

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

*«На правах рукописи»*

МАХОВ

Михаил Александрович

**ТАБАЧНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

14.01.27 – наркология

Диссертация на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук

Надеждин Алексей Валентинович

Москва – 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	5
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	6
<b>Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ</b>	12
<b>1.1. Современное состояние проблемы.</b>	12
<b>1.2. Биологические основы коморбидности.</b>	17
<b>1.3. Коморбидность никотиновой зависимости.</b>	23
<b>1.4. Роль депрессии в формировании сочетанной         алкогольной и никотиновой зависимости.</b>	26
<b>1.5. Роль тревоги в формировании никотиновой и алкогольной         зависимости.</b>	27
<b>1.6. Курение табака и изменение пищевого поведения.</b>	29
<b>1.7. Перекрёстное влияние алкогольной и никотиновой         зависимостей.</b>	30
<b>1.8. Клинические формы табачной зависимости.</b>	30
<b>1.9. Лечение табачной зависимости.</b>	32
<b>1.10. Выводы и итоговый анализ.</b>	34
<b>Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	36
<b>2.1. Общая характеристика материала исследования.</b>	36
2.1.1. Объект исследования.	36
2.1.2. Особенности наркологического семейного анамнеза групп исследования.	38
2.1.3. Социально-демографические особенности групп исследования.	40
2.1.4. Итоговый анализ групп исследования.	48
<b>2.2. Методы исследования.</b>	49
2.2.1. Клинико-психопатологический метод.	49
2.2.1.1. Диагностические критерии табачной зависимости по МКБ-10.	49
2.2.1.2. Диагностические критерии синдрома отмены табака F 17.3.	50
2.2.2. Психометрический метод.	51
2.2.2.1. Оценка степени табачной зависимости - тест Фагестрёма.	51

2.2.2.2. Шкала зависимости от сигарет (CDS-12).	52
2.2.2.3. Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости (WISDM-68).	53
2.2.2.4. Анкета для определения типа курительного поведения Хорна.	54
2.2.2.5. Анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения.	54
2.2.2.6. Шкала оценки депрессии Бэка (BDI-II).	55
2.2.2.7. Шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина.	55
2.2.3. Математико-статистический метод.	56
2.2.3.1. $\chi^2$ – критерий Пирсона.	57
2.2.3.2. U-критерий Манна-Уитни.	57
2.2.3.3. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ ).	58
2.2.3.4. Рос-анализ.	59
<b>Глава 3. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ СЗАТ</b>	61
3.1. Этапы формирования зависимостей.	61
3.2. Мотивы потребления табака.	66
3.3. Особенности курительного поведения.	68
3.4. Синдром отмены табака.	72
3.5. Особенности курительного поведения в состоянии алкогольного опьянения.	74
3.6. Результаты, причины и предпочитаемые формы и способы отказа от табакокурения.	76
3.7. Факторы провоцирующие табакокурение, факторы срыва и рецидива.	81
3.8. Возрастные особенности синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ.	85
<b>Глава 4. ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ СЗАТ</b>	89
4.1. Тест Фагестрёма.	89
4.2. Шкала зависимости от сигарет (CDS-12).	90

4.3. Анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения.	91
4.4. Анкета для определения типа курительного поведения Д. Хорна.	92
4.5. Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости (WISDM-68).	95
4.6. ROC-анализ инструментов измеряющих крейвинг.	100
4.7. Шкала оценки депрессии Бэка (BDI-II).	101
4.8. Тест на ситуативную и личностную тревожность (Спилбергера-Ханина).	101
4.9. Лечебно-диагностические подходы обеспечивающие отказ от табакокурения у лиц СЗАТ.	102
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	105
<b>ВЫВОДЫ</b>	115
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</b>	116
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b>	116
<b>Приложение 1.</b> Карта исследования.	146
<b>Приложение 2.</b> Тест Фагестрёма.	153
<b>Приложение 3.</b> Шкала зависимости от сигарет (CDS-12).	154
<b>Приложение 4.</b> Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости (WISDM-68).	155
<b>Приложение 5.</b> Анкета для определения типа курительного поведения Д. Хорна.	157
<b>Приложение 6.</b> Анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения.	158
<b>Приложение 7.</b> Шкала оценки депрессии А. Бэка.	159
<b>Приложение 8.</b> Шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина.	161

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<b>ДА</b>	Дофаминергические нейроны
<b>ВАК</b>	Высшая аттестационная комиссия
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВОТ</b>	Вентральная область тегмента
<b>ГАМК</b>	Гаммааминомасляная кислота
<b>МКБ-10</b>	Международная классификация болезней 10 пересмотра
<b>НЗТ</b>	Никотин заместительная терапия
<b>нХР</b>	н – холинорецептор
<b>ПЯ</b>	Прилежащее ядро
<b>СЗАТ</b>	Лица сочетано зависимые от алкоголя и табака
<b>ТЗ</b>	Табачная зависимость(лица зависимые от табака)
<b>ТТС</b>	Трансдермальная терапевтическая система
<b>ХОБЛ</b>	Хроническая обструктивная болезнь лёгких
<b>(alpha=)</b>	Альфа Кронбаха
<b>AUC</b>	площадь под ROC-кривой
<b>(BDI)</b>	Опросник депрессии Бэка
<b>(CDS-12)</b>	Шкала зависимости от сигарет - 12 вопросов
<b>(COMT)</b>	Катехол–О–метилтрансфераза
<b>(DAT1)</b>	Активный транспортёр допамина 1
<b>(DBH)</b>	Допамин бета гидроксилаза
<b>(FTND)</b>	Тест Фагестрёма на степень зависимости от никотина
<b>(gADH)</b>	Желудочная алкогольдегидрогеназа
<b>(GATS)</b>	Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака
<b>(ESPAD)</b>	Европейский проект исследования учащихся на алкоголь и наркотики
<b>(MAOA)</b>	Моноаминоксидаза типа А
<b>ROC-кривая</b>	Операционная характеристическая кривая наблюдателя
<b>SD</b>	Среднеквадратическое отклонение, стандартное отклонение
<b>(WISDM-68)</b>	Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости - 68

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность темы исследования.**

Обеспечение здоровья нации является первостепенной задачей для государства и медицинского сообщества.

От болезней связанных с табакокурением в России ежегодно умирает 400 тысяч человек [16]. Экономические потери страны от затрат на лечение заболеваний вызванных табакокурением и ущерб от преждевременной смертности составляют около 200 млрд. рублей в год [6].

Продолжительность жизни в России в 2017 году составила: мужчины - 67,5 лет, женщины - 77,4 лет. Главной особенностью смертности в России является значительная разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин, она составляет - 9,9 лет. В норме разница между средней продолжительностью жизни мужчин и женщин составляет 3-5 лет Основными причинами такой большой разницы средней продолжительностью жизни у мужчин и женщин в России является: курение, низкая стрессоустойчивость, экстремальные нагрузки и нежелание заниматься своим здоровьем.

По данным Росстата за 2017 год, структура причин смертности в России – 48% болезни сердечно-сосудистой системы, 15% - онкология, 4% - болезни органов дыхания и 5% - болезни органов пищеварения. Показатели смертности российских мужчин трудоспособного возраста в 10 раз выше, чем в развитых странах и в 5 раз выше, чем в развивающихся [31].

Причинами сверх смертности российских мужчин в трудоспособном возрасте являются плохое состояние здоровья, сильный стресс, экономические трудности, высокий травматизм. Плохое состояние здоровья российских мужчин обусловлено отсутствием заботы о своём здоровье, пренебрежение рекомендациями врачей, высоким уровнем алкоголизма и табакокурения. В Российской Федерации только 30% населения проявляет заботу о своём здоровье и не имеют вредных привычек: табакокурение и злоупотребление алкоголем [23].

Отказ от табакокурения это условие оздоровления организма и профилактики многих ассоциированных с табакокурением заболеваний. У прекративших курение смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снижается до уровня никогда не куривших, через 3-5 лет после отказа от табакокурения, а от онкологических заболеваний - через 8-10 лет. По этой причине помощь в отказе от табакокурения по критериям эффективности и стоимости является наиболее перспективным направлением профилактики хронических неинфекционных заболеваний, улучшения качества и увеличения продолжительности жизни. Эти факты доказаны и проверены в проспективных исследованиях [224].

Многолетний успешный мировой опыт борьбы против табакокурения был обобщён в специальном документе ВОЗ - «Международной рамочной конвенции по борьбе с табаком». В 2008 году наша страна ратифицировала рамочную конвенцию на государственном уровне. Также в России принята «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы». 12 февраля 2013 года Государственной думой Российской Федерации принят, а 23 февраля 2013 года подписан президентом России Федеральный закон №15 - ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Закон вступил в силу с 1 июня 2013 года.

#### **Степень разработанности темы исследования.**

В настоящее время в России проводятся административные и экономические меры по борьбе с табакокурением. Разработаны эффективные программы – медицинской помощи по отказу от табака, и лечению табачной зависимости. Вместе с тем, медицинские лечебно-профилактические мероприятия зачастую проводятся в недостаточном объёме, в связи с неподготовленностью врачей, и недостаточностью организационно-методической базы [28, 35].

Основным контингентом, обращающимся в наркологические учреждения, являются больные алкоголизмом [19]. Подавляющее большинство наркологических больных состоящих на учёте в специализированных лечебных

учреждениях являются потребителями табака. В связи с отсутствием специальных исследований о распространённости табакокурения среди данного контингента, точная эпидемиологическая картина неясна. Как правило, диагноз: синдром зависимости от табака. (F17.2) врачами психиатрами-наркологами, оказывающими специализированную врачебную помощь наркологическим больным, игнорируется. Немногочисленные исследования сочетанной зависимости от алкоголя и табака за рубежом не дают полного представления по данной проблеме.

**Цель исследования** - выявить клинические и возрастные особенности основных проявлений синдрома зависимости от табака у лиц, страдающих алкоголизмом.

**Объект исследования:** лица с сочетанной алкогольной и табачной зависимостью (СЗАТ), лица с только табачной зависимостью (ТЗ).

**Предмет исследования:** клиническая картина, поведенческие и психологические характеристики табачной зависимости.

**Задачи исследования.**

1. Изучить клинические особенности синдрома зависимости от табака у лиц, сочетано зависимых от алкоголя и табака.
2. Изучить возрастные особенности основных проявлений синдрома зависимости от табака у лиц, страдающих алкоголизмом.
3. Изучить влияние факторов, провоцирующих табакокурение.
4. Провести сравнительный анализ диагностических шкал, используемых при диагностике табакокурения и определить целесообразность их применения в практической и научной деятельности.

**Эмпирическая база исследования:** в исследовании (2014-2015) принимали участия пациенты наркологического профиля находящиеся на стационарном лечении ГБУЗ МНПЦН ДЗ г. Москвы и клинической базе ФГБУ ННЦ наркологии. Всего было обследовано 217 человек, из них 152 человека с сочетанной зависимостью от алкоголя и табака и 65 человек с только табачной зависимостью.

### **Методология и методы исследования.**

В исследовании использовались нами клинико-психопатологический, психометрический, статистический методы.

**Степень достоверности результатов исследования:** обеспечивается представительностью и достоверностью исходных данных. Обзор литературы основан на тщательном и глубоком анализе научных публикаций связанных с темой исследования, использовались ресурсы баз PubMed и MedLine. Ясная и чёткая формулировка цели и задач исследования, применение проверенных валидных методик и диагностических шкал, достаточная мощность выборки (152 пациента основной группы и 65 человек контрольной группы), статистическая обработка с помощью компьютерной программы SPSS ver.21 обеспечивают достоверность результатов исследования. Выводы и практические рекомендации логически верны.

### **Научная новизна.**

В работе впервые:

- установлены социально-демографические особенности, у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака;
- выявлены клинические особенности основных проявлений синдрома зависимости от табака у лиц, сочетано зависимых от алкоголя и табака;
- выявлены факторы провоцирующих табакокурение у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака;
- выявлены возрастные особенности течения табачной зависимости у лиц, больных алкоголизмом;
- впервые проведен сравнительный анализ диагностических шкал, использующихся для диагностики синдрома зависимости от табака у данного контингента больных, и определена целесообразность их применения для практической и научной деятельности.

### **Теоретическая и практическая значимость работы.**

В результате работы было установлено:

1. Клиническая картина табачной зависимости у лиц СЗАТ имеет ряд

существенных особенностей, отличающих её от клинической картины табачной зависимости у лиц зависимых только от табака.

2. Выявлены провоцирующие табакокурение факторы, а также факторы срыва и рецидива табакокурения у лиц СЗАТ.

3. Выявлены возрастные особенности табачной зависимости у лиц СЗАТ.

4. Проведён сравнительный анализ применения диагностических инструментов измеряющих табачную зависимость у лиц СЗАТ.

5. Полученные результаты позволят более дифференцированно применять диагностические инструменты измерения табачной зависимости, как в практической медицине, так и в научной деятельности.

#### **Положения, выносимые на защиту.**

1. У лиц СЗАТ отмечается тяжелая степень зависимости от табака, проявляющаяся высокой толерантностью к никотину (большое количество выкуриваемых сигарет, предпочтение табачных изделий с высоким содержанием никотина), интенсивным табакокурением, выраженной клинической картиной синдрома отмены табака с преобладанием тревожно-депрессивной симптоматики.

2. Выявлены факторы, влияющие на курительное поведение лиц СЗАТ: недостаточная степень осознания вреда, наносимого табакокурением, высокая степень подверженности провоцирующим табакокурение факторам, недостаточная мотивация на отказ от табака.

3. С целью объективизации основного клинического признака синдрома зависимости от табака - крэйвинга (аддиктивное влечение), был проведён сравнительный анализ инструментов измерения данного признака.

4. Проведён сравнительный анализ эффективности диагностических инструментов измеряющих различные аспекты табачной зависимости у лиц СЗАТ.

5. Установлено, что с возрастом меняется клиническая картина синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ, в том числе увеличивается доля лиц готовых к полному отказу от табака.

### **Внедрение результатов работы в практику.**

Полученные результаты применяются в клинической работе с лицами СЗАТ и образовательной деятельности в ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

### **Апробация работы и публикации.**

Проведение диссертационного исследования одобрено Комитетом по этике научных исследований ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ – 1 февраля 2016 года, протокол № 8/4.

Апробация диссертации состоялась 12 декабря 2017 года на заседании проблемной комиссии по клинической наркологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, протокол № 16.

Результаты работы отражены в 3 публикациях в рекомендуемых ВАК изданиях.

### **Структура и объём диссертации.**

Диссертация изложена на 162 страницах и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа иллюстрирована 5 таблицами, 56 рисунками. Список литературы содержит 301 источник, из них 37 – отечественные и 264 – зарубежные авторы.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

### 1.1. Современное состояние проблемы.

По заключению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), табакокурение и употребление алкоголя являются первой и третьей из главных устранимых причин общей заболеваемости и преждевременной смертности населения.

Распространённость табакокурения во всём мире достигло масштабов глобальной эпидемии. Особенностью табачной зависимости в сравнении с алкогольной и наркотической зависимостями является отсутствие социальной, семейной и личностной дезадаптации по мере развития заболевания. По этой же причине в обществе табакокурение считается не заболеванием, а вредной привычкой. Свою глобальную распространённость табакокурение получило в конце 19 в начале 20 века, когда были изобретены и стали использовать машины для производства сигарет. Курение табака стало социально приемлемым, модным и культивируемым явлением в обществе. Достигалось это через средства массовой информации: газеты, журналы, книги, кино, телевидение.

Табакокурение является основной угрозой для общественного здоровья населения мира, от заболеваний вызванных табакокурением ежегодно умирает 5-6 миллионов человек. По прогнозам к 2030 году смертность от заболеваний, вызванных табакокурением, составит 8,3 миллиона человек в год, а к концу XXI века умрёт в общей сложности 1 миллиард человек. Курящие мужчины сокращают продолжительность своей жизни в среднем на 13 лет, курящие женщины на 14,5 лет [22]. Большинство этих смертей произойдёт в странах с низким и средним уровнем дохода [178, 201].

Российская Федерация по распространённости табакокурения в мире занимает 4 место и 1 место по потреблению табака на душу населения. В результате проведённого глобального опроса взрослого населения по потреблению табака (GATS) было установлено, что в России потребляют табачные изделия 40% взрослого населения (43 млн. человек). Это самый высокий

показатель в мире. В Российской Федерации являются курильщиками 60,2% мужчин и 21,7% женщин. При этом курит почти половина граждан России в самой экономически и демографически активной возрастной группе от 19 до 44 лет (7 из 10 мужчин и 4 из 10 женщин). Табакокурение является одной из основных причин сокращения продолжительности жизни в стране, от заболеваний вызванных табакокурением ежегодно в России преждевременно умирает 400000 человек [16]. По данным исследования рисков преждевременной смертности от заболеваний связанных с табакокурением умирает 17% от общей численности преждевременных смертей [197]. Свыше 60% российских курильщиков хотели бы отказаться от курения. К сожалению, около 90% попыток отказаться от этой пагубной привычки оказываются безуспешными [10]. По результатам проведённого в 2007 году в России этапа международного проекта школьных исследований по алкоголю и наркотикам (ESPAD), среди учащихся 15-16 лет - 66% подростков пробовали курить в течение жизни, регулярно курят 29% подростков, доля мальчиков, регулярно курящих составляет 37%. Приобщение к ежедневному курению более характерно для мальчиков во всех возрастных группах [17].

В ряде исследований было выявлено, что табакокурение зависит от уровня образования, материального положения и семейного статуса. Так уровень зависимых от табакокурения ниже среди людей семейных с высшим образованием и выше среди неженатых без высшего образования [4, 5].

Отрицательное воздействие табакокурения на здоровье человека определяется токсическим воздействием компонентов табачного дыма попадающих в организм. В настоящее время, определён и изучен химический состав компонентов табачного дыма, и из 4000 химических соединений выявлены 100 являющиеся в различной степени токсичными для организма человека [22]. Особенностью табачной интоксикации является широта токсического и повреждающего воздействия на органы и ткани, причинами которой является возникновение злокачественных опухолевых процессов, сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов дыхания и др. Установлена причинная связь

табакокурения с 40 заболеваниями человека. Доказан вред табакокурения на все системы и органы человека являясь опосредованно причинным фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, инсульт, облитерирующий эндартериит нижних конечностей и др.), заболеваний бронхолёгочной системы (хронический бронхит, ХОБЛ, рак лёгких), заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), онкологических заболеваний [36]. Известно, что среди больных раком лёгкого мужчин 85-95% составляют курильщики [20]. Среди страдающих хроническим бронхитом - 75% курильщиков. Табакокурение является одним из основных этиологических факторов развития хронического бронхита и ХОБЛ [3].

Табакокурение способствует развитию рака различной локализации, но в основном дыхательной и пищеварительной систем: рак лёгких, рак гортани, рак полости рта, рак пищевода, рак желудка, рак печени, рак поджелудочной железы, рак почек, рак мочевого пузыря, рак молочной железы [78]. Среди курильщиков самые высокие показатели смертности от ХОБЛ и рака лёгких [134]. Смертность от злокачественных онкологических заболеваний в России в 52% случаев у мужчин и в 5% случаев у женщин этиологически связано с табакокурением [20]. Табакокурение увеличивает риск развития рака лёгких в 15 раз, рака гортани в 10 раз, рака носоглотки, полости рта и пищевода в 5 раз [8].

Курение является основной причиной развития сердечно-сосудистых заболеваний [196]. В когортном исследовании регулярно курящих мужчин атрибутивного риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от интенсивности ежедневного табакокурения составил: малая интенсивность от 1 до 9 сигарет в сутки - 64,6%, средняя интенсивность от 10 до 20 сигарет в сутки - 27,5%, высокая интенсивность от 21 сигарет и выше в сутки - 68,5% [1]. В проведённом исследовании по программе ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» 91% перенёсших инфаркт миокарда являлись «злостными» курильщиками [7].

Риск смертности больных ишемической болезнью сердца после отказа от табакокурения значительно снижается [90]. Табакокурение является фактором риска развития гипертонической болезни [29]. Отказ от табакокурения имеет решающее значение в уменьшении смертности от сердечно-сосудистой патологии, занимающей первое место в структуре мировой смертности. Прекращение табакокурения в любом возрасте значительно снижает риск преждевременной смерти от всех связанных с табакокурением заболеваний [271].

В докладе главного хирурга США в 2014 году отмечается, что преждевременная смертность в США от заболеваний связанных с табакокурением, составляет 480000 человек, а финансовые издержки, в размере 289 млрд. долларов, из которых 130 млрд. долларов затраты на лечение заболеваний вызванных табакокурением, 150 млрд. долларов издержки на производстве связанные с преждевременной смертностью курильщиков, 5 млрд. долларов потери от преждевременной смертности вследствие пассивного курения. При сохраняющейся тенденции табакокурения 5,6 миллионов молодых людей до 18 лет преждевременно умрут во взрослом возрасте по причине табакокурения. При этом распространённость табакокурения среди взрослых значительно сократилась, с 43% в 1965 году до 18% в 2014 году. С 2010 года в США разработана и принята на государственном уровне национальная стратегия по борьбе с табакокурением, целью которой снижение уровня табакокурения среди взрослых и молодых курильщиков до 10% в течение 10 лет [301].

В проведённых в США 3 когортных исследованиях смертности от табакокурения проведённых 1959-1965, 1980-1988 и 2000-2010 году захватывающие 50 лет выявили эволюцию смертности от табакокурения с 1959 по 2010 год. В результате было установлено, что относительные и абсолютные риски смертности от табакокурения женщин увеличились и сравнялись со смертностью от табакокурения мужчин. Смертность среди мужчин 50-74 лет и женщин 60-74 лет от всех причин в три раза выше среди курящих, чем тех, кто никогда не курил. Продолжает расти смертность от ХОБЛ как среди мужчин, так и среди женщин. В проведённом исследовании было установлено, что отказ от курения

повышает уровень сывороточного билирубина эндогенного антиоксиданта, который снижает риск развития рака лёгких и сердечно-сосудистых заболеваний [196].

На протяжении многих лет основным контингентом, обращающимся в наркологические учреждения в Российской Федерации, являются больные алкоголизмом, они составляют 81,3 % от общего числа зарегистрированных больных [19]. Распространенность табакокурения среди обращающихся за медицинской помощью зависимых от алкоголя пациентов, по данным зарубежных авторов, может достигать 80% [72, 189]. Табачная зависимость и зависимость от алкоголя часто являются коморбидной патологией. Так, по результатам ряда исследований распространённость табакокурения среди зависимых от алкоголя в 2-3 раза выше, чем в общей популяции [129]. Зависимые от алкоголя курильщики подвержены более высокому риску заболеть и умереть в связи с развитием у них вызываемых курением заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, хронические заболевания лёгких, онкологические заболевания лёгочного и кишечного трактов [22]. В результате ряда лонгитюдных исследований зависимых от алкоголя лиц, наблюдаемых в процессе лечения, было установлено, что болезни связанные с употреблением табака являются ведущей причиной заболеваемости и смертности у алкоголезависимых курильщиков, а не непосредственно от связанных с употреблением алкоголя расстройств. В результате исследований установлено, что 50% курильщиков получавших лечение от алкоголизма умирает от заболеваний вызванных табакокурением [151, 152]. Также в ряде исследований было выявлено, что относительный риск смертности у лиц с алкогольной и никотиновой зависимостью выше, чем зависимых от алкоголя и никотина по отдельности [133, 198, 232]. Так алкоголезависимые курильщики имеют более низкие показатели общего соматического и психического состояния здоровья, чем больные с каждой нозологией по отдельности [228]. Степень алкогольной и никотиновой зависимостей при их сочетании выше, чем каждой по отдельности [158], а вероятность спонтанной ремиссии ниже [101].

## 1.2. Биологические основы коморбидности.

Алкогольная зависимость и зависимость от табака очень часто являются сопутствующими друг другу заболеваниями. В ряде исследований было установлено, что 80-90% лиц с алкогольной зависимостью являются курильщиками, тогда как лица без алкогольной зависимости в общей популяции курят около 30% [57, 92, 207]. Существуют несколько теорий, которые пытаются объяснить высокую коморбидность алкогольной и никотиновой зависимости.

### *Генетические факторы*

Одна из теорий - генетическая, она объясняет высокую коморбидность алкогольной и никотиновой зависимостей наличием и влиянием общих генетических факторов [106, 250, 276]. В проведённом генетическом исследовании монозиготных близнецов, где оценивалась роль генетических, средовых и социальных факторов на формирование алкогольной и никотиновой зависимости была установлена генетическая корреляция между этими заболеваниями [276]. Проведённые широкомасштабные генетические исследования табачной зависимости среди европейцев показали, что существует связь между количеством выкуриваемых сигарет и множеством генетических вариантов. Наибольшее значение в формировании и риске развития табачной зависимости был выявлен генный участок в локусе CHRNA5-CHRNA3-CHRNA4 хромосомы 15 [195, 266, 269]. Экспериментально доказано, что генетический риск развития никотиновой зависимости зависит от двух биологических механизмов: рецептора функционального изменения CHRNA5 полиморфизм rs 16969968 и изменчивость в CHRNA5 механизма экспрессии м-РНК полиморфизм rs 588765 [58, 279]. Совместный анализ не коррелируемых одиночных нуклеотидных полиморфизмов (SNP) rs 16969968 и rs 588765 указывает, что каждый из вариантов оказывает независимое от другого влияние на формирование никотиновой зависимости [251]. Это даёт возможность оценки высоких рисков предрасположенности к развитию никотиновой зависимости, позволяет изучить в сравнении с генетическим фактором другие факторы вызывающие или

способствующие возникновению и развитию табачной зависимости. В ряде исследований близнецов было установлено, что алкогольная и никотиновая зависимость имеют общие генетические влияния [125, 259, 276, 292]. Так же была выявлена генетическая связь между никотиновой зависимостью и большим депрессивным расстройством [167, 194], генетические перекрытия между никотиновой зависимостью и расстройством поведения и антисоциальным расстройством личности [120, 266].

#### *Механизм сочетанного действия никотина и алкоголя на нХР*

В формировании коморбидности никотиновой и алкогольной зависимостей ряд исследователями выделяет ведущую роль нХР, как точки приложения совместного действия этанола и никотина [79, 80, 215, 216, 217]. Известно, что активация нХР повышает способность к концентрации внимания, сосредоточения, работоспособности, уменьшается время реакции на стимул, улучшается скорость и координация когнитивных процессов, что может являться факторами положительного подкрепления стимуляции нХР прямым экзогенным агонистом-никотином [188].

При попадании в организм никотин связывается с нХР, активируя их. При длительном действии лиганда (никотина) нХР обратимо снижают чувствительность (десенситизируются) [222]. У курящего человека в течение дня поддерживается и постепенно повышается фоновая концентрация никотина [52, 139, 187]. При таком длительном воздействии этой фоновой концентрации никотина большая часть нХР десенситизируются (становятся нечувствительными к агонисту) переходят в нефункциональное «спящее» состояние, то есть нХР становятся нефункциональными [114, 115, 144, 248, 252, 256]. Продолжительная десенситизация большинства нейрональных нХР, приводит к развитию устойчивости нХР рецепторов к высокой фоновой концентрации никотина в крови, вследствие чего каждое следующее введение никотина не вызывают столь ярких эффектов как первые. В организме хронического курильщика компенсация инактивированной части нХР рецепторов, и поддержание функциональной активности холинергической системы происходит за счёт компенсаторного

увеличения их количества [47, 94]. Данная теория была экспериментально подтверждена рядом исследований на модельных клеточных линиях содержащих nXP [233], на nXP мозга экспериментальных животных (крыс) [249], а так же при посмертном исследовании мозга курящих и некурящих людей [54, 60].

В условиях, при которых концентрация никотина в организме начнёт снижаться (во время сна, воздержания от курения), большое количество nXP из инактивированного состояния начнут возвращаться в своё функциональное состояние. Это с течением времени происходит лавинообразно, в связи, с чем происходит чрезмерная гиперактивация холинергической и сопряжённых с ней других нейрональных сетей. Клинически это всё проявляется симптоматикой синдрома отмены в виде астено-невротических и аффективных проявлений в виде раздражительной слабости, истощаемости, снижения работоспособности, трудности сосредоточения, гневливости, тревожного беспокойства. При поступлении в организм новой порции никотина избыточное количество рецепторов инактивируется, что приводит к стабилизации эмоциональной сферы. В результате формируется патологический круг, когда необходимо постоянно поддерживать большинство рецепторов в инактивированном состоянии, дабы находиться в состоянии психического комфорта [13].

Рядом авторов было высказано предположение, что этанол является аллостерическим модулятором nXP, действуя непосредственно на молекулу рецептора, изменяя сродство nXP к агонисту, так молекула этанола увеличивает сродство активного участка молекулы nXP к никотину и уменьшает сродство ингибирующего участка молекулы nXP к никотину, в результате чего никотин - неполный агонист nXP по силе эффекта приближается к полному агонисту nXP ацетилхолину [275]. Ещё одной особенностью совместного взаимодействия никотина и этанола является то, что этанол увеличивает активацию nXP, вызванную никотином [199]. Так у хронических курильщиков имеется избыточное количество nXP, большая часть которых десенситизированна фоновым присутствием никотина. Выход nXP из нефункционального состояния в функциональное сопровождается избыточной активацией холинергической

системой нейрональных сетей, тем самым ускоряя наступление синдрома отмены никотина, что вызывает желание принять новую порцию никотина, чтобы «успокоить» рецепторы. Таким образом, этанол ускоряет процесс выхода нХР из нефункционального состояния, следствием чего является компенсаторная поведенческая реакция потребления никотина, с целью «успокоить» рецепторы, с целью достижения холинергической системы равновесного состояния [14]. Можно предположить, что это один из механизмов, с которым связан феномен увеличения частоты и количества употребления сигарет, в состоянии алкогольного опьянения.

#### *Роль дофаминергической системы награды в формировании коморбидности*

В развитии различных форм химической зависимости важную роль играет дофаминергическая система подкрепления. Известно, что функциональная недостаточность дофаминергической нейротрансмиссии является основой синдрома дефицита удовольствия, который способствует развитию зависимостей [2]. В работе по генетическому исследованию курильщиков было установлено, что аллельные полиморфизмы в гене обратного транспортёра дофамина (DAT1) прочно ассоциированы со статусом курения, а аллельные варианты генов метаболизма дофамина (МАОА, COMT, DBH) имеют чёткую связь с повышенным риском формирования никотиновой зависимости и трудностью отказа от курения табака [27].

Мезолимбическая дофаминергическая система состоит из дофаминергических нейронов (ДА) расположенных в вентральной области тегментума (ВОТ) связанных с лимбическими структурами - прилежащим ядром (ПЯ). Выработка дофамина в прилежащем ядре из аксонов дофаминергических нейронов является химическим механизмом системы награды мозга [98, 176]. Рядом исследователей установлено, что системное введение никотина увеличивает синтез и метаболизм дофамина в прилежащем ядре [77, 130, 93, 154, 219]. Другим механизмом увеличения секреции дофамина в прилежащем ядре является воздействие никотина на пресинаптические нХР локализованные на

ГАМК-ергических нейронах. При одномоментном воздействии никотина на нХР происходит увеличение секреции ГАМК, которая оказывает тормозное влияние на ДА-ергические нейроны в ВОТ. При длительном же воздействии никотина на пресинаптические нХР ГАМК-ергических нейронов они десенситизируются, что приводит к снижению секреции ГАМК, а это уменьшает тормозное влияние на ДА-ергические нейроны в ВОТ, что приводит к увеличению секреции дофамина в прилежащем ядре [42]. Из вышеизложенного следует то, что никотин, попадающий в организм, стимулирует секрецию дофамина в системе вознаграждения мозга, с последующими эффектами награды, а это способствует закреплению поведенческих стереотипов обеспечивающих поступление его в организм [15,53]. Так же, в результате наблюдений было установлено, что секреция дофамина в прилежащем ядре при выкуривании сигареты обратно пропорциональна фоновому уровню никотина в крови. Фоновый уровень никотина у хронического курильщика в течение дня нарастает и к концу дня достигает своего максимума. С этим связано то, что эйфоризирующий эффект от сигареты в конце дня минимальный, а после длительного перерыва (сон, воздержание) первая выкуренная сигарета обладает наиболее выраженным эффектом удовольствия [110]. Степень последующего удовольствия от выкуренных сигарет будет зависеть от разницы между активацией и десенситизацией различных подтипов центральных нХР [94].

Экспериментально было установлено, что этанол, так же как и никотин активировать дофаминергическую систему награды мозга. В эксперименте на крысах *in vivo* было выявлено увеличение секреции дофамина в прилежащем ядре на введение этанола [153, 282, 291]. Между стимуляцией локомоторной активности и эффектами вознаграждения существует устойчивая связь [290] и оба эти действия вызываемые введением этанола опосредуются активацией системы награды мозга через увеличение секреции дофамина в прилежащем ядре. Эффект на введения этанола может иметь двойственный характер и зависит от его концентрации. Малые дозировки этанола усиливают, а высокие подавляют секрецию дофамина и локомоторную активность [149, 153]. Это может быть

связано с тем, что этанол повышает уровень ГАМК в отдельных областях головного мозга (медиальной перегородке, чёрной субстанции, бледном шаре) [89]. Установлено, что введение никотина усиливает вызванную последующим введением этанола секрецию дофамина в прилежащем ядре, что говорит о перекрёстном усилении эффектов друг друга [59, 160]. Усиление эффектов награды мозга приводит к закреплению и увеличению совместного употребления никотина и этанола [15]. Этот механизм, по-видимому, объясняет очень частое и интенсивное употребление никотина в состоянии алкогольного опьянения как никотин зависимыми, так и никотин независимыми курильщиками с целью усиления эффекта удовольствия.

#### *Нейропротективная роль никотина*

Существует альтернативная теория высокой коморбидности никотиновой и алкогольной зависимостей, так выдвигается гипотеза, что одной из причин формирования совместной зависимости никотина и алкоголя является нейропротективные свойства никотина. В эксперименте на мышах было установлено, что хроническое поступление никотина в организм повышает толерантность организма к этанолу, проявляться снижением чувствительности организма к алкогольному опьянению, и способствует увеличению потребления алкоголя [81]. Это может объяснять нам феномен совместного злоупотребления алкоголя и табака. Известно, что при хронической алкогольной интоксикации происходит дегенерация ретикулярной холинергической системы в виде уменьшения количества холинергических нейронов в стволе мозга, коре и гиппокампе [44]. В эксперименте на крысах было установлено, что воздействие холиномиметиками (никотин) улучшает память, а антагонисты усиливают нарушения памяти, вызванные длительной алкоголизацией [141]. Нейропротективные свойства никотиновых агонистов связывают с тем, что при активации некоторых подтипов нХР происходит повышение внутриклеточных запасов ионов Са. Активация нХР снижает нейротоксические эффекты при длительном повреждающем воздействии этанола так и при его прекращении [244]. Так одним из вариантов восстановления высших когнитивных функций в

результате длительного повреждающего воздействия алкоголя следует считать применение фармакологических средств активаторов нХР.

### **1.3. Коморбидность никотиновой зависимости.**

Так же выявлена связь табакокурения с этиологией психиатрических заболеваний [161]. Табакокурение часто сопутствует синдрому зависимости от психоактивных веществ, расстройствам настроения, тревожным расстройствам и поведенческим нарушениям [40, 62, 63, 64, 111, 129, 131, 159, 174, 226, 231, 259]. Ежедневное курение может являться инициальным фактором формирования зависимости от алкоголя или большого депрессивного эпизода [64]. В исследовании при сравнении групп никотин зависимых курильщиков и никотин независимых курильщиков было выявлено, что у первых риск развития психических расстройств в 2-3 раза выше, чем у независимых от никотина курильщиков [73].

В общей популяции исследователями выявлена взаимосвязь между никотиновой зависимостью и другими психическими заболеваниями: моно и биполярным аффективным расстройством [99, 116, 124, 286], алкогольной и наркотической зависимостями [74, 99], расстройством поведения и синдромом дефицита внимания [193], паническим расстройством, агорафобией и изолированными фобиями [99, 184].

В результате ряда исследований было установлено, что наличие коморбидного психического расстройства у алкоголезависимых курильщиков уменьшает вероятность ремиссии в случае отказа от никотина или алкоголя [122, 175]. Наличие у алкоголезависимых субъектов с никотиновой зависимостью большой распространённости психических расстройств составляет большую проблему для здравоохранения стран всего мира [183].

Никотиновая зависимость часто сопутствует многим психическим расстройствам. Так по данным разных авторов табачная зависимость наблюдается у 58-80% больных шизофренией [95], у 51-70% больных с биполярным расстройством [70, 86, 126, 145], у 40-60% больных с большим депрессивным

расстройством [145, 203]. В ряде исследований было установлено, что среди больных шизофренией было выявлено 83% ежедневных курильщика, а среди больных расстройствами настроения 65% ежедневных курильщиков, при шизофрении высоки риски инициации ежедневного табакокурения, они выше, чем у больных с расстройствами настроения [96]. Также отмечено, что нейрокогнитивный дефицит - нарушение психических функций(процессов обучения, запоминания, концентрации внимания, скорости обработки информации) более характерен и более выражен у больных шизофренией, чем при биполярном расстройстве [281]. В ряде исследований были получены данные, что курение у больных шизофренией улучшает отдельные аспекты когнитивной дисфункции [121, 281, 289]. Курение табакоспецифично компенсирует когнитивный дефициту больных шизофренией, что не характерно для биполярного расстройства и большого депрессивного расстройства [210]. Высокие уровни табакокурения у больных биполярным расстройством и большим депрессивным расстройством связаны с попыткой самолечения аффективной симптоматики и повышением уровня MAO [46, 118, 132, 206]. Проблема лечения табачной зависимости у больных шизофренией в настоящее время во всём мире стоит достаточно остро и пока не имеет эффективного решения [11]. Ряд авторов предлагают для лечения никотиновой зависимости у больных шизофренией основные усилия сосредоточить на компенсации когнитивного дефицита [103, 212, 289].

Употребление алкоголя широко распространено среди любителей сигарет, и он является ведущим фактором предотвратимой заболеваемости и смертности [208]. Несмотря на снижение уровня курящих, совместное употребление алкоголя и никотина среди курильщиков широко распространено [200]. Совместное употребление алкоголя и никотина особенно распространено среди молодых людей, лиц сочетано зависимых от алкоголя и никотина [111]. В проведённом исследовании влияния сигарет содержащих различные концентрации никотина было выявлено, что сигареты с низким содержанием никотина снижают употребление алкоголя в сравнении с сигаретами с

нормальным содержанием никотина [48]. Никотин напрямую может повлиять на эффекты алкоголя, изменив концентрацию этанола в крови и изменить эффекты алкоголя. Никотин может ускорить метаболизм этанола, увеличив активность ферментов печени цитохрома P4502E1 (CYP2E1) [186, 202] опосредовать начало метаболизма алкоголя алкогольдегидрогеназой желудка (gADH) [88], замедляя опорожнение желудка [39, 119]. Никотин может усиливать подкрепляющие эффекты алкоголя. Никотин обладает свойством усиливать подкрепляющее действие других подкреплений [66, 104]. Никотин косвенно потенцирует награду алкоголя через мезолимбическую систему [200]. В целом никотин потенцирует эффекты алкоголя как среди ежедневных курильщиков [235] так и среди ситуационных курильщиков [38], что согласуется с подкрепляющими и усиливающими свойствами никотина. Табакокурение может являться триггером употребления алкоголя [258]. Совместное употребление алкоголя и сигарет формирует взаимную ассоциативную связь. В результате чего курение может являться пусковым механизмом употребления алкоголя, что характерно для алкоголезависимых курильщиков. Исследователями установлено, что алкоголезависимые курильщики имеют более тяжёлые и злокачественные формы употребления алкоголя, чем никогда некурящие зависимые от алкоголя [91, 135, 283]. Среди обращающихся за медицинской помощью алкоголезависимых лиц распространённость табакокурения составляет 80% [164]. Так же установлено что абстинентный синдром у алкоголезависимых курильщиков протекает более тяжело в сравнении с некурящими алкоголиками [278]. Это согласуется с синергетическим эффектом никотина и алкоголя и повидимому является причиной формирования более тяжёлых формы алкогольной зависимости [67, 181]. Совместное злоупотребление никотина и алкоголя имеют общие пути формирования обеих зависимостей, и совместное их употребление приводит к более тяжёлым комбинированным формам расстройств [209]. Верно и обратное, что степень табачной зависимости у алкоголезависимых курильщиков более тяжёлая, чем у курильщиков не алкоголиков [148, 163]. Курительный статус является маркером более тяжёлой формы алкогольной зависимости и симптомов

отмены [278]. Существенной проблемой алкоголезависимых курильщиков является плохая удерживаемость на амбулаторном лечении, а также в стационарах с режимом запрета курения табака [278].

#### **1.4. Роль депрессии в формировании сочетанной алкогольной и никотиновой зависимости.**

Существует два аспекта взаимосвязи депрессии и табакокурения, первый аспект - то, что курение вызывает нейрхимические изменения, приводящие к депрессии, второй то, что депрессия способствует табакокурению как способу самолечения негативного эмоционального состояния [69, 123, 138, 240]. Исследования уровней табакокурения среди лиц с депрессией и без выявили закономерность, что для лиц с депрессией характерна тяжёлая форма табакокурения и никотиновой зависимости. Чем более выражена депрессия, тем сложнее реализация отказа от табакокурения и хуже прогноз [61, 62, 167]. Также установлена предрасположенность к табачной зависимости у пациентов с большим депрессивным расстройством, никотин повышает их настроение, активность, работоспособность, снимает когнитивную заторможенность. Имеются данные о том, что отказ от табакокурения у больных эндогенной депрессией может спровоцировать срыв ремиссии и обострение депрессивной симптоматики. Поэтому отказ от табакокурения у лиц с эндогенной депрессией проводится на фоне активной антидепрессивной терапии [87]. Имеются доказательства того, что курильщики с наличием в анамнезе алкогольной зависимости и депрессии имеют большие трудности в отказе от табакокурения. Никотин активирует ацетилхолиновые рецепторы и опосредованно улучшает настроение и снижая негативную аффективную симптоматику [227]. Таким образом, табакокурение у алкоголезависимых в ремиссии может являться попыткой компенсировать депрессивную негативную симптоматику и используется как метод самолечения. Этот фактор необходимо учитывать в процессе лечения табакокурения у алкоголезависимых лиц разрабатывая лечебные программы, направленные на нормализацию аффективной сферы [257].

### **1.5. Роль тревоги в формировании никотиновой и алкогольной зависимости.**

Многие проведённые эпидемиологические исследования подтверждают, что тревожные расстройства повышают риски развития алкогольной зависимости и зависимости от других психоактивных веществ по сравнению с общей популяцией [83, 128, 136, 168, 205, 246]. Зависимость от алкоголя, никотина, каннабиноидов у лиц с тревожными расстройствами развивается быстрее, чем у лиц без тревожных расстройств [180, 191].

Согласно некоторым нейробиологическим моделям [177, 253] дисрегуляция мозговых систем в результате тревоги и стресса является причиной повторного приёма психоактивных веществ и формирования зависимости. У лиц с тревожными расстройствами дисрегуляция мозга способствует формированию привыкания к никотину [142, 236, 277]. Тревога является важным фактором в формировании никотиновой зависимости [179, 211]. Люди, страдающие тревожными расстройствами значительно чаще, чем другие испытывают пристрастие к никотину [63, 113, 182] и алкоголю [56, 225, 270], а так же менее успешны в отказе от табака [190]. Они начинают курить и продолжают это делать с целью борьбы с тягостными эмоциональными состояниями [294, 297]. В ряде исследований установлена положительная прямая взаимосвязь между ситуационной тревожностью и степенью никотиновой зависимости [55, 203, 204, 220, 247, 300] и тяжестью симптомов отмены никотина [295, 296]. Так же выявлена обратная отрицательная взаимосвязь между уровнем ситуационной тревожности и уровнем мотивации на отказ от табака [295]. Люди с высоким уровнем ситуационной тревожности курят больше, чтобы избежать беспокойства и снизить уровень отрицательных эмоций [297]. Ряд исследователей высказываются о наличии взаимосвязи между уровнем ситуационной тревожности во время отказа от табакокурения и рецидивом [298, 299]. Повышенный уровень тревожности связан с попыткой справиться с отрицательным аффектом в форме употребления алкоголя в общей популяции [97, 262, 263]. Измерение уровня тревоги у людей, злоупотребляющих алкоголем,

может помочь в прогнозировании развития алкогольной зависимости [255]. Для алкоголезависимых курильщиков табакокурение является важной стратегией борьбы с отрицательными эмоциональными состояниями [220]. Повышенный уровень ситуационной тревожности у лиц, страдающих от алкогольной и никотиновой зависимости может отрицательно влиять как на мотивацию к отказу, так и само прекращение употребления никотина и алкоголя. Уровень личностной тревожности также связан со степенью никотиновой зависимости и особенностями курительного поведения. Личностная тревожность - это склонность личности реагировать тревогой на внешнее окружение [261]. В ряде исследований было установлено, что взрослые курильщики имеют повышенный уровень личностной тревожности, чем в общей популяции [245, 287], другие исследователи не выявили этой взаимосвязи [68, 112, 169, 267]. Выраженная личностная тревожность связана с тяжёлой степенью никотиновой зависимости у взрослых курильщиков [45] и у курящих подростков [102]. У взрослых и подростков её высокий уровень связан с большей степенью мотивации на отказ от табакокурения по сравнению с курящими, с низким уровнем личностной тревожности [82, 268]. В другом исследовании было установлено, что высокий уровень личностной тревожности связан с планированием отказа от табакокурения, но на самом деле не приводит к реализации отказа [267]. Высокие показатели личностной тревоги связаны с повышением уровня употребления алкоголя взрослыми [284]. В исследовании алкоголь зависимых курильщиков и некурящих алкоголиков было установлен более выраженный уровень тревожности курящих [278]. В ряде исследований ситуационная тревожность и личностная тревожность алкоголезависимых курильщиков положительно коррелирует со степенью никотиновой зависимости [45, 102, 220, 300]. Ситуационная тревожность алкоголезависимых курильщиков играет особую роль и в начале ремиссии, и в фазе срыва [43, 300]. Люди с повышенным уровнем ситуативной тревожности испытывают большие трудности в процессе отказа от табака [190]. В целом Zvolensky M.J. с коллегами (2009) постулировал, что тревожные расстройства, а не ситуационная тревожность должны являться

лечебными целями терапии эффективного отказа от табакокурения. Алкоголезависимые курильщики с высоким уровнем ситуационной и личностной тревожности плохо переносят симптомы отмены никотина [213, 296]. По результатам исследования отказа от табакокурения алкоголезависимых курильщиков было выявлено, что уровень личностной тревожности более значим, чем уровень ситуационной тревожности в успешности отказа от табакокурения, что необходимо учитывать в разработке лечебных программ отказа от табакокурения алкоголезависимых лиц [166].

