого третьего варианта характерны выраженная борьба мотивов в фазе конфликта (3-й этап универсального цикла) и достаточная (до нескольких месяцев) продолжительность фазы нейтрализации деструктивных сценариев повторного использования патологических адаптогенов (4-й этап универсального цикла).

Универсальными мишенями соответствующих профилактических и лечебно-реабилитационных технологий, выводимыми из разрабатываемого нами подхода (в частности, из универсального для всех рассматриваемых типов социальных эпидемий алгоритма формирования высоких уровней устойчивости), являются следующие полярные и наиболее значимые характеристики сферы психологического здоровья субъекта, соответствующие первой, второй, третьей и четвертой мишеням:

— дефицитарный — нормативный личностный статус (при этом должна быть определена степень дефицита каждого из идентифицируемых личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к агрессивному влиянию среды; выстроена дистанция к показателям нормативного личностного статуса, которую необходимо преодолеть в соответствующих профилактических, либо лечебно-реабилитационных маршрутах);

— деструктивная — адаптивная мета-позиция субъекта, характеризующая его взаимодействие с ближайшим окружением и социумом (в данном случае должна быть диагностирована и преодолена дистанция от деструктивной — беглеца, агрессора, свидетеля (аутиста) — к адаптивной метапозиции субъекта — со-участника, со-трудника, со-творца; соответственно, должна быть сформирована базисная стратегия адаптации с акцентом на синергию, открытая к изменениям, облегчающая усвоение имеющейся и генерацию новой информации; сформированы продуктивные копинги с акцентом на выстраивание адекватных межличностных коммуникаций, конструктивное решение конфликтов);

— дезадаптация с проявлениями синдрома деморализации (по Дж.Д.Франку, 1986) — полноценная адаптация (в работе данной мишенью должны быть диагностированы наличие и степень выраженности синдрома деморализации с оценкой тяжести таких типичных проявлений, как: 1) низкий уровень самооценки; 2) чувство безнадежности и беспомощности; 3) чувство страха; 4) уныние; 5) тревога; 6) спутанность мышления; 7) психофизиологические симптомы, воспринимаемые как признаки нарушения здоровья; должна быть обеспечена редукция данных психопатологических проявлений за счет формирования у субъекта первичного и далее — устойчивого ресурсного состояния, характеризующегося высокими уровнями адаптации);

— девиантная (патологическая) — нормативная базисная мотивация поведения субъекта, направленного, в первом случае, на удовлетворение ресурсного запроса за счет использования патологических адаптогенов быстрого действия, а во втором — на достижение целей и ценностей конструктивного жизненного сценария (в работе с данной мишенью должно быть диагностировано весовое соотношение глубинных мотивационных установок субъекта на реализацию альтернативных адаптационных стратегий — патологическую, связанную с использованием адаптогенов быстрого действия, и нормативную, связанную с реализацией значимых целей и ценностей конструктивного жиз-

ненного сценария; должен быть обеспечен существенный перевес нормативных мотивационных установок).

В приведенной схеме алгоритма лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на повышение уровня устойчивости субъекта к агрессивным действиям среды, безусловно, приоритетной является мишень дефицитарных — нормативных личностных статусов, где понятие психологической нормы раскрывается с новых позиций, предусматривающих высокие уровни индивидуальной устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Этапное продвижение от дефицитарного, деструктивного и дезадаптивного полюсов (по первой, второй и третьей мишеням) к нормативному — адаптивному формирует устойчивое ресурсное состояние субъекта, надежно профилактирующее поисковое поведение для добывания патологических адаптогенов ультрабыстрого действия. Эффективное продвижение от девиантного к нормативному полюсу базисной мотивации по четвертой мишени формирует дополнительные уровни устойчивости субъекта в ситуации агрессивного информационного прессинга. Данная схема дополняет перечень используемых в работе с зависимыми традиционных мишеней, выводимых из классики биопсихосоциального подхода (синдром зависимости с выделением самостоятельного синдрома патологического влечения; патологический психический статус с такими типичными проявлениями, как депрессивный, тревожно-депрессивный, невротоподобный, диссомнический, психовегетативный и другие синдромы; патологический личностный статус с такими типичными проявлениями, как лживость, некритичность, анозогнозия; патологический социальный статус с прогрессирующим разрушением и утратой значимых связей и достижений; патологический соматически статус — проявления острой и хронической интоксикации, коморбидной патологии, — является одной из основных мишеней в лечении химически зависимых лиц). Вместе с тем, проведенные нами исследования позволяют утверждать, что мишени, выводимые из универсального алгоритма формирования высоких уровней психологического здоровья-устойчивости, являются первичными, патогенетически обусловленными (т.е. отвечающими сущностным характеристикам сложной динамики формирования зависимых состояний) и, безусловно, приоритетными в общей конструкции мишеней, используемых в соответствующих профилактических и лечебно-реабилитационных технологиях.

Современные подходы к профилактике наркологических заболеваний

Кошкина Е.А.

д.м.н. проф., заместитель директора по научной работе

Валькова У.В.

к.с.н., старший научный сотрудник

Смирновская М.С.

научный сотрудник

*ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии»
Департамента здравоохранения города Москвы
Москва*

Автор для корреспонденции: Кошкина Евгения Анатольевна;
e-mail: epid@list.ru

Реализация государственной антиалкогольной и антинаркотической политики направлена на: снижение объемов потребления населением ПАВ, улучшение демографической ситуации в стране, увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, создание единой профилактической среды, основными компонентами которой являются здоровый образ жизни и широ-

кие профилактические мероприятия. Для решения этих задач осуществляются мероприятия по первичной, вторичной и третичной профилактике наркологических заболеваний.

Первичная профилактика наиболее массовая и ориентированная на все население. Она включает в себя следующие разделы: информирование населения через СМИ о влиянии на здоровье употребления ПАВ, с использованием интернет технологий; консультирование (семейное, медико-генетическое, мотивационное); раннее выявление групп риска (тестирование учащихся, медицинские осмотры, освидетельствования и экспертиза: водителей, лиц профессий, связанных с риском, а также мигрантов). Первичная профилактика осуществляется на основе внутриведомственного и межведомственного взаимодействия с различными организациями, имеющими отношение к решению данной проблемы.

Вторичная профилактика, ориентирована на лиц, эпизодически употребляющих алкоголь или другие ПАВ, либо имеющих признаки формирующейся зависимости. Она включает: информирование граждан о системе наркологи-

ческой помощи и медико-социальной реабилитации; формирование у граждан мотивации к обращению за наркологической помощью; предупреждение формирования заболевания у лиц, имеющих эпизоды злоупотребления ПАВ; предупреждение формирования заболевания у лиц, входящих в группу риска.

Третичная профилактика — это лечение и реабилитацию наркологических больных: совершенствование организации наркологической помощи населению на основе модернизации; оказание наркологической помощи в муниципальных образованиях и сельскому населению; разработка критериев оценки эффективности деятельности наркологической службы и обеспечение мониторинга по организации качества работы всех её этапов; оптимизация нагрузки на врача, новые материальные стимулы оценки его работы [1].

Список литературы

1. Брюн Е.А., Клименко Т.В., Кошкина Е.А. и др. Медицинская профилактика наркологических заболеваний: клинические рекомендации. М.: Нью Терра, 2015. 154 с.

СИМПОЗИУМ

Нейробиологические и психофармакогенетические аспекты аддиктивных расстройств

Инновационные технологии биофизической наркологии.

Часть 1. Высокодифференцированная нормобарическая оксигенация — перспективы применения в наркологии

Брюн Е.А., Глушко А.А., Копоров С.Г.

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения города Москвы

Автор для корреспонденции: Глушко Анатолий Александрович; e-mail: gaa.glu@mail.ru

Введение

Сенситизация, габитуация (привыкание), патологическое влечение, рост толерантности, синдром отмены и абстиненция, психопродуктивные расстройства и негативные, дефицитарные расстройства, а также коморбидные, резидуально-органические расстройства и осложнения — это ключевые этапы формирования синдрома зависимости (СЗ). Все этапы формирования СЗ жестко сопряжены с кластерами токсико-наркогенной реактивности, циклами биоэнергетического и системами эндогенной детоксикации (СЭД) ксенобиотиков. Почти все ксенобиотики, включая лекарственные средства (ЛС), а также поступающие с немедицинской целью в организм извне психоактивные вещества (ПАВ), наркотики, алкоголь, летучие растворители, токсиканты и яды, являются «кислородозависимыми» и уже на самом начальном этапе подвергаются окислительно-восстановительной биотрансформации, «кислородному автолизу», окислению с расщеплением до конечных продуктов посредством СЭД. СЭД включает микросомальную этанол-окисляющую систему, комплекс цитохромов Р-450 и др.

При ингибировании или истощении СЭД в организме накапливаются сверхтоксичные, промежуточные и вторич-

ные метаболиты, продукты «летального синтеза» (ацетальдегид, 6-моноацетилморфин, тетрагидроканнабиолы), которые обладают высоким токсикогенным и наркогенным потенциалом, превышающим более чем в 102—103 раза потенциал исходного ПАВ. Таким образом, промежуточные, недоокисленные метаболиты ПАВ или продукты «летального синтеза» выступают главными триггерами СЗ, участвуют в формировании толерантности, токсических и наркогенных проявлений при наркомании, алкоголизме и токсикомании [11]. Первичные нарушения «редокс-статуса», метаболизма аденозина, АТФ, NO, накопление активных форм кислорода, разобщение окислительного фосфорилирования, влияют на сопряжение процессов возбуждения и торможения в ЦНС, синтез стресс-лимитирующих нейромедиаторов (дофамин) и нейропептидов, модулирующих доминанту патологического влечения, фазы сна, широкий спектр аффективных, невротических и психопатологических расстройств составляющих биологический базис СЗ.

Таким образом, вне зависимости от психотерапевтических, социальных, личностных и аксиологических (ценностных) установок пациента и врача адекватная стратегия и тактика ведения больного должна учитывать биологические основы формирования СЗ, адаптационные резервы фенотипической и генотипической токсико-наркогенной реактивности, которые определяются, прежде всего, особенностями первичной кислородной биотрансформации ксенобиотика (ПАВ, ЛС и др.) и, в свою очередь, определяют клинический полиморфизм СЗ, прогрессивность течения и исход заболевания.

В современных стандартах оказания специализированной наркологической помощи респираторная терапия с применением кислорода (O₂) в режиме ИВЛ, используется с целью коррекции гипоксемии и поддержания ви-

тальных функций. Кислород рекомендован, главным образом, при тяжелом течении абстинентного синдрома, острой и хронической интоксикации с расстройствами сознания, а также при соматических нарушениях с разобщением автономных психосоматических связей и угнетением жизненно важных функций. На этапах восстановления и реабилитации также используются различные модификации оксигенотерапии — аппаратной реоксигенации организма: гипербарическая оксигенация (ГБО), малопоточная гипероксия (МП), прерывистая нормобарическая гипокситерапия (ПНГ) и др. [5, 6].

Однако, современные способы оксигенотерапии далеки от совершенства: во-первых, в них не учитываются параметры прецизионной (высокоточной) концентрационной кислородной кинетики энергетических процессов. Во-вторых, подбор концентраций O_2 осуществляется без учета органной и тканевой оксигенотопографии, а также частотно-амплитудных флуктуаций pO_2 , что особенно значимо в структурах мозга [2]. В-третьих, используется, главным образом, промежуточный мониторинг по параметрам транспорта и переноса O_2 в микроциркуляторном русле (кривая диссоциации Hb, пульсоксиметрия, капнометрия, церебральная оксиметрия), ошибка которых достигает от 15 до 45%, что не может быть рекомендовано не только для научно-исследовательских целей, но и в рутинной практике оксигенотерапии. Кроме того, инвазивное определение парциального давления pO_2 в органах и тканях, в частности в нейронах, посредством поляриметрического метода сопряжено с техническими трудностями и практически нереализуемо, кроме экспериментальных исследований. Биохимические тесты также непригодны для непосредственного мониторинга «in situ» во время сеанса реоксигенации.

Описание метода

В МНПЦ наркологии разработан и с 2004 г. применяется метод трансэквисингулярной альтероксии или высокодифференцированной нормобарической реоксигенации (НБО) в режиме гипоксии, гипероксии и нормоксии, как способ глобальной десенситизации организма. Механизмы воздействия при этом являются циклы биоэнергетического и редокс-метаболического статуса, кластеры токсико-наркотической реактивности и эндогенной детоксикации, а также стресс-лимитирующие и эрготрофические системы организма. Сингулярная последовательность распределения pO_2 в организме указывает на то, что кислород помимо окислительных, редокс-энергетических (связанных с переносом электрона) свойств, обладает также универсальными редокс-модулирующими, резонансно — метаболическими и информационными свойствами, которые были обнаружены впервые в 1998 г. при эмпирическом анализе последовательности градиентного кратно-степенного распределения pO_2 от атмосферы до внутриклеточного уровня (митохондрий), равного величине удвоения единичного объема, $a = \sqrt[3]{2}$, параметру П.А.Венцеля [16].

Главными задачами метода НБО в наркологии являются: а) коррекция и редукция основных клинических проявлений и осложнений синдрома зависимости на различных этапах течения заболевания; б) оптимизация медикаментозной терапии и снижение «фармакологического пресса» на больного; в) активация регенераторно-трофических и восстановительных процессов; г) противорецидивный эффект: снижение интенсивности и длительности рецидивов, улучшение качества ремиссий и реабилитации больных; д) биологическая профилактика факторов риска зависимо-

го поведения у лиц «группы риска»; е) саноморфоз заболевания, т.е. активация антиаддитивных (снижающих синдром зависимости) метаболических паттернов, способствующих регрессирующему патоморфозу (потенциально возможному обратному развитию или более доброкачественному течению болезни и, в целом, — повышение качества стандарта оказания помощи наркологически больным, а также улучшение качества их жизни).

Методологическую основу метода нормобарической оксигенации (НБО) или сингулярной альтероксии (СА) составляет принцип «сингулярного квантования пневмосигнала» с целью получения высокодифференцированной газовой смеси (ВДГС) кислорода и азота « N_2-O_2 », что позволяет применять СА на всех этапах течения СЗ с целью «осевого» воздействия на различные патогенетические механизмы, клинические проявления и кластеры заболевания: *Craving* (тяга, патологическое влечение), *Rush* (острая интоксикация), *Abuse* (хроническая интоксикация), *Abstinence-withdrawal* (абстинентный синдром), *Phantom* (психопродуктивные расстройства), *Blackout* (дефицитарные расстройства, феномен выпадения), *Outcomes* (исходы и конечные состояния). Методика НБО жестко синхронизирована с градиентами распределения парциального напряжения кислорода в эндогенных средах организма: установлено сопряжение по pO_2 в мм Hg с биоэлектрической активностью мозга, мембранным потенциалом клеток и основными редокс-метаболическими циклами. Поэтому в качестве непрерывной и идеальной респираторной поддержки метод НБО включен в лечение СЗ на всех этапах заболевания зависимостью (как, впрочем, и у здоровых людей в ситуациях гипоксии).

Новизна впервые разработанного для клинической наркологии метода НБО обусловлена использованием новых биофизических принципов и эффектов, в числе которых: 1) принцип сингулярного квантования пневмосигнала, позволивший получать ВДГС, различающиеся по градиенту кратно-степенного сопряжения с единичным (сингулярным), $V = 1,0$, объемом; 2) принцип сингулярной интерференции пневмосигнала, позволяющий получать синфазные (активирующие) и противофазные (ингибирующие) ВДГС; 3) использование широкодиапазонных альтернирующих ВДГС с содержанием O_2 от 7—8 до 40—70%, обладающих высоким детоксикационным и регенераторно-трофическим потенциалом; 4) жесткое детерминирование алгоритма применения ВДГС сингулярной инвариантной матрицей — последовательностью, отражающей предельно устойчивый, универсальный массоэнергоинформационный фазовый переход, редокс-метаболические циклы и взаимодействия на всех уровнях организации физической реальности; 5) использование технологии «сингулярного редокс-прекондиционирования» (*singular redox preconditioning*) или сингулярной регуляции метаболических процессов по инвариантным синфазным и противофазным редокс- параметрам состояния и взаимодействия; б) принцип голодного (целостного, полного) сопряжения элементов ВДГС между собой, а также сопряжения с метаболическими паттернами организма и с градиентом распределения pO_2 на всех уровнях от атмосферы до митохондрий. Математический базис метода составляет формула и аксиома сингулярной omnipotentности $\Delta\Omega = 1 \cdot 2^{\delta/\omega}$, позволяющая получать посредством сингулярного квантования пневмосигнала синфазные ВДГС. Таким образом, биофизическую, энергетическую и метаболическую основу метода составляет сингулярный

резонансно-метаболический эффект, впервые разработанный наркологами в содружестве с биофизиками и математиками и описанный в 2010 г. [6].

Результаты

С 2005 по 2016 г. проведено 30 708 сеансов НБО у 3951 испытуемых мужского пола. Из них с синдромом зависимости: F10.2 ($n = 2611$; 66,08%), F11.2-F19.2 ($n = 817$; 20,68%) на разных этапах течения болезни и с различной степенью манифестации клинических проявлений. Группа больных с психосоматическими расстройствами ($n = 396$, 10,02%). Контрольная группа практически здоровых лиц ($n = 127$; 3,21%). В 72,8% ($n = 2876$) метод СА способствовал редукции клинических проявлений СЗ и психосоматических расстройств более чем на 50% на фоне снижения в 2–4 раза или полной отмены базисной терапии. Анализ гендерно-возрастных различий в эффективности НБО составляет предмет дальнейших исследований.

Отдельно оценивалось воздействие метода НБО на патологическое влечение ($n = 697$, 33,53%), аффективные расстройства ($n = 734$, 39,25%), резидуальные и психопродуктивные расстройства ($n = 86$, 4,60%). Исследована эффективность НБО при различных нарушениях цикла «сон-бодрствование» ($n = 1178$, 62,99%), острой интоксикации ($n = 52$, 2,78%), абстинентном синдроме ($n = 492$, 26,31%), постабстинентных психосоматических и вегетативных расстройствах ($n = 347$, 18,56%), а также дефицитарных, интеллектуально-мнестических и апатико-абулических расстройствах ($n = 181$, 9,68%). В качестве критериев оценки эффективности терапии использовались стандартизованные в наркологии визуально-аналоговые шкалы патологического влечения, выраженности боли, психопатологических, соматовегетативных и неврологических расстройств, побочных эффектов и осложнений, шкала редукции дефицитарных когнитивных и мнестических расстройств, общего клинического впечатления, а также учитывалось уменьшение объема применяемой базовой терапии.

В итоге, по результатам лечения и эффективности НБО среди испытуемых больных были выделены 4 группы: «Good responders» — 43,74% ($n = 818$), «Middle responders» — 33,53% ($n = 627$), «Non — responders» — 22,41% ($n = 419$), «Bed responders» — 0,58% ($n = 23$). «Хороший ответ» квалифицировался при полной редукции симптомов зависимости: подавление патологического влечения, снижение аффективных, астенических расстройств, восстановлении сна и отмене базисной терапии. «Средний» — при значительно большей, чем на 50%, редукции СЗ, восстановлении сна и снижении объема лекарственной терапии в 2–4 раза. В группу «Отсутствие ответа» включены случаи незавершенного лечения или выхода из наблюдения, а также случаи со слабым и невыраженным эффектами, т.е. с недоказуемостью эффекта. «Плохой ответ» в виде осложнений и побочных явлений выявлен в 0,58% ($n = 23$) случаев: симпатoadреналовый криз ($n = 1$), коллапс ($n = 2$), экзальтация тревожно-фобических расстройств ($n = 9$) и вегетативных проявлений с тахикардией ($n = 11$) у истерообразимых личностей.

По результатам исследований были выделены специфические, значимые в наркологической практике и общие эффекты, а также определены перспективы применения метода в смежных разделах медицины (сомнология, кардиология и др.). Неоспоримо значимыми, доказательными эффектами применения НБО являются: подавление патологического влечения, нормализация психосоматических,

парасомнических расстройств и цикла «сон-бодрствование», седативный, антидепрессивный, анксиолитический, антипсихотический (редукция резидуальных галлюцинаторно-бредовых расстройств) и детоксикационный (уменьшение выраженности острой интоксикации), когнитивный и нейропротективный, улучшение интеллектуальных и мнестических функций, активация регрессионного патоморфоза СЗ. Все случаи ($n = 216$, 5,96%) регрессионного патоморфоза СЗ на фоне сеансов сингулярной реоксигенации сопровождались сокращением длительности и кратности запоев, аверсивными реакциями на ПАВ, а также трансформацией абстинентных проявлений в сторону снижения выраженности как психотических, так и соматовегетативных проявлений.

Выводы

1. Применение метода сингулярной альтернирующей реоксигенации, НБО, на всех этапах течения болезни при амбулаторном и стационарном ведении больных является одним из эффективных и перспективных способов дифференцированного воздействия на реактивность организма, циклы БЭГ, системы эндогенной детоксикации ксенобиотиков;

2. Сингулярная реоксигенация, посредством воздействия на ТНР и стресс-лимитирующие медиаторные системы на всех этапах течения СЗ (острая интоксикация, абстиненция, восстановительный период и реабилитация), способствует редукции патологического влечения, нормализует эмоционально-аффективную сферу, цикл сна и бодрствования, соматовегетативные и неврологические проявления СЗ, активизирует интеллектуально-мнестическую и когнитивную деятельность;

3. Метод НБО способствует преодолению фармако-резистентности, восстанавливая чувствительность организма к стандартной фармакотерапии психотропными препаратами, снижает фармакологический пресс на больного, а также оптимизирует лечебно-реабилитационную стратегию и тактику ведения больных;

4. Метод НБО представляет реальный подход к оптимизации оказания наркологической помощи в стационаре и амбулаторно, а также повышает эффективность комплексных лечебно-реабилитационных программ. Метод позволяет смягчить требование и ультимативную установку на немедленный и полный отказ от алкоголя у некоторых больных, способствует «регрессионному патоморфозу» синдрома зависимости, который проявляется в снижении интенсивности и тяжести рецидивов заболевания, сокращении длительности запоев и суточной толерантности. Использование НБО на всех этапах течения болезни, повышает экономическую рентабельность ЛПУ, более чем 2–4 раза, а также снижает затраты больного на медикаментозное лечение;

5. Разработанный в МНПЦ наркологии на основе фундаментальных физических принципов, инвариантных законов и аксиом физической реальности метод сингулярной альтероксии, СА (НБО) является по существу первым и уникальным прототипом сингулярных технологий — будущего человеческой цивилизации. Методология применения с лечебной и профилактической целью высококодифференцированных азотно-кислородных газовых смесей (ВДГС-«N₂-O₂») в комплексном лечении СЗ может рассматриваться как одно из фундаментальных направлений «биологической профилактики» зависимого поведения у лиц «группы риска», которое требует дальнейших мультидисциплинарных исследований;

6. Доказательность и выраженность клинических эффектов, снижение фармакологического пресса на больного и повышение экономической рентабельности ЛПУ позволяют рекомендовать метод сингулярной альтероксии, НБО в наркологии, психиатрии, сомнологии, кардиологии, а также в других областях психосоматической медицины, включая «медицину катастроф», спортивную и космическую медицину — обеспечение жизнедеятельности при длительных космических полетах.

