



**Программа комплексной терапии  
коморбидных психопатологических и  
поведенческих расстройств у ВИЧ-  
инфицированных наркозависимых больных**

*Пособие для врачей*

Санкт-Петербург  
2012

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В.М. БЕХТЕРЕВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Программа комплексной терапии коморбидных  
психопатологических и поведенческих  
расстройств у ВИЧ-инфицированных  
наркозависимых больных**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2012

## Аннотация

Между наркологическими, психическими и инфекционными заболеваниями существует высокий уровень коморбидности. Распространение ВИЧ происходит преимущественно среди потребителей наркотиков. У наркозависимых часто встречаются психические и поведенческие расстройства. Взаимодействие сочетанных нарушений утяжеляет течение всего комплекса заболеваний у ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Связь между риском распространения ВИЧ, наркологическими и психопатологическими нарушениями обуславливает важность использования интегративного подхода к ведению такой категории больных. В методических рекомендациях изложен комплексный подход к диагностике, психофармакологическому лечению и когнитивно-поведенческой психотерапии коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных больных с наркотической зависимостью.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов, инфекционистов, клинических психологов, работающих в специализированных наркологических учреждениях и реабилитационных центрах.

Авторы: Р.Д. Илюк, к. м. н., руководитель отделения терапии больных с аддиктивными расстройствами; Е.М. Крупицкий, д. н. м., профессор, руководитель отдела наркологии; А.М. Шишкова, медицинский психолог отделения терапии больных с аддиктивными расстройствами

Организация разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Отделение терапии больных с аддиктивными расстройствами

Рецензенты: Е.В. Снедков, д. м. н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И. Мечникова; А.Ю. Егоров, д. м. н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета

Утверждено Ученым советом СПб НИПНИ В.М. Бехтерева

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

## Список сокращений

- АРВ – антиретровирусная терапия  
АлАТ – аланинаминотрансфераза  
АсАТ – аспаратаминотрансфераза  
ВААРТ – высокоактивная антиретровирусная терапия  
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека  
ИП – ингибиторы протеазы  
КПТ – когнитивно-поведенческая психотерапия  
КР – коморбидные расстройства  
КТ – компьютерная томография  
ЛДГ – лактатдегидрогеназа  
ЛЖСВ – люди, живущие с ВИЧ  
МИ – мотивационное интервью  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
НЗ – наркотическая зависимость  
ННИОТ – нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы  
ПАВ – психоактивные вещества  
ПИН – потребители инъекционных наркотиков  
ПР – психические расстройства  
РП – рискованное поведение  
ТКДГ – транскортикальная доплерография  
ЦНС – центральная нервная система  
ЩФ – щелочная фосфатаза  
ЭЭГ – электроэнцефалография

## Введение

Понятие коморбидных расстройств в наркологии относится к комплексу проблем, присущих потребителям ПАВ, многие из которых имеют комбинацию заболеваний с самостоятельной нозологической сущностью: зависимость от ПАВ, инфекционное заболевание (ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит и т. д.) и независимое психическое расстройство (органической или эндогенной этиологии).

В настоящее время установлен высокий уровень коморбидности между наркологическими, инфекционными, психическими заболеваниями, также выявлена широкая распространенность указанного феномена.

Потребление наркотиков продолжает являться одним из основных факторов распространения ВИЧ-инфекции. По данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, с 1996 по 2005 год преобладал путь заражения через инъекционное введение наркотиков (78,6% от всех известных случаев). Доля ВИЧ-инфицированных среди больных наркоманиями достигает 40%, а доля потребителей героина среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных составляет 80% [5]. Несмотря на то что о путях передачи ВИЧ известно практически всё, люди продолжают подвергать себя риску. Так, 80% наркозависимых обмениваются иглами/шприцами, посудой и другим инструментарием, две трети подвергают себя опасности заражения заболеваниями, передающимися половым путем, в связи с незащищенными сексуальными контактами или сексом за наркотики [19].

Наркозависимость провоцирует людей совершать поступки, увеличивающие риск заражения или передачи ВИЧ-инфекции. Острая интоксикация ПАВ приводит к снижению контроля над поведением. Использование наркотиков, таких, как кокаин и метамфетамин, связывается с торговлей сексом за деньги или наркотики и непоследовательным использованием презерватива [8]. При синдроме зависимости такие феномены, как патологическое влечение, абстиненция, снижение контроля над приемом ПАВ, толерантность появляются в результате изменения нейрхимических и нейрофизиологических процессов в стволовых и лимбических структурах мозга и системе положительного подкрепления. Патологические процессы в ЦНС при наркозависимости вызывают трансформацию основных инстинктивных потребностей человека, в результате чего употребление наркотиков начинает занимать ведущее место в системе ценностей, что в свою очередь ведет к игнорированию других интересов, полному поглощению употреблением ПАВ. Сильное, труднопреодолимое желание принимать ПАВ с це-

лю достижения наркотического эффекта, облегчения или предупреждения симптомов отмены вызывает снижение контроля над приемом ПАВ, формирует устойчивый паттерн потребления вещества, невзирая на отрицательные и вредные последствия.

Длительное злоупотребление ПАВ или их отмена вызывают широкий спектр симптомов ПР. В структуре психопатологических нарушений при НЗ ведущее значение принадлежит аффективной патологии. Особенности аффективных нарушений определяются формой наркомании. Расстройства настроения варьируют от подавленности до глубоких депрессивных состояний и являются составной частью патологического влечения к ПАВ и абстинентного синдрома. В ранний постабстинентный период при НЗ отмечается состояние, которое может быть определено как «синдром ангедонии». Синдром ангедонии включает аффективный, идеаторный и поведенческий компоненты, его продолжительность составляет от нескольких недель до нескольких месяцев и характеризуется значительной межиндивидуальной вариабельностью. Стержневыми симптомами являются депрессивный фон настроения, а также отсутствие психологического комфорта и способности испытывать адекватные положительные эмоциональные переживания вне интоксикации ПАВ [3]. Нарушения в эмоциональной сфере, вызванные потреблением ПАВ, препятствуют формированию стойких ремиссий и приводят к рецидиву заболевания в 50% случаев.

При употреблении ПАВ часто возникают психотические расстройства. Они появляются во время или непосредственно после употребления и развиваются в период от 48 часов до двух недель. Расстройства обычно проходят, по крайней мере частично, в течение 1 месяца и полностью – в течение 6 месяцев. Типичными симптомами являются: апатия, тревога, деперсонализация, дереализация, агрессивность, мания, гиперсексуальность, иллюзии и/или галлюцинации.

Психотические расстройства с поздним дебютом в основном представлены изменениями познавательных функций, личности или поведения, которые продолжаются за пределами периода непосредственного действия ПАВ. Данное расстройство возникает через две недели после приема вещества и продолжается свыше шести месяцев. В этом случае должны быть ясные указания на связь психоза с потреблением ПАВ.

Психические расстройства, связанные с употреблением ПАВ, могут различаться по своим симптомам в зависимости от типа употребляемого вещества.

У 50–75% наркозависимых часто встречаются сопутствующие ПР. Аффективные нарушения являются одной из наиболее частых форм коморбидных психопатологических расстройств при НЗ. В 27% выявляется большая депрессия (распространенность среди обычного насе-

ления 3% [16]). Депрессивная симптоматика является постоянной составляющей в абстинентном периоде, однако длительное присутствие депрессивных симптомов в постабстинентном периоде может свидетельствовать о начале депрессивного эпизода. В этом случае депрессивный аффект представлен чувствами уныния, отчаяния, идеями несостоятельности, тревожностью, склонностью к дисфорическим реакциям, а также диссомническими расстройствами. В случаях тяжелой депрессии гипотимия представлена в основном анергическими расстройствами, чувством тоски, безнадежности, выраженной астенией. Ипохондрический вариант депрессии проявляется стойкой фиксацией на телесных ощущениях, регистрацией малейших изменений текущего состояния, тщательным анализом результатов лечения. Истерическая депрессия характеризуется многообразием «драматизированных» жалоб, высокой частотой необычных телесных ощущений.

Аффективные нарушения могут протекать с доминированием тревожной симптоматики, при этом на первый план выступают повышенный уровень тревожности, опасения по поводу своего состояния, возможных осложнений, сопряженные с чувством безнадежности. Наличие коморбидной аффективной патологии сказывается на течении зависимости и результатах терапии. Аффективная патология влияет на формирование рискованного сексуального поведения. Установлено [20], что в рискованное сексуальное поведение чаще вовлечены пациенты с маниакальным психозом.

При НЗ широко распространены расстройства личности. Психопатия при НЗ диагностируется в 28,9% случаев. Часто употребление ПАВ наблюдается у больных шизофренией и шизотипическими расстройствами. Представленность малопрогрессирующих форм шизофрении составляет от 8% до 10% от общего числа наркозависимых, при этом наблюдается обратная зависимость между глубиной шизофренического процесса и выраженностью наркомании [1]. Систематическое употребление наркотиков при шизофрении резко повышает социальную опасность больных. Люди с диагнозом «шизофрения» чаще оказывают сексуальные услуги за деньги или наркотики, чем пациенты с другими диагнозами. Наличие ПР среди ПИН ассоциируется с более высокой частотой совместного пользования инструментария для инъекций и более редким использованием презервативов.

Распространенность ПР у ВИЧ-инфицированных достигает 50%. Среди широкого спектра ПР у ВИЧ-инфицированных наибольшее значение придается психотическим и аффективным расстройствам, аддиктивным, когнитивным нарушениям и деменции. Наличие ВИЧ-инфекции и, в большей степени, СПИДа намного повышает вероятность развития психозов. Распространенность психозов среди пациентов со СПИДом составляет от 5% до 15%. Вероятность психоза нарас-

тает по мере усиления тяжести заболевания. Просматривается связь между вероятностью появления психоза и прогрессирующими когнитивными отклонениями. Психоз может быть прямым следствием ВИЧ-инфекции головного мозга. В таких случаях его причиной является демиелинизация и лейкоэнцефалопатия, вызванная ВИЧ. Причиной психоза может быть и вторичная инфекция ЦНС, как, например, *herpes simplex*. Психоз может быть спровоцирован интрацеребральной лимфомой или аутоиммунным заболеванием. Следует отметить, что у большинства пациентов психоз начинается в момент стабильного физического состояния, при отсутствии каких-либо указаний на вторичные инфекции. Типичные симптомы психозов, связанные с ВИЧ, включают выраженные галлюцинации и бред. Галлюцинации могут быть любыми – слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми, тактильными. Поражение подкорковых структур или височных долей головного мозга чаще проявляется бредом (ипохондрическим, величия, преследования, религиозным, паранойяльным), а также может приводить к развитию маниакальных расстройств, которые у ВИЧ-инфицированных встречаются в десять раз чаще, чем в нормальной популяции. ПР повышают риск заражения ВИЧ-инфекцией [13].