Следует учитывать оба вида тревожности как факторов, на которые можно воздействовать с целью улучшения эффективности отказа от табака у алкоголезависимых курильщиков [166].

### **1.6. Курение табака и изменение пищевого поведения.**

Многие курильщики считают, что курение помогает им контролировать своё пищевое поведение и вес. Неудовлетворённость своим внешним видом и опасения по поводу увеличения веса тела могут помешать отказу от табакокурения [65, 76, 84, 156, 170, 185, 214, 223, 234, 243, 285, 288]. Также в ряде исследований было установлено, что лица озабоченные своим лишним весом с меньшей вероятностью сообщают о готовности отказа от табакокурения и чаще прекращают своё участие в лечебных программах ещё до её начала [85, 280].

Известно, что никотин воздействует на энергетический обмен в организме. Табакокурение приводит к уменьшению потребления пищи, повышению физической активности и ускорению обмена веществ, прекращение табакокурения вызывает гиперфагию и набор веса [117].

В ряде исследований было показано, что курящие табак весят меньше чем некурящие [41, 105], а отказ от табакокурения вызывает увеличение веса [117, 173, 192]. Табакокурение используется как стратегия контроля веса многими курильщиками, особенно молодыми женщинами. Увеличение веса тела является серьёзным препятствием для тех, кто хочет отказаться от табакокурения [75, 171, 172]. К сожалению применяемые в настоящий момент фармакологические методы

лечения табакокурения никотин заместительная терапия, варениклин, бупрапион не показали своей эффективности в борьбе с увеличением веса [264].

### **1.7. Перекрёстное влияние алкогольной и никотиновой зависимостей.**

Одним из основных факторов способствующих возникновению и формированию никотиновой зависимости является употребление алкоголя. Ряд исследований среди юношей и подростков показали, употребление алкоголя приводит к инициации и формированию никотиновой зависимости и наоборот [100, 157]. Употребление алкоголя улучшает адаптацию к воздействию табакокурения, что способствует в дальнейшем физиологической адаптации и формированию никотиновой зависимости [241]. Возникновение алкоголизма у курильщиков в 10 раз выше, чем некурящих [150]. Раннее же начало курения является значимым предиктором для последующего формирования алкогольной зависимости [127], а также существуют значительные генетические перекрытия между никотиновой и алкогольной зависимостью [254]. Существует мнение, что никотин обладает нейропротективными свойствами в отношении цитотоксических эффектов алкоголя [272, 273]. Зависимые от никотина и алкоголя для получения эффекта потребляют никотин и алкоголь в больших количествах, чем зависимые от никотина и алкоголя по отдельности, в связи с развитием перекрёстной толерантности [293]. Алкоголезависимые курильщики также являются «заядлыми» курильщиками [147] и испытывают большие трудности по отказу от табакокурения [87, 146].

### **1.8. Клинические формы табачной зависимости.**

Смирнов В.К. в клинике табачной зависимости выделяет: синдром патологического влечения к курению табака, синдром отмены, мотивы прекращения табакокурения, ремиссия, рецидив [33].

По мнению Смирнова В.К., синдром патологического влечения к табакокурению является стержневым синдромом табачной зависимости, в нём он

выделяет идеаторный, вегето-сосудистый и невротический компоненты составляющих его клиническую сущность [33].

Клинически синдром патологического влечения к табаку Смирнов В.К. выделяет две формы течения - периодическую и постоянную. Периодическая форма патологического влечения к табаку характеризуется светлыми промежутками «не курения» в течении суток, курильщик на время как бы забывает о курении, может зависеть от контекста (дома, по времени суток, на работе и др.). Данной форме не свойственно «курение ночью» и «натошак». Постоянная форма патологического влечения к табаку характеризуется регулярным, без «светлых промежутков», не зависящим от контекста ритмом табакокурения. Характерно пробуждение ночью чтобы покурить и «курение натошак» [33].

Смирнов В.К. и Сперанская О.И. выделяют 3 клинические формы табачной зависимости.

Идеаторная форма табачной зависимости характеризуется наличием в сознании мыслей и образов по теме табакокурения, появляющихся спонтанно и иногда достигающих степени навязчивостей. Данная клиническая форма диагностируется у 10-15% систематических курильщиков, возникает в раннем возрасте 9-14 лет, отсутствует или незначительно выражен этап эпизодического курения и как следствие этого раннее начало систематического табакокурения 12-18 лет, периодический тип патологического влечения к табакокурению, возможность самостоятельного прекращения табакокурения с ремиссией от 1 до 12 месяцев [33, 34].

Диссоциированная форма табачной зависимости проявляется преобладанием в клинической картине вегето-сосудистой симптоматики, наряду с наличием в сознании ярких образов о табакокурении. Данная форма диагностируется у 60-65% систематических курильщиков, возникает в раннем возрасте 5-6 лет, периодический тип табакокурения сочетается с «курением натошак», также присутствует «автоматизм курения» (не осознаётся процесс закуривания сигареты). Отказ от табакокурения при небольшом стаже возможен

самостоятельно, при длительном стаже табакокурения требует медицинской помощи [33, 34].

Психосоматическая форма табачной зависимости проявляется сочетанием идеаторного, вегето-сосудистого и невротического компонента патологического влечения к табаку. Данная форма диагностируется у 20-25% систематических курильщиков. Особенностью является - автоматизм курения, отсутствие осознания причины, почему они курят. Невротический компонент проявляется астенической, аффективной, дисфорической симптоматикой. Для неё характерно отсутствие периода эпизодического табакокурения, поздний возраст начала систематического табакокурения, раннее начало выкуривания первой сигареты после пробуждения, «курение натошак», постоянный тип патологического влечения к табакокурению, невозможность самостоятельного отказа от табакокурения, для отказа требуется медицинская помощь [33, 34].

### **1.9. Лечение табачной зависимости.**

Табачная зависимость является хроническим заболеванием с высоким риском рецидива (срыва) после прекращения табакокурения. Лечение табачной зависимости должно быть направлено на полный и окончательный отказ от табака, что требует применения современных и научно обоснованных подходов в терапии табакокурения. В течении года у половины лиц после отказа от табака возникает рецидив, частота вероятности возникновения рецидива (срыва) обратно пропорциональна времени воздержания от табакокурения и наиболее высока в первые недели отказа [16]. Первым и необходимым условием отказа от табака является прекращение табакокурения.

В настоящее время существующие программы по отказу от табака с доказанной эффективностью содержат 2 компонента: консультирование и медикаментозное лечение. Интенсивность консультирования (частота и продолжительность сеанса) прямо пропорциональна достижению успешного результата лечения. Из медикаментозных лекарственных средств с доказанной

эффективностью в Российской Федерации зарегистрированы: цитизин, никотинзаместительная терапия (НЗТ) и варениклин.

Никотинзаместительная терапия рассматривается как препараты 1 линии для больных зависимых от табака. Их назначение оправданно ко всем категориям курильщиков независимо от их уровня мотивации и может назначаться временно в условиях, где табакокурение запрещено. В результате проведённого мета-анализа Кокрановского сотрудничества (Cochrane Collaboration) 132 исследований препаратов НЗТ, было установлено, что применение препаратов НЗТ увеличивает показатели прекращения табакокурения на 50-70% [16].

Известно, что при одновременном лечении табачной и алкогольной зависимостей в фазе абстиненции возникает ряд трудностей. Так ряд авторов считают, что одновременное развитие синдрома отмены обеих зависимостей может препятствовать успеху в достижении ремиссий [162]. Помимо этого, исследователи данного вопроса считают, что одно из веществ может являться условным раздражителем и провоцирующим фактором для возобновления употребления другого и вызывать тягу к нему, что может закончиться рецидивом [155, 184]. Поэтому параллельное лечение алкогольной и никотиновой зависимостей может протекать легче и успешнее, чем лечение каждой зависимости последовательно по отдельности. Однако в ряде исследований было установлено, что одновременное лечение алкогольной и никотиновой зависимостей приводило к достижению более низких показателей отказа от алкоголя, чем при лечении никотиновой зависимости через 6 месяцев после отказа от алкоголя [162]. Также в проведённых независимо друг от друга двойных слепых плацебо контролируемых исследованиях лечения табачной зависимости у лиц СЗАТ в стадии ремиссии, было выявлено, что нет сравнительной разницы в эффективности НЗТ + бупропиона в сравнении с НЗТ + плацебо в лечении табачной зависимости и профилактики рецидивов табакокурения у лиц СЗАТ [137, 165]. В другом проведённом исследовании стратегий одновременного отказа от табакокурения и алкоголя, а так же отсроченного через 6 месяцев отказа от

табакокурения после отказа от алкоголя не выявил в этих двух группах существенной разницы в достижении годовой ремиссии в отказе от табакокурения [218]. Наличие противоречивых данных в результате клинических исследований лечения табачной зависимости у лиц СЗАТ оставляет большой простор для дальнейших научных исследований в этом направлении.

### **1.10. Выводы и итоговый анализ.**

В связи с высокими демографическими и экономическими издержками, связанными с высокой заболеваемостью и смертностью мужчин трудоспособного возраста от заболеваний, вызванных потреблением табака в Российской Федерации проводится ряд профилактических и ограничительных потребление табака мероприятий, закреплённых на законодательном уровне - Федеральный закон №15 - ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (повышение акцизов на сигареты, увеличение зон свободных от табачного дыма и т.д.). Эти меры в основном направлены на предупреждение вовлечения новых лиц в курение табака.

Стандарты и подходы лечения табакокурения у лиц зависимых от табака разработаны применительно к контингенту без сопутствующей психической патологии. Как мы видим, синдром зависимости от табака часто является коморбидным с алкогольной зависимостью, психическими заболеваниями шизофренического спектра, СДВГ и аффективными расстройствами. Высокая коморбидность синдрома зависимости от табака и алкоголя в своей основе имеет тесно взаимодействующие биологические механизмы формирования обеих зависимостей. Это обуславливает схожие психопатологические проявления, и поведенческие паттерны. Для данного контингента больных характерна выраженная степень зависимости от табака и низкий процент лиц отказавшихся от табакокурения. В отечественной психиатрии и наркологии рекомендации и стандарты лечения синдрома зависимости от табака у контингента больных

наркологического и психиатрического профиля не разработаны и по настоящее время.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод об отсутствии эффективной и последовательной стратегии лечения зависимости от табака у больных алкоголизмом. Большинство авторов склоняются к мысли, что лечить необходимо оба заболевания. Вместе с тем в литературе не приводится конкретных рекомендаций по организации лечебной работы у курящих табак больных алкоголизмом. Также нам не встретилось законченных исследований, посвящённых особенностям клинической картины никотиновой зависимости у лиц зависимых от алкоголя. В этой связи представляется целесообразным проведение дальнейших исследований направленных на изучение клинических особенностей табачной зависимости у больных алкоголизмом.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Общая характеристика материала исследования.

#### 2.1.1. Объект исследования.

Для решения поставленных задач исследования был выбран поперечный (cross-sectional) дизайн, как наиболее удобный формат изучения клинической феноменологии и описания зависимости от табака в двух различных совокупностях.

Объектом нашего исследования явились две группы лиц с установленным в соответствии с критериями МКБ-10 диагнозами [30]: Синдром зависимости от табака F 17.2 и синдромом зависимости от алкоголя F 10.2. Средняя стадия. Целенаправленное сплошное исследование проводилось нами на базе ГБУЗ МНПЦН ДЗ г. Москвы и клинической базе ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, где обследовались пациенты, находящиеся на стационарном лечении в количестве 152 человек. Лица в количестве 65 человек, были набраны сплошным методом в общей популяции в соответствии с критериями МКБ-10 Синдром зависимости от табака F17.2. Для проведения исследования, мы выделили 2 группы.

В основную группу (группа 1) - сочетано зависимых от алкоголя и табака (группа СЗАТ), вошли мужчины, в количестве 152 человек, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом: Синдром зависимости от алкоголя. Средняя стадия (F10.21.2) и сопутствующим диагнозом: Синдром зависимости от табака (F17.2). Средний возраст пациентов составил  $42.49 \pm 10.51$ . Больные основной группы (группа СЗАТ) набирались на 2 клинических базах: в наркологических отделениях г. Москвы: ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» и ФГБУ ННЦ наркологии Минздрава России, в период с июля 2014 по декабрь 2014 года. Все обследованные больные дали добровольное согласие на своё участие в проведении исследования и находились в условиях наркологического стационара. Проводилась фармакотерапия в соответствии с действующими стандартами лечения. Исследование больных проводилось на 10-й день

нахождения в стационаре, в постабстинентный период, в виде беседы, установления клинического диагноза, а так же, заполнения совместно с исследователем индивидуальной карты исследования и опросников (психометрических шкал).

Группу сравнения (группа 2) - зависимых от табака (группа ТЗ), составили 65 мужчин курильщиков, отвечающих критериям (МКБ-10) синдрома зависимости от табака (F17.2), набранных сплошным методом, в общей популяции без синдрома зависимости от алкоголя. Средний возраст составил  $43.21 \pm 11.81$ . Исследование проводилось в тот же день после получения согласия на обследование, в виде беседы, установления клинического диагноза, а так же, заполнения совместно с исследователем индивидуальной карты исследования и опросников (психометрических шкал).

Полученные данные заносились в сводную таблицу программы MS Excel, проводилась статистическая обработка с помощью программы SPSS ver.21.

Для каждой группы были установлены критерии включения и не включения в исследование:

*Критерии включения в исследование для группы СЗАТ:*

1. Мужчины в возрасте от 20 до 70 лет включительно;
2. Установленный диагноз по МКБ-10, Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. Средняя стадия. Воздержание в условиях исключающих употребление.(F10.21.2);
3. Установленный диагноз по МКБ-10, Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Синдром зависимости. Средняя стадия.(F17.2);
4. Наличие подписанного информированного согласия на участие в научном исследовании.

*Критерии не включения в исследование для группы СЗАТ:*

1. Синдром зависимости от других психоактивных веществ;
2. Сопутствующие психические заболевания (шизофрения, эпилепсия, биполярное расстройство, СДВГ);

3. Сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации (ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, инсульт, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) в стадии дыхательной недостаточности);

4. Отказ пациента подписать информированное согласие на участие в научном исследовании.

*Критерии включения в исследование для группы ТЗ:*

1. Мужчины в возрасте от 20 до 70 лет включительно;

2. Лица отвечающие критериям синдрома зависимости от табака;

3. Отсутствие анамнестических данных, свидетельствующих о злоупотреблении алкоголем;

4. Наличие подписанного информированного согласия на участие в научном исследовании.

*Критерии не включения в исследование для группы ТЗ:*

1. Синдром зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ;

2. Сопутствующие психические заболевания (шизофрения, эпилепсия, биполярное расстройство, СДВГ);

3. Сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации (ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, инсульт, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) в стадии дыхательной недостаточности);

4. Отказ пациента подписать информированное согласие на участие в научном исследовании.

*2.1.2. Особенности наркологического семейного анамнеза групп исследования.*

Изучение и анализ клиничко-психопатологических особенностей табачной зависимости у больных алкоголизмом мы начали с рассмотрения отягощённости семейного анамнеза. Наркологический анамнез семьи и семейная отягощённость в обеих группах табакокурением представлена на рисунке 1, злоупотреблением алкоголем на рисунке 2. Семейная отягощённость ТЗ со стороны отца (курящий отец) в 1 группе составила - 117 человек (77%), что статистически значимо выше ( $p=0,011$ ), чем в группе 2 - 39 человек (60%). Семейная отягощённость ТЗ со

стороны матери (курящая мать) в 1 группе составила - 30 человек (19,7%), что статистически значимо выше ( $p=0,027$ ), чем в группе 2-5 человек (7,7%). Семейная отягощённость ТЗ со стороны сестры (курящая сестра) в 1 группе составила - 28 человек (18,4%), что статистически значимо выше ( $p=0,044$ ), чем в группе 2-5 человек (7,7%). Семейная отягощённость ТЗ в основной и контрольной группах, со стороны бабушек и дедушек обоих родителей статистически значимо не различались.

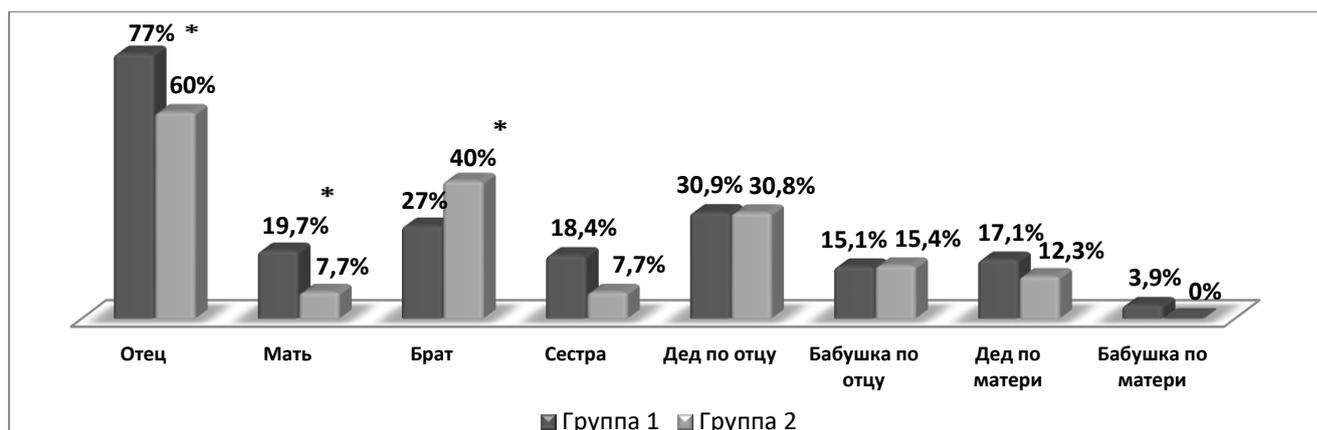


Рис.1. Семейная отягощённость табакокурением. \* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

На основании полученных данных можно сделать вывод, что наличие табачной зависимости со стороны обоих родителей является фактором риска формирования паттерна курительного поведения.

Семейная отягощённость алкоголизмом со стороны отца (пьющий отец) в 1 группе составило - 90 человек (59,2%), что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем в группе 2 - 6 человек (9,2%).

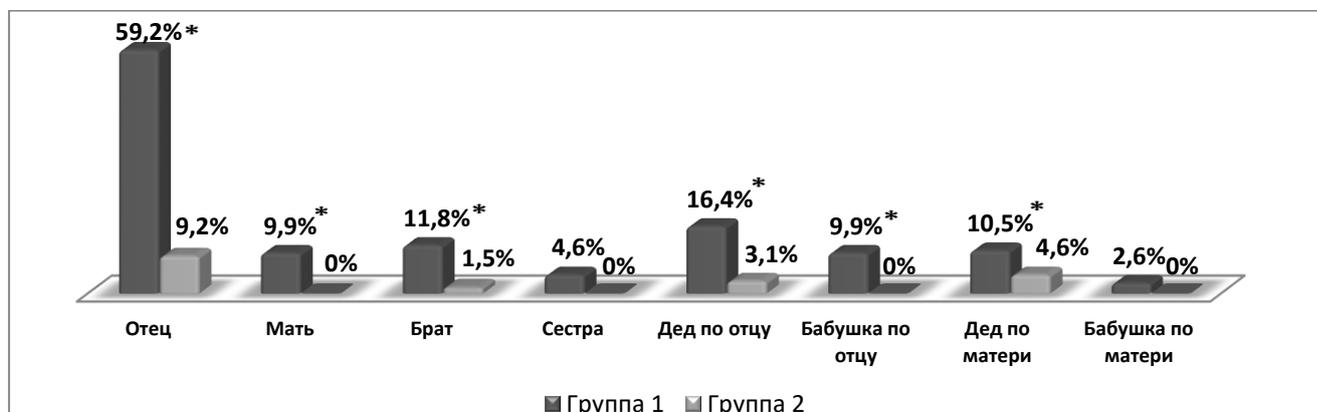


Рис.2. Семейная отягощённость злоупотреблением алкоголем. \* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Семейная отягощённость алкоголизмом со стороны матери (пьющая мать) в 1 группе составило - 15 человек (9,9%), что статистически значимо выше ( $p=0,009$ ), чем в группе 2 - 0 человек (0,0%). Семейная отягощённость алкоголизмом со стороны деда по отцу (пьющий дед по отцу) в 1 группе составило - 25 человек (16,4%), что статистически значимо выше ( $p=0,006$ ), чем в группе 2 - 2 человека (3,1%). Семейная отягощённость алкоголизмом со стороны бабушки по отцу (пьющая бабушка по отцу) в 1 группе составило - 15 человек (9,9%), что статистически значимо выше ( $p=0,009$ ), чем в группе 2 - 0 человек (0,0%). Семейная отягощённость алкоголизмом со стороны брата (пьющий брат) в 1 группе - 18 человек (11,8%), что статистически значимо выше ( $p=0,014$ ), чем в группе 2 - 1 человек (1,5%). Эти данные еще раз подтверждают, что высокая плотность семейной отягощенности по алкоголизму является биологическим фактором риска формирования зависимости от алкоголя.

### 2.1.3. Социально-демографические особенности групп исследования.

Состав семьи в детстве показан на рисунке 3.

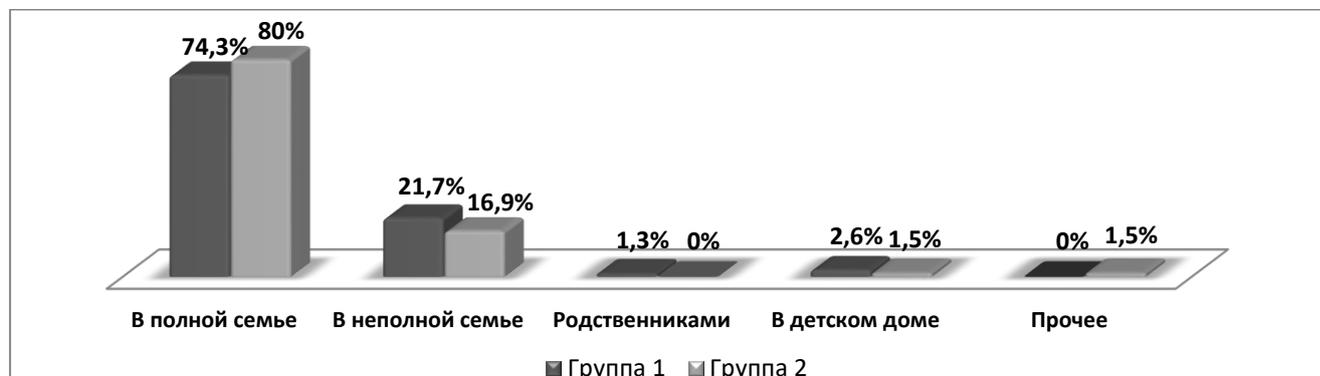


Рис.3. Воспитание в семье в детстве.\* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

По составу семьи в детстве группы СЗАТ и ТЗ статистически значимо не различались.

Взаимоотношения родителей в детстве показано на рисунке 4.

Статистически значимых различий выявлено не было ( $p=0,092$ ). Ровные отношения между родителями в семье в 1 группе выявлены у 87 человек (57,2%), во 2 группе у 50 человек (76,9%). Периодически конфликтные родительские взаимоотношения в 1 группе выявлены у 39 человек (25,7%), во 2 группе у 9 человек (13,8%).

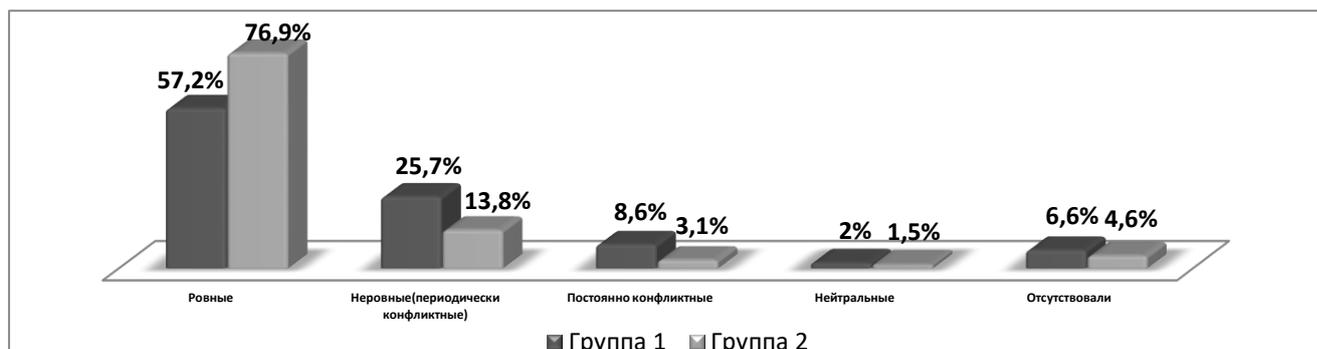


Рис.4. Взаимоотношения между родителями в детстве.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$   
 Постоянно конфликтные взаимоотношения между родителями в 1 группе выявлены у 13 человек (8,6%), во 2 группе у 2 человек (3,1%).

Особенности отношения родителей в раннем детстве графически представлены на рисунке 5.

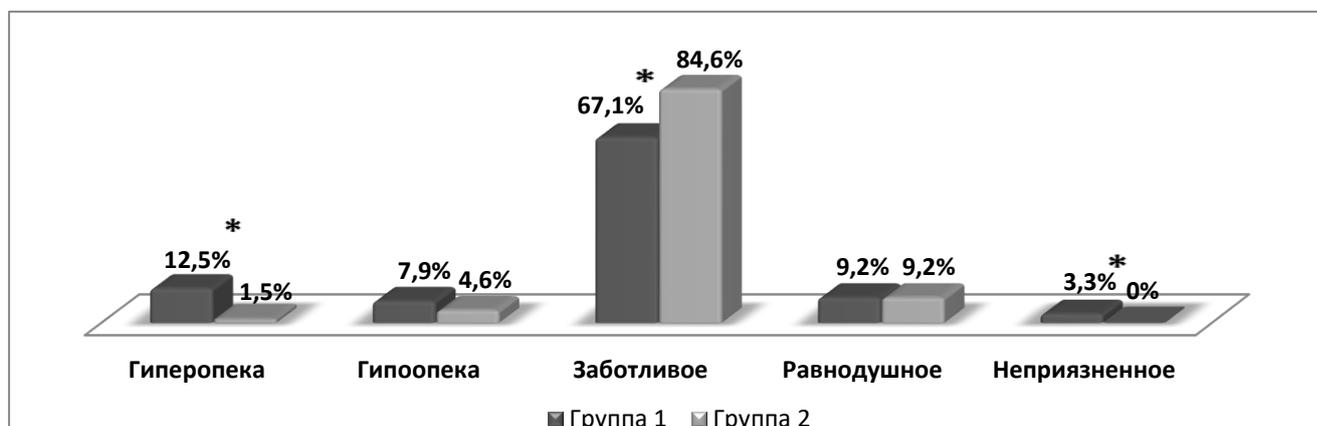


Рис.5. Отношение родителей к объекту исследования в раннем детстве.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Гиперопека имела место быть у 19 человек (12,5%) в 1 группе, что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем во 2 группе лишь у 1 человека (1,5%).

Неприятное отношение родителей в 1 группе было у 5 человек (3,3%), что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем во 2 группе у 0 человек (0%).

Заботливое отношение родители проявляли в 1 группе у 102 человек (67,1%), что статистически значимо ниже ( $p=0,007$ ), чем во 2 группе у 55 человек (84,6%).

Особенности родительского воспитания в раннем детстве в виде гиперопеки, гипоопеки, неприятного отношения и отсутствия заботы может способствовать формированию преморбидного фона зависимого поведения в подростковом возрасте.

Удовлетворённость своим положением в родительской семье показано на рисунке 6. Полностью были удовлетворены своим семейным положением в детстве в 1 группе 74 человека (48,7%), что статистически значимо ниже ( $p=0,003$ ), чем во 2 группе 45 человек (69,2%). Скорее не удовлетворены, чем удовлетворены в 1 группе были 22 человека (14,5%), что статистически значимо выше ( $p=0,003$ ), чем во 2 группе - 3 человека (4,6%). Неудовлетворены своим семейным положением в раннем детстве в 1 группе - 16 человек (10,5%), что статистически значимо выше ( $p=0,003$ ), чем во 2 группе - 1 человек (1,5%).

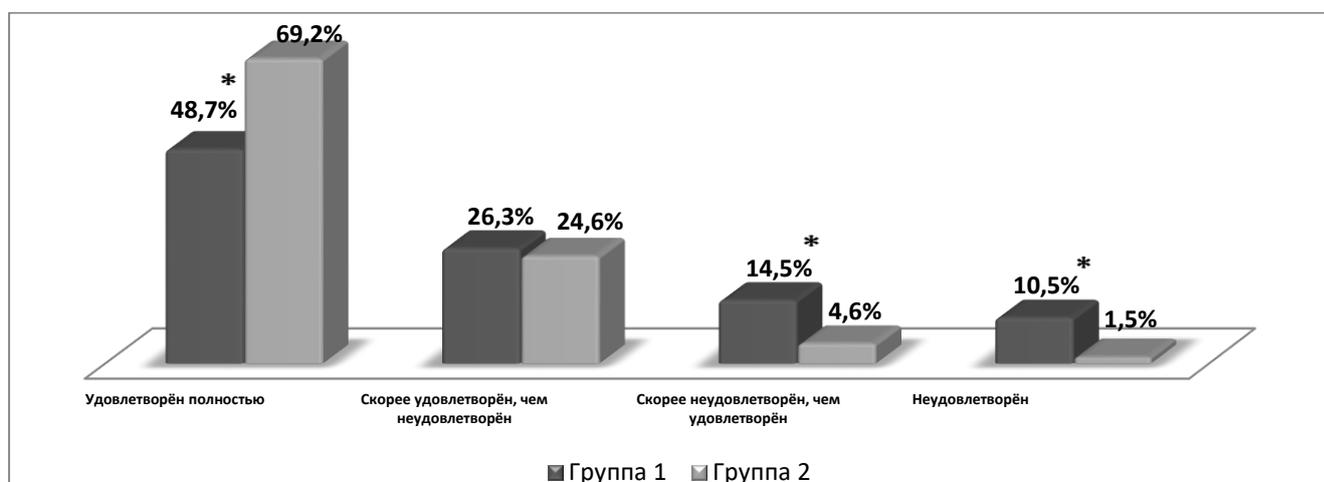


Рис.6. Удовлетворённость своим положением в родительской семье. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$

Неудовлетворённость своим семейным положением в раннем детстве может являться провоцирующим фактором способствующим формированию химических зависимостей.

Наличие невротических эпизодов в детстве показано на рисунке 7.

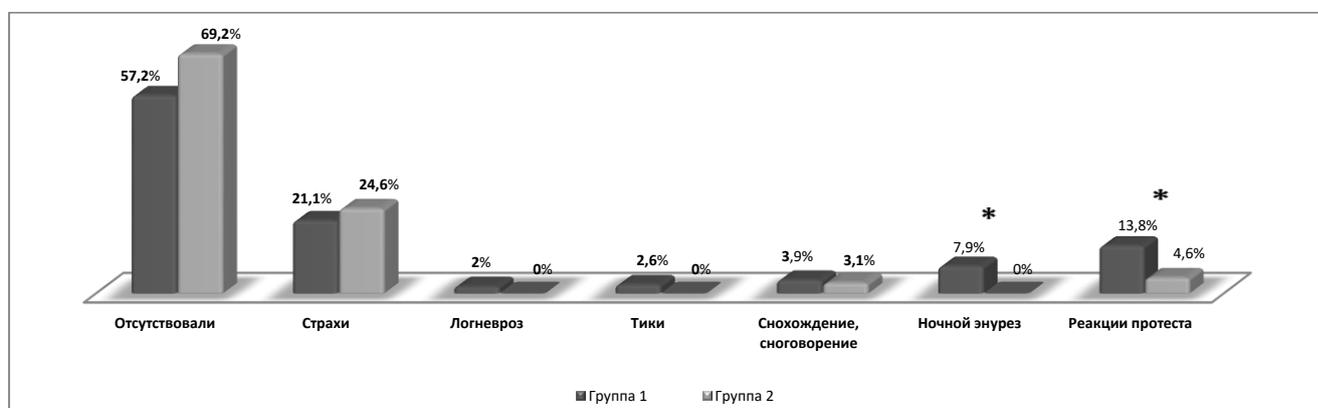


Рис.7. Невротические эпизоды в детстве.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Ночной энурез в детстве в 1 группе был у 12 человек (7,9%), что статистически

значимо выше ( $p=0,02$ ), чем во 2 группе у 0 человек (0%). Реакции протеста (уходы из дома и т. д) в 1 группе были у 21 человека (13,8%), что статистически значимо выше ( $p=0,048$ ), чем во 2 группе у 3 человек (4,6%).

В группе лиц СЗАТ чаще встречаются невротические эпизоды в раннем детстве, чем в группе лиц ТЗ. Более ранимая нейроархитектура психики может являться благоприятной почвой для формирования химических и нехимических зависимостей.

Семейный статус показан на рисунке 8. Лиц состоящих в браке в 1 группе 52 человека (34,2%), что статистически значимо ниже ( $p=0,000$ ), чем во 2 группе 48 человек (73,8%). В гражданском браке живут 32 человека (21,1%), что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем во 2 группе 6 человек (9,2%). В состоянии развода находятся 32 человека (21,1%), что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем во 2 группе 5 человек (7,7%). Холостых в 1 группе 31 человек (21,7%), что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем во 2 группе 6 человек (9,2%).

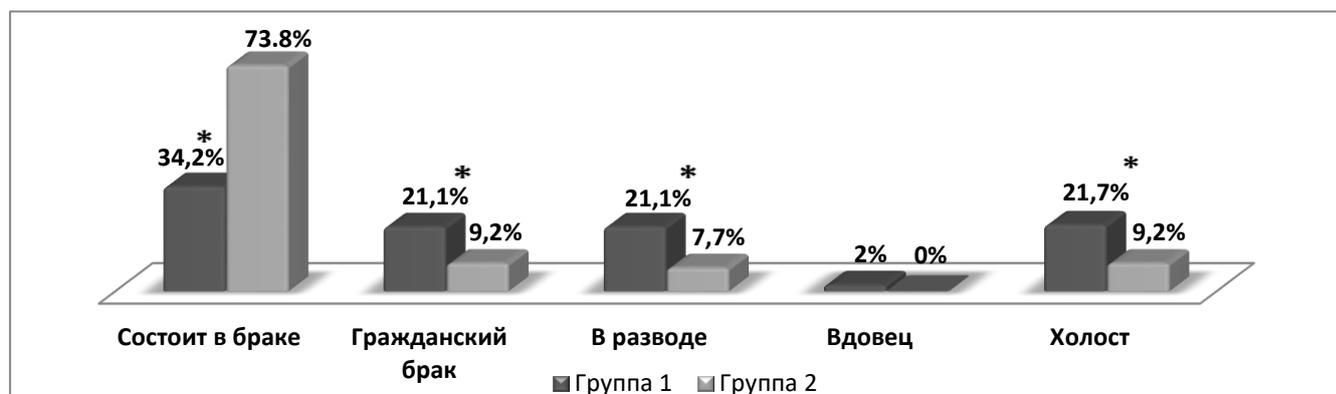


Рис.8. Семейный статус. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Семейное положение лиц СЗАТ менее благоприятное (высокий процент лиц в разводе, холостых, живущих гражданским браком) в сравнении с лицами ТЗ. Это может являться фактором провоцирующим алкоголизацию и табакокурение, так и являться социальными последствиями проявления заболевания.

Взаимоотношения в семье показаны на рисунке 9. Нормальные взаимоотношения в семье в 1 группе были у 94 человек (61,8%), что статистически значимо ниже ( $p=0,027$ ), чем во 2 группе у 55 человек (84,6%).

Умеренно конфликтные семейные взаимоотношения в 1 группе были у 21 человека (13,8%), что статистически значимо выше ( $p=0,027$ ), чем во 2 группе у 5 человек (7,7%). Средне конфликтные взаимоотношения в семье в 1 группе были у 14 человек (9,2%), что статистически значимо выше ( $p=0,027$ ), чем во 2 группе у 3 человек (4,6%). Крайне конфликтные взаимоотношения в семье в 1 группе были у 7 человек (4,6%), что статистически значимо выше ( $p=0,027$ ), чем во 2 группе у 1 человека (1,5%).

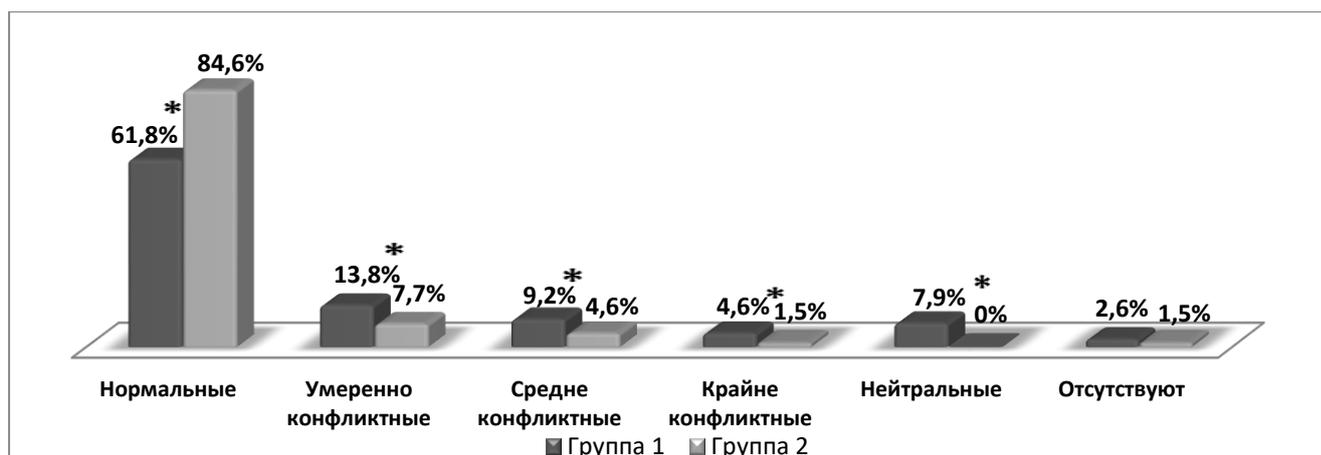


Рис. 9. Взаимоотношения в семье в настоящее время. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ . Нейтральные взаимоотношения в семье в 1 группе были у 12 человек (7,9%), что статистически значимо выше ( $p=0,027$ ), чем во 2 группе 0 человек (0%).

Конфликтная ситуация в семье, может являться как результатом зависимого поведения, так и провоцирующим и способствующим фактором формирования химических зависимостей.

Наличие детей в семье показано на рисунке 10.

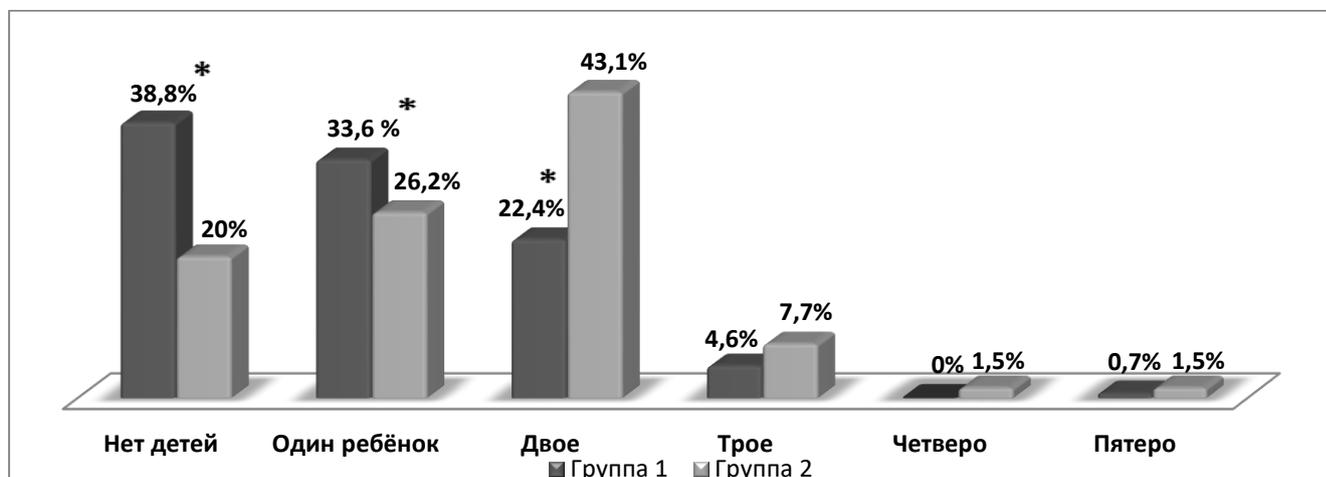


Рис.10. Наличие детей. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Отсутствуют дети в 1 группе у 59 человек (38,8%), что статистически значимо выше ( $p=0,007$ ), чем во 2 группе у 13 человек (20%). Один ребёнок в 1 группе у 51 человека (33,6%), что статистически значимо выше ( $p=0,007$ ), чем во 2 группе у 17 человек (26,2%). Двое детей в 1 группе у 34 человек (22,4%), что статистически значимо ниже ( $p=0,007$ ), чем во 2 группе у 28 человек (43,1%).

Уровень образования в группах показан на рисунке 11. Высшее образование в 1 группе имеют 43 человека (28,3%), что статистически значимо ниже ( $p=0,007$ ), чем во 2 группе, где высшее образование имеют 37 человек (56,9%). Незаконченное высшее в 1 группе у 19 человек (12,5%), что статистически значимо выше ( $p=0,007$ ), чем во 2 группе у 4 человек (6,2%). Среднее специальное образование в 1 группе имеют 57 человек (37,5%), что статистически значимо выше ( $p=0,007$ ), чем во 2 группе у 19 человек (29,2%). Среднее образование в 1 группе у 29 человек (19,1%), что статистически значимо выше ( $p=0,007$ ), чем во 2 группе, где среднее образование имеют лишь 4 человека (6,2%). Неоконченное среднее образование в 1 группе имеют 4 человека (2,6%), что статистически значимо выше ( $p=0,007$ ), чем во 2 группе у 1 человека (1,5%).

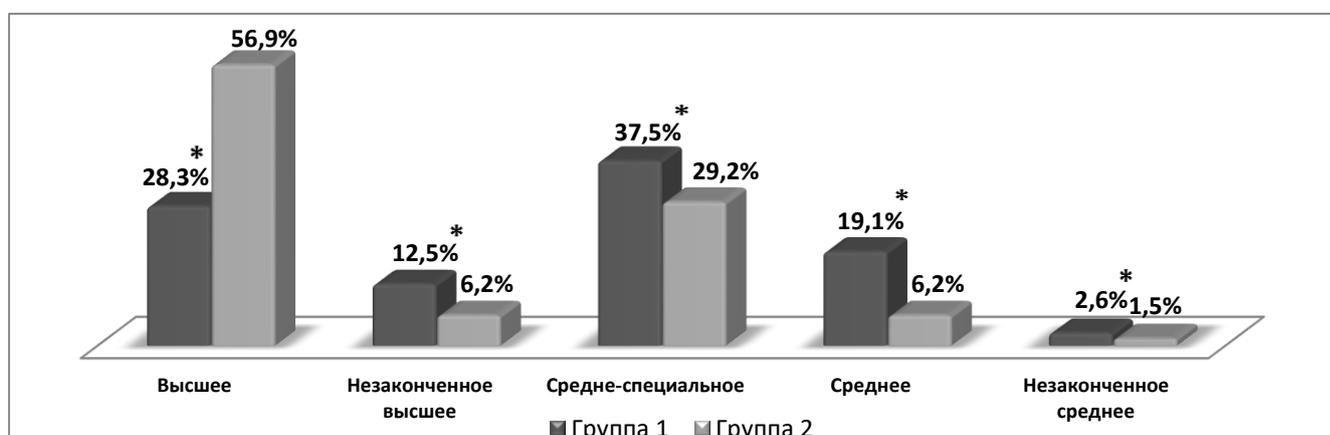


Рис.11. Уровень образования.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

В группе лиц СЗАТ доля лиц с высшим образованием в 2 раза ниже, чем в группе лиц ТЗ.

Трудовой статус в настоящее время показан на рисунке 12. Доля безработных лиц в 1 группе составила 57 человек (37,5%), что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем во 2 группе, где безработные составляют лишь 2 человека (3,1%). Доля лиц в статусе рабочих, в обеих группах в процентном

отношении сопоставимы 26,3% и 26,2%. Во 2 группе работающих в статусе служащих 39 человек (60%), что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем в 1 группе, где служащие составили 29 человек (19,1%).

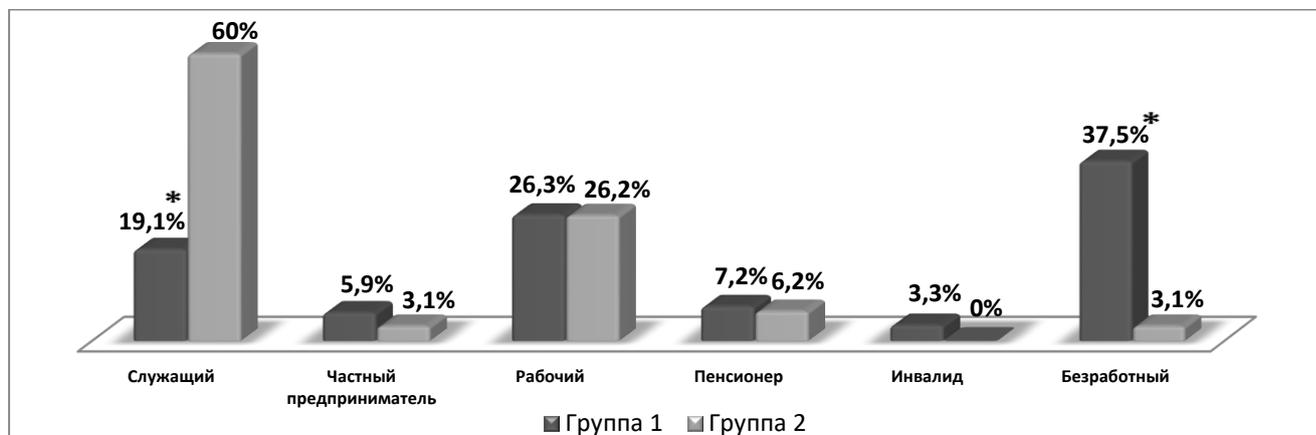


Рис.12. Трудовой статус в настоящее время. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Для лиц СЗАТ характерен высокий процент безработных, что может являться социальным последствием проявления алкогольной зависимости.