Список литературы

1. Брюн Е.А., Копоров С.Г., Глушко А.А. Инвариантность и дискретность патологического влечения при болезнях зависимости: перспективы феноменологической, биофизической, превентивной и прогностической наркологии. *Материалы Второй международной междисциплинарной (заочной) научно-практической конференции «Проблемы и перспективы современной наркологии: клинические, психологические, социальные и юридические коллизии»*. 2014. ФорумЗдравэкспо РФ. Ростов-на-Дону. С. 49-60.
2. Власова И.Г., Куцов Г.М., Ломакин Ю.В., Северин А.Е., Торшин В.И. Влияние гипоксии на нейроны различных структур мозга в условиях переживающих срезов. *Гипоксия: механизмы, адаптация, коррекция. Материалы Второй Всероссийской конференции. 5-7 октября 1999 г., Москва. М. БЭБиМ, 1999. 96 с.*
3. Глушко А.А., Брюн А.Е., Копоров С.Г., Стрелков Р.Б. и др. Способ лечения резистентных форм синдрома зависимости (алкоголизма, наркомании, токсикомании, гемблинга и др.) при эндогенных, резидуально-органических, коморбидных расстройствах и психосоматических осложнениях. Патент РФ RU 2301685 C1 от 29.12.2005. Опубликовано: 27.06.2007.
4. Глушко А.А., Брюн А.Е., Копоров С.Г., и др. Трансэквилибрирующая альтероксия — новый лечебный и диагностический фактор при синдроме токсико-метаболического разобщения и оглушения: применение в психиатрии и наркологии // *Материалы Общероссийской конференции и Пленума Правления Российского общества психиатров: «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах»*. Москва 27-29 октября 2009 г. С. 372-373.
5. Глушко А. А., Брюн А. Е., Копоров С. Г., Стрелков Р.Б. и др. TES-A, Дельта трансэквилибрирующая альтероксия — инновационная сингулярная респираторная технология: методология и перспективы применения в клинической и спортивной медицине. *Медико-биологическое обеспечение подготовки квалифицированных спортсменов // Материалы научно-практической конференции, 27 мая 2010 г. Москва — Малаховка, 2010. С. 96-100.*
6. Глушко А. А., Брюн А. Е., Копоров С. Г., Бегунов В.И. Трансэквилибрирующая альтероксия — инновационная сингулярная биотехнология в наркологии: методология лечения синдрома зависимости со стойкими расстройствами сна и перспективы применения в сомнологии // *Материалы VIII конфер. по сомнологии. Москва, 22-23 ноября 2012г. С. 25.*
7. Глушко А. А., Брюн А. Е., Копоров С.Г., Бегунов, В.И., Варламова А. В. Типология и феноменология люцидных сновидений при синдроме зависимости: перспективы применения сингулярной альтероксии как способа модуляции фазовыми состояниями сна // *Материалы VIII Конференции по сомнологии. Москва, 22-23 ноября 2012г. с. 26.*
8. Глушко А.А., Брюн Е.А., Копоров С.Г. Трансэквилибрирующая альтероксия — инновационная сингулярная биотехнология в наркологии: лечение синдрома зависимости со стойкими психосоматическими расстройствами и перспективы применения сингулярных технологий в XXI веке. *Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в нейроэндокринологии, нейронауках и гематологии» 23-25 мая 2013 года. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д.2. ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ. С. 8-9.*
9. Глушко А.А., Брюн Е.А., Копоров С.Г. Трансэквилибрирующая альтероксия — инновационная сингулярная технология в наркологии: методология лечения синдрома зависимости со стойкими психосоматическими расстройствами. «Проблемы и перспективы современной наркологии: клинические, психологические, социальные, юридические коллизии». *Материалы I-й международной (заочной) междисциплинарной научно-практической конференции 1 марта 2013 года. Интернет-чтения 01.03 — 25.03.2013 г. WWW.ФОРУМЗДРАВЭКСПО. РФ. Ростов-на-Дону 2013. С. 95-114.*
10. Глушко А.А. Памяти профессора И.Н. Пятницкой. *Научная докторна Пятницкой И.Н. — выдающегося основоположника современной клинической наркологии. Материалы 2-й междунар.*

междисциплинарной (заочной) науч.-практич. конф. «Проблемы и перспективы современной наркологии: клинические, психологические, социальные и юридические коллизии». 2014. ФорумЗдравэкспо РФ. Ростов-на-Дону. С. 29-45.

11. Михайлов М.А. *Острое патологическое влечение к психоактивным веществам (клиника, терапия)*. М.: Спорт и культура-2000. 2015. 447 с.

12. Шабанов П.Д. *Руководство по наркологии*. СПб: Лань, 1998. 352 с.

13. J. Liouville. *Memoire sur l'integration d'une classe de fonctions transcendentes // J. Reine Angew. Math. Bd. 13. P. 93-118.*

14. Noether E. *Invariante Variationsprobleme. Nachr. D. Konig. Gesellsch. D. Wiss. Zu Gottingen, Math-phys. Klasse 1918: 235-257.*

15. Рене Том (Rene Thom) *Математические модели морфогенеза*. Пер. с фр. М.-Ижевск: НИЦ «Регулярная и хаотическая динамика». Ин-т компьютерных исследований, 2006. 136 с.

16. P.L. Wantzel. *Recherches sur les moyens de reconnaitre si un Probleme de Geometrie peut se resoudre avec la regle et le compas. Journal de Mathematiques Pures et Appliquees, 1837, vol.1, issue 2, p. 366-372.*

Инновационные технологии биофизической наркологии.

Часть 2. Трехмерная кардиовизуализация (3D-CV)-диагностика и мониторинг «in situ» токсической кардиопатии и мембранопатии при зависимости

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

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения города Москвы

Автор для корреспонденции: Глушко Анатолий Александрович; e-mail: gaa.glu@mail.ru

Цель исследования: изучение особенностей токсических поражений сердца при различных формах болезней зависимости.

Объект и методы исследования

При помощи отечественной скрининг системы «Кардиовизор» с программным модулем «NDetect» — детектор ритмологических маркеров зависимости исследовано 2546 больных зависимостью от различных психоактивных веществ (ПАВ) на разных стадиях течения и 69 практически здоровых лиц контрольной группы.

Результаты

На основе выявленных с помощью кардиовизуализации и подтвержденных клинически микроальтераций «Micro-ECC» и макроальтераций «Macro-ECC», а также проведенного фазового анализа трансмембранного потенциала G1-G9, выделено семь кластеров (К) поражения сердца:

1. номотопный К, для которого характерны узловые аритмии, синдром слабости синусового узла, синдром «тахибради»;
2. Батмотропный К: предсердные и желудочковые экстрасистолы;
3. Дромотропный К: блокады (задержки и ускорения проводимости импульса при приеме стимуляторов);
4. Инотропный К: гипертрофическая кардиомиопатия, гипертрофия межжелудочковой перегородки.
5. Аберрантный К, включающий: расстройства ритма по типу «micro-re-entry», «macro-re-entry», мерцательную аритмию или «delirium cordis-бред сердца», злокачественную веретенообразную аритмию (a.Torsade de Pointes).

6. Ишемический К: фазовые ишемические синдромы (гипернатрия, оглушение, преходящая ишемия, повреждение, апоптоз, некроз, инфаркт миокарда).

7. Глобальное поражение сердца с декомпенсацией: дилатационная, рестриктивная и констриктивная кардиомиопатия с сердечной недостаточностью и синдромом малого выброса.

В особую группу выделены инфекционные эндокардиты, поражения клапанного аппарата сердца с последующим протезированием (0.31%, 6 от 1944). Выявлена высокая корреляция между гетерогенной структурно-функциональной организацией сердца, законом убывания автоматии W. Gaskell (1881), типом употребляемого ПАВ и давностью болезни.

Выводы

Выявлена закономерность и последовательность токсических поражений сердца при болезнях зависимости. Особое значение для ранней диагностики поражений сердца имеют кластеры Номотопный, Батмотропный и Дромotropный (1, 2 и 3), которые прежде рассматривались как неспецифические и не сопровождались адекватной терапией. Типология токсических поражений сердца важна для проведения персонализированной терапии не только синдрома зависимости, но и его осложнения.

Список литературы

1. Глушко А.А., Брюн Е.А., Копоров С.Г., Бегунов В.И., Моисеев В.С. (РУДН). *Инвариантная типология токсической кардиопатии и мембранопатии: редокс-мониторинг «in situ», трехмерная визуализация ранних поражений сердца при болезнях зависимости и перспективы применения «Кардиовизора» (МКС, Москва) в наркологии // Материалы 2-й международной междисциплинарной (заочной) научно-практической конференции «Проблемы и перспективы современной наркологии: клинические, психологические, социальные и юридические коллизии». 2014. Форумдра-вэкспо РФ. Ростов-на-Дону. С 69-128.*
2. Глушко А.А., Копоров С.Г., Бегунов В.И., Орлова Н.Н. *Дестигматизация наркологии: инвариантная модель лечения «rats pro toto» — «всех и каждого» // Материалы 2-й ежегодной научно-практической конференции с междунар. участием «Дроздовские чтения» Москва, 8-9 декабря 2015 г. Москва, РУДН. — М.: издат-во РУДН, 2016. — С. 124-129.*
3. Глушко А.А., Брюн Е.А., Копоров С.Г., Бегунов В.И., Алексеева Ю.А., Копоров Д.С., Орлова Н.Н., Курочка А.А. *Типология токсической кардиопатии и мембранопатии в модели персонализированной терапии болезней зависимости // Материалы XIII Рос. Нац. конгресса «Человек и лекарство». 11 — 14 апреля 2016 года. Москва.*

Инновационные технологии биофизической наркологии.

Часть 3. Сингулярная энергоденситометрия ЭЭГ — инновационная технология нейровизуализации глобальной функции мозга, инвариантных паттернов реактивности и токсической энцефалопатии

Глушко А.А., Брюн Е.А., Копоров С.Г.
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии»
Департамента здравоохранения города Москвы

Автор для корреспонденции: Глушко Анатолий Александрович;
e-mail: gaa.glu@mail.ru

В электроэнцефалограмме (ЭЭГ) выделяют генетически детерминированные стабильные, метастабильные и стохастические, неустойчивые графоэлементы. К стабильным и жестко детерминированным элементам ЭЭГ в состоянии покоя или «холостого хода» относят среднюю ам-

плитуду и частоту, которые рассчитываются из фрагмента ЭЭГ, равного 2—3 эпохам (20—30 с исследования).

Формирование стабильных параметров ЭЭГ (амплитуда и частота импульсов) осуществляется в процессе онтогенеза в соответствии с инвариантными паттернами реактивности мозга. Формирование токсической энцефалопатии при болезнях зависимости приводит к образованию жестко детерминированных инвариантных паттернов реактивности мозга, что позволяет осуществлять раннюю диагностику поражений мозга посредством расчета и интерпретации плотности энергии ЭЭГ-волн и нейровизуализации глобальной функции мозга.

Цель исследования: разработка технологии сингулярной энергоденситометрии (СЭД-ЭЭГ анализ) — в качестве метода определения удельной и совокупной плотности энергии ЭЭГ-волны для нейровизуализации инвариантных паттернов реактивности и глобальной функции мозга, позволяющей осуществлять скрининг и мониторинг токсической энцефалопатии при болезнях зависимости.

Объект и методы исследования

Исследовано 34 здоровых лиц и 214 больных на разных этапах течения синдрома зависимости по программе «EEG-studio» и «WIN-EEG». Производился расчет удельной плотности энергии ЭЭГ волны ($W_{t=1}$ - ЭЭГ) находящейся в единичном объеме ($V = 1$), проходящей через единицу площади ($S = 1$) и в единицу времени ($t = 1$) осуществлялся по адаптированной формуле Умнова—Пойтинга, где $W_{t=1}$ - ЭЭГ равна $W(E) = A^2 \cdot F^2 / 2k$. Расчеты проводились на основании квадратичной прямоугольной матрицы, элементами которой были средние величины амплитуд и частот за 2-3 эпохи.

Результаты

Количественная удельная и суммарная плотность энергии ЭЭГ-волны коррелировала с давностью и стадией течения синдрома зависимости, а также с типом психоактивного вещества, тяжестью острой и хронической интоксикации, выраженностью и вариантом течения токсической и органической энцефалопатии.

Распределение количественных показателей плотности энергии ЭЭГ волны (W) с качественными графоэлементами ЭЭГ позволило выделить несколько энергетических уровней нейрональной активности, отражающих паттерны инвариантной электрокинетической активности мозга — главной функции мозга:

1. Рефрактерность — предельное снижение электрогенеза мозга с доминированием низкоамплитудной медленной активности с паттернами «вспашка — подавление», «burst-suppression», что находится ниже $\leq 1 \times 64^2 = 4096$ W, условных единиц (ye) плотности энергии, $W(E)$. $N = 5$ (2,34%);

2. Редукция — преобладание медленной дельта-тета активности, 4×64^2 (4096 - 16384) W, $N = 29$ (13,55%);

3. Инверсия — преобладание медленной тета- и полиморфной альфа активности, 16×64^2 (16384 - 65 536) W, $N = 34$ (15,89%);

4. Спонтанность — доминирование синусоидальной и полиморфной, дезорганизованной альфа активности, 64×64^2 (65 536 - 262 144) W = 1, $N = 52$ (24,30%);

5. Сензитивность — альфа-, бета-1- и мю-активность с заострением волнового спектра 4×64^3 (262 144 - 4 194 304) W $N = 49$ (22,90%);

6. Потенциация — синхронизация дельта-, тета-, альфа-, бета-спектра, (не)-эпилептиформная пароксизмаль-

ная активность 16×64^4 (4 194 304 - 16 777 216) W, N = 37 (17,30%);

7. Регуляризация — предельное увеличение электрогенеза мозга с гиперсинхронизацией нейрональной непароксизмальной и эпилептиформной активности, ≥ 644 ($\geq 16 777 216$) W, N = 12 (5,60%).

Сингулярный энергоденситометрический потенциал W(E), отражающий удельную плотность переноса энергии ЭЭГ-волны в единицу времени, может быть использован как универсальный показатель нейровизуализации спонтанной и вызванной нейрональной активности, отражающей глобальную функцию мозга, представленную в континууме инвариантных паттернов реактивности мозга:

1. Спонтанность;
2. Сензитивность (габитуация);
3. Потенциация (генерализация);
4. Регуляризация (стабилизация);
5. Инверсия;
6. Редукция;
7. Рефрактерность (аспонтанность), конечные состояния.

Выводы

Кластеризация электрогенеза мозга по удельной и суммарной плотности энергии ЭЭГ-волны в виде инвариантных паттернов реактивности с сингулярным преобразованием амплитудно-частотного спектра носит универсальный характер, что может быть использовано в исследовании сознания и мышления, а также в нейрокомпьютеринге, создании сильного искусственного интеллекта и робототехнике.

На основании скрининговых ЭЭГ исследований разработаны ЭЭГ паттерны инвариантной реактивности мозга и типология токсической энцефалопатии при болезнях зависимости. Совместно с ООО «Медицинские Компьютерные Системы» (Зеленоград) разработана «Программа определения паттернов нейровегетативной реактивности организма человека». Получено Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2016617442 от 06.07.2016г. В соответствии с техническим заданием для производителя (ООО «МКС») разрабатывается отечественный медицинский аппарат «Нейровизор» — с модулем «детектор ЭЭГ паттернов реактивности». Установка не имеет аналогов в мире и предназначена для проведения скрининга и мониторинга биоэлектрической активности мозга при болезнях зависимости, включая диагностику токсических энцефалопатий и вегетопатий.

Формула сингулярной omnipotentности $\Delta\Omega = 1 \cdot 2^{\delta/\omega}$, принцип энергетического минимума при отрицательной удельной энтропии ($-\delta S$) позволяют создать физико-математический базис и графы нейросетевой матрицы феномена сознания как интегральной функции мозга.

Физико-математический базис науки о мозге, разработанный на новых физических принципах, включая паттерны инвариантной реактивности мозга, позволит моделировать психическую активность в норме и при патологии. Нейробиология обретет реальную сущность в отличие от доминирующих в настоящее время, декларативных, не подкрепленных физико-математическим алгоритмом, умозрительных представлений в теориях мозга, изобилующих неологизмами в виде «когнитом» и «ког». По нашему мнению, понятия «когнитом» и «ког», развиваемые школой К.В. Анохина, являются ничем иным, как механистическим переносом термина «геном» и «ген», которые должны выполнять функцию «квантов» мышления и сознания, составляя принцип антропной (разумной) эволюции — принцип энергетического минимума. Однако, поскольку концепция когнитом, претендующая на статус теории мозга, по мнению ее авторов, позво-

лит раскрыть тайны мозга в ближайшие 7 лет, то очевидно, что без дискретного и инвариантного исследования «больного мозга», страдающего широким спектром психических расстройств, включая болезни зависимости, невозможно создать теорию «здорового мозга».

Список литературы

1. Боголепова И.Н., Кротенкова М.В., Малофеева Л.И., Коновалов Р.Н., Агапов П.А. Архитектоника коры мозга человека: МРТ-атлас. М.: Атмосфера, 2010. 216 с.
2. Глушко А.А., Брюн Е.А., Копоров С.Г. Визуализация биоэлектрической реактивности мозга при синдроме зависимости: мониторинг «In situ» психотерапевтических интервенций. Материалы Первого Объединённого Евразийского конгресса по психотерапии (19 конгресс Европейской ассоциации психотерапии и 7 Паназиатский конгресс по психотерапии) «Психотерапия без границ: прошлое, настоящее и будущее». 5-7 июля, 2013 года, Москва, Россия. Профессиональная психотерапевтическая газета 2013. № 7. С. 25, 31.
3. Глушко А.А., Брюн Е.А., Копоров С.Г., Забодаев С.В., Рыбкин Н.Н. «Программа определения паттернов нейровегетативной реактивности организма человека». Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2016617442 от 06.07.2016г. Федеральная служба по интеллектуальной собственности. Бережковская наб., 30, корп. 1, Москва, Г-59, ГСП-3, 125993.
4. Гнездицкий В.В., Пирадов М.А. Нейрофизиология комы и нарушения сознания (анализ и интерпретация клинических наблюдений). Иваново: ПресСто, 2015. — 528 с.
5. Гнездицкий В.В., Корепина О.С. Атлас по вызванным потенциалам мозга (практическое руководство, основанное на анализе конкретных клинических наблюдений). Иваново. Изд.-полигр. комплекс «ПресСто», 2011. 532 с.
6. Иллариошкин С.Н., Фокин В.Ф. Функциональная межполушарная асимметрия и пластичность мозга. М.: ФГБУ «НЦН» РАМН, 2012.
7. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиа Сфера., 2006 (III и IV изд.). 312 с.
8. Frei E., Gamma A., Pasqual-Marqui R., Lehmann D., Heell N.D., Vollenweider F.X. Localization of MDMA — induced brain activity in healthy volunteers using low resolution brain electromagnetic tomography (LORETA). Human Brain Mapping 2001; 14: 152-165.
9. Pasqual-Marqui RD: Review of methods for solving the EEG inverse problem. International Journal of Bioelectromagnetism 1999; 1: 75-86.
10. Ваганов А. Теорию мозга создадут через семь лет. Независимая газета, НГ- НАУКА. 26.04.2016. с.9. с.14.

Биохимическая конституция как базис адаптационного потенциала человека и полисистемной патологии при аддиктивных заболеваниях

Чернобровкина Т.В.

д.м.н., профессор, гл.н.сопр.

БУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения города Москвы; ГБОУ «Институт повышения квалификации ФМБА России» Москва

Для корреспонденции: Чернобровкина Тамара Васильевна; e-mail: chernobrovkina44@mail.ru

В области пограничных состояний при адаптации человека под влиянием неблагоприятных воздействий, включая злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами (ПАВ), актуальны проблемы соотношения границ нормы и патологии, определения пределов и критериев нормальной адаптивности, как и резистентности организма или, напротив, подверженности риску заболеваний [3, 4]. Описания вариантов патоморфоза так называемых «современных форм» алкогольной болезни далеки от канонической фор-

мулы строго линейного, прогрессирующего по стадиям хронического заболевания, линейной закономерности синдрообразования. Алкоголизм, как и наркомания лишь внешне (по социальным и клиническим критериям) однотипны, но по индивидуальным организменным реакциям — они очень вариабельны. Г.К.Ушаков, ссылаясь на Bleuler, подчеркивал: «...мы не можем определить, почему один злоупотребляющий алкоголем «пропивает» преимущественно печень, другой — сердце, третий — регуляцию обмена веществ, четвертый — мозг, пятый — всё вместе и почему многие другие систематически пьющие недурно переносят всё те же количества алкоголя, не становясь алкоголиками в медицинском смысле» [10; гл.7, с.104]. Накопление знаний пробудило новый интерес к семиотике как общей науке о символах или признаках изучаемого предмета (явления). Множественные и разнородные испытания урбанизации (зоны экологического загрязнения, вынужденная эмиграция, уплотненная населенность и инфраструктура жилых кварталов мегаполисов, засилье транспорта и пр.) расширяют понятие об адапционном потенциале личности и организма человека в целом, параллельно новым взглядам совершенствуется инструментарий исследований, и, что важно, — пересматриваются границы нормы и патологии, введено даже понятие семиотики здоровья. Возникли самостоятельные разделы спортивной, космической, географической медицины, полярной медицины, медицины катастроф, пограничных состояний, создаются новые методические подходы к изучению организма человека в условиях многофакторных воздействий, развиваются теории стресса, адаптации и стрессоустойчивости, в полной мере приложимые и к науке аддиктологии, а в рамках экологического образования медиков и психологов признаки конституции как управляющие параметры адаптивности включены в семиотику экологии здоровья [2, 6, 9, 11, 20].

Список определений конституции велик. Различаются виды или типы конституции, включающие рефлексивные, генотипические, фенотипические, психологические, соматические, иммунные, биохимические, нейронные, костно-мышечные, гендерногормональные, лимфогематологические и другие проявления [3, 4]. Биохимическая конституция (БК) — это совокупность факторов, определяющих эндоэкологическое состояние, то есть взаимоотношения структур и функций ферментов, поддержание относительно устойчивого соотношения метаболитов для оптимальных уровней адаптации и реактивности организма. БК определяет биоритмические колебания концентрации субстратов и активности ферментов, функционирование своеобразных «депо-маятников» субстратов, регулирующих сопротивляемость организма, его адапционный потенциал, а также подверженность отдельных систем и органов неблагоприятным воздействиям, их избирательную стрессоустойчивость у каждого индивида, т.е. наличие наиболее чувствительных органов и систем-мишеней в условиях напряжения, истощения при действии экстремальных факторов среды.