У больных шизофренией намного больше вероятность заражения ВИЧ и быстрого развития СПИДа. Смертность среди этих пациентов оказывается в два раза выше, чем в других группах ВИЧ-инфицированных. Причинами этого являются нечеткое изложение жалоб, несоблюдение схемы антивирусной терапии и неудовлетворительные результаты терапии соматических заболеваний.

Распространенность текущих депрессивных расстройств у ЛЖСВ варьирует от 10% до 36%. Риск развития депрессивных нарушений у ЛЖСВ в течение жизни значительно выше и находится в пределах между 30% и 50% (эти же показатели среди обычного населения находятся в пределах от 6% до 17%).

Уровни распространенности текущей дистимии у ЛЖСВ достигают 27%, по сравнению с 3–5% среди обычного населения. Факторами риска развития депрессии являются: употребление ПАВ, слабая социальная поддержка, травмирующие события в жизни, в том числе смерть близких. Расстройства личности достаточно обычны среди ЛЖСВ, уровень распространенности составляет 15–35% [10]. Диагноз расстройства личности представляет серьезную клиническую проблему из-за ее связи с неудовлетворительными результатами лечения сочетанных заболеваний, более высокой частотой рискованного поведения и плохого социального функционирования. ВИЧ-инфекция провоцирует развитие психозов при эндогенных ПР. Типичными симптомами являются бред, галлюцинации, дезорганизация речи и поведения, кататония.



У злоупотребляющих ПАВ ВИЧ-инфицированных ПР и неврологические нарушения развиваются быстрее, чем у абстинентов. Развитие очаговых и неочаговых заболеваний ЦНС объясняют повреждающим действием ВИЧ на нервную ткань и снижением иммунитета. Зависимость от ПАВ и ВИЧ-инфекция оказывают взаимное утяжеляющее влияние друг на друга, что приводит к быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции до стадии СПИДа.

Диагноз ВИЧ-инфекции является серьезной психологической травмой и ассоциируется у большинства пациентов со смертным приговором. Источниками стресса являются появление симптомов, связанных с ВИЧ, и изоляция по причине инфекционного заболевания. Психологические проблемы увеличивают употребление ПАВ, а недостаток адаптивных возможностей приводит к усилению рискованного поведения. У ВИЧ-инфицированных наркозависимых выявляются агрессивные поведенческие стратегии, которые выражаются в асоциальном и противоправном поведении в отношении других людей, включая попытки умышленного заражения ВИЧ-инфекцией. Агрессивно-рискованному поведению ВИЧ-инфицированных наркозависимых способствуют коморбидные ПР, стигматизация, недоступность АРВ-терапии, отказы в оказании медицинской помощи, семейные проблемы, отсутствие денег и жилья, проблемы с законом.

Сочетание ВИЧ-инфекции, НЗ и ПР обуславливает сложный характер взаимоотношений между имеющимися расстройствами. Коморбидная патология отягощает течение всего комплекса заболеваний, ухудшает прогноз и увеличивает риск распространения инфекционных заболеваний и наркозависимости. В настоящее время наиболее обоснованным является применение интегративного подхода для ведения больных с коморбидными расстройствами, который подразумевает, что пациенты должны одновременно получать высококвалифицированное лечение всех сочетанных расстройств. В существующих условиях «коморбидные» больные лечатся либо в психиатрических, либо в наркологических или инфекционных учреждениях. К сожалению, на практике не всегда удается объединить все необходимые диагностические, терапевтические и реабилитационные подходы.

Целью настоящей работы явилось создание комплексной программы, содержащей практическую информацию и советы специалистам здравоохранения, ответственным за решение сложной задачи диагностики, лечения и профилактики расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых с коморбидными психическими нарушениями.

## Показания и противопоказания

**Показания:** психические и поведенческие расстройства у ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

**Противопоказания:** тяжело протекающие сопутствующие соматические и инфекционные расстройства.

## Материально-техническое обеспечение

1. Рекомендуемые к применению лекарственные препараты:

| Лекарственные препараты         | Номер регистрации | Дата регистрации |
|---------------------------------|-------------------|------------------|
| Ademetionine (Гептрал)          | № 011968/01       | 27.10.06         |
| Amisulpride (Солиан)            | № 015518/01       | 24.02.04         |
| Amitriptyline (Амитриптилин)    | № 016138/01       | 26.01.05         |
| Chlorpromazine (Аминазин)       | № 001173          | 19.01.06         |
| Chlorprothixene (Хлорпротиксен) | № 012015/01       | 03.06.05         |
| Citalopram (Ципрамил)           | № 014835/01-2003  | 17.03.03         |
| Clomipramine (Анафранил)        | № 011860/01       | 07.07.06         |
| Clozapine (Азалептин)           | № 013174/01-2001  | 17.07.01         |
| Fluoxetine (Прозак)             | № 014206/01-2002  | 04.07.02         |
| Flupentixol (Флюанксол)         | № 012625/03       | 22.06.04         |
| Fluvoxamine (Феварин)           | № 013262/01       | 11.08.06         |
| Haloperidol (Галоперидол)       | № 013658/01-2002  | 25.01.02         |
| Hyperici herba (Деприм)         | № 016054/01       | 25.01.05         |
| Imipramine (Мелипрамин)         | № 014539/02       | 13.04.04         |
| Levomopromazine (Тизерцин)      | № 011307/01       | 22.04.05         |
| Mirtazapine (Ремерон)           | № 000347          | 03.06.05         |
| Olanzapine (Зипрекса)           | № 014208/01-2002  | 18.07.02         |
| Paroxetine (Паксил)             | № 015052/01       | 11.11.05         |

|                             |                  |          |
|-----------------------------|------------------|----------|
| Periciazine (Неулептил)     | № 014803/01-2003 | 18.03.03 |
| Quetiapine (Сероквель)      | № 013468/01      | 11.11.05 |
| Risperidone (Рисполепт)     | № 014824/01-2003 | 03.03.03 |
| Sertraline (Золофт)         | № 013622/01-2002 | 16.01.02 |
| Sulpiride (Эглонил)         | № 012589/01      | 03.10.03 |
| Thiopropazine (Мажептил)    | № 014904/01-2003 | 10.04.03 |
| Thioridazine (Сонапакс)     | № 003844/01      | 15.12.04 |
| Trazodone (Тритико)         | № 015703/01      | 31.05.04 |
| Trifluoperazine (Трифтазин) | № 011868/01-2000 | 19.04.00 |
| Ziprasidone (Зелдокс)       | № 015391/01      | 14.04.04 |
| Zuclopenthixol (Клопиксол)  | № 014166/01-2002 | 24.06.02 |
| Lorazepam (Лорафен)         | № 016057/01      | 25.11.04 |
| Diazepam (Реланиум)         | № 015758/01      | 09.06.04 |
| Naltrexone (Антаксон)       | № 010204         | 19.08.05 |

2. Анкеты для мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой психотерапии (Приложения 7–11).

### **Формула метода**

Предлагаемый метод представляет собой комплексную программу по диагностике, терапии и реабилитации аддиктивных, а также коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых больных. Метод описывает последовательное прохождение всех этапов программы.

- I. Диагностика аддиктивных, инфекционных, соматоневрологических и коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых.
- II. Фармакотерапия коморбидных ПР у ВИЧ-инфицированных наркозависимых с учетом побочных действий и взаимодействия с ПАВ и АРВ-препаратами.
- III. Терапия, направленная на предупреждение рецидивов и достижение ремиссий при опиной наркомании.
- IV. Мотивационное интервью и когнитивно-поведенческая психотерапия у ВИЧ-инфицированных наркозависимых для коррекции и профилактики рискованных форм поведения и сопутствующих психопатологических расстройств.

# ***I. Диагностика коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых***

## **1.1. Анамнестические и социо-демографические данные**

Регистрации должна подлежать информация, касающаяся трудовой деятельности, образования, раннего развития, семьи и ближайших родственников больного; взаимоотношений пациента и родителей; перенесенных и сопутствующих заболеваний; правового и социального статуса.

## **1.2. Клиническая оценка наркологических расстройств**

Регистрируемая информация должна отражать характер употребления ПАВ, как в прошлом, так и в настоящем. Необходимо получение детальной информации о способах введения ПАВ, толерантности, наличии и характере передозировок, провоцирующих факторах наркотизации, особенностях наркотизации. Важно уточнить степень выраженности влечения к наркотику, наличие критики к заболеванию, особенности действия ПАВ. Оценке подлежат клинические симптомы абстинентных и постабстинентных расстройств, особенности лечебных и реабилитационных мероприятий, ремиссий. Дополнительная информация может быть получена от лиц, близких к больному (сослуживцы, семья, друзья), из милиции, социальных служб, психоневрологического и наркологического диспансеров, центров СПИД.

**1.2.1. Особенности употребления наркотических веществ и алкоголя.** Клиническая оценка комплекса нарушений, связанного с употреблением наркотических средств, проводится с помощью:

– Единых диагностических критериев по МКБ-10 в категории F10-F19 (WHO, 1992);

– Индекса тяжести зависимости [4];

– Визуальной аналоговой шкалы влечения к героину (ВАШВ).

**1.2.2. Тест оценки степени риска.** Этот диагностический инструмент позволяет оценивать особенности сексуального и аддиктивного поведения, связанного с риском распространения ВИЧ-инфекции [4].

## **1.3. Анализ на наличие наркотиков и алкоголя**

Физическое обследование должно включать анализ биологических жидкостей на наркотики и определение алкоголя в выдыхаемом воздухе. Надежность объективных методов в значительной мере снижается при неконтролируемом сборе образцов, неправильном их хранении, а также при плохой связи между клиникой и лабораторией.

## 1.4. Клиническая оценка сомато-неврологических расстройств

1.4.1. Соматический статус. Оценивается общесоматическое состояние и наличие соматической патологии. Регистрации подлежат: вес, динамика веса (снижение веса более 10%, динамика веса за последний год), дисфункции ЖКТ (хроническая диарея более одного месяца); заболевания печени (циррозы, опухоли), почек, кожи (кандидозы, герпетическая инфекция, гнойники, себорея, опоясывающий лишай, грибковые поражения), дыхательной (бронхиты, пневмонии) и сердечно-сосудистой системы.

1.4.2. Инфекционный статус. Особое внимание должно уделяться диагностике и оценке инфекционных заболеваний (вирусные гепатиты, туберкулез, сифилис, септицемия, пневмония, эндокардиты, менингиты, ангины, отиты, поражения костей и суставов).