Жилищное обеспечение в обеих группах показано на рисунке 13. Доля лиц имеющих собственное жильё в 1 группе 111 человек (73%), что статистически значимо выше ( $p=0,009$ ), чем во 2 группе 43 человека (66,2%). Проживающих у родителей или родственников в 1 группе составило 28 человек (18,4%), что статистически значимо выше ( $p=0,009$ ), чем во 2 группе 7 человек (10,8%). Арендующие жильё в 1 группе составили 13 человек (8,6%), что статистически значимо ниже ( $p=0,009$ ), чем во 2 группе, где арендуют жильё 15 человек (23,1%).

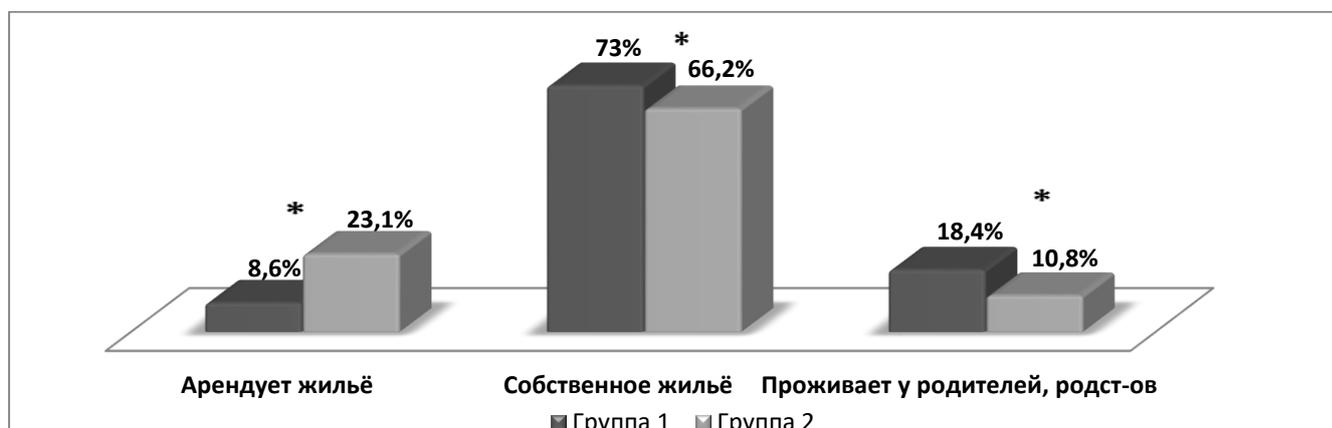


Рис.13. Жилищное обеспечение.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Жилищное обеспечение лиц СЗАТ более благоприятное, чем у лиц ТЗ.

Уровень материального положения показан на рисунке 14. Низкий уровень материального положения в 1 группе имели 14 человек (9,2%), что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем во 2 группе 0 человек (0%). Уровень материального положения ниже среднего в 1 группе имели 25 человек (16,4%), что статистически значимо выше ( $p=0,008$ ), чем во 2 группе 5 человек (7,7%). Средний уровень материального положения в 1 группе имели 99 человек (65,1%), что статистически значимо ниже ( $p=0,008$ ), чем во 2 группе 48 человек (73,8%). Уровень материального положения выше среднего в 1 группе имели 14 человек (9,2%), что статистически значимо ниже ( $p=0,008$ ), чем во 2 группе 11 человек (16,9%).

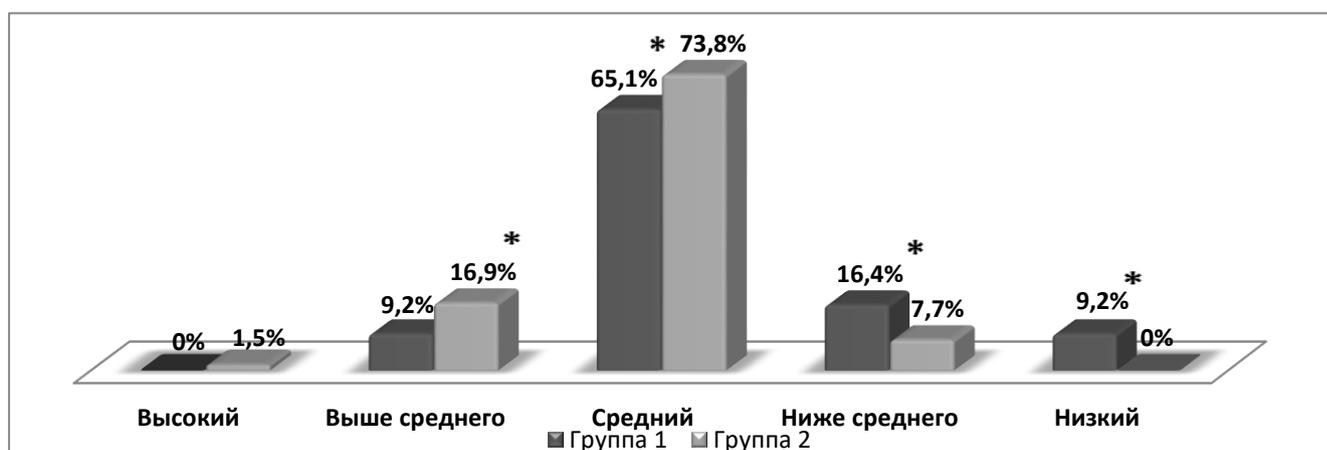


Рис.14. Уровень материального положения.\* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

У лиц СЗАТ уровень материального положения ниже, чем у лиц ТЗ.

Заболевания, связанные с табакокурением и употреблением алкоголя показаны на рисунке 15. В 1 группе отмечается высокая частота заболеваний бронхо-лёгочной системы. Доля лиц с установленным диагнозом хронический бронхит в 1 группе составило 34 человека (22,4%), что статистически значимо выше ( $p=0,046$ ), чем во 2 группе у 7 человек (10,8%). Диагноз ХОБЛ в 1 группе установлен у 1 человека (0,7%), что статистически значимо ниже ( $p=0,047$ ), чем во 2 группе, где диагноз ХОБЛ установлен у 3 человек (4,6%). Доля лиц перенесших пневмонию в 1 группе составило 24 человека (15,8%), что статистически значимо выше ( $p=0,003$ ), чем во 2 группе, где пневмонией переболел лишь 1 человек (1,5%). Доля лиц в анамнезе имеющих диагноз

токсический гепатит в 1 группе составляет 16 человек (10,5%), что статистически значимо выше ( $p=0,007$ ), чем во 2 группе, где данное заболевание отсутствует 0 человек (0,0%). Доля лиц с ЗЧМТ в анамнезе в 1 группе составила 40 человек (26,3%), что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем во 2 группе, где ЗЧМТ в анамнезе имел лишь 1 человек (1,5%). Доля общего травматизма (переломы костей) в анамнезе в 1 группе составило 78 человек (51,3%), что статистически значимо выше ( $p=0,000$ ), чем во 2 группе, где травмы в анамнезе имели лишь 4 человека (6,2%).

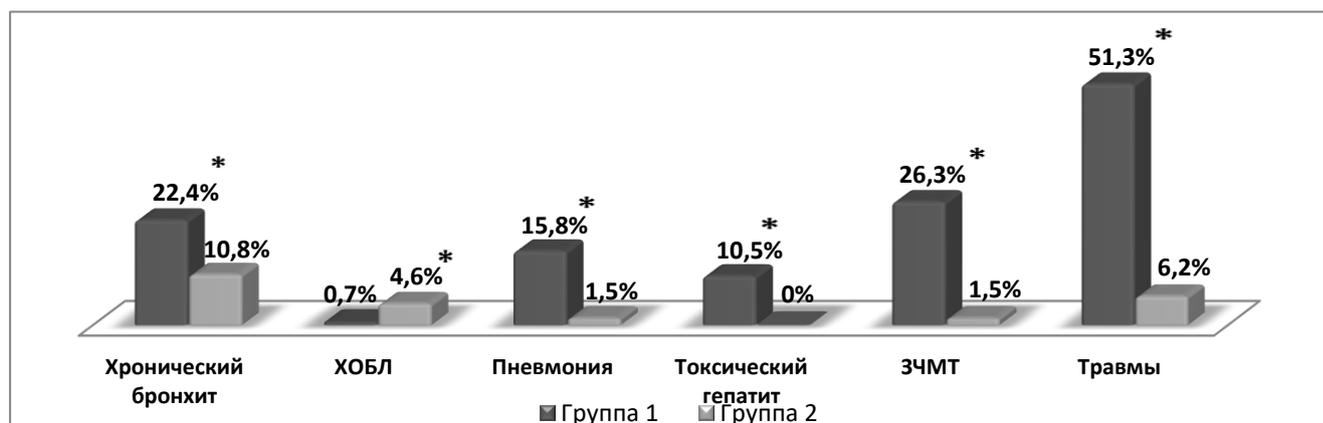


Рис.15. Заболевания, связанные с табакокурением и употреблением алкоголя.

\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Лица СЗАТ более подвержены хроническим заболеваниям лёгких, печени, ЗЧМТ и общему травматизму в сравнении с лицами ТЗ.

#### 2.1.4. Итоговый анализ групп исследования.

Проведя сравнение групп исследования, нами было установлено, что в группе СЗАТ более отягощённый наркологический анамнез в отношении страдающих зависимостью от табака и алкоголя в семье в сравнении с группой ТЗ. По социально демографическим показателям группа СЗАТ характеризовалась: неблагоприятными внутрисемейными взаимоотношениями, высокой частотой встречаемости невротических расстройств в детстве, большим количеством лиц в разводе и неженатых, не имеющих высшего образования, низким уровнем материального положения и высоким уровнем безработных. Группа СЗАТ имела более высокий уровень соматических расстройств ассоциированных с употреблением алкоголя и табака. Полученные данные статистически

достоверные.

## **2.2. Методы исследования.**

2.2.1. *Клинико-психопатологический метод* использовался нами с целью диагностики табачной и алкогольной зависимостей в соответствии с критериями МКБ-10 [30]. Всем респондентам проводилось психиатрическое и общеклиническое обследование. Получены: предъявляемые жалобы на момент осмотра, данные анамнеза жизни, анамнез болезни обследуемого, объективный статус состояния здоровья респондента на момент осмотра.

Исследованы клинико-психопатологические характеристики:

- синдром зависимости от табака;
- синдром зависимости от алкоголя;
- синдром отмены табака;
- синдром отмены алкоголя.

С целью объективизации данных разработана карта исследования (см. приложение 1), состоящая из 50 пунктов. Она включала в себя вопросы, касающиеся анамнеза жизни, анамнеза заболевания, курительного статуса, симптоматики синдрома отмены, особенностей курительного поведения и др. Исследование синдрома отмены табака в обеих группах проводилось ретроспективно. Респондентам, предлагалось вспомнить свои внутренние переживания и ощущения в прошлом, в ситуации воздержания от употребления табака. На основании полученного субъективного опыта респонденты заполняли раздел карты исследования, содержащий критерии синдрома отмены табака F17.3x (МКБ-10).

2.2.1.1. Диагностические критерии табачной зависимости по МКБ-10. (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака F17.2) [30].

Основной характеристикой синдрома зависимости от табака является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять табак. Диагноз зависимости от табака может быть поставлен при наличии 3 и более нижеперечисленных признаков, возникавших в течение определённого периода

времени на протяжении года:

1. Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к употреблению табака.

2. Сниженная способность контролировать приём вещества: его начало, окончание и дозу, о чём свидетельствует употребление табака в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление табака.

3. Состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда приём табака уменьшается или прекращается, о чём свидетельствует комплекс расстройств, характерный для табачной зависимости или использование табачных продуктов с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены.

4. Повышение толерантности к эффектам табака, заключающееся в необходимости повышения дозы для достижения желаемых эффектов или в том, что хронический приём одной и той же дозы табака приводит к явно ослабленному эффекту.

5. Поглощенность употреблением табака, которая проявляется в том, что ради приёма табака полностью или частично отказывается от других важных альтернативных форм наслаждения или интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с приобретением и приёмом табака.

6. Продолжающееся употребление табака вопреки явным признакам вредных последствий, о чём свидетельствует хроническое употребление табака при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

#### 2.2.1.2. Диагностические критерии синдрома отмены табака F 17.3 [30].

1. Должно быть, соответствие критериям синдрома зависимости от табака.

2. Могут присутствовать следующие признаки: сильное желание употребить табак; чувство недомогания и слабости; дисфория; раздражительность и беспокойство; бессонница; повышенный аппетит; сильный кашель; затруднения концентрации внимания.

Использование диагностических критериев МКБ-10 позволяет нам лишь

точно установить диагноз синдрома зависимости от табака.

Данный инструмент не позволяет нам установить такие важные характеристики табачной зависимости как: мотивы употребления табака, степень табачной зависимости, особенности клинической картины у конкретного индивида, мотивацию на отказ, прогноз на успешный отказ от употребления табака, стойкость ремиссии, вероятность срыва и т.д. Для более детального исследования различных аспектов табачной зависимости либо её скрининговой диагностики широко используются ряд специальные тестов.

2.2.2. *Психометрический метод* использовался нами с целью установить такие важные характеристики табачной зависимости как: мотивы употребления табака, степень табачной зависимости, особенности клинической картины у конкретного индивида, мотивацию на отказ от табакокурения, прогноз на успешный отказ от употребления табака, стойкость ремиссии, вероятность срыва, уровень депрессии, уровень ситуативной и личностной тревожности и т.д.

#### 2.2.2.1. *Оценка степени табачной зависимости - тест Фагестрёма [140].*

Для определения степени табачной зависимости наибольшее распространение приобрёл анкетный тест Фагестрёма - Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND), русскоязычный вариант взят из монографии Левшина В.Ф. «Табакизм: патогенез, диагностика и лечение», 2012 [22]. Тест представляет собой анкету из 6 вопросов с готовыми альтернативными вариантами ответов (см. приложение 2), заполняя анкету и отвечая на вопросы респондент выбирает присущие ему варианты. Каждому ответу соответствует свой балл. Конечный результат оценивается по сумме баллов: 0-2 балла - отсутствие табачной зависимости, 3-6 баллов - слабая или умеренно выраженная табачная зависимость, 7-10 баллов - сильно выраженная табачная зависимость. Тест Фагестрёма (FTND) является самым распространенным и широко используемым в мире инструментом исследования табачной зависимости, он является скрининговым тестом. Тест Фагестрёма основан на измерении физической зависимости, он включает в себя такие аспекты как потребность в табакокурении рано утром для снятия синдрома отмены, необходимость

выкуривания множества сигарет в течение дня, постоянство курения (курение даже когда болен), курение в местах где это запрещено. Однако низкий коэффициент внутренней надёжности является слабостью теста [230] ( $\alpha=0,56$ ), [140] ( $\alpha=0,61$ ), [242] ( $\alpha=0,61$ ), [108] ( $\alpha=0,70$ ) и ниже традиционно принятых стандартов для клинического использования ( $\alpha=0,80$ ) [221]. Тест Фагестрёма (FTND) разделяет курильщиков на группы по степени тяжести зависимости [265]. В ряде проведённых исследований по прекращению табакокурения было выявлено, что тест Фагестрёма (FTND) демонстрирует способность прогнозировать результат прекращения табакокурения [229].

2.2.2.2. *Шкала зависимости от сигарет - Cigarette Dependence Scale (CDS-12)* [107].

Полный вариант анкеты состоит из 12 вопросов (см. приложение 3) [25]. Структура шкалы одномерная, построенная на анализе ответов курильщиков на 12 вопросов (CDS-12). Каждому вопросу соответствуют 5 вариантов ответа, отражающие степень проявления симптома. Коэффициенты внутренней надёжности в проведённом исследовании [109] для CDS-12 ( $\alpha=0,91$ ) в сравнении с FTND ( $\alpha=0,68$ ). Некоторые из вопросов шкал повторяют вопросы теста Фагестрёма (количество выкуриваемых сигарет в день, время выкуривания первой сигареты). Подсчёт результатов теста производится путём суммирования ответов на вопросы. Полученное цифровое значение соответствует степени зависимости от сигарет: до 20 слабая степень зависимости от сигарет, 20-40 средняя степень зависимости от сигарет, выше 40 тяжёлая степень зависимости от сигарет. CDS-12 имеет строгую внутреннюю согласованность. Тест-ретестовая корреляция шкал более или равно 0,83. В проведённом исследовании шкала CDS-12 значительно коррелирует с количеством выкуриваемых сигарет в день, силой побуждения к курению во время последней попытки отказа от табакокурения и уровнем котинина [107]. В проведённом исследовании [109], авторы утверждают, что шкала CDS-12 в тест-ретестовой надёжности, по уровню внутренней надёжности в прогностическом плане и структурно превосходит тест Фагестрёма. Данная шкала может использоваться в качестве скринингового теста.

2.2.2.3. «Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости» - The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68) [238]. Разработан в 1968 году, шкала имеет мультимодальную структуру, полный вариант, которого состоит из 68 вопросов (см. приложение 4) [25]. Вопросы разделены на 13 доменов (см. приложение 4), каждый из которых соответствует одному из мотивов табакокурения. Каждый из пунктов анкеты оценивается по 7 бальной шкале. Особенностью анкеты является разделение мотивов по стадиям развития табачной зависимости. Мотивы (ассоциативные процессы, социальные стимулы, вкусовые/сенсорные процессы) характерны для начальной стадии формирования никотиновой зависимости и присутствуют у большинства курильщиков, даже с небольшим курительным стажем, тогда как мотивы (поддержание привязанности, автоматизм, улучшение состояния, улучшение когнитивных функций, крейвинг, толерантность) в основном формируются у ежедневных курильщиков с значительным стажем курения [238]. Надёжность и структура: в исследованиях было показано, что внутренняя согласованность доменов колеблется в пределах 0,74 - 0,94, общее суммарное значение альфа Кронбаха составляет 0,94, для шести групп респондентов: мужчины, женщины, ежедневные курильщики, не ежедневные курильщики, «европеоиды», «цветные». Это позволяет использовать анкету в изучении мотивов курительного поведения среди различных групп населения [239]. Некоторые исследователи выделяют 4 домена (автоматизм, крейвинг, потеря контроля и толерантность) которые отражают основные «стержневые» особенности зависимости [237, 239]. Эти домены были названы «первичные мотивы табачной зависимости», а остальные домены «вторичные мотивы табачной зависимости». Полученные данные свидетельствуют о том, что «первичные мотивы табачной зависимости» охватывают фундаментальные, сущностные характеристики, отражающие клиническую картину при выраженных и тяжелых формах никотиновой зависимости [237, 239]. Подсчёт результатов теста производится путём суммирования ответов на вопросы по каждому домену (см. приложение таблица 4). Полученная сумма по каждому домену делится на количество вопросов домена, и полученное цифровое значение

соответствует степени значения данного мотива курительного поведения. Сравнивая значения мотивов между собой, выявляется индивидуальная архитектура мотивов курительного поведения.

2.2.2.4. *Анкета для определения типа курительного поведения Д. Хорна* [143], впервые в русскоязычном варианте встретила в статье Калягина А.Н. с соавторами [18]. Данная шкала основана на парадигме различных типов курительного поведения Томкинса [274], который выделил 4 типа курительного поведения: курение для достижения положительных эффектов, курение для сокращения отрицательных эффектов, привычное курение или курение без эффектов и зависимое курение которое сочетает в себе оба эффекта. Хорн и Вейнгроу в 1966 году переработали ранее созданную шкалу Шварца [143] и создали шкалу из 23 пунктов. Конечный вариант анкеты был оптимизирован до 18 пунктов (см. приложение 5). Все пункты опросника чередуются между собой и составляют 6 доменов, каждый из которых соответствует типу курительного поведения (см. приложение 5). Ответы на каждый пункт анкеты оцениваются по 5 бальной шкале, где каждому баллу соответствует степень согласия с утверждением 1 - никогда, 2 - редко, 3 - не очень часто, 4 - часто, 5 - всегда. Оценка проводится по суммированию отмеченных в анкете баллов (см. таблицу 6): 11 и более баллов - наиболее характерный тип курительного поведения, 7-11 - пограничный, опрашиваемый может быть курит по этой причине, менее 7 - данный тип курительного поведения не характерен.

2.2.2.5. *Анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения* [22].

В нашей стране под руководством Левшина В.Ф. разработан, внедрён и применяется тест на готовность к отказу от табакокурения [21], состоящий из пяти вопросов (см. приложение 6), которые заполняет пациент. По сумме баллов даётся оценка готовности к отказу от ТК. Сумма баллов 6 и более свидетельствует о достаточной готовности к отказу от ТК и целесообразности проведения терапии табачной зависимости. Сумма баллов менее 6 свидетельствует о недостаточной мотивации пациента к отказу от ТК, с ним целесообразно проведение

мотивационного интервью и психотерапевтического воздействия с целью достижения необходимого уровня мотивации к отказу от ТК.

2.2.2.6. *Шкала оценки депрессии А. Бэка.* (The Beck Depression Inventory (BDI-II)).

В 1961 году разработана Аароном Бэком первая версия шкалы оценки депрессии [49], промежуточная версия шкалы вышла в 1978 году, последняя версия шкалы опубликована в 1996 году. Данная шкала остаётся по настоящий момент наиболее профессиональным и достоверным инструментом измерения депрессии в клинической практике. Шкала состоит из 21 вопросов, каждый из которых имеет 4 варианта ответа (см. приложение 7). Вопросы сформулированы на основании клинических наблюдений за депрессивными больными и составляют сущность депрессивной симптоматики. Тест измеряет степень депрессии, её тяжесть. Тест имеет хорошую внутреннюю согласованность [51] ( $\alpha=0,91$ ). Тест хорошо коррелирует с госпитальной шкалой депрессии Гамильтона, коэффициент корреляции Пирсона  $r=0,71$  [50]. Оценка теста производится общим суммированием баллов каждого вопроса, в соответствии с ключом. Полученные результаты оцениваются в соответствии с баллами оценки: 0-9 балла - депрессия отсутствует, 10-15 баллов - легкая депрессия (субдепрессия), 16-19 баллов - умеренная депрессия, 20-29 баллов - выраженная депрессия (средней тяжести) 30 и более баллов - высокий уровень депрессии (тяжёлая депрессия). Шкала оценки депрессии может являться скрининговым инструментом.

2.2.2.7. *Шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина.*

Данный тест используется для оценки тревожности в данный момент («реактивная», «ситуативная» тревожность как состояние) и личностной тревожности (как свойства личности). Впервые в 1961 году Кэттел выделил «ситуативную» тревогу - тревога рассматривалась как временное состояние, так и «личностную» тревогу - тревога как устойчивая черта личности, величина постоянная [71]. В 1972 году согласно этой концепции понимания тревоги Ч.Д. Спилбергер разработал опросник, измеряющий уровни «ситуативной» реактивной

и «личностной» тревожности [260]. Русскоязычную версию в 1972 году перевёл и адаптировал для применения в русскоговорящей среде Ю.Л. Ханин [37]. «Ситуативная тревожность» - возникает как реакция человека на различные внешние стрессоры, тревога как настоящее состояние. «Личностная тревожность» - свойственный каждому индивиду уровень тревожности относительно постоянный во времени и не зависящий от ситуации, тревога как свойство личности. Тест состоит из двух шкал «ситуативной» и «личностной» тревожности по 20 вопросов каждая (см. приложение 8). В шкале «ситуативной тревожности» собраны вопросы о самочувствии в данный момент времени. В шкале «личностной тревожности» собраны вопросы об обычном самочувствии. На каждый вопрос теста респондент выбирает один из 4 присущих ему вариантов ответа. Подсчёт результатов теста производится суммированием баллов в соответствии с ключом теста для каждой шкалы. Полученные результаты баллов «ситуативной» и «личностной тревожности» оценивают: до 30 баллов низкая тревожность, 31-45 средняя тревожность, 46 баллов и более высокая тревожность. Шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина является удобным инструментом измерения в скрининговых исследованиях.

### 2.2.3. Математико -статистический метод.

Данный метод использовался нами для математической и статистической обработки первичных данных, полученных в результате использования вышеперечисленных методов. Для определения изучаемой выборки на нормальность нами использовался критерий Шапиро-Уилка. В связи с ненормальностью выборки для статистического анализа полученных данных нами были использованы непараметрические критерии. Описательная статистика, анализ качественных и порядковых признаков, сравнительный анализ двух групп. Анализ взаимосвязи категориальных данных оценивался с помощью критерия- $\chi^2$ . Различия по группам, балльных оценок тестов и числовых показателей - U - критерий Манна-Уитни. Теснота связи между признаками рассчитывалась по критерию ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ ). ROC-анализ использовался для оценки качества диагностических инструментов, оценивающих крейвинг (домен

«Жажда» анкеты для определения типа курительного поведения Хорна и домен «Крейвинг» Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости (WISDM-68)). Математическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы SPSS ver.21. Результаты оценивали как значимые при  $p < 0,05$ .

2.2.3.1. Для анализа значимости различий категориальных данных в сравниваемых группах в условиях ненормального распределения, нами был использован критерий  $\chi^2$  – критерий Пирсона [9].

Определяем критерий  $\chi^2$  следующим образом:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$
, где. O - наблюдаемое число в клетке таблицы сопряжённости, E - ожидаемое число в той же клетке.

В таблице критических значений критерия  $\chi^2$  находим критическое значение соответствующее рассматриваемому нами уровню значимости ( $p=0,01$  или  $p=0,05$ ). Если полученное нами значение  $\chi^2$  больше критического значения  $\chi^2$  из таблицы, то различия между распределениями статистически достоверны, отбрасывается нулевая гипотеза. Если полученное нами значение  $\chi^2$  меньше критического значения  $\chi^2$  из таблицы, то различия статистически недостоверны.

2.2.3.2. Для оценки достоверности различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака (бальная оценка, количественное значение измеряемого признака), нами использовался *U - критерий Манна-Уитни* [32].

Этапы вычисления U - критерия:

1. Ранжируем от меньшего к большему значения в каждой выборке (группе) и вычисляем общую сумму рангов:  $N = n_1 + n_2$ , где  $n_1$  - количество элементов в первой выборке (группе),  $n_2$  - количество элементов во второй выборке (группе).

2. Делим единый ранжированный ряд на два, которые состоят из ранжированных единиц 1 и 2 группы. Вычисляем отдельно сумму рангов для 1 группы и отдельно для 2 группы. Определяем большую из ранговых сумм ( $T_x$ ), соответствующую выборке с  $n_x$  – элементами.

3. Определяем значение  $U$  - критерия Манна-Уитни.

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} - T_x$$

4. Учитывая объём выборки, в таблице для избранного уровня статистической значимости ( $p=0,01$  или  $p=0,05$ ) определяем критические значения для  $n_1$  и  $n_2$ . Если полученное нами значение  $U$  меньше или равно табличному значению, то признаётся что различия признака, между двумя независимыми выборками статистически значимо, принимается альтернативная гипотеза. Если полученное нами значение  $U$  больше табличного значения, то признаётся что различие признака, между двумя независимыми выборками статистически недостоверно, принимается нулевая гипотеза.

2.2.3.3. Для выявления тесноты связи между рядами для количественных и порядковых признаков в условиях ненормального распределения мы пользовались вычислением *коэффициента ранговой корреляции Спирмена* ( $r_s$ ) [9].

Определяем критерий  $r_s$  следующим образом:

$$r_s = 1 - \frac{6\sum d^2}{n^3 - n}, \text{ где } d - \text{разность рангов для каждого члена выборки.}$$

Коэффициент ранговой корреляции Спирмена может иметь значения от - 1 до 1.

$r_s = 1$  - имеется строгая прямая связь (положительная корреляционная связь).

$r_s = -1$  - имеется строгая обратная связь (отрицательная корреляционная связь).

$r_s = 0$  - связь между признаками отсутствует.

$r_s = \text{от } 0 \text{ до } 1$  - положительная корреляционная связь.

$r_s = \text{от } 0 \text{ до } -1$  - отрицательная корреляционная связь.

Чем ближе модуль коэффициента корреляции к 1, тем сильнее корреляционная связь между измеряемыми величинами.

Значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена и теснота связи между признаками:

$r_s < 0,19$  - очень слабая теснота связи;

$0,19 < r_s < 0,29$  - слабая теснота связи;

$0,3 < r_s < 0,49$  - умеренная теснота связи;

$0,5 < r_s < 0,69$  - средняя теснота связи;

$r_s = 0,7$  и более – сильная теснота связи.

2.2.3.4. Для оценки качества диагностических инструментов оценивающих крейвинг, был использован ROC-анализ доменов «Крейвинг» анкеты для определения типа курительного поведения Хорна и Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости). ROC-кривая (Receiver Operator Characteristic) – отображает зависимость количества верно классифицированных положительных значений (истинно положительные) от количества неверно классифицированных отрицательных значений (ложно отрицательные).

При ROC анализе оперируют не абсолютными показателями, а относительными - долями (rates), выраженными в процентах:

TP (True Positives) - верно классифицированные положительные примеры (так называемые истинно положительные случаи);

TN (True Negatives) - верно классифицированные отрицательные примеры (истинно отрицательные случаи);

FN (False Negatives) - положительные примеры, классифицированные как отрицательные (ошибка I рода). Это так называемый "ложный пропуск" - когда интересующее нас событие ошибочно не обнаруживается (ложно отрицательные примеры);

FP (False Positives) - отрицательные примеры, классифицированные как положительные (ошибка II рода); Это ложное обнаружение, т.к. при отсутствии события ошибочно выносится решение о его присутствии (ложно положительные случаи).

Доля истинно положительных примеров (True Positives Rate):

$$TPR = \frac{TP}{TP + FN} * 100\%$$

Доля ложно положительных примеров (False Positives Rate):

$$FPR = \frac{FP}{TN + FP} * 100\%$$

Чувствительность (Sensitivity) - доля истинно положительных случаев:

$$S_e = \text{TPR} = \frac{\text{TP}}{\text{TP} + \text{FN}} * 100\%$$

Специфичность (Specificity) - доля истинно отрицательных случаев, которые были правильно идентифицированы моделью:

$$S_p = \frac{\text{TN}}{\text{TN} + \text{FP}} * 100\% \quad \text{FPR} = 100 - S_p$$

Чувствительный диагностический тест проявляется в гипердиагностике - максимальном предотвращении пропуска больных;

Специфичный диагностический тест диагностирует только доподлинно больных.

Построение ROC-кривой: для каждого значения в выборке рассчитываются значения чувствительности  $S_e$  и специфичности  $S_p$ , после чего строится график зависимости: по оси  $Y$  откладывается чувствительность  $S_e$ , по оси  $X$  -  $100\% - S_p$  или  $\text{FPR}$  - доля ложноположительных случаев. Методом сравнения ROC-кривых является оценка площади под кривыми. Теоретически она изменяется от 0 до 1.0, но, поскольку модель всегда характеризуется кривой, расположенной выше положительной диагонали, то обычно говорят об изменениях от 0.5 ("бесполезный" классификатор) до 1.0 ("идеальная" модель).

AUC (Area Under Curve) - площадь под кривой.

$$AUC = \int f(x)dx = \sum_i \left[ \frac{X_{i+1} + X_i}{2} \right] * (Y_{i+1} - Y_i)$$

Чем больше показатель AUC, тем лучшей прогностической силой обладает тест.

Значение (AUC) и интерпретация результатов:

0,9 - 1,0 - качество диагностической модели отличное;

0,8 - 0,9 - качество диагностической модели очень хорошее;

0,7 - 0,8 - качество диагностической модели хорошее;

0,6 - 0,7 - качество диагностической модели среднее;

0,5 - 0,6 - качество диагностической модели неудовлетворительное;

На практике идеальная диагностическая модель со 100% чувствительностью и специфичностью - недостижима.

### ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ СЗАТ

#### 3.1. Этапы формирования зависимостей.

Возраст первой пробы табака показан на рисунке 16. Средний возраст первой пробы табака в 1 группе составил 13,88 лет ( $SD = 4,03$ ), что статистически значимо не различается ( $p=0,598$ ) от 2 группы, где средний возраст первой пробы табака составляет 13,93 лет ( $SD = 3,29$ ).



Рис.16. Возраст первой пробы табака (критерий  $\chi^2$ ).

Этот показатель для обеих групп демонстрирует сильную положительную корреляционную связь ( $r = 0,765$ ) с возрастом начала эпизодического табакокурения, средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,537$ ) с возрастом начала систематического табакокурения, средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,585$ ) с возрастом первой пробы алкоголя и умеренную положительную корреляционную связь ( $r = 0,428$ ) с возрастом начала эпизодического употребления алкоголя.

Таким образом, возраст первой пробы табака лицами СЗАТ и ТЗ статистически не различался и составил примерно 14 лет. При этом имеется сильная положительная корреляционная связь с возрастом начала эпизодического табакокурения и средней силы положительная корреляционная связь с возрастом первой пробы алкоголя, что обуславливает высокую вероятность одновременной пробы табака и алкоголя у представителей обеих групп.

Возраст начала эпизодического табакокурения графически представлен на

рисунке 17. Средний возраст начала эпизодического табакокурения в 1 группе составил 16,16 лет ( $SD = 3,5$ ), а во 2 группе средний возраст начала эпизодического табакокурения составил 15,96 лет ( $SD = 2,99$ ), различия статистически не значимые ( $p=0,539$ ). Это показатель в обеих группах, демонстрирует сильную положительную корреляционную связь ( $r = 0,765$ ) с возрастом первой пробы табакокурения, сильную положительную корреляционную связь ( $r = 0,745$ ) с возрастом начала систематического табакокурения, средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,543$ ) с возрастом первой пробы алкоголя, средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,610$ ) с возрастом начала эпизодического употребления алкоголя ( $r = 0,610$ ), средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,520$ ) с возрастом начала систематического употребления алкоголя.



Рис.17. Возраст начала эпизодического табакокурения (*критерий  $\chi^2$* ).

Следовательно, возраст начала эпизодического табакокурения лицами СЗАТ и ТЗ статистически не различался и составил 16 лет. Этот показатель демонстрирует сильную положительную корреляционную связь с возрастом начала систематического курения табака и средней силы положительную корреляционную связь с возрастом первой пробы, начала эпизодического и систематического употребления алкоголя. Таким образом, не систематическое табакокурение формируется одновременно с началом как эпизодического, так и систематического употребления алкоголя.

Возраст начала систематического употребления табака графически представлен на рисунке 18. Средний возраст начала систематического табакокурения в 1 группе составил 18,9 лет ( $SD = 4,81$ ), что статистически значимо не различается ( $p=0,274$ ) со 2 группой, где средний возраст начала систематического табакокурения составил 17,9 лет ( $SD = 2,94$ ). Это показатель демонстрирует средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,537$ ) с возрастом первой пробы табака, сильную положительную корреляционную связь ( $r = 0,745$ ) с возрастом начала эпизодического табакокурения, умеренную положительную корреляционную связь ( $r = 0,393$ ) с возрастом первой пробы алкоголя, умеренную положительную корреляционную связь ( $r = 0,488$ ) с возрастом начала эпизодического употребления алкоголя и средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,533$ ) с возрастом начала систематического употребления алкоголя.



Рис.18. Возраст начала систематического табакокурения (критерий  $\chi^2$ ).

Возраст начала систематического табакокурения лицами СЗАТ и ТЗ статистически не различался и составил приблизительно 18 лет. Необходимо отметить, что этот показатель коррелирует с возрастом начала систематического употребления алкоголя.

Возраст первой пробы алкоголя показан на рисунке 19. Средний возраст первой пробы алкоголя в 1 группе составил 15,75 лет ( $SD = 3,73$ ), что статистически значимо не различается ( $p=0,189$ ) со 2 группой, где средний возраст первой пробы алкоголя 15,29 лет ( $SD = 1,65$ ).



Рис.19. Возраст первой пробы алкоголя (критерий  $\chi^2$ ).

Этот показатель демонстрирует сильную положительную корреляционную связь ( $r = 0,740$ ) с возрастом начала эпизодического употребления алкоголя, средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,503$ ) с возрастом начала систематического употребления алкоголя, средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,585$ ) с возрастом первой пробы табакокурения ( $r = 0,585$ ), средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,543$ ) с возрастом начала эпизодического табакокурения, и умеренную положительную корреляционную связь ( $r = 0,393$ ) с возрастом начала систематического табакокурения. Как видно из представленных данных, возраст первой пробы алкоголя лицами СЗАТ и ТЗ статистически не различался и составил 15,5 лет. Возраст первой пробы алкоголя в обеих группах закономерно коррелирует по времени с возрастом начала пробы табака и возрастом начала эпизодического курения табака.

Возраст начала эпизодического употребления алкоголя графически представлен на рисунке 20. Средний возраст начала эпизодического употребления алкоголя в 1 группе составил 18,8 лет ( $SD = 4,68$ ), что статистически значимо выше ( $p=0,03$ ), чем во 2 группе, где средний возраст эпизодического употребления алкоголя составил 17,36 лет ( $SD = 2,65$ ). Возраст начала эпизодического употребления алкоголя показывает сильную положительную корреляционную связь ( $r = 0,740$ ) с возрастом первой пробы алкоголя, средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,689$ ) с возрастом начала систематического употребления алкоголя, умеренную положительную

корреляционную связь ( $r = 0,428$ ) с возрастом первой пробы табакокурения, средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,610$ ) с возрастом начала эпизодического табакокурения ( $r = 0,610$ ) и умеренную положительную корреляционную связь ( $r = 0,488$ ) с возрастом начала систематического табакокурения.

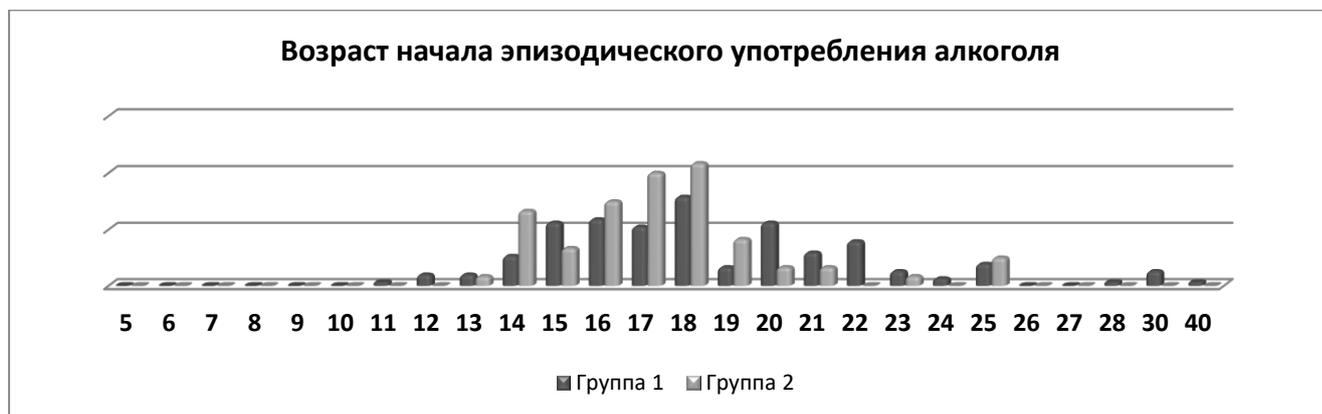


Рис.20. Возраст начала эпизодического употребления алкоголя (*критерий  $\chi^2$* ).

Лица СЗАТ обнаруживают более позднее начало эпизодического употребления алкоголя (средний возраст 18,8 лет) в сравнении с лицами ТЗ (средний возраст 17,36 лет). Возраст начала эпизодического употребления алкоголя может совпадать с возрастом начала эпизодического табакокурения.

Возраст начала систематического употребления алкоголя показан на рисунке 21. Средний возраст начала систематического употребления алкоголя в 1 группе составил 24,57 лет ( $SD = 7,88$ ). Во 2 группе систематическое употребление алкоголя отметили всего 4 человека, что недостаточно для статистической обработки. Возраст начала систематического употребления алкоголя в 1 группе показывает средней силы положительную корреляционную связь с возрастом первой пробы алкоголя ( $r = 0,503$ ), средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,689$ ) с возрастом начала эпизодического употребления алкоголя, умеренную положительную корреляционную связь ( $r = 0,338$ ) с возрастом первой пробы табакокурения, средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,520$ ) с возрастом начала эпизодического табакокурения и средней силы положительную корреляционную связь ( $r = 0,533$ ) с возрастом начала систематического табакокурения.



Рис.21. Возраст начала систематического употребления алкоголя (*критерий  $\chi^2$* ).

В проведённом нами анамнестическом анализе динамики формирования сочетанной зависимости нами были выявлены следующие особенности. Возраст первой пробы алкоголя лицами СЗАТ и ТЗ (15,5 лет) на 1-1,5 года отсрочен по времени с возрастом первой пробы табака (14 лет). Возраст начала эпизодического употребления табака (16 лет) по времени практически совпадает с возрастом первой пробы алкоголя (15,5 лет). Возраст начала систематического табакокурения (18-18,5 лет) лицами СЗАТ и ТЗ совпадает с возрастом начала эпизодического употребления алкоголя (18 лет).

Полученные результаты статистически подтверждают эмпирические наблюдения, что у лиц СЗАТ хронологически синдром зависимости от табака формируется раньше, или уже сформирован, к моменту, когда начинает формирование синдром зависимости от алкоголя.

### **3.2. Мотивы потребления табака.**

Мотивы первой пробы табакокурения в обеих группах показаны на рисунке 22. В группе 1 мотивы распределились следующим образом: любопытство - 94 человека (61,8%), желание выглядеть старше - 31 человек (20,4%), с целью привлечения к себе внимания - 12 человек (7,9%), что статистически значимо выше ( $p=0,003, p=0,003, p=0,002$ ), чем во 2 группе: любопытство - 26 человек (40,0%), желание выглядеть старше - 3 человека (4,6%), с целью привлечения к себе внимания - 0 человек (0,0%). Встречаемость ряда мотивов, таких как: с целью самоутверждения, «за компанию», с целью получения удовольствия, с целью успокоения в обеих группах статистически не различались.

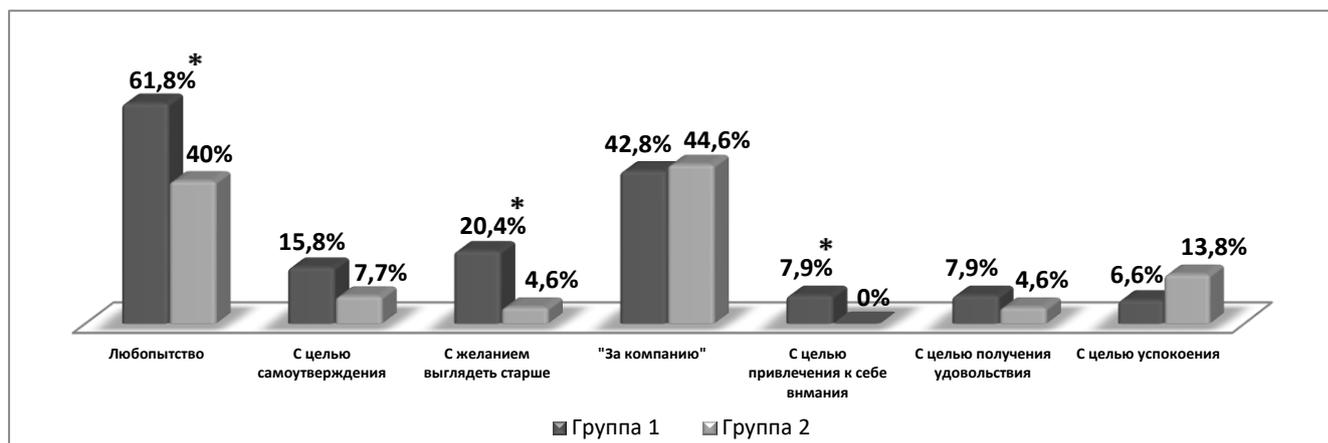


Рис.22. Мотивы первой пробы (табакокурение). \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Таким образом, для лиц СЗАТ более свойственны преимущественно инфантильные мотивы первой пробы табака, такие как любопытство, желание выглядеть старше и с целью привлечения к себе внимания, что может являться способом самоутверждения и компенсации низкой самооценки и недостатка к себе внимания в подростковом возрасте.

На момент проведения исследования мотивы табакокурения графически представлены на рисунке 23. При сравнении обеих групп, статистически значимы различия были в следующих мотивах табакокурения. В группе СЗАТ мотивы распределились следующим образом: с целью снижения напряжения и получения расслабления - 80 человек (52,6%), для получения удовольствия - 41 человек (27%), для повышения самооценки - 11 человек (7,2%), а в группе ТЗ: с целью снижения напряжения и получения расслабления - 21 человек (32,3%), для получения удовольствия - 8 человек (12,3%), для повышения самооценки - 0 человек (0%), ( $p=0,006$ ,  $p=0,018$ ,  $p=0,026$ ). Несмотря на отсутствие статистически значимых различий, представляется интересным отметить, что для повышения настроения и уменьшения тревоги пациенты с алкоголизмом курят в 2 раза чаще - 35 человек (23%), в группе без алкогольной зависимости - 9 человек (13,8%). Большое количество респондентов обеих групп затруднились четко вербализировать причину продолжения курения и отметили, что курят автоматически, не задумываясь. Среди них 56 человек (36,8%) было из 1 группы, и 30 человек (46,2%) из 2 группы.

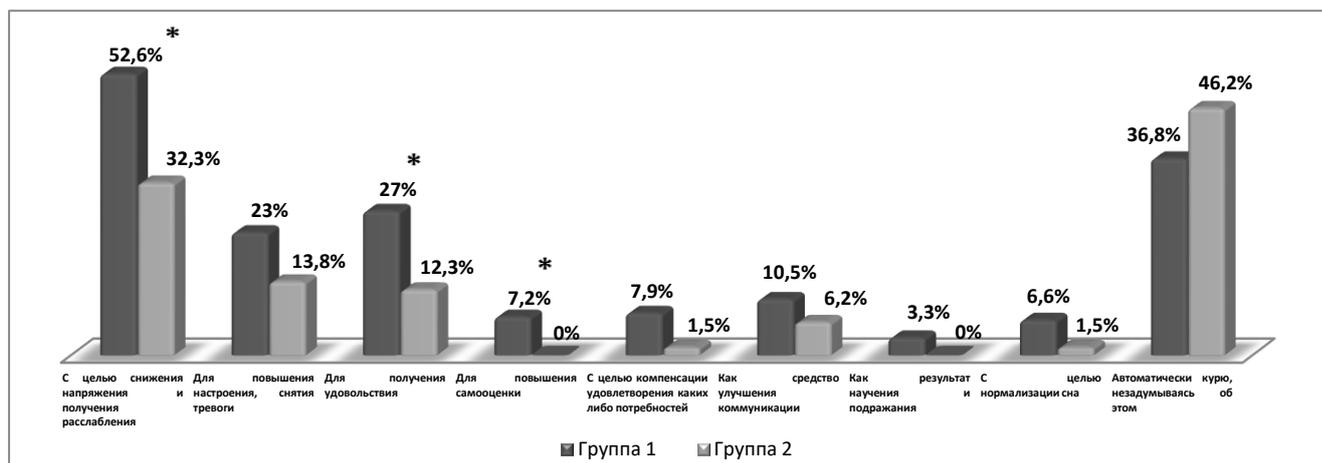


Рис.23. Мотивы табакокурения на момент проведения исследования. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Таким образом, наиболее выраженным мотивом курения табака в группе лиц СЗАТ было снижение напряжения и получение расслабления, что является своего рода отражением попытки «самолечения» таких последствий злоупотребления алкоголем, как аффективные (тревожные) расстройства и нарушения сна.