Правомерно рассматривать алкоголь и ПАВ как факторы, запускающие регуляторные и защитные системы организма. К последним относятся и полифункциональная ферментная система гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ). Локализация ферментного комплекса ГГТ в перикапиллярном пространстве обуславливает его участие в связывании (детоксикации) гистамина с образованием γ-глутамил-производного продукта с антиаллергенными свойствами, в опосредовании иммунных механизмов неспецифической защиты, в поддержании транспортных процессов

в биологических мембранах и обмене коллагена [5, 15, 18], проницаемости капилляро-соединительнотканых структур (КСС). Фактически ГГТ включена во все основные функции КСС: трофическую, транспортную, структурную, поддержания антигеномеостаза и защитно-барьерную, принимая участие в формировании базисных синдромов полиорганной патологии — гистаминемии и синдрома капилляро-трофической недостаточности (КТН) или гисто-гематического синдрома [ГГС]. Возможно, эти функции осуществляются разными изоферментами ГГТ, специфичность которых еще мало изучена. Разными авторами найдено от 5 до 7 изоферментов, профиль которых изменяется при ряде заболеваний. При алкогольном поражении всех органов и систем установлено нарушение функций гисто-гематических барьеров и микроциркуляции, проявлением чего являются отек, капилляропатия и тканевая недостаточность. Неспецифичность этих вариантов ГГС хорошо известна, она может быть обусловлена тем, что в основе лежит нарушение уровня и транспорта биологически активных веществ — гистамина, серотонина, гепарина, путресцина и многих др. Результаты наших многолетних исследований (обследовано 1680 лиц мужского пола в возрасте от 14 до 62 лет, злоупотребляющих алкоголем и находящихся на разных этапах формирования алкогольной болезни) выявили тесную связь структурно-функционального состояния изоферментного комплекса ГГТ с толерантностью к алкоголю, прогрессивностью алкоголизма и его коморбидными осложнениями. Ферментемия общей ГГТ и спектра изоферментов в клинической наркологии давно используется в качестве объективного диагностического маркера видов и давности злоупотребления ПАВ, но она имеет фазный характер и тесно связана с индивидуальным фенотипом. При этом первоначальная фаза гиперферментемии ГГТ, обнаруживаемая при систематической и даже одноразовой нагрузке алкоголем, скорее всего, носит адапционный характер и свидетельствует об обратной дисгомеостазии вследствие токсико-химических эффектов алкоголя (в частности, вызываемой алкоголем гистаминемией), и только по мере усугубления алкоголизации — служит диагностическим маркером алкогольного поражения печени. Наследуемые или приобретаемые дефицитные состояния системы ГГТ, напротив, могут вызывать в организме развитие или обострение синтропных (имеющих общий «корень» и патогенетический механизм) патологий, связанных с морфофункциональной дезорганизацией соединительной ткани, с глубоким и необратимым нарушением барьерных свойств мембран, проницаемости и эластических свойств сосудистых стенок, процессов питания и функционирования органов и систем [7, 8, 19]. Это давно и хорошо продемонстрировано в клинике системных заболеваний — коллагенозов, а в наркологии — при сниженной активности ГГТ в крови у злоупотребляющих ПАВ стимулирующего действия (кокаином, производными эфедрина, амфетаминами), а также синтетическими каннабиметиками или у больных алкоголизмом в терминальных стадиях [15, 17, 18]. Есть основания полагать, что и этнически обусловленные особенности генотипа ГГТ у коренных жителей Чукотки, Приморского края [1, 12, 14, 20] могут объяснять соответствующие отличия систем-мишеней (избирательную органотропность алкоголя и ПАВ) и механизмов формирования у них алкогольной органопатологии по сравнению с представителями европеоидной расы. Правомерен вопрос в отношении закрепления в онтогенезе (наследуемости?) разных вариантов генотипа

ГТТ (и соответственно — разных фенотипов от функционально неполноценной до гиперактивной формы) в поколениях из семей, отягощенных алкоголизмом/наркоманией. Возможность эволюционной трансформации элементов биохимической конституции на примере полифункциональной ферментной системы ГТТ рассматривается нами в связи с отмеченным в популяционных исследованиях разбросом индивидуальных различий суммарной активности ГТТ и изоферментного спектра ГТТ сыворотки крови, а также с наблюдаемым в период 2007—2010 гг увеличением частоты встречаемости случаев ранней системной патологии у подростков групп риска, состоящих на профилактическом учете в амбулаторном отделении НД. Сопоставительный анализ с результатами аналогичных клинико-лабораторных исследований подростков, проведенных в более ранний временной период (1996—2000 гг.) выявил феномен накопления органопатологии в подрастающих поколениях из отягощенных алкогольным анамнезом семей [16]. Это позволяет предполагать изменение (нарушением) возрастных норм здоровья у подростков допризывного и призывного возраста и отчасти характеризует биохимические основы вызванной алкоголем депопуляции [13]. Так, обусловленная генотропным действием алкоголя новая конституциональная «норма» общей активности ГТТ и/или измененный изоферментный профиль ГТТ крови у детей из алкогольной семьи позволяют объяснить сниженную общую резистентность организма и повышенную аллергическую готовность, а также особенности толерантности к алкоголю и психофизиологического отношения к потреблению алкоголя и других ПАВ, прогнозировать степень риска раннего развития системной патологии [7, 8].

Таким образом, анализ результатов собственных клинико-биохимических исследований и данных литературы раскрывает некоторые причины и механизмы избирательной органотропности алкоголя и ПАВ в аспекте биохимической конституции. Рассматривается определяющая роль наследуемого генотипа ГТТ в этиопатогенезе ряда синтропных (в основе имеющих морфо-функциональную дезорганизацию соединительной ткани [7, 8, 18, 19]) заболеваний при систематической алкоголизации, наркотизации, подобно тем, которые развиваются и при адаптации к холоду, и действию многих других факторов, вызывающих стрессы и напряжения ретикулоэндотелиальной системы. В перспективе предполагается широкое использование показателя ГТТ крови не только в объективном тестировании стрессоустойчивости и общей резистентности организма человека, но и в создании новых подходов энзимотерапии для предупреждения и лечения коморбидных осложнений при алкогольной и наркотической зависимости, утяжеляющих их течение, снижающих качество и продолжительность жизни, реабилитационный потенциал пациентов [6, 18].

Список литературы

1. Галактионов О.К., *Изменчивость и взаимосвязь клинико-динамических показателей потребления алкоголя, сомато-вегетативных и биохимических признаков / в кн.: Этнопсихиатрия североазиатских монголоидов Приморского края в контексте психологической антропологии / Галактионов О.К. — Владивосток: изд-во Владивосток. Ун-та, 2009. — С. 144-161.*
2. Губарева Л.И. *Экологический стресс. Монография. — С-Пб.: «Лань», Ставрополь: «Ставропольсервискола», 2001. — 448 с.*
3. Заболотских И.Б., Илюхина В.А. *Физиологические основы различий стрессорной устойчивости здорового и больного человека. — Краснодар: Изд-во Кубанской медицинской академии. — 1995. 100 с.*
4. Казначеев В.П., Казначеев С.В. *Адаптация и конституция человека. — Новосибирск: Наука, 1986. — 121 с.*

5. Кржечковская В.В., Желтухина Г.А., Небольсин В.Е. и др. *Изучение анафилактической активности и механизм действия гамма-глутамил-гистамина // Патогенез. — 2003. Т.1, №2. С. 67-71*

6. Кузьменко Т.С. *Качественные изменения гомеостаза в связи с величиной действующего фактора и их роль в порождении или ослаблении разного рода зависимостей // Наркология. 2004. №7. С.55-61*

7. Пузырев В.П. *Генетический взгляд на феномен сочетанной патологии у человека // Медицинская генетика. — 2008. — № 9. — С.3-9*

8. Строев Ю.И., Чурилов Л.П. *Дисплазия соединительной ткани и эндокринная регуляция // Дисплазии соединительной ткани / Под редакцией Т.И. Кадуриной, Н.Б. Горбуновой. — СПб.: ЭлБи-СПб, 2009. — С. 493- 517.*

9. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. *Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). — М.: Медицина, 1989. — 272 с.*

10. Ушаков Г.К. *Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1987.- 304 с.*

11. Хаснулин В.И. *Введение в полярную медицину. — Новосибирск: Наука, СО РАМН, 1998. — 337 с.*

12. Чернобровкина Т.В., Аркавий И.В. *Сравнительная характеристика некоторых биологических предпосылок развития алкогольного поражения сердца у коренных и пришлых жителей Чукотки // Социально-медицинские проблемы пьянства и алкоголизма в регионах проживания малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока (Материалы научно-практич.конференции, Архангельск, 29-30 мая 1992 г.). — Архангельск, 1992. — С.87-90.*

13. Чернобровкина Т.В., Аркавий И. В. *К вопросу о биологической эволюции у потомков употреблявших алкоголь родителей // Материалы II международной науч.-практич. конференции «Алкоголизм и наркомания в Евро-Арктическом Баренц-регионе» (Архангельск, 28 нояб.-1 дек. 1996 г.). — Архангельск, 1996. — С. 49-51.*

14. Чернобровкина Т.В., Лиопо А.В., Кершенгольц Б.М., Аркавий И.В. *Биохимическая конституция как основа особенностей патоморфоза алкоголизма (органопатологии при алкоголизации) в регионах Севера // Социально-медицинские проблемы пьянства и алкоголизма в регионах проживания малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока (Материалы научно-практич.конференции, Архангельск, 29-30 мая 1992 г.). — Архангельск, 1992. — С.90-96*

15. Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В. *Клиническая лабораторная диагностика медико-биологических последствий наркотизации у детей и подростков в условиях амбулаторного наблюдения. Руководство для врачей наркологических диспансеров. — Харьков: «Плеяда», 2010. — 148 с.*

16. Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В. *Феномен накопления соматического неблагополучия у подростков по данным обследования в наркологическом диспансере // Материалы Всероссийской науч.-практич. конференции «Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населению» (Москва, 20-21 октября 2011 г.). — М.: «ННЦ Наркологии». 2011. — С. 110-112.*

17. Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В., Ракова Н.И. *Медико-биологические последствия употребления дизайнерских наркотиков в составе спайсов — прямой сигнал угрозы здоровью молодого поколения общества / Материалы науч.-практич. конф. с участием международных специалистов «Актуальные вопросы современной психиатрии, наркологии и неврологии», посвящ. 210-летию Харьковского нац. Университета им. В.Н. Каразина, 14-15 апр.2014. — Харьков, 2014. — С.199-203*

18. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М. *Роль гамма-глутамилтрансферазы в адаптиогенезе и общей резистентности организма человека, реализуемая посредством участия в нейроиммунном балансе и структурно-регуляторных функциях соединительной ткани (часть III) // Наука и образование. -2016.-№4.-С.106-119*

19. Чурилов Л.П., Строев Ю.И. *Дизрегуляторная патология соединительной ткани. Патогенез 2007. Т.5, № 1-2. С. 22-27.*

20. Chernobrovkina T.V., Arkavy I.V., Liopo A. V. *Some Ethnic and Biomedical aspects of Alcohol Abuse Consequenses in the Asian North of Russia // J. of Addiction Research. — 2008.- №1. — P.205-208.*

Влияние полиморфизма гена CYP3A5 на эффективность и безопасность терапии галоперидолом у пациентов с алкогольной зависимостью

Застрожин М.С.^{1,2}, Сычев Д.А.¹, Гришина Е.А.¹, Рыжикова К.А.¹, Дюжев Д.В.², Мастерских И.О.², Лебедева Ю.С.², Смирнов В.В.³, Савченко Л.М.¹, Брюн Е.А.^{1,2}

1 — Российская медицинская академия последилового образования Минздрава России;

2 — ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения Москвы;

3 — Государственный научный центр «Институт иммунологии» Федерального медико-биологического агентства России

Автор для корреспонденции: Застрожин Михаил Сергеевич;
e-mail: rudnmed@ya.ru

Антипсихотическое лекарственное средство галоперидол, являющееся по структуре производным бутерофенона, применяются в наркологии для лечения больных, страдающих алкогольной зависимостью, но его применение нередко сопряжено с развитием серьезных нежелательных лекарственных реакций. В метаболизме галоперидола принимают участие изоферменты CYP2D6 и CYP3A4, активность которых колеблется в широком диапазоне. В исследовании приняло участие 66 мужчин, больных алкоголизмом. Профиль эффективности оценивали с помощью валидизированных психометрических шкал, безопасности — с помощью шкалы UKU. Оценку активности CYP3A4 производили с помощью новейшей неинвазивной методики по уровню метаболического отношения концентрации эндогенного субстрата данного изофермента (кортизол) и его метаболита (6-бетагидроксикортизол). Генотипирование CYP3A5*3 производили методом полимеразно-цепной реакции в режиме реального времени с аллельспецифической гибридизацией. По результатам исследования было показано, что полиморфизм CYP3A5*3 не оказывает значимого влияния на активность CYP3A4, показатели профилей эффективности и безопасности галоперидола, а частота его выявления в популяции больных, находящихся на лечении в Московском НИЦ наркологии крайне мала, что может означать отсутствие достаточной значимости в его изучении при назначении галоперидола данным больным.

Фармакогенетика безопасности бензодиазепиновых транквилизаторов при синдроме отмены алкоголя: роль полиморфизмов гена CYP2C9

Иващенко Д.В.^{1,2}, Рыжикова К.А.¹, Созаева Ж.А.¹, Застрожин М.С.^{1,2}, Брюн Е.А.^{1,2}, Сычев Д.А.¹

1 — ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

2 — ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения Москвы
Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Иващенко Дмитрий Владимирович;
e-mail: dvi1991@yandex.ru

Введение

Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (далее — БДХФБД) — отечественный бензодиазепиновый транквилизатор, широко применяемый в психиатрии, неврологии и наркологии. В частности, БДХФБД применяют при купировании синдрома отмены алкоголя (СОА). Бензодиазепиновые транквилизаторы не являются безопасными препаратами, но для БДХФБД факторы риска разви-

тия нежелательных побочных реакций (НПР) мало изучены. Исследования фармакогенетических предикторов безопасности БДХФБД ранее не проводились.

Пациенты и методы

В исследование было включено 102 пациента мужского пола с диагнозом неосложненного СОА (F10.30, по МКБ-10). Динамическое наблюдение длилось 6 суток, в течение которых пациенты принимали БДХФБД (феназепам). Часть пациентов (n = 38) принимали дополнительный паглюоферал (комбинированный препарат, содержит фенобарбитал, кофеин-бензоат натрия, папаверин, бромурал) и/или карбамазепин. От каждого пациента было получено 5 мл венозной крови для генотипирования: с применением полимеразной цепной реакции в реальном времени определялось носительство полиморфных вариантов гена CYP2C9: CYP2C9*2 (rs179985) и CYP2C9*3 (rs1057910). Безопасность терапии оценивалась при помощи Шкалы оценки нежелательных эффектов UKU. Анализ данных проводился в программном пакете SPSS Statistics 21.0.

Результаты

Нами были обнаружены значимые ассоциации отдельных НПР по шкале UKU с носительством полиморфизма CYP2C9*3: у таких пациентов чаще встречались «Ортостатическое головокружение» (26,3% vs 13,3%; $p = 0,003$) и «Запоры» (15,8% vs 1,2%; $p = 0,01$). Наблюдаемые эффекты усилились при анализе подгруппы, получавшей БДХФБД в виде монотерапии (n = 64). Среди больных в подгруппе «Комбинированная фармакотерапия» носительство CYP2C9*3 чаще ассоциировалось с «Астенией/слабостью/повышенной утомляемостью» (75% vs 50%; $p = 0,056$) и «Большей выраженностью НПР согласно шкале UKU по мнению врача» (100% vs 64,7%; $p = 0,043$). Носительство полиморфизма CYP2C9*2 ассоциировалось с меньшей частотой и выраженностью НПР «Полиурия/полидипсия» (23,8% vs 32,1%; $p = 0,061$) у пациентов общей выборки и группе «Монотерапия БДХФБД» ($p = 0,058$).

Заключение

Носительство полиморфизма CYP2C9*3 ассоциировалось с более высоким риском НПР при приеме БДХФБД в виде монотерапии и в комбинациях. Полиморфный вариант CYP2C9*2 не влиял на ухудшение переносимости терапии. Полученные данные соответствуют проведенным исследованиям других бензодиазепиновых транквилизаторов.

Влияние полиморфизма гена CYP3A5*3 на безопасность бензодиазепиновых транквилизаторов при синдроме отмены алкоголя

Иващенко Д.В.^{1,2}, Рыжикова К.А.¹, Созаева Ж.А.¹, Застрожин М.С.^{1,2}, Брюн Е.А.^{1,2}, Сычев Д.А.¹

1 — ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

2 — ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения Москвы

Автор для корреспонденции: Иващенко Дмитрий Владимирович;
e-mail: dvi1991@yandex.ru

Введение

Синдром отмены алкоголя (СОА) — наиболее частая причина госпитализаций лиц, страдающих от синдрома алкогольной зависимости. Общепринятым подходом к лечению СОА является детоксикационная терапия и примене-

ние бензодиазепиновых транквилизаторов. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (далее — БДХФБД) — основной транквилизатор, применяемый при купировании СОА в России. Исследования фармакогенетических предикторов безопасности БДХФБД ранее не проводились.

Пациенты и методы

В исследование было включено 102 пациента мужского пола с диагнозом неосложненного СОА (F10.30, по МКБ-10). Динамическое наблюдение длилось 6 суток, в течение которых пациенты принимали БДХФБД (феназепам). Часть пациентов ($n = 38$) принимали дополнительно паглюферал (комбинированный препарат, содержит фенобарбитал, кофеин-бензоат натрия, папаверин, бромурал) и/или карбамазепин. От каждого пациента было получено 5 мл венозной крови для генотипирования: с применением полимеразной цепной реакции в реальном времени определялось носительство полиморфных вариантов генов CYP3A5*3 (rs776746), CYP2C9*2 (rs179985) и CYP2C9*3 (rs1057910). Безопасность терапии оценивалась при помощи Шкалы оценки нежелательных эффектов UKU. Анализ данных проводился в программном пакете SPSS Statistics 21.0.

Результаты

Было выявлено, что вариантный генотип CYP3A5 GA ассоциировался с худшей переносимостью лечения в общей выборке пациентов. Значимо чаще у носителей генотипа GA отмечены «Нарушения аккомодации» ($p = 0,028$) и «Увеличение яркости и интенсивности сновидений» ($p = 0,057$, слабый тренд). Анализ подгруппы больных, принимавших БДХФБД в виде монотерапии ($n = 64$) подтвердил большую частоту нежелательных побочных реакций (НПР) у носителей генотипа GA. При анализе подгруппы больных, принимавших комбинированную терапию (БДХФБД, паглюферал и/или карбамазепин) было установлено, что прием БДХФБД и паглюферала у больных с вариантным генотипом GA ассоциирован с худшей переносимостью: общий балл шкалы UKU, а также баллы подшкал «Психические нарушения» и «Нарушения вегетативной нервной системы» были значимо выше. Существенные различия были достигнуты также по частоте и выраженности отдельных НПР. Без учета генотипов группы «Монотерапия БДХФБД» и «Комбинированная фармакотерапия» по параметрам безопасности значимо не различались.

Заключение

Носительство активной аллели A полиморфизма CYP3A5*3 было ассоциировано с худшей переносимостью БДХФБД. Данный результат парадоксален, так как более высокая активность CYP3A5 (согласно генетическому тестированию) приводила к увеличению риска НПР на фоне терапии. Исследования фармакогенетики профиля безопасности БДХФБД будут продолжены.

Клиника и неотложная терапия острой интоксикации синтетическими катинонами

Черенков А.А.¹, Уваров И.А.², Нафиков А.Р.¹

¹ — БУЗ «Республиканский наркологический диспансер Минздрава Удмуртской Республики»;

² — ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России»

Автор для корреспонденции: Черенков Анатолий Анатольевич; e-mail: an3rea@mail.ru

Обследовано 219 больных с острой интоксикацией синтетическими катинонами, находящимися в условиях реанимаци-

онного отделения Республиканского наркологического диспансера г. Ижевска. Ведущими психопатологическими проявлениями практически у всех поступивших были галлюцинаторно-бредовые синдромы, сопровождающиеся persecуторным бредом, устрашающими вербальными галлюцинациями, выраженным страхом, психомоторным возбуждением, аутодеструктивными тенденциями, бессонницей [1, 2]. Важным патогномичным признаком интоксикации был гипергидроз. У 77 (35,1%) больных наблюдалась гипертермия. Комы различной степени тяжести были зафиксированы у 33 (15,1%) пациентов, чаще всего кома наблюдалась у пациентов с mixed-отравлениями (психостимуляторы+алкоголь, психостимуляторы+курительные смеси) [3, 4]. У 19 (8,6%) больных диагностировалась выраженная дыхательная недостаточность, как центрального генеза, так и как проявление пневмонии. Интубация трахеи и ИВЛ в различных режимах потребовалась 6 (2,7%) пациентам. Практически у всех больных наблюдался лейкоцитоз до уровня $12-16 \times 10^9/\text{л}$. Вероятно, это объясняется как способом введения (чаще всего парентеральным), зачастую далеким от стерильного, так и повреждающим действием самого наркотического средства. В начале поступления (первые 8 часов) диагностировалась гипергликемия ($7-16$ ммоль/л), а при более длительной экспозиции наблюдалось снижение уровня глюкозы, зачастую до критических значений ($0,2-0,3$ ммоль/л). Величины креатинина и мочевины у 39 (17,8%) больных были выше нормальных значений, в основном у больных с сочетанной интоксикацией психостимуляторами и другими ПАВ (алкоголем, синтетическими каннабиноидами). Судорожный синдром, наблюдавшийся у 8 (3,7%) больных, удалось купировать введением оксипирирата натрия. У 9 (4,1%) пациентов развилась острая почечная недостаточность, пятерым из них потребовался гемодиализ.

Таким образом, в связи с особенностями соматопсихического статуса, больных с острыми отравлениями психостимуляторами амфетаминового ряда (синтетическими катинонами), рекомендуется госпитализировать в отделения интенсивной терапии со следующими алгоритмами лечения: катетеризация вен, мочевого пузыря, лабораторная диагностика мочи, мониторинг гликемического статуса, мониторинг АД, ЧСС, инфузионная терапия, профилактическое назначение антибиотиков широкого спектра действия. Купирование психомоторного возбуждения проводится транквилизаторами бензодиазепинового ряда (феназепам, диазепам), парентеральным введением галоперидола или аминазина (тизеридина) [5].