*Лабораторные исследования.* Тестирование на ВИЧ. Общий анализ крови (30–40% ВИЧ-инфицированных страдают анемией, нейтропенией или тромбоцитопенией). Анализ крови следует повторять не реже, чем раз в 3–6 месяцев. Число лимфоцитов CD4 сразу и каждые 3–4 месяца в дальнейшем. Электролиты, креатинин, АсАТ, АлАТ, гамма-глутамилтрансфераза, ЩФ, ЛДГ, липаза. Анализ мочи (протеинурия часто свидетельствует о ВИЧ-нефропатии). Серологические исследования на гепатиты В, С, G. Серологическое исследование на IgG к токсоплазме.

*Инструментальные методы исследования.* Рентгенография грудной клетки (оправдана у пациентов с положительной пробой Манту или симптомами заболеваний органов грудной клетки), УЗИ брюшной полости, ЭКГ, исследование функции легких. У женщин: цитологическое исследование мазка с шейки матки при первом обследовании и затем каждые 6 месяцев; при отсутствии патологии повторять раз в год. У мужчин, вступающих в половые контакты с мужчинами, – цитологическое исследование мазка из прямой кишки каждые 3 года (риск рака прямой кишки повышен примерно в 80 раз). При низком числе лимфоцитов CD4 (особенно  $< 200$  мкл<sup>-1</sup>) – осмотр глазного дна (консультация офтальмолога) для исключения активного цитомегаловирусного ретинита или рубцевания.

1.4.3. Неврологический статус. *Неврологический осмотр.* Регистрируются очаговые и неочаговые поражения: головного мозга – энцефалопатия, энцефалит, лимфома и другие опухоли ЦНС, лейкоэнцефалит; спинного мозга – миелопатия, спинномозговая эпидуральная, интрадуральная лимфома; оболочек мозга – менингит, лимфома; периферических нервов и корешков – полинейропатия, мононейропатия, полирадикулопатия.

*Инструментальные методы исследования:* ЭЭГ, ТКДГ, МРТ (предпочтительнее, чем КТ; нередко она выявляет очаговые и диффузные изменения повышенной плотности в белом веществе головного мозга).

### **1.5. Клиническая оценка психических расстройств**

Так как ПР не могут быть достоверно диагностированы до тех пор, пока не пройдут интоксикация и последствия синдрома отмены, рекомендуется начинать комплексную оценку психического состояния через 2–4 недели после отмены ПАВ. Например, наличие депрессии у людей с кокаиновой и амфетаминовой зависимостью не может быть подтверждено ранее, чем через 14 дней после последнего случая употребления ПАВ. Для героина этот срок составляет 10 дней, для бупренорфина – 7 дней, метадона – 15 дней.

#### **1.5.1. Клиническая оценка симптомов психических расстройств.**

Для оценки и регистрации ПР используются:

– *Единые диагностические критерии по МКБ-10* в категории F0/F09 – органические психические синдромы; F2/F3 – психотические и аффективные синдромы; F4/F5 – невротические синдромы; F6 – расстройства личности (WHO, 1992).

– *Краткая шкала психиатрической оценки* [18] – инструмент предназначен для оценки психопатологических (психотических) признаков, оцениваемых в 7 градациях тяжести.

– *Шкала выраженности синдрома ангедонии* – инструмент направлен на оценку аффективных нарушений в ранний постабстинентный период [2].

– *Опросник SCL-90* – инструмент для определения актуального психопатологического симптоматического статуса [6].

– Шкала депрессии Бека [7].

– Шкала ситуационной и личностной тревоги Спилбергера [21].

## ***II. Принципы фармакотерапии психических расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых***

### **2.1. Принципы применения антидепрессантов для лечения коморбидных депрессивных расстройств**

Лечение состоит из трех этапов: лечение в остром периоде, поддерживающее лечение и профилактика рецидива. Цель лечения – уменьшение или полное избавление больного от симптоматики депрессивного круга.

**Лечение в остром периоде** направлено на купирование актуальных аффективных расстройств. Условия лечения – стационар.

Основными терапевтическими принципами этого этапа являются: гибкий, динамичный подход к проведению терапии с адекватным темпом титрования дозы и быстрый переход к интенсивным методам ведения больного при отсутствии или недостаточной эффективности терапии.

При лечении депрессивных расстройств учитываются структура депрессии и динамика ее течения. Депрессия, связанная с ПАВ, часто развивается в абстинентный период, но обычно проходит через 2–3 недели и лишь изредка оказывается стойкой.

В связи с определенной диссоциацией между средней продолжительностью острых абстинентных состояний и темпами развития клинических эффектов антидепрессантов (14–21 день), назначение этих препаратов вряд ли можно считать целесообразным. Нежелательным в абстинентный период является использование классической триады трициклических антидепрессантов (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин) в связи с выраженным холинолитическим действием этих лекарств, а передозировка ими крайне опасна из-за возможности развития побочных явлений (коллапс, аритмии, судорожный синдром).

Применение антидепрессантов при абстинентных состояниях оправдано в тех клинических случаях, когда в анамнезе есть указания на депрессивные состояния эндогенного характера. Слишком долгое сохранение симптомов (более двух недель) в постабстинентный период, на этапе становления и стабилизации ремиссии может означать начало депрессивного эпизода. В этом случае рекомендуется стандартная терапия антидепрессантами. В число препаратов первого ряда включаются антидепрессанты последних поколений, в наибольшей мере соответствующие требованиям терапии при коморбидных заболеваниях (минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, изученность взаимодействия с АРВ-препаратами) (Приложение 1).

*Препараты первого ряда:* селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗСН) – флувоксамин, флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам; ингибиторы обратного захвата серотонина/антагонисты серотонина (ИОЗСАС) – тарзадон; антагонисты пресинаптических  $\alpha_2$ -адренорецепторов и постсинаптических серотониновых рецепторов (ААСР – мirtазапин); антидепрессанты разных химических групп (фитопрепараты, адеметионин).

*Препараты второго ряда:* трициклические антидепрессанты (ТЦА – амитриптилин, мелипрамин, кломипрамин).

При выборе антидепрессантов желательно учитывать профиль предпочтительного психофармакологического воздействия, к примеру антидепрессанты стимулирующего или сбалансированного действия оказываются более эффективными при астенических и адинамических

депрессиях, а антидепрессанты-седатики – у пациентов с тревожными депрессиями и ажитацией (Приложение 1). Антидепрессанты подбирают таким образом, чтобы наибольшая из дневных дозировок препарата с седативным действием приходилась на вечерние часы. При стойких нарушениях сна могут быть применены trazодон и ремерон, как антидепрессанты со снотворным действием. Важно учесть также, какие препараты больной принимал до этого. Побочные эффекты могут появиться раньше начала лечебного действия препаратов, и об этом больных следует предупреждать заранее. Лечение признают неэффективным, если улучшения не наступает через 4–6 недель приема препарата в стандартной дозе (или при достижении терапевтической суточной концентрации). В этом случае следует подумать о переходе на антидепрессант другого класса или добавить к прежнему препарату антидепрессант другой группы, а в более тяжелых случаях перейти к парентеральному введению препаратов. Интенсивная противорезистентная терапия должна использоваться только опытными специалистами. Врач, не имеющий большого опыта в лечении ПР, должен ограничить свой арсенал 3–4 антидепрессантами. В этом случае ему будет легче наблюдать за побочными эффектами и результатами лечения.

*Поддерживающее лечение* заключается в продолжении эффективной терапии с момента достижения клинической (терапевтической) ремиссии до предполагаемого спонтанного окончания фазы (но не менее 6 месяцев). Этот этап включает в себя также долечивание резидуальной симптоматики, борьбу с аффективной неустойчивостью, пред-рецидивными или ранними рецидивными расстройствами. Условия лечения – амбулаторное, полустационар.

*Терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов* заболевания, проводится в амбулаторных условиях неопределенно долго, но не менее 1 года. В конце лечения препараты отменяют постепенно, в течение нескольких недель. Вопрос о прекращении профилактической терапии может быть решен положительно в случае, когда на протяжении 3–5 лет имело место устойчивое состояние пациента, то есть не наблюдалось аффективных расстройств даже субклинического уровня.

## **2.2. Принципы применения нейролептиков для лечения коморбидных психопатологических расстройств**

*Лечение в остром периоде.* Этап купирующей терапии начинается от момента обострения и заканчивается установлением клинической ремиссии, то есть продолжается до существенной или полной редукции психоза. При манифестации шизофрении либо при очередном обострении шизофрении первоочередная задача сводится к купированию



острой психотической симптоматики. Лечение проводится с учетом психопатологической структуры, которая определяет выбор психотропных средств, а также особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдрома в процессе лечения, с которыми могут быть связаны замена или присоединение других препаратов. Терапию следует начинать с назначения типичных (традиционных) нейролептиков с дальнейшим сочетанием с транквилизаторами или атипичными нейролептиками (Приложение 2).

Выбор конкретного препарата осуществляют с учетом спектра психотропной активности нейролептика и характера возникающих побочных эффектов, а также противопоказаний к применению и возможных лекарственных взаимодействий. Режим дозирования, средние и максимально допустимые суточные дозы и возможный путь введения конкретного нейролептика определяются характером и выраженностью имеющейся психопатологической симптоматики, побочными эффектами, аддиктивным и инфекционным статусом, соматическим состоянием и возрастом больного.

В случае психоза, протекающего с выраженным психомоторным возбуждением, агрессивностью, враждебностью, следует прибегать к назначению нейролептиков с выраженным седативным компонентом действия (хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен, тиоридазин и др.) (Приложение 3), в том числе парентерально.

При преобладании в структуре психоза галлюцинаторно-параноидных расстройств (явления психического автоматизма, псевдогаллюцинации, бред воздействия, преследования и др.) предпочтение следует отдавать нейролептикам с выраженным антипсихотическим действием (Приложение 3). Чтобы правильно оценить эффективность терапии и подобрать нужную дозу, следует по возможности избегать применения «нейролептических коктейлей», особенно при подострых состояниях.

В случае сочетания галлюцинаторно-бредовой симптоматики с возбуждением иногда применяют два нейролептика – один с седативным, а другой с мощным антипсихотическим эффектом (например, комбинация левомепромазина с галоперидолом). Устойчивый антипсихотический эффект обычно развивается через 3–6 недель лечения.

Применение нейролептиков в период абстиненции, особенно обладающих выраженными холинолитическими свойствами (в первую очередь хлорпромазина и левомепромазина), способно приводить к развитию психотических состояний, особенно у больных с явлениями энцефалопатии.

Препаратом выбора для лечения острых психотических расстройств, связанных с употреблением ПАВ, является галоперидол и его сочетание с диазепамом или лоразепамом.

Выраженные психотические расстройства следует лечить в психиатрических стационарах. Наилучшие результаты терапии коморбидных расстройств достигаются в специализированных стационарах, предназначенных для терапии сочетаний зависимости и психиатрических расстройств.

*При подострых «стертых» психотических состояниях* (условия лечения – амбулаторный полустационар) препаратами выбора служат атипичные нейролептики (амисульпирид, клозапин, оланзапин, кветиапин, рисперидон – Приложение 2): они значительно реже вызывают экстрапирамидные симптомы и поздние нейролептические гиперкинезы.