### 3.3. Особенности курительного поведения.

Суточная толерантность к никотину складывается из количества выкуриваемых сигарет и содержания никотина в них, которое в обиходе называют "крепостью" сигарет. Суточная толерантность графически представлена на рисунке 24. Лица СЗАТ в среднем курят большее количество сигарет в сутки, чем лица ТЗ. В 1 группе количество лиц выкуривающих до 10 сигарет в сутки составило 13 человек (8,6%), что статистически значимо ниже ( $p=0,012$ ), чем во 2 группе, где таких было 11 человек (16,8%). В 1 группе число лиц потребляющих от 16 до 20 сигарет в сутки составило 75 человек (49,3%), что статистически значимо выше ( $p=0,012$ ), чем во 2 группе - 28 человек (43,1%). В 1 группе число лиц потребляющих от 26 до 30 сигарет в сутки составило 15 человек (9,9%), что статистически значимо выше ( $p=0,012$ ), чем во 2 группе, где таких было 11 человек (16,9%). В 1 группе число лиц потребляющих от 36-40 сигарет и больше составляет 16 человек (10,5%), что также статистически значимо выше ( $p=0,012$ ), чем во 2 группе 1 человек (1,5%).

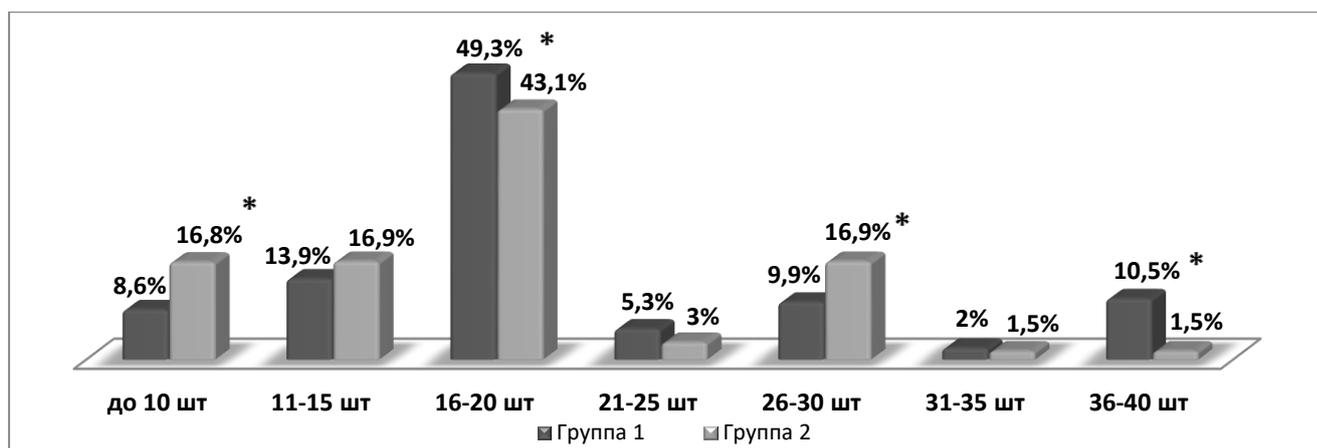


Рис.24. Суточная толерантность. \*-  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Приведённые данные показывают, что лица СЗАТ имеют более интенсивный характер табакокурения, чем лица ТЗ. Лица СЗАТ потребляют большее количество сигарет в сутки, чем лица ТЗ. В группе СЗАТ толерантность к табаку выше, чем у лиц ТЗ. Доля лиц выкуривающих 36 сигарет и более в сутки достоверно выше, а выкуривающих до 10 сигарет в сутки достоверно ниже, чем в группе ТЗ.

Предпочитаемый тип сигарет показан на рисунке 25. В обеих группах различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Крепкие сигареты с высоким содержанием никотина предпочитают в 1 группе - 63 человека (41,4%), во 2 группе - 6 человек (9,2%). Сигареты со средним содержанием никотина предпочитают в 1 группе - 62 человека (40,8%), во 2 группе - 37 человек (56,9%). Сигареты с низким содержанием никотина предпочитают в 1 группе - 27 человек (17,8%), во 2 группе - 22 человека (33,8%).

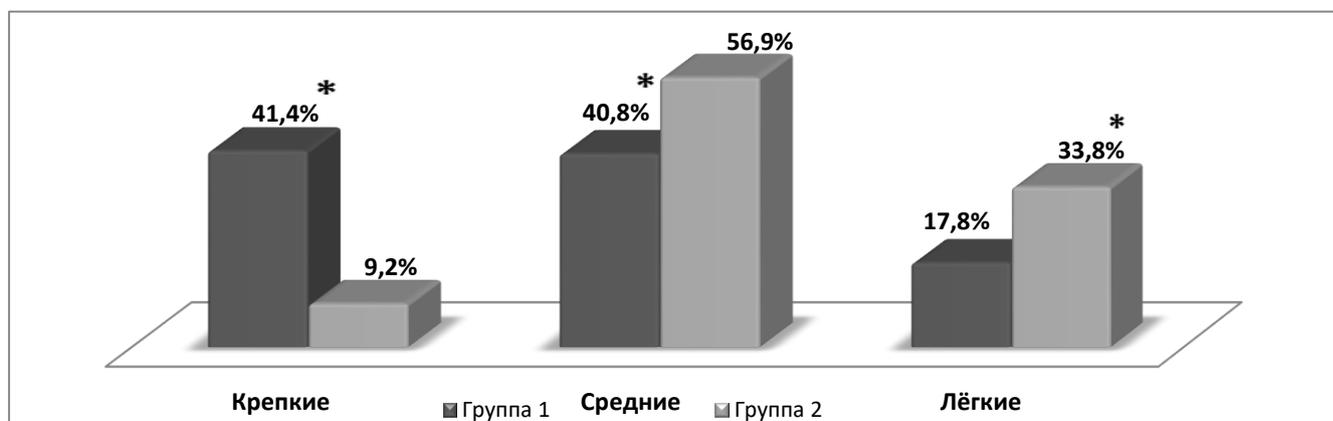


Рис.25. Предпочитаемый тип сигарет. \*-  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Лица СЗАТ в основном предпочитают сигареты с высоким (выше 0,9 мг/сигарета) 41,4% и средним (0,4-0,9 мг/сигарета) 40,8% уровнем содержания никотина, в отличии от лиц зависимых только от табака, которые предпочитают сигареты с средним (0,4-0,9 мг/сигарета) 56,9% и низким (0,4 и ниже мг/сигарета) 33,8% содержанием никотина.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что в группе СЗАТ толерантность к табаку выше, чем у лиц ТЗ. Это подтверждает наличие выраженной степени никотиновой зависимости у лиц СЗАТ, в сравнении с лицами ТЗ.

Тип влечения к табакокурению показан на рисунке 26. Периодический тип влечения к табакокурению в 1 группе был у 66 человек (43,4%), что статистически значимо не различалось ( $p=0,71$ ), от 2 группы, где периодический тип влечения к табаку наблюдался у 30 человек (46,2%). Постоянный тип влечения к табакокурению в 1 группе был у 86 человек (56,6%), что статистически значимо не различалось ( $p=0,71$ ), от 2 группы, где постоянный тип влечения к табакокурению был у 35 человек (53,8%).

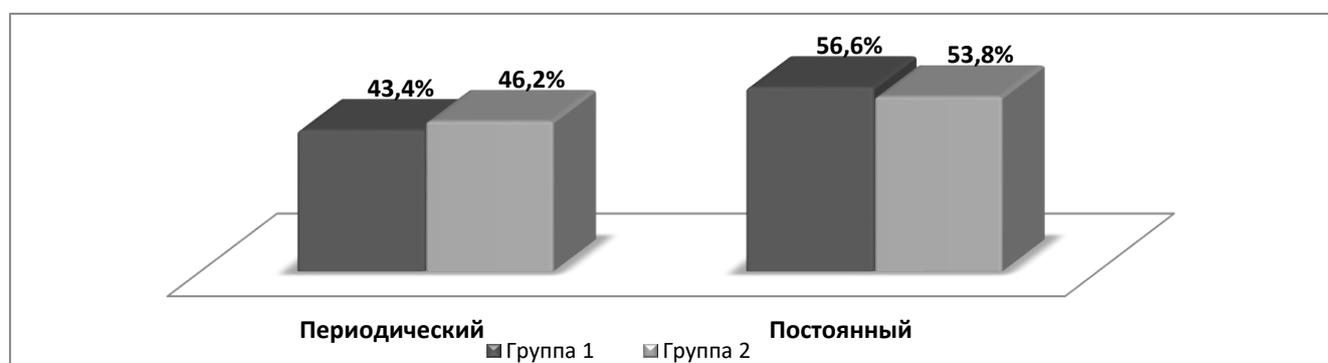


Рис.26. Тип влечения к табакокурению. \* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

На наш взгляд полученные данные выглядят несколько неожиданно, так как мы предполагали, что в группе СЗАТ будет более высокий процент лиц с постоянным типом влечения к табакокурению, в сравнении с группой ТЗ.

Для более полного представления о выраженности табачной зависимости важно знать не только количество и тип выкуриваемых сигарет, но и определенные паттерны курительного поведения, свидетельствующие о степени тяжести табачной зависимости, такие как выкуривание первой сигареты сразу

после утреннего пробуждения, автоматическое курение, и курение ночью. Как представлено на рисунке 27, ночное табакокурение, статистически значимо ( $p < 0,05$ ) чаще встречается в 1 группе 104 человека (68,4%), по сравнению со 2 группой 27 человек (41,5%). Так называемое автоматическое курение, и курение натошак в 1 и 2 группах не имело статистически значимых различий.

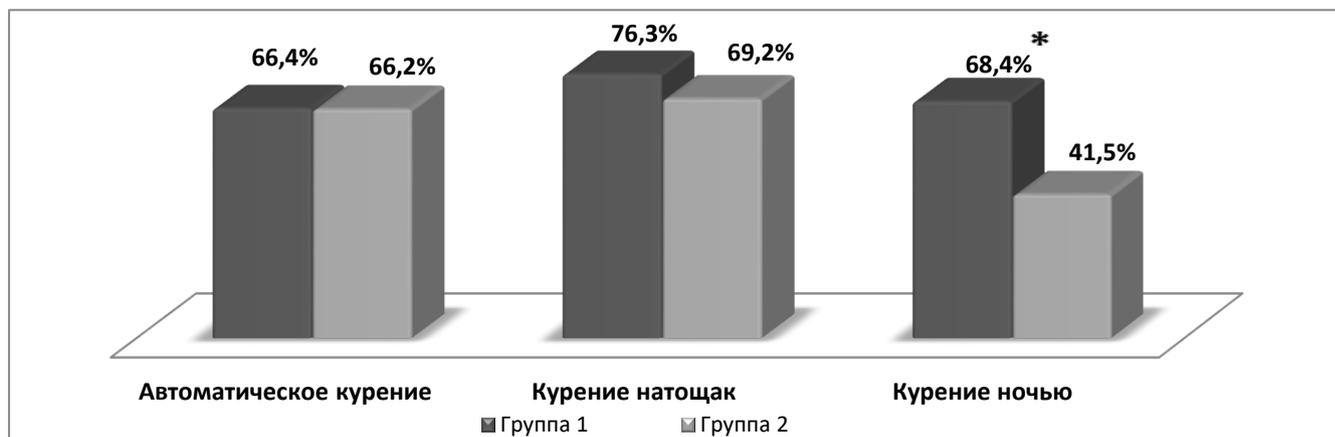


Рис.27. Автоматическое курение, курение натошак, курение ночью. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Пробуждение ночью с целью курения табака, чаще встречается у лиц СЗАТ, что ещё раз подтверждает выше приведённые выводы о выраженной степени зависимости от табака, и согласуется с выводами, которые сделал А.В. Голенков (2015) в своем исследовании о нарушениях сна при табакокурении, где им была выявлена взаимосвязь частых ночных пробуждений с прогредиентностью развития зависимости от табака [12].

Распределение табакокурения в течение суток графически представлено на рисунке 28.

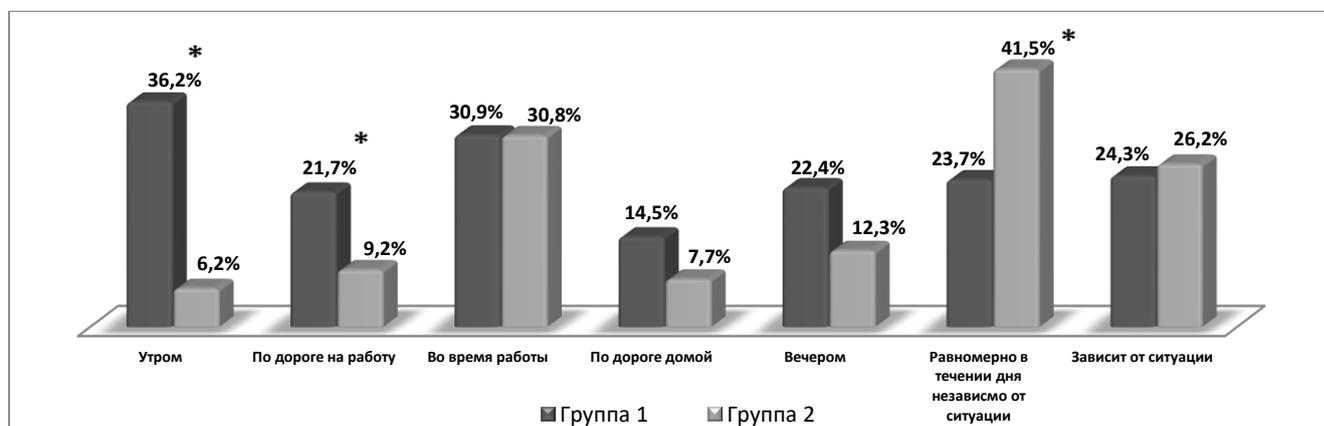


Рис.28. Распределение табакокурения в течение суток. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

В 1 группе больше доля лиц с более интенсивным табакокурением утром - 56 человек (36,9%) и по дороге на работу - 33 человека (21,7%), что статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем во 2 группе: утром курят - 4 человека (6,2%), курят по дороге на работу - 6 человек (9,2%). Следовательно, для лиц СЗАТ менее свойственно равномерное табакокурение в течение дня, независимо от ситуации - 36 человек (23,7%), что статистически значимо ниже ( $p = 0,008$ ), чем для лиц ТЗ - 27 человек (41,5%).

Для лиц СЗАТ более характерно курение утром и в первой половине дня, что по нашему мнению связано со стремлением купировать инициальный период синдрома отмены табака после ночного сна.

### 3.4. Синдром отмены табака.

Проявления синдрома отмены табака показаны на рисунке 29 и в таблице 1.

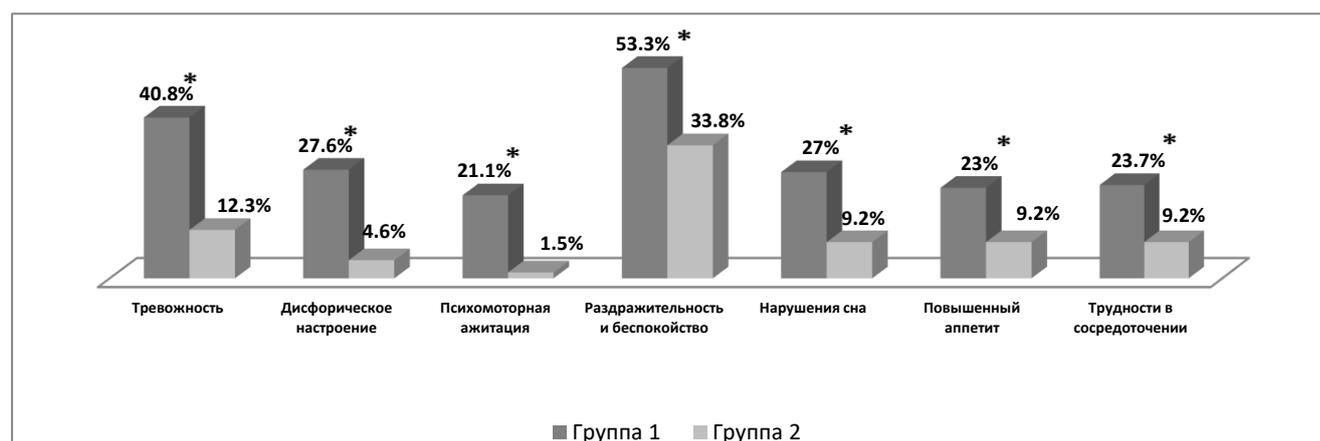


Рис.29. Проявления синдрома отмены табака F 17.3 (критерии МКБ-10). \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Таблица.1. Проявления синдрома отмены табака F 17.3 (критерии МКБ-10), критерий  $\chi^2$ .

Симптомы	Группа 1		Группа 2		$p(\chi^2)$
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Тревожность	62	40,8%	8	12,3%	0,000
Дисфорическое настроение	42	27,6%	3	4,6%	0,000
Психомоторная ажитация	32	21,1%	1	1,5%	0,000
Раздражительность и беспокойство	81	53,3%	22	33,8%	0,009
Нарушение сна (бессонница/сонливость)	41	27,0%	6	9,2%	0,004
Повышенный аппетит	35	23,0%	6	9,2%	0,017
Трудности в сосредоточении	36	23,7%	6	9,2%	0,014

У лиц СЗАТ синдром отмены табака более часто проявляется психопатологическими нарушениями в виде тревоги, дисфории, снижения фона настроения, раздражительности, диссомнии и т.д., в отличие от лиц с только табачной зависимостью.

Симптоматика синдрома отмены табака у лиц СЗАТ более выражена и разнообразна, чем у лиц ТЗ. Синдром отмены проявляется более ярко, что ещё раз свидетельствует о более выраженной степени никотиновой зависимости у лиц СЗАТ.

Степень тяжести синдрома отмены табака показана на рисунке 30, где видно, что у пациентов 1 группы достоверно чаще отмечался синдром отмены средней и тяжелой степени тяжести (51,3% и 22,4% соответственно), чем у респондентов 2 группы (41,5% и 6,2% соответственно).

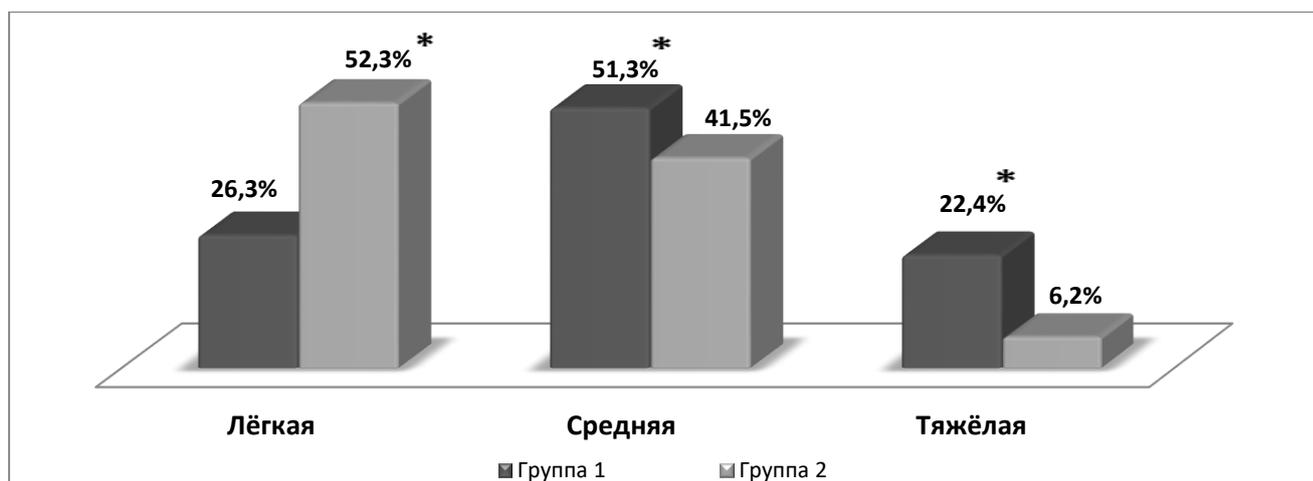


Рис.30. Степень тяжести синдрома отмены табака. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

На основании полученных результатов исследования можно сделать вывод - синдром отмены табака у лиц СЗАТ более выражен и субъективно тяжелее переносится, чем у лиц ТЗ. Таким образом, в случае одновременного отказа от алкоголя и табака, следует ожидать развития синдромов отмены, симптоматика которых будет «перекрываться» и взаимно утяжеляться. В связи с этим вопрос о прекращении курения табака пациентами наркологического стационара нельзя оставлять без внимания. Одним из решений этой проблемы может являться назначение лицам СЗАТ никотин заместительной терапии (НЗТ) на весь период их нахождения на стационарном лечении.

### 3.5. Особенности курительного поведения в состоянии алкогольного опьянения.

Эта характеристика является важной для доказательства высокой прогредиентности, и тяжести синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ. Динамика потребления сигарет в состоянии алкогольного опьянения графически представлена на рисунке 31. Между 1 и 2 группами различия статистически значимы ( $p=0,002$ ). Для лиц СЗАТ более характерно увеличение количества выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения - 129 человек (84,9%), чем для лиц ТЗ - 43 человека (66,2%).

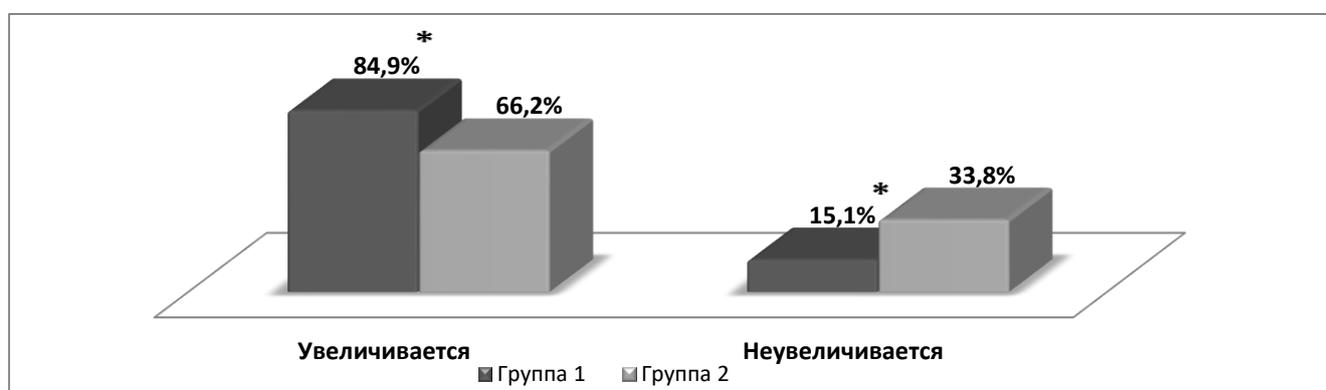


Рис.31. Динамика потребления сигарет в состоянии алкогольного опьянения.

\* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Количество сигарет выкуриваемых в состоянии алкогольного опьянения показано на рисунке 32. Между группами 1 и 2 различия статистически значимы ( $p<0,05$ ).

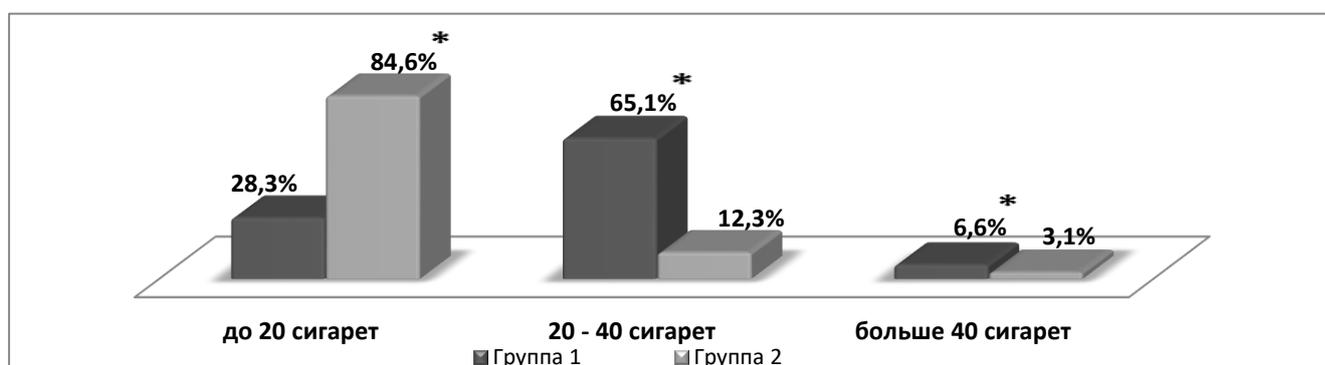


Рис.32. Количество выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения.

\* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

До 20 сигарет выкуривают в состоянии алкогольного опьянения в 1 группе - 43 человека (28,3%), во 2 группе - 55 человек (84,6%). 20-40 сигарет выкуривают в

состоянии алкогольного опьянения в 1 группе - 99 человек (65,1%), во 2 группе - 8 человек (12,3%). Больше 40 сигарет выкуривают в состоянии алкогольного опьянения в 1 группе - 10 человек (6,6%), во 2 группе - 2 человека (3,1%).

Для лиц СЗАТ более свойственно увеличение количества потребляемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения, чем для лиц ТЗ. Они выкуривают в состоянии алкогольного опьянения значительно больше сигарет, чем зависимые только от табака. Вероятно, возрастание интенсивности табакокурения в состоянии алкогольного опьянения, связано с перекрёстной толерантностью алкоголя и табака [293].

Потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения показано на рисунке 33.

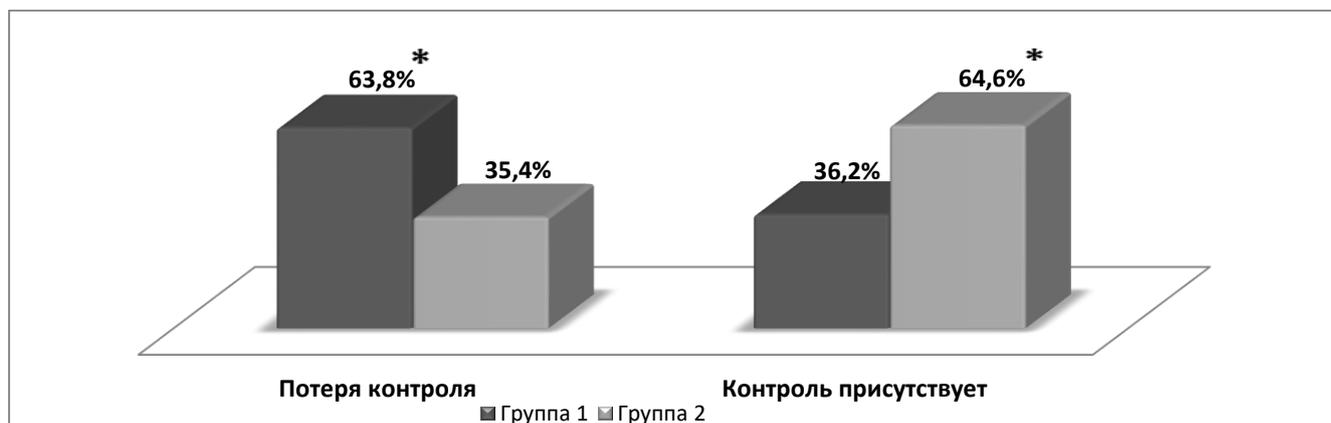


Рис.33. Потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Потеря контроля: в 1 группе отмечалась у 97 человек (63,8%), а во 2 группе у 23 человек (35,4%). Контроль присутствовал: в 1 группе у 55 человек (36,2%), во 2 группе у 42 человек (64,6%). Различия между группами, статистически значимые ( $p < 0,05$ ). Приведённые данные свидетельствуют, что для лиц СЗАТ в состоянии алкогольного опьянения более характерно потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет, чем для лиц зависимых только от табака.

Интенсивность табакокурения на выходе из алкогольного эксцесса показана на рисунке 34. В 1 группе доля лиц на выходе из алкогольного эксцесса, у которых интенсивность табакокурения уменьшалась - 106 человек (69,7%) и увеличилась - 17 человек (11,2%), что выше, чем у лиц во 2 группе: интенсивность

табакокурения уменьшилась - 34 человека (52,3%) и увеличилось - 4 человека (6,2%). Интенсивность табакокурения на выходе из алкогольного эксцесса не изменилась в 1 группе у 29 человек (19,1%) и во 2 группе у 27 человек (41,5%). В группе 1 и 2 различия статистически значимы ( $p=0,002$ ).

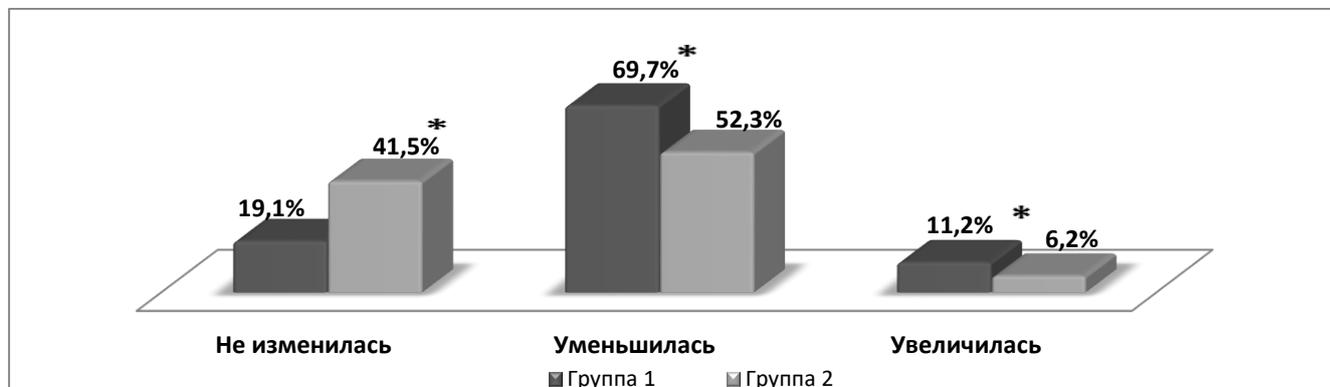


Рис.34. Интенсивность табакокурения на выходе из алкогольного эксцесса. \* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Для лиц СЗАТ интенсивность табакокурения на выходе из алкогольного эксцесса уменьшается в сравнении, с лицами зависимыми только от табака. Это может быть связано с различной степенью выраженности алкогольных постинтоксикационных расстройств у представителей изучаемых групп.

### 3.6. Результаты, причины и предпочитаемые формы, и способы отказа от табакокурения.

Результаты прошлых попыток бросить курить показаны на рисунке 35. В группе 1 и 2 различия статистически значимы ( $p=0,026$ ).

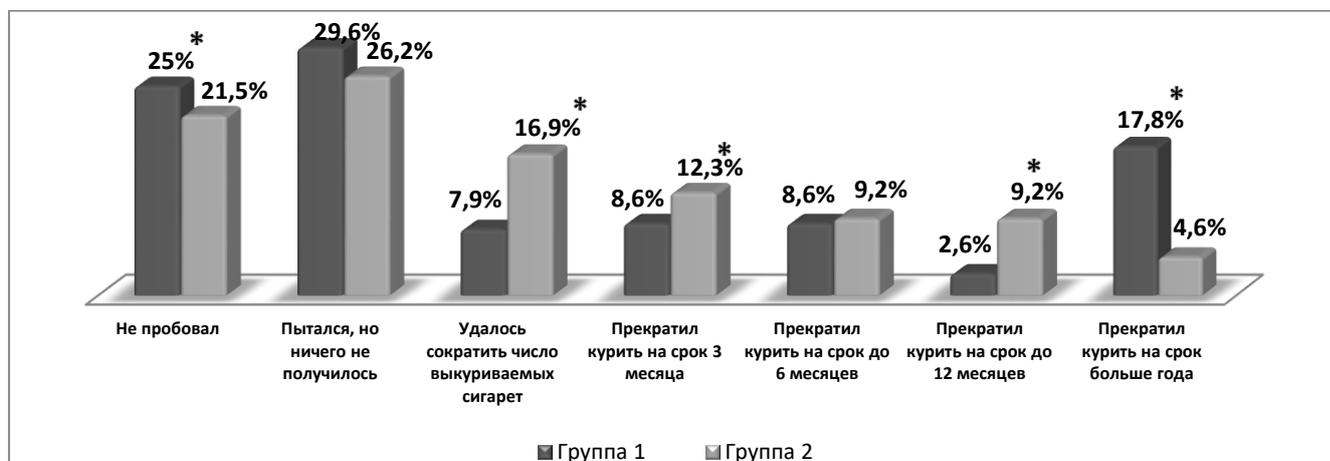


Рис.35. Результаты прошлых попыток бросить курить.\* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Не пробовали бросать курить в 1 группе - 38 человек (25%), во 2 группе - 14

человек (21,5%). Пытался, но ничего не получилось в 1 группе - 45 человек (29,6%), во 2 группе - 17 человек (26,2%). Удалось сократить число выкуриваемых сигарет в 1 группе - 12 человек (7,9%), во 2 группе - 11 человек (16,9%). Прекратили курить на срок 3 месяца в 1 группе - 13 человек (8,6%), во 2 группе - 8 человек (12,3%). Прекратили курить на срок до 6 месяцев в 1 группе - 13 человек (8,6%), во 2 группе - 6 человек (9,2%). Прекратили курить на срок до 12 месяцев в 1 группе - 4 человека (2,6%), во 2 группе - 6 человек (9,2%). Известно, что воздержание от табака на срок более 12 месяцев, является прогностически благоприятным признаком последующего окончательного отказа от табакокурения. В этой связи, некоторым диссонансом с выше приведёнными данными выглядят результаты о прекращении курения более чем на год - в 1 группе у 27 человек (17,8%), во 2 группе 3 человека (4,6%).

Причины, по которой хотят бросить курить показаны на рисунке 36.

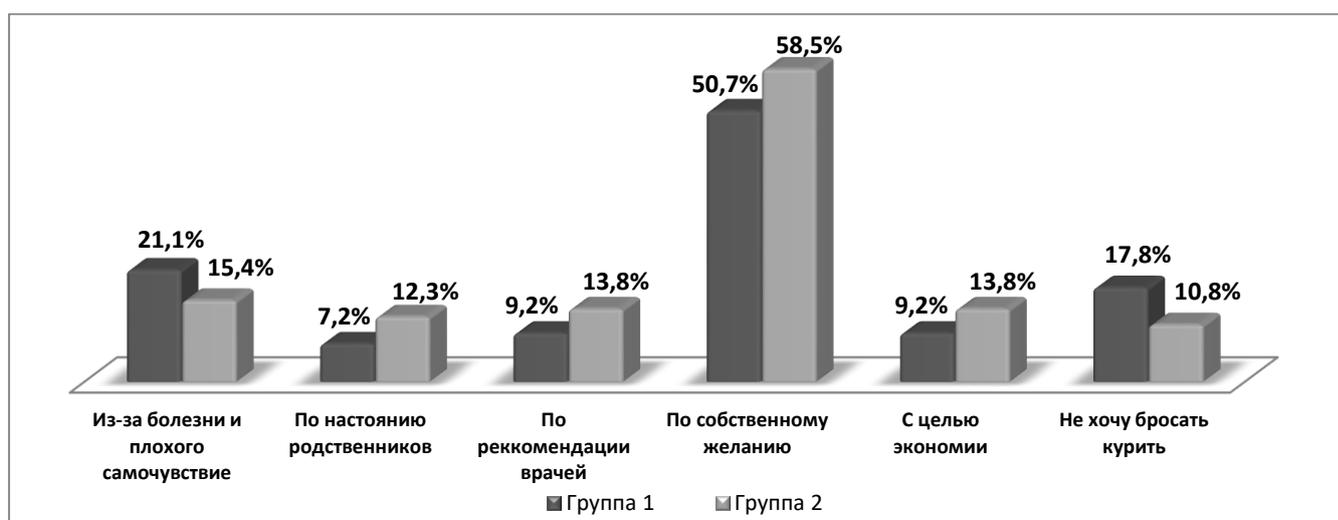


Рис.36. Причина, по которой хотят бросить курить.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Основные причины отказа от табакокурения в обеих группах являются: по собственному желанию в группе СЗАТ - 77 человек (50,7%), в группе ТЗ - 38 человек (58,5%), из-за болезни и плохого самочувствия в группе СЗАТ - 32 человек (21,1%), в группе ТЗ - 10 человек (15,4%), по рекомендации врачей в группе СЗАТ - 14 человек (9,2%), в группе ТЗ - 9 человек (13,8%), с целью экономии в группе СЗАТ - 14 человек (9,2%), в группе ТЗ - 9 человек (13,8%), по настоянию родственников в группе СЗАТ - 11 человек (7,2%), в группе ТЗ - 8

человек (12,3%). Не хотят бросить курить в группе СЗАТ - 27 человек (17,8%), в группе ТЗ - 7 человек (10,8%). Статистически значимых различий между группами не выявлено ( $p>0,05$ ).

Осознание вреда табакокурения и употребления алкоголя для здоровья графически представлено на рисунке 37. Тот факт, что наибольший вред здоровью наносит табакокурение, в 1 группе считают - 19 человек (12,5%), во 2 группе - 15 человек (23,1%). Наибольший вред здоровью наносит злоупотребление алкоголем, в 1 группе считают - 36 человек (23,7%), во 2 группе - 5 человек (7,7%). Одинаково вредны оба фактора, считают в 1 группе - 72 человека (47,4%), во 2 группе - 34 человека (52,3%). Совместный вред больше, чем каждый фактор по отдельности считают в 1 группе - 25 человек (16,4%), во 2 группе - 11 человек (16,9%). Полученные различия между группами статистически значимы ( $p=0,022$ ).

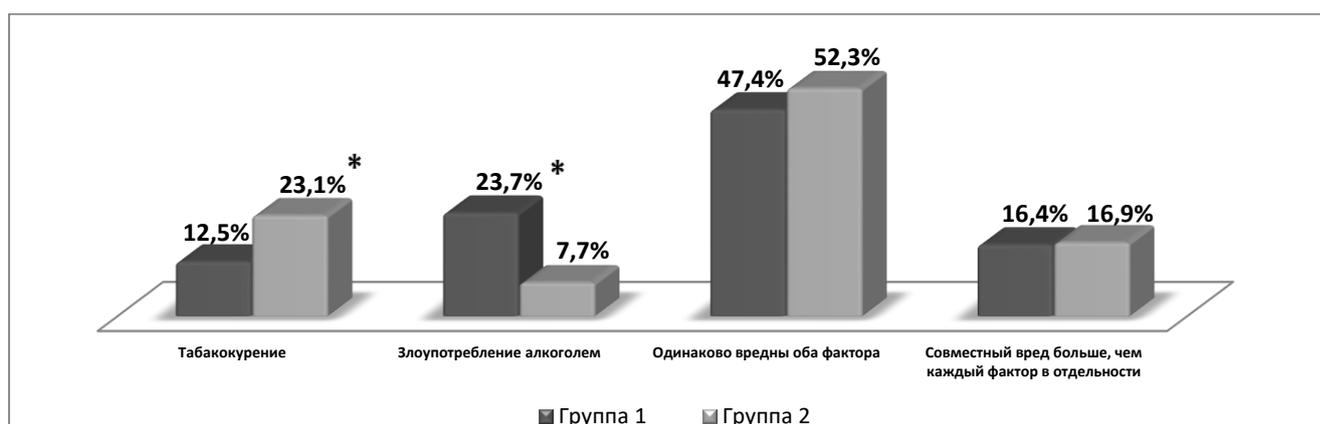


Рис.37. Значимость вреда табакокурения и злоупотребления алкоголем для здоровья.\* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

На основании полученных данных можно предположить, что более 35% пациентов с сочетанной зависимостью от алкоголя и табака будет трудно мотивировать на отказ от этих веществ, потому что, во первых табак не рассматривается ими как вредное вещество, а во вторых, наличие алкогольной анозогнозии и продолжение пьянства будет препятствием для прекращения табакокурения. Возможно, что недооценка вреда здоровью от табакокурения у пациентов 1 группы может быть связана с низкой информированностью о вреде табакокурения, и низким уровнем критики в отношении своего состояния

здоровья, в связи с хронической алкоголизацией и токсическим повреждением мозга.

Следующая группа данных, представлена на рисунке 38. Они косвенно подтверждают наши предположения, касающиеся большого процента лиц, не желающих менять свое курительное поведение. В 1 группе только - 57 человек (37,5%) выразили желание в перспективе бросить курить, остальные склонны уменьшить количество выкуриваемых сигарет - 53 человека (34,9%), курить по ситуации - 26 человек (17,1%) или курить как прежде - 16 человек (10,5%). Во 2 группе статистически значимо ( $p=0,038$ ) больше лиц, желающих полностью отказаться от курения табака - 32 человека (49,2%), в 2 раза меньше, по сравнению с 1 группой, предпочитающих «половинчатые меры» в виде уменьшения количества выкуриваемых сигарет - 10 человек (15,4%), планируют курить «по ситуации» - 14 человек (21,5%), ничего не менять - 9 человек (13,8%) респондентов.

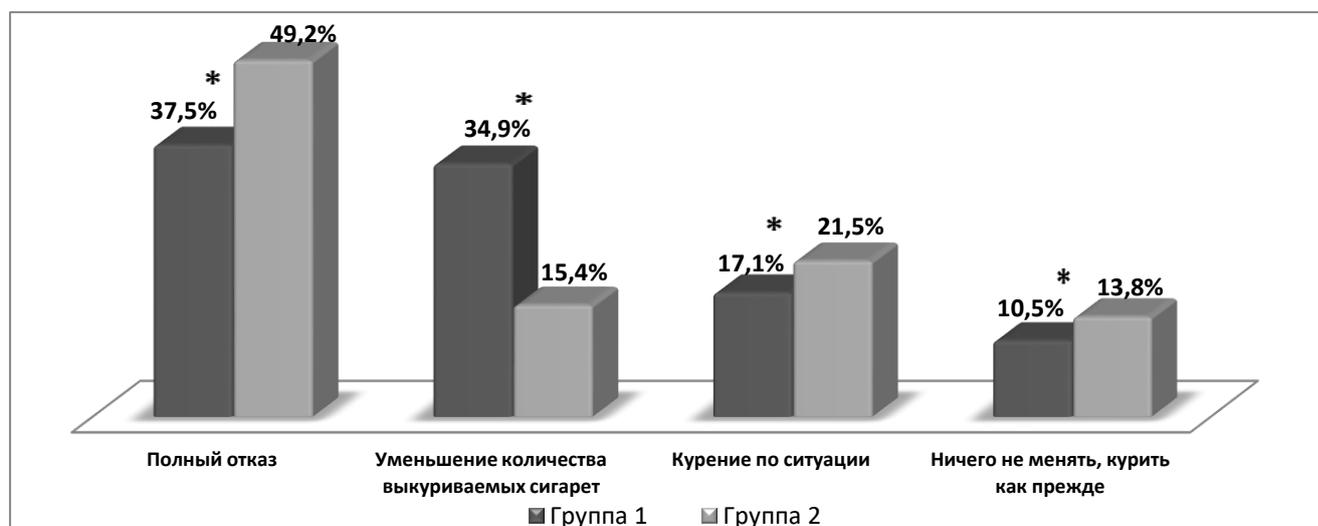


Рис.38. Варианты возможного изменения курительного поведения.\* -  $p<0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Способы реализации отказа от табакокурения графически представлены на рисунке 39. Характерной особенностью представителей группы СЗАТ является низкий процент лиц готовых к отказу от табака самостоятельно, без посторонней помощи. В нашем исследовании в группе лиц СЗАТ самостоятельно, и без посторонней помощи готовы отказаться от табакокурения - 63 человека (41,4%), во 2 группе - 40 человек (61,5%).

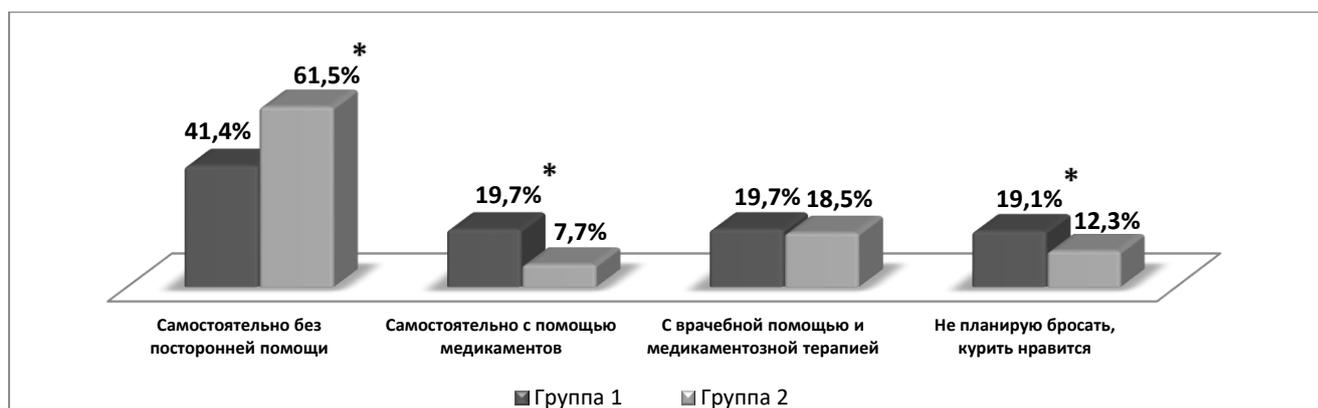


Рис.39. Способы реализации отказа от табакокурения.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Самостоятельно отказаться от табакокурения с помощью медикаментов в 1 группе планируют - 30 человек (19,7%), во 2 группе - 5 человек (7,7%). Не планируют отказываться от табакокурения, курить нравится в 1 группе - 29 человек (19,1%), во 2 группе - 8 человек (12,3%). В группе 1 и 2 различия статистически значимы ( $p=0,026$ ). Выразили готовность отказа от табакокурения с врачебной помощью и медикаментозной терапией в 1 группе - 30 человек (19,7%), во 2 группе - 12 человек (18,5%), но группы по данному показателю статистически значимо не различались.