Список литературы

1. Саунова М.С. Синдром зависимости от психостимуляторов амфетаминового ряда с учетом возраста больных. Дис. канд. мед. наук. М., 2016. 238 с.
2. McKein R., McLaren J., Lubman D.I. et al. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction* 2006; 101 (10): 1473-1480.
3. Черенков А.А., Уваров И.А., Обухов Н.Г. Интенсивная терапия острых психотических расстройств у больных с различной наркологической патологией. В кн.: Актуальные проблемы психиатрии и психотерапии. Под. ред. Д.М. Ивашиненко. Тула: ТулГУ, 2016. С. 185-189.
4. Нафиков А.Р., Уваров И.А., Черенков А.А. Роль и место пациентов с зависимостью от катинонов в деятельности специализированного лечебного учреждения. Тезисы всероссийской практической конференции «Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации». Санкт-Петербург, 31 мая — 1 июня 2016 г. С. 62.
5. Черенков А.А. Некоторые практические аспекты интенсивной терапии больных с зависимостью от синтетических катинонов. Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: сборник тезисов Региональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии» (Чита, 26-27 мая 2016 года). Чита: ГБОУ ВПО ЧГМА, 2016. С. 131-134.

СИМПОЗИУМ

Психосоциальные аспекты профилактики и помощи лицам с аддиктивными расстройствами

Роль клубов лечащихся алкоголиков в предотвращении развития проблем, связанных с алкоголем

Зоран Зоричич

Центральный клинический госпиталь «Сестер милосердия»
Загреб, Хорватия

Автор для корреспонденции: Зоричич Зоран;
e-mail: Zoran.zorici@kbcsm.hr

Пятьдесят два года назад, сразу после основания первого Клуба лечащихся алкоголиков, как и планировал основатель Владимир Худолин, Клубы стали основой для реабилитации алкоголиков, расширенной лечебницей, местом для освоения социальных навыков и получения поддержки в обыденных жизненных проблемах и стрессовых ситуациях.

Спустя несколько лет В. Худолин внедрил новый подход к семейной терапии в Клубы и настоял на том, чтобы Клуб возглавлял профессионал, что стало отличительной чертой Клубов от групп Анонимных Алкоголиков (АА). Со временем Клубы стали самой важной частью лечения больных алкоголизмом. Опыт развития Клубов в Италии свидетельствует о возможности превращения Клубов в центры здорового образа жизни, которые могут обеспечивать поддержку семьям и предотвращать развитие проблем, связанных с преодолением сложных жизненных ситуаций. Другими словами, Клубы могут стать частью социальной сети, а жизнь без алкоголя — это лишь часть их деятельности. Воспитание детей, развитие общения, борьба со стрессом, развитие духовности и поощрение творчества — вот лишь некоторые из приоритетов Клубов.

Клубы должны поддерживаться обществом. Привлекается привлечение специалистов в области психиатрии. Помимо специалистов, духовные общины, церкви, центры социального обеспечения могут внести большой вклад, который будет осуществляться под надзором аддиктологов.

Высокоактивные алкоголики: как семья и окружение способствуют поддержанию алкоголизма

Настасич Петар

Университет «Singidunum»
Белград, Сербия

Автор для корреспонденции: Настасич Петар;
e-mail: p.nastasic@gmail.com

Изучение алкоголизма продолжается уже более 200 лет. За все эти годы изучение алкоголизма накопило множество научных фактов, которые можно разделить на несколько ключевых установок или парадигм, которые представлены в данной работе.

В статье рассмотрены два основных вида алкоголизма, соответствующие современной классификации. Один из них опирается на поддержку со стороны семейной системы

и более комплексные, экосистемные широкие процессы. Такой алкоголизм вторгается в систему существования больного и значительно вредит членам его семьи, создавая плохой исход для больного и его семьи.

В процессе становления алкогольной зависимости человек испытывает различные симптомы и последствия алкоголизма. Исследователи из Национального института злоупотребления алкоголем и алкоголизма (NIAAA, 2014) разработали классификацию, в которой определены пять общих подтипов алкоголизма, характерные особенности которых соответствуют кластеру ведущих факторов: семейному анамнезу, возрасту начала употребления алкоголя, симптомам существующего заболевания и наличию сопутствующей патологии.

В данной работе рассмотрены так называемые высокоактивные алкоголики, характеристики их личности, семьи и работы. Раскрываются психологические мотивации и убеждения высокоактивных алкоголиков, приведены аргументы их несоответствия здравому смыслу. Особенно важно отметить опасность существования поощрения со стороны семьи работающих алкоголиков и наркоманов.

Таким образом, нужно понимать, что алкоголизм может иметь разрушительные последствия для физического здоровья, эмоционального благополучия, личных отношений и профессиональной карьеры. Существующее представление больных и членов их семьи о том, что возможно быть «высокоактивным алкоголиком» не соответствует действительности.

Некоторые эксперты предпочитают термин «в настоящее время активный алкоголик», потому что существует очень высокая вероятность того, что такие люди, если срочно не предпринять серьезных действий, потеряют свою активность совсем скоро.

Личностные характеристики пациентов, находящихся на лечении в наркологическом стационаре по поводу алкоголизма

Богданов С.И., Аблиева Ю.А., Акимова М.А.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

Автор для корреспонденции: Богданов Сергей Иванович;
e-mail: bogdanov-nrc@yandex.ru

До настоящего времени психологические механизмы развития наркологических заболеваний в целом и алкоголизма в частности остаются недостаточно изученными. В то же время, решение задач по психопрофилактике, психокоррекции и психотерапии алкоголизма невозможно без глубокого и всестороннего изучения личности больного.

Исследование проводилось с использованием 16-факторный личностный опросник — психодиагностическая методика, разработанная институтом под руководством Рэймонда Кеттелла (методика 16 PF). В настоящем исследовании использовалась форма С методики Кеттелла, позволяющая оценить личностные особенности пациентов.

Исследование проводилось у пациентов со сроком воздержания от алкоголя от 6 до 15 дней.

В исследовании приняли участие 123 больных алкоголизмом (69 % мужчин и 31 % женщин). Их возраст варьировал от 21 до 67 лет, составив в среднем $41,5 \pm 0,9$ года ($42,0 \pm 1,3$ года у мужчин и $40,5 \pm 1,5$ года у женщин). Более половины пациентов (68,5%) предпочитали крепкие алкогольные напитки, 28,7% — пиво, 2,8% — вино. Каждый третий систематически употреблял алкоголь на протяжении 6-10 лет (28,7%), 13,9% — больше 20 лет имеет небольшое количество пациентов. В основном исследуемые употребляют в сутки 10—15 алк.ед. (31,5%) и 25—30 алк.ед. (27,8%), тогда как суточная толерантность — 0—5 (1,9%), 20—25 (3,7%) характерна для небольшого процента больных.

Основными личностными характеристиками больных алкоголизмом, находящихся на лечении в наркологическом стационаре согласно нашему исследованию с использованием опросника 16 PF являются:

- невысокий уровень коммуникативных способностей;
- сниженный интеллект;
- эмоциональную неустойчивость;
- высокий уровень доминантности;
- низкая способность радоваться жизни;
- высокий уровень нормативности поведения;
- нерешительность;
- несентиментальность;
- высокий уровень подозрительности, недоверия к другим людям;
- низкий уровень по фактору творчества (практичность);
- наивность, прямота в общении;
- высокая тревога;
- консервативность, ригидность;
- зависимость от других, несамостоятельность;
- низкий самоконтроль и низкая самооценка.

Выявленная нами характеристика больных алкоголизмом нацеливает психиатров-наркологов на более целенаправленную комплексную работу с данным контингентом в целях реабилитации и особенно — мотивирования на лечение.

Изучение динамики диспансерной группы больных с алкоголизмом

Акимова М.А., Богданов С.И., Аблиева Ю.А.
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России
Екатеринбург

Автор для корреспонденции: Богданов Сергей Иванович;
e-mail: bogdanov-nrc@yandex.ru

Не вызывает сомнения тот факт, что именно пристальное изучение реальной работы врача психиатра-нарколога на амбулаторном приеме и оптимизация его деятельности в результате позволяет проводить лечение на более высоком уровне и добиваться высокой эффективности.

Целью данного исследования стало проведение анализа данных амбулаторного наблюдения диспансерных больных с синдромом зависимости от алкоголя по основанию (причинам) взятия их под наблюдение, времени первичного обращения к врачу психиатру-наркологу, динамике движения и динамике посещения врача в группах диспансерного наблюдения.

В исследуемую группу был включен 101 пациент с клиническим верифицированным диагнозом «синдром зависимости

от алкоголя» (F 10.2, F 10.3). Соотношение мужчин и женщин в исследуемой группе составило 9:1, средний их возраст — $40,6 \pm 1,1$ года. Среднее значение длительности систематического пьянства составило $11,8 \pm 0,7$ года. Среднее значение показателя максимальной суточной толерантности к алкоголю составило $23,8 \pm 0,4$ стандартных алкогольных единиц. Выкопировка данных амбулаторных карт включала в себя: данные о причинах взятия больных под диспансерное наблюдение, оценку активности посещений врача психиатра-нарколога в каждой группе наблюдения; качество и временную оценку ремиссии; данные о перенесенных алкогольных психотических расстройствах; количественные показатели случаев госпитализаций и амбулаторного лечения с целью купирования синдрома отмены алкоголя при рецидивах, данные о взаимодействии диспансерных больных со специалистами психолого-психотерапевтической службы. Расчет стандартных алкогольных единиц проводился по методике количественной оценки ежедневного употребления алкоголя (TLFB) по формуле: объем алкогольного напитка (мл) \times % чистого этанола в напитке $\times 0,07$. Режим посещений врача психиатра-нарколога больными разных диспансерных групп оценивался в соответствии с действующими нормами следующим образом:

группа Д1: 25% — 1—3 посещения; 50% — 4—6 посещений; 75% — 7—9 посещений; 100% — 10—12 посещений; более 100% — 13 и более посещений;

группа Д2: 25% — 1-2 посещение; 50% — 3 посещения; 75% — 4—5 посещений; 100% — 6—7 посещений; более 100% — 8 и более посещений;

группа Д3: 25% — 1 посещение; 50% — 2—3 посещения; 75% — 4—5 посещений; 100% — 6 посещений; более 100% — 7 и более посещений.

Наиболее распространенными основаниями для взятия под диспансерное наблюдение больных с синдромом зависимости от алкоголя явились перенесенные острые алкогольные психотические расстройства либо купирование синдрома отмены алкоголя в условиях стационара. Треть пациентов впервые посетили врача психиатра-нарколога в рамках первого полугодия с момента заведения на них медицинской документации, шестая часть — по истечении 7—12 месяцев. Каждый шестой пациент был взят под наблюдение в момент самообращения за наркологической помощью. Удельный вес случаев первичного обращения диспансерных больных к врачу во временном интервале от года до трех лет составил 13%. Большинство пациентов в каждой диспансерной группе наблюдались однократно. Случаи повторных наблюдений встречались преимущественно в первой группе, у каждого третьего больного. Негативной динамике движения с регрессом был подвержен и каждый десятый больной группы Д2. Неоднократные наблюдения пациентов в диспансерных группах связаны с рецидивами их пьянства либо отсутствием объективных данных о продолжительности ремиссии ввиду нерегулярного посещения ими врача психиатра-нарколога. Рекомендованный режим посещений в рамках соответствующей группы диспансерного наблюдения выполнил каждый двенадцатый пациент группы Д1, каждый пятый — в группе Д2 и каждый восьмой — в группе Д3. Треть пациентов первой группы диспансерного наблюдения посетили врача психиатра-нарколога в единичных случаях и четверть — выполнили посещения на 50%. Наиболее активными по посещениям оказались больные в рамках третьей группы диспансерного наблюдения, у которых объективно подтверждалась ремиссия после длительного отсутствия на приеме у врача психиатра — нарколога с мотивацией снятия с диспансерного наблюдения.

Таким образом, наиболее пристального внимания требуют к себе больные первой диспансерной группы. В этой связи имеется насущная необходимость тесного взаимодействия и преемственности между врачами наркологического стационара и амбулаторной службы. Следует усилить мотивационную деятельность врачей и психологов стационара для обращения больных к участковому наркологу после выписки из стационара.

Дисфункциональная семья

Москаленко В.Д.

ФГБУ «Федеральный медицинский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»

Москва

Автор для корреспонденции: Москаленко Валентина Дмитриевна;
e-mail: valentinajoy@mail.ru

Семьи больных зависимостями, как правило, относятся к числу дисфункциональных семей. Семьи без наличия у кого-либо из членов зависимости также могут быть дисфункциональными. Это семьи больных тяжелыми хроническими заболеваниями; семьи, в которых кто-либо погиб или перенес тяжелое физическое либо сексуальное насилие; семьи, в которых есть приемные, но полностью не принятые дети.

Само название дисфункция (*dis* — нарушение и *function* — деятельность, *лат.*) означает, что в семье что-то работает неправильно. Это не собрание каких-то «неправильных» (мало знающих или имеющих недобрые установки) людей. Это, скорее, собрание людей, живущих по неверным, нездоровым психологическим правилам.

Дисфункциональную семью отличают признаки:

1. Отрицание проблем и поддержание иллюзий;
2. Недостаток теплых душевных взаимоотношений;
3. Замороженные правила и роли;
4. Конфликтные отношения;
5. Обязательное единство чувств («Если мама сердится, то сердятся все») и точек зрения (быть другим, значит, быть плохим);
6. Нарушение границ. Они либо смешаны, либо наглухо разделены невидимыми стенами;
7. Секрет семьи должен поддерживаться всеми, создание видимости псевдоблагополучия;
8. Склонность к полярности чувств и суждений («Я жила на качелях из ада в рай», суждения дихотомические либо «да», либо «нет», пропуск «может быть»);
9. Закрытость семейной системы;
10. Особое значение воли и контроля, когда власть принадлежит одному человеку, а мнения других членов семьи малозначимы.

Воспитание в дисфункциональной семье подчиняется нижеприведенным правилам:

1. Взрослые — хозяева ребенка;
2. Только взрослые определяют, что правильно, что неправильно;
3. Подразумевается, что ребенок отвечает за то, что родитель сердится;
4. Родители держат эмоциональную дистанцию с детьми;
5. Воля ребенка, которая расценивается как упрямство, должна быть сломлена и как можно скорее.

Психолог Клаудиа Блэк, работавшая с детьми алкоголиков, определила правила дисфункциональной семьи в виде трех «не»: не говори, не чувствуй, не доверяй.

Задача семейной психотерапии — способствовать изменениям во взаимоотношениях, постепенно двигаясь к пра-

вилам функциональной, здоровой семьи. Эти изменения достигаются в процессе длительной системной семейной психотерапии, как индивидуальной, так и групповой. Вот примерный перечень признаков функциональной семьи:

1. Проблемы признаются и решаются;
2. Поощряется свобода восприятия, мысли, обсуждения, свобода иметь свои чувства, желания, свобода выбора и творчества;
3. Каждый член семьи имеет свою уникальную ценность, различия между членами семьи высоко ценятся;
4. Члены семьи умеют заботиться о себе и не нуждаются в гиперопеке;
5. Родители делают то, что говорят;
6. Роли в семье выбираются, а не навязываются;
7. В семье есть место развлечениям;
8. Ошибки прощаются, на них учатся;
9. Семейная система открыта для новых идей и существует для развития человека, а не наоборот;
10. Правила семьи гибкие, их можно обсуждать.

Работа с личностью зависимого пациента: от Я-патологического к Я-нормативному

Соборникова Е.А.^{1,2}

1 — ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России;
2 — ГУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения города Москвы
Москва

Адрес для корреспонденции: Соборникова Екатерина Анатольевна;
e-mail: 4izm@mail.ru

Человек, страдающий алкогольной, наркотической или иной зависимостью в развернутых стадиях, часто демонстрирует анозогнозию и не желает принимать лечебную и реабилитационную помощь.

Анализ опыта практической работы врача-психотерапевта в наркологии с учетом современных научных представлений о личности зависимого человека [1] позволяет предположить, что один из путей решения проблемы «плохого», не мотивированного к трезвости и лечению, пациента с аддиктивными расстройствами лежит через переключение его активной позиции из патологической части личности в нормативную.

Согласно психогенетической теории личности Ю.В. Валентика, в единицу времени может быть активным только один из личностных статусов (ЛС) — либо один из нормативных (Я-ребенок, Я-родитель, Я-партнер, Я-профессионал, Я-мужчина/женщина, Я-член групп Я-телесное), либо псевдо-Я («Я»-алкоголик, «Я»-наркоман, «Я»-курительщик, «Я»-игрок...). Статус «Я»-патологическое является чужеродным структурным новообразованием, ответственным за сохранение зависимости. [2,3]. Мы считаем также, что есть еще один нормативный статус — универсальный надличностный статус Я-духовное [5].

Работа с зависимым человеком, пребывающим в статусе «Я»-патологическое — бесполезна, т.к. он всеми силами защищает болезнь. Это можно изменить в процессе взаимодействия — индивидуального или группового, если исключать и ограничивать факторы, способствующие погружению в «Я»-патологическое, и применять способы актуализации подлинных Я человека — Я-нормативных.

Погружению в «Я»-патологическое способствует упоминание об аддиктивном агенте; требование признать, что человек — «алкоголик»/«наркоман», обращение к человеку как к алкоголику/наркоману (например, использова-

ние клички вместо имени или ярлыка «Алкаш», «Наркоман», или специфическое субкультуральное преобразование имени — «Санек», «Серега», «Витек»); использование жаргона, характерного для соответствующей субкультуры, специфического фольклора субкультуры (пословицы, анекдоты, «воспевающие» употребление алкоголя или наркотиков); использование характерных жестов, связанных с употреблением. Также погружение в «Я»-патологическое может произойти в присутствии созависимого человека или человека, который ведет себя созависимым образом (как «преследователь», «жертва» или «спасатель»); в присутствии человека, употребившего психоактивное вещество, или же погружение происходит по типу «цепной реакции», если кто-то из окружающих пребывает в «Я»-патологическом.

Ключевые признаки пребывания в «Я»-патологическом — это отставание позиции «неизбежности употребления»; действия, осуществляемые или оправдываемые с опорой на установки, характерные для «Я»-патологического (например — «какой же праздник без спиртного?», «у каждого свой кайф»); позиция «обесценивания лечения», выражающаяся в смысловом искажении контекста высказываний другого человека в пользу употребления (например, любое упоминание слова «трава» вызывает ассоциации с коноплей), в потере интереса ко всему, кроме аддиктивного агента, уходе от реальности в «патологическое время-пространство» с иными аддиктивными смыслами. Внешне переключение в «Я»-патологическое может выражаться особым блеском глаз, характерными жестами и мимикой, сопровождаться оживлением, возбуждением, раздражением или, напротив, безразличием, равнодушием, скукой.

Для укрепления мотивации к трезвости, повышения эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий, совладания с зависимостью необходимо специалистам, родственникам и самому пациенту освоить технологии «переключения» статусов и поддержания активности нормативных личностных структур.

Переключение в нормативную часть личности происходит, если к зависимому человеку обращаются не как к алкоголику или наркоману, человеку, виновному в сложившейся ситуации, а как к человеку, страдающему от проявлений болезни и имеющему возможность справиться с ней. Проявления уважения, эмпатии, принятия, пребывание в доброжелательной обстановке помогают зависимому человеку переключаться и удерживаться в нормативной части личности.

Для целенаправленного переключения в конкретные нормативные личностные статусы можно использовать соответствующие темы в беседе. Так, для погружения в ЛС

Я-телесное можно спросить «Как вы себя чувствуете?»; в Я-ребенок — «Как поживают Ваши родители?»; в Я-родитель — «Что Вы любите делать вместе со своим ребенком?», «Планируете ли Вы рождение детей?»; в Я-партнер — «что любит Ваш супруг/супруга?»; в Я-профессионал — «какие перспективы Вы видите для своего профессионального развития?»; в Я-мужчина/женщина — «чувствуете ли Вы внимание к себе людей противоположного пола?»; в Я-член группы — «у Вас есть единомышленники?»; в Я-духовное — «Что Вы хотите оставить после себя на Земле?». Обсуждение актуальных потребностей каждого личностного статуса также позволяет человеку вернуться в свое подлинное Я.

Родственников зависимых людей нужно обучать и тренировать общаться со своими близкими людьми из комплементарных личностных статусов. К сыну или дочери, например, обращаться из ЛС Я-родитель, к мужу — из статуса Я-партнер, к родителям — из статуса Я-сын или дочь, а не из созависимых патологических статусов «Я-жертва», «Я-преследователь», «Я-спасатель».

Конкретные стратегии и приемы переключения зависимого человека из патологического в нормативные личностные статусы разрабатываются в рамках Метода формирования личностной саморегуляции на кафедре наркологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России [3—6].

Список литературы

1. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ. *Наркология* 2002; (9): 21-25.
2. Валентик Ю.В. Научно-методическое обоснование системы оценки и предупреждения различных форм зависимости в детско-молодежной среде (зависимость от азартных игр, компьютерная зависимость, зависимость от новых психоактивных веществ): *Методические рекомендации для педагогов, социальных педагогов, школьных психологов*. М.: Изд-во РУДН, 2005. 132 с.
3. Валентик Ю.В., Соборникова Е.А. Формирование личностной саморегуляции у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, в амбулаторной реабилитационной программе. *Психотерапия* 2009; (3): 34-42.
4. Соборникова Е.А. Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля. Автореф. дис. к.м.н. М., 2012. 24 с.
5. Соборникова Е.А. Палаточный лагерь как метод профилактики аддиктивных расстройств: *Методическое пособие для специалистов, работающих с молодежью*. Тамбов.: Четвертое измерение, 2010. 206 с.
6. Соборникова Е.А., Булатников А.Н., Савченко Л.М., Соболев Е.С., Новиков Е.М. Формирование личностной саморегуляции у лиц с аддиктивными расстройствами: учебное пособие. М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. — 74 с.

СИМПОЗИУМ

Феномен веры в совладании с аддиктивными расстройствами

Влияние веры, поста и молитвы на избавление от алкогольной зависимости

Бабурин А.Н.
протоиерей, врач-психиатр

клирик храма Ризоположения Господня на Донской улице г.Москвы;
ст.науч.сотр, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН;
Председатель Правления, Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости
Москва

Для корреспонденции: Бабурин Алексей Николаевич;
e-mail: baburnik@gmail.com

До конца 50-х годов XIX в., когда по почину духовенства стали появляться в России братства трезвости, борьба с пьянством ограничивалась нравоучениями, запретительными мерами, примитивными народными и медицинскими мерами.

Отдельные усилия ревнителей трезвости не приносили добрых плодов. Выход из казавшегося было безнадежным положением дел был найден, когда осознали, что надо объединять желающих жить трезво в приходских учреждениях. В них лучшие представители борцов за народную трезвость, из числа духовенства, не только лично участвовали во врачевании недугующих пьянством, но и привлекали в свои ряды прихожан, среди которых помимо рабочих и крестьян, были учителя приходских школ, врачи, представители интеллигенции и знати.

По статистическим сведениям, приведенным в «Первом антиалкогольном адрес-календаре», в Российской Империи к началу 1911 года значилось 1767 церковных обществ трезвости и при них состояло 498 685 человек [1].

Тесное и всестороннее взаимодействие членов трезвеннических обществ способствовало накоплению практического опыта и синтезу идей в деле преодоления пьянства среди населения. Стратегия, предложенная в IV в. Святителем Иоанном Златоустом, призывавшего создавать товарищества, «для того, чтобы истреблять страсть к пьянству» [2], оказалась востребованной.