В настоящее время имеется достаточная информация о взаимодействии атипичных нейролептиков с АРВ-препаратами, что необходимо учитывать в терапии ВИЧ-инфицированных пациентов (Приложение 2). Кроме того, им отдают предпочтение при неэффективности других средств, а также при наличии негативной симптоматики. Поскольку при лечении атипичными нейролептиками риск развития побочных эффектов ниже (что важно при коморбидных расстройствах), больные лучше соблюдают назначения. Если эффект от лечения недостаточен, через четыре недели следует попробовать другой атипичный нейролептик. Лечение типичными нейролептиками в неострых случаях оптимально начинать с 1/2 дозы с учетом эффектов кумуляции и увеличивать дозу на каждый третий день.

### **2.3. Осложнения психофармакотерапии у ВИЧ-инфицированных наркозависимых**

Лечение коморбидных психических и поведенческих расстройств сопровождается серьезным риском развития осложнений психофармакотерапии.

Риск развития осложнений наиболее высок в фазе абстинентного синдрома и при тяжелых сопутствующих соматических и инфекционных заболеваниях.

Наиболее серьезными осложнениями являются: экстрапирамидные нарушения, злокачественный нейролептический синдром (мышечная ригидность, акинезия, мутизм, оглушение, ажитация, повышение температуры тела до 41 °С, тахикардия, повышение артериального давления), высокая степень риска развития психозов, выраженное сно-торно-седативное действие. Кроме того, могут отмечаться «серотониновый синдром» (как осложнение терапии серотонинергическими антидепрессантами), ортостатическая гипотония (связанная с блокадой альфа-1-адренорецепторов), лекарственный гепатит, аллергические реакции. Возможны развитие флебитов и абсцессов, гематологические осложнения (при использовании клозапина, кветиапина, оланзапина),

подавление иммунитета, нарушение обмена веществ (Приложения 1, 2).

#### **2.4. Взаимодействия между ПАВ и АРВ и другими лекарственными препаратами**

Взаимодействия ПАВ с другими лекарственными препаратами имеет особое значение, так как это связано с риском возникновения серьезных осложнений. Многие ПАВ взаимодействуют с психофармакологическими препаратами, что приводит к снижению результативности лечения или опасным побочным эффектам. Например, сочетание психостимуляторов (амфетамина, кокаина) и хлорпромазина приводит к гипотензии и чрезмерному угнетению ЦНС, а при сочетании с ингибиторами МАО – к выраженной гипертензии. Описано несколько смертельных исходов при одновременном приеме ритонавира и метиллендиоксиметамфетамина («экстази»), а также ритонавира и оксibuтирата натрия. Кокаин в присутствии ННИОТ метаболизируется быстрее, поэтому может накапливаться его гепатотоксичный метаболит норкокаин. Влияние ПАВ на метаболизм АРВ-препаратов плохо изучено и требует повышенного внимания. Если больной не может отказаться от ПАВ, их дозу необходимо снизить вчетверо [9].

### ***III. Терапия, направленная на предупреждение рецидивов и достижение длительных и стабильных ремиссий при опиной наркомании***

Одним из основных лечебных мероприятий при наркоманиях является формирование и максимальное продление терапевтических ремиссий, то есть периодов полного воздержания пациентов от наркозависимости. Несмотря на разнообразие психотерапевтических методов и социальных программ, направленных на стабилизацию ремиссий у больных наркоманией, эффективность терапии этого заболевания продолжает оставаться недостаточной. У 90% пациентов происходит срыв в первый год, а у 60% – в первые три месяца лечения.

При хроническом употреблении наркотиков опиной группы средством специфической патогенетической противорецидивной терапии является налтрексона гидрохлорид (налтрексон) — антагонист опиных рецепторов. Механизм его действия заключается в полной блокаде опиных рецепторов, в результате чего опиаты, поступающие извне, не вызывают эффектов, свойственных опиной интоксикации. Налтрексон эффективен при приеме внутрь: 50 мг блокируют эффекты опиатов на 24 часа (предупреждает типичное наркотическое действие опиоидов в случае их приема). 100–150 мг блокируют эффекты опиатов на 48–72 часа. Наиболее распространенный побочный эффект –

тошнота. Налтрексон может вызвать симптомы отмены, в особенности если назначается слишком рано после отмены опиатов («налоксоновый тест» позволяет верифицировать отсутствие физической зависимости). Налтрексон лишен собственного психотропного действия и не влияет на уровень депрессии, тревоги и ангедонии. Сочетание налтрексона с антидепрессантами может быть более эффективным, при этом антидепрессант будет уменьшать аффективные симптомы и улучшать комплайенс, а налтрексон – стабилизировать ремиссию.

#### ***IV. Программа проведения мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой психотерапии у ВИЧ-инфицированных наркозависимых***

В настоящее время практически отсутствуют программы когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) и мотивационного интервью (МИ), адаптированные для работы с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми, страдающими коморбидными психическими расстройствами. В то же время эффективность этих методов в работе с аддиктивными больными является научно обоснованной и подтверждена различными исследованиями [15, 17].

Представленная в настоящем пособии программа разработана на основе МИ и КПТ и направлена на решение следующих задач:

- изменение поведения, связанного с риском распространения ВИЧ-инфекции (внутривенное введение наркотиков, рискованные сексуальные практики);
- коррекция аффективных расстройств.

*Показания.* Описываемая методика предназначена для медико-психологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым с коморбидными психопатологическими расстройствами.

*Противопоказания:* синдром отмены, острые психотические состояния, выраженное нейрокогнитивное снижение.

При проведении программы необходимо соблюдать этапность применения интервенций. Первым является этап мотивации пациента на лечение. Переход ко второму этапу – изменению поведения, связанного с употреблением ПАВ и риском распространения ВИЧ-инфекции, – можно осуществлять только при выявлении индикаторов успешного проведения мотивационного этапа психотерапевтических мероприятий.

#### **Этап мотивации пациента на лечение**

Мотивация больного, страдающего зависимостью от ПАВ, на лечение является основополагающей задачей терапевтического процесса, определяющей успешность дальнейших мероприятий.

Специалисты, работающие с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми с ПР, зачастую сталкиваются с феноменом отрицания пациентами наличия у них каких-либо проблем в связи с НЗ и/или рискованным поведением.

Силовая борьба вокруг противоречий, касающихся целей лечения, обычно препятствует успеху. На данном этапе работы специалисту необходимо:

**1. Создать атмосферу доверия**, которая возможна лишь в ситуации эмпатичного и безоценочного принятия пациента. Под эмпатичным принятием подразумевается способность специалиста к «глубокому» сопереживанию, когда он чутко и точно воспринимает больного, как будто «пропуская» через себя происходящее с ним. Также важно, чтобы специалист вербальными и невербальными средствами выражал свое понимание, поддерживая пациента и побуждая его к дальнейшему «раскрытию».

При работе с больными НЗ необходимо помнить, что они находятся под постоянным воздействием общественной стигматизации и, как правило, очень болезненно воспринимают критику в свой адрес, поэтому в работе с ними особенно важно придерживаться безоценочности суждений.

**2. Использовать психотерапевтические стратегии, снижающие вероятность возникновения «сопротивления» со стороны пациента.** «Сопротивление» представляет собой психологический механизм, основной задачей которого является минимизация отрицательных переживаний возникающих в случае возникновения неприятной ситуации, опасности, боли или устранение любого изменения, угрожающего существующему статусу пациента. «Сопротивление» выражается в виде молчания, споров, перебивания, отрицания, игнорирования, уклонения от обсуждения наиболее важных проблем и зачастую является реакцией на содержание, а также стиль взаимодействия между пациентом и консультантом.

«Сопротивление» у пациента могут вызывать следующие действия со стороны консультанта:

– *использование закрытых вопросов, предполагающих дихотомический ответ «Да» или «Нет» («У вас есть проблемы со здоровьем?»; «Вы употребляете наркотики?»; «Вы предохраняетесь во время сексуальных отношений?»);*

– *позиция эксперта, стремление решать проблемы пациента («Я, как специалист, лучше знаю, как вам надо поступить»; «Вам надо срочно меняться»);*

– *уговоры и убеждение, споры, поучение («Я настоятельно прошу вас использовать презервативы во время сексуального контакта, ведь вы можете заразить вашего партнера»; «Лучше бы вы обратились за помощью»);*

– *морализирование, чтение проповедей, взывание к обязанностям* («Как же вы можете быть таким безответственным и не предохраняться, вы же ВИЧ-инфицированы»; «Вы просто обязаны прекратить употребление, пожалейте своих родителей»);

– *осуждение, критика, несогласие, обвинение* («Надо было раньше думать, вы сами виноваты»; «Вы не правы, так у вас ничего не получится»);

– *наклеивание ярлыков* («Вы – наркоман»; «Для ВИЧ-инфицированных характерно...»).

«Соппротивление» препятствует формированию мотивации на лечение.

Ниже приведены техники, использование которых поможет снизить вероятность возникновения «сопротивления» и будет способствовать успешному проведению мотивационного этапа.

*Открытые вопросы (ОВ)*. Применение ОВ позволяет избежать дихотомических или ранее заготовленных ответов и располагает к продолжительной беседе. «Расскажите, что именно тревожит вас?»; «Что вы чувствуете, когда говорите об этом?»; «Что вам дает употребление ПАВ?»; «Расскажите мне о том, что вас не удовлетворяет в употреблении ПАВ?»; «Как изменилась ваша жизнь, после того как вы узнали, что инфицированы?»; «Какими способами предохранения вы пользуетесь во время секса?».

*Поощрение*. Данная техника повышает уверенность пациента в собственных силах и помогает двигаться дальше, а также поддерживает атмосферу взаимоуважения и доверия. «Здорово, что вы пришли сегодня»; «Это требует определенной смелости – говорить о том, что вы употребляете наркотики»; «Хорошо, что вы интересуетесь информацией по поводу ВИЧ, практикуете защищенный секс».

*Рефлексивное слушание (РС)*. РС – активный стиль коммуникации между пациентом и консультантом, основная цель которого – контроль правильности поучаемой информации. Приемами РС являются: выяснение (использование уточняющих вопросов); перефразирование (формулирование сказанного пациентом своими словами) или дословное повторение; отражение чувств (копирование и выражение эмоционального состояния пациента). В процессе РС возникает обратная связь с мыслями и чувствами пациента. Необходимо выбирать и подчеркивать те высказывания, в которых выражается мотивация к изменению. «Если я вас правильно понимаю, для вас очень важны отношения с женой, и вы не хотели бы потерять ее из-за пристрастия к наркотикам»; «Уточните, пожалуйста, правильно ли я вас понимаю, сейчас вы имели в виду, что хотели бы больше времени уделять своему здоровью, но употребление ПАВ мешает вам в этом».