Для лиц СЗАТ характерен более низкий процент готовых отказаться от табакокурения самостоятельно без посторонней помощи, чем для лиц зависимых только от табака. Это может быть связано с выраженной степенью тяжести синдрома отмены табака у лиц СЗАТ, и их неготовностью переносить абстинентную симптоматику без медикаментозной поддержки.

Приоритеты в вопросе очерёдности отказа от табака и/или от употребления алкоголя показаны на рисунке 40.

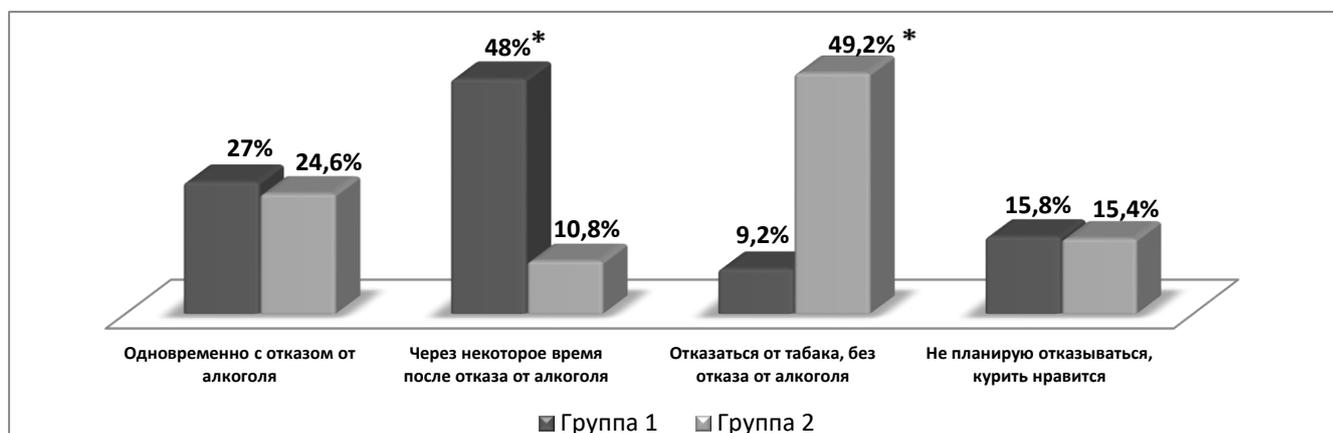


Рис.40. Очерёдность отказа от табака и алкоголя.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Выражают желание одновременно отказаться от табака и алкоголя в 1 группе - 41 человек (27%). Выражают намерение отказаться от табака, через некоторое время (в течении 6 месяцев) после отказа от алкоголя в 1 группе - 73 человека (48%), во 2 группе - 7 человек (10,8%). В группе 1 и 2 различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

На основании полученных данных, можно сделать вывод, что половина лиц СЗАТ, выразили готовность отказаться от табака, через некоторое время после отказа от алкоголя, и только одна четвёртая часть лиц СЗАТ могут отказаться от табакокурения одновременно с отказом от алкоголя. Для лиц СЗАТ целесообразно разработать 2 программы отказа от табака: последовательную и параллельную. Последовательная программа отказа от табака, инициируется через некоторое время после отказа от алкоголя в период достижения ремиссии алкогольной зависимости и реализуется в амбулаторных условиях. Параллельная программа отказа от табакокурения, инициируется в момент поступления больного в стационар и реализуется одновременно с лечением алкогольной зависимости.

### 3.7. Факторы, провоцирующие табакокурение, факторы срыва и рецидива.

Микросоциальные факторы, приводящие к табакокурению графически представлены на рисунке 41 и в таблице 2.

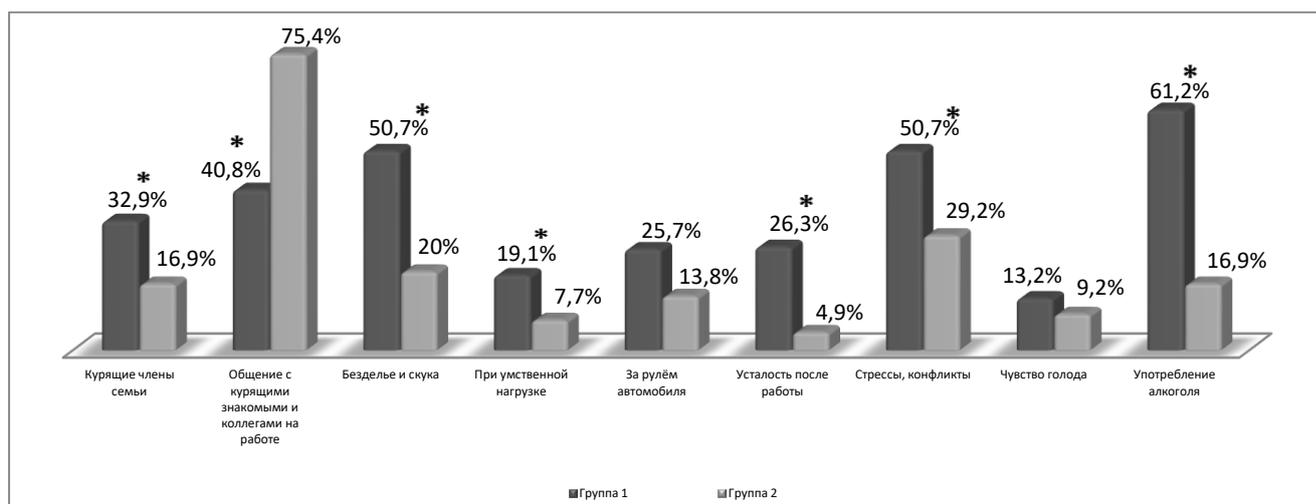


Рис.41. Микросоциальные факторы, приводящие к табакокурению. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Для лиц СЗАТ влияние провоцирующих табакокурение факторов таких как: курящие члены семьи, безделье и скука, умственная нагрузка, усталость после

работы, стрессы, конфликты, употребление алкоголя значительно выше чем, для лиц зависимых только от табака. Статистическая значимость различий 1 и 2 групп по отдельным факторам представлена в таблице 2. У лиц СЗАТ наиболее часто провоцируют курение табака следующие факторы: употребление алкоголя у 93 человек (61,2%), безделье и скука у 77 человек (50,7%), стрессы и конфликты у 77 человек (50,7%), общение с курящими знакомыми и коллегами на работе у 62 человек (40,8%).

Таблица 2. Микросоциальные факторы, приводящие к табакокурению, критерий  $\chi^2$ .

Факторы	Группа 1		Группа 2		p( $\chi^2$ )
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Курящие члены семьи	50	32,9%	11	16,9%	<b>0,017</b>
Общение с курящими знакомыми и коллегами на работе	62	40,8%	49	75,4%	<b>0,000</b>
Безделье и скука	77	50,7%	13	20%	<b>0,000</b>
При умственной нагрузке	29	19,1%	5	7,7%	<b>0,035</b>
За рулём автомобиля	39	25,7%	9	13,8%	0,055
Усталость после работы	40	26,3%	3	4,6%	<b>0,000</b>
Стрессы, конфликты	77	50,7%	19	29,2%	<b>0,004</b>
Чувство голода	20	13,2%	6	9,2%	0,415
Употребление алкоголя	93	61,2%	11	16,9%	<b>0,000</b>

У лиц ТЗ наиболее частыми провоцирующими табакокурение факторами являются: общение с курящими знакомыми и коллегами на работе у 49 человек (75,4%) и стрессы, конфликты у 19 человек (29,2%). Различия между группами статистически значимые ( $p < 0,05$ ).

Для лиц СЗАТ влияние провоцирующих курение табака факторов может создавать трудности при проведении терапии табачной зависимости. Нам представляется, что успех лечения синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ напрямую зависит от устранения и минимизации их влияния. Это обуславливает необходимость учета микросоциальных факторов при проведении психотерапевтической работы.

Отношение родственников к табакокурению показано на рисунке 42.

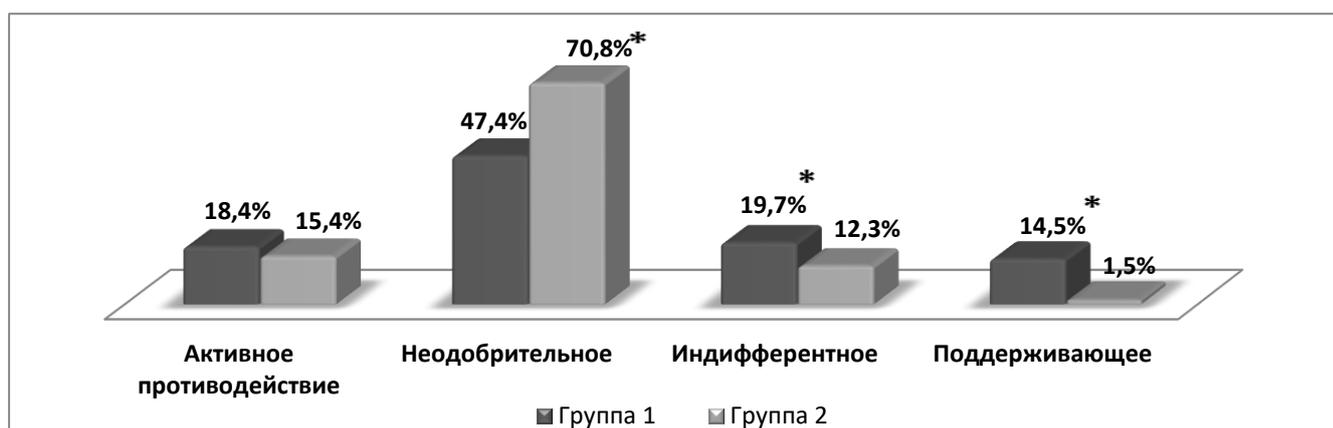


Рис.42. Отношение родственников к табакокурению. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Активное противодействие родственников табакокурению отмечают в 1 группе - 28 человек (18,4%), во 2 группе - 10 человек (15,4%). Неодобрительное отношение к табакокурению родственников отмечают в 1 группе - 72 человека (47,4%), во 2 группе - 46 человек (70,8%). Индифферентное отношение к табакокурению родственников (безразличие) отмечают в 1 группе - 30 человек (19,7%), во 2 группе - 8 человек (12,3%). Поддерживающее отношение родственников (сами курят) к табакокурению отмечают в 1 группе - 22 человека (14,5%), во 2 группе - 1 человек (1,5%). Различия между группами статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

В семьях лиц СЗАТ родственники в меньшей степени оказывают влияние на отказ от табакокурения, чем в семьях лиц зависимых только от табака. С целью повышения эффективности лечения зависимости от табака у лиц СЗАТ, нам представляется оправданным включение вопросов вторичной профилактики табачной зависимости в программы семейной терапии больных алкоголизмом.

Факторы, приводящие к срыву, и рецидиву заболевания F 17.2 графически представлены на рисунке 43 и в таблице 3.

Влияние факторов срыва и рецидива на лиц СЗАТ более выражено, чем тех же факторов на лиц зависимых только от табака. Это создаёт определённые трудности в лечении зависимости от табака у данного контингента больных, и предполагает наличие высокого уровня риска возможного срыва и рецидива. Эти данные необходимо принимать во внимание при разработке психотерапевтического компонента лечебных программ синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ.

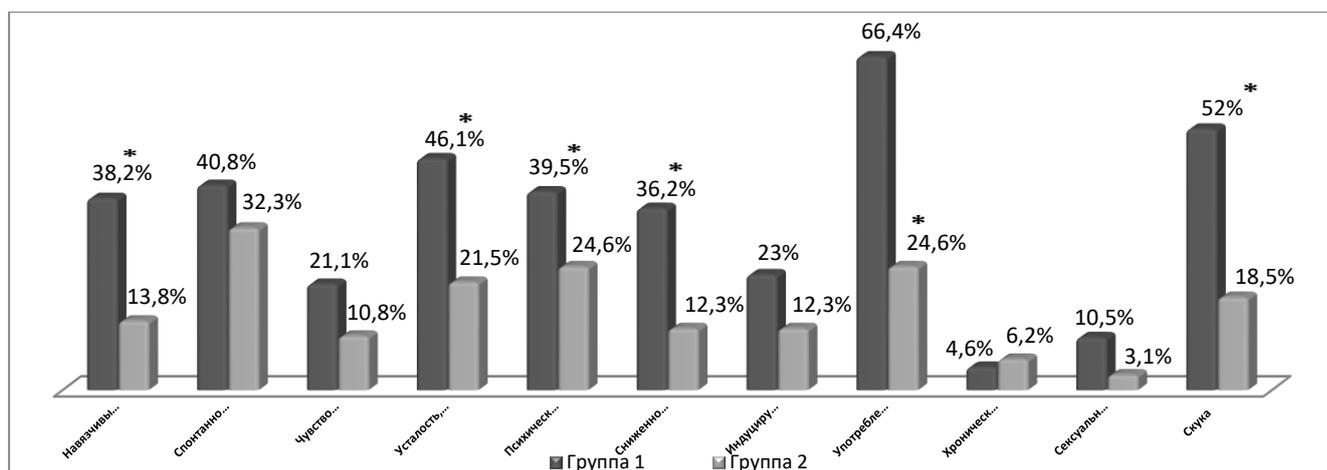


Рис.43. Факторы, приводящие к срыву и рецидиву заболевания F 17.2.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

Таблица 3. Факторы, приводящие к срыву и рецидиву табакокурения, критерий  $\chi^2$

Факторы срыва и рецидива	Группа 1		Группа 2		<i>p</i>
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Навязчивые мысли об употреблении табака	58	38,2%	9	13,8%	<b>0,000</b>
Спонтанно возникающее влечение	62	40,8%	21	32,3%	0,239
Чувство голода	32	21,1%	7	10,8%	0,071
Усталость, напряжение (стресс фактор)	70	46,1%	14	21,5%	<b>0,001</b>
Психическая травма	60	39,5%	16	24,6%	<b>0,036</b>
Сниженное настроение	55	36,2%	8	12,3%	<b>0,000</b>
Индущирующее влияние других курильщиков	35	23%	8	12,3%	0,07
Употребление алкоголя	101	66,4%	16	24,6%	<b>0,000</b>
Хронические соматические заболевания	7	4,6%	4	6,2%	0,634
Сексуальные расстройства	16	10,5%	2	3,1%	0,068
Скука	79	52%	12	18,5%	<b>0,000</b>

Из полученных данных мы видим, что доминирующими факторами срыва и рецидива в группе СЗАТ являются: употребление алкоголя (66,4%), скука (52%), усталость и напряжение (стресс фактор) (46,1%), спонтанно возникающее влечение (40,8%), психическая травма (39,5%), сниженное настроение (36,2%).

Доминирующими факторами срыва и рецидива в группе ТЗ являются: спонтанно возникающее влечение (32,3%), употребление алкоголя (24,6%), психическая травма (24,6%).

### 3.8. Возрастные особенности синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ.

С целью выявления возрастных особенностей табачной зависимости у лиц СЗАТ нами был проведён анализ выраженности проявления клинических признаков в зависимости от возраста таблица 4. Мы исследовали группу лиц СЗАТ в количестве 152 человек. Для удобства исследуемая совокупность была разделена по возрасту на 10 летние интервалы.

Таблица 4. Выраженность проявлений клинических признаков табачной зависимости лиц СЗАТ по возрасту.

Клинический признак:	Возраст (лет):	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Крейвинг		81%	76%	77%	52%	67%
Потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения.		87,5%	71,18%	61,53%	44,82%	44,44%
Увеличение количества выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения.		93,75%	94,91%	82,05%	72,41%	55,55%
Курение натошак		87,50%	81,35%	76,92%	65,51%	55,55%
Постоянный тип влечения к курению табака		87,50%	57,62%	51,28%	44,82%	55,55%
<b>Планирование очерёдности отказа от табака в возрастных группах у лиц СЗАТ.</b>						
Одновременно с отказом от алкоголя.		25,00%	22,03%	28,21%	27,59%	55,56%
Через некоторое время после отказа от алкоголя.		37,5%	52,54%	43,59%	51,72%	44,44%
Отказаться от табакокурения без отказа от алкоголя.		18,75%	8,47%	7,69%	10,43%	0%
<b>Формы предпочитаемого изменения курительного поведения в возрастных группах у лиц СЗАТ.</b>						
Полный отказ.		43,75%	28,81%	43,59%	41,38%	44,44%
Уменьшение количества выкуриваемых сигарет.		12,50%	42,37%	28,21%	34,48%	55,56%
Курение по ситуации.		31,25%	13,56%	20,51%	17,24%	0%
<b>Способы отказа от табака в возрастных группах у лиц СЗАТ.</b>						
Самостоятельно без посторонней помощи		43,75%	35,59%	48,72%	44,83%	33,33%
Самостоятельно с помощью медикаментов		18,75%	23,73%	20,51%	13,79%	11,11%
С врачебной помощью и медикаментозной терапией.		18,75%	18,69%	7,69%	31,03%	44,44%

Проявление крейвинга в возрастных группах лиц СЗАТ графически представлено на рисунке 44.

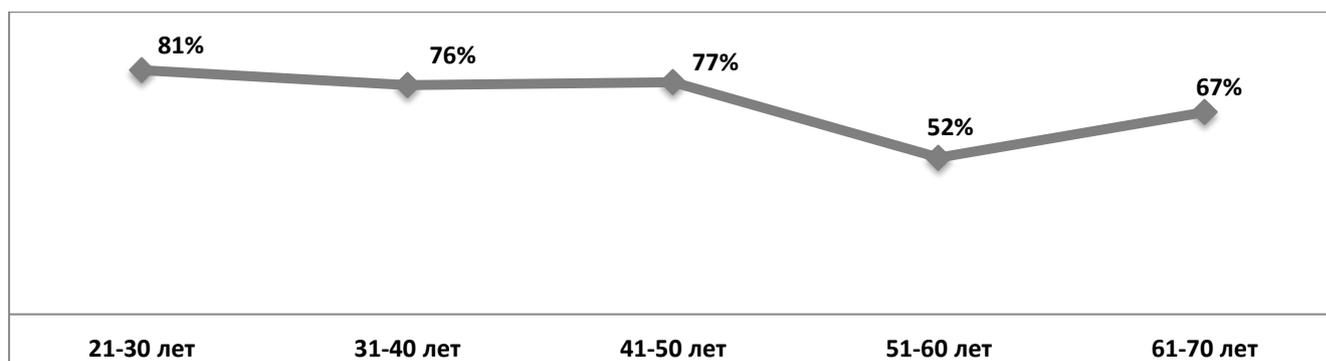


Рис.44. Проявление крейвинга в возрастных группах у лиц СЗАТ.

Выраженное влечение к табаку крейвинг, является наиболее значимым клиническим признаком синдрома отмены табака. Как мы видим, на представленном выше рисунке, в исследуемой группе лиц СЗАТ выявлена тенденция к снижению данного признака с возрастом и некоторое повышение в возрастной группе от 61 года и выше.

Особенности проявления курительного поведения в возрастных группах СЗАТ графически представлены на рисунке 45.

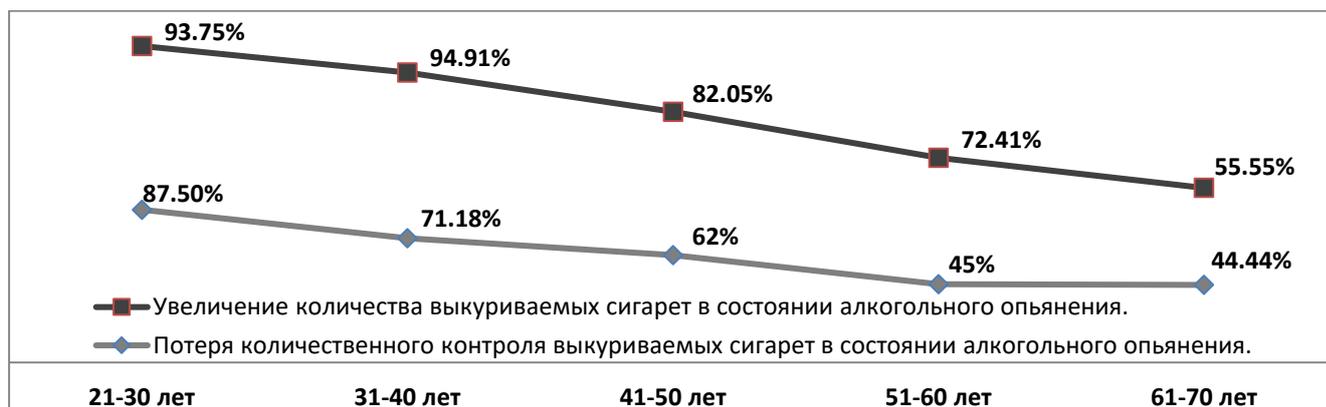


Рис. 45. Проявления особенностей курительного поведения в состоянии алкогольного опьянения в возрастных группах у лиц СЗАТ.

Приведённые выше данные свидетельствуют, что потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения и увеличение количества выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения обнаруживают тенденцию к снижению с возрастом.

Курение натощак и постоянный тип курения табака в возрастных группах у лиц СЗАТ графически представлены на рисунке 46.

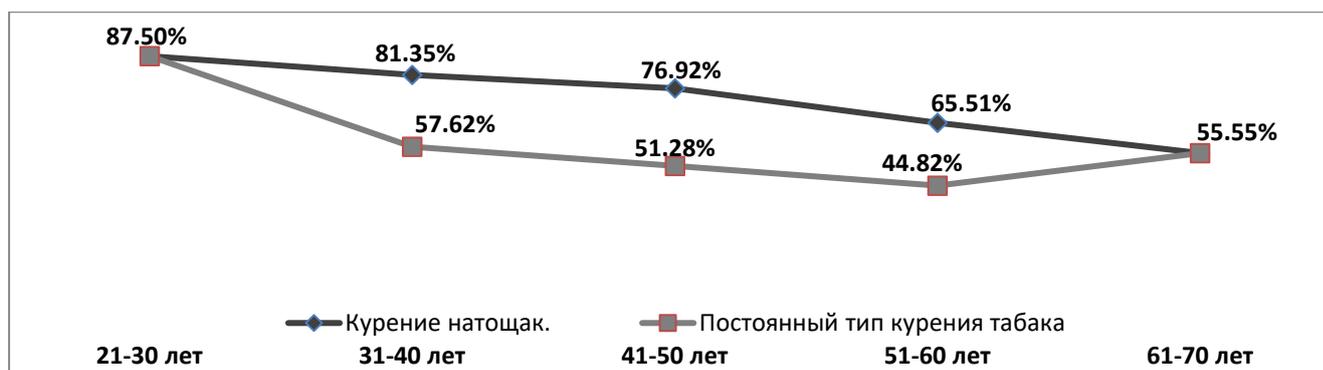


Рис.46. Курение натошак и постоянный тип курения табака в возрастных группах у лиц СЗАТ.

Курение натошак в группе СЗАТ также обнаруживают тенденцию к снижению с возрастом. Доля лиц с постоянным типом влечения к табакокурению в группе СЗАТ с возрастом снижается и несколько стабилизируется после 60 лет.

На основании полученных данных, можно сделать вывод, что снижение интенсивности табакокурения с возрастом является закономерной реакцией на возрастное истощение функциональных возможностей организма.

Планирование очередности отказа от табака в возрастных группах у лиц СЗАТ графически представлено на рисунке 47.

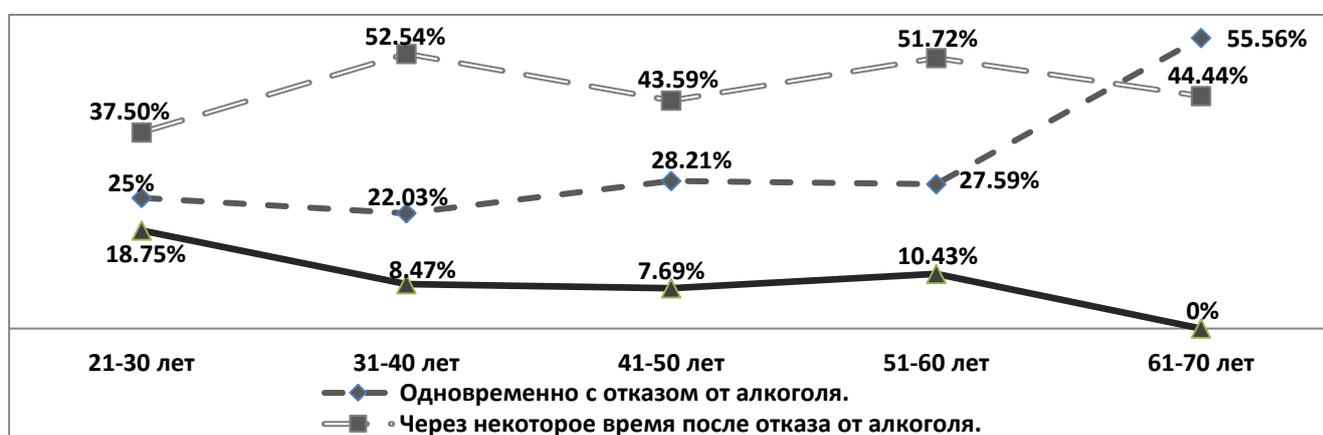


Рис.47. Планирование очередности отказа от табака в возрастных группах у лиц СЗАТ.

В возрасте после 50 лет увеличивается доля лиц СЗАТ планирующих одновременный отказ от алкоголя и табака.

Формы предпочитаемого изменения курительного поведения в возрастных группах у лиц СЗАТ графически представлены на рисунке 48.

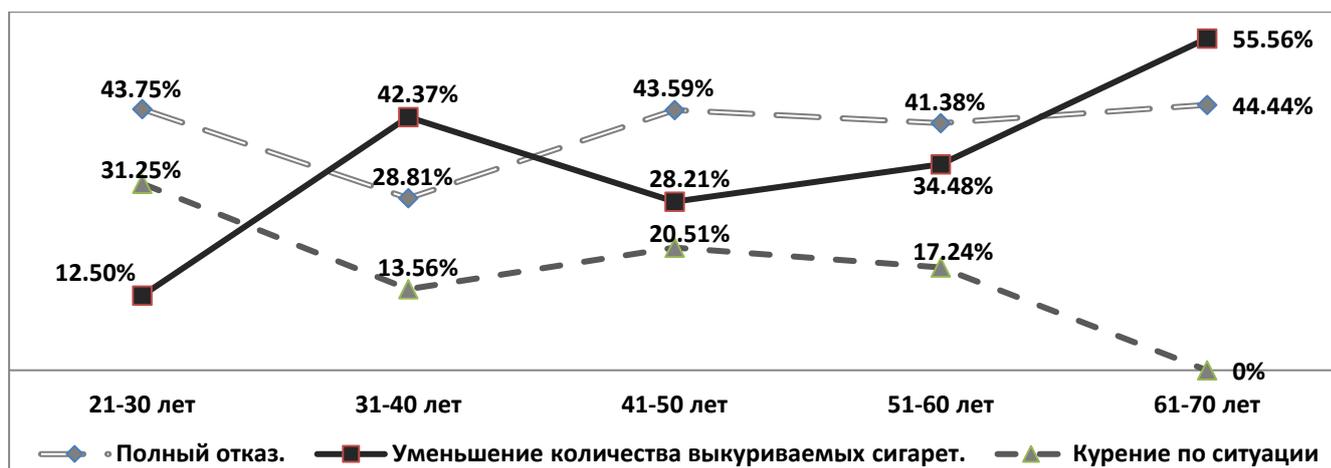


Рис.48. Формы предпочитаемого изменения курительного поведения в возрастных группах у лиц СЗАТ.

Желание снизить интенсивность табакокурения в группе СЗАТ характерно для возраста от 31 до 40 лет и после 60 лет. Доля лиц готовых отказаться от табака с врачебной помощью и медикаментозной терапией увеличивается после 40 лет.

Предпочитаемые способы отказа от табака в возрастных группах у лиц СЗАТ графически представлены на рисунке 49.

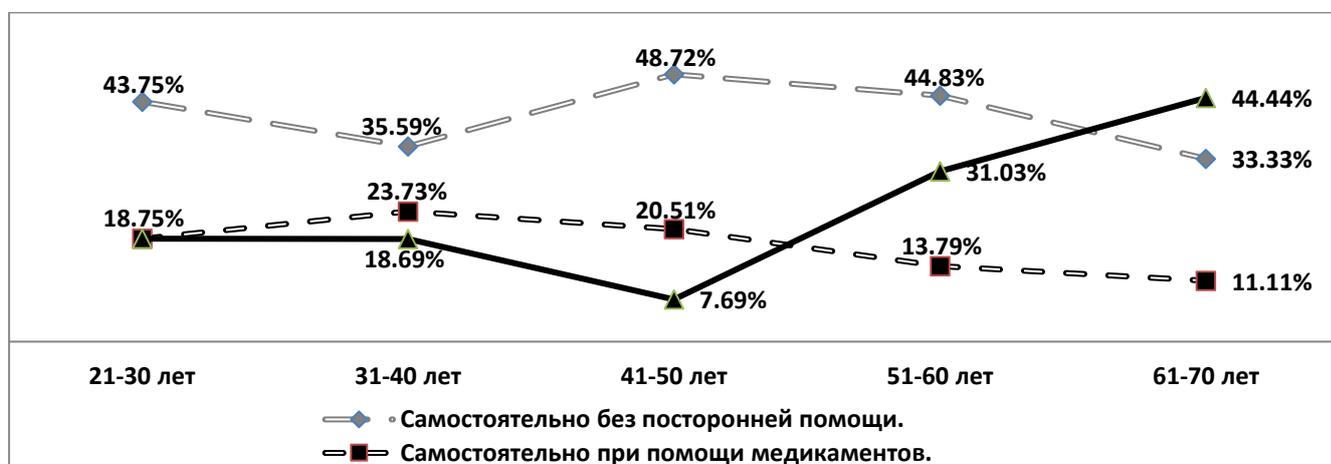


Рис.49. Предпочитаемые способы отказа от табака в возрастных группах у лиц СЗАТ.

Полученные данные позволяют дифференцированно подходить к лечению табачной зависимости у лиц СЗАТ различных возрастных групп.

## ГЛАВА 4

### ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ СЗАТ.

Выше приведённые результаты исследования были верифицированы с помощью психометрических шкал.

#### 4.1. Тест Фагестрёма.

Результаты теста Фагестрёма показаны на рисунке 50. По результатам тестирования в группе СЗАТ слабая степень никотиновой зависимости была выявлена у 7 человек (4,6%), умеренно выраженная степень никотиновой зависимости у 81 человек (53,3%) и сильно выраженная степень никотиновой зависимости у 61 человека (42,1%).

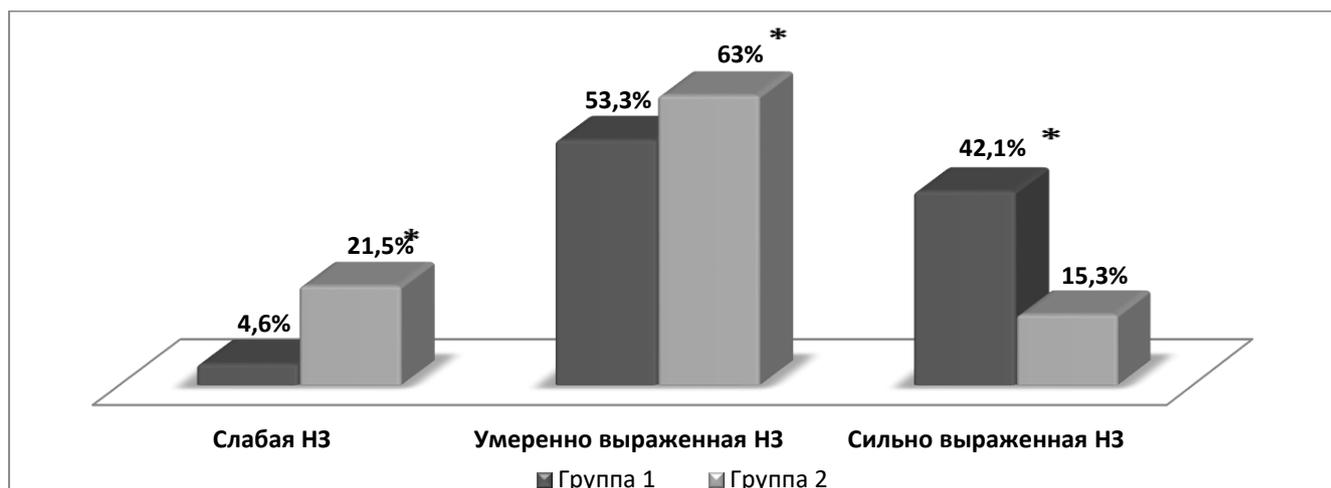


Рис.50. Тест Фагестрёма. \* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

В группе зависимых только от табака слабая степень никотиновой зависимости была выявлена у 14 человек (21,5%), умеренно выраженная степень никотиновой зависимости у 41 человека (63%) и сильно выраженная степень никотиновой зависимости у 10 человек (15,3%). Среднее значение теста Фагестрёма для группы СЗАТ - 5,82 (SD = 2,01) статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем для группы ТЗ - 4,32 (SD = 2,22). В исследовании корреляционной взаимосвязи между показателями других шкал результаты теста Фагестрёма выявили средней силы положительную корреляционную связь с результатами теста «Шкала зависимости от сигарет» ( $r = 0,612$ ). Значения теста Фагестрёма

обнаруживают умеренную положительную корреляционную связь с мотивами «Стимуляция» ( $r = 0,404$ ), «Крейвинг» ( $r = 0,488$ ), «Рефлекс» ( $r = 0,406$ ) теста мотивов курительного поведения Хорна. Результаты теста Фагестрёма, в результате корреляционного анализа с числовыми значениями Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости обнаруживают умеренную положительную корреляционную связь с мотивами «Улучшение когнитивных функций» ( $r = 0,384$ ), «Положительное подкрепление» ( $r = 0,456$ ), «Ассоциативные процессы» ( $r = 0,457$ ), «Автоматизм» ( $r = 0,441$ ), «Потеря контроля» ( $r = 0,421$ ), «Отрицательное подкрепление» ( $r = 0,459$ ), средней силы положительную корреляционную связь с мотивами «Толерантность» ( $r = 0,658$ ), «Улучшение состояния» ( $r = 0,542$ ), «Крейвинг» ( $r = 0,581$ ), «Поддержание привязанности» ( $r = 0,528$ ). Полученные данные корреляционного анализа теста Фагестрёма с другими психометрическими тестами характеризующими табачную зависимость позволяют нам сделать вывод о том, что изменение показателя этого теста коррелируется с данными этих психометрических тестов.

На основании полученных нами результатов теста Фагестрёма можно сделать вывод, что у лиц СЗАТ степень тяжести никотиновой зависимости значительно выше, чем у лиц зависимых только от табака.

Удобство и простота в применении, понятность вопросов для респондентов, малый объём (6 вопросов), высокая корреляционная взаимосвязь с другими тестами измеряющими зависимость от табака делают данный тест основным диагностическим инструментом для применения в практическом здравоохранении.

#### **4.2. Шкала зависимости от сигарет (CDS-12).**

Результаты теста - Шкала зависимости от сигарет (CDS-12) показаны на рисунке 51. Среднее значение шкалы для группы СЗАТ - 43,53 ( $SD = 10,39$ ), что статистически значимо выше ( $p=0,011$ ), чем для группы ТЗ - 39,78 ( $SD = 9,54$ ). В группе СЗАТ степень зависимости от сигарет при интерпретации теста соответствуют сильной степени, в группе ТЗ интерпретируется как средняя. При

исследовании корреляционных связей результаты теста «Шкала зависимости от сигарет» выявили средней силы положительную корреляционную связь с результатами теста Фагестрёма ( $r = 0,612$ ), умеренную положительную корреляционную связь с мотивом «Крейвинг» ( $r = 0,439$ ) теста мотивов курительного поведения Хорна. Результаты теста «Шкала зависимости от сигарет» обнаруживает средней силы положительную корреляционную связь числовыми значениями доменов Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости: «Положительное подкрепление» ( $r = 0,523$ ), «Ассоциативные процессы» ( $r = 0,566$ ), «Автоматизм» ( $r = 0,541$ ), «Потеря контроля» ( $r = 0,632$ ), «Отрицательное подкрепление» ( $r = 0,570$ ), «Толерантность» ( $r = 0,648$ ), «Улучшение состояния» ( $r = 0,582$ ), «Поддержание привязанности» ( $r = 0,641$ ) и сильную положительную корреляционную связь с доменом «Крейвинг» ( $r = 0,719$ ), умеренную положительную корреляционную связь с доменом «Улучшение когнитивных функций» ( $r = 0,455$ ).

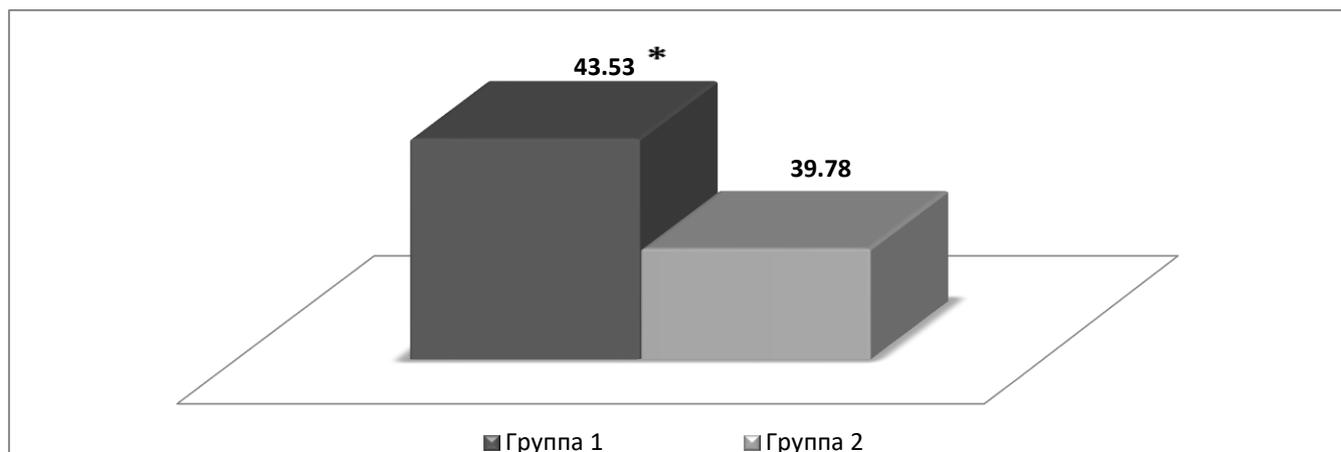


Рис.51. Шкала зависимости от сигарет. \* -  $p < 0,05$ , для критерия Манна-Уитни.

Это подтверждает ранее полученные данные и результаты теста Фагестрёма, приведённые выше, что у лиц СЗАТ степень тяжести никотиновой зависимости значительно выше, чем у лиц ТЗ. Данный инструмент может использоваться в клинической практике как альтернатива тесту Фагестрёма.

#### 4.3. Анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения.

Результаты теста на мотивацию к отказу от табакокурения показаны на рисунке 52. В группах СЗАТ и ТЗ статистически значимых различий выявлено не

было ( $p=0,47$ ). По показателям мотивации на отказ от табакокурения обе группы сопоставимы. В группе СЗАТ лиц с недостаточным уровнем мотивации на отказ от табакокурения было выявлено - 99 человек (65,1%), с достаточным уровнем мотивации на отказ - 53 человек (34,9%). В группе ТЗ лиц с недостаточным уровнем мотивации на отказ от табакокурения было выявлено - 40 человек (61,6%), достаточный уровень на отказ от табакокурения показали - 25 человек (38,3%).

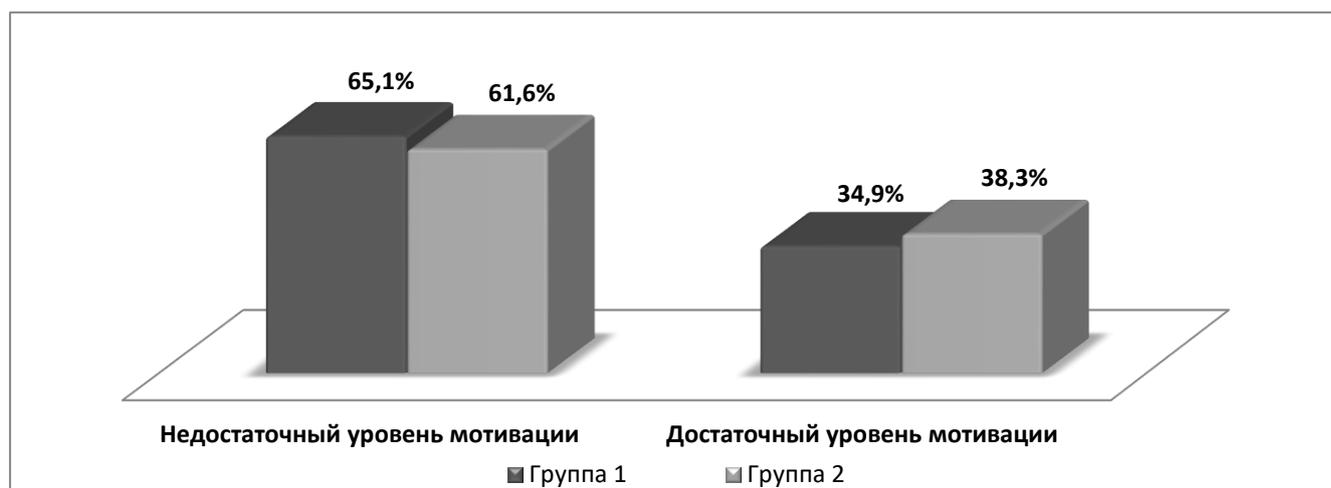


Рис.52. Тест на мотивацию к отказу от табакокурения.\* -  $p < 0,05$ , для критерия  $\chi^2$ .

При исследовании корреляционных взаимосвязей значения теста мотивации на отказ от табакокурения показала умеренную отрицательную корреляционную связь со значениями доменов Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости: «Отрицательное подкрепление» ( $r = - 0,405$ ), «Улучшение состояния» ( $r = - 0,413$ ).

На основании полученных результатов теста, можно сделать вывод, что для лиц СЗАТ и лиц ТЗ характерны сопоставимые по значению уровни мотивации на отказ от табакокурения: достаточный уровень мотивации от 34,9 до 38,3%.

#### 4.4. Анкета для определения типа курительного поведения Хорна.

Результаты анкетных данных определения типа курительного поведения Хорна показаны на рисунке 53. Среднее значение мотива «Стимуляция» для группы СЗАТ - 8,43 ( $SD = 2,94$ ), что статистически значимо выше ( $p=0,031$ ), чем для группы ТЗ - 7,47 ( $SD = 3,28$ ). Среднее значение мотива «Игра с сигаретой» для

группы СЗАТ - 8,4 (SD = 3,12), для группы ТЗ - 7,52 (SD = 3,12), достоверной разницы ( $p=0,068$ ) по этому показателю выявлено не было. Среднее значение мотива «Расслабление» для группы СЗАТ - 11,28 (SD = 2,84) статистически значимо выше ( $p=0,023$ ), чем для группы ТЗ - 10,35 (SD = 2,85). Среднее значение мотива «Поддержка» для группы СЗАТ - 11,83 (SD = 2,94), для группы ТЗ - 10,98 (SD = 3,27), достоверных различий по данному показателю между группами выявлено не было ( $p=0,068$ ). Среднее значение мотива «Жажда» для группы СЗАТ - 10,42 (SD = 2,85), что статистически значимо выше ( $p<0,05$ ), чем для группы ТЗ - 9,06 (SD = 2,64). Среднее значение мотива «Рефлекс» для группы СЗАТ - 7,40 (SD = 3,2), что статистически значимо выше ( $p=0,005$ ), чем для группы ТЗ - 6,15 (SD = 2,81).

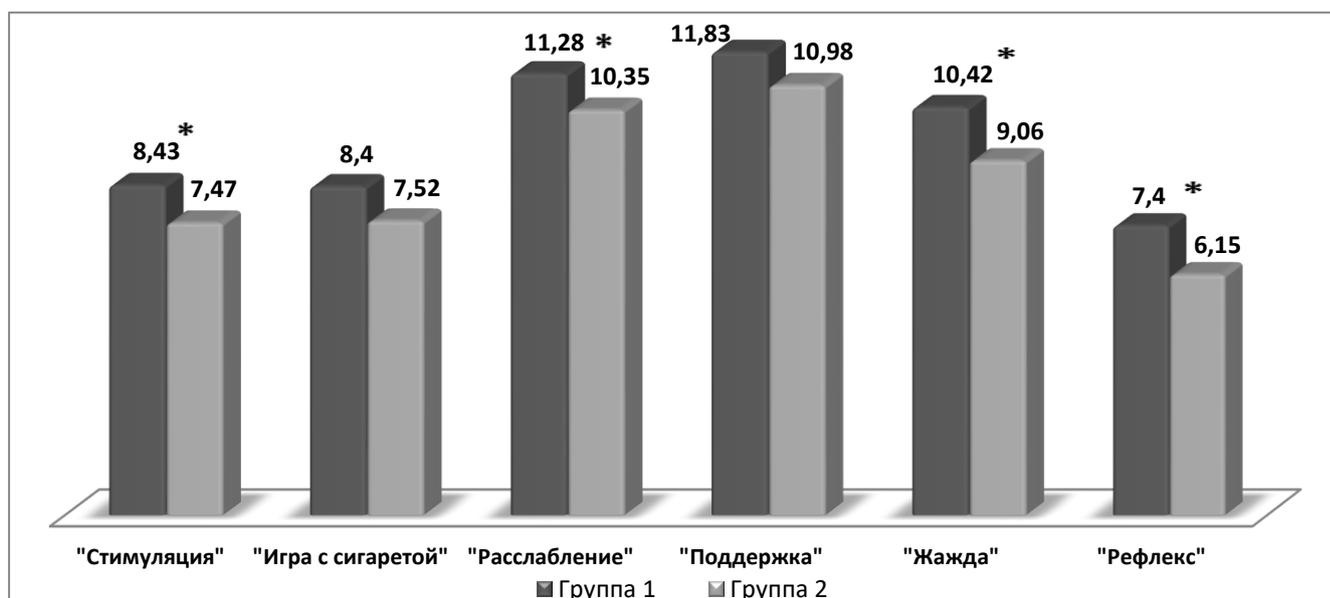


Рис.53. Анкета определения типа курительного поведения Хорна. \* -  $p<0,05$ , для критерия Манна-Уитни.