Благодаря стараниям церковно-приходских обществ трезвости душевое потребление алкоголя к 1913 году снизилось до 3,14 л, то есть было почти самым низким в Европе [3].

Успехи церковных трезвеннических обществ, сообществ «Анонимных Алкоголиков», социально-терапевтических клубов, терапевтических общин, клубов леченых алкоголиков, антиалкогольных клубов, семейных клубов трезвости и разнообразных групп само-взаимопомощи оказались значительно скромнее результатов медицинских вмешательств. Сложившаяся практика способствовала появлению системного биопсихосоциодуховного подхода к решению проблемы пристрастия к ПАВ и действиям.

Участие духовенства в противодействии пьянству и алкогольной болезни было и остаётся требованием пастырской деонтологии, предписывающей священнослужителям не только проповедовать, но и священнодействовать, врачую «всякую болезнь и всякую немощь» [4].

«Болен ли кто из вас, пусть призовет пресвитеров Церкви, и пусть помолятся над ним, помазав его елеем во имя Господне» [5] — советует апостол Иаков.

Евангелист Матфей повествует о том, как к Иисусу Христу подошел некий человек и, «преклоняя пред Ним колени, сказал: «Господи! помилуй сына моего; он в новолуния беснуется и тяжело страдает, ибо часто бросается в огонь и часто в воду, я приводил его к ученикам Твоим, и они не могли исцелить его» [6]. Иисус избавляет отрока от этой одержимости, а ученикам своим объясняет их бессилие перед лицом тяжелого недуга страждущего неверием их [7].

О необходимости подлинной, чистой, живой веры во Всемогущество Бога и доверии Ему мы находим свидетельства апостола и евангелиста Марка, подробно излагающего диалог Спасителя с отцом беснующегося отрока. Отец сказал: «если что можешь, сжался над нами и помоги нам. Иисус сказал ему: если сколько-нибудь можешь веровать, всё возможно верующему. И тотчас отец отрока воскликнул со слезами: верую, Господи! помоги моему неверию» [8].

Вера в исцеляющую силу Божию легла в основу деятельности многочисленных дореволюционных трезвеннических обществ. Безраздельную власть алкогольного «Я» над наличным «Я» обуздывали с помощью обетов трезвости, которые давались членами этих обществ во время церковной молитвы.

Присягать на верность трезвому образу жизни стали уже в самом первом обществе трезвости, учрежденном двумястами фермеров в 1789 году в городе Личфилд штата Коннектикут [9]. В России обеты трезвости получили очень широкое распространение с конца XIX века. Вступая в общества трезвости, сотни тысяч людей давали на особом молебне обещания Богу не пить вина и не склонять к тому других на тот или иной срок.

Даёт ли человек себе зарок, присягает ли перед лицом Всесильного Господа Бога или перед «значимыми другими», присягающий верит в то, что взамен его жертвенного самоограничения он высвободит собственные силы для преодоления своего пристрастия или ему придёт спасительная помощь извне.

«Силы слабы у человека. Личной решимости не хватает. А дал зарок, дал обет — явились и силы, достало решимости победить себя», — пишет в своём письме к другу священномученик Иларион Троицкий [10].

Таким образом, зарок придаёт человеку дополнительные силы, делает его более терпеливым, выносливым, и, подобно якорю, удерживает его от срыва.

Обещающий воздерживаться от употребления спиртных напитков, тем самым добровольно накладывает на себя пост, в узком смысле этого слова. Пост — веками испытанное средство, способствующее трезвомыслию и усилению волевого контроля, а также, очищающее организм от всякого рода токсинов.

При этом, вера была и остаётся необходимым условием для дачи зарок, будь то вера в резервные возможности организма, вера в свой коллектив или религиозная вера.

Насколько вера важна в обретении трезвости — свидетельствуют слова, высказанные «отцом американской психиатрии» Бенджамином Рашем в письме к своему другу: «Я принуждён верить, что на пьянство можно действовать только религией. Человеческие средства ни к чему не привели» [11].

«Вера в Бога и соблюдение религиозных предписаний порождает в организме человека ни с чем не сравнимый по-

ложительный эффект, который не встречается более ни при каких иных стимулирующих факторах» [12]. «Никакая другая вера, кроме как вера в Бога, не дает разуму и сердцу человека такого покоя и гармонии» [13]. К такому заключению пришёл врач-кардиолог, основатель и почётный директор Бенсон-Генри института Массачусетского общего госпиталя в Бостоне, попечитель Американского института стресса, профессор Гарвардской медицинской школы, Герберт Бенсон, изучая влияние веры на здоровье человека.

Почему же все-таки вера? — задается вопросом исследователь психологии веры, профессор Рада Михайлова на Грановская. И даёт такой ответ: «Вера в нечто высшее играет роль смыслообразующего ориентира, масштаба, она позволяет каждому организовать и упорядочить свою модель мира и реализовать человеколюбивые и жизнелюбивые принципы взаимодействия с людьми и природой». «Вся человеческая культура и наука в своем фундаменте имеет веру. Создается впечатление, что духовный рост без нее невозможен» [14].

И далее. «Что обретает верующий? Как известно, принадлежность к некоей вере дает человеку внутри ее рамок нормы и традиции, обряды и принятые образцы поведения. Если человек живет в соответствии с ними, то он существенно снижает вероятность конфликта с окружающими. В той мере, в какой человек разделяет глубинные символы веры, он имеет опору в самые опасные и тревожные моменты своей жизни. Вера создает для его психики массивную защиту, позволяющую выдержать испытания без разрушения личности. Кроме того, система представлений данной религии предлагает человеку совокупность идеалов, следуя которым он может не только понять смысл своего существования, но и направить свою жизнь к великой цели» [15].

В подтверждение сказанному приведу слова крупнейшего представителя народного трезвенного движения 70-х годов прошлого века известного хирурга, академика АМН СССР, лауреата Ленинской премии, профессора Федора Григорьевича Углова, занесенного в Книгу рекордов Гиннеса как самого старого оперирующего хирурга в мире, прожившего 104 года. «За свою жизнь многое пришлось пережить, но искра веры в моей душе всегда помогала и спасала меня в трудные минуты» [16]. Зададимся и мы вопросом: «Как же осуществляется вера?»

Протоиерей Илья Васильевич Гумилевский в своей магистерской диссертации: «Учение Святого апостола Павла о душевном и духовном человеке», показывает глубинную связь веры через деятельную любовь с волей. Вот как он об этом пишет: «Вера действует, проявляет энергию, является вдохновением воли не сама по себе, не по своей сущности, как умозрение: причина её активности в любви, она действует любовью или, иначе, любовь действует в вере, любовь проявляет в вере свою сущность, как неодолимое влечение сердца к своему Первообразу. Вера животворится через то, что любит умозердаемые предметы, силою чего и подвигает волю к соответствующей деятельности» [17].

Понятно, без решимости, без предельной заинтересованности в осуществлении ожидаемого невозможно изменить свой образ жизни.

«Любовь к Богу по вере в Него борется с естественно греховным складом жизни, перестраивая её по Богу в правде и преподобии истины. Муки разрушения привычных пристрастий сопровождают верующего на всех путях его, но он долго терпит, взирая на Всемогущего Бога: всё переносит ради Возлюбленного, всему верит, о чём бы Он ни говорил, на всё надеется, что бы Он ни обещал (1 Кор. 13, 7)» [18].

Известный современный американский философ Ч. Стивен Эванс, профессор философии и гуманитарных наук Бэйлорского Университета (США), размышляя о вере, связал её с образом жизни. «В общем, религиозная вера по самой своей природе является частью образа жизни. Посвящение себя подобному образу жизни представляется делом, которое должно быть сделано по принципу «всё или ничего», то есть безусловно, если вообще за него браться, даже если доказательства надёжности этого дела могут быть разными» [19] — цитата из его книги.

Молитва же, особенно общественная, — есть способ выражения этой веры, сама душа и суть религии. Она насыщает душу «псалмами, пениями, и песнями духовными» [20], вызывает нравственное упоение, религиозный восторг, не оставляя места для пьянства. Духовное упоение «влагает крепость, делает бодрым и сильным... не извращает помыслов, а возбуждает помыслы духовные» [21].

Знакомясь с глубокими размышлениями уверовавшего врача Сергея Аполлоновича Апраксина о посте и молитве, читаем: «Замечательно, что силу веры и молитвы при исцелении болезней начинают ценить и в специальных медицинских кружках за границей. Существуют уже такие больницы, так называемые «христианские санатории», в которых лечение болезней ведётся не только просто медицинским путём, но и поддержанием здорового молитвенного настроения в болящих со стороны пасторов, и этим путём достигаются результаты, которых не в состоянии была бы достигнуть одна медицинская наука». Здесь автор предлагает ознакомиться с работой Лемме: «Сила молитвы, особенно в отношении излечения больных». И продолжает: «Доктор Э. Лоран недавно издал книгу под заглавием «Медицина души», в которой доказывает, что молитва есть великое целительное средство при всех болезнях тела и души» [22].

Упомянутый ранее доктор Герберт Бенсон посвятил 35 лет своей жизни поиску научно-обоснованного ответа на вопрос: Имеет ли молитва терапевтический эффект? В интервью для веб-сайта rules.tv он подтвердил, что между молитвой и исцелением существует прямая зависимость. Он, в частности, сказал: «Мы обследовали людей, которые сосредоточенно многократно повторяли слова молитвы. Магнитно-резонансная томография показала, что при этом имело место уменьшение метаболизма, сердечного ритма, кровяного давления, частоты дыхания и мозговой активности. Таким образом мы получили научное доказательство, что такая молитва влияет на функции тела и борьбу со стрессом» [23].

В настоящее время широко используются религиозно-ориентированные подходы к лечению наркологической и алкогольной зависимости. Так, в протестантской мега-церкви Сэдлбэк, одной из самых влиятельных церквей США, ее основатель пастор Рик Уоррен, не будучи согласен с концепцией Сообщества «АА», разработал в 1991 г. со своим помощником Джоном Бейкером собственную программу реабилитации «Празднуйте выздоровление», состоящую из 8 Принципов, базирующихся на Нагорной проповеди Иисуса Христа, Заповедях блаженств. Эта программа используется более чем в 17000 церквей по всему миру. Более 700 000 человек прошли через неё. По свидетельству пастора Рика Уоррена, 85% человек, прошедших курс, теперь являются активными членами церкви «Сэдлбэк» [24].

Католическая церковь пошла по пути синтеза научного и религиозного подходов в оказании помощи людям, пристрастившимся к ПАВ. В частности, при участии профессора Владимира Худолкина, создателя территориальных

клубов леченых алкоголиков, в Монселиче (Венето, Италия) 7 июня 1992 г. был основан Центр изучения проблем, связанных с потреблением ПАВ, и исследования духовности, носящий имя святого Франциска Ассизского. Центр расположен в монастыре Святого Франциска. Учебный центр «Сан Франциско» сотрудничает с территориальными итальянскими клубами леченых алкоголиков, основанных в 1979 г. тем же проф. В.Худолиным, а также с Всеитальянской и Международной ассоциациями этих клубов. При монастыре имеется Терапевтическая община (ТО, руководитель отец Данило Салецце), состоящая из лиц, пристрастившихся к ПАВ. В течение 9—12 месяцев, пациенты, проживающие в общине, приобщаются к образу жизни, свободному от ПАВ. Это достигается через индивидуальные беседы и групповые встречи, семейные праздники, совместный общественно-полезный труд, общеоздоровительные мероприятия и свободный доступ к углубленному изучению духовной и религиозной тематик. По выходе из ТО участники реабилитационной программы продолжают по мере необходимости еженедельно встречаться в семейных группах самопомощи [25].

Возле юго-западной границы Китая, в провинции Юньнань, при наркологическом диспансере с 1997 года действует реабилитационный центр «Евангелие» (директор Сюй Чэньюнь), в котором ресоциализация пациентов базируется на использовании молитвы, изучении Библии и взаимопомощи. Результаты говорят сами за себя: на сегодняшний день 60% участников программы избавились от зависимости [26].

Следует отметить, что молитве особое значение придается и в буддийском монастыре Тхам Крабок (Саруби, Таиланд), где с 1959 года успешно проводится реабилитация наркологических больных по программе, которая в обязательном порядке включает в себя священный обет (по-тайски — «сат-ча») — никогда больше не позволять себе употреблять наркотики, одурманивающие вещества, спиртные и другие хмельные напитки. Церемония дачи обета проводится в присутствии старшего монаха непременно в храме [27]. За эту программу её разработчику настоятелю монастыря Шамруну Парчанду в 1975 году была присуждена престижная награда Рамона Магсайса — азиатский аналог Нобелевской премии [28].

Обет трезвости представляет собой отказ от употребления спиртных напитков, т.е. добровольно наложенный на себя пост, в узком смысле этого слова. Пост и в широком смысле слова, по выражению святителя Василия Великого, является «сожителем трезвости» [29]. Целебная сила истинного поста состоит в том, что он, ослабляя силу плоти, «коня этого делает нам покорным». По той же причине монашествующие отказываются от употребления мясной пищи. Помимо пользы для тела, пост является училищем всякой добродетели и помощником в молитве. Пост и молитва укрепляют и закаливают волю человека. Кроме стимулирования воли они оказывают громадное влияние на сознание, совесть, мысли и чувства человека.

Врач Марковников А.В., анализируя в своем докладе на II-ом Всероссийском Съезде практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, (Москва, 6 — 12 августа 1912 г.) результаты народного обычая дачи обетов полного воздержания от спиртных напитков лицами, ими злоупотребляющими, из 168 его пациентов, давших зарок, выявил 74 человека, полностью его выдержавшими, что составляет 44% из 100. Он также говорил: «Чаще выдерживаются обеты, данные на 1 год, — 80 выдержанных на 64 невыдержанных» [30].

«Насколько же популярен, по крайней мере, в Москве, обычай давать зарок, — докладывал А.В.Марковников, — можно видеть из того, что в Даниловском Обществе трезвости было дано зарок за 1905 год — 36 616, за 1906 г. — 52 093, за 1907 г. — 43 776 и за 1908 г. — 41 482» [31]. Нетрудно подсчитать: в этом Обществе каждый день в среднем 119 человек связывали себя словом на тот или иной срок не употреблять спиртных напитков.

Исследователь резюмирует: «обычай «зарок» не только имеет право гражданства, но должен быть поддерживаем и распространяем» [32]. «Мои благоприятные для этого обычая выводы, мне кажется, — замечает докладчик, — могут считаться достаточно объективными, ибо я сам нерелигиозный человек, и, кроме того, большой поклонник и пропагандист лечения алкоголизма гипнозом» [33].

Эффективность духовно-интегрированного лечения с использованием религиозного ресурса большого была достоверно продемонстрирована новейшими исследованиями [34].

Укрепляя веру, упражняясь в посте и молитве, находя поддержку в лице ближнего, страждущие недугом пьянства, мало-помалу, освобождаются от плена своего пристрастия и обретают истинное человеческое счастье, живя в радости, любви и мире.

Список литературы

1. Первый антиалкогольный адрес-календарь. Составитель Перебийнос Ф.С. СПб., 1912.
2. Святого отца нашего Иоанна Златоуста, архиепископа Константинопольского, толкование на Второе послание к Тимофею. Беседа 1. Полное собрание творений Св. Иоанна Златоуста в двенадцати томах. — С.-Петербург, издание С.-Петербургской Духовной Академии, 1905. -Т.11. -Книга 2. -С.762.
3. Захарова Л. Ю., Соколов Ю. А., Кривомаз Ю. А. Путь к трезвости. С.-Петербург, 1997. С. 14.
4. Мф. 10, 1.
5. Иак. 5, 14.
6. Мф. 17, 15-16.
7. Мф. 17, 21.
8. Мк. 9, 24
9. Апостолы трезвости. Очерки и рассказы о борцах с пьянством. С.-Петерб., 1905.- С. 20.
10. Иларион Троицкий. Преображение души/Отв. ред. О.А.Платонов. — М.: Институт русской цивилизации, 2012. -С. 269.
11. Апостолы трезвости. Очерки и рассказы о борцах с пьянством. С.-Петерб., 1905.- С. 13.
12. Herbert Benson, and Mark Stark, *Timeless Healing* (New York: Simon & Schuster: 1996). P. 203.
13. Ibid. P. 67.
14. Грановская, Р. М. Психология веры [Текст]/Р.М.Грановская. — С.-П.: Питер, 2010.-С.15.
15. Там же. С.14.
16. Непознанный мир веры. — 11-е изд. — М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2011. — С.397.
17. Протоиерей Илья Васильевич Гумилевский. Учение Святого апостола Павла о душевном и духовном человеке. Киев, Пролог, 2004.- С.154.
18. Там же. С.152.
19. Философия религии: размышление о вере. Ч. Стивен Эванс, Р. Захари Мэнис; пер. с англ. Д.Ю. Кралечкина. — М.: Изд-во ИСТГУ, 2011. — С. 211.
20. Еф. 5, 19.
21. Слово против упивающихся и о воскресении, сказанное во святую и великую неделю Пасхи (395 г.). Творения святого отца нашего Иоанна Златоуста, архиепископа Константинопольского, в русском переводе. Том 2, книга 1. Изд. 2-е. С. 484-485. С.-П., 1899.
22. Апраксин, С.А. О посте и молитве: Размышления уверовавшего врача. Санкт-Петербург: Миссион. обозрение, 1902. С.33-34.
23. Anna LeMind. Dr. Herbert Benson: Prayer Has a Therapeutic Effect. May 10th, 2014. URL: <http://www.learning-mind.com/dr-herbert-benson-prayer-has-a-therapeutic-effect/> (Дата обращения: 23.04.2017).

24. *Message from rick warren*. URL: <http://www.celebraterecovery.com/index.php/about-us/message-from-rick-warren> (дата обращения: 23.04.2017).

25. *Programma residenziale per persone con disagi alcol correlati*. URL: <http://www.comunitasanfrancesco.org/programmi/alcoldependenti/> (дата обращения: 23.04.2017).

26. *Мировые христианские новости. В Кумае молитвой побеждают наркозависимость*. 07.10.2015. URL: <http://mhn.emmanuil.tv/video/v-kitae-molitvoj-pobezhdayut-narkozavisimost/> (дата обращения: 23.04.2017).

27. *Rehabilitation. Elements of the Detoxification and Rehabilitation*. URL: <http://wat-thamkrabok.org/rehabilitation/> (дата обращения: 23.04.2017).

28. *The Ramon Magsaysay Award Foundation. Parnchand, Phra Chamroon*. URL: <http://www.rmaf.org.ph/newrmaf/main/awardees/awardee/profile/224> (дата обращения: 23.04.2017).

29. *Творения иже во святых отца нашего Василия Великого Архиепископа Кесарии Каппадокийския. Беседы: Беседа 1. О поете 1-я. - М, Паломник, ч. IV 1993. Репринт 1846 г. С. 10.*

30. *Труды II-го Всероссийского Съезда практических деятелей по борьбе с алкоголизмом. Москва, 6 — 12 августа 1912 года. Том первый. Марковников, А.В., д-р. Значение народного обычая — обетов воздержания от алкоголя, так называемых «зароков». С.113б.*

31. *Там же.*

32. *Там же. С.1137.*

33. *Там же. С.1135-1136.*

34. *Сидоров П.И. Религиозный ресурс ментальной медицины/Экология человека. -2014. -№5. -С.23.*

Место конфессионально-ориентированных подходов в комплексной лечебно-реабилитационной помощи больным эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью

Магай А.И.^{1,2}, Казьмина Е.А.¹, Борисова О.А.¹, Конейко Г.И.¹

1 — ФГБНУ Научный центр психического здоровья;

2 — Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости Москва

Автор для корреспонденции: Магай Андрей Игоревич; e-mail: andrey.magay@ncprz.ru

Проблема реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями на протяжении многих лет интересовала специалистов как в России, так и за рубежом (Ястребов В.С. 2012, Кабанов М.М. 2001; Baronet A.M., Gerber G. J. 1998). В последние пятнадцать лет в комплексной реабилитации больных шизофренией в России преобладают психосоциотерапевтические подходы (Казьмина О.Ю. 2015, Солохина Т.А. 2012, Семке В.Я. 2000). Однако еще с середины XX века зарубежными исследователями велась разработка в области духовно-ориентированных реабилитационных практик для помощи психически больным людям (Allport G. 1950; Lindskoog B. 1974). В России конфессионально-ориентированная реабилитационная программа, основывающаяся на духовном ресурсе религиозной православной общины, на протяжении более двух десятилетий реализуется на базе отделения особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ [2]. Исследователями отмечена высокая эффективность использования программы у больных с религиозным мировоззрением [3].

Другим важным аспектом в реабилитологии является помощь лицам, зависимым от употребления алкоголя [1, 4, 5]. Исследователями отмечено, что благодаря системному подходу к проблеме и комплексным лечебно-реабилитационным мероприятиям может быть достигнута стабильная терапевтическая ремиссия и обеспечена профилактика рецидивов заболевания (Иванец Н.Н., 2006). Использование различных

культурно-центрированных и конфессионально-ориентированных реабилитационных программ способствует увеличению числа ремиссий до 30-40% (Брюн Е.А., 2005). Необходимо отметить положительный опыт применения конфессионально-ориентированной программы «Православные приходы семейные клубы трезвости» у пациентов наркологического профиля (Бабурин А.Н. с соавт., 2015).

Актуальность разработки конфессионально-ориентированной технологии реабилитации обусловлена также тем обстоятельством, что в России с начала 90-х годов XX века отмечается увеличение больных с коморбидной психической и наркологической патологией (Кошкина Е.А., 2005; Немцов А.В., 2008). Злоупотребление алкоголем на фоне эндогенного психического заболевания зачастую приводит больных к криминальному образу жизни, лишает их возможности трудиться, создать или сохранить имеющуюся семью, воспитывать детей. Среди данного контингента больных высока смертность, заболеваемость инфекционными заболеваниями, отягченность соматической патологией (Валентик Ю.В., Савченко Л.М., 2003; Пятницкая И.Н., 2008).

Комплексное применение методологии духовно-ориентированной реабилитации больных психиатрического профиля, реализованной на базе отделения особых форм психической патологии ФГБНУ Научный центр психического здоровья, и амбулаторной реабилитационной программы для пациентов наркологического профиля «Православные семейные клубы трезвости» может быть использовано в технологии конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими расстройствами с коморбидной алкогольной зависимостью. Разработанная технология конфессионально-ориентированной реабилитации эндогенных больных с алкогольной зависимостью имеет следующие отличительные особенности:

1) многопрофильный мультидисциплинарный подход, осуществляемый командой специалистов (сотрудничество психиатра, врача-нарколога, клинического психолога со священником, имеющим специальную медицинскую подготовку, и специалистом по социальной работе);

2) использование психотерапевтической среды на основе методов терапевтического сообщества (ТС) (участие пациентов и членов его семьи в работе ТС во внестационарных или амбулаторных условиях);

3) отличительной особенностью разработанной технологии является использование терапевтического ресурса религиозной православной общины;

4) особый акцент делается на актуализации семейного типа общения и установлении социальной поддержки членов семьи в условиях сложившейся социальной сети;

5) помимо групповой амбулаторной работы используется широкий набор выездных социо-реабилитационных мероприятий, таких как паломничества, спортивные и творческие события, выездные лагеря и встречи участников реабилитации в рамках фестивалей и форумов, что формирует новые позитивные модели социального поведения.