*Обобщение.* Техника, позволяющая суммировать информацию, предоставленную пациентом. Основная задача обобщения – это систематизация мыслей, идей, мало связанных между собой утверждений и запутанных высказываний пациента. Обобщение способствует более глубокому пониманию проблем и побуждает к анализу значимых тем.

**3. Исследовать значимые ценности и цели пациента и сопоставить их с наличными или гипотетическими последствиями его поведения** («Расскажите, что является наиболее важным в вашей жизни?»). Попросите пациента представить наихудшие последствия продолжения употребления и наилучшие последствия прекращения употребления.

**4. Усилить осознание пациентом противоречий между существующими целями и поведением** (Например, эффективное лечение ВААРТ несовместимо с приемом ПАВ).

**5. Выявить существующую амбивалентность** в отношении поведения, связанного с употреблением ПАВ и риском распространения ВИЧ-инфекции. Амбивалентность – двойственное отношение, которое проявляется в высказываниях, чувствах, действиях, противоречащих друг другу. («С одной стороны, употребление ухудшает мое и без того слабое здоровье, но с другой, наркотики помогают мне справиться с тревогой»; «Мне не хотелось бы заразить кого-нибудь, но мне нравится заниматься сексом без презерватива»). Для создания мотивации к лечению необходимо оценить все «за» и «против» употребления ПАВ и РП.

### **Индикаторы успешного проведения этапа мотивации пациента на лечение:**

Индикаторами успешного проведения мотивационного этапа психотерапевтических мероприятий являются высказывания пациента, отражающие осознание им:

- а) негативных последствий (недостатков) употребления/рискованного поведения;
- б) преимуществ возможных изменений;
- в) желания изменить свой образ жизни.

Мотивационный этап проводится индивидуально и может занимать от 1 до 4 сессий в зависимости от готовности к изменениям и степени осознания пациентом проблем, связанных с употреблением ПАВ и ВИЧ-инфекцией.

## **Этап изменения поведения, связанного с употреблением ПАВ и риском распространения ВИЧ-инфекции**

Этап изменения поведения, связанного с употреблением наркотиков и риском распространения ВИЧ-инфекции, представляет собой краткосрочный курс индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии. Данный курс состоит из 7 тематических занятий продолжительностью по 1–1,5 часа, может проводиться как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Каждая сессия имеет стандартную структуру.

Сеанс терапии подразделяется на три части, продолжительностью по 20 минут.

– *Первые 20 минут*: оценка текущего состояния пациента, поиск путей решения текущих проблем, обсуждение домашнего задания, опыта применения практических упражнений.

– *Вторые 20 минут*: обсуждение темы занятия, например: «Оценка ситуаций высокого риска распространения ВИЧ», обоснование предложенной темы, установление ее взаимосвязи с проблемами пациента, демонстрация и отработка нового навыка.

– *Третьи 20 минут*: оценка реакции пациента на предложенную тему. Формулирование домашнего задания. Обсуждение планов пациента на ближайший период времени и выявление потенциальных ситуаций высокого риска.

План тематических занятий по когнитивно-поведенческой психотерапии изложен в Приложении 4.

## **Техники, рекомендуемые при проведении тематических занятий**

1. *Прояснение собственных целей пациента и составление «плана изменений»*. При постановке терапевтических задач необходимо, во-первых, прояснить собственные цели пациента, во-вторых, сформулировать цели пациента в соответствии с алгоритмом **КИПРС**: поставленные цели должны быть **Конкретны, Измеримы, Приемлемы** для пациента, **Реалистичны, Структурированы** по времени.

Для того чтобы помочь пациенту перейти к реализации поставленных им целей, рекомендуется предложить ему заполнить бланк «План изменений» (Приложение 5). При этом чем более конкретно будет составлен такой план, тем больше вероятность его выполнимости. Анализ успешности выполнения и коррекция поставленных целей помогают пациенту планировать собственные действия и придают ему уверенности в собственных силах.

2. *Функциональный анализ*. Одной из первых задач в КПВ является подробный анализ особенностей употребления ПАВ. Необходимо вы-



яснить детали процесса употребления наркотиков пациентом. Для создания плана терапии необходимо понимать взаимосвязь употребления ПАВ и ВИЧ-инфекции с другими аспектами жизни пациента. Необходимо знать: *Когда* и как пациент употребляет наркотики; *Где* пациент употребляет ПАВ; *С кем* употребляет ПАВ, практикует ли он незащищенный секс; *Почему* – факторы, которые могут спровоцировать влечение, «тягу»; *Что произошло* в результате рискованного употребления ПАВ и/или занятий незащищенным сексом. Возможные дополнительные вопросы: «Что происходило, перед тем как вы употребили ПАВ?»; «Как вы себя перед этим чувствовали?»; «Когда появилась мысль употребить ПАВ?» Функциональный анализ может быть использован для предупреждения ситуаций, связанных с употреблением ПАВ, и поведения, связанного с риском распространения ВИЧ.

3. *Определение «триггеров» – условных стимулов*: конкретных мест, людей, вещей, времени суток, эмоциональных состояний, ассоциирующихся у пациента с употреблением ПАВ. В соответствии с механизмами классического научения, триггеры могут запускать мысли о наркотиках, способствовать появлению «тяги». Триггеры подразделяются следующим образом:

*Экстернальные* – люди: торговцы ПАВ, друзья по употреблению; места: бары, места «тусовки» и употребления; принадлежности связанные с употреблением (ложка, шприц); деньги; алкоголь; эпизоды употребления в кинофильмах; периоды времени: дни зарплаты, выходные, периоды праздного времяпрепровождения, время после работы, стрессовые события.

*Интернальные* – тревога, гнев, фрустрация, сексуальное возбуждение, скука, усталость.

Для определения триггеров, являющихся ключевыми именно для данного пациента, предложите ему заполнить соответствующие бланки (Приложения 6, 7).

4. *Обучение техникам совладания с «тягой»*. Тяга – сильное, труднопреодолимое желание, ощущение экстренной необходимости принять ПАВ. Многие пациенты характеризуют тягу как ощущение, сходное с чувством голода или жажды. Выраженный физиологический компонент тяги делает ее тяжело переносимой. Тяга по-разному переживается разными пациентами. Для некоторых переживания носят преимущественно соматический характер («У меня появляется определенное чувство в животе»; «Я чувствую сердцебиение»). Для других тяга больше переживается на когнитивном или эмоциональном уровне («Не могу выкинуть мысли об этом из головы»; «Меня все раздражает»).

### Примеры техник совладания с тягой

А) «Остановка мыслей». Техника «остановка мыслей» помогает воспрепятствовать переходу мыслей об употреблении ПАВ или РП в полномасштабную тягу. Такую технику следует применять незамедлительно после осознания наличия мыслей об употреблении. Обучите пациента следующему приему «Щелчок»: носите резинку для волос на запястье вашей руки, как только вы отследили мысли об употреблении, оттяните резинку и щелкните себя по руке, сказав «нет», попытайтесь переключиться на размышления о чем-нибудь интересном для вас.

Б) Переключение на деятельность, не связанную с тягой, – уборка квартиры, занятия спортом.

В) Разговор о тяге (пациенту необходимо точно описать, как он чувствует тягу, в каком участке тела локализуются ощущения, можно использовать зрительные образы).

Г) Релаксация и прогрессивное мышечное расслабление.

5. *Обучение самонаблюдению.* Самомониторинг является необходимым компонентом психотерапевтических мероприятий и применяется как инструмент для оценки текущего состояния, а также как техника по его изменению. Необходимо обучить пациента отслеживать собственные эмоции, чувства, состояния, мотивировать его вести ежедневные записи в «Дневнике чувств». Важно объяснить больному, что ведение записи собственных чувств – это хороший способ анализа собственных состояний. Дайте ему следующую инструкцию: старайтесь писать каждый день, даже если вам удастся уделять этому занятию всего несколько минут; найдите спокойное место, где вы сможете сосредоточиться на письме; сделайте глубокий вдох и расслабьтесь; начните писать, отвечая на вопросы: «Что я чувствую прямо сейчас?», «Почему я чувствую это?»

Такая работа позволяет не только анализировать и предупреждать ситуации высокого риска, она также способствует повышению рефлексии. Вербализация внутренних процессов способствует снижению психоэмоционального напряжения.

6. *Формирование навыка отказа от наркотиков.* В ситуации, когда пациенту предлагают наркотики друзья или дилер, существует несколько базовых принципов отказа от них: а) Отвечайте быстро, без колебаний; б) Смотрите прямо в глаза собеседнику; в) Отвечайте четко и коротко «нет», не оставляя лазеек для последующих предложений; г) Не беседуйте долго; д) Выходите из ситуации.

После ознакомления с базовыми принципами отказа от ПАВ пациенту необходимо отработать их в ролевой игре, в ходе которой надо максимально исследовать ситуацию «отказа от наркотиков», характерную для конкретного наркозависимого. Консультанту рекомендуется:

1. Выбрать конкретную ситуацию, недавно произошедшую с пациентом; 2. Попросить пациента описать человека, предлагающего наркотики. Это поможет специалисту сыграть роль «провокатора», которую затем может исполнить и сам пациент.

Проблемы, идентифицированные в процессе игры, должны быть вынесены на обсуждение. Также важно обсудить чувства, возникшие у наркозависимого после выполнения данного упражнения, чтобы отследить возникновение «тяги» и в случае необходимости использовать техники совладания с тягой (релаксацию).

7. *Формирование представлений о «срыве», «рецидиве».* Зависимость от ПАВ, как правило, имеет рецидивирующее течение: периоды воздержания от наркотиков могут чередоваться с эпизодами их употребления. *Срыв* – это эпизоды употребления ПАВ, на фоне постоянного воздержания, без восстановления синдрома зависимости. В то время как *рецидив* – это возвращение к прежним уровням потребления ПАВ. Рецидив представляет собой «постепенно развертывающийся дезадаптивный процесс», в котором возобновление приема ПАВ является реакцией на череду стрессов или разнообразных патологических триггеров. Консультанту важно донести до пациента информацию о различиях между этими состояниями.

Если пациент совершает ошибку и употребляет наркотики или совершает действия, сопряженные с высоким риском распространения ВИЧ-инфекции, существуют два варианта развития событий:

а) конструктивный («Я совершил (а) ошибку и приложу максимум усилий для того, чтобы в дальнейшем сохранять трезвость»), и

б) деструктивный («Это безнадежно, я не могу жить трезвой жизнью, значит, буду продолжать употребление»; «Я все испортил! Теперь ничего не поделаешь, пойду употреблю еще»; «Все плохое случается из-за меня»; «Я безвольный, не могу себя контролировать»).