Числовое значение шкалы мотива «Стимуляция» показывает умеренную положительную корреляционную связь со значениями теста Фагестрёма ( $r = 0,404$ ), значениями мотивов: «Игра с сигаретой» ( $r = 0,475$ ), «Расслабление» ( $r = 0,398$ ), «Жажда» ( $r = 0,420$ ), средней силы положительную корреляционную связь с мотивом «Рефлекс» ( $r = 0,563$ ) анкеты Хорна. Умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Положительное подкрепление» ( $r = 0,479$ ), «Улучшение когнитивных функций» ( $r = 0,458$ ),

«Поддержание привязанности» ( $r = 0,417$ ), средней силы положительную корреляционную связь с доменом «Улучшение состояния» ( $r = 0,534$ ) Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.

Числовое значение шкалы мотива «Игра с сигаретой» показывает умеренную положительную корреляционную связь со значениями мотивов «Стимуляция» ( $r = 0,475$ ), «Расслабление» ( $r = 0,496$ ), «Рефлекс» ( $r = 0,434$ ) анкеты Хорна, умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Вкусовые/сенсорные процессы» ( $r = 0,408$ ) Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.

Числовое значение шкалы мотива «Расслабление» показывает умеренную положительную корреляционную связь со значениями мотивов «Стимуляция» ( $r = 0,398$ ), «Игра с сигаретой» ( $r = 0,496$ ), «Поддержка» ( $r = 0,479$ ) анкеты Хорна, умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Вкусовые/сенсорные процессы» ( $r = 0,481$ ), «Положительное подкрепление» ( $r = 0,481$ ), «Отрицательное подкрепление» ( $r = 0,437$ ), «Улучшение состояния» ( $r = 0,447$ ), «Крейвинг» ( $r = 0,405$ ), «Улучшение когнитивных функций» ( $r = 0,452$ ), «Поддержание привязанности» ( $r = 0,472$ ) Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.

Числовое значение шкалы мотива «Поддержка» показывает умеренную положительную корреляционную связь со значениями доменов «Расслабление» ( $r = 0,479$ ) и «Жажда» ( $r = 0,394$ ) анкеты Хорна.

Числовое значение шкалы мотива «Жажда» демонстрирует умеренную положительную корреляционную связь со значением теста Фагестрёма ( $r = 0,488$ ), результатом теста «Шкала зависимости от сигарет» ( $r = 0,439$ ), числовыми значениями мотивов «Стимуляция» ( $r = 0,420$ ), «Поддержка» ( $r = 0,394$ ), «Рефлекс» ( $r = 0,479$ ) анкеты Хорна, умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Положительное подкрепление» ( $r = 0,435$ ), «Ассоциативные процессы» ( $r = 0,431$ ), «Потеря контроля» ( $r = 0,453$ ), «Отрицательное подкрепление» ( $r = 0,459$ ), «Толерантность» ( $r = 0,477$ ), «Улучшение состояния» ( $r = 0,437$ ), «Крейвинг» ( $r = 0,552$ ), «Улучшение

когнитивных функций» ( $r = 0,440$ ), «Поддержание привязанности» ( $r = 0,491$ ) Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.

Числовое значение шкалы мотива «Рефлекс» обнаруживает умеренную положительную корреляционную связь с результатом теста Фагестрёма ( $r = 0,406$ ), значениями «Игра с сигаретой» ( $r = 0,434$ ), «Жажда» ( $r = 0,479$ ), средней силы положительную корреляционную связь с мотивом «Стимуляция» ( $r = 0,563$ ) анкеты Хорна, умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Ассоциативные процессы» ( $r = 0,395$ ), «Потеря контроля» ( $r = 0,473$ ), «Толерантность» ( $r = 0,447$ ), «Улучшение состояния» ( $r = 0,410$ ), «Поддержание привязанности» ( $r = 0,424$ ), средней силы положительную корреляционную связь с доменом «Автоматизм» ( $r = 0,569$ ) Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.

У лиц СЗАТ числовые значения шкалы мотивов «Стимуляция», «Расслабление», «Жажда», «Рефлекс» статистически значимо выше, чем у лиц зависимых только от табака. В группе СЗАТ преобладающими мотивами табакокурения являются «Жажда» 10,42 ( $SD = 2,85$ ) и «Расслабление» 11,28 ( $SD = 2,84$ ). Зависимость от табака у лиц СЗАТ имеет выраженный и стойкий характер, а табакокурение для них является способом расслабления и получения удовольствия. В группе СЗАТ менее выражены мотивы «Стимуляция», «Рефлекс» характерные для лёгкой степени зависимости от табака. Показатели шкалы мотива «Поддержка» в обеих группах статистически значимо не различались, но имели высокий уровень, это говорит о том, что табакокурение в обеих группах является средством снятия эмоционального напряжения.

#### **4.5. Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости (WISDM-68).**

Результаты Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости показаны на рисунке 54. Среднее значение мотива «Потеря контроля» для группы СЗАТ составило 4,51 ( $SD = 2,35$ ), что статистически значимо выше ( $p=0,005$ ), чем для группы ТЗ - 3,80 ( $SD = 1,2$ ). Среднее значение мотива «Толерантность» для группы СЗАТ составило 4,79 ( $SD = 1,52$ ), что статистически значимо выше

( $p < 0,05$ ), чем для группы ТЗ - 3,80 ( $SD = 1,49$ ). Среднее значение мотива «Улучшение состояния» для группы СЗАТ составило 4,06 ( $SD = 1,35$ ), что статистически значимо выше ( $p = 0,029$ ), чем для группы ТЗ - 3,50 ( $SD = 1,46$ ). Среднее значение мотива «Крейвинг» для группы СЗАТ составило 4,93 ( $SD = 1,49$ ), что статистически значимо выше ( $p = 0,021$ ), чем для группы ТЗ - 4,35 ( $SD = 1,5$ ). Среднее значение мотива «Поддержание привязанности» для группы СЗАТ составило 4,13 ( $SD = 1,51$ ), что статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем для группы ТЗ - 3,36 ( $SD = 1,41$ ). Среднее значение мотива «Социальные стимулы» для группы СЗАТ составило 4,95 ( $SD = 1,36$ ), что статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем для группы ТЗ - 4,11 ( $SD = 1,28$ ).

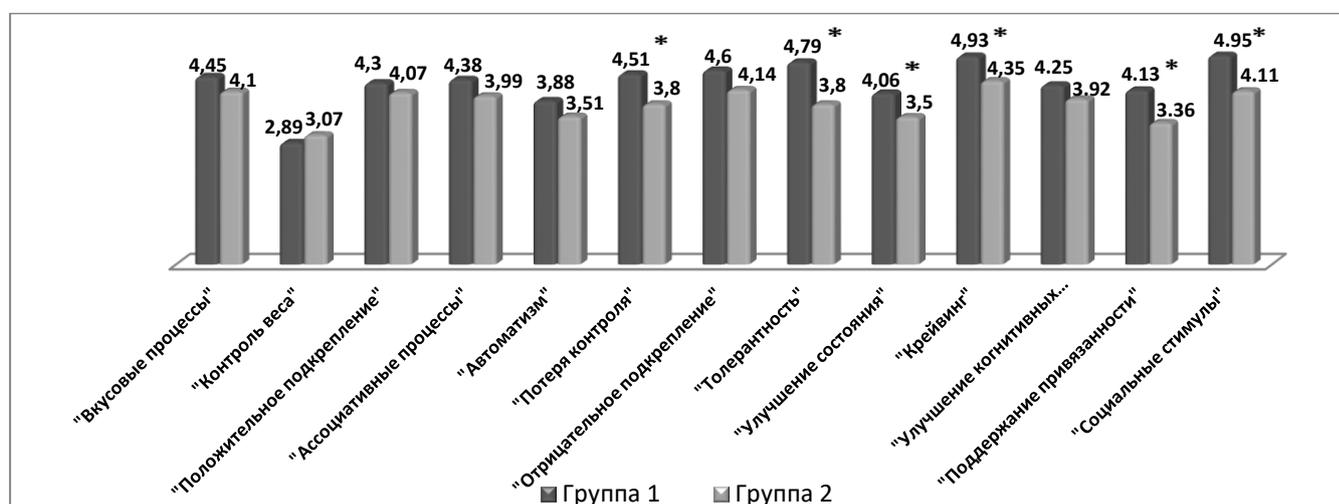


Рис.54. Висконсинский тест мотивов курительного поведения. \* -  $p < 0,05$ , для критерия Манна-Уитни.

Числовые значения домена «Потеря контроля» показывает умеренную положительную корреляционную связь с результатом теста Фагестрёма ( $r = 0,427$ ), средней силы положительную корреляционную связь с результатом теста «Шкала зависимости от сигарет» ( $r = 0,632$ ), умеренную положительную корреляционную связь со значениями мотивов «Жажда» ( $r = 0,453$ ) и «Рефлекс» ( $r = 0,473$ ) анкеты Хорна, средней силы положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Положительное подкрепление» ( $r = 0,529$ ), «Ассоциативные процессы» ( $r = 0,615$ ), «Автоматизм» ( $r = 0,606$ ), «Отрицательное подкрепление» ( $r = 0,550$ ), «Толерантность» ( $r = 0,622$ ), «Улучшение состояния» ( $r = 0,576$ ), «Крейвинг» ( $r = 0,657$ ), «Улучшение когнитивных функций» ( $r = 0,584$ ),

«Поддержание привязанности» ( $r = 0,639$ ) Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.

Числовые значения домена «Толерантность», обнаруживают средней силы положительную корреляционную связь с результатом теста Фагестрёма ( $r = 0,658$ ), результатом теста «Шкала зависимости от сигарет» ( $r = 0,648$ ), умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями мотивов «Жажда» ( $r = 0,477$ ), «Рефлекс» ( $r = 0,447$ ) анкеты Хорна, умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Вкусовые/сенсорные процессы» ( $r = 0,440$ ), «Социальные стимулы» ( $r = 0,479$ ), средней силы положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Положительное подкрепление» ( $r = 0,568$ ), «Автоматизм» ( $r = 0,568$ ), «Потеря контроля» ( $r = 0,622$ ), «Отрицательное подкрепление» ( $r = 0,630$ ), «Улучшение состояния» ( $r = 0,646$ ), «Улучшение когнитивных функций» ( $r = 0,537$ ), «Поддержание привязанности» ( $r = 0,664$ ) и сильную положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Крейвинг» ( $r = 0,693$ ), «Ассоциативные процессы» ( $r = 0,707$ ) Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.

Числовые значения домена «Улучшение состояния», показывает отрицательную умеренную корреляционную связь с результатом теста готовности отказа от табакокурения ( $r = - 0,413$ ). Так же демонстрирует положительную умеренную корреляционную связь с результатом теста Фагестрёма ( $r = 0,542$ ), результатом теста «Шкала зависимости от сигарет» ( $r = 0,582$ ), числовыми значениями мотивов «Стимуляция» ( $r = 0,534$ ), «Расслабление» ( $r = 0,447$ ), «Жажда» ( $r = 0,437$ ) и «Рефлекс» ( $r = 0,410$ ) анкеты Хорна, числовыми значениями доменов «Вкусовые/сенсорные процессы» ( $r = 0,566$ ), «Контроль веса» ( $r = 0,403$ ), «Положительное подкрепление» ( $r = 0,747$ ), «Ассоциативные процессы» ( $r = 0,689$ ), «Автоматизм» ( $r = 0,577$ ), «Потеря контроля» ( $r = 0,576$ ), «Отрицательное подкрепление» ( $r = 0,781$ ), «Толерантность» ( $r = 0,646$ ), «Крейвинг» ( $r = 0,680$ ), «Улучшение когнитивных функций» ( $r = 0,721$ ), «Поддержание привязанности» ( $r = 0,791$ ), «Социальные стимулы» ( $r = 0,456$ ) Висконсинского опросника мотивов

табачной зависимости.

Числовые значения домена «Крейвинг» показывают средней силы положительную корреляционную связь с результатом теста Фагестрёма ( $r = 0,581$ ), сильную положительную корреляционную связь с результатом теста «Шкала зависимости от сигарет» ( $r = 0,719$ ), умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями мотива «Расслабление» ( $r = 0,405$ ) и средней силы положительную корреляционную связь с числовыми значениями мотива «Жажда» ( $r = 0,552$ ) анкеты Хорна, умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями домена «Социальные стимулы» ( $r = 0,442$ ), средней силы положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Вкусовые/сенсорные процессы» ( $r = 0,526$ ), «Положительное подкрепление» ( $r = 0,616$ ), «Автоматизм» ( $r = 0,562$ ), «Потеря контроля» ( $r = 0,657$ ), «Отрицательное подкрепление» ( $r = 0,685$ ), «Улучшение состояния» ( $r = 0,680$ ), «Улучшение когнитивных функций» ( $r = 0,587$ ), сильную положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Толерантность» ( $r = 0,693$ ), «Ассоциативные процессы» ( $r = 0,710$ ), «Поддержание привязанности» ( $r = 0,717$ ) Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.

Числовые значения домена «Поддержание привязанности» обнаруживает средней силы положительную корреляционную связь с результатом теста Фагестрёма ( $r = 0,528$ ), результатом теста «Шкала зависимости от сигарет» ( $r = 0,641$ ), умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями мотивов «Стимуляция» ( $r = 0,417$ ), «Расслабление» ( $r = 0,472$ ), «Жажда» ( $r = 0,491$ ) и «Рефлекс» ( $r = 0,424$ ) анкеты Хорна, умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями домена «Социальные стимулы» ( $r = 0,398$ ), средней силы положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Вкусовые/сенсорные процессы» ( $r = 0,598$ ), «Автоматизм» ( $r = 0,612$ ), «Потеря контроля» ( $r = 0,639$ ), «Толерантность» ( $r = 0,664$ ), сильную положительную корреляционную связь с числовыми значениями мотивов «Ассоциативные процессы» ( $r = 0,691$ ), «Крейвинг» ( $r = 0,717$ ), «Отрицательное подкрепление» ( $r = 0,719$ ), «Улучшение когнитивных функций» ( $r = 0,728$ ), «Положительное

подкрепление» ( $r = 0,734$ ), «Улучшение состояния» ( $r = 0,791$ ) Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.

Числовые значения домена «Социальные стимулы» показывают умеренную положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов: «Поддержание привязанности» ( $r = 0,398$ ), «Улучшение когнитивных функций» ( $r = 0,402$ ), «Автоматизм» ( $r = 0,415$ ), «Крейвинг» ( $r = 0,442$ ), «Вкусовые/сенсорные процессы» ( $r = 0,456$ ), «Улучшение состояния» ( $r = 0,456$ ), «Положительное подкрепление» ( $r = 0,464$ ), «Толерантность» ( $r = 0,479$ ), средней силы положительную корреляционную связь с числовыми значениями доменов «Отрицательное подкрепление» ( $r = 0,521$ ), «Ассоциативные процессы» ( $r = 0,555$ ) Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.

Средние значения показателей доменов «Потеря контроля» 4,51 ( $SD = 2,35$ ), «Толерантность» 4,79 ( $SD = 1,52$ ), «Крейвинг» 4,93 ( $SD = 1,49$ ) для лиц СЗАТ статистически значимо ( $p < 0,05$ ) выше аналогичных показателей в группе ТЗ: «Потеря контроля» 3,8 ( $SD = 1,2$ ), «Толерантность» 3,8 ( $SD = 1,49$ ), «Крейвинг» 4,35 ( $SD = 1,5$ ). Данные мотивы курения табака характерны для клинической картины выраженной и тяжелой степени табачной зависимости. Более высокие числовые показатели доменов в группе СЗАТ: «Улучшение состояния» 4,06 ( $SD = 1,35$ ), «Поддержание привязанности» 4,13 ( $SD = 1,51$ ), «Социальные стимулы» 4,95 ( $SD = 1,36$ ), чем аналогичных доменов в группе ТЗ: «Улучшение состояния» 3,5 ( $SD = 1,46$ ), «Поддержание привязанности» 3,36 ( $SD = 1,41$ ), «Социальные стимулы» 4,11 ( $SD = 1,28$ ) характерны для ежедневных курильщиков с длительным стажем табакокурения. Различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Полученные данные согласуются с ранее представленными клиническими данными и результатами психометрии.

Данный тест имеет значительный объём (68 вопросов) и требует от респондента концентрации внимания, что ограничивает его использование в практическом здравоохранении. Его применение более целесообразно в научных целях. Особенностью данного инструмента измерения является возможность построения необходимой конфигурации теста из отдельных доменов в

соответствии с интересами исследования.

#### 4.6. ROC - анализ инструментов измеряющих крейвинг.

В клинической картине синдрома зависимости от табака наиболее специфичным клиническим признаком является - выраженное влечение к табаку или крейвинг. Для измерения крейвинга сравнивались между собой шкалы и домены опросников, измеряющие крейвинг синдрома зависимости от табака (мотив «Жажда» анкеты определения типа курительного поведения Хорна и домен «Крейвинг» Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости) с помощью ROC-анализа, результаты графически представлены в таблице 5.

Таблица 5. Площадь под ROC-кривой.

Сравниваемые модели	Площадь(качество модели определяется площадью кривой)	Стд. ошибка <sup>a</sup>	Асимптотическая Знач.. <sup>b</sup>	Асимптотический 95% Доверительный интервал		Качество модели
				Нижняя граница	Верхняя граница	
Мотив «Жажда» анкеты определения типа курительного поведения Хорна.	,676	,046	,001	,586	,765	Удовлетворительное
Домен «Крейвинг» Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости.	,743	,044	,000	,657	,830	Хорошее

Для этого проведено вычисление площади (AUC) под ROC-кривыми для каждого инструмента измерения по критериям (чувствительность/специфичность). Полученные значения (AUC) интерпретировались: мотив «Жажда» анкеты определения типа курительного поведения Хорна - 0,676 - модель удовлетворительная, домен «Крейвинг» Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости - 0,743 - модель хорошая. Для измерения крейвинга синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ, использование домена «Крейвинг» Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости, как диагностического инструмента показавшего хорошую диагностическую эффективность, является наиболее целесообразным.

#### 4.7. Шкала оценки депрессии Бэка (BDI-II).

Результат тестирования на уровень депрессии по А. Бэку показан на рисунке 55. Среднее значение шкалы А. Бэка для группы СЗАТ было 21,921 (SD = 12,96), что статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем для группы ТЗ - 13,15 (SD = 10,35). Результаты теста на уровень депрессии А. Бэка обнаруживают средней силы положительную корреляционную связь с результатами теста Спилбергера-Ханина на ситуативную тревожность ( $r = 0,612$ ) и личностную тревожность ( $r = 0,626$ ).

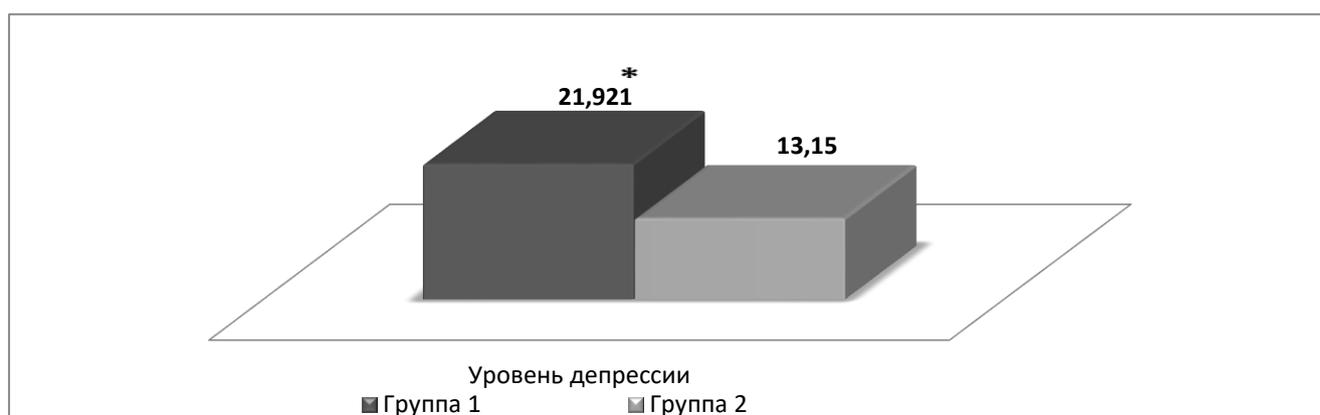


Рис.55. Уровень депрессии (тест А. Бэка). \* -  $p < 0,05$ , для критерия Манна-Уитни. Для лиц СЗАТ находящихся на стационарном лечении характерен выраженный (средней тяжести) уровень депрессии, что может быть обусловлено аффективной компонентой синдрома отмены алкоголя. Купирование депрессивной симптоматики может улучшить прогноз отказа от табака лицами СЗАТ.

#### 4.8. Тест на ситуативную и личностную тревожность (Спилбергера-Ханина).

Результаты теста ситуативной и личностной тревожности (тест Спилбергера-Ханина) показаны на рисунке 56. Среднее значение шкалы ситуативной тревожности для группы СЗАТ было 31,006 (SD = 10,08), что статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем для группы ТЗ - 20,753 (SD = 10,78). Среднее значение шкалы личностной тревожности для группы СЗАТ было 48,6 (SD = 7,29), что статистически значимо выше ( $p = 0,002$ ), чем для группы ТЗ - 44,95 (SD = 8,49). Результаты теста на ситуативную тревожность Спилбергера-Ханина обнаруживает средней силы положительную корреляционную связь с результатом теста на

уровень депрессии А. Бэка ( $r = 0,612$ ) и результатом теста Спилбергера-Ханина на личностную тревожность ( $r = 0,569$ ).

Результаты теста на личностную тревожность Спилбергера-Ханина обнаруживает средней силы положительную корреляционную связь с результатом теста на уровень депрессии А. Бэка ( $r = 0,626$ ) и результатом теста Спилбергера-Ханина на ситуативную тревожность ( $r = 0,569$ ).

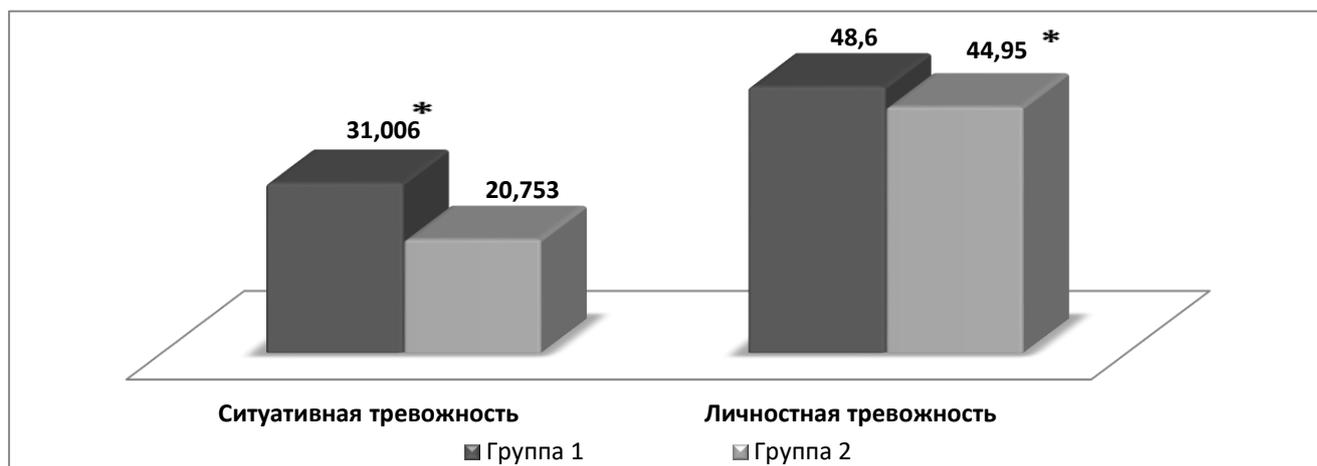


Рис.56. Уровень ситуативной и личностной тревожности (тест Спилбергера-Ханина). \* -  $p < 0,05$ , для критерия Манна-Уитни.

Для лиц СЗАТ находящихся на стационарном лечении, характерен умеренный уровень ситуативной тревожности и высокий уровень личностной тревожности.

Повышенный уровень ситуационной тревожности у лиц СЗАТ может отрицательно влиять как на мотивацию к отказу, так и само прекращение употребления табака и алкоголя. Высокий уровень личностной тревожности связан с тяжёлой степенью никотиновой зависимости у взрослых курильщиков и повышением уровня употребления алкоголя взрослыми. Полученные результаты требуют внимания при разработке программ лечения зависимости от табака у лиц СЗАТ.

#### **4.9. Лечебно-диагностические подходы обеспечивающие отказ от табакокурения у лиц СЗАТ.**

В нашей работе мы установили, что у лиц СЗАТ синдром зависимости от табака приобретает выраженный, стойкий характер, в основе которого лежит тяжёлая степень никотиновой зависимости. Синдром отмены табака у лиц СЗАТ

клинически ярко выражен и проявляется разнообразной психопатологической и соматической симптоматикой (дисфория, тревожные расстройства, нарушенный сон, вегетативные нарушения, отхождение мокроты, снижение когнитивных функций и т.д). Субъективно синдром отмены табака лицами СЗАТ переносится тяжело. Всё это обуславливает необходимость оказания специализированной наркологической помощи данному контингенту больных.

Характерной особенностью лиц СЗАТ является низкий процент лиц мотивированных на отказ от табака. В нашем исследовании только 37,5% лиц СЗАТ выразили желание в перспективе бросить курить, остальные склонны уменьшить количество выкуриваемых сигарет 34,9%, курить по ситуации 17,1% или курить как прежде 10,5% ( $p < 0,05$ ). Реализовать полный отказ от табака на момент опроса одновременно с отказом от алкоголя выразили лишь 27% лиц СЗАТ. Отказаться от табака через некоторое время (в течении 6 месяцев) после отказа от алкоголя высказывают намерение 48% лиц СЗАТ. Данные факты диктуют необходимость проведения мотивационного интервью на отказ от табакокурения, лечащими врачами или психотерапевтами как в стационарах так и в амбулаторном звене.

С целью реализации в условиях стационара Пункта 1, Статьи 12. «Запрет курения на отдельных территориях, в помещениях и на объектах». ФЗ №15 от 23 февраля 2013 года «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» лицам СЗАТ поступающим на стационарное лечение независимо от уровня мотивации на отказ от табака целесообразно в обязательном порядке назначение никотин заместительной терапии на весь срок госпитализации.

На основании выявленных клинических и патопсихологических особенностей табачной зависимости у лиц СЗАТ, нами были предложены лечебно-диагностические подходы, обеспечивающие отказ от табакокурения у лиц СЗАТ.

В случае обращения пациента за наркологической помощью по поводу зависимости от алкоголя, при установлении факта курения табака необходимо

выяснить курительный анамнез (количество лет систематического курения, число выкуриваемых сигарет в сутки) и при наличии табачной зависимости указать это в качестве сопутствующего диагноза. С целью определения стратегии лечения, для уточнения степени тяжести зависимости и уровня мотивации пациента на воздержание от табака целесообразно использовать тест Фагестрёма и тест на готовность к отказу от табака.

Нами предложен алгоритм действий врача психиатра-нарколога при оказании специализированной наркологической помощи лицам СЗАТ по отказу от табака:

1. Выяснение курительного статуса и постановка сопутствующего клинического диагноза F 17.2 Синдром зависимости от табака (F17.2) согласно критериям МКБ-10.
2. Выявление степени тяжести табачной зависимости (тест Фагестрёма);
3. Рекомендация врачом пройти лечение табачной зависимости одновременно с лечением основного заболевания.
4. Диагностика готовности к отказу от табака и прохождению лечения табачной зависимости (применить анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения);
5. В случае выявления низкой готовности к отказу от табака, а также у курильщиков которые не хотят прекращать табакокурение проведение лечащим врачом мотивационного интервью;
6. Назначение фармакотерапии (препараты с доказанной эффективностью) и когнитивно-поведенческой психотерапии (индивидуальной или групповой) синдрома зависимости от табака.

При разработке тактики лечения табачной зависимости у больных алкоголизмом, находящихся на стационарном лечении, необходимо учитывать полученные результаты клинического обследования. Выраженная степень никотиновой зависимости и тяжело протекающий синдром отмены табака диктуют необходимость включения в протоколы (клинические рекомендации) никотин заместительной терапии (НЗТ). Данные меры у лиц СЗАТ необходимы

для снижения выраженности синдрома отмены табака, недопущения нарушения ими лечебного режима и предупреждения их досрочного выхода из терапевтической программы. Назначение НЗТ в первые дни лечения лиц СЗАТ по поводу синдрома зависимости от алкоголя купирует симптоматику синдрома отмены табака, что способствует лечению основного заболевания. Включение в протоколы лечения табачной зависимости анксиолитиков, особенно у лиц СЗАТ, оправданно и подтверждается результатами данного исследования, наличие умеренного уровня ситуативной и высокого уровня личностной тревожности у лиц СЗАТ.

Фармакотерапия позволяет преодолеть пациентам острую фазу отмены табака, а когнитивно-поведенческая психотерапия позволяет пациентам освоить и закрепить навыки совладания с провоцирующими табакокурение факторами и факторами срыва и рецидива. Сочетание фармакотерапии и психотерапии в настоящее время является наиболее эффективной стратегией отказа от табака у лиц СЗАТ, чем каждый из этих методов в отдельности. Поэтому врачам психиатрам-наркологам следует сочетать оба метода всегда, где это возможно.

Высокая эффективность лечения табачной зависимости у больных сочетано зависимых от алкоголя и табака требует воздействия не только на биологические, личностные и поведенческие механизмы, но и на семейные, социальные и духовные факторы. Это требует продолжения психотерапевтического лечения в амбулаторных условиях.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проведённое исследование показало нам наличие тесной взаимосвязи между зависимостью от табака и алкогольной зависимостью. Это подтверждено ранее проведёнными исследованиями (глава 1) в которых коморбидность зависимости от табака и алкоголя изучается с помощью рассмотрения генетических, биологических и клинических аспектов. В нашем исследовании, фокус внимания обращён на изучение феноменологических аспектов синдрома зависимости от табака, у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака. В данной

работе в меньшей степени изучается алкогольный компонент коморбидности зависимости от алкоголя и табака. Исследование проведено в соответствии с поставленными целями и задачами.

В работе было установлено, что в группе СЗАТ имеется более отягощённый наркологический анамнез в семье, в сравнении с группой ТЗ. По социально-демографическим показателям группа СЗАТ в сравнении с группой ТЗ характеризовалась: неблагоприятными внутрисемейными взаимоотношениями, высокой частотой встречаемости невротических расстройств в детстве, большим количеством лиц в разводе и неженатых, не имеющих высшего образования, низким уровнем материального положения и высоким уровнем безработных. Группа СЗАТ имела более высокий уровень соматических расстройств ассоциированных с употреблением алкоголя и табака.

В проведённом нами анамнестическом анализе динамики формирования сочетанной зависимости нами были выявлены следующие особенности. Возраст первой пробы алкоголя лицами СЗАТ и ТЗ (15,5 лет) на 1 - 1,5 года отсрочен по времени с возрастом первой пробы табака (14 лет). Возраст начала эпизодического употребления табака (16 лет) по времени практически совпадает с возрастом первой пробы алкоголя (15,5 лет). Возраст начала систематического табакокурения (18 - 18,5 лет) лицами СЗАТ и ТЗ совпадает с возрастом начала эпизодического употребления алкоголя (18 лет). Полученные результаты подтверждают гипотезу, что у лиц СЗАТ хронологически синдром зависимости от табака формируется раньше, или уже сформирован, к моменту, когда начинает формирование синдром зависимости от алкоголя.

Для лиц СЗАТ более свойственны преимущественно инфантильные мотивы первой пробы табака, такие как любопытство, желание выглядеть старше и с целью привлечения к себе внимания, что может являться способом самоутверждения и компенсации низкой самооценки и недостатка к себе внимания в подростковом возрасте. Курение табака на момент исследования для лиц СЗАТ является средством снятия напряжения и одним из способов расслабления.

Суточная толерантность выкуриваемых сигарет у лиц СЗАТ значительно выше, чем суточная толерантность у лиц ТЗ. Что говорит о выраженной степени зависимости от табака у лиц СЗАТ. Доля лиц потребляющих 36 сигарет и более существенно выше, а потребляющих до 10 сигарет в сутки существенно ниже, чем в группе ТЗ. Лица СЗАТ в основном предпочитают сигареты с высоким (выше 0,9 мг/сигарета) 41,4% и средним (0,4-0,9 мг/сигарета) 40,8% уровнем содержания никотина, в отличие от лиц зависимых только от табака, которые предпочитают сигареты с средним (0,4-0,9 мг/сигарета) 56,9% и низким (0,4 и ниже мг/сигарета) 33,8% содержанием никотина. Данный факт ещё раз подтверждает наличие выраженной степени никотиновой зависимости у лиц СЗАТ, в сравнении с лицами ТЗ. По типу влечения к табакокурению группы СЗАТ и ТЗ существенно не различались. Периодический тип влечения к табакокурению в группе СЗАТ был у 43,4%, в группе ТЗ у 46,2%. Постоянный тип влечения к табакокурению в группе СЗАТ был у 56,6%, в группе ТЗ у 53,8%.

«Автоматическое» табакокурение и курение натошак в группах СЗАТ и ТЗ не имело статистически значимых различий. Ночное табакокурение статистически значимо ( $p=0,000$ ) чаще встречалось в группе СЗАТ - 104 человека (68,4%), по сравнению с группой ТЗ - 27 человек (41,5%). Данный факт подтверждает выше приведённые выводы о выраженной степени зависимости от табака у лиц СЗАТ.

В проведённом исследовании нами было установлено, что для лиц СЗАТ более характерно курение утром и в первой половине дня, что по нашему мнению связано с стремлением купировать инициальный период синдрома отмены табака после ночного сна.

У лиц СЗАТ синдром отмены табака проявляется психопатологическими нарушениями в виде тревоги, дисфории, психомоторной ажитации, раздражительности, диссомнии, трудности в сосредоточении, повышении аппетита. Симптоматика синдрома отмены табака у лиц СЗАТ более выражена и разнообразна, чем у лиц ТЗ. Синдром отмены проявляется более ярко, что говорит о выраженной степени никотиновой зависимости у лиц СЗАТ. Синдром отмены табака у лиц СЗАТ субъективно тяжелее переносится, чем у

лиц ТЗ. Таким образом, в случае одновременного отказа от алкоголя и табака, следует ожидать развития синдромов отмены, симптоматика которых будет «перекрываться» и взаимно утяжеляться. В связи с этим вопрос о прекращении курения табака пациентами наркологического стационара нельзя оставлять без внимания. Оптимальным решением этой проблемы будет внедрение никотин заместительной терапии в период стационарного лечения неотложных наркологических состояний.

Особенности курительного поведения в состоянии алкогольного опьянения является важной характеристикой для доказательства высокой проградентности, и тяжести синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ. Для лиц СЗАТ более свойственно увеличение количества потребляемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения, чем для лиц ТЗ. Лица СЗАТ выкуривают в состоянии алкогольного опьянения значительно больше сигарет, чем зависимые только от табака. Для лиц СЗАТ в состоянии алкогольного опьянения более характерно потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет, чем для лиц ТЗ. Это может быть связано с перекрёстной толерантностью табака и алкоголя.

На выходе из алкогольного эксцесса в состоянии абстиненции интенсивность табакокурения у лиц СЗАТ уменьшалась, в сравнении с зависимыми только от табака. Это может быть связано с различной выраженностью постинтоксикационных расстройств организма.

В целях разработки эффективных программ лечения зависимости от табака у лиц СЗАТ в нашем исследовании было выявлено, что для лиц СЗАТ, более характерен высокий уровень нежелающих отказываться от табака, в сравнении с ТЗ. Основной причиной для отказа от табака лица СЗАТ называют плохое самочувствие. Больше половины курильщиков в этих двух группах причиной отказа от табакокурения называют собственное желание, по-видимому, для многих трудно сформулировать причину отказа.

Для лиц СЗАТ, характерен более низкий процент лиц готовых отказаться от табакокурения самостоятельно, без посторонней помощи, чем для лиц зависимых только от табака. Мы считаем, что это связано с выраженной степенью тяжести

синдрома отмены табака у лиц СЗАТ и их неготовностью переносить абстинентную симптоматику без медикаментозной поддержки.

В результате исследования субъективной оценки степени вреда для здоровья алкоголя и табака  $\frac{1}{4}$  лиц СЗАТ считают злоупотребление алкоголем фактором причиняющим наибольший вред здоровью и  $\frac{1}{2}$  лиц СЗАТ оценивают одинаковый вред для своего здоровья табакокурения и злоупотребления алкоголем. В группе СЗАТ значимость вреда для здоровья злоупотребления алкоголем выше, чем вреда от табакокурения, в группе ТЗ наоборот. По нашему мнению, недооценка вреда здоровью от табакокурения у пациентов СЗАТ может быть связано с низкой информированностью о вреде табакокурения и низким уровнем критики в отношении своего состояния здоровья, в связи с алкоголизацией и токсическим повреждением мозга (алкогольная энцефалопатия).

Для лиц с СЗАТ характерен высокий процент лиц, желающих снизить количество выкуриваемых сигарет и более низкий процент лиц желающих полностью отказаться от табакокурения. Низкий уровень мотивации на отказ от табакокурения у лиц СЗАТ, по нашему мнению, связан с низкой информированностью о вреде табакокурения для здоровья и тяжёлой степенью зависимости от табака.

Для лиц СЗАТ характерен более низкий процент лиц, готовых отказаться от табакокурения самостоятельно без посторонней помощи, чем для лиц ТЗ. По нашему мнению, реализация отказа от табакокурения лиц в группе СЗАТ необходимо проводить с врачебной помощью и медикаментозной терапией по специально разработанной для данного контингента лечебной программе в условиях стационара или амбулатории.

Установлено, что половина лиц СЗАТ могут отказаться от табакокурения через некоторое время после отказа от алкоголя и только одна четвёртая часть лиц СЗАТ могут отказаться от табакокурения одновременно с отказом от алкоголя. По этой причине, для лиц СЗАТ целесообразно разработать 2 программы отказа от табака последовательную и параллельную. Последовательная программа отказа от табакокурения, инициируется через некоторое время после отказа от алкоголя

в период достижения ремиссии алкогольной зависимости и реализуется в амбулаторных условиях. Параллельная программа отказа от табакокурения, инициируется в момент поступления больного в стационар и реализуется одновременно с лечением алкогольной зависимости.

Для лиц СЗАТ влияние повышающих интенсивность потребления табака факторов могут создавать трудности при проведении терапии табачной зависимости. Нам представляется, что успех лечения синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ напрямую зависит от устранения и минимизации их влияния. Это обуславливает необходимость учета микросоциальных факторов при проведении психотерапевтической работы.

У лиц СЗАТ близкие родственники оказывают существенно меньшее влияние на отказ от табака, чем у лиц ТЗ. С целью повышения эффективности лечения зависимости от табака у лиц СЗАТ, нам представляется оправданным включение вопросов вторичной профилактики табачной зависимости в программы семейной терапии больных алкоголизмом.

Влияние факторов срыва и рецидива на лиц СЗАТ более выражено, чем тех же факторов на лиц зависимых только от табака. Это создаёт определённые трудности в лечении табакокурения у данного контингента больных и предполагает наличие высокого уровня риска возможного срыва и рецидива. Эти данные необходимо принимать во внимание при разработке психотерапевтического компонента лечебных программ синдрома зависимости от табака у лиц СЗАТ.

Кроме клинических методов оценки зависимости от табака в нашем исследовании мы использовали психометрические методы измерения.

Использование нами в исследовании *теста Фагестрёма* (измерение степени зависимости от никотина) показало, что у лиц СЗАТ степень тяжести зависимости от никотина значительно выше, чем у лиц ТЗ. Это подтверждает клинические данные о наличии выраженной степени зависимости от табака у лиц СЗАТ. Удобство и простота в применении, понятность вопросов для респондентов, малый объём (6 вопросов), высокая корреляционная взаимосвязь с другими

тестами измеряющими зависимость от табака делают данный тест основным диагностическим инструментом для применения в практическом здравоохранении.

Нами так же был использован тест - *Шкала зависимости от сигарет (CDS-12)*. Тест показал, что среднее значение в группе СЗАТ - 43,53 (SD = 10,39), что интерпретируется как сильная степень зависимости от сигарет, среднее значение в группе ТЗ – 39,78 (SD = 9,54), что интерпретируется как средняя степень зависимости от сигарет. Это подтверждает ранее полученные данные и результаты теста Фагестрёма, приведённые выше, что у лиц СЗАТ степень тяжести никотиновой зависимости значительно выше, чем у лиц ТЗ. Данный инструмент может использоваться в клинической практике как альтернатива тесту Фагестрёма.

Использование нами *теста на мотивацию к отказу от табакокурения* у лиц СЗАТ и лиц ТЗ показал, что для лиц СЗАТ и лиц ТЗ характерны сопоставимые по значению уровни мотивации на отказ от табакокурения: достаточный уровень мотивации от 34,9 до 38,3%.

Анкета для определения типа курительного поведения Хорна. У лиц СЗАТ числовые значения мотивов «Стимуляция», «Расслабление», «Жажда», «Рефлекс» статистически значимо выше, чем у лиц зависимых только от табака. В группе СЗАТ преобладающими мотивами табакокурения являются «Жажда» 10,42 (SD = 2,85) и «Расслабление» 11,28 (SD = 2,84). Зависимость от табака у лиц СЗАТ имеет выраженный и стойкий характер, а табакокурение для них является способом расслабления и получения удовольствия. В группе СЗАТ менее выражены мотивы «Стимуляция», «Рефлекс» характерные для лёгкой степени зависимости от табака. Показатели мотива «Поддержка» в обеих группах статистически значимо не различались, но имели высокий уровень, это говорит о том, что табакокурение в обеих группах является средством снятия эмоционального напряжения.

С целью определения мотивов курительного поведения в работе нами был использован *Висконсинский опросник мотивов курительного поведения (WISDM-*

68). Средние значения показателей доменов «Потеря контроля» 4,51 (SD = 2,35), «Толерантность» 4,79 (SD = 1,52), «Крейвинг» 4,93 (SD = 1,49) для лиц СЗАТ статистически значимо ( $p < 0,05$ ) были выше аналогичных показателей в группе ТЗ: «Потеря контроля» 3,8 (SD = 1,2), «Толерантность» 3,8 (SD = 1,49), «Крейвинг» 4,35 (SD = 1,5). Данные мотивы курения характерны для клинической картины выраженной и тяжелой степени табачной зависимости. Более высокие показатели доменов в группе СЗАТ: «Улучшение состояния» 4,06 (SD = 1,35), «Поддержание привязанности» 4,13 (SD = 1,51), «Социальные стимулы» 4,95 (SD = 1,36) чем аналогичных доменов в группе ТЗ: «Улучшение состояния» 3,5 (SD = 1,46), «Поддержание привязанности» 3,36 (SD = 1,41), «Социальные стимулы» 4,11 (SD = 1,28) характерны для ежедневных курильщиков с длительным стажем табакокурения. Различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Полученные данные согласуются с ранее представленными клиническими данными и результатами психометрии.

Данный тест имеет значительный объем (68 вопросов) и требует от респондента концентрации внимания, что ограничивает его использование в практическом здравоохранении. Его применение более целесообразно в научных целях. Особенностью данного инструмента измерения является возможность построения необходимой конфигурации теста из отдельных доменов в соответствии с интересами исследования.

Использование нами *шкалы оценки депрессии А. Бэка* (The Beck Depression Inventory (BDI-II)), показало, что для лиц СЗАТ находящихся на стационарном лечении характерен высокий уровень депрессии, что по нашему мнению может быть обусловлено аффективной компонентой синдрома отмены алкоголя.

В клинической картине синдрома зависимости от табака наиболее специфичным клиническим признаком является - выраженное влечение к табаку или крейвинг. Для определения диагностической эффективности тестов измеряющих крейвинг нами в работе сравнивались между собой шкалы и домены опросников, измеряющие крейвинг синдрома зависимости от табака (домен «Жажда» анкеты для определения типа курительного поведения Хорна и домен «Крейвинг»

Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости) с помощью ROC-анализа. Диагностическая эффективность домена «Крейвинг» Висконсинского опросника мотивов табачной зависимости, показало хорошую эффективность и является наиболее целесообразным для практического применения.

Шкала уровня депрессии А. Бэка. Для лиц СЗАТ находящихся на стационарном лечении характерен выраженный (средней тяжести) уровень депрессии, что может быть обусловлено аффективной компонентой синдрома отмены алкоголя. Купирование депрессивной симптоматики может улучшить прогноз отказа от табака лицами СЗАТ.

В работе мы использовали опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. По результатам теста нами было установлено, что для лиц СЗАТ находящихся на стационарном лечении, характерен умеренный уровень ситуативной тревожности и высокий уровень личностной тревожности. Высокий уровень личностной тревожности связан с тяжёлой степенью никотиновой зависимости у взрослых курильщиков и повышением уровня употребления алкоголя взрослыми. По нашему мнению у лиц СЗАТ табакокурение является важной стратегией борьбы с отрицательными эмоциональными состояниями. Повышенный уровень ситуационной тревожности у лиц СЗАТ может отрицательно влиять как на мотивацию к отказу, так и само прекращение употребления табака и алкоголя.

Выраженное влечение к табаку крейвинг, является наиболее значимым клиническим признаком синдрома отмены табака. В исследуемой группе лиц СЗАТ выявлена тенденция к снижению данного признака с возрастом и некоторое повышение в возрастной группе от 61 года и выше. Снижение интенсивности табакокурения с возрастом является закономерной реакцией на возрастное истощение функциональных возможностей организма. Потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения, увеличение количества выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения и курение натошак в группе СЗАТ также обнаруживают тенденцию к снижению с возрастом. Доля лиц с постоянным типом влечения к табакокурению

в группе СЗАТ с возрастом снижается и несколько стабилизируется после 60 лет. В возрасте после 50 лет увеличивается доля лиц СЗАТ планирующих одновременный отказ от алкоголя и табака. Желание снизить интенсивность табакокурения в группе СЗАТ характерно для возраста от 31 до 40 лет и после 60 лет. Доля лиц готовых отказаться от табака с врачебной помощью и медикаментозной терапией увеличивается после 40 лет.

Характерной особенностью лиц СЗАТ является низкий процент лиц мотивированных на отказ от табака. В нашем исследовании только 37,5% лиц СЗАТ выразили желание к отказу от табака. Реализовать полный отказ от табака одновременно с отказом от алкоголя готовы лишь 27% лиц СЗАТ ( $p < 0,05$ ). Отказаться от табака через некоторое время после отказа от алкоголя высказывают намерение 48% лиц СЗАТ ( $p < 0,05$ ). Данные факты диктуют необходимость проведения мотивационного интервью по отказу от табакокурения, реализуемого лечащими врачами или психотерапевтами в отделениях. Так же необходимо минимизировать воздействие факторов провоцирующих табакокурение в лечебном учреждении (общение с курильщиками, безделье, скука и др.).