В рамках определения эффективности конфессионально-ориентированной технологии реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью на базе ФГБНУ НЦПЗ было проведено пилотажное исследование.

Цель исследования: оценка результатов реабилитационной деятельности, описание основных подходов, используемых в технологии конфессионально-ориентированной реабилитации больных с коморбидной патологией.

Материалы и методы: в пилотажном исследовании клинико-психопатологическим методом были обследованы

12 больных, среди которых находились больные мужского пола с 16 до 60 лет с установленным диагнозом психического расстройства с сопутствующей алкогольной зависимостью (F20, F21, F31, F32 + F10 по МКБ-10), прошедших лечение на базе отделения особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ. В течение года пациенты получали помощь на основе технологии конфессионально-ориентированной реабилитации больных с коморбидной патологией, посещая один раз в неделю двухчасовые встречи в амбулаторных условиях и участвуя в мероприятиях духовно-ориентированного модуля программы.

Результаты:

1) группа больных алкоголизмом с аффективной патологией — 50% (6 человек). Диагноз: биполярное аффективное расстройство (F31+F10) и депрессивное расстройство в разной степени выраженности с алкогольной зависимостью (F32+F10);

2) группа больных алкоголизмом с малопрогрессирующей (вялотекущей) шизофренией и алкогольной зависимостью — 33,3% (4 человека). Диагноз: психопатоподобная (F21.3+F10) и неврозоподобная (F21.4+F10) варианты течения вялотекущей шизофрении с алкогольной зависимостью;

3) группа больных алкоголизмом с приступообразно-прогрессирующей шизофренией — 16,7% (2 человека). Диагноз: параноидная шизофрения с алкогольной зависимостью (F20.0+F10).

Все пациенты имели православное религиозное мировоззрение. Большая часть (66,7%) из них регулярно посещала церковные службы и следовала религиозным традициям (молитвы, причастие, исповедь), меньшая часть (33,3%) причисляла себя к категории православных христиан, однако регулярной церковной жизни не вела.

По прошествии основного срока реабилитации у большей части исследуемых было отмечено становление алкогольной ремиссии (66,7% — 8 человек), уменьшение частоты обращений за психиатрической помощью и отсутствие госпитализаций в психиатрический стационар, улучшение внутрисемейных отношений, стабилизация профессиональных навыков. Все участники исследования были вовлечены в жизнь церковной общины храма иконы Божией Матери «Целительница» при ФГБНУ НЦПЗ.

Заключение. Как показало проведенное исследование, актуализация духовного ресурса, опосредованного религиозным мировоззрением, способствует переориентации ценностно-смысловой сферы личности с опорой на духовные ценности. В результате имеющего системное значение для личности процесса нивелируются нарушения в ценностно-мотивационной сфере (невыврожденность иерархичности ориентации в ценностях, хаотичность и трудности в выборе предпочтений, эгоцентричность установок самих пациентов, черты некомформизма, манипулятивный стиль общения с окружающими). Происходит формирование новой структуры жизненных смыслов, в том числе установка на трезвый образ жизни, социализация пациента и восстановление традиционных семейных привязанностей (семья воспринимается как Малая Церковь). Опыт религиозной жизни обладает сдерживающим фактором не только в случае имеющей место алкоголизации, но также обладает значимым ресурсом в профилактике алкоголизации у психически больных людей [5].

Список литературы

1. Hudolin V., *Alkoholocki priručnik*. Zagreb: Medicinska naklada, 1991.

2. Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных // Доклад на конференции с международным участием «Проблемы психосоциальной реабилитации психически больных с религиозным мировоззрением», Москва, 29 марта 2016 // Психиатрия. — 2016. — №2(70). — с. 40-49

3. Поляков Ю.Ф., Казьмина О.Ю., Хахина И.А. Особенности социальной поддержки у больных шизоаффективными расстройствами с религиозным мировоззрением // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — № 3. — с. 21-25

4. Е.А. Брюн, Л.М. Савченко, Е.А. Соборникова. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами // Российский медицинский журнал. — 2013. — № 4. — С.45-49.

5. А.Н. Бабурин. Душепопечение наркологических больных в условиях прихода // Наркология. — 2008. — №10. — С.88-94.

Семья: био-психо-социо-духовный подход (выбранные места из современных исследований)

Гусев Г.В.

к.пед.н, директор

Викариатская школа работников семейных клубов трезвости Москва

Для корреспонденции: Гусев Георгий Витальевич;

e-mail: nataristowa@mail.ru

Семья есть самая первая, самая главная и самая мощная система, к которой принадлежит человек. «Семья — системный объект, и поэтому в случаях расхождения объяснения тех или иных данных возникает соблазн искать причины в биологических, медицинских или психологических факторах ... Применение же системного подхода позволяет адекватно отобразить в научных моделях системную природу семьи как объекта изучения и добиться в рамках социологического объяснения семейной динамики согласования медицинских, экономических, демографических, психологических и других данных». (Антонов и др. Социология семьи. Учебник. М.: Инфра-М, 2010. С. 456-457).

Системное рассмотрение семьи позволяет осуществить биопсихосоциодуховный подход, позиционируемый настоящей конференцией.

1. Биология в той части, которая изучает поведение животных, давно определила и описала семью. В настоящее время семья рассматривается как центральный инвариант социальной организации в животном мире. «Когда мы говорим о семье как инвариантной форме социальных отношений у животных и человека, мы имеем в виду в первую очередь межпоколенные отношения, отношения между родителями и потомками, формы заботы о детенышах и только во вторую — социосексуальные отношения, связи между потенциальными половыми партнерами» (Плюснин Ю.М. Проблемы биосоциальной эволюции. Теоретико-методологический анализ. Новосибирск, 1990. С. 168).

2. Постсовременная человеческая семья европейского типа характеризуется супружеством как центром семейного единения. Статистика фиксирует рост малодетных и бездетных семей, массовую нуклеаризацию семьи, увеличение доли нерегистрируемых сожительств, рост доли «осколочных» семей с одним родителем и детьми, распространение повторных браков и соответственно, семьи, где один из родителей не является кровным (Антонов А.И. и др., 2010. С.174). Похоже, что основной психологической проблемой современной семьи является «марафон» межличностных отношений супругов, детей и старшего поколения, возникающих с момента вступления в брак (фактический или официальный). Условия этих от-

ношений меняются в течение времени, заставляя членов семьи переживать различные нормативные и ненормативные кризисы и решать различные психологические проблемы. Именно семья позволяет человеку удовлетворять широкий круг важнейших психологических потребностей, каждая из которых может быть удовлетворена и без семьи, но только семья позволяет удовлетворить их все в комплексе.

3. В рамках социального подхода в социологии семьи С.И.Голодом обосновано «существование трех основных идеальных (модельных) типов семейных отношений: патриархатного (традиционного), детоцентристского (современного) и супружеского (постсовременного), распространенных в разных пропорциях и с национально-культурными модуляциями во всех обществах, относящихся преимущественно к западно-европейской культурной традиции» (Социология в России. М., 1998. С. 428). При этом, естественно, учитывается влияние общеисторического развития, как на семью, так и на индивида.

4. В главной книге трех религий Библии описано сотворение Богом первого человека и создание первой семьи (Быт. , 2, 7-25). В современном православии семья рассматривается как малая церковь. Еще в 80-гг. прошлого века прекрасную книгу об этом написал протоиерей профессор Глеб Каледа. «Для находящихся в браке и для живущих в родительском доме первичной ячейкой Вселенской Церкви должна быть семья — малая, домашняя церковь; в ней совершается наш труд по стяжанию Царства Небесного» (Глеб Каледа, протоиерей. Домашняя церковь. М., 1997, с.5).

Рассматривая семейное происхождение аддикций, необходимо учитывать все четыре подхода к семье, ибо только системное рассмотрение указанных уровней позволит обнаружить причины и пути эффективной терапии зависимости.

Светская и церковная аддиктология: возможен ли союз?

Иеромонах Иринарх (Левитович)

*к.физ.-мат.н., настоятель Архангельского подворья Казанского мужского монастыря
г. Шуя, Ивановской области*

*Автор для корреспонденции: Иеромонах Иринарх (Левитович);
e-mail: irinarhangel@mail.ru*

В докладе показаны принципиальные отличия светского и церковного подходов к пониманию природы аддиктивных расстройств.

В историческом аспекте светская аддиктология сначала признавала алкоголизм и наркоманию обычным физиологическим заболеванием («химической болезнью»), затем сместила основное внимание на психическую и психосоциальную деятельность человека, практически не уделяя внимания духовным факторам.

Церковная аддиктология основана на святоотеческом понимании аддикции любого происхождения как греховной страсти, т.е. духовного заболевания, которое вызывается нечистым духом, специализирующимся на этой страсти. По аскетическому учению, центр тяжести такого заболевания лежит всегда в области духа, независимо от того, телесная это страсть (алкоголизм, наркомания, блуд и проч.), или душевная (игромания, компьютерная зависимость и др.). Учет духовных факторов позволяет осознать

многие особенности зависимого поведения, проявляющиеся в телесной и душевной сферах.

С точки зрения методологии, светская и церковная науки находятся в непреодолимом конфликте. Если церковная наука может пользоваться всеми достижениями светской науки, то обратное невозможно, так как «использование в научной работе религиозных установок и догм» автоматически переводит ее в разряд псевдонаучной. Эта установка происходит из глубоко ошибочного предубеждения, что «религия основана на вере, а наука — на знаниях». Церковная наука, действительно, основана на вере в Единого Бога — Творца, что является принципиальным основанием существования любой науки, изучающей законы этого мира, ибо закона не бывает без законодателя. Наиболее важные постулаты веры имеют статус догматов, т.е. непререкаемых истин. К ним относятся постулаты о том, что мир сотворен и управляется Богом (в том числе, через установленные Им законы природы), что кроме материального существует мир духовный, состоящий из свободных и разумных существ — добрых и злых духов, что душа человека является живой бестелесной сущностью, обладающей умом и разумом, чувством и волей, свободой и действует во внешнем мире при помощи телесных органов.

Сравним эти догматы с глубинными основами светской науки. Главный ее постулат: «В мире нет ничего, кроме движущейся материи...» (В.И.Ленин), — предполагает, что эта самая материя, задав сама себе законы своего существования и организовавшись никому не ведомым образом, породила окружающий нас мир, включая человека. Очевидно, что эти утверждения являются не научными фактами, а исключительно предметами веры, причем явно противоречащей многим известным науке законам и фактам. Несмотря на это, эти утверждения не подвергаются никакому сомнению и не подлежат обсуждению. Следовательно, они имеют статус догматов. Таким образом, и светский, и церковный подходы основаны на системах постулатов, которые имеют статус догматических утверждений, с той разницей, что церковные догматы известны нам из Божественного откровения, а основополагающие положения научных знаний, придуманы классиками марксизма-ленинизма.

Светская наука исходит из того, что души у человека нет, а есть только рефлексия мозга, которая определяется происходящими в нем физико-химическими процессами. Это означает, что теоретическая концепция современной аддиктологии не выходит за рамки исключительно физиологического подхода. В этом заключена главная причина того, что многие несомненные достижения практической аддиктологии до настоящего времени не имеют ясного теоретического обоснования, а эффективность фармакологических средств без подкрепления их психотерапевтическими процедурами крайне низка. Однако гипнотерапевтические методики психотерапии не удовлетворяют критерию научности.

Отрицая существование Бога, человеческой души и духовного мира, светская аддиктология потеряла самые главные факторы, определяющие возникновение и формирование химических и нехимических зависимостей. Назрело время для создания такого научного сообщества, которое откажется от ничем не обоснованных и внутренне противоречивых основ современной науки и будет строить свое здание науки на прочном фундаменте божественного откровения, а не на шатком основании ложных посылок гордого человеческого ума.

Преодоления созависимости в контексте биопсихосоциодуховной парадигмы: религиозный копинг или воцерковление

Машкова И.Ю.

*к.м.н., врач-психотерапевт, доцент кафедры общей психологии,
руководитель магистратуры «Детская и семейная психокоррек-
ция»*

Семакова Е.В.

к.м.н., врач-невролог, доцент кафедры общей психологии

*ФГБУ ВО «Смоленский государственный университет»
Смоленск*

*Автор для корреспонденции: Машкова Ирина Юрьевна;
e-mail: makarovai2010@yandex.ru*

Современные представления о механизмах и значительная распространенность проблем зависимости, озабоченность государства и общества их решением требует разработки и внедрения эффективных способов помощи семьям зависимых на основе биопсихосоциодуховной парадигмы [1]. Основным паттерном трансляции зависимого поведения в семейной системе является созависимость [2]. Созависимость отражает дисфункцию семейной системы вследствие нарушения дифференциации и отделения, обусловленного трансгенерационными механизмами [3].

Цель исследования: изучение созависимости с позиций трансгенерационного подхода и совершенствование технологии психотерапии зависимой личности на основе биопсихосоциодуховной парадигмы.

Материалы и методы исследования. Комплексное исследование семьи и родительства с использованием методов психологической диагностики на основе системных семейных представлений, количественных и качественных методов обработки данных о 370 семьях.

Социальное проектирование и анализ результатов подготовительного этапа проекта «Содействие» (подготовка специалистов епархиальной системы церковно-приходской помощи семьям с родственниками, страдающими алкогольной зависимостью) — победителя Международного грантового конкурса «Православная инициатива» 2016—2017 г.

Результаты исследования. На основе семейного системного подхода М. Боуэна [4] в интеграции с представлениями о базовых механизмах психического симптома О. Кернберга [5] выделяются основные стадии структурно-функциональной организации семейной системы: монада, диада, триада. Как мы сообщали ранее, эти стадии отражают различный уровень процессов дифференциации и отделения в системе, являются индикатором функциональной зрелости личности и системы в целом [6, 7]. Кроме того структурно-функциональный уровень выступает в качестве условия, определяющего спектр духовно-нравственных проблем и ресурсов, копинг-стратегий семьи и личности в преодолении зависимости.

В недифференцированной системе монады мать и ребенок в симбиотическом слиянии функционируют как единый комплекс. Семейная система уровня монады грубо дисфункциональна. Эго-идентичность не сформирована или разрушена, что предрасполагает к психотическому реагированию. Копинг-стратегии, определяемые таким типом структурно-функциональной организации системы, направлены на идентификацию и слияние со значимым объектом или идеей. В случае выбора религиозного копинга это может приводить к развитию патологической религиозности психотического круга.

Структурно-функциональный уровень диады формирует расщепленную Эго-идентичность, полярные компоненты

которой не складываются в единую структуру. Поляризованная Эго-идентичность создает основу для непрерывной конфронтации в отношениях «Я — Ты», которые отчетливо проявляются в модели созависимости. Религиозный копинг в условиях диадной системы выполняет структурно организующую функцию, способствуя установлению правил, границ, иерархии. Основные риски связаны с формированием деструктивной модели диалогических отношений, наиболее подробно описанной Е.Т. Соколовой «Богopodobный Я — Небоподобный Другой» [8].

Только в условиях полноценного функционального треугольника развивается интегрированная Эго-идентичность, способность дифференцировать чувства, подвергать критике и корректировать когнитивные установки, формировать стабильные внутренние образы «Я» и значимых объектов. Паттерны психической активности усложняются на основе дифференциации и интеграции. Копинг-стратегии достаточно зрелые и эффективные, что предотвращает развитие патологической религиозности и является условием духовного становления.

Заключение. Таким образом структурно-функциональный уровень организации семейной системы определяет особенности религиозного копинга и духовного развития. В условиях монады здоровая интеграция религиозных идей затруднена, что представляет угрозу целостности личности и сопряжено с риском развития психоза. В диадной системе религиозный копинг заостряет межличностную и внутриличностную конфронтацию. Тогда как структурно-функциональный уровень триады является системным условием поступательного духовного развития личности. Представленные особенности определяют содержание психотерапии в соотношении с духовной жизнью семьи.

Список литературы

1. Григорий Григорьев. *Грех как аддиктивное поведение: богословские основания и медико-психологический опыт исследования. Диссертация на соискание ученой степени доктора богословия, 2015.*
2. Москаленко В.Д. *Зависимость — семейная болезнь. http://lib100.com/book/family_therapy/dependence/html/?page=253*
3. Машкова (Макарова) И.Ю., *Трансгенерационный подход в анализе семьи и родительства: проблемы теории и практика консультирования. Смоленск: Принт-Экспресс, 2012. 158 с.*
4. Боуэн М. *Теория семейных систем. Под ред. К. Бейкер, А.Я. Варги. М.: Когнито-центр, 2005. 493 с.*
5. Kernberg O. *Severe personality disorders. New York, 1984.*
6. Машкова И.Ю., Семакова Е.В., *Психология родительства и репродуктивного здоровья. Смоленск: СмолГУ, 2013.*
7. Машкова (Макарова) И.Ю., Семакова Е.В., *Перинатальные условия формирования родительства, Известия Смоленского государственного университета. Смоленск: СмолГУ, 2014.*
8. Соколова Е.Т. *Психотерапия: теория и практика. М.: Академия, 2010. 368 с.*

Образовательная деятельность в структуре движения Семейных Клубов Трезвости

Горячева А.А.

*ст. преподаватель кафедры социальной педагогики
Православный Свято-Тихоновский Гуманитарный Университет,
Москва*

*Для корреспонденции: Горячева Анна Аркадьевна;
e-mail: annapds@yandex.ru*

Охарактеризован процесс подготовки волонтеров для работы в области социальных девиаций, прежде всего таких, как алкоголизм и наркомания.

Причинами деструктивного образа жизни молодежи является в значительной мере незнание: с одной стороны, незнание положительного образца поведения в семье, а с другой, педагогическая безграмотность родителей, повторяющаяся в поколениях. Решение круга проблем, связанных с зависимостями, не может обойтись без серьезной образовательной составляющей.

К работе ведущего Семейного клуба трезвости (далее — СКТ) волонтеров готовит Викариатская школа трезвости при храме Всех Святых на Соколе. Духовником школы стал иерей Алексей Авдюшко, директор — к.п.н. Г.В. Гусев. Среди преподавателей врач нарколог-психотерапевт, к.м.н., доцент кафедры наркологии РМАПО Е.А. Соборникова, семейный психолог Л.В. Годунова, к.х.н. диакон Иоанн Клименко и другие врачи, педагоги, священники.

Учебный план школы состоит из 4 ступеней:

1. Базовый годичный курс для всех желающих. Слушатели получают теоретический блок и практические навыки работы с деструктивной семьей;

2. Специальный курс для руководителей приходских семейных клубов трезвости, представленный прежде всего групповой работой участников в формате интервью. Руководителем и вдохновителем учебных интервью, а также супервизором и лектором трудных тем для 2-го курса является научный руководитель ВШТ, доцент кафедры наркологии РМАПО, к.м.н. Е.А. Соборникова;

3. Практический курс проходят слушатели, закончившие две предыдущие ступени. Они стажировались в работе с прихожанами храма Всех Святых, проводя занятия в виде семинаров и мини-лекций с ответами на вопросы;

4. Интенсивный курс проводится ситуационно, по звонкам от регионов.

Дистанционная форма обучения находится в процессе становления. Характер учебного процесса определен двумя составляющими: с одной стороны, это типичное образование взрослых, с другой — в школу приходят люди, имеющие проблемы зависимости (созависимости), лично нуждающиеся в помощи. Организация школы учитывает специфику смешанной аудитории, которая прагматична и ожидает результата скорейшим образом. Взрослый учащийся имеет конкретный запрос; и вполне осознает мотивацию к получению знаний. Кроме того, в ходе обучения в школе идет переосмысление мировоззрения, меняется самооценка, корректируются жизненные планы, идет духовное становление.

При организации учебы учитываются два педагогические момента: проблемность обучения плюс использование интерактивных методов. Наиболее полно проблемный подход используется в интервью, которые проходят как анализ практических ситуаций, групповые дискуссии и др. Во-вторых, занятия основаны на коммуникации людей с очень разным багажом жизненного, в том числе семейного, опыта. Можно сказать, что сущностная черта образования взрослых — активное соотнесение уникального собственного опыта с опытом социума, отраженным в науке, — осмысленно внедрена в учебный процесс.

Школа имеет и свои трудности. Так, интерес к учебе падает, если человек пребывает в тяжелой психологической атмосфере, а это нередко имеет место в семьях с зависимостями. Некоторые слушатели не справляются с нагрузкой и нуждаются в дополнительной поддержке специалистов, осуществляемой в школе, индивидуально или в ходе групповой работы.

Вторая сложность связана с активностью, необходимой ученику. Если ответственность за результат перекалдывается на преподавателя, то усвоение сведений будет слабым. Часть слушателей вначале бывает настроена как раз на привычное пассивно-академическое восприятие материала, и не сразу оказывается готовой к практике, что делает прослушанный курс вскоре просто забытым. Проблемой иногда становится и предвзятое отношение к теоретическому материалу, непонимание его или ранее сложившееся неприятие теоретизации в целом. В сознании такого слушателя происходит подмена научного подхода знакомой эмпирической трактовкой ситуации.

Школа на первое место выдвигает функцию социализации личности. Но, кроме того, исконная задача образования, — это духовное возвращение человека. Воспитать человека — значит подготовить его для земной жизни и для жизни вечной. В то же время Школа трезвости на Соколе, будучи конфессиональной, не подменяет собою православный ликбез, ученикам предлагают самостоятельно освоить православное вероучение через сеть церковных воскресных школ и катехизаторских курсов.

Основные принципы осуществления реабилитационной и псевдореабилитационной деятельности в религиозных и псевдорелигиозных реабилитационных сообществах для лиц с химической зависимостью

Каклюгин Н.В.

к.м.н., врач психиатр-нарколог, председатель регионального отделения Общероссийской общественной организации «Матери против наркотиков» в Краснодарском крае Краснодар

*Для корреспонденции: Каклюгин Николай Владимирович;
e-mail: psihodocor@ya.ru*

Все более актуальным становится вопрос формирования единой концепции ведения наркологических больных, исходя из принципов комплексного методологического подхода, определяющего любое наркологическое расстройство, будь то химическая аддикция (алкоголизм, наркомания, токсикомания), либо нехимическая аддикция (игромания, лудомания, зависимость от социальных сетей, сетевых компьютерных игр и т.п.), как био-психо-социо-духовное заболевание.

В настоящее время усиливается активное обсуждение возможности взаимодействия педагогов, психологов, психиатров и священников в решении проблем психического здоровья населения [16, 17]. С начала 2000-х годов в мире науки формируется и укрепляется твердое мнение о том, что время искусственного разделения медицины и религии прошло [13]. Сегодня врачебные научные подходы сочетаются с религиозным вероучением и направлены на устранение поражения духовной сферы пациентов, искоренение зависимости и болезненного пристрастия [1—4].