8. *Разработка плана действия в ситуации «срыва».* Важно разработать четкий план действий, который пациент может применить в том случае, если «срыв» уже произошел. Следует объяснить, что чем раньше он обратится за помощью, тем больше вероятность того, что ему удастся предотвратить переход «срыва» в рецидив. Рекомендуйте пациентам выполнить следующие шаги:

– незамедлительно прекратить употребление ПАВ;

– сменить обстановку и окружение;

– определить список людей, к которым он может обратиться за помощью в такой ситуации, выписать их имена, телефоны на отдельный листок, который следует носить с собой;

– настроиться на трезвость.

В случае срыва консультант должен успокоить пациента, проанализировать случившееся (используя функциональный анализ), помочь

извлечь из случившегося позитивного опыта. Пациенту необходимо рассказать о типичной реакции людей на «срыв», проработать возможные самообвинения. Также необходимо провести работу с близкими больного, объяснив им разницу понятий «срыв» и «рецидив», настроив на предоставление эмоциональной поддержки больному.

### **Эффективность применения метода**

Эффективность компонентов программы комплексной терапии коморбидных психических и поведенческих расстройств у больных с аддиктивной патологией была апробирована в ряде исследований.

Была изучена эффективность применения ципрамила в терапии синдрома ангедонии в сравнении с плацебо и эталонным антидепрессантом амитриптилином [12]. Исследование было выполнено на 73 больных героиновой наркоманией, проходивших курс лечения в наркологическом стационаре. У всех больных, включенных в исследование, были диагностированы: синдром ангедонии по шкале оценки выраженности синдрома ангедонии, тревога по шкале тревоги Спилбергера, депрессия по шкале депрессии Зунга, а также выраженное влечение к героину по визуально-аналоговой шкале оценки влечения. Больные включались в исследование после того, как героиновый абстинентный синдром у них был купирован. Все больные случайным образом разделены на три группы: 26 больных получали в течение трех недель ципраamil, 23 – плацебо и 24 – амитриптилин. Результаты слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования показали, что антидепрессанты являются эффективным средством лечения постабстинентных расстройств (синдрома ангедонии) у больных героиновой наркоманией. При этом по выраженности антидепрессивного действия селективный ингибитор обратного захвата серотонина ципраamil приближался к классическому эталонному трициклическому антидепрессанту амитриптилину. Оба препарата значительно превосходили по антидепрессивному действию плацебо уже через 2 недели терапии. Анксиолитический эффект ципрамила к концу курса лечения не отличался от такового эффекта амитриптилина и значительно превосходил плацебо. Следует особо отметить, что достоверное снижение выраженности патологического влечения к героину в группе больных, получавших ципраamil, происходило уже на 7-й день, то есть раньше, чем при лечении амитриптилином, где аналогичная картина наблюдалась лишь через 2–3 недели лечения. Более раннее начало редукции специфической симптоматики в структуре постабстинентных расстройств представляется одним из важных достоинств ципрамила при лечении героиновой наркомании, позволяющим в известной мере профилак-

ровать рецидив данного заболевания. Другим весьма существенным преимуществом ципрамила по сравнению с амитриптилином является значительно менее выраженное побочное действие, которое практически не отличалось от плацебо. Благоприятный профиль переносимости ципрамила, обусловленный в значительной мере высокой селективностью его действия на обратный захват серотонина и отсутствием взаимодействия с рецепторами других нейромедиаторов, может улучшить комплаенс. Это в свою очередь представляется весьма существенным для стабилизации ремиссии и профилактики рецидива героиновой наркомании. Факт весьма незначительного уменьшения выраженности всех исследуемых психометрических показателей у больных, получавших плацебо, наряду с наибольшим выбыванием из исследования в этой группе пациентов, подчеркивает необходимость применения антидепрессантов у больных героиновой наркоманией в период, непосредственно следующий за купированием абстинентного синдрома.

Эффективность применения налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией была исследована в двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании, проведенном на 52 больных героиновой наркоманией, прошедших детоксикацию в наркологическом стационаре [14]. Все больные были случайным образом распределены в две группы: 27 больных первой группы в течение 6 месяцев получали налтрексон (50 мг/день); 25 больных второй группы получали плацебо. Больным обеих групп один раз в две недели проводили сеанс индивидуальной психотерапии, направленной на стабилизацию ремиссий. Контроль ремиссий осуществляли с помощью экспресс-тестов на наркотики в моче. Контроль комплаенса проводили с помощью рибофлавинового маркера. Оценку клинического состояния, психического статуса и социального функционирования осуществляли с помощью индекса тяжести зависимости, теста оценки степени риска инфицирования ВИЧ, методики ретроспективного анализа употребления наркотиков и алкоголя, визуально-аналоговой шкалы влечения к героину, шкалы оценки общего функционирования, шкалы депрессии Бека, шкалы тревоги Спилбергера, краткой шкалы психиатрической оценки и шкалы оценки синдрома ангедонии.

В результате исследования установлено, что количество больных, находящихся в ремиссии, было достоверно выше в группе налтрексона начиная с конца 1-го месяца и на протяжении всех 6 месяцев исследования. К концу 6-го месяца 12 из 27 больных (44,4%), получавших налтрексон, находились в ремиссии, в то время как в контрольной группе, больные которой получали плацебо, только 4 из 25 (16%) пациентов избежали рецидива наркомании ( $p < 0,05$ ). В группе налтрексона риск инфицирования ВИЧ, связанный с употреблением наркотиков,

существенно снизился: с  $8,2 \pm 0,8$  при включении до  $1,4 \pm 0,8$  балла через 6 месяцев у тех пациентов, которые находились в ремиссии. Среди больных, находящихся в ремиссии, уровни тревоги, депрессии, ангедонии и социального функционирования, а также потребления алкоголя были примерно одинаковы в обеих группах. Таким образом, налтрексон является эффективным средством стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией. Более широкое использование налтрексона может стать важным звеном в лечении опийной наркомании и профилактике ВИЧ-инфекции.

Изучение эффективности КПТ проводилось в рандомизированном контролируемом исследовании на 181 пациенте [11] (87 – контрольная группа, 94 – группа КПТ: 60% – алкогользависимые, 32% – героиновые наркоманы, 8% – больные с зависимостью от героина и алкоголя, 15% – ВИЧ-инфицированные). Для интервенции была использована КПТ-методика, направленная на коррекцию поведения, связанного с риском ВИЧ-инфицирования. Контрольные пациенты получали только обычное лечение зависимости. В результате было выявлено значимое уменьшение случаев поведения, связанного с риском ВИЧ-инфицирования, причем на 6-м месяце проценты эпизодов безопасного секса и использования презервативов были достоверно выше у группы, в которой была проведена интервенция.

Таким образом, КПТ эффективно изменяет поведение, ассоциированное с распространением ВИЧ-инфекции, и является важным элементом, комплексной лечебно-реабилитационной программы, предназначенной для ВИЧ-инфицированных наркозависимых больных с коморбидными психическими расстройствами.

## Литература

1. Гузиков Б.М. Терапевтические подходы в связи с клиническими особенностями наркоманий, осложненных психическими отклонениями: Пособие для врачей / Б.М. Гузиков и др. – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева; СПб., 1999. – 24 с.
2. Крупицкий Е.М. Анкета для оценки синдрома ангедонии у детоксифицированных больных опийной наркоманией / Е.М. Крупицкий, А.М. Бураков, Т.Н. Романова и др. // Вопросы наркологии. – 2000. – № 4. – С. 43–46.
3. Крупицкий Е.М. Синдром ангедонии у детоксифицированных больных опийной наркоманией: оценка и лечение / Е.М. Крупицкий, А.М. Бураков, Т.Н. Романова и др. // Реабилитация наркозависимых: новые реабилитационные технологии и медицинские аспекты. – СПб.: Реанар, 1999. – С. 18.
4. Крупицкий Е.М. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова / Е.М. Крупицкий, Э.Э. Звартау. – СПб., 2003. – Т. X, № 2. – С. 12–23.
5. Крупицкий Е.М. Коморбидность наркологических и инфекционных заболеваний в Санкт-Петербурге и Ленинградской области / Е.М. Крупицкий, Э.Э. Звартау, Д.А. Лиознов // Социально значимые болезни в Российской Федерации. – М., 2006. – С. 286–290.
6. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации (Справочник клинического психолога) / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
7. Beck A.T. An inventory for measuring depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson et al. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1961. – Vol. 4. – P. 561–571.
8. Booth R.E. HIV risk-related sex behaviors among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack / R.E. Booth, J.K. Walters, D.D. Chitwood // American Journal of Public Health. – 1993. – Vol. 83. – P. 1144–1148.
9. Hoffmann C., Rockstroh J., Kamps B. HIV Medicine 2005 / C. Hoffmann, J. Rockstroh, B. Kamps. – Bonn, Paris – July 2005. – P. 762.
10. Klinkenberg W.D. Mental disorders and drug abuse in persons living with HIV/AIDS / W.D. Klinkenberg, S. Sacs // AIDS Care. – 2004. – Vol. 16 (Suppl. 1). – S22–S42.
11. Krupitsky E., Cheng D.M., Raj A., Egorova V., Levenson S., Briden C., Zvartau E., Samet J.H., Reduction of risky sexual behavior among hospitalized Russian substance-dependent patients: the Russian

- partnership to reduce the epidemic via engagement in narcology treatment (Russian prevent) study. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, 2006, Vol. 30, N. 9, Suppl., p. 78A.
12. Krupitsky E.M., Burakov A.M., Didenko T.Y. at al.. Effects of Citalopram Treatment of Protracted Withdrawal (Syndrome of Anhedonia) in Patients with Heroin Addiction. *Addict Disord Their Treatment* 2002;1:29–33.
  13. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Egorova V.Y., Tsoy M.V., Burakov A.M., Masalov D.V., Verbitskaya E.V., Didenko T.Y., Romanova T.N., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., O'Brien C.P., Woody G.E. HIV risk behaviour and psychiatric symptoms among heroin addicts in St. Petersburg, Russia. *Русский журнал «СПИД, рак и общественное здоровье»*. СПб., 2006. Т. 10. № 1. С. 53-59.
  14. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoy M.V., Burakov A.M., Egorova V.Y., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Beshpalov A.Y., Verbitskaya E.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., O'Brien C.P., Woody G.E. Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2006, V. 31, P. 319-328.
  15. Miller W.R., Sovereign R.G., Kregge B. (1988) Motivational interviewing with problem drinkers: II. the Drinker's Check-up as a preventive intervention., *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251-268.
  16. Mueser K.T., Bennett M., Kushner M.G. Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illness In A.F. Lehman & L.B. Dixon (Eds.), *Double jeopardy chronic mental illness and substance use disorders*. Langhorne Harwood Academic Publishers. 1995. p. 9-25
  17. NIDA                   Руководство                   по                   лечению.  
<http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html>
  18. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962;10: 799-812.
  19. Rhodes, T., Lowndes, C., Judd, A., Mikhailova L. A., Sarang, A., Rylkov, A. et al (2002b) Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation, *AIDS*, 16: F25-F32
  20. Sacks, M., Dermatis, H., Burton, W, Hull, J, & Perry, S. (1994) Acute psychiatric illness: effects on HIV-nsk behavior *Psychosocial Rehabilitation Journal*', 17(4), 5-18.
  21. Spielberger CD, Anton WD, Bedell J. The nature and treatment of test anxiety. In: M. Zuckerman & C.D. Spielberger. *Emotion and Anxiety: New concepts, methods and applications*. Hillsdale, N.J.:Erlbaum. 1976