Всё это обуславливает необходимость оказания специализированной наркологической помощи данному контингенту больных. На основании выявленных клинических и патопсихологические особенностей табачной зависимости у лиц СЗАТ, нами были сформулированы организационно-методические подходы обеспечивающие отказ от табакокурения у лиц СЗАТ.

## ВЫВОДЫ

1. Синдром зависимости от табака у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака протекает тяжелее и клинически более выражен, чем у лиц зависимых только от табака. Синдром отмены табака у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака клинически более выражен и субъективно тяжелее переносится, чем у лиц с табачной зависимостью. Характерной особенностью курительного поведения для лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака в состоянии алкогольного опьянения является значительное увеличение толерантности, и потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет, в отношении лиц с табачной зависимостью.

2. Лица сочетано зависимые от алкоголя и табака более чувствительны к провоцирующим табакокурение факторам (употребление алкоголя, безделье и скука, стрессы и конфликты, общение с курящими на работе), а также факторам срыва и рецидива (употребление алкоголя, усталость, напряжение, психическая травма, сниженное настроение), чем лица с табачной зависимостью.

3. Для лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака характерны низкий уровень готовности к одномоментному полному отказу от табака, а также низкий уровень лиц готовых к самостоятельному отказу от табака без посторонней помощи.

4. С возрастом выраженность клинической симптоматики синдрома зависимости от табака у лиц сочетано зависимых от алкоголя и табака снижается, увеличивается доля лиц готовых к полному отказу от табака, а также лиц готовых к отказу от табака с врачебной помощью и медикаментозной терапией.

5. Многомерная диагностика различных аспектов табачной зависимости с применением таких инструментов, как тест Фагестрёма, шкала зависимости от сигарет (CDS-12), Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости (WISDM-68), анкета для определения типа курительного поведения Хорна, анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения, шкала оценки депрессии Бэка, шкала оценки тревожности Спилбергера-Ханина у лиц сочетано зависимых

от алкоголя и табака, позволяет не только комплексно оценивать состояние пациента, но и помогает обозначить основные принципы и направления лечебных и профилактических воздействий.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В случае обращения пациента за наркологической помощью, по поводу зависимости от алкоголя при установлении факта курения табака необходимо выяснить курительный анамнез и статус, при наличии табачной зависимости, согласно критериям МКБ-10, указать это в медицинской документации в качестве сопутствующего диагноза.

2. С целью определения стратегии лечения, уточнения степени тяжести табачной зависимости и уровня мотивации на отказ от табака целесообразно использовать тест Фагестрёма и анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения.

3. Выраженная степень никотиновой зависимости и тяжело протекающий синдром отмены табака у лиц СЗАТ диктуют необходимость назначения никотин заместительной терапии (НЗТ). Данные меры у лиц СЗАТ необходимы для снижения выраженности синдрома отмены табака, недопущения нарушения ими лечебного режима и предупреждения их досрочного выхода из терапевтической программы.

4. Пациентам СЗАТ с низким уровнем готовности к отказу от табака, а также курильщикам, которые не хотят прекращать табакокурение необходимо проведение лечащими врачами мотивационного интервью на отказ от табака.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Акимова Е.В., Смазнов В.Ю., Кузнецов В.А., Гафаров В.В. Курение и риск сердечно-сосудистой смерти у мужчин // Проф. раб. и укреп. здоровья. – 2006. – №3. – С.82–84.
2. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. – 1995. – №2. – С.27–34.

3. Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Хроническая обструктивная болезнь лёгких у курильщиков: ранняя стадия // Терапевтический архив. – 2009. – Т.81. – №3. – С.82–84.
4. Бабанов С.А. Распространённость и социально–демографическая характеристика табакокурения среди трудоспособного населения // Гигиена и санитария. – 2006. – №4. – С.67–70.
5. Бабанов С.А. Эпидемиологические характеристики табакокурения // Вестн. рос.акад. мед. наук. – 2006. – №8. – С.27–29.
6. Бердникова А.В., Засимова Л.С., Колосницына М.Г., Лукиных О.А. Экономические аспекты факторов, влияющих на общественное здоровье(на примере курения и избыточного веса) // Материалы X Международная конференция по проблемам развития экономики и общества: 7–9 апреля 2009 года, Москва. – 2009. – С.254–259.
7. Гафаров В.В., Гафарова А.В., Шахтарова Н.Ю. Мониторинг инфаркта миокарда(диагностические комбинации, продромальный период, поведенческие характеристики) с использованием программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА // Тер. архив. – 2002. – Т.74. – №9. – С.9–12.
8. Герасименко Н.Ф. Борьба с курением в России // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2006. – Т.17. – №52. – С.7–8.
9. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М., Практика, 1999. – 459с.
10. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), Российская Федерация. 2009 г. – Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. World Health Organization. – 2010. – 185 с.
11. Голенков А.В. Табакокурение при шизофрении: частный вопрос или глобальная проблема? // Наркология. – 2010. – №11. – С. 57–64.
12. Голенков А.В. Нарушения сна, вызванные употреблением табака// Наркология. – 2015. – №3. – С. 31–35.
13. Горбунова О.Б. Роль никотиновых холинорецепторов в формировании совместной зависимости от никотина и этанола. I. Никотиновый холинорецептор

и эффекты никотина // Успехи современной биологии. – 2004. – Т. 124.– № 6. – С. 570–580.

14. Горбунова О.Б. Роль никотиновых холинорецепторов в формировании совместной зависимости от никотина и этанола.2. Молекулярные механизмы действия этанола и его взаимодействие с никотиновым холинорецептором //Успехи современной биологии. – 2005. – Т. 125.– № 1. – С. 91–103.

15. Горбунова О.Б. Роль никотиновых холинорецепторов в формировании совместной зависимости от никотина и этанола.3. Взаимодействие никотина и этанола на нейрональном уровне // Успехи современной биологии. – 2005. – Т. 125. – № 2. – С. 189–198.

16. Дёмин А.К. Прекращение употребления табака и лечение табачной зависимости. Научно обоснованные рекомендации. – РАПСИГО. Москва, 2013. – 244 с.

17. ESPAD – 2007. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации. – 2009. –ФГУ Национальный научный центр наркологии Росздрава. Москва. – 120 с.

18.Калягин А.Н., Губин Д.Г., Максикова Т.М. Табакокурение – методы оценки// Альманах сестринского дела. – 2012. – №1. – С.28–34.

19. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Бабичева Л.П., Муганцева Л.А. Деятельность наркологической службы Российской Федерации оценка статистических показателей и анализ результатов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – №6(2) – С. 3–8.

20. Левшин В.Ф., Заридзе Д.Г. Табак и злокачественные новообразования // Вопросы онкологии. – 2003. – Т.49. – №4. – С. 391–399.

21. Левшин В.Ф. Тест на мотивацию к отказу от табакокурения и его практическое применение // Вопросы наркологии. – 2003. – №6.– С.48–53.

22.Левшин В.Ф. Табакизм: патогенез, диагностика и лечение. – М.:ИМА–ПРЕСС, 2012. – 128 с.

23. Максимова Т.М., Белов В.Б., Роговина А.Г. Особенности гигиенического поведения практически здорового населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – №1. – С.9–12.
24. Махов М.А. Коморбидность алкогольной и никотиновой зависимости // Наркология. – 2014. – №6. – С. 91–101.
25. Махов М.А. Табачная зависимость – инструменты измерения // Наркология. – 2015. – №3. – С. 46–57.
26. Махов М.А., Надеждин А.В. Клинические особенности табачной зависимости у больных алкоголизмом // Наркология. – 2016. – №1. – С. 39–50.
27. Митюшкина Н.В. Генетические факторы предрасположенности к курению: Диссертация ... кандидата биологических наук. – Санкт-Петербург., 2011. – 100 с.
28. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Зеркина Н.А., Колгашкин А.Ю. Лечение и диагностика никотиновой зависимости // Наркология. – 2011. – №10. – С. 84–94.
29. Павлов О.Г., Крестинина В.И. Факторы риска гипертонии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – №1. – С. 17–20.
30. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ – 10), (адаптированный для использования в Российской Федерации). // Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2003. – 588 с.
31. Росстат 2017. Демография в Российской Федерации.
32. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: ОО «Речь», 2003, – 350 с.
33. Смирнов В.К. Клиника и терапия табачной зависимости. – М.2000. – 95с.
34. Сперанская О.И. Табачная зависимость: перспективы исследования, диагностики, терапии: Руководство для врачей.– М.:ГЭОТАР-Медиа. 2011. – 160с.
35. Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю. К вопросу о разработке стандартов лечения табачной зависимости применительно к учреждениям наркологического и психоневрологического профиля // Наркология. – 2012. – №5. – С. 33–40.

36. Файтельсон-Левина Т.В., Дзизинский А.А., Краснова Ю.Н. Распространённость табакокурения среди медицинских работников иркутской области// Сибирский медицинский журнал. – 2008. – №8. – С.32–35.
37. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. –Л.:ЛНИИТЕК, 1976.–36 с.
38. Acheson A., Mahler S.V., Chi H., & de Wit H. Differential effects of nicotine on alcohol consumption in men and women // *Psychopharmacology*. – 2006. – Vol.186 (1). – P. 54–63.
39. Agarwal D.P., Goedde H.W. Medicobiological and genetic studies on alcoholism. Role of metabolic variation and ethnicity on drinking habits, alcohol abuse and alcoholrelated mortality // *The Clinical Investigator*. – 1992. – Vol.70.– P. 465–477.
40. Agrawal A., Lynskey M.T., Pergadia M.L., et al. Early cannabis use and DSM-IV nicotine dependence: a twin study // *Addiction*. – 2008. – №11.– P. 1896 – 1904.
41. Albanes D., Jones D.Y., Micozzi M.S., & Mattson M.E. Associations between smoking and body weight in the US population: analysis of NHANES II // *American Journal of Public Health*. – 1987. – Vol.77. – P. 439–444.
42. Albuquerque E.X., Pereira E.F., Mike A., et al. Neuronal nicotinic receptors in synaptic functions in humans and rats: physiological and clinical relevance// *Behav Brain Res*. – 2000. – №8. – P. 131–141.
43. Ameringer K.J., Leventhal A.M. Applying the tripartite model of anxiety and depression to cigarette smoking: An integrative review // *Nicotine & Tobacco Research*, –2010.– №12.– P. 1183–1194.
44. Arendt T. Impairment in memory function and neurodegenerative changes in the cholinergic basal forebrain system induced by chronic intake of ethanol // *J Neural Transm Suppl*. – 1994. – Vol.44. – P. 173–187.
45. Audrain J., Lerman C., Gomez–Caminero A., et al. The role of trait anxiety in nicotine dependence // *Journal of Applied Biobehavioral Research*. – 1998. – №3.– P. 29–42.
46. Bacher I., Houle S., Xu X., et al. Monoamine oxidase A binding in the prefrontal and anterior cingulate cortices during acute withdrawal from heavy cigarette smoking//

- Arch Gen Psychiatry. – 2011.– Vol.68. – P. 817–826.
47. Balfour D.J. Neural mechanisms underlying nicotine dependence// *Addiction*.– 1994. – №11. – P. 1419–1423.
48. Barrett S.P., Tichauer M., Leyton M., Pihl R.O. Nicotine increases alcohol self-administration in nondependent male smokers // *Drug and Alcohol Dependence*. –2006. – Vol. 81.– P. 197–204.
49. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression // *Archives of General Psychiatry*. – 1961. – №4. – P.561–571.
50. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. "Manual for the Beck Depression Inventory–II". – San Antonio.TX.: Psychological Corporation. – 1996.
51. Beck A.T., Steer R.A., Ball R. et al. Comparison of Beck Depression Inventories - IA and - II in psychiatric outpatients// *Journal of Personality Assessment*. – 1996. – Dec. – Vol.67(3). – P.588–597.
52. Benowitz N.L., Porchet H., Jacob P.3rd. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations // *Prog Brain Res*. – 1989. – Vol.79. – P. 279–287.
53. Benwell M.E., Balfour D.J. The effects of acute and repeated nicotine treatment on nucleus accumbens dopamine and locomotor activity// *Br J Pharmacol*. – 1992.– №4. – P. 849–856.
54. Benwell M.E., Balfour D.J., Anderson J.M. Evidence that tobacco smoking increases the density of (-)-[3H] nicotine binding sites in human brain // *J Neurochem*.– 1988. – №4. – P. 1243–1247.
55. Bernstein A., Zvolensky M.J. Anxiety sensitivity: Selective review of promising research and future directions // *Expert Review of Neurotherapeutics*. – 2007. – №7.– P. 97–101.
56. Bibb J.L., Chambless D.L. Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics // *Behaviour Research and Therapy*. – 1986. – №24. – P. 49–58.
57. Bien T.H., Burge R. Smoking and drinking: a review of the literature // *Int J Addict*.– 1990. – №12. – P. 1429–1454.
58. Bierut L.J., Stitzel J.A., Wang J.C., et all. Variants in nicotinic receptors and risk for

- nicotine dependence // *Am J Psychiatry*. – 2008. – № 9. – P. 1163–1171.
59. Blomqvist O., Ericson M., Johnson D.H., et al. Voluntary ethanol intake in the rat: effects of nicotinic acetylcholine receptor blockade or subchronic nicotine treatment // *Eur J Pharmacol*. – 1996. – Vol.314. – №10. – P. 257–267.
60. Breese C.R., Marks M.J., Logel J., et al. Effect of smoking history on [3H]nicotine binding in human postmortem brain// *J Pharmacol Exp Ther*. – 1997. – Vol.282, – №7. – P. 7–13.
61. Breslau N., Kilbey M.M., Andreski P. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults // *Arch Gen Psychiatry* – 1991. – Vol.48. – P. 1069–1074
62. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence // *Behavior Genetics*. – 1995. – №25.– P. 95–101.
63. Breslau N., Novak S.P., Kessler R.C. Psychiatric disorders and stages of smoking // *Biological Psychiatry*. – 2004. – Vol.55, №1. – P. 69–76.
64. Breslau N., Novak S.P., Kessler R.C. Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders // *Psychol Med*. – 2004. – Vol.34, №2. – P. 323–333.
65. Bush T., Levine M.D., Deprey M., Cerutti B., Zbikowski S.M., McAfee T., et al. Prevalence of weight concerns and obesity among smokers calling a quitline // *Journal of Smoking Cessation*. – 2009. – № 4. – P. 74–78.
66. Caggiula A.R., Donny E.C., Palmatier M.I., Liu X., Chaudhri N.,...Sved A.F. The role of nicotine in smoking: A dual-reinforcement model. In Rick A. Bevins & Anthony R. Caggiula (Eds.), *The motivational impact of nicotine and its role in tobacco use*. (Vol. 5, P. 91–109). University of Nebraska: Lincoln, – 2009. NE.
67. Campbell V.C., Taylor R.E., Tizabi Y. Antinociceptive effects of alcohol and nicotine: Involvement of the opioid system // *Brain Research*. – 2006. – Vol. 1097, – P. 71–77.
68. Canals J., Domenech E., Blade J. Smoking and trait anxiety // *Psychological Reports*. – 1996. – Vol.79, №12. – P. 809–810.
69. Carmody T.P. Affect regulation, nicotine addiction, and smoking cessation // *J Psychoactive Drugs*. – 1989. – Vol. 21. – P. 331–342.
70. Cassidy F., McEvoy J.P., Yang Y.K., et al. Smoking and psychosis in patients with

- bipolar I disorder // *Comprehen Psychiatry*. – 2002. – Vol.43, №1–2. – P. 63–64.
71. Cattell R.B., Scheier J.H. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. N.Y.: The Ronald Press company. – 1961.
72. Ceballos N.A. Tobacco use, alcohol dependence, and cognitive performance // *J Gen Psychol*. – 2006. – Vol.133, №10. – P. 375–388.
73. Chen L.S., Xian.H., Grucza R.A., et al. Nicotine dependence and comorbid psychiatric disorders: examination of specific genetic variants in the CHRNA5-A3-B4 nicotinic receptor genes // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2012. – № 6. – P. 42–51.
74. Cho M.J., Kim J.K., Jeon H.J. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults // *J Nerv Ment Dis*. – 2007. – №10. – P. 195–203.
75. Clark, M.M., Decker, P.A., Offord, K.P., Patten, C.A., Vickers, K.S., Croghan, I.T., Dale L.C. Weight concerns among male smokers // *Addictive Behaviors*. – 2004. – Vol.29 – P. 1637–1641.
76. Clark M.M., Hurt R.D., Croghan I.T., Patten C.A., Novotny P., Sloan J.A., et al. The prevalence of weight concerns in a smoking abstinence clinical trial // *Addictive Behaviors*. – 2006. – Vol.31. – P. 1144 – 1152.
77. Clarke P.B., Pert A. Autoradiographic evidence for nicotine receptors on nigrostriatal and mesolimbic dopaminergic neurons // *Brain Res*. – 1985. – Vol. 348, №12. – P. 355–358.
78. Cooke J.P., Bitterman H. Nicotine and angiogenesis: a new paradigm for tobacco-related disease // *Ann Med*. – 2004. – Vol.36, №1. – P. 33–40.
79. Collins A.C. Interactions of ethanol and nicotine at the receptor level // *Recent Dev Alcohol*. – 1990. – №8. – P. 221–231.
80. Collins A.C. Pharmacological Effects of Ethanol on the Nervous System // Ed Deitrich R.A., Erwin V.G., Boca Raton, New York, London, Tokyo: CRC Press.1996. – 95 p.
81. Collins A.C., Wilkins L.H., Slobe B.S., et al. Long-term ethanol and nicotine treatment elicit tolerance to ethanol // *Alcohol Clin Exp Res*. – 1996. – Vol.20, №9.– P. 990–999.

82. Comeau N., Stewart S.H., Loba P. The relations between trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use // *Addictive Behaviors*. – 2001. – Vol.26, №11. – P. 803–825.
83. Compton W.M., Thomas Y.F., Stinson F.S., Grant B.F. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions // *Archives of General Psychiatry*. – 2007. – Vol.64, №5. – P. 566–576.
84. Copeland A.L., Carney C.E. Smoking expectancies as mediators between dietary restraint and disinhibition and smoking in college women // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. – 2003. – №11. – P. 247–251.
85. Copeland A.L., Martin P.D., Geiselman P.J., Rash C.J., Kendzor D.E. Predictors of pretreatment attrition from smoking cessation among pre- and postmenopausal, weight-concerned women // *Eating Behaviors*. – 2006. – № 7. – P. 243–251.
86. Corvin A., O'Mahoney E., O'Regan M., et al. Cigarette smoking and psychotic symptoms in bipolar affective disorder // *Br J Psychiatry*. – 2001. – Vol.179, №7. – P. 35–38.
87. Covey L.S., Glassman A.H., Stetner F., Becker J. Effect of history of alcoholism or major depression on smoking cessation. // *American Journal of Psychiatry*. – 1993. – Vol.150, №10. – P. 1546–1547.
88. Crabb D.W. Ethanol oxidizing enzymes: Roles in alcohol metabolism and alcoholic liver disease // *Progress in Liver Diseases*. – 1995. – №13. – P. 151–172.
89. Criswell H.E., Simson P.E., Duncan G.E., et al. Molecular basis for regionally specific action of ethanol on gamma-aminobutyric acid receptors: generalization to other ligand-gated ion channels // *J Pharmacol Exp Ther*. – 1993. – Vol.267, №10. – P. 522–537.
90. Critchley J.A., Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review // *JAMA* – 2003. – Jul. (290) – P. 86–97.
91. Grucza R.A., Bierut L.J. Cigarette smoking and the risk for alcohol use disorders among adolescent drinkers // *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. – 2006.

– Vol.30. – P. 2046–2054.

92. Daeppen J.B, Smith T.L, Danko G.P, et al. Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. The Collaborative Study Group on the Genetics of Alcoholism // *Alcohol Alcohol.* – 2000. – Vol.35, №3 – 4. – P. 171–175.

93. Damsma G., Day J., Fibiger H.C. Lack of tolerance to nicotine-induced dopamine release in the nucleus accumbens // *Eur J Pharmacol.* – 1989. – Vol.168, №9 – P. 363–368.

94. Dani J.A., Heinemann S. Molecular and cellular aspects of nicotine abuse// *Neuron.*–1996. – Vol.16, №5. – P. 905–908.

95. De Leon J., Diaz F.J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors // *Schizophrenia Res.* – 2005. – Vol.76, №7.– P. 135–157.

96. De Leon J., Diaz F.J., Rogers T., et al. Initiation of daily smoking and nicotine dependence in schizophrenia and mood disorders // *Schizophrenia Res.* – 2002. – Vol.56, №7. – P. 47–54.

97. DeMartini K.S., Carey K.B. The role of anxiety sensitivity and drinking motives in predicting alcohol use: A critical review // *Clinical Psychology Review.* – 2011. – Vol.31, №2. – P. 169–177.

98. Di Chiara G. Role of dopamine in the behavioral actions of nicotine related to addiction // *Eur J Pharmacol.* – 2000. – Vol.393, №4. – P. 295–314.

99. Dierker L., Donny E. The role of psychiatric disorders in the relationship between cigarette smoking and DSM-IV nicotine dependence among young adults // *Nicotine Tab Res.* – 2008. – №10. – P. 439–446.

100. Dierker L., Richardson E., Stolar M., et al. The proximal association between smoking and drinking among first year college students // *Drug and Alcohol Dependence.* – 2006. – Vol.81, №1 – P. 1–9.

101. Di Franza J.R., Guerrera M.P. Alcoholism and smoking // *J Stud Alcohol.* – 1990. – Vol.51, №5. – P. 130 –135.

102. Di Franza J.R., Savageau J.A., Rigotti N.A., et al. Trait anxiety and nicotine

- dependence in adolescents: A report from the DANDY study // *Addictive Behaviors*. – 2004. – Vol.29, №7. – P. 911–919.
103. Dolan S.L., Sacco K.A., Termine A., et al. Neuropsychological deficits are associated with smoking cessation treatment failure in patients with schizophrenia // *Schizophr Res*. – 2004. – Vol.70, №10. – P. 263–275.
104. Donny E.C., Chaudhri N., Caggiula A.R., Evans-Martin F.F., Booth S., Gharib M.A.,...Sved A.F. Operant responding for a visual reinforcer in rats is enhanced by noncontingent nicotine: Implications for nicotine self-administration and reinforcement // *Psychopharmacology*. – 2003. – Vol. 169. – P.68–76.
105. Eisen S.A., Lyons M.J., Goldberg J., True W.R. The impact of cigarette and alcohol consumption on weight and obesity. An analysis of 1911 monozygotic male twin pairs // *Archives of Internal Medicine*. – Vol.153. – P. 2457–2463.
106. Enoch M.A., Goldman D. The genetics of alcoholism and alcohol abuse // *Curr Psychiatry Rep*. – 2001. – №4. – P. 144–151.
107. Etter J.F., Le Houezec J., Perneger T.V. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale // *Neuropsychopharmacology*. – 2003. – Vol.28. – P.359–370.
108. Etter J.F. A comparison of the content-, construct- and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerstrom test for nicotine dependence // *Drug Alcohol Depend*. – 2005. – Vol.77. – P. 259–268.
109. Etter J.F. Comparing the validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagestrom Test for Nicotine Dependence // *Drug Alcohol Depend*. – 2008.– Vol.95. – P.152–159.
110. Fagerstrom K.O., Schneider N.G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire // *J Behav Med*. – 1989. – Vol.12, №4. – P. 159–182.
111. Falk D.E., Yi H.Y., Hiller–Sturmhofel S. An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Alcohol Res Health*. – 2006. – Vol.29, №3. – P. 162–171.

112. Farley J., Lester. D. Smoking and trait anxiety // *Psychological Reports*. –1995. – Vol.76, №6. – P. 858.
113. Farnam C.R., Zippel A.M., Tyrrell, W., Chittinanda P. Health status risk factors of people with severe and persistent mental illness // *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. – 1999. –Vol. 37, №6. – P. 16–21.
114. Fenster C.P., Rains M.F., Noerager B., et al. Influence of subunit composition on desensitization of neuronal acetylcholine receptors at low concentrations of nicotine // *J Neurosci*. – 1997. – Vol.17, №8. – P.5747–5759.
115. Fenster C.P., Beckman M.L., Parker J.C., et al. Regulation of alpha4beta2 nicotinic receptor desensitization by calcium and protein kinase C // *Mol Pharmacol*. – 1999. – Vol.55, №3. – P. 432–443.
116. Fergusson D.M., Goodwin R.D., Horwood L.J. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study // *Psychol Med*. – 2003. – Vol.33, №11. – P. 1357–1367.
117. Filozof C., Fernández Pinilla M.C., Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain // *Obesity Reviews*. – 2004. – № 5.– P.95–103.
118. Fowler J.S, Volkow N.D., Wang G.J. et al. Brain monoamine oxidase A inhibition in cigarette smokers. // *Proc Natl Acad Sci USA*. – 1996. – Vol.93, №11. – P. 14065–14069.
119. Frezza M., di Padova C., Pozzato G., Terpin M., Baraona E., Lieber C.S. High blood alcohol levels in women. The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism // *The New England Journal of Medicine*. – 1990. – Vol. 322. – P. 95–99.
120. Fu Q., Heath A.C., Bucholz K.K., et al. Common genetic risk of major depression and nicotine dependence: the contribution of antisocial traits in a United States veteran male twin cohort // *Twin Res HumGenet*. – 2007. – №10. – P. 470–478.
121. George T.P. Neurobiological links between nicotine addiction and schizophrenia // *J Dual Diagn*. – 2007.– №3. – P. 27–42.

122. Gershon Grand R.B., Hwang S., Han J., et al. Short-term naturalistic treatment outcomes in cigarette smokers with substance abuse and/or mental illness // *J Clin Psychiatry*. – 2007. – Vol.68, №6. – P.892–898.
123. Gilbert D.G. Paradoxical tranquilizing and emotion-reducing effects of nicotine // *Psychol Bull*. –1979. – Vol. 86. – P.643–661.
124. Goldstein B.I., Birmaher B., Axelson D.A. et al. Significance of cigarette smoking among youths with bipolar disorder // *Am J Addict*. – 2008. – Vol.17, №9 – 10. – P. 364–371.
125. Golub A., Johnson B.D. Variation in youthful risks of progression from alcohol and tobacco to marijuana and to hard drugs across generations // *Am J Public Health*.– 2001. – Vol.91, №2. – P. 225–232.
126. Gonzalez-Pinto A., Gutierrez M., Ezcurra J., et al. Tobacco smoking and bipolar disorder // *J Clin Psychiatry*. – 1998. – Vol.59, №5. – P. 225–228.
127. Grant B.F. Age at smoking onset and its association with alcohol consumption and DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey // *J Subs Abuse*. – 1998. – №10.– P. 59–73.
128. Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Arch Gen Psychiatry*. – 2004. – Vol.61, №8. – P. 807–816.
129. Grant B.F., Hasin D.S., Chou S.P., et al. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions // *Arch Gen Psychiatry*. – 2004. – Vol.61, №11. – P.1107–1115.
130. Grenhoff J., Svensson T.H. Selective stimulation of limbic dopamine activity by nicotine // *Acta Physiol Scand*. –1988. – Vol.133, №8. – P. 595–596.
131. Griesler P.C., Hu M.C., Schaffran C., Kandel D.B. Comorbidity of psychiatric disorders and nicotine dependence among adolescents: findings from a prospective, longitudinal study // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2008. – Vol.47, №11. – P. 1340–1350.
132. Griffith J.M., O’Neill J.E., Petty F., et al. Nicotinic receptor desensitization and

- sensory gating deficits in schizophrenia // *Biol Psychiatry*. – 1998. – Vol.44, №7. – P. 98–106.
133. Grucza R.A., Bierut L.J. Cigarette smoking and the risk for alcohol use disorders among adolescent drinkers // *Alcohol Clin Exp Res*. – 2006. – Vol.30, №12. – P.2046–2054.
134. Hackett N.R., Heguy A., Harvey B.G. Variability of antioxidant-related gene expression in the airway epithelium of cigarette smokers // *Am J Respir Cell Mol Biol*. – 2003. – Vol.29. – P.331–343.
135. Harrison E.L., McKee S.A. Young adult non-daily smokers: Patterns of alcohol and cigarette use // *Addictive Behaviors*. – 2008. – Vol.33. – P. 668–674.
136. Hasin D.S., Stinson F.S., Ogburn E., Grant B.F. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Archives of General Psychiatry*. – 2007. – Vol.64. – P.830–842.
137. Hays J.T., Hurt R.D., Decker P.A., et al. A randomized, controlled trial of bupropion sustained-release for preventing tobacco relapse in recovering alcoholics// *Nicotine & Tobacco Research*. – 2009. – №7. – P. 859–867.
138. Henningfield J.E., Miyasato K., Jasinski D.R. Abuse liability and pharmacodynamic characteristics of intravenous and inhaled nicotine // *J Pharmacol Exp Ther*. – 1985. – Vol.234. – P.1–12
139. Henningfield J.E., Stapleton J.M., Benowitz N.L., et al. Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking // *Drug Alcohol Depend*. – 1993. – Vol.33, №1. – P. 23–29.
140. Hertherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire// *British Journal of Addiction*. –1991. – Vol.86. – P.1119–1127.
141. Hodges H., Allen Y., Sinden J., et al. The effects of cholinergic drugs and cholinergic-rich foetal neural transplants on alcohol-induced deficits in radial maze performance in rats // *Behav Brain Res*. – 1991. – Vol.43, №4. – P. 7–28.

142. Holsboer F. Psychiatric implications of altered limbic-hypothalamic-pituitary-adrenocortical activity// *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci.* –1989. – Vol. 238(5-6). – P. 302–322.
143. Horn D. A model for the study of personal choice health behavior // *International Journal of Health Education.* – 1976. – Vol. 19(2). – P.89–98.
144. Hsu Y.N., Amin J., Weiss D.S., Wecker L. Sustained nicotine exposure differentially affects alpha 3 beta 2 and alpha 4 beta 2 neuronal nicotinic receptors expressed in *Xenopus oocytes*. // *J Neurochem.* – 1996. – Vol.66, №2. – P. 667–675.
145. Hughes J.R., Hatsukami D.K., Mitchell J.E., et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. // *Am J Psychiatry.* – 1986. – Vol.143, №8. – P. 993–997.
146. Hughes J.R. Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug problems. // *Journal of Substance Abuse Treatment.* – 1993. – №10. – P.181–187.
147. Hughes J.R. Clinical implications of the association between smoking and alcoholism. In J.B. Fertig & J.P. Allen(Eds.), *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice.* Washington.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health. – 1995.
148. Hughes J.R. Treating smokers with current or past alcohol dependence // *American Journal of Health Behavior.* – 1996. – Vol. 20 – P. 286 – 290.
149. Hunt W.A. Neurotransmitter function in the basal ganglia after acute and chronic ethanol treatment // *Fed Proc.* – 1981. – Vol.40, №5. – P.2077– 2081.
150. Hurt R.D., Eberman K.M., Croghan I.T., et al. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 1994. – Vol.18, №8. – P. 867–872.
151. Hurt R.D., Offord K.P., Croghan I.T., et al. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort // *JAMA.* – 1996. – Vol.275, №4. – P. 1097–1103.
152. Hurt R.D., Patten C.A. Treatment of tobacco dependence in alcoholics // *Recent Dev Alcohol.* – 2003. – Vol.16. – P.335–359.

153. Imperato A., Di Chiara G. Preferential stimulation of dopamine release in the nucleus accumbens of freely moving rats by ethanol // *J Pharmacol Exp Ther.* – 1986. – Vol. 239, №10. – P. 219–228.
154. Imperato A., Mulas A., Di Chiara G. Nicotine preferentially stimulates dopamine release in the limbic system of freely moving rats // *Eur J Pharmacol.* – 1986. Vol.132, №12. – P. 337–338.
155. Istvan J., Matarazzo J.D. Tobacco, alcohol, and caffeine use: A review of their interrelationships // *Psychological Bulletin.*–1984. – Vol.95, №2. – P. 301– 326.
156. Jeffery R.W., Henrikus D.J., Lando H.A., Murray D.M., Liu, J.W. Reconciling conflicting findings regarding postcessation weight concerns and success in smoking cessation // *Health Psychology.* – 2000. – Vol.19. – P. 242–246.
157. Jensen M.K., Sorensen T.I., Andersen A.T., et al. A prospective study of the association between smoking and later alcohol drinking in the general population // *Addiction.* – 2003. – Vol.98, №3. – P. 355–363.
158. John U., Meyer C., Rumpf H.J., et al. Strength of the relationship between tobacco smoking, nicotine dependence and the severity of alcohol dependence syndrome criteria in a population-based sample // *Alcohol Alcohol.* – 2003. – Vol.38, №11–12. – P. 606–612.
159. John U., Meyer C., Rumpf H.J., Hapke U. Probabilities of alcohol high-risk drinking, abuse or dependence estimated on grounds of tobacco smoking and nicotine dependence. // *Addiction.* – 2003. – Vol.98, №6. – P. 805–814.
160. Johnson D.H., Blomqvist O., Engel J.A., Söderpalm B. Subchronic intermittent nicotine treatment enhances ethanol-induced locomotor stimulation and dopamine turnover in mice. // *Behav Pharmacol.*– 1995. – Vol.6, №3. – P. 203–207.
161. Johnson J.G., Cohen P., Pine D.S., Klein D.F., Kasen S., Brook J.S. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood // *JAMA.* – 2000. – Vol.284. – P. 2348– 2351.
162. Joseph A.M., Willenbring M.L., Nugent S.M., Nelson D.B. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment // *Journal of Studies on Alcohol.* – 2004. – Vol.65, №6. – P.681– 691.

163. Kahler C.W., Leventhal A.M., Daughters S.B., Clark M.A., Colby S.M., Ramsey S.E., et al. Relationships of personality and psychiatric disorders to multiple domains of smoking motives and dependence in middle-aged adults // *Nicotine & Tobacco Research*. – 2010. – №12. – P.381 – 389.
164. Kalman D., Kim S., Di Girolamo G., Smelson D., Ziedonis D. Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: The case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs // *Clinical Psychology Review*. – 2010. – Vol.30. – P.12–24.
165. Kalman D., Herz L., Monti P., et al. Incremental efficacy of adding bupropion to the nicotine patch for smoking cessation in smokers with a recent history of alcohol dependence: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *Drug Alcohol Depend.* –2011. – №11. – P.111–118.
166. Kelly M.M., Grant C., Cooper S., Cooney J.L. Anxiety and smoking cessation outcomes in alcohol-dependent smokers // *Nicotine & Tobacco Research*. – 2013.– №2. – P. 364–375.
167. Kendler K.S., Neale M.C., MacLean C.J., et al. Smoking and major depression. A causal analysis. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1993. – Vol.50, №1. – P. 36–43.
168. Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A., et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey // *Archives of General Psychiatry*. – 1997. – Vol.54, №4. – P. 313–321.
169. Kick S.D., Cooley D.D. Depressive, not anxiety symptoms are associated with current cigarette smoking among university internal medical patients // *Psychosomatics*. – 1997. – Vol.38, №3-4. – P. 132–139.
170. King T.K., Matacin M., White K.S., Marcus B.H. A prospective examination of body image and smoking cessation in women // *Body Image*. – 2005. – № 2. – P. 19–28.
171. Klesges R.C., Meyers A.W., Klesges L.M., La Vasque M. Smoking, body weight and their effects on smoking behavior: A comprehensive review of the literature // *Psychological Bulletin*. – 1989. – Vol. 106. – P. 204–230.
172. Klesges R.C., Schumaker S.A. Understanding the relations between smoking and

body weight and their importance to smoking cessation and relapse // *Health Psychology*. – 1992. – № 11. – P. 1–3.

173. Klesges R.C., Winders S.E., Meyers A.W., Eck L.H., Ward K.D., Hultquist C.M., ...Shadish W.R. How much weight gain occurs following smoking cessation? A comparison of weight gain using both continuous and point prevalence abstinence // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1997. – Vol. 65. – P. 286–291.

174. Klungsoyr O., Nygard J.F., Sorensen T., Sandanger I. Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: an 11-year, population-based follow-up study // *Am J Epidemiol* – 2006. – Vol.163, №3. – P.421–432.

175. Kodl M.M., Fu S.S., Willenbring M.L. et al. The impact of depressive symptoms on alcohol and cigarette consumption following treatment for alcohol and nicotine dependence // *Alcohol Clin Exp Res*. – 2008. – Vol.32, №1. – P. 92–99.

176. Koob G.F., Roberts A.J., Schulteis G., et al. Neurocircuitry targets in ethanol reward and dependence // *Alcohol Clin Exp Res*. – 1998.– Vol.22, №2. – P. 3–9.

177. Koob G.F., Le Moal M. Addiction and the brain antireward system // *Annual Review of Psychology*. – 2008. – Vol.59. – P. 29–53.

178. Kostova D., Chaloupka F.J., Yurekli A. et al. Nicotine and Tobacco Research Special Supplement: Economic Aspects of Tobacco Use in Low- and Middle-Income Countries // *Nicotine & tobacco research*. – 2014.– № 9.– P. 1–2.

179. Kushner M.G., Abrams K., Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings // *Clinical Psychology Review*. – 2000. – Vol.20, №3. – P. 149–171.

180. Kushner M.G., Maurer E., Menary K., Thuras P. Vulnerability to the rapid (“telescoped”) development of alcohol dependence in individuals with anxiety disorder // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. – 2011. – Vol.72, №11. – P. 1019–1027.

181. Lapin E.P., Maker H.S., Bhardwaj A. Ethanol enhancement of the motor-stimulating effect of nicotine in the rat // *Alcohol*. – 1995. – № 12. – P. 217 – 220.

182. Lasser K., Boyd J.W., Woolhandler S., et al. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study // *Journal of the American Medical Association*. – 2000. – Vol.284, №11. – P. 2606–2610.

183. Le Strat Y., Ramoz N., Gorwood P. In alcohol-dependent drinkers, what does the presence of nicotine dependence tell us about psychiatric and addictive disorders comorbidity? // *Alcohol Alcohol.* – 2010. – Vol.45, №3-4. – P. 167–172.
184. Leonard S., Adler L.E., Benhammou K. et al. Smoking and mental illness// *Pharmacol Biochem Behav.* – 2001. – Vol.70, №12. – P.561–570.
185. Levine M.D., Perkins K.A., Marcus M.D. The characteristics of women smokers concerned about postcessation weight gain // *Addictive Behaviors.* – 2001. – Vol.26. – P.749–756.
186. Lieber C.S. Mechanisms of ethanol–drug–nutrition interactions // *Clinical Toxicology.* – 1994. – Vol.32. – P.631–681.
187. Lindell G., Farnebo L.O., Chen D., et al. Acute effects of smoking during modified sham feeding in duodenal ulcer patients. An analysis of nicotine, acid secretion, gastrin, catecholamines, epidermal growth factor, prostaglandin E2, and bile acids // *Scand J Gastroenterol.* – 1993. – Vol.28, №6. – P. 487–494.
188. Lindstrom J. Nicotinic acetylcholine receptors in health and disease // *Mol Neurobiol.* – 1997. – Vol.15, №10. – P.193–222.
189. Littleton J., Barron S., Prendergast M., Nixon S.J. Smoking kills (alcoholics)! shouldn't we do something about it? // *Alcohol Alcohol.* – 2007. – Vol.42, №5-6. – P. 167–173.
190. Lopes F.L., Nascimento I., Zin W.A., et al. Smoking and psychiatric disorders: A comorbidity survey // *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.* – 2002. – Vol.35, №8. – P. 961–967.
191. Lopez–Quintero C., Pérez de los Cobos J., Hasin D.S., et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) // *Drug and Alcohol Dependence.* – 2011. – Vol.115, №5. – P. 120–130.
192. Lycett D., Munafo M., Johnstone E., Murphy M., Aveyard P. Associations between weight change over 8 years and baseline body mass index in a cohort of continuing and quitting smokers // *Addiction.* – 2011. – Vol.106. – P. 1188–1196.

193. Lynskey M.T., Fergusson D.M. Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use // *J Abnorm Child Psychol.* – 1995. – Vol.23, №6. – P. 281–302.
194. Lyons M., Hitsman B., Xian H., et al. A twin study of smoking, nicotine dependence, and major depression in men // *Nicotine Tab. Res.* – 2008. – Vol.10, №1. – P. 97–108.
195. Liu J.Z., Tozzi F., Waterworth D.M., et al. Meta-analysis and imputation refines the association of 15q25 with smoking quantity // *Nat Genet* – 2010. – Vol. 42, №5. – P. 436–440.
196. Malley S.S., Wu R., Mayne S.T., et al. Smoking cessation is followed by increases in serum bilirubin, an endogenous antioxidant associated with lower risk of lung cancer and cardiovascular disease // *Nicotine & tobacco research.* – 2014. – № 8. – P. 1145–1149.
197. Marquez P., Suhrcke M., McKee M., Rocco L. Adult health in the Russian Federation: more than just a health problem // *Health Aff (Millwood).* – 2007. – Jul–Aug – Vol.26(4). – P. 1040–1051.
198. Marrero J.A., Fontana R.J., Fu S., et al. Alcohol, tobacco and obesity are synergistic risk factors for hepatocellular carcinoma // *J Hepatol.* – 2005. – Vol.42, №2. – P. 218–224.
199. Marszalec W., Aistrup G.L., Narahashi T. Ethanol-nicotine interactions at alpha-bungarotoxin-insensitive nicotinic acetylcholine receptors in rat cortical neurons // *Alcohol Clin Exp Res.* – 1999. – Vol.23, №3. – P. 439–445.
200. McKee S.A., Weinberger A.H. How can we use our knowledge of alcohol-tobacco interactions to reduce alcohol use? // *Annual Review of Clinical Psychology.* – 2013. – Vol. 9. – P.649– 674.
201. Mathers C.D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 // *PLoS Medicine.* – 2006. – № 3. – e. 442.
202. Matsumoto M., Takahashi H., Maruyama K., Higuchi S., Matsushita S., Muramatsu T.,...Ishii H. Genotypes of alcohol-metabolizing enzymes and the risk for alcoholic chronic pancreatitis in Japanese alcoholics // *Alcoholism, Clinical and*

- Experimental Research. – 1996. – Vol. 20(suppl. 9). – P. 289A–292A.
203. Matthew R.J., Weinman M.L., Mirabi M. Physical symptoms of depression// Br J Psychiatry. – 1981. – Vol.139, №10. – P. 293–296.
204. Mc Nally R.J. Anxiety sensitivity is distinguishable from trait anxiety. In: R.M. Rapee (Ed.).Current controversies in the anxiety disorders. New York.: Guilford Press. – 1996. – P. 214–227.
205. Mc Nally R.J. Anxiety sensitivity and panic disorder // Biological Psychiatry. – 2002. – Vol.52, №11. – P. 938–946.
206. Meyer J.H., Ginovart N., Boovariwala A. et al. Elevated monoamine oxidase a levels in the brain: An explanation for the monoamine imbalance of major depression // Arch Gen Psychiatry. – 2006. – Vol.63, №11. – P.1209–1216.
207. Miller N.S., Gold M.S. Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment // J Addict Dis. – 1998. – Vol.17, №1. – P.55–66.
208. Mokdad A.H., Marks J.S., Stroup D.F., Gerberding J.L. Actual causes of death in the United States, 2000 // JAMA: The Journal of the American Medical Association. – 2004. – Vol. 291. – P.1238–1245.
209. Morisano D., Bacher I., Audrain–McGovern J., George T.P. Mechanisms underlying the comorbidity of tobacco use in mental health and addictive disorders // Canadian Journal of Psychiatry. – 2009. – Vol.54. – P.356–367.
210. Morisano D., Wing V.C., Sacco K.A., et al. Effects of tobacco smoking on neuropsychological function in schizophrenia in comparison to other psychiatric disorders and non-psychiatric controls // The American Journal on Addictions. – 2013. – Vol.22, №1. – P. 46–53.
211. Morissette S.B., Tull M.T., Gulliver S.B., et al. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships. // Psychological Bulletin. – 2007. – Vol.133, №3. – P. 245–272.
212. Moss T.G., Sacco K.A., Allen T.M. et al. Prefrontal cognitive dysfunction is associated with tobacco dependence treatment failure in smokers with schizophrenia // Drug Alcohol Depend. – 2009. – Vol.104, №9. – P. 94–99.

213. Mullane J.C., Stewart S.H., Rhyno E., Steeves D., Watt M.C., Eisner A. Anxiety sensitivity and difficulties with smoking cessation. In F. Columbus (Ed.), *Advances in psychology research*. – Vol. 54. Hauppauge, NY.: Nova Science Publishers. – 2008.
214. Nademin M.E., Napolitano M.A., Xanthopoulos M.S., Fava J.L., Richardson E., Marcus B. Smoking cessation in college-aged women: A qualitative analysis of factors important to this population // *Addiction Research and Theory*. – 2010. – Vol. 18. – P. 649–666.
215. Narahashi T., Aistrup G.L., Marszalec W., Nagata K. Neuronal nicotinic acetylcholine receptors: a new target site of ethanol // *Neurochem Int*. – 1999. – Vol.35, №8. – P. 131–141.
216. Narahashi T. Neuroreceptors and ion channels as the basis for drug action: past, present, and future // *J Pharmacol Exp Ther*. – 2000. – Vol.294, №7. – P. 1–26.
217. Narahashi T., Söderpalm B., Ericson M., et al. Mechanisms of alcohol-nicotine interactions: alcoholics versus smokers // *Alcohol Clin Exp Res*. – 2001. – Vol.25, №5. – P. 152–156.
218. Nieva G., Ortega L.L., Mondon S., et al. Simultaneous versus delayed treatment of tobacco dependence in alcohol-dependent outpatients // *Eur Addict Res*. – 2011. – Vol.17, №1. – P.1–9.
219. Nisell M., Nomikos G.G., Svensson T.H. Systemic nicotine-induced dopamine release in the rat nucleus accumbens is regulated by nicotinic receptors in the ventral tegmental area // *Synapse*. – 1994. – Vol.16, №1. – P. 36–44.
220. Novak A., Burgess E.S., Clark M., et al. Anxiety sensitivity, self-reported motives for alcohol and nicotine use and level of consumption // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2003. – Vol.17. – P. 165–180.
221. Nunnally J.C., Bernstein I.H. *Psychometric Theory*, 3rd edn. – New York.: McGraw-Hill. –1994.
222. Ochoa E.L., Li L., McNamee M.G. Desensitization of central cholinergic mechanisms and neuroadaptation to nicotine // *Mol Neurobiol*. – 1990. – №4. – P. 251–287.

223. Ogden J., Fox P. Examination of the use of smoking for weight control in restrained and unrestrained eaters // *International Journal of Eating Disorders*. – 1994. – Vol. 16. – P. 177–185.
224. Ostbye T., Taylor D.H. The effect of smoking on years of healthy life (YHL) lost among middle-aged and older Americans // *Health Serv Res*. – 2004. – Vol.39, №3. – P. 531–552.
225. Otto M.W., Pollack M.H., Sachs G.S., et al. Alcohol dependence in panic disorder patients // *Journal of Psychiatric Research*. – 1992. – Vol.26, №1. – P. 29–38.
226. Pasco J.A., Williams L.J., Jacka F.N., et al. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study // *Br. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol.193, №10. – P. 322–326.
227. Paterson D., Nordberg A. Neuronal nicotinic receptors in the human brain // *Prog Neurobiol*. – 2000. – Vol.61, № 1. – P. 75–111.
228. Patten C.A., Schneekloth T.D., Morse R.M., et al. Effect of current tobacco use and history of an alcohol problem on health status in hospitalized patients // *Addict Behav*. – 2001. – Vol.26, №1. – P. 129–136.
229. Patten C.A., Ames S.C., Ebbert J.O., et al. Tobacco use outcomes of adolescents treated clinically for nicotine dependence // *Arch Pediatr Adolesc Med*. – 2001. – vol.155(7). – P.831–837.
230. Payne T.J., Smith P.O., Mccracken L.M., et al. Assessing nicotine dependence: a comparison of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire (FTQ) with the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) in a clinical sample // *Addictive Behaviors*. – 1994. – №19. – P.307–317.
231. Pedersen W., von Soest T. Smoking, nicotine dependence and mental health among young adults: a 13-year population-based longitudinal study // *Addiction*. – 2009. – Vol.104, №1. – P. 129–137.
232. Pelucchi C., Gallus S., Garavello W., et al. Cancer risk associated with alcohol and tobacco use: focus on upper aero-digestive tract and liver // *Alcohol Res Health*. – 2006. – Vol.29, №3. – P. 193–198.

233. Peng X., Gerzanich V., Anand R., et al. Nicotine-induced increase in neuronal nicotinic receptors results from a decrease in the rate of receptor turnover // *Mol Pharmacol.* – 1994. – Vol.46, №9. – P. 523–530.
234. Perkins K.A., Levine M.D., Marcus M.D., Shiffman S. Addressing women's concerns about weight gain due to smoking cessation // *Journal of Substance Abuse.* – 1997. – Vol.14.– P. 173–182.
235. Perkins K.A., Fonte C., Grobe J.E. Sex differences in the acute effects of cigarette smoking on the reinforcing value of alcohol // *Behavioural Pharmacology.* – 2000. – № 11. – P. 63–70.
236. Pervanidou P. Biology of post-traumatic stress disorder in childhood and adolescence // *Journal of Neuroendocrinology.* – 2008. – Vol.20, №5. – P. 632–638.
237. Piasecki T.M., Piper M.E., Baker T.B. Refining the tobacco dependence phenotype using the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives: II. Evidence from a laboratory self-administration assay // *J Abnorm Psychol.* – 2010.– Aug. – vol.119(3). – P.513–523.
238. Piper M.E., Piasecki T.M., Federman E.B., et al. A multiple motives approach to tobacco dependence: the Wisconsin inventory of smoking dependence motives (WISDM-68) // *J. Consult. Clin.Psychol.* – 2004. – vol.72.– P.139–154.
239. Piper M.E., Bolt D.M., Kim S.Y., et al. Refining the tobacco dependence phenotype using the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives // *J Abnorm Psychol.* – 2008. – Nov. – vol.117 (4). – P.747–761.
240. Pomerleau O.F., Pomerleau C.S. Neuroregulators and the reinforcement of smoking: towards a biobehavioral explanation // *Neurosci Biobehav Rev.* – 1984. – №8. – P.503–513
241. Pomerleau O.F. Individual differences in sensitivity to nicotine: Implications of genetic research on nicotine dependence // *Behavior Genetics.* – 1995. – Vol.25, №3. – P. 161–177.
242. Pomerleau C.S., Carton S.M., Lutzke M.L., et al. Reliability of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence // *Addictive Behaviors.* – 1994. – №19. – P.33–39.

243. Pomerleau C.S., Zucker A.N., Stewart A.J. Characterizing concerns about post-cessation weight gain: Results from a national survey of women // *Nicotine & Tobacco Research*. – 2001. – №3. – P.51–60.
244. Prendergast M.A., Harris B.R., Mayer S., Littleton J.M. Chronic, but not acute, nicotine exposure attenuates ethanol withdrawal-induced hippocampal damage in vitro // *Alcohol Clin Exp Res*. – 2000. – Vol.24, №10. – P. 1583–1592.
245. Pritchard W.S., Kay D.L.C. Personality and smoking motivation of U.S. smokers as measured by the state-trait personality inventory, the Eysenck Personality Questionnaire, and Spielberger's Smoking Motivation Questionnaire // *Personality and Individual Differences*. – 1993. –Vol.14. – P. 629–637.
246. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study // *Journal of the American Medical Association*. – 1990. – Vol. 264, №11. – P. 2511–2518.
247. Reiss S., Peterson C., Gursky D., McNally R. Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness // *Behaviour Research and Therapy*. – 1986. – Vol.24. – P. 1–8.
248. Reitstetter R., Lukas R.J., Gruener R. Dependence of nicotinic acetylcholine receptor recovery from desensitization on the duration of agonist exposure // *J Pharmacol Exp Ther*. – 1999. – Vol.289, №5. – P.656–660.
249. Romanelli L., Ohman B., Adem A., Nordberg A. Subchronic treatment of rats with nicotine: interconversion of nicotinic receptor subtypes in brain // *Eur J Pharmacol*. – 1988. – Vol.148, №3. – P. 89–91.
250. Rossing M.A. Genetic influences on smoking: candidate genes // *Environ Health Perspect*. – 1998. – Vol.106, №5. – P. 231–238.
251. Saccone N.L., Culverhouse R.C., Schwantes-An T.H., et al. Multiple independent loci at chromosome 15q25.1 affect smoking quantity: a meta-analysis and comparison with lung cancer and COPD // *PLoS Genet*. – 2010. – № 8. – DOI.: 10.1371 // journal.pgen.1001053.

252. Sargent P.B. The diversity of neuronal nicotinic acetylcholine receptors// *Annu Rev Neurosci.* – 1993. – Vol.16. – P. 403–443.
253. Schepis T.S., Rao U., Yadav H., Adinoff B. The limbichypothalamic-pituitary-adrenal axis and the development of alcohol use disorders in youth // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* – 2011. – Vol.35, №4. – P. 595–605.
254. Schlaepfer I.R., Hoft N.R., Ehringer M.A. The genetic components of alcohol and nicotine co-addiction: from genes to behavior // *Curr. Drug Abuse Rev.* – 2008. – №1.– P. 124–134.
255. Schmidt N.B., Buckner J.D., Keough M.E. Anxiety sensitivity as a prospective predictor of alcohol use disorders // *Behavior Modification.* – 2007. – Vol.31, №3. – P. 202–219.
256. Schwartz R.D., Lehmann J., Kellar K.J. Presynaptic nicotinic cholinergic receptors labeled by [3H]acetylcholine on catecholamine and serotonin axons in brain // *J Neurochem.* – 1984. – Vol.42, №5. – P. 1495–1498.
257. Shawn R., Currie S.R., Hodgins D.C., el-Guebaly N., Campbell W. Influence of depression and gender on smoking expectancies and temptations in alcoholics in early recovery// *Journal of Substance Abuse.* – 2001. – №13. – P.443 – 458.
258. ShiffmanS., BalabanisM., FertigJ., Allen J. Associations between alcohol and tobacco. *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice.* NIAAA Research Monograph. – 1995. – Vol.30. – P. 17–36.
259. Sihvola E., Rose R.J., Dick D.M., et al. Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins // *Addiction.* – 2008. – Vol.103, №12. – P. 2045–2053.
260. Spielberger Ch.D. Conceptual and methodological issues in anxiety research. In: *Anxiety, current trends in theory and research.* Ed. Ch.D. Spielberger. N.Y., London.1972. – V.2.
261. Spielberger Ch.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E., et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y).* – Palo Alto., CA: Consulting Psychologists Press.1983.
262. Stewart S.H., Zeitlin S.B. Anxiety sensitivity and alcohol use motives // *Journal of Anxiety Disorders.* – 1995. – № 9. – P. 229–240.

263. Stewart S.H., Zvolensky M.J., Eifert G.H. The relations between anxiety sensitivity, experiential, avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking // *Behavior Modification*. – 2002. – Vol.26, №4. – P. 274–296.
264. Stoops W.W., Vansickel A.R., Glaser P.E., Rush C.R. The influence of acute varenicline administration on smoking and eating behavior in humans // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. –2008. – Vol.91.– P.165–169.
265. Storr C.L., Reboussin B.A., Anthony J.C. The Fagestrom test for nicotine dependence: a comparison of standard scoring and latent class analysis approaches// *Drug Alcohol Depend*. – 2005. – Vol.80(2).– P.241–250.
266. TAG. Genome-wide meta-analyses identify multiple loci associated with smoking behavior // *Nat. Genet*. – 2010.–Vol.42, №5. – P. 441–447.
267. Takemura Y., Akanuma M., Kikuchi S., Inaba Y. Cross-sectional study on the relationship between smoking or smoking cessation and trait anxiety// *Preventive Medicine*. – 1999. – Vol.29, №12. – P.496–500.
268. Tate J.C., Pomerleau C.S., Pomerleau O.F. Pharmacological and non-pharmacological smoking motives: A replication and extension // *Addiction*. – 1994. – Vol.89, №3. – P. 321–330.
269. Thorgeirsson T.E., Gudbjartsson D.F., Surakka I., et al. Sequence variants at *CHRNA3-CHRNA6* and *CYP2A6* affect smoking behavior // *Nat. Genet*. – 2010. – Vol. 42, №5. – P. 448–453.
270. Thyer B.A., Parrish R.T., Himle J., et al. Alcohol abuse among clinical anxious patients // *Behaviour Research and Therapy*. – 1986. – Vol.24. – P. 357–359.
271. Thun M.J., Carter B.D., Feskanich D. et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States // *N Engl J Med*. – 2013. – Vol.368(4). – P. 351 – 364.
272. Tizabi Y., Al-Namaeh M., Manaye K.F., Taylor R.E. Protective effects of nicotine on ethanol-induced toxicity in cultured cerebellar granule cells // *Neurotox. Res*. – 2003. – №5. – P. 315–321.

273. Tizabi Y., Manaye K.F., Smoot D.T., Taylor, R.E. Nicotine inhibits ethanol-induced toxicity in cultured cerebral cortical cells // *Neurotox. Res.* – 2004. – №6. – P. 311–316.
274. Tomkins S.S. Psychological model for smoking behavior// *Am J Public Health Nation Health.* – 1966. – Vol.56, №12. – P.17–20.
275. Tonner P.H., Wood S.C., Miller K.W. Can nicotine self-inhibition account for its low efficacy at the nicotinic acetylcholine receptor from Torpedo? // *Mol Pharmacol.*– 1992. – Vol.42, №11. – P. 890–897.
276. True W.R., Xian H., Scherrer J.F., et al. Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men // *Arch Gen Psychiatry.* –1999. – Vol.56, №7. – P. 655–661.
277. Van den Bergh B.R., Van Calster B., Smits T., et al. Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: A prospective study on the fetal origins of depressed mood // *Neuropsychopharmacology.* – 2008. – Vol.33, №2. – P. 536–545.
278. Walitzer K.S., Dearing R.L. Characteristics of alcoholic smokers, nonsmokers, and former smokers: personality, negative affect, alcohol involvement, and treatment participation. // *Nicotine & Tobacco Research.* – 2013. – Vol.15 (1), № 6. – P. 282–286.
279. Wang J.C., Cruchaga C., Saccone N.L. et all. Risk for nicotine dependence and lung cancer is conferred by mRNA expression levels and amino acid change in CHRNA5 // *Hum. Mol. Genet.* – 2009. – Vol.18, №8. – P. 3125–3135.
280. Weekley C.K., Klesges R.C., Reylea G. Smoking as a weight-control strategy and its relationship to smoking status // *Addictive Behaviors.* –1992. – Vol. 17.– P. 259–271.
281. Weinberger A.H., Creedon C.L., Sacco K.A. et al. Neurocognitive effects of nicotine and tobacco in individuals with schizophrenia // *J Dual Diagn.* – 2007. – № 3. – P. 61–77.

282. Weiss F., Parsons L.H., Schulteis G. et al. Ethanol self-administration restores withdrawal-associated deficiencies in accumbal dopamine and 5-hydroxytryptamine release in dependent rats. // *J Neurosci.* – 1996. – Vol.16, №5. – P. 3474–3485.
283. Weitzman E.R., Chen Y.Y. The co-occurrence of smoking and drinking among young adults in college: National survey results from the United States. // *Drug and Alcohol Dependence.* –2005. – Vol.80. – P. 377–386.
284. Welte J.W. Alcohol use and trait anxiety in the general population. // *Drug and Alcohol Dependence.* – 1985. – Vol.15, №5. – P. 105–109.
285. White M.A., Mc Kee S.A., O'Malley S.S. Smoke and mirrors: Magnified beliefs that cigarette smoking suppresses weight // *Addictive Behaviors.* – 2007.–Vol.32.– P.2200–2210.
286. Wiesbeck G.A., Kuhl H.C., Yaldizli O. et al. Tobacco smoking and depression-results from the WHO/ISBRA study // *Neuropsychobiology.* – 2008. – Vol.57, №1-2. – P. 26–31.
287. Williams S.G., Hudson A., Redd C. Cigarette smoking, manifest anxiety and somatic symptoms // *Addictive Behaviors.* – 1982. – №7. – P. 427–428.
288. Williamson D.F., Madans J., Anda R.F., Kleinman J.C., Giovino G.A., Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort // *New England Journal of Medicine.* – 1991. – Vol.324. – P.739–745.
289. Wing V.C., Wass C.E., Soh D.W., et al. A review of neurobiological vulnerability factors and treatment implications for comorbid tobacco dependence in schizophrenia// *Ann N.Y. Acad Sci.* – 2012. – Vol.248, №2. – P. 89–106.
290. Wise R.A., Bozarth M.A. A psychomotor stimulant theory of addiction // *Psychol Rev.* – 1987. – Vol.94, №10. – P. 469–492.
291. Yoshimoto K., Mc Bride W.J., Lumeng L., Li T.K. Alcohol stimulates the release of dopamine and serotonin in the nucleus accumbens // *Alcohol.* – 1992. – Vol.9, №1. – P.17–22.
292. Young S.E., Rhee S.H., Stallings M.C., et al. Genetic and environmental vulnerabilities underlying adolescent substance use and problem use: general or specific? // *Behav. Genet.* –2006. – Vol.36, №7. – P. 603–615.

293. Zacny J.P. Behavioral aspects of alcohol–tobacco interactions // *Recent Dev. Alcohol.* – 1990. – №8.– P. 205–219.
294. Zvolensky M.J., Schmidt N.B., Stewart S.H. Panic disorder and smoking // *Clinical Psychology: Science and Practice.* – 2003. – №10.– P. 29–51.
295. Zvolensky M.J., Baker K.M., Leen-Feldner E., et al. Anxiety sensitivity: Association with intensity of retrospectively-rated smoking-related withdrawal symptoms and motivation to quit // *Cognitive Behaviour Therapy.* – 2004. – Vol.33, №3. – P. 114–125.
296. Zvolensky M.J., Feldner M.T., Leen-Feldner E., et al. Evaluating the role of anxiety sensitivity in smoking outcome expectancies among regular smokers// *Cognitive Therapy and Research.* – 2004. – Vol.28. – P. 473–486.
297. Zvolensky M.J., Bernstein A. Cigarette smoking and panic psychopathology// *Current Directions in Psychological Science.* – 2005. – Vol.14. – P. 301–305.
298. Zvolensky M.J., Bonn-Miller M.O., Bernstein A., Marshall E.C. Anxiety sensitivity and abstinence duration to smoking // *Journal of Mental Health.* – 2006.– Vol.15. – P. 659–670.
299. Zvolensky M.J., Bernstein A., Jurado S.C., et al. Anxiety sensitivity and early relapse to smoking: A test among Mexican daily, low-level smokers// *Nicotine & Tobacco and Research.* – 2007. – №9.– P. 483–491.
300. Zvolensky M.J., Stewart S.H., Vujanovic A.A., et al. Anxiety sensitivity and anxiety and depressive symptoms in the prediction of early smoking lapse and relapse during smoking cessation treatment// *Nicotine & Tobacco Research.* – 2009. – №11. – P. 323–331.
301. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA.: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1. Карта исследования.

#### А. Паспортная часть.

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
 2. Дата рождения \_\_\_\_\_ 3. Возраст \_\_\_\_\_ 4. Пол \_\_\_\_\_ 5. Национальность \_\_\_\_\_  
 6. Вероисповедание \_\_\_\_\_ 7. Адрес: \_\_\_\_\_ 8. телефон \_\_\_\_\_  
 9. № истории болезни, амбулаторной карты \_\_\_\_\_  
 10. Дата поступления (постановки на учёт) \_\_\_\_\_ 11. Дата выписки \_\_\_\_\_  
 12. Диагноз основного заболевания в шифре по МКБ \_\_\_\_\_

#### 1. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями:

	1. Отец	2. Мать	3. Брат	4. Сестра	5. Дедушка		6. Бабушка	
					5.1 Отца	5.2 Матери	6.1 Отца	6.2 Матери
a. Курение								
b. Алкоголизм								
c. Не установлено								
d. Наркомания								
e. Психопатия								
f. Суициды								
g. Шизофрения								
h. МДП (моно-, би-)								
i. Эпилепсия								
k. Олигофрения								
l. Прочее								

#### 2. Патология беременности у матери:

1. Не установлено   
 2. Патология родов   
 3. Асфиксия плода   
 4. Применение плодooживляющих методик   
 5. Патология в раннем постнатальном периоде

#### 3. Обследуемый воспитывался:

1. В полной семье   
 2. В неполной семье   
 3. Родственниками   
 4. В приемной семье   
 5. В детском доме   
 6. Прочее

#### 4. Отношения между родителями:

1. Ровные (хорошие, удовлетворительные)   
 2. Неровные (периодически конфликтные)   
 3. Постоянно конфликтные   
 4. Нейтральные

#### 5. Отношение родителей к обследуемому:

1. Гиперопека   
 2. Гипоопека   
 3. Заботливое   
 4. Равнодушное   
 5. Неприязненное

**6. Удовлетворённость своим положением в семье:**

1. Удовлетворён полностью
2. Скорее удовлетворён чем неудовлетворён
3. Скорее неудовлетворён чем удовлетворён
4. Неудовлетворён

**7. Невротические эпизоды в детстве:**

1. Отсутствовали
2. Страхи
3. Логоневроз
4. Тики
5. Снохождение, сноговорение
6. Ночной энурез
7. Реакции протеста
8. Прочее

**8. Семейный статус:**

1. Состоит в браке
2. Гражданский брак
3. В разводе
4. Вдовец(а)
5. Холост

**9. Семейные отношения:**

1. Нормальные
2. Умеренно конфликтные (напряженные)
3. Средне конфликтные
4. Крайне конфликтные
5. Нейтральные

**10. Наличие детей:**

1. Нет
2. Есть  (указать сколько цифрой) \_\_\_\_\_

**11. Образование:**

1. Высшее
2. Незаконченное высшее
3. Среднее-специальное
4. Среднее
5. Незаконченное среднее

**12. Трудовой стаж (количество лет): \_\_\_\_\_****13. Трудовой статус в настоящее время:**

1. Учащийся (дневная форма обучения)
2. Служащий
3. Частный предприниматель, бизнесмен
4. Рабочий
5. Пенсионер
6. Инвалид
7. Безработный
8. Прочее

**14. Жилищное обеспечение:**

1. Арендует жильё
2. Собственное жильё
3. Проживает у родителей, родственников

**15. Уровень материального положения (самооценка пациента):**

- 1.Высокое
- 2.Выше среднего
- 3.Средний
- 4.Ниже среднего
- 5.Низкий

**16. Перенесённые и текущие заболевания у**

**обследуемого:** \_\_\_\_\_

**17. Заболевания связанные с табакокурением и употреблением алкоголя:**

1. Частые простудные заболевания
2. Хронический бронхит
3. ХОБЛ
4. Пневмония
5. Бронхиальная астма
6. ИБС. Стенокардия
7. Инфаркт миокарда
8. Нарушен ритм сердца (аритмия, блокада)
9. Артериальная гипертензия
10. Гипертоническая болезнь
11. Инсульт
12. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей
13. Аневризма аорты
14. Атеросклероз аорты
15. Хронический гастрит
16. Язвенная болезнь желудка и 12 ПК
17. Панкреатит
18. Токсический гепатит
19. Цирроз печени
20. ДЖВП
21. Новообразования
22. Сахарный диабет
23. Ожирение
24. Эректильная дисфункция у мужчин
25. ЗЧМТ
26. Токсическая полинейропатия
27. Токсическая энцефалопатия
28. Травмы
29. Прочие \_\_\_\_\_

**18. Мотивы первой пробы (табакокурение):**

1. Любопытство
2. С целью самоутверждения
3. С желанием выглядеть старше
4. «За компанию»
5. С целью похудеть
6. С целью привлечения к себе внимания
7. С целью получения удовольствия
8. С целью успокоения

**19. Мотивы табакокурения в настоящее время:**

1. С целью снижения напряжения и получения расслабления
2. Для изменения настроения (повышение фона настроения, снятия тревоги)
3. Для получения удовольствия
4. Для повышения самооценки

5. С целью компенсации удовлетворения каких либо форм потребностей
6. Как средство улучшения коммуникации
7. Как результат научения и подражания
8. С целью нормализации сна
9. Курю автоматически не задумываясь об этом

### 20. Динамика употребления алкоголя и табака (год начала)

	Табакокурение(А)	Употребление алкоголя(В)
1.Пробы		
2.Эпизодическое употребление		
3.Систематическое употребление		

### 21.Синдром отмены (критерии МКБ-10):

Симптомы	Табачная зависимость(А)	Алкогольная зависимость (до ремиссии) (В)
1.Непреодолимая тяга к курению		
2.Чувство недомогания и слабости		
3.Тревожность		
4.Дисфорическое настроение		
5.Психомоторная ажитация		
6.Раздражительность и беспокойство		
7.Нарушение сна(бессонница/сонливость)		
8.Повышенный аппетит		
9.Кашель и затруднённое отхождение мокроты		
10.Тремор языка, век, вытянутых рук		
11.Потливость		
12.Тошнота или рвота		
13.Головная боль		
14.Трудности в сосредоточении		
15.Большие судорожные припадки		
16.Транзиторные зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии		
17. Сниженное настроение		

### 22.Сроки возникновения абстинентных явлений:

1. до 24 часов
2. 24-48 часов
3. 48 – 72 часа
4. свыше 72 часов

### 23. По степени тяжести абстинентного синдрома:

1. Лёгкая
2. Средняя
3. Тяжёлая

### 24. Ремиссии больше 1 года (в течении всей жизни):

№/(количество лет)	Табачная зависимость(А)	Алкогольная зависимость(В)
1.Спонтанная		
2.Терапевтическая		

3. Вынужденная		
4. Не было		

**25. Курительный стаж** (кол-во лет) \_\_\_\_\_

**26. Толерантность** (кол-во сигарет в сутки): \_\_\_\_\_

**27. Тип сигарет**(название):

1. Крепкие
2. Средние
3. Легкие

**28. Тип влечения:**

1. Периодический
2. Постоянный

**29. Автоматическое курение:**

1. Есть
2. Нет

**30. Курение натошак:**

1. Есть
2. Нет

**31. Курение ночью:**

1. Есть
2. Нет

**32. Равномерность табакокурения в течении суток (больше):**

1. Утром
2. По дороге на работу
3. Днём во время работы
4. По дороге домой
5. Вечером
6. Равномерно в течении дня независимо от ситуации
7. Зависит от ситуации

**33. Увеличивается ли количество выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения?**

1. Да
2. Нет

**34. Сколько сигарет вы выкуриваете в состоянии алкогольного опьянения:**

1. до 20 сигарет
2. 20 -40 сигарет
3. больше 40 сигарет

**35. Потеря количественного контроля выкуриваемых сигарет в состоянии алкогольного опьянения:**

1. Потеря контроля
2. Контроль присутствует

**36. Интенсивность курения на выходе из алкогольного эксцесса.**

1. Не изменилось
2. Уменьшилось
3. Увеличилось

**37. Результаты ваших прошлых попыток бросить курить.**

1. Не пробовал
2. Пытался, но ничего не получилось
3. Удалось сократить число выкуриваемых сигарет
4. Прекратил курить полностью на срок до 3 месяцев
5. Прекратил курить полностью на срок до 6 месяцев
6. Прекратил курить полностью на срок \_\_\_\_\_ года

**38. Если Вы хотите бросить курить, то почему?**

1. Из-за болезни и плохого самочувствия
2. По настоянию родственников
3. По рекомендации врачей
4. По собственному желанию
5. С целью экономии
6. Не хочу бросать курить

**39. Вы ощущаете отрицательное влияние курения на ваше здоровье и самочувствие?**

1. Да
2. Иногда
3. Нет

**40. Вы считаете, что отказ от курения принесёт вам определённую выгоду и пользу?**

1. Да
2. Не уверен
3. Нет

**41. Что по вашему мнению вреднее для вашего здоровья:**

1. Табакокурение
2. Злоупотребление алкоголем
3. Одинаково вредны оба фактора
4. Совместный вред больше чем каждый фактор по отдельности

**42. От чего вам легче отказаться:**

1. От табакокурения
2. От злоупотребления алкоголем
3. Одновременный отказ

**43. Как вы хотите изменить своё курительное поведение?**

1. Полный отказ
2. Уменьшение количества выкуриваемых сигарет
3. Курение по ситуации
4. Ничего не менять, курить как и прежде

**44. Насколько сильно Ваше желание бросить курить?**

1. Мне это жизненно необходимо, я готов на любые трудности
2. Я готов попробовать бросить курить
3. Не уверен, надо ли мне бросать
4. Нет желания бросать курить

**45. Отказ от курения я планирую реализовать:**

1. Самостоятельно без посторонней помощи
2. Самостоятельно с помощью медикаментов
3. С врачебной помощью и медикаментозной терапией
4. Не хочу бросать курить

**46. Как хотите бросить курить:**

1. Одномоментный отказ
2. Отказ с постепенным снижением количества сигарет

**47. Вы предпочитаете отказаться от табакокурения:**

1. Одновременно с отказом от алкоголя
2. Через некоторое время после отказа от алкоголя(в течении 6 месяцев)
3. Отказаться от табакокурения без отказа от алкоголя
4. Не хочу бросать курить

**48. Вы осознаёте основные препятствия для вашего отказа от курения?**

1. Да
2. Частично
3. Нет

**49. Осознание тяги к курению:**

1. есть  с какого года \_\_\_\_\_
2. нет

**50. Курит ли ближайший человек, с кем вы наиболее часто общаетесь?**

1. Да
2. Нет
3. Иногда

**51. Микросоциальные факторы приводящие к табакокурению:**

1. Курящие члены семьи
2. Общение с курящими знакомыми и коллегами на работе
3. Безделие, скука
4. При умственной нагрузке
5. За рулём автомобиля
6. Усталость после работы
7. Стрессы, конфликты
8. Чувство голода
9. Употребление алкоголя
10. Другое  \_\_\_\_\_

**52. Отношение родственников к табакокурению:**

1. Активное противодействие
2. Неодобрительное
3. Индифферентное
4. Поддерживающее

**53. Критика к наличию табачной зависимости:**

1. Присутствует
2. Частичная
3. Отсутствует

**54. Факторы приводящие к срыву и рецидиву заболевания:**

Факторы срыва и рецидива заболевания	Табачная зависимость(А)	Алкогольная зависимость(В)
1.Навязчивые мысли об употреблении.		
2.Спонтанно возникающее влечение.		
3.Чувство голода.		
4.Усталость, напряжение(стресс фактор).		

5. Психической травма.		
6. Сниженное настроение.		
7. Индуцирующее влияние других курильщиков.		
8. Употребление алкоголя.		
9. Хронические соматические заболевания.		
10. Сексуальные расстройства.		
11. Скука.		
12. Прочее.		

## Приложение 2. Тест Фагестрёма.

### 1. Когда Вы закуриваете первую сигарету после сна?

В течении первых 5 минут!	3
От 6 до 30 минут	2
От 31 до 60 минут	1
Более часа	0

### 2. Трудно ли Вам воздерживаться от курения в местах, где это запрещено?

Да	1
Нет	0

### 3. От какой сигареты в течении дня Вам труднее всего отказаться?

От первой	1
От другой	0

### 4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в среднем за один день?

10 или меньше	0
От 11 до 20	1
От 21 до 30	2
Более 30	3

### 5. Курите ли Вы больше в первой половине дня, чем во второй?

Да	1
Нет	0

### 6. Курите ли Вы, если больны и вынуждены находиться в постели большую часть дня?

Да	1
Нет	0

Конечный результат оценивается по сумме баллов:

0 – 2 балла – отсутствие табачной зависимости;

3 – 6 баллов – слабая или умеренно выраженная табачная зависимость;

7 – 10 баллов – сильно выраженная табачная зависимость.

**Приложение 3. Шкала зависимости от сигарет (Cigarette Dependence Scale (CDS-12)).**

Дайте ответ на каждый вопрос, обводя цифру в соответствующей колонке.

**1. Пожалуйста, оцените свою привязанность к сигаретам по шкале от 0 до 100 :**

а. Я не пристрастился к сигаретам вообще = 0

б. Я крайне зависим от сигарет = 100

1 - 0-20

2 - 21-40

3 - 41-60

4 - 61-80

5 - 81-100

**2. В среднем, сколько сигарет вы выкуриваете в день?**

1 - 0-5

2 - 6-10

3 - 11-20

4 - 21-29

5 - 30 +

**3. Обычно, как скоро после пробуждения вы выкуриваете первую сигарету?**

5 - 0-5 минут

4 - 6-15 минут

3 - 16-30 минут

2 - 31-60 минут

1 - 61 + минут

**4. Бросить курить навсегда будет:**

5 - Невозможно

4 - Очень трудно

3 - Довольно трудно

2 - Довольно легко

1 - Очень легко

		Полностью не согласен	Частично не согласен	Больше согласен, чем не согласен	В большей степени согласен	Полностью согласен
5.	Через несколько часов без сигарет, я чувствую непреодолимое желание закурить.	1	2	3	4	5
6.	Мысль о том, что у меня нет сигарет вызывает у меня стресс.	1	2	3	4	5
7.	Перед выходом, я всегда убеждаюсь, что у меня есть сигареты.	1	2	3	4	5
8.	Я зависим от сигарет.	1	2	3	4	5
9.	Я слишком много курю.	1	2	3	4	5
10.	Иногда я могу оставить все дела, чтобы выйти и купить сигарет.	1	2	3	4	5
11.	Я очень часто курю.	1	2	3	4	5
12.	Я курю, несмотря на то, что это вредно для здоровья.	1	2	3	4	5

Полученное цифровое значение соответствует степени зависимости от сигарет: до 20 слабая степень зависимости от сигарет, 20-40 средняя степень зависимости от сигарет, выше 40 тяжёлая степень зависимости от сигарет.

**Приложение 4.** Основной бланк «*Висконсинский опросник мотивов табачной зависимости*»  
The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68).

Дайте ответ на каждый вопрос-утверждение, обводя цифру в соответствующей колонке.

1	2	3	4	5	6	7
Всегда НЕТ	В большинстве случаев НЕТ	Скорее нет, чем да	И ДА и НЕТ	Скорее ДА, чем НЕТ	В большинстве случаев ДА	Всегда ДА

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Большую часть времени я наслаждаюсь вкусом сигарет	1	2	3	4	5	6	7
2.	Курение не позволяет мне набрать вес.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Курение улучшает моё настроение.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Мне трудно не закурить в том месте, где я раньше курил постоянно.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Я часто курю не думая об этом.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Сигареты контролируют меня.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Курение сигарет улучшает моё настроение.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Курение сигарет делает меня удовлетворённым.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Я обычно хочу покурить сразу после пробуждения.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Ничто не приносит мне такого ежедневного удовольствия, как сигареты.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Трудно игнорировать сильное желание курить.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Мне приятен аромат сигарет.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Я курю, когда мне действительно необходимо сосредоточиться.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Я могу вытерпеть только пару часов между сигаретами.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Я часто курю для того чтобы быть более сосредоточенным.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Я полагаюсь на курение помогающее контролировать чувство голода.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Моя жизнь полна напоминаний о курении.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Буквально за секунду, курение помогает мне почувствовать себя лучше.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Я курю автоматически.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Сигареты составляют мне компанию, они мне как друзья.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Мало вещей, которые смогут заменить курение в моей жизни.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Я нахожусь в обществе курильщиков большую часть времени.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Существуют определённые места и запахи, вызывающие сильное желание закурить.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Курение помогает мне оставаться сосредоточенным.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Курение помогает мне справляться стрессом.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Я часто неосознанно нахожу сигареты.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Большинство выкуриваемых мной сигарет мне приятны на вкус	1	2	3	4	5	6	7
28.	Иногда я чувствую, что сигареты управляют моей жизнью.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Я часто хочу выкурить сигарету.	1	2	3	4	5	6	7
30.	В общении с людьми, я провожу большую часть времени среди курящих.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Контроль веса одна из основных причин моего курения.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Я обычно чувствую себя намного лучше после сигареты.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Некоторые из сигарет прекрасны на вкус.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Я действительно подсел на сигареты.	1	2	3	4	5	6	7
35.	Курение является самым быстрым способом, чтобы вознаградить себя.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Иногда я чувствую, что сигареты значат много в моей жизни.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Моё сильное желание закурить сохраняется и усиливается, если я не закурю	1	2	3	4	5	6	7
38.	Я бы продолжил курение, даже если бы это означало уменьшение времени на мои увлечения и интересы.	1	2	3	4	5	6	7
39.	Моя концентрация улучшается после выкуривания сигареты.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Видя курящего у меня появляется желание закурить.	1	2	3	4	5	6	7
41.	Я тянусь за сигаретами даже не думая о них.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Я жажду курить сигареты в определённое время дня.	1	2	3	4	5	6	7
43.	Я чувствовал бы себя плохо без сигарет.	1	2	3	4	5	6	7
44.	Много моих друзей и родственников курят.	1	2	3	4	5	6	7
45.	Курение приносит мне много удовольствия.	1	2	3	4	5	6	7
46.	Сигареты это единственная вещь, которая может меня поддержать, когда мне это нужно.	1	2	3	4	5	6	7
47.	Другие курящие считают меня заядлым курильщиком.	1	2	3	4	5	6	7
48.	Я чувствую сильную связь с моими сигаретами.	1	2	3	4	5	6	7
49.	Только довольно серьёзная медицинская проблема заставит меня бросить курить.	1	2	3	4	5	6	7
50.	Когда я не курю несколько часов, тяга становится невыносимой.	1	2	3	4	5	6	7
51.	Когда я делаю определённые вещи, я знаю что собираюсь покурить.	1	2	3	4	5	6	7
52.	Большинство моих друзей и знакомых курят.	1	2	3	4	5	6	7
53.	Мне нравится вдыхать табачный дым через рот.	1	2	3	4	5	6	7
54.	Я курю утром в течение первых 30 минут после пробуждения.	1	2	3	4	5	6	7
55.	Иногда я не осознаю, что я курю.	1	2	3	4	5	6	7
56.	Я боюсь, что если я брошу курить, то наберу лишний вес.	1	2	3	4	5	6	7

57.	Курение помогает мне думать лучше.	1	2	3	4	5	6	7
58.	Курение действительно помогает мне чувствовать себя лучше, хотя до этого я чувствовал себя не очень.	1	2	3	4	5	6	7
59.	В некоторых ситуациях трудно не закурить.	1	2	3	4	5	6	7
60.	Курение улучшает моё самочувствие.	1	2	3	4	5	6	7
61.	Курение удерживает меня от переедания.	1	2	3	4	5	6	7
62.	Я не контролирую своё курение.	1	2	3	4	5	6	7
63.	Я считаю себя заядлым курильщиком.	1	2	3	4	5	6	7
64.	Даже когда я чувствую себя хорошо, курение позволяет мне чувствовать себя ещё лучше.	1	2	3	4	5	6	7
65.	Я тянусь за сигаретами, когда чувствую себя раздражённым.	1	2	3	4	5	6	7
66.	Я наслаждаюсь ощущением медленного и долгого вдыхания табачного дыма.	1	2	3	4	5	6	7
67.	Бросить курение это всё равно, что потерять хорошего друга.	1	2	3	4	5	6	7
68.	Курение это наилегчайший способ взбодрить себя.	1	2	3	4	5	6	7

#### Приложение 4. Мотивы курительного поведения – ключ (WISDM-68).

Мотивы курительного поведения	Вопросы теста	Описание мотива
Поддержание привязанности	20, 36, 43, 48, 67	Мотив характеризует эмоциональную привязанность к сигаретам, значимость их в жизни, сигареты воспринимаются как «друзья», отказ от сигарет равносильно «потери друга», чего то важного в жизни.
Автоматизм	5, 19, 26, 41, 55	Курение сигарет происходит автоматически, что характерно для выраженной степени табачной зависимости и длительного стажа табакокурения. Этот домен входит в группу стержневых, фундаментальных доменов табачной зависимости.
Потеря контроля	6, 28, 34, 62	Курение сигарет становится неконтролируемым или трудно контролируемым процессом, «сигареты управляют поведением». Характерно для выраженной степени табачной зависимости и длительного стажа табакокурения. Этот домен входит в группу стержневых, фундаментальных доменов табачной зависимости.
Улучшение состояния	10, 21, 35, 38, 46, 49, 68	Курение сигарет является ведущей альтернативой вознаграждения, основной подкрепляющий стимул в жизни. Возможность отказа от сигарет при угрозе потери здоровья в будущем игнорируется, дисконтируется здоровое будущее.
Улучшение когнитивных функций	13, 15, 24, 39, 57	Табакокурение является средством улучшения концентрации внимания, памяти, умственной работоспособности.
Крейвинг	11, 29, 37, 50	Сильная тяга к табакокурению, её трудно игнорировать, она стремится к реализации курительного поведения, порой не контролируется. Является одним из основных, фундаментальных признаков табачной зависимости. Входит в группу стержневых, фундаментальных доменов табачной зависимости.
Ассоциативные процессы	4, 17, 23, 40, 42, 51, 59	Табакокурение связано с множеством временных и ситуативных действий. В жизни много напоминаний и ситуаций которые запускают курительное поведение (условно рефлексивный механизм).
Отрицательное подкрепление	7, 18, 25, 32, 58, 65	Табакокурение как способ компенсации и ослабления психического и физического дискомфорта, синдрома отмены, снижения стресса, облегчения страданий.
Положительное подкрепление	3, 8, 45, 60, 64	Табакокурение является способом получить удовольствие и наслаждение.
Социальные стимулы	22, 30, 44, 52	Табакокурение зависит от социального окружения. Табакокурение является приемлемым и желательным в коллективе(курящие коллективы) или нет.
Вкусовые/сенсорные процессы	1, 12, 27, 33, 53, 66	Вид, запах, вкус сигарет, табачный дым, ритуал закуривания вызывает положительные эмоции и поддерживает процесс табакокурения.
Толерантность	9, 14, 47, 54, 63	Характеризует процесс приспособления организма к табакокурению, для дальнейшего достижения эффекта необходимо увеличение интенсивности табакокурения. Этот домен входит в группу стержневых, фундаментальных доменов табачной зависимости.
Контроль веса	2, 16, 31, 56, 61	Табакокурение является способом контролировать вес тела. Табакокурение ускоряет метаболизм, снижает аппетит, подавляет чувство голода.

**Приложение 5. Анкета для определения типа курительного поведения Хорна.**

Дайте ответ на каждый вопрос, обводя цифру в соответствующей колонке.

ВОПРОСЫ		Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никогда
1	Я курю для того, чтобы не дать себе расслабиться	5	4	3	2	1
2	Частичное удовольствие от курения я получаю еще до закуривания, разминая сигарету	5	4	3	2	1
3	Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться	5	4	3	2	1
4	Я закуриваю сигарету, когда выхожу из себя, сержусь на что-либо	5	4	3	2	1
5	Когда у меня кончаются сигареты, мне кажется невыносимым время, пока я их не достану	5	4	3	2	1
6	Я закуриваю автоматически, не замечая этого	5	4	3	2	1
7	Я курю, чтобы стимулировать, поднять тонус	5	4	3	2	1
8	Частичное удовольствие мне доставляет сам процесс закуривания.	5	4	3	2	1
9	Курение доставляет мне удовольствие	5	4	3	2	1
10	Я закуриваю сигарету, когда я расстроен чем-то.	5	4	3	2	1
11	Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю	5	4	3	2	1
12	Я закуриваю новую сигарету, не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице	5	4	3	2	1
13	Я закуриваю, чтобы "подстегнуть" себя	5	4	3	2	1
14	Когда я курю, удовольствие я получаю, выпуская дым и наблюдая за ним	5	4	3	2	1
15	Я хочу закурить, когда удобно устроился и расслабился	5	4	3	2	1
16	Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным и хочу забыть обо всех неприятностях	5	4	3	2	1
17	Если я некоторое время не курил, меня начинает мучить чувство голода по сигарете	5	4	3	2	1
18	Обнаружив у себя во рту сигарету, я не могу вспомнить, когда я закурил ее	5	4	3	2	1

**Приложение 5. Ключ к анкете типов курительного поведения Д. Хорна.**

Мотивы курительного поведения	Вопросы теста	Описание мотива
«Стимуляция»	1+7+13	Сигарета взбадривает, снимает усталость, улучшает концентрацию внимания и работоспособность. Для данного типа характерна высокая степень психологической зависимости от табакокурения.
«Игра с сигаретой»	2+8+14	Курильщик как бы «играет» с сигаретой, для него важны сорт, запах, место, внешние атрибуты курения, курительные аксессуары. Курят в основном в

		компаниях, при общении, ситуационно. Степень зависимости не выражена.
«Расслабление»	3+9+15	Курят в комфортных условиях, курение усиливает удовольствие от расслабления.
«Поддержка»	4+10+16	Курение возникает в ситуациях волнения, эмоционального напряжения. Дискомфорта, с целью собраться духом, преодолеть страх, гнев, Сигарета является средством снятия эмоционального напряжения .
«Жажда»	5+11+17	Курение обусловлено снижением уровня никотина в крови. Зависимость от никотина выражена и имеет стойкий характер.
«Рефлекс»	6+12+18	Курение имеет рефлекторный характер, «приклеивается» к различным ситуационным и временным точкам, курит автоматически. Чаще за работой, чем на отдыхе.

Оценка проводится по суммированию отмеченных в анкете баллов:

11 и более баллов – наиболее характерный тип курительного поведения;

7 – 11 – пограничный, опрашиваемый может быть курит по этой причине;

менее 7 – данный тип курительного поведения не характерен.

#### **Приложение 6. Анкетный тест на готовность к отказу от табакокурения.**

##### **1. Как часто вы думаете о том, что надо бросить курить?**

Часто	2
Иногда	1
Редко	0

##### **2. Насколько сильно Ваше желание бросить курить?**

Мне это необходимо, я готов на любые трудности	2
Я готов попробовать бросить курить	1
Я ещё не решил окончательно, бросать курить или нет	0

##### **3. Насколько Вы уверены, что Вам удастся бросить курить?**

Уверен	2
Надеюсь	1
Не уверен	0

##### **4. Когда Вы хотите приступить к отказу от курения?**

Готов сегодня	2
В ближайшие дни	1
В будущем, когда будут подходящий момент и условия	0

##### **5. Вы когда-либо пытались бросить курить?**

Несколько раз	2
Один раз	1
Никогда	0

Сумма баллов 6 и более свидетельствует о достаточной готовности к отказу от ТК и целесообразности проведения терапии табачной зависимости. Сумма баллов менее 6 свидетельствует о недостаточной мотивации пациента к отказу от ТК, с ним целесообразно проведение мотивационного интервью и психотерапевтического воздействия с целью достижения необходимого уровня мотивации к отказу от ТК.

**Приложение 7.** Шкала оценки депрессии А. Бэка (The Beck Depression Inventory (BDI-II)).

Прочитайте утверждение и выберите тот вариант ответа, который наиболее точно определяет ваше самочувствие в настоящий момент.

1. Выберите один из вариантов ответа:
  1. я чувствую себя хорошо;
  2. мне плохо;
  3. мне все время грустно, и я ничего не могу с собой поделать;
  4. мне так скучно и грустно, что я не в силах больше терпеть.
2. Выберите один из вариантов ответа:
  1. будущее не пугает меня;
  2. я боюсь будущего;
  3. меня ничто не радует;
  4. мое будущее беспросветно.
3. Выберите один из вариантов ответа:
  1. в жизни мне большей частью везло;
  2. неудач и провалов было у меня больше, чем у кого-либо другого;
  3. я ничего не добился в жизни;
  4. я потерпел полное фиаско – как родитель, партнер, ребенок, на профессиональном уровне – словом, всюду.
4. Выберите один из вариантов ответа:
  1. не могу сказать, что я не удовлетворён;
  2. как правило, я скучаю;
  3. что бы я ни делал, ничто меня не радует, я как заведенная машина;
  4. меня не удовлетворяет абсолютно все;
5. Выберите один из вариантов ответа:
  1. у меня нет ощущения, будто я кого-то обидел;
  2. может, я и обидел кого-то, сам того не желая, но мне об этом ничего не известно;
  3. у меня такое чувство, будто я всем приношу только несчастья;
  4. я плохой человек, слишком часто я обижал других людей.
6. Выберите один из вариантов ответа:
  1. я доволен собой;
  2. иногда я чувствую себя несносным;
  3. порой я испытываю комплекс неполноценности;
  4. я совершенно никчемный человек.
7. Выберите один из вариантов ответа:
  1. у меня не складывается впечатление, будто я совершил нечто такое, что заслуживает наказания;
  2. я чувствую, что наказан или буду наказан за нечто такое, чему стал виной;
  3. я знаю, что заслуживаю наказания;
  4. я хочу, чтобы жизнь меня наказала.
8. Выберите один из вариантов ответа:
  1. я никогда не разочаровывался в себе;
  2. я много раз испытывал разочарование в самом себе;
  3. я не люблю себя;
  4. я себя ненавижу.
9. Выберите один из вариантов ответа:
  1. я ничем не хуже других;
  2. порой я допускаю ошибки;
  3. просто ужасно, как мне не везет;
  4. я сею вокруг себя одни несчастья.

10. Выберите один из вариантов ответа:
1. я люблю себя и не обижаю себя;
  2. иногда я испытываю желание сделать решительный шаг, но не отваживаюсь;
  3. лучше было бы вовсе не жить;
  4. я подумываю о том, чтобы покончить жизнь самоубийством.
11. Выберите один из вариантов ответа:
1. у меня нет причин плакать;
