

## **Сочетанное применение препарата Налтрексон-ВиГоФарм со специальными психотерапевтическими программами в наркологической клинике**

<b>МАКАРОВ В.В.</b>	д.м.н., профессор, зав. кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО МЗ РФ, Москва
<b>КОЛОСОВ В.П.</b>	к.м.н., доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО МЗ РФ, Москва
<b>КОНЬКОВ Е.М.</b>	к.м.н., ведущий научный сотрудник Научного центра экспертизы и государственного контроля лекарственных средств МЗ РФ, Москва
<b>ГРЕБНЕВ С.А.</b>	врач психиатр-нарколог, Екатеринбург,
<b>КАРПЕЛЕВИЧ С.Л.</b>	врач психиатр-нарколог, Москва,
<b>ГИТЕЛЬМАН Н.Л.</b>	врач психиатр-нарколог, Москва.

*Проведено изучение эффективности, переносимости и безопасности терапевтического применения препарата налтрексон в сочетании с адекватной, индивидуально подобранной, для каждого пациента психотерапией. Такой подход позволяет преодолеть формализованную оценку эффективности лекарственных средств антинаркотического ряда, когда такая оценка игнорирует множество субъективно-личностных аспектов, являющихся доминирующими в структуре лечебного процесса, в определении его эффективности. Результаты свидетельствуют о том, что сочетанное применение налтрексона со специальными психотерапевтическими программами значительно расширяют терапевтические и реабилитационные возможности помощи в наркологии.*

Используется препарат налтрексон-ВиГоФарм в капсулах, содержащих 50 мг активного вещества (конкурентный антагонист опиатных рецепторов для перорального приема с длительным действием). Терапия налтрексоном проводится одновременно с психотерапией для поддержания состояния, свободного от наркотика. Важно отметить, что лечение налтрексоном осуществляется в комплексе реабилитационных мероприятий, где помимо психотерапии, важную роль играет обучение, формирование новых социально-поведенческих навыков, для чего привлекаются близкие, значимые для данного пациента лица.

Целью настоящей работы является изучение эффективности, переносимости и безопасности терапевтического применения препарата налтрексон в сочетании с адекватной, индивидуально подобранной, для каждого пациента психотерапией. Такой подход позволяет до некоторой степени преодолеть формализованную оценку эффективности лекарственных средств антинаркотического ряда, когда такая оценка игнорирует множество субъективно-личностных аспектов, являющихся доминирующими в структуре лечебного процесса, в определении его эффективности.

Метод — открытое исследование. Сроки — 3 месяца (90 дней).

В исследование включались испытуемые с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиатов (героиновая наркомания), мужчины и женщины в возрасте от 19 до 30 лет (основная группа) и больные алкоголизмом 31-45 лет (дополнительная группа). Остановимся на основной группе.

Критериями отбора стали: наличие декларируемой установки на лечение, сознание пагубности и опасности дальнейшего злоупотребления, мотивация к здоровому

образу жизни и желание сотрудничества с врачом. Как испытуемый, так и его родственники должны принять на себя обязательства строго следовать достигнутой договоренности по программе лечения.

### **Критерии исключения из исследования**

Из исследования исключались пациенты:  
— с острыми психотическим расстройствами;  
— с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения;  
— беременные и кормящие матери.

Обязательным предварительным условием для больных с наркотической зависимостью было проведение детоксикации.

### **Задачи исследования**

1. Изучить эффективность комплексной терапии препаратом налтрексон для профилактики рецидивов при героиновой наркомании и алкогольной зависимости.
2. Провести сравнение эффективности применяемых методов психотерапии на фоне использования налтрексона.
3. Выявить наиболее важные предикторы «срывов» в период реабилитации.

### **Характеристика клинической группы испытуемых**

Всего было обследовано 20 пациентов с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиатов (героиновая наркомания) и 20 больных с алкогольной зависимостью.

Распределение пациентов по полу:

мужчин — 15 чел.;  
женщин — 5 чел.

Распределение пациентов по возрасту:  
 19-25 лет — 13 чел.;  
 26-30 лет — 7 чел.  
 Длительность заболевания:  
 1-2 года — 2 пациента;  
 3-7 лет — 18 пациентов.  
 Средний срок употребления героина — 4 года.