## Оглавление

|   |    |
|---|----|
| Введение.....   | 4  |
| Показания и противопоказания.....   | 9  |
| Материально-техническое обеспечение.....  | 9  |
| Формула метода.....   | 10 |
| I. Диагностика коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых .....              | 11 |
| 1.1. Анамнестические и социо-демографические данные .....   | 11 |
| 1.2. Клиническая оценка наркологических расстройств.....  | 11 |
| 1.3. Анализ на наличие наркотиков и алкоголя .....  | 11 |
| 1.4. Клиническая оценка сомато-неврологических расстройств .....  | 12 |
| 1.5. Клиническая оценка психических расстройств .....   | 13 |
| II. Принципы фармакотерапии психических расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых.....                                      | 13 |
| 2.1. Принципы применения антидепрессантов для лечения коморбидных депрессивных расстройств .....                                  | 13 |
| 2.2. Принципы применения нейролептиков для лечения коморбидных психопатологических расстройств .....                              | 15 |
| 2.3. Осложнения психофармакотерапии у ВИЧ-инфицированных наркозависимых.....  | 17 |
| 2.4. Взаимодействия между ПАВ и АРВ и другими лекарственными препаратами .....  | 18 |
| III. Терапия, направленная на предупреждение рецидивов и достижение длительных и стабильных ремиссий при опиной наркомании .....  | 18 |
| IV. Программа проведения мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой психотерапии у ВИЧ-инфицированных наркозависимых..... | 19 |
| Эффективность применения метода.....  | 27 |
| Литература .....  | 30 |
| Приложения .....  | 33 |

## Приложение 1

### Антидепрессивные средства (Спектр клинического действия и взаимодействия с АРВ-препаратами) (Hoffmann С., Rockstroh J., Kamps В. HIV Medicine 2005.)

| Фарм. группа               | Название Международное/Торговое | Доза  | Взаимодействия с антиретровирусной терапией, некоторые побочные эффекты, особенности применения   |
|----------------------------|---------------------------------|---|---|
| <b>СЕДАТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ</b> |                                 |   |   |
| ТТЦА                       | Amitriptyline / Амитриптилин    | Начинать с 25 мг 2–3 раза в сутки, обычно терапевтическая доза составляет 50 мг 3 раза в сутки или 75 мг 2 раза в сутки | Лопинавир/ритонавир, повышают уровни амитриптилина.<br>Улучшается сон. Прибавка в весе иногда бывает желательным побочным эффектом. Хороший противотревожный эффект.<br>При применении в абстинентном периоде и/или быстром повышении дозы возможен делирий (наблюдается противоболевой эффект) |
|                            | Fluvoxamine / Феварин           | 50 мг, через 3–4 дня повысить дозу до 100–200 мг  | Повышаются уровни ампренавира, делавирдина, эфавиренза, индинавира, лопинавира/ритонавира, нелфинавира, ритонавира и саквинавира. Невирапин снижает уровни флувоксамин. В начале приема возможна тошнота  |
| СИОЗсн                     | Paroxetine / Паксил             | 10 мг утром в течение 2–3 дней, терапевтическая доза 20 мг  | Лопинавир/ритонавир повышают уровни пароксетина. Некоторое седативное действие; по возможности принимать на ночь  |
| ИОЗСАС                     | Trazodone / Триттико            | 75 мг; возможно повышение дозы до 150 мг  | Некоторое седативное действие, нет антихолинергического действия. Эффективен при хронической боли. Восстанавливает структуру сна  |

|                                  |                            |  |   |
|----------------------------------|----------------------------|--|---|
| ААСР                             | Mirtazapine /<br>Ремерон   | Начальная доза 15 мг на ночь, обычно терапевтическая доза составляет 30–45 мг                        | Седативный эффект, улучшается сон, прибавляется вес. Нарушений половой функции. Противопоказан при лейкопении!  |
| <b>СБАЛАНСИРОВАННОЕ ДЕЙСТВИЕ</b> |                            |  |   |
| СИОЗСиН                          | Citalopram /<br>Ципрамил   | 20 мг утром, терапевтическая доза 20–60 мг   | Ритонавир повышает уровни циталопрама. Эффективный антидепрессант, хорошо переносится, не оказывает седативного эффекта. Возможны понос, тошнота, снижение полового влечения, эректильная дисфункция                        |
|                                  | Sertraline / Зо-<br>лофт   | 25–50 мг утром, минимальная эффективная доза 50 мг, максимальная — 150 мг                            | Лопинавир/ритонавир повышают уровни сертралина. Не оказывает седативного действия. При возбуждении, акатизии или бессоннице можно назначать с бензодиазепинами – относится ко всем ингибиторам обратного захвата серотонина |
| Фитопрепарат                     | Hyperici herba /<br>Деприм | 1 драже 3 раза в сутки   | Запрещено одновременное лечение с циклоспорином, индинавиром. Противопоказания: детский возраст до 12 лет; установленная гиперчувствительность к свету. Применяется только для лечения легких депрессивных состояний        |
| <b>СТИМУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ</b>    |                            |  |   |
| ТЦА                              | Imipramine /<br>Мелипрамин | 25 мг 2–3 раза в сутки в течение 3 дней, обычно терапевтическая доза составляет 50 мг 3 раза в сутки | Лопинавир/ритонавир, повышают уровни имипрамина<br>М-холиноблокирующее действие, особенно в начале лечения. Эффективен при хронической боли, панических состояниях  |

|         |                          |   |   |
|---------|--------------------------|---|---|
|         | Clomipramine / Анафранил | 25 мг 2–3 раза в сутки в течение 3 дней, обычно терапевтическая доза составляет 50 мг 3 раза в сутки или 75 мг 3 раза в сутки | Лопинавир/ритонавир, ритонавир повышают уровни кломипрамина. Возможно возбуждение, можно сочетать с бензодиазепинами. Эффективен при хронической боли                   |
| СИОЗс/н | Fluoxetine / Прозак      | 10 мг утром в течение 2–3 сутки, затем 20 мг в сутки  | Повышаются уровни ампренавира, делавиридина, эфавиренза, индинавира, лопинавира/ритонавира, нелфинавира, ритонавира и саквинавира. Невирапин снижает уровни флуоксетина |
| ПМД     | Ademetionine / Гептрал   | 800–1600 мг в сутки   | Гепатопротекторный эффект. Только для лечения легких непсихотических депрессий  |

## Приложение 2

### Атипичные нейролептики (некоторые особенности клинического действия и взаимодействия с АРВ-препаратами)

| Препарат             | Суточная доза   | Взаимодействия с антиретровирусной терапией<br>Оценка, примечания. Некоторые побочные эффекты   |
|----------------------|---|---|
| Амисульприд (Солиан) | Продуктивная симптоматика: 400–800 мг 2 раза в сутки.<br>Негативная симптоматика: 50 мг 2 раза в сутки. Поддерживающая терапия: 200–400 мг 2 раза в сутки | Взаимодействия маловероятны. Препарат почти полностью выводится почками, что является преимуществом у больных с печеночной недостаточностью. В дозе > 400 мг/сут возможны экстрапирамидные симптомы |
| Клозапин (Лепонекс)  | Начинать с 6,25–12,5 мг. Повышать дозу 1 раз в 1–2 дня на 25 мг до максимальной дозы 600 мг. Поддерживающая терапия: 100–400 мг                           | ВИЧ-инфицированным не рекомендуется из-за риска агранулоцитоза (1–2%). Возможны судорожные припадки; седативный эффект; прибавка в весе и гипергликемия   |

|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| Оланзапин<br>(Зипрекса)   | Начинать с 5 мг на ночь, поддерживающая доза 5–20 мг   | Не взаимодействует с ИП. Хороший антипсихотический эффект. В дозе < 20 мг не вызывает тяжелых экстрапирамидных расстройств. Дозозависимая прибавка в весе и седативный эффект – могут быть желательными. В 1–10% случаев: экстрапирамидные расстройства (в частности, акатизия), сонливость, ортостатическая гипотония, увеличение активности печеночных ферментов.<br>Возможна гипергликемия    |
| Кветиапин<br>(Сероквель)  | Начинать с 25 мг, медленно повышать дозу до 300–450 мг/сут   | Нельзя сочетать с ритонавиром, макролидами и кетоконазолом. Часто (> 10%) сонливость, заторможенность. Редко ортостатическая гипотония, увеличение активности печеночных ферментов, прибавка в весе. Возможно развитие лейкопении  |
| Рisperидон<br>(Рисполепт) | Начинать с 0,5–2 мг, медленно повышать дозу в течение недели, поддерживающая доза 4–6 мг/сут при почечной и печеночной недостаточности доза не должна превышать 4 мг/сут | НИОТ повышают уровень рisperидона в плазме. Наблюдаются дозозависимые экстрапирамидные расстройства. Не вызывает гематологических нарушений и эпилептических припадков. Первый атипичный нейролептик, который выпускается в форме длительного действия (прием 2 раза в неделю).<br>Ортостатическая гипотония, особенно в начале лечения и при приеме высоких доз: следует медленно повышать дозу |
| Зипразидон<br>(Зелдокс)   | Начинать с 20 мг 2 раза в сутки. Максимальная доза 160 мг/сут. Возможно в/м введение   | Испытаний у ВИЧ-инфицированных не было. Противопоказан больным с удлинением интервала QT, нарушениями ритма сердца,  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | инфарктом миокарда. Частота экстрапирамидных расстройств не выше, чем у плацебо. Минимальная прибавка в весе. Вызывает удлинение интервала QT, сонливость, артериальную гипотонию, заторможенность |
|--|--|--|

Hoffmann C., Rockstroh J., Kamps B. HIV Medicine 2005.