При этом на территории России действует более 1000 религиозных организаций, причисляющих себя к протестантской деноминации, однако, по утверждениям представителей классического протестантизма, к таковым не относящиеся. Их руководители и сотрудники утверждают, что реализуют реабилитационные программы для химически зависимых лиц, однако, как подтверждает ряд зарубежных и отечественных научных исследований, осуществляют индоктринацию (вербовку) данной категории

лиц [9, 10]. Большая часть из них в настоящее время зарегистрирована территориальными органами юстиции как общественные организации (благотворительные фонды, некоммерческие партнерства, региональные, межрегиональные и общероссийские благотворительные организации, автономные некоммерческие организации и т.п.) [11].

Данные программы построены на религиозном учении неопротестантизма (иначе — неопятидесятничестве) или харизматическом вероучении, исповедующем особые формы служения и определенные виды псевдорелигиозных практик, на самом деле являющихся прикрытыми религиозной составляющей психотехниками, использующими суггестивные и нейро-лингвистические методики реформирования мышления [7, 8]. Таким образом возникла и активно культивируется в научной и общественной среде искажение понятийного аппарата в данной сфере, которая должна быть устранена.

Научное экспертное сообщество, Русская Православная Церковь, как и представители классических протестантских церквей, баптисты и лютеране, относят участников неопротестантских (иначе — неопятидесятнических, харизматических) реабилитационных программ к адептам тоталитарных деструктивных культов [5, 14, 15, 18].

В то же время подтверждению целесообразности усиления акцента на духовно-нравственном компоненте работы с химически зависимыми лицами на основании изучения опыта работы традиционных для России религиозных конфессий в специализированных источниках уделено недостаточно внимания, отечественные исследования проводились в единичных случаях [6, 12]. В связи с этим представляется необходимым подготовить научное обоснование единой методологии, способной собрать воедино как наиболее эффективный опыт прошлого, и усилить его современными изысканиями в сфере оказания реабилитационных услуг населению, страдающему от тех или иных форм деструктивного зависимого поведения, включая зависимость от наркотических средств и психотропных веществ и обосновать неправомерность неопротестантских религиозных организаций причислять к себя к реабилитационным сообществам для лиц с различными формами зависимого поведения.

Список литературы

1. Бабурин А.Н. Душепопечение наркологических больных в условиях прихода. *Наркология* 2008; (10): 88-94
2. Берестов А.И., Грачёв В.П., Желобанов А.В., Каклюгин Н.В., Зенцова Н.И. Духовно ориентированная реабилитация лиц с химической зависимостью с использованием специализированного православного БОС-тренинга. *Наркология* 2012; (10): 82-96
3. Берестов А.И., Каклюгин Н.В. Духовно-религиозные аспекты реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными в том числе злоупотреблением психоактивными веществами. Часть 1. *Наркология* 2013; (4): 79-97.
4. Берестов А.И., Каклюгин Н.В. Духовно-религиозные аспекты реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными в том числе злоупотреблением психоактивными веществами. Часть 2. *Наркология* 2013; (5): 81-96.
5. Берестов А.И., Каклюгин Н.В. Неопятидесятничество: вирус в христианстве. Сборник трудов под общей редакцией игумена

Анатолия (Берестова). М.: Издательство Душепопечительского центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского, 2010. 440 с.

6. Каклюгин Н.В. Клинические, терапевтические и организационные принципы духовно ориентированной реабилитации больных опийной наркоманией. Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.м.н. М., 2013. 20 с.

7. Каклюгин Н.В. От гедонизма и аномии через алкоголь и наркотики к экстатическим псевдохристианским религиозным группам: трезвость любой ценой? Сообщение 2. *Наркология* 2015; (3): 92-108.

8. Каклюгин Н.В. От гедонизма и аномии через алкоголь и наркотики к экстатическим псевдохристианским религиозным группам: трезвость любой ценой? Сообщение 3. *Наркология* 2015; (5): 88-102.

9. Каклюгин Н.В. От гедонизма и аномии через алкоголь и наркотики к экстатическим псевдохристианским религиозным группам: трезвость любой ценой? Сообщение 4. *Наркология* 2015; (6): 88-102.

10. Каклюгин Н.В. От гедонизма и аномии через алкоголь и наркотики к экстатическим псевдохристианским религиозным группам: трезвость любой ценой? Сообщение 5. *Наркология* 2016; (1): 79-98.

11. Каклюгин Н.В. Центры реабилитации наркозависимых как площадки для вербовки в секты. Часть 1. Понятийный аппарат процесса оказания реабилитационной помощи наркозависимым лицам и псевдорепабилитационной (вербовочной) работы с ними /Доклад на Всероссийской научно-практической конференции «Духовные аспекты национальной безопасности России», г. Челябинск, 20.12.2016 г. [Электронный ресурс]. Доступно на: http://ruskline.ru/analitika/2017/01/21/centry_reabilitacii_narkozavimimyh_kak_ploshadki_dlya_verbovki_v_sekty/

12. Костюкова Т.А., Пучнин Д.С. Государственно-церковное партнерство в сфере реализации духовно-ориентированных на православное вероучение программ социальной реабилитации наркозависимых лиц на муниципальном и региональном уровнях (на примере сельской реабилитационной общины «Зелеево», Кемеровская область). *Наркология* 2016; (10): 3-10.

13. Матвеев Г.Н. Современная больница и права верующего. М., 2001. 84 с.

14. Новопашин А.В. Перезависимость — результат работы современных тоталитарных деструктивных культов в России в рамках проведения реабилитационной работы с наркозависимыми. ФСКН России, центральный аппарат, конференция «Духовная и медицинская помощь в преодолении пороков табакокурения, пьянства и наркозависимости», 28.01.2010 г. [Электронный ресурс]. Доступно на: http://www.narkotiki.ru/5_6790.htm

15. Паньчу О. Неопятидесятнические секты: угроза религиозного экстремизма //Доклад на Международной научно-практической конференции «Неопятидесятнические секты в России: угроза религиозного экстремизма», г. Саратов, 10-11 мая 2005 г. [Электронный ресурс]. Доступно на: <http://makeevdon.narod.ru/pages/blagov/hrzm/hrzm26.html>

16. Православная Церковь и современная медицина. Сборник материалов. Под общей редакцией свящ. Сергея Филимонова. СПб.: Общество святителя Василия Великого, 2001. 432 с.

17. Сидоров П.И., Згонникова Е.В., Соловьев А.Г. Возможности взаимодействия психологов, психиатров и церкви в решении проблем психического здоровья населения. *Независимый психиатрический журнал* 1998; (4): 49-51.

18. Харизматия. Фильм евангельских христиан-баптистов об истоках неопятидесятнического религиозного движения, 2009 г. [Электронный ресурс]. Доступно на: <http://www.glaznayamaz.org/%D1%84%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BC-%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F>

КРУГЛЫЙ СТОЛ

«Проблемы профилактики и лечения аддиктивных расстройств»

**Инновационные технологии
в профилактике аддиктивных расстройств**

*Новиков Е.М.¹ д.м.н., профессор кафедры наркологии
Соболев Е.С.¹ к.м.н., доцент кафедры наркологии
Булатников А.Н.¹ к.м.н., доцент кафедры наркологии
Сафаров Г.И.² врач психиатр-нарколог*

1 — ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

2 — ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения города Москвы

*Автор для корреспонденции: Новиков Евгений Михайлович;
e-mail: 3502875@mail.ru*

Развитие и внедрение в медицинскую практику инновационных технологий, в частности, методов терапии, с использованием информационных аналогов обычных аллопатических средств, получаемых с помощью крайне высокочастотных излучений (КВЧ), представляется перспективным направлением в совершенствовании терапии больных зависимых от психоактивных веществ (ПАВ). Выбор информационных аналогов носил не случайный характер, а диктовался практической необходимостью воздействия на основные звенья болезни. В контексте сказанного, наше внимание привлёк препарат — блокатор опиоидных рецепторов налтрексон гидрохлорид «Ревиа», который по данным ряда исследователей значительно улучшает качество ремиссий, больных зависимых от психоактивных веществ. В процессе исследования волнового аналога «Ревиа» у больных с зависимостью к ПАВ были изучены две группы больных — больные с алкоголизмом и больные с героиновой наркоманией. В данной публикации представлены данные о больных героиновой наркоманией — 37 человек с развернутой 2 стадией заболевания.

Возраст больных этой группы варьировал от 18 до 27 лет, длительность заболевания составляла от 1,5 до 5 лет. Терапия волновым аналогом ревиа проводилась после купирования острых абстинентных расстройств, спустя 15-20 дней после последнего приема наркотика методом наложения носителя информации на биологически активные точки P1, VG14., используемые в рефлексотерапии. Следует отметить, что период становления ремиссий у больных сопровождался аффективными и психопатоподобными проявлениями, и их состояние постоянно находилось на грани «срыва». В этих ситуациях традиционным способом «удержания» больного от «срыва» является назначение психотропных средств. Как показали наши исследования, проводимые в течение последних лет, использование волнового аналога препарата «Ревиа» у больных наркоманиями, дают обнадеживающие результаты. Оценивая состояние больных в ремиссии, следует отметить, что в подавляющем большинстве наблюдений патологическое влечение к наркотикам проявлялось идеаторной, поведенческой и аффективной компонентами, а также расстройствами сна. Больные не скрывали того факта, что где бы они не находились, чтобы они не делали, их постоянно одолевала мысли о наркотиках. Как правило, это сопровождалось или чрезмерной подавленностью с чувством безысходности, или же тяжелыми дисфориями. Во всех случаях имела место выраженная тревога, которую можно отнести к базисным расстройствам. Эти состояния были крайне тягостны для больных.

В процессе лечения, уже с первого сеанса, спустя 10—15 минут от начала процедуры, больные отмечали заметное снижение тревоги, появление расслабленности, внутреннего спокойствия. Заметно уменьшалась раздражительность, фон настроения выравнивался, при этом больные становились контактными. Уже на первых сеансах они заявляли, что мысли о наркотиках теряли актуальность и переставали быть такими тягостными. Нередко в процессе проведения лечения появлялась сонливость, переходящая в сон. Этот эффект был очень важен для больных, так как появлялась уверенность в отношении нормализации сна. Несколько медленнее, и не всегда в полной мере, происходил регресс тяжело протекающих дисфорий и поведенческих расстройств.

Вместе с тем в процессе лечения уже к 5—6-му сеансу поведение больных имело положительную динамику. Больные становились более сдержанными, проявляли активность в своем трудоустройстве, в ряде случаев с трудом, но все же возобновляли прежнюю работу, и хотя этот процесс для них был непростым, усиливал общую астенизацию, требовал дополнительного напряжения, но они продолжали работать, одновременно посещая сеансы терапии. Наряду с этим у больных также исчезала суетливость, рассеянность, гиперактивность, общая возбужденность, появлялся настрой на лечение, уверенность в положительном результате проводимой терапии.

Таким образом, применение информационно-волнового аналога налтрексона гидрохлорида «Ревиа» в ремиссиях у больных наркоманиями свидетельствует о сохранении аналогом основных лечебных эффектов оригинала. Вместе с тем эффекты информационно-волнового аналога по времени проявляются достаточно быстро, оказывают более эффективное и выраженное влияние на психическое состояние в виде седативного, психогармонизирующего и упорядочивающего поведение действия.

**Психотерапия состояния отмены ПАВ
(абстинентного синдрома)
и состояния отмены ПАВ с делирием**

Захаров Р.И.¹

к.м.н., доцент кафедры психотерапии и сексологии

Уваров И.А.²

д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Волгин С.А.³

врач-психотерапевт, психиатр-нарколог

1 — ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

2 — ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Ижевск, Россия

3 — ООО «СТИАЛ», г. Ижевск, Россия

В основе лечения состояний абстиненции (F 1x.3) и состояния отмены с делирием (F 1x.4) используются седативные методики психотерапии отдельно или в сочетании с психофармакотерапией. При проведении психотерапии пациентам, с которыми вербальный контакт отсутствует или затруднен (ребенок в первые часы, дни, недели, месяцы жизни; человек в травматической коме; человек, не знающий язык; абстинентное состояние и делирий) основ-

ным механизмом является воздействие на ритм дыхания. Ускорение ритма дыхания приводит к тонизации, а замедление ритма дыхания приводит к седативному эффекту с нормализацией тонуса вегетативной нервной системы: дыхания, сердцебиения, кровяного давления, перистальтики кишечника, потоотделения [1]. У грудного ребенка, человека в коме, больного в состоянии абстиненции любой степени тяжести, делириозного больного в состоянии психомоторного возбуждения — находящегося в мерах физического стеснения (зафиксированного) проводится перекрестное воздействие на ритм дыхания (через прикосновение, голосом). Прямое воздействие через собственный ритм дыхания психотерапевта приводит к бессмысленной перегрузке. Сильнее эффект оказывает сочетание прикосновения и речи. Данная техника отрабатывается при построении раппорта в эриксоновском гипнозе [2]. Когда возможен телесный контакт, присоединение к дыханию, используют следующие элементы: через прикосновение к больному, лучше к руке умеренной силы (после отнятия не остается следов воздействия), на выдохе давление слегка усиливают, на вдохе уменьшают. Через 6—8 ритмичных надавливаний начинают постепенно «удлинять» выдох — продлевая надавливание на выдохе на 8—10%. При тахипноэ воздействуют ритмично на каждый второй или третий дыхательный цикл. При правильном присоединении в течение 1—3 минут у делириозного больного или пациента в состоянии абстиненции появляются признаки седации и в течение 3—5 минут развивается сон. Потребность в психофармакологических препаратах снижается в несколько раз. Данной методики легко обучается и охотно ее в дальнейшем использует средний медицинский персонал. При отсутствии возможности прикосновения используется речь. Сначала нужно присоединиться к ритму дыхания, проговаривая ключевые (ударные) слоги под выдох и постепенно замедлять ритм речи, что приводит к замедлению ритма дыхания больного.

Список литературы

1. Захаров Р.И., Лонишаков Ф.Ф., Иванов В.В. Психотерапия алкогольной зависимости. Материалы научно-практической конференции: Психотерапевтические техники в комплексном лечении психосоматических расстройств. Чита: Поиск, 2006. С. 29-33.
2. Пакриев С.Г., Уваров И.А., Захаров Р.И., Паньков В.П. Основные методы психотерапии алкогольной зависимости: Учебное пособие. Ижевск, 2015. 60 с.

Практический подход в оказании психотерапевтической помощи людям с различными видами зависимостей на амбулаторном психотерапевтическом приёме

Повасарис С.В. врач-психотерапевт

Филиппов С.Н. заслуженный врач России, главный врач ОБУЗ «Ивановский областной наркологический диспансер» Иваново

Автор для корреспонденции: Повасарис Сергей Викторович; e-mail: povasarissergey@gmail.com

Цель: предложить начинающему психотерапевту эффективный подход в оказании психотерапевтической помощи людям с различными видами зависимостей в условиях амбулаторного приёма.

Задачи: 1) сформулировать принципы и методологическую основу психотерапевтической работы; 2) обеспечить возможности для междисциплинарного взаимо-

действия с врачами психиатрами-наркологами, психологами, социальными работниками, группами взаимопомощи, священнослужителями на основе биопсихосоциодуховного подхода к пониманию синдрома зависимости.

Пациенты с зависимостями различаются по степени мотивации к лечению, готовности к прохождению психотерапии и реабилитации, уровню реабилитационного потенциала и психологического образования. Поэтому в работе психотерапевта соблюдаются следующие принципы: индивидуальный подход, возможность сочетания психотерапии с биологической терапией, этапность, выздоровление в контексте социума, согласование глубины психотерапевтических интервенций со степенью готовности пациента к личностным и жизненным изменениям. Условно можно выделить четыре этапа психотерапии:

1. Этап редукции психоэмоционального напряжения и актуальных симптомов. *Цели:* 1) установление контакта с пациентом и его семьёй; 2) частичная или полное устранение симптомов; 3) психологическое сопровождение трезвости; 4) создание мотивации на сохранение трезвости и прохождение следующего этапа психотерапии. *Глубина вмешательства:* 1) консультирование; 2) симптомо-центрированная психотерапия. *Используемые формы психотерапии:* 1) индивидуальная; 2) групповая; 3) семейная; 4) аффективная интервенция. Возможна кризисная психотерапия;

2. Этап личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. *Рабочая концепция:* теория отношений В.Н.Мясищева. Личность рассматривается как динамичная система отношений человека к действительности (к окружающему миру и самому себе). *Цель:* восстановление и коррекция системы отношений. *Глубина вмешательства:* патогенетическая (личностно-ориентированная) психотерапия. *Технически:* проработка отношений к себе, объекту зависимости, значимым фигурам биографии и актуальным людям системы отношений, психотерапевту.

3. Этап применения экзистенциальной психотерапии. *Главная цель:* личностная интеграция, восстановление целостности за счёт переживания, осознания, принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. *Центральная роль* в психотерапевтической работе отводится темам смысла жизни, предназначения, самоактуализации, свободы личности, ответственности.

4. Этап поддержки достигнутых психотерапевтических изменений. Обеспечивается взаимодействие между психотерапевтом и врачами психиатрами-наркологами, психологами, другими специалистами. Возможно сочетание психотерапии с посещением групп взаимопомощи (для пациента и родственников), Православного общества трезвости.

Данный подход является теоретически понятным для начинающих специалистов, постепенно ведёт пациента к глубинной работе, позволяет сохранять с ним доверительный контакт на протяжении всего психотерапевтического процесса, учитывает биопсихосоциодуховную концепцию синдрома зависимости.

Влияние социальных факторов на развитие зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков

Старченкова А.М.

врач психиатр-нарколог детского наркологического отделения Борзов А.Е.

заместитель главного врача

Филиппов С.Н.

заслуженный работник здравоохранения России, главный врач

ОБУЗ «Ивановский Областной наркологический диспансер»
Иваново

Автор для корреспонденции: Старченкова Анна Михайловна;
e-mail: anhenprc89@mail.ru

В настоящее время алкоголизация и наркотизация детей и подростков не теряет своей актуальности. По данным различных исследований [1, 2] психоактивные вещества употребляют от 65 до 80 % лиц молодого возраста. Факторами риска являются семейное неблагополучие, особенности воспитания и характера, наследственность, наличие психических заболеваний [3].

Цель исследования: изучить социальные особенности детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами. **Задачи:** 1) изучить влияние наследственности на формирование зависимости от психоактивных веществ у подростка; 2) изучить влияние социального статуса на формирование зависимости от психоактивных веществ у подростка; 3) выявить наиболее опасные факторы риска формирования зависимого поведения у детей и подростков.

Пациенты и методы. Исследование проводилось методом анализа историй болезни 84 пациентов детско-подросткового наркологического отделения ОБУЗ «Ивановский областной наркологический диспансер» (ОБУЗ «ИОНД»), пролеченных в 2016 году, из которых 82% мужского пола, 18% женского.

Результаты. Большинство исследуемых детей употребляло синтетические каннабиноиды (33%), алкоголь (28%), летучие растворители (14%), психостимуляторы («соли», 5%). В 20% случаев было выявлено сочетанное употребление нескольких психоактивных веществ. Форма потребления в большинстве случаев (61%) эпизодическая, в оставшихся 39% — постоянная. Зависимость от психоактивного вещества сформирована в 32% случаев. У большинства подростков наследственность отягощена зависимостью от алкоголя одного или обоих родителей (85%), в 2% случаев наследственность отягощена зависимостью от наркотических средств, не отягощена (13%). В 6% случаев наследственность была отягощена психическим заболеванием. Все дети из неполных семей, 39% проживают с отчимом или мачехой. В большинстве семей (71%) напряженная атмосфера дома, частые конфликты. Большинство детей проживают с родителями (67%), остались без попечения родителей и проживают в детских домах 17%, помещены в социально-реабилитационный центр, в связи с временным ограничением в правах родителей 12%, и 4% проживают с опекунами (бабушками). Почти половина детей (40%) состоит на учете у психиатра. Треть (33,3%) имеет судимости за хранение и сбыт наркотических средств, кражи, разбой.

При сравнении групп выявлено, что у детей с отягощенной наследственностью начало употребления приходится в среднем на 13 лет, у детей с неотягощенной — на 14,5 лет. У детей с отягощенной наследственностью зависимость сформировалась в 36% случаев, с неотягощенной — в 13%.

У детей, оставшихся без попечения родителей, либо ограниченных в правах, проживающих в детских домах, социально-реабилитационных центрах, интернатах начало употребления психоактивных веществ, в среднем, происходит в 13 лет, у детей проживающих дома — 14,5 лет. У детей, проживающих без родителей, зависимость сформировалась в 33% случаев, у «домашних» детей зависимость сформировалась в 31% случаев.

Заключение. Отягощенная наследственность увеличивает риск развития зависимости у ребенка, а также способствует более раннему началу потребления психоактивных веществ. Неполная семья, наличие отчима и конфликтная обстановка дома являются факторами риска для употребления алкоголя или наркотических веществ. Дети, воспитывающиеся без участия родителей раньше приобщаются к потреблению психоактивных веществ. Таким образом, профилактика подросткового алкоголизма и наркомании должна быть направлена в первую очередь на комплексную работу с неблагополучными и неполными семьями и несовершеннолетними, оставшимися без попечения родителей.

Список литературы

1. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Шамота А.З. Мониторинг распространенности потребления психоактивных веществ среди учащихся г. Москвы, 2004.
2. Шереги Ф.В., Арефьев А.Л. Наркотизация в молодежной среде: структура, тенденции, профилактика. 2003.
3. Воронков Б.В. Детская и подростковая психиатрия, 2009.

Проблема качества реабилитации лиц с аддиктивными расстройствами

Барцалкина В.В.

к.психол.н., доцент

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Некоммерческая организация «Центр многопрофильной помощи»
Москва

Для корреспонденции: Барцалкина Виктория Васильевна;
e-mail: bartsalkina50@mail.ru

Россия прошла нелегкий путь, связанный с внедрением в нашей стране нового подхода к оказанию помощи химически зависимым людям, основанного на биопсихосоциодуховной модели болезни. Фокус сместился с процесса медикаментозного лечения на социальную реабилитацию — создание возможностей для пожизненного прекращения употребления наркотических средств и психотропных веществ. Однако, в настоящее время наряду с успехами приходится констатировать определенное отставание в работе отечественных негосударственных реабилитационных центров (РЦ) по сравнению с западными, которое продиктовано рядом причин, среди которых:

1. Область социальной реабилитации не лицензируется, а значит и не попадает в зону контроля общественных или государственных служб;
2. Отсутствуют единые профессиональные требования к кадровому составу;
3. Программы, применяемые в большинстве негосударственных РЦ, не прошли необходимой научной первичной;
4. Негосударственные реабилитационные центры и терапевтические сообщества в нашей стране разнородны и не скоординированы, т.е. лишены возможности обмениваться опытом и консолидировать свои усилия по выработке стратегии качества социальной реабилитации.

Эти и многие другие причины приводят к тому, что положительный результат реабилитации носит стихийный характер, в результате чего наркозависимые далеко не всегда получают качественные услуги, что приводит к снижению их срока ремиссии и невозможности полноценного возвращения в социум. Такое положение дел, с одной стороны, приводит к нарушению безопасности личности, так как не обеспечивается в полной мере возможность её вы-

здоровления, прогрессивного развития, а порой и защиты ее прав в условиях РЦ. С другой стороны, РЦ не может обеспечить и свою собственную безопасность как структуры в силу несоблюдения необходимых условий, гарантирующих качество реабилитационных услуг, что приводит порой к чрезвычайным ситуациям, в результате которых на РЦ заводятся дела как по статьям, связанным с оказанием услуг, не отвечающих требованиям безопасности, так и по уголовным статьям.

Для решения перечисленных проблем в 2016 г. в Москве начал свою работу «Центр многопрофильной помощи» (ЦМП), цель которого — предоставление негосударственным реабилитационным центрам научно-методической помощи для создания единой концептуальной и методической платформы их деятельности, повышения профессиональной компетенции специалистов и, в конечном счете, повышения качества реабилитации лиц с аддиктивными расстройствами. В основу деятельности ЦМП легли научно-практические разработки лаборатории медико-психологической реабилитации Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет». К настоящему времени сотрудниками ЦМП накоплен практический опыт проведения мониторинга реабилитационного процесса, разработки на его основе профессиональных рекомендаций для оптимизации работы РЦ и обеспечения помощи в их реализации.

Опыт организации работы отделения медико-социальной реабилитации ГБУЗ «Наркологический диспансер Калининградской области»

Скалин Ю.Е.

к.психол.н., главный врач

*ГБУЗ «Наркологический диспансер Калининградской области»
Калининград*

*Автор для корреспонденции: Скалин Юрий Евгеньевич;
e-mail: n-disp@infomed39.ru*

В целях уделения особого внимания совершенствованию технологий противорецидивной терапии аддиктивного поведения в ГБУЗ «Наркологический диспансер Калининградской области» открыто отделение медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами. Отделение рассчитано общей мощностью на 18 коек. Эффективность программы медицинской реабилитации за 4 года (2012—2016 гг.): всего госпитализировано в отделение медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами 620 пациентов, из них окончили полный курс 550 пациентов (88,7%), прервали стационарную реабилитационную программу 70 пациентов (11,3%).

Принципиальным в работе отделения медико-социальной реабилитации является реализация командного подхода, отражающего мультимодальность психокоррекционного взаимодействия и одновременную работу с одним пациентом смежных специалистов — врач-нарколог, медицинские психологи, социальный работник, медицинские сестры, инструкторы по трудотерапии, сотрудники младшего медицинского и прочего персонала. Основным видом оказываемой помощи наркологическим пациентам является клиничко-психологическая помощь. Программа «Реконструкция личностной идентичности в случаях зависимости от ПАВ» (базовый курс) [1] осуществляется в форме

«психологического интенсива» (групповая и индивидуальная психокоррекция, социально-психологическая тренинговая работа, информационные лекции, психодиагностика и консультирование) в сочетании с терапией средой, социальным сопровождением, программой занятий по обучению методам психической саморегуляции, включающей элементы фитнес-йоги, дыхательной гимнастики и прогрессивной мышечной релаксации, с интеграцией пациента в сообщество взаимопомощи Анонимные Наркоманы и/или Анонимные Алкоголики, а также еженедельными встречами с православным священником. Координатором психокоррекционной программы является медицинский (клинический) психолог.

После завершения стационарной реабилитации в медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами пациент переводится на амбулаторно-поликлинический стабилизационный этап лечебно-реабилитационного процесса на базе отделения дневного стационара. На этом этапе оказываемая помощь пациенту в основном состоит на психологической и социальной поддержке в условиях амбулатории. Основными задачами амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации являются проведение диспансерного динамического наблюдения, осуществление мероприятий по вторичной профилактике синдрома зависимости от ПАВ, предупреждение прогрессирования заболеваний, поддержание трудоспособности на достигнутом уровне. Продолжительность этого периода определяется состоянием наркологических больных и особенностями их социальной адаптации, но не должна быть меньше одного года.

Список литературы

1. Крылова Н.В. Реконструкция личностной идентичности в случаях зависимости от психоактивных веществ. Учебно-методическое пособие. М.: ИМСГС, 2010. 273 с.

Проблема влияния алкогольной зависимости на течение шизофрении

Соборников В.И.

ординатор кафедры психиатрии

*ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России
Москва*

*Для корреспонденции: Соборников Василий Иванович;
e-mail: Sobornikovvw@gmail.com*

В психиатрическом сообществе часто сосуществуют эксплицитные и имплицитные идеи, убеждения. Часть из них предается как аксиомы, например, «запах» эндогенного заболевания, часть как теоремы, такие как: «малые явления нейрелепсии служат подтверждением эффективности нейрелептиков». Вызывает научный интерес идея о влиянии алкоголизма на течение шизофренического процесса, о воздействии злоупотребления алкоголем на негативную симптоматику и прогрессивность процесса.

Еще Э. Крепелин обращал внимание на то, что среди бродяг-алкоголиков много шизофреников без признаков очень глубокого дефекта [1]. В современной литературе существует несколько взглядов, которые рассматривают явление коморбидности и с точки зрения того, каковы были преморбидные личностные особенности пациента, и какое из заболеваний манифестировало раньше, и как один процесс влияет на течение другого.

Среди существующего многообразия можно выделить 3 основных гипотезы.

Первая гипотеза утверждает, что сочетание алкоголизма и шизофрении нивелирует эндогенный дефект, вызывает снижение прогрессивности и дает атипичную клинику алкоголизма. К. Гретер в 1909 году объяснил такую клинику результатом сложения противоположных изменений в эмоционально-волевой сфере, Э. Крепелин (1927 г.) связывал это явление с обилием социальных контактов свойственных алкоголизации. Тажиева З.Г. пишет об изменённом абстинентном синдроме у таких больных — они более подчиняемы, обладают ровным настроением, не занимают активным поиском спиртного, но алкогольная деградация прогрессирует значительно быстрее, чем у больных, не страдающих эндогенным заболеванием. Шизофрения же на фоне алкоголизма течет с обострениями и оживлением продуктивной симптоматики, но с «размыванием шизофренического дефекта» [3]. По мнению А.Г. Гофмана, если алкоголизм сформировался после манифестного приступа шизофрении, то процент госпитализаций по психотическим показаниям значительно падает. Так, лишь 40% связано с психозами, прочие 60% — с «неправильным поведением». Однако, если шизофрения присоединяется к сформированному алкоголизму, то свыше 80% процентов госпитализаций связаны с психотическими состояниями [1].

Вторая гипотеза заключается в том, что при совместном течении данных заболеваний, шизофренический процесс лишь утяжеляется для пациента. О достоверном повышении риска суицида у больных, страдающих алкоголизмом и параноидной шизофренией, пишет в выводах своей диссертации М.А. Шулькин [7]. В статье исследователей Хмара Н.В., Цитко А.Н., Коваленко Д.А. был сделан вывод об усилении агрессивного поведения у пациентки, страдающей эндогенным заболеванием в связи со злоупотреблением алкоголем [5]. Похожие выводы делает в своей диссертационной работе Д.Н. Киселев (2014 г.) о том, что алкогольная зависимость провоцировала обострения, агрессию и антисоциальное поведение [2]. Mohamed S., Bondi M.W., Kasckow J.W., Golshan S., Jeste D.V. в статье от 2006 года отмечают, что более молодые пациенты, по-видимому, маскируют симптомы злоупотребления алкоголем, однако с возрастом сочетанные проявления обоих заболеваний становятся значительно ярче [9]. Edith V. Sullivan, Ph.D., Margaret J. Rosenbloom, M.A., Adolf Pfefferbaum, M.D. выявили нарушения баланса и походки среди коморбидных больных, превышающие данные показатели у здоровых и у больных с изолированным диагнозом, что, в свою очередь, может свидетельствовать о снижении компенсаторных механизмов организма вследствие утяжеления процесса [8].

Третья гипотеза очерчивает алкоголизм как независимый процесс, не влияющий на течение эндогенного заболевания, и при нарастании тяжести последнего, abortивно прекращающийся. Данная картина встречается при длительно текущем процессе [1]. Употребление алкоголя характерно для больных, стремящихся купировать дисфорические состояния, внутреннее напряжение, депрессию, вызванные эндогенным заболеванием. В отсутствие обострений больной может находиться в самопроизвольной ремиссии, в межзачпойный период может испытывать отвращение к алкоголю [3]. Также носители эндогенного заболевания могут весьма продолжительно сохранять критику к злоупотреблению алкоголем, и возвращаться к ней в кратчайшие сроки после перенесенного приступа [4], для них характерно также злоупотребление алкоголем в одиночестве [6].

Несмотря на разнообразие взглядов и гипотез, можно отметить, что преимущественное количество публикаций свидетельствует об атипичной клинической картине и взаимном утяжелении как алкоголизма, так и шизофрении, что требует от врача значительных усилий для диагностики и индивидуального подхода в подборе соответствующей терапии. В то же время, необходимо признать, что актуальность клинического и научного исследования данного вопроса сохраняется как для более глубокого понимания взаимообусловленной динамики клинической картины сложного заболевания, так и для более эффективной терапии коморбидных расстройств.

Список литературы

1. Гофман А.Г. Алкоголизм, сочетающийся с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра. Вопросы наркологии 2014; (3).
2. Киселев Д.Н. Сочетание алкогольной зависимости с психическими расстройствами: клинические варианты, организационные аспекты. Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. М., 2014.
3. Тажиева З.Г. Влияние алкоголизма на клинику и лечение шизофрении. Тюменский медицинский журнал 2010; (1).
4. Тульская Т. Ю. Клинические особенности алкогольной зависимости у больных малопрогредиентной шизофренией. Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. СПб., 2014.
5. Хмара Н.В., Цитко А.Н., Коваленко Д.А. Шизофрения и употребление алкоголя. Проблемы здоровья и экологии 2016; (3).
6. Шлёмина И. В. Клиника шизотипического расстройства (малопрогредиентной шизофрении), сочетающегося с алкоголизмом. Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. М., 2009.
7. Шулькин Л.М. Алкогольная зависимость и параноидная шизофрения (клинические и социальные аспекты). Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. М., 2008.
8. Edith V. Sullivan, Ph.D., Margaret J. Rosenbloom, M.A., Adolf Pfefferbaum, M.D. Balance and Gait Deficits in Schizophrenia Compounded by the Comorbidity of Alcoholism. 2004.
9. S. Mohamed M. W. Bondi, J. W. Kasckow S. Golshan, D. V. Jeste. Neurocognitive functioning in dually diagnosed middle aged and elderly patients with alcoholism and schizophrenia. 2006

Современные проблемы интернет-потребления: диагностика и психокоррекция в условиях амбулаторного лечения

Декало Е.Э. к.психол.н., заведующая отделением психотерапии
Бесперстов С.В. главный врач

Городской психотерапевтический центр «Карповка-25»
Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Декало Екатерина Эдуардовна;
e-mail: dekaloe@mail.ru

На базе Городского психотерапевтического центра «Карповка-25» Санкт-Петербурга проведено исследование, с целью изучения психологических особенностей лиц, называющих времяпровождение в интернете проблемным («проблемное интернет-потребление», ПИНП) и их коррекции. В исследовании приняли участие 72 респондента (41 женщин и 31 мужчин), средний возраст испытуемых 38 лет. Использовались экспериментально-психологические методики: ММРІ, Шкала депрессии А. Бека,

Интегральный тест тревожности, Тест копинг-стратегий Лазаруса, Шкалы осознания психологических механизмов заболевания, отношения к лечению, разработанные СпбПННИИ им. В.М. Бехтерева, опросник невротических симптомов ОНР-СИ. Статистический анализ резуль-

татов проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica-10.0».

В ходе исследования выявлены т.н. «типы современно-го интернет — времяпровождения»: Игры, Покупки, Форумы, Сайты знакомств, Браузинг, Социальные сети, Skype, viber и др. коммуникации.

Психологические особенности пациентов с ПИНП:

1. Возникновение в условиях фрустрации (заведомо нерешаемой проблемы, например, жилищной или ребенок — инвалид) как замещение активности по решению;

2. Выраженность всех типов иррациональных убеждений, с преобладанием «низкая фрустрационная толерантность» и «долженствование на себя»;

3. Высокие показатели ситуативной и личностной тревожности, астенизации, тревожной оценки перспектив;

4. Нарушение социальных контактов — обнаружена корреляция с общим высоким уровнем по опроснику невротических симптомов ОНР-СИ, т.е. лежит в основе снижения общего уровня адаптации и адаптационных способностей;

5. Нарушения внутренней картины болезни — снижение уровня осознания психологического компонента своего состояния, в лечении — направленность на ожидание быстрых результатов;

6. Среди копинг-стратегий у испытуемых данной выборки наиболее выражена неконструктивная «избегание».

Программа психокоррекции пациентов с ПИНП основывается на когнитивно-поведенческих методах психотерапии. Основные мишени и технологии психокоррекции: нормализация смыслового отношения к проблеме интернет-времяпровождения, снижение восприятия ПИНП в депрессивном контексте, не предполагающем выбора, альтернативы: переконструирование основных схем разрешения проблем; когнитивно — поведенческая работа с установками, связанными с ПИНП для анализа и коррекции психологических механизмов формирования зависимости; повышение осознания взаимосвязей эмоциональных реакций, влияния психотравмирующих ситуаций на ПИНП.

Список литературы

1. Декало Е.Э. Исследование эффективности мотивационных антистрессовых методов интервенции в профилактической и реабилитационной наркологии. Учен. зап. С.-Петерб. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова. 2007; XIV(1): 58-61.
2. Addictive behaviors: prevention and early intervention. Amsterdam, 1989. 303 p.
3. Prochaska J.O., Di Clemente, C.C., Norcross J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992; 47(9): 1102-1114.

День Победы и проблемы наркологии

Карнов А.М.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой психотерапии и наркологии
Казанская государственная медицинская академия — филиал
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
Казань

Для корреспонденции: Карнов Анатолий Михайлович.
e-mail: kam1950@mail.ru

Близость дня Победы (9 мая) и 25 мая — даты конференции наркологов вдохновляет на осмысление связей между этими событиями. День Победы — святой день — Праздник Победы советского народа и его русского Духа, который объединял и подвигал всю страну, миллионы людей на величайшие жертвы, искупившие все грехи, которые были не только у русских, но и у всего человечества.

Но для воздержания от новых грехов даже таких жертв оказалось недостаточно. Спасенные народы Европы, даже дети и внуки победителей, при их жизни, открыто изменили идеалам отцов и дедов. Жертвенности, доброты, ума и силы для спасения этой цивилизации от алкоголизма и наркотизации оказалось недостаточно. Отдавшая 27 миллионов жизней, все духовные, профессиональные и материальные ресурсы, предельно уставшая, но счастливая нация «не заметила» как после смерти И.В.Сталина политические вожди повели страну таким путем, что очень скоро побежденные стали жить лучше победителей. Планы врагов о самоуничтожении русских алкоголем, табаком, наркотиками, развратом, алчностью, бюрократией, коррупцией, и другими порочными зависимостями осуществились. В XIX веке Отто фон Бисмарк говорил: «Русских невозможно победить, мы убедились в этом за сотни лет. Но русским можно привить лживые ценности, и тогда они победят сами себя...».

Эту стратегию в форме информационно-психологической войны применяют геополитические противники России со дня Победы в 1945 г. и до сего дня. «Праздник со слезами на глазах» всегда будет самым дорогим и сакральным. Слезы будут не только от благодарности победителям и осознания великих жертв, но и от великого стыда. Цели и символы Победы — Союз Советских Социалистических Республик, Сталинград, единство народов, патриотизм, социализм, справедливость, равенство, братство и другие духовные, социальные и материальные ценности постепенно исчезли. Их заменили новые общечеловеческие, либеральные, демократические, рыночные, потребительские ценности, свобода от идеологии, от ответственности перед предшественниками и будущими поколениями. Создались условия для эпидемии наркомании, для появления новых зависимостей и распространения их среди подростков и женщин. Как ни парадоксально, но Народ-победитель за последние мирные 25 лет оказался незащищенным от наступления «пятой колонны», обнищания, унижения, вымирания от безысходности через саморазрушение.

Информационно-психологическую войну нация проиграла и продолжает уступать противникам. Адекватных и эффективных ответных действий пока нет. К ним призывают тысячи самых уважаемых и известных людей. Патриарх Алексий II обращался к нации: «Мы должны осознать, что против нашего народа ведется хорошо спланированная бескровная война, имеющая свою цель уничтожить его. В западных странах работает мощная индустрия растления... проповедуется разврат во все его видах... создан огромный рынок алкоголя, наркотиков, порнографии, контрацептивов, обогащающий зарубежные фирмы и мафии приводящий к вырождению и вымиранию нашего народа. Мы должны поднять русский народ на борьбу за жизнь своих детей...». Самые авторитетные политики, ученые, общественные деятели выражали протесты против навязывания молодежи алкогольно-наркоманского стиля жизни средствами массовой информации, рекламы, шоу-бизнеса, против шизофренизации и дебилизации образцов.

В настоящее время среди причин смертности в России преобладают не старость и не болезни, а последствия зависимостей от курения, алкоголизации, наркотизации, несоблюдения правил безопасности на дорогах, на отдыхе и др. Химические и нехимические зависимости, обусловленные ими расстройства психических функций и поведения, относятся к пространству профессиональной деятельности психиатров, наркологов и психотерапевтов. С нас спросят по-

томки за то, что мы не исполнили свой нравственный и профессиональный долг. В мирное время в своей родной стране, не проявили ответственности, смелости и мужества для того, чтобы мотивировать власть и народ не изменять своим национальным (историческим, родовым) нравственным, социальным и материальным ценностям, не принимать беспрепятственно навязываемых лживых — общечеловеческих, демократических, либеральных ценностей.

В информационно-психологическую войну мы не вступили, но поскольку идеологическое направление профилактики зависимостей не развивалось, мы потеряли гораздо больше человеческих жизней, территорий, ресурсов, экономического потенциала и политического авторитета, чем в Великую Отечественную. Это тоже великие страдания и жертвы, но они «добровольные» и бессмысленные: наши соотечественники «сами выбирают» способы самоубийственных удовольствий и готовы насмерть стоять за право курить, алкоголизироваться, наркотизироваться, играть в компьютерные игры и т.д. Подобная ситуация признана руководством страны угрозой национальной безопасности и означает провал в идеологической, информационной, образовательной сферах.

Нам необходимо осознать огромный негативный и позитивный опыт, понять и исправить допущенные ошибки, предложить идеологию и смыслы для объединения разобщенного капитализмом бедного народа, богатых менеджеров и госслужащих. Надо перезагрузить сознание не одному наркоману, а цивилизации зависимых от потребления. Это сверх-сложно и трудно, но возможно. Об этом уже думают миллионы умных, честных, сильных, активных людей, подвижнически работающих в государственных и общественных организациях — Международной академии трезвости, Общероссийских общественных организаций «Объединение Оптималист», «Общее дело» Всероссийского Иоанно-Предтеченского правос-

лавного братства «Трезвение», Международной Лиги трезвости и здоровья и многих других.

Самые большие основания для оптимизма дает личное общение с молодежью школьного и студенческого возраста в военно-патриотическом движении «Юнармия», кадетских школах и корпусах и др. Дети, выросшие при капитализме, проявляют такую же любовь к России, к национальным русским песням, танцам, обрядам, костюмам, боевым искусствам, как советские пионеры и комсомольцы, обнаруживают при этом естественную, добровольную сплоченность, коллективизм, энтузиазм, смелость, ловкость, сноровку, как дети в лучшие годы СССР и, наверное, как их сверстники прошлого и позапрошлого веков. Участие в учебах, тренировках, выступлениях и смотрах позволяет современным детям почувствовать духовную связь со славными предками, друг с другом, ответственность за будущее своей страны, предназначение ее защищать и развивать. Это дает им столько истинного счастья и яркого, настоящего, здорового, полезного для души и тела энергетического заряда и удовольствия, что несравнимо ни с какими эффектами алкогольного опьянения и прочего одурманивания. Считаю, что это лучшая профилактика не только болезней зависимости, но и эмоционального выгорания наркологов и педагогов. В России есть харизматичные специалисты по патриотическому воспитанию — педагоги, психологи, тренеры, музыканты, режиссеры, постановщики и др. Есть ученые и преподаватели, умеющие обучать и воспитывать, развивать и вдохновлять.

Честных, умных, сильных, активных, духовно и физически здоровых, трезвых людей в России большинство. Объединившись можно изменить ситуацию в стране, одержать свою Победу в войне справедливого Русского Духа над духами плотского индивидуального потребления, заслужить прощение у соотечественников, пожертвовавших всем за спасение потомков и неблагоприятной европейской цивилизации в Великой Отечественной войне.

ABSTRACTS OF REPORTS AT THE ALL-RUSSIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE «PREVENTION OF ADDICTIVE DISORDERS: A BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUAL APPROACH»

May 25–26, 2017 in Moscow, the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education hosted the All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation: «Prevention of addictive disorders: a biopsychosocioideal approach». The organizers of the conference were: FGBOU DPO «Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education» of the Ministry of Health of Russia, All-Russian Public Organization «Russian Drug Treatment League», All-Russian Professional Psychotherapeutic League, Interregional Public Movement in Support of Family Sobriety Clubs. The goal of the Conference was to improve the provision of preventive, curative and rehabilitation assistance to the population of Russia, establish professional contacts between specialists from different countries working in the field of preventing addictive disorders, develop interdisciplinary interaction between physicians, psychiatrists, psychotherapists, psychologists, social workers, Priests, volunteers on the basis of a bio-psycho-socio-spiritual approach to understanding the causes of addictive disorders And the ways of coping with them, as well as the exchange of practical experience, the definition of the problems of modern addiction, and the creative search for their solutions based on modern scientific knowledge. The main idea of the Conference was the idea of multidisciplinary in narcology. Specialists of different professions involved in the diagnosis and prevention of addictive disorders, treatment and rehabilitation of patients of the narcological profile were not divided into sections, but worked together at symposiums, round tables, master classes.

The conference was attended by leading foreign and domestic specialists in the field of psychiatry, narcology, psychology, priests of the Russian Orthodox Church, dealing with the problems of dependencies. Among the participants of the Conference are specialists from Russia, Croatia, Serbia, Italy, Norway. Russia was represented by the following cities: Moscow, St. Petersburg, Kaliningrad, Kazan, Novosibirsk, Arkhangelsk, Yekaterinburg, Komsomolsk-on-Amur, Tula, Kazan, Ivanovo, Izhevsk, Krasnoyarsk, etc. We present some theses of the speeches delivered.

Keywords: addictive disorders, prevention, biopsychosocioendric approach, abstracts