#### Употребление героина

Все пациенты употребляли героин внутривенно; в анамнезе у большинства отмечалось употребление «легких» наркотиков, у четырех больных интраназальное употребление героина, 13 больных злоупотребляли алкоголем на уровне бытового пьянства.

Прием налтрексона начинался в среднем через 10-14 дней после последнего употребления наркотика.

Средняя суточная доза героина составляла 0,5 г, у двух больных до 1 г.

Все пациенты ранее проходили курс лечения от наркотической зависимости.

Сопутствующие заболевания.

Гепатит В — у трех пациентов;

Гепатит С — у пяти пациентов.

Черепно-мозговая травма в анамнезе у двух пациентов.

#### Выраженность характерологических особенностей в преморбиде

У двух больных отмечались психологические отклонения по возбудимому типу. Остальные пациенты могли быть отнесены к разряду типологической нормы с различными личностными характеристиками.

Все пациенты проходили реабилитацию в условиях амбулатории после стационарного курса детоксикации.

#### Схема проведения лечения

Во всех случаях имела место договоренность о контроле приема налтрексона со стороны родителей или близких родственников.

С учетом опыта применения налтрексона и аналогичных препаратов рекомендовался ежедневный прием препарата в дозе 50 мг в течение 3 мес.

Терапия в первый день определялась в количестве 50 мг препарата с последующим врачебным наблюдением в течение одного часа.

Осложнений от приема налтрексона не наблюдалось, однако побочные явления в виде снижения аппетита, легкой тошноты отмечались у пяти пациентов, и 3 пациента связывали ухудшение ночного сна с приемом налтрексона.

#### Работа с семьями

Врач, проводящий лечение налтрексоном, на свой прием клиентов (у 1/3 больных 2 раза в неделю) обычно приглашал родителей или родных больных с целью постоянной коррекции их отношений с пациентами. Этот этап работы чрезвычайно важен, так как родные наркоманов сами нуждаются в психотерапевтической поддержке и обучении правильному взаимодействию с больными.

Особенно важным было смягчить атмосферу тревожного ожидания и страха перед возможными «срывами», навязчивый контроль, ибо подобного рода эмоциональная реакция родных (хотя она вполне объяснима и понятна) содействует усилению психической нестабильности пациентов.

В обязанности родных входила проверка мочи на содержание опиатов экспресс-методом при малейшем подозрении на возможность употребления наркотика.

#### Сопутствующая терапия

Почти у всех больных после окончания приема наркотиков отмечались различные психопатологические нарушения, из которых наиболее выраженными были состояния немотивированной возбудимости и раздражительности, тревоги с вегетативными стигматами в виде сердцебиений, приступов потливости, нехватки воздуха, эпизодической подавленности настроения, апатии и ряда других. Все это требовало подключения соответствующей медикаментозной терапии: из психотропных препаратов чаще всего использовались коаксил и соннапакс, как правило, курсами терапии в течение 1—2 недель.

#### Исследование

Каких-либо отчетливых признаков изменения психопатологической картины после начала приема налтрексона (кроме обозначенных выше) у больных не наблюдалось. Постепенное улучшение состояния, которое обычно обозначалось после 1-го месяца лечения, возможно, было связано с общими процессами восстановления организма.

Оценка эффективности комплексной психотерапии в сочетании с использованием налтрексона только по изменению клинических параметров нам представляется мало перспективной ввиду того, что некоторые испытуемые, состояние которых субъективно (и объективно) улучшалось, обнаруживали возрастающую тенденцию к рецидивам по принципу: «мне лучше, значит, я могу вновь попробовать, снизив дозу».

#### Анализ срывов

Рецидивы заболевания отмечались у пяти обследованных.

Один пациент после 3 недель приема налтрексона употребил обычную дозу героина. Опущения «прихода» не наблюдалось; в дальнейшем принимал налтрексон эпизодически, иногда на этом фоне употреблял героин или алкоголь. Развился легкий психотический эпизод (акозмы, дереализация, тревога и депрессия), он пропустил занятия и лечение было прекращено. Вероятно, основной причиной неудачи было то, что у пациента сохранились прочные связи с наркотической средой: пациент очень общителен, «рубаха-парень», не представляющий себе жизни без круга «друзей».

Другой пациент имел срывы после 1,5 мес употребления налтрексона на фоне активной психотерапии. За 2 дня до срыва прекратил прием препарата, отмечался слабый «приход». В дальнейшем была проведена детоксикация. Отношение к лечению двойственно, посещает психотерапевтические сеансы под нажимом родственников. Вероятно, главная причина срыва — сохранение контакта с девушкой-наркоманкой, негативно влияющей на пациента.

Три других пациента имели единичный опыт приема героина в малых дозах, и все они отмечают, что «приход» был слабым. Терапия продолжалась после 2—3-дневного перерыва в приеме налтрексона. Во всех случаях прием героина заметно ухудшал общее состояние пациентов, обострялись тревога, страхи, вегетативные нарушения, иногда усиливалась апатия.

Эти пациенты не могли внятно объяснить причины рецидивов приема наркотиков, их доводы сводились к позициям: «скучно стало», «родители достали».

### **Эффективность психотерапии в сочетании с приемом налтрексона**

На начальных этапах психотерапии пациентам и их родным подробно объяснялся смысл назначения налтрексона, указывалось на опасность приема наркотиков и алкоголя, пациенты подписывали памятку, где давали обязательство отказаться от употребления наркотических средств.

Разъяснительная и рациональная психотерапия проводилась с пациентами и их родителями на протяжении всего курса лечения.

Специальные психотерапевтические занятия проводились 2 раза в неделю на протяжении 1,5 мес, 1 раз в неделю в последующие 1,5 мес.

Занятия включали:

1) у 15 пациентов групповые тренировки по технике транзактного анализа, иногда сочетавшиеся с техниками внушения типа гипноза по М. Эриксону и самовнушению позитивного восприятия жизни без наркотиков;

2) у 5 пациентов групповые занятия по технике трансперсональной психотерапии на фоне медитационно-гипервентиляционных упражнений. Следует отметить, что гипервентиляция использовалась незначительно, на протяжении 3–5 мин в процессе одного занятия;

Количество групповых сеансов колебалось у отдельных пациентов от 3 до 12 в течение курса лечения. Такого рода разброс объясняется тем, что некоторые пациенты активно отказывались заниматься в группах, настаивая на индивидуальных сеансах, или же проявляли недисциплинированность при посещении групп (опоздания, отговорки и т.п.).

Индивидуальная психотерапия включала в себя эклектический набор методик, который выбирался в зависимости от типологических особенностей больных, тяжести и длительности наркомании, а следовательно, от степени физических и психических нарушений. Использовались «активные методы», в виде внушения в гипнозе и бодрствующем состоянии эмоционально-стрессового характера, косвенных внушений Эриксонского типа, а также «пассивные» подходы, нацеленные на активизацию ресурсных возможностей организма, типа «символодрамы» и «ребфинга». Количество индивидуальных сессий колебалось от 5 до 15 (в среднем 8 занятий). Нами не использовались традиционные методы психотерапии типа «анонимные наркоманы» или «кодирование».

### **Используемые психотерапевтические техники**

#### *Транзактный анализ*

Транзактный анализ (ТА) представляет собой один из классических вариантов современного психоанализа, являясь специальным методом групповой психотерапии. ТА включает в себя теорию личности, теорию коммуникаций, теорию детского развития, теорию психопатологии. Именно комплексность подхода к личности обеспечивает при ТА возможность работать с большими наркоманиями, ибо любая наркомания — это сложный комплекс психических и физических составляющих, тесно связанных со всеми выше обозначенными категориями. Целями ТА является достижение человеком независимости и автономии, в том числе от наркотиков, то есть психотерапия

наркомана состоит не столько в устранении зависимости, сколько в формировании самостоятельного определения своей судьбы, принятии ответственности на себя, умении владеть собой, позитивного личностного развития.

Начальным этапом работы с пациентами в ТА является определение основных жизненных позиций, выявление собственного жизненного статуса, удачен ли или неудачен ты в жизни, в рамках какого состояния существуешь: родителя, взрослого или ребенка. Осознание своей детскости — важный этап групповой работы. В дальнейшем осуществляется проработка жизненных сценариев, факторов формирования психологического неблагополучия, толкающих будущего наркомана на поиск виртуального мира, который бы удовлетворял его нереализованные потребности.

Важным этапом работы в ТА является технология кристаллизации проблемы, когда, с одной стороны, в групповом анализе развенчиваются наркотические мифы («наркомания неизлечима», «некоторые всю жизнь колотятся, и ничего страшного» и т.п.), а с другой — проблема четко вербализуется и превращается в задачу, на разрешение которой нацеливается пациент. На заключительных этапах терапии проигрываются ролевые игры наркоманов с инициацией по введению в новую жизнь без наркотиков. В структуре ТА активно используются методы суггестии и катаргические состояния, а инсайтные «прорывы» нередко меняют жизненные установки наркоманов.

#### *Техника Эриксонского гипноза*

При лечении наркоманов в основном использовалась техника «рассеивания текста», методика косвенного внушения, которая проводится в группе или индивидуально. Терапевт предлагает пациентам спокойно отдохнуть, сидя в глубоком кресле, и слушать его, не перебивая, в течение 30–40 мин. Внушение представляет собой относительно индифферентный рассказ, на практике чаще всего на тему о природе, «зимнем сне под одеялом снега», «оживление внутренних сил весной» и т.п. В структуре внушения интонационно выделяются ключевые слова и фразы, типа — «вся природа находится в состоянии глубокого покоя и сонливости» при введении в транс. Или «когда раскрываются зеленые листочки, кажется, все живое наполняется силой и жаждой жизни». Здесь внушение по преодолению апатии и ангедонии.

Подобное не прямое внушение с использованием в процессе сеанса 40–50 ключевых фраз и слов антинаркотического содержания позволяет реализовать позитивный эффект, нацеленный на здоровые жизненные интересы, отторжение приема наркотиков.

#### *Техника клинической трансперсональной психотерапии*

Путем использования специально подобранной музыки, дыхательных упражнений и разблокировки телесных зажимов пациенты вводятся в измененное состояние сознания, во время которого:

- 1) переосмысливается их жизненный опыт;
- 2) инфантильная структура личности наркомана позволяет в процессе сеанса легко регрессировать до уровня перинатальных матриц с последующим «ребфингом» — возрождением в качественно ином психологическом состоянии;
- 3) трансперсональные переживания позволяют больным реально ощутить чувство радости и подъема без наркотических средств, открыть в себе позитивные качества и возможности.

### Техника символдрамы

Символдрама — метод краткосрочного психоанализа, позволяющий в символической форме, но с глубоким чувственным включением на телесном уровне проработать многие ситуации, имеющие отношение к зависимостям от психоактивных веществ. Больным предлагается в свободной форме вербально проработать образные представления специальных мотивов, таких, как «луг — символическое поле жизни, по которому мы идем», «ручей — символ витальности и течения жизни» и другие мотивы, являющиеся глубинно-архетипическими программами жизни человека. При работе с наркоманами особенно важное значение придается таким мотивам, как «пещера», «болото», «существо, выходящее из леса», и др. В процессе психотерапии пациенты выходят на спонтанное символическое изображение, сопровождающееся яркими чувственными ощущениями и переживаниями, оказывающими глубокое воздействие на психическое и физическое состояние наркоманов.

### Критерии оценки эффективности

Как уже отмечалось выше, оценка эффективности терапии по степени смягчения основных психопатологических и девиантно-поведенческих расстройств, связанных с наличием постабстинентного синдрома, является недостаточной. Улучшение физического и эмоционального состояния, уменьшение или даже отсутствие тяги к приему наркотиков ни в коем случае не гарантирует отсутствия срывов (в 4 из 5 четко зарегистрированных случаев рецидивов пациенты отрицали наличие тяги к наркотикам, их состояние было вполне удовлетворительным).

В процессе психотерапевтического общения были значимыми такие обстоятельства, как желание психотерапевтического взаимодействия, степень активности в самостоятельной работе (рекомендованным комплексом физических упражнений, диете, занятиям по интересам, работе и т.п.), сознательное исключение из наркотической среды, формирование здоровых установок в отношении будущего.

Если у пациентов сохраняется состояние «социально-го равнодушия», отсутствуют эмоционально заряженные конкретные жизненные интересы и установки, то срывы практически неизбежны.

С учетом всего сказанного можно сделать вывод, что налтрексон является достаточно эффективным препаратом, опосредующим психотерапевтическую программу.

Данный вывод основывается на следующих аргументах.

1. Поскольку основой психотерапии является активизация и максимальное усиление биологических естественных, здоровых ресурсных механизмов в направлении самоактуализации, через процессы внутреннего самопознания, инсайтные переживания, то налтрексон выступает в качестве «табу», внутреннего запрета к приему наркотика. В этом реально убедились лица, имевшие срывы в процессе лечения и о чем были информированы остальные пациенты.

2. Налтрексон, не обладая нейролептическим действием, содействует именно активирующему типу психотерапии, направленному на усиление собственных бессознательных, а в дальнейшем осознанных механизмов по формированию новых «смыслов» безнаркотического существования. Методики психотерапии подбирались таким образом, чтобы их основой были инсайтные переживания на глубинном чувственно-образном уровне, формирую-

щие желание здоровой жизни и, следовательно, отторжение наркотиков.

В отличие от такого подхода, программа АН базируется преимущественно на логически-вербальных категориях сознания с опорой на Высшие силы, что подходит далеко не всем категориям пациентов.

3. Хотя количество обследованных недостаточно и сроки наблюдения не превышали 4 мес, можно сделать некоторые предварительные выводы в отношении эффективности психотерапии:

а) методы убеждения, логического аргументирования и запугивания были неэффективны или их эффективность была кратковременной;

б) методы психотерапии, направленные на подавление влечения и смягчение психопатологической симптоматики (гипнотерапия, АТ), давали кратковременный эффект облегчения субъективного дискомфорта;

в) только глубинная психотерапия (ТА, активное воображение и т.д.) позволяла добиваться «озарения», субъективного переживания, что «лечение нужно мне, а не родителям», «неужели я родился, чтобы слдохнуть от наркотиков» и т.п., на основе которых формировалась система активной жизнедеятельности пациентов (занятия спортом, взаимодействие с родителями, желание и возможность работать, удовлетворять здоровые, хотя по большей части витальные интересы и т.п.). Можно предположить, что на фоне налтрексона инсайтные состояния развиваются легче и ярче, чем без препарата.

4. Анализ срывов показывает, что главной причиной неудач является не непреодолимая тяга к наркотику, субабстинентные состояния и даже не желание решать свои проблемы через наркотики, как часто говорят сами пациенты, а глубокое состояние внутреннего равнодушия, отсутствие истинных ярких и позитивных эмоций, в части случаев состояние выраженной ангедонии и бессознательное желание «встряхнуть» себя в процессе поиска наркотика и получения кайфа. Данное состояние нельзя назвать депрессией в истинном смысле слова (что подтверждается невысокой эффективностью антидепрессантов), а скорее специфическим дефектом личности, вероятно, временным, на устранение которого и должна быть направлена психотерапия.

5. Налтрексон, в сочетании с психотерапией, до известной степени, уменьшает влечение к употреблению наркотика. После срывов большинство больных возвращается к продолжению терапевтической программы. Психотерапевтическая программа позволяет обеспечить и поддерживать ощущение полноценности жизни без наркотика. В том числе реальную возможность ощущать психологический и физический подъем, радость, ставить перед собой социальные цели.

Коротко остановимся на дополнительной группе. Подобная программа в отношении пациентов, зависимых от алкоголя, дала ещё более интересные результаты, несмотря на то, что у этих больных было труднее контролировать регулярность приёма препарата.

Из 20 пациентов 5 человек выбыли из наблюдения. Остальные дали ремиссии, достаточные для проведения психотерапевтических программ. Они имели эпизоды употребления алкоголя, которые не привели к полному срыву ремиссии. У больных как бы утратился интерес к спиртному. Алкогольные напитки потеряли свои прежние привлекательные эффекты. И в связи с этим, интерес к

алкоголю снизился или даже утратился. Более того, произошло снижение пищевого влечения, а у курильщиков – влечения к табаку. В связи с этим уменьшилось стремление вкусно и обильно питаться и уменьшилось количество выкуриваемых сигарет. Вместе с тем, уровень активности личности не снизился. Данные обстоятельства позволяют эффективно проводить современную психотерапию. В том числе программы, направленные на психологическую и социальную адаптацию, личностный рост. Более

того, создаются условия для планирования применения духовно-ориентированной психотерапии. И, конечно, возникает возможность дозированного потребления алкоголя. Сказанное нуждается в уточнении в дальнейших исследованиях. Уже сегодня не вызывает сомнений, что сочетанное применение налтрексона со специальными психотерапевтическими программами значительно расширяют терапевтические и реабилитационные возможности помощи в наркологии.

## Фармакотерапия аффективных расстройств у больных алкоголизмом

ЛИТВИНЦЕВ С.В.	д.м.н., профессор, академик РАЕН, заслуженный врач РФ, главный психиатр МО РФ, Москва
РЕЗНИК А.М.	к.м.н., зам. нач. кафедры психиатрии Гос. института усовершенствования врачей МО РФ, Москва
АРБУЗОВ А.Л.	преп. кафедры психиатрии Гос. института усовершенствования врачей МО РФ, Москва
КУТУШЕВ О.Т.	к.м.н., нач. психиатрич. отд. Главного военного клинического госпиталя им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва
МАРТЫНЮК Ю.Л.	к.м.н., старший ординатор психиатрич. отд. Главного военного клинического госпиталя им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва
ХУРБАТОВА И.Г.	врач-психиатр психиатрич. отд. Главного военного клинического госпиталя им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва

*Проведено исследование эффективности селективного ингибитора обратного захвата серотонина, пароксетина, при лечении аффективных расстройств у военнослужащих, страдающих алкоголизмом. Выполнено сравнительное исследование больных получавших пароксетин (Паксил) (24 больных) и amitриптилин (15 человек) при лечении в стационарных условиях и при последующей поддерживающей терапии амбулаторно. Отмечено существенное улучшение в обеих группах при значительно лучшей переносимости пароксетина. Выявлен более высокий уровень комплаентности у больных, принимавших пароксетин.*

Проблема алкогольной зависимости сохраняет остроту в Вооруженных Силах России. Особенно распространено злоупотребление спиртными напитками в офицерской среде. За последние 2 года рост числа офицеров и прапорщиков, страдающих алкоголизмом, составил 60%, что связано как с истинным ростом заболеваемости, так и с организационными мероприятиями способствующими ранней выявляемости этой болезни 6. Кроме того, отмечается большое число так называемых «злоупотребляющих алкоголем». Проводимая в армии работа по профилактике и лечению алкоголизма позволила изменить отношение к этой болезни, перенести акцент с дисциплинарных мер на лечебно-реабилитационные. Исследования, проведенные военными психиатрами, показали, что больные алкоголизмом, своевременно прошедшие лечение и имеющие установку на трезвость и совладание с болезнью, в периоды длительных ремиссий остаются способными выполнять служебные обязанности, сохраняют и часто даже повышают свой профессиональный уровень и служебное положение, восстанавливают социальные связи 5, 7. Установлено, что одним из важнейших элементов противорецидивной терапии алкоголизма является коррекция аффективных расстройств 7. Последние годы получены данные об успешности лечения эмоциональных нарушений у больных алкоголизмом препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) 2. Высокая эффективность, широкий спектр психотропного действия, а также

хорошая переносимость и простота назначения без необходимости подбора дозы создает у них ряд преимуществ по сравнению с трициклическими антидепрессантами (ТЦА) и способствует все более широкому применению [3, 4, 8, 9].

Одним из представителей нового поколения антидепрессантов является препарат пароксетин (паксил). По мнению многих исследователей, пароксетин является самым мощным и одним из наиболее специфических блокаторов обратного захвата серотонина. Считается, что мощность серотонинергического действия является основным фактором, определяющим выраженность его клинического эффекта, а селективность определяет хорошую переносимость и минимум побочных явлений [9, 10].

В связи с этим нами проведено специальное изучение клинической эффективности пароксетина (Паксила), при лечении аффективных расстройств у военнослужащих с алкогольной зависимостью.

В задачи исследования входило:

- определить динамику депрессии у больных с алкогольной зависимостью на фоне терапии СИОЗС;
- изучить особенности и последовательность редукции различных связанных с депрессией психопатологических феноменов по мере лечения СИОЗС;
- изучить особенности течения ремиссии алкоголизма при лечении СИОЗС;
- оценить переносимость СИОЗС больными с алкогольной зависимостью.