### Приложение 3

#### Спектр клинического действия нейролептиков и их побочные эффекты

| Препарат, доза (мг/сутки) малые/ средние     | Гипноседативное действие | Антипсихотическое действие | Экстрапирамидные нарушения | Другие побочные эффекты  |
|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| Chlorpromazine (Аминазин) 12,5–50 / 100–300  | ++++                     | ++                         | +++                        | Гипотензия, увеличение массы тела, атропиноподобный эффект, агранулоцитоз, гепатит                       |
| Levomepromazine (Тизерцин) 12,5–50 / 100–400 | ++++ ПБ                  | ++                         | +++                        | Гипотония, нарушение кроветворения, судороги, эндокринные расстройства, гипотония, аллергии, гепатит     |
| Thioridazine (Конатакс) 25—50–100 / 100–300  | ++                       | +                          | +                          | Нарушение функций ЖКТ, увеличение массы тела, гипотензия, аллергия, меланоз кожи, гормональные нарушения |
| Chlorprothixene (Хлорпротиксен) 25-50/100    | +++                      | ++                         | ++                         | Эндокринные расстройства, Нарушения зрения, гипотония, увеличение массы                                  |

|  |                          |         |      |   |
|--|--------------------------|---------|------|---|
|  |                          |         |      | тела, лейкопения, анемия синдром отмены, желтуха  |
| Zuclopenthixol (Клопиксол) 10–30 / 30–75   | +++                      | +++     | ++   | Гипотония, задержка мочи, тахикардия, переходящие изменения уровня печеночных ферментов                               |
| Periciazine (Неулептил) 30—50 / 50–75      | +++                      | +       | ++   | Акатизия, нарушение зрения, нарушение сердечного ритма, желтуха, угнетение дыхания, импотенция, увеличение массы тела |
| Trifluoperazine (Трифлазин) 1—5 / 15–50–80 | +<br>A                   | ++++    | ++++ | Эндокринные расстройства, желтуха, нарушения со стороны крови, анорексия, аллергии, аритмия                           |
| Haloperidol (Галоперидол) 1,5—3–5 / 10–30  | ++                       | ++++    | ++++ | Эндокринные расстройства, желтуха, аллергии, аритмия, нарушения обмена веществ, увеличение массы тела, гипотензия     |
| Flupentixol (Флюанксол) 1–3–10 / 10–30     | +<br>A<br>в min<br>дозах | +++     | ++   | Изменения показателей печени, бессонница  |
| Sulpiride (Эглонил) 50–100 / 200—400–600   | –<br>A                   | +<br>ПБ | +/-  | Галакторея, импотенция, нарушения обмена веществ, увеличение массы тела, зуд, экзема, повышение АД, тревога           |

|  |      |      |     |   |
|--|------|------|-----|---|
| Clozapine (Аза-<br>лептин) 6,5–25 /<br>100–400 | ++++ | ++++ | +/- | Увеличение мас-<br>сы тела, наруше-<br>ния со стороны<br>крови, нарушение<br>мочеиспускания,<br>гипотензия,<br>импотенция,<br>тошнота |
| Risperidone<br>(Рисполепт) 0,5–<br>2–4 / 4–6   | +    | ++++ | +/- | См. приложение 2  |
| Olanzapine (Зи-<br>прекса ) 5–10 /<br>10–15    | ++   | +++  | +/- | См. приложение 2  |

Примечания: +++++ – сильное (максимально выраженное) действие; +++ – выраженное; ++ – умеренное; + – слабое; (-) – отсутствует; ПБ – противоболевой эффект; А – активирующий эффект. (Инструкции по препаратам, утвержденные МЗ РФ.)

## Приложение 4

### План тематических психотерапевтических сессий

*Занятие 1.* Тема: «Употребление ПАВ. Альтернативы». План занятия: 1. Оценка состояния пациента. 2. Обсуждение кратковременных и долговременных последствий употребления ПАВ и РП. 3. Поиск альтернативных употреблению ПАВ занятий (спорт), обсуждение краткосрочных и долгосрочных последствий. 4. Домашнее задание: выбрать альтернативный употреблению вид деятельности, составить поэтапный план изменений (используя бланк «План Изменений»; Приложение 5).

*Занятие 2.* Тема: «Тяга, триггеры, техники совладания». План занятия: 1. Обсуждение выбранного пациентом альтернативного занятия, анализ «Плана изменений» (оценка реалистичности целей в соответствии с принципами КИПРС, определение даты, подписание плана специалистом и пациентом). 2. Определение понятия «тяга», описание «тяги». 3. Определение понятия «триггеры». 4. Выявление экстерналиных и интерналиных триггеров, наиболее значимых для пациента (Приложения 9, 10). 5. Обучение техникам совладания с «тягой». 6. Домашнее задание: отследить и записать ситуации возникновения «тяги», проанализировать, какие триггеры спровоцировали возникновение «тяги».

*Занятие 3.* Тема: «Идентификация ситуаций высокого риска, функциональный анализ». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания. 2. Определение понятия ситуация высокого риска. 3. Обучение функциональному анализу. 4. Оценка си-



туаций наибольшего риска для пациента, обсуждение того, как можно их избежать. 5. Домашнее задание: отследить и записать ситуации высокого риска и «мое поведение в сложившейся ситуации».

*Занятие 4.* Тема: «Ассертивность («Как сказать “нет”»»». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания («Что я мог сделать, чтобы избежать ситуации высокого риска, удовлетворен ли я своим поведением в ситуации высокого риска»). 2. Оценка доступности наркотика и шаги, необходимые для ее ограничения. 3. Изучение и практика навыков отказа от наркотика и рискованного поведения. 4. Домашнее задание: тренировка навыков отказа в естественных условиях.

*Занятие 5.* Тема: «План действий в ситуации срыва». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания («Что получилось, что не получилось, почему?»). 2. Определение понятий «срыв», «рецидив». 3. Обсуждение возможных вариантов поведения после «срыва». 4. Разработка плана действия в ситуации «срыва». 5. Домашнее задание: «Самомониторинг», «Дневник чувств».

*Занятие 6.* Тема: «Снижение риска распространения ВИЧ-инфекции». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания («Что получилось, что не получилось, почему?»). 2. Определение ситуаций высокого риска распространения ВИЧ. 3. Информирование о заболеваниях, передающихся половым путем. 4. Обсуждение трудностей в практике безопасного секса, пути преодоления имеющихся проблем. 5. Предоставление конкретных рекомендаций по снижению риска распространения ВИЧ. 6. Домашнее задание: проанализировать и записать, «что я узнал в процессе психотерапии».

*Занятие 7.* Тема: «Анализ усвоенного материала». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания. 2. Определение степени усвоения пациентом пройденного материала. 3. Обсуждение пожеланий пациента относительно продолжения терапевтических занятий.

Тема занятия может повторяться на нескольких терапевтических сессиях в зависимости от темпа работы пациента.

Рекомендуется проведение полного курса или выборочных терапевтических сессий каждые 8–12 месяцев.

## Приложение 5

### «План изменений»

То, что я хочу изменить: \_\_\_\_\_

Наиболее важные причины, по которым я хочу изменить это: \_\_\_\_\_

Что я собираюсь сделать, чтобы осуществить желаемые изменения: \_\_\_\_\_

Как окружающие могут помочь мне: \_\_\_\_\_

| Конкретный человек | Возможная помощь |
|--------------------|------------------|
|                    |                  |
|                    |                  |
|                    |                  |
|                    |                  |

Я знаю, что мой план сработает если: \_\_\_\_\_

Осуществлению моего плана может помешать: \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Подпись терапевта: \_\_\_\_\_

Успешность выполнения плана будет оценена через \_\_\_\_\_ дней с  
сегодняшнего числа: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Приложение 6

### Экстернальные триггеры

Отметьте ситуации, в которых вы употребляете наркотики. Поставьте «0» напротив ситуаций, в которых вы никогда не употребляете наркотики.

|  |   |  |                            |  |                              |
|--|---|--|----------------------------|--|------------------------------|
|  | Один дома                                 |  | Во время свидания          |  | Перед походом на вечеринку   |
|  | Дома с друзьями                           |  | Перед интимной близостью   |  | Перед завтраком              |
|  | Дома у друзей                             |  | Во время интимной близости |  | Во время обеденного перерыва |
|  | На вечеринке                              |  | После интимной близости    |  | Во время ужина               |
|  | На спортивных мероприятиях (футболе)      |  | Перед работой              |  | После работы                 |
|  | В кино                                    |  | Когда есть деньги          |  | На улице, в подъезде         |
|  | В баре/клубе                              |  | Дома у дилера              |  | В школе                      |
|  | За городом                                |  | Во время вождения          |  | В парке                      |
|  | На концерте                               |  | В месте продажи алкоголя   |  | В своем районе               |
|  | С друзьями, которые употребляют наркотики |  | Во время работы            |  | В выходные                   |
|  | Для уменьшения веса                       |  | Разговаривая по телефону   |  | С членами семьи              |
|  | В отпуске, на каникулах                   |  | На группах самопомощи      |  | Перед свиданием              |
|  | Когда идет дождь                          |  | В день зарплаты            |  |                              |

Назовите, в каких из не перечисленных ситуаций вы часто употребляли:

Перечислите ситуации, в которых вы бы не стали употреблять:

Назовите людей, с которыми вы можете находиться и не употреблять:

## Приложение 7

### Интернальные триггеры

Зачастую переживание определенных эмоциональных состояний вызывает мысли об употреблении. Пожалуйста, отметьте эмоциональные состояния, которые могут вызвать у вас мысли об употреблении. Поставьте «0» напротив состояний, не связанных с употреблением.

|  | Испуг                           |  | Реакция на критику         |  | Возбуждение               |  | Возмущение    |
|--|---------------------------------|--|----------------------------|--|---------------------------|--|---------------|
|  | Невозможность реализовать планы |  | Несоответствие требованиям |  | Ревность                  |  | Жажда мести   |
|  | Пренебрежение                   |  | Давление                   |  | Скука                     |  | Беспокойство  |
|  | Злость                          |  | Депрессия                  |  | Слабость                  |  | Огорчение     |
|  | Вина                            |  | Опасность                  |  | Одиночество               |  | Обида         |
|  | Нервозность                     |  | Расслабленность            |  | Зависть                   |  | Подавленность |
|  | Самоуверенность                 |  | Смущение                   |  | Заброшенность, ненужность |  | Непонимание   |
|  | Счастье                         |  | Раздражение                |  | Униженность               |  | Навязчивость  |
|  | Страсть                         |  | Печаль                     |  | Тревога                   |  | Голод         |

Какие еще эмоции могут провоцировать у вас мысли об употреблении:

Было ли употребление в последнее время перед обращением за помощью:

- обусловлено эмоциональными состояниями
- автоматическим, не связанным с эмоциональными переживаниями

Были ли в последнее время ситуации, когда вы не употребляли и специфические изменения в вашем эмоциональном состоянии провоцировали у вас желание употребить (например, вы поссорились с кем-то и захотели употребить в ответ на появившуюся злость)? Если да, то опишите:

Издательский центр Санкт-Петербургского  
научно-исследовательского  
психоневрологического института  
им. В.М.Бехтерева приглашает всех  
заинтересованных лиц воспользоваться  
следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 10.05.12 Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева  
методом оперативной полиграфии.

Заказ № Тираж 100 экз.

---

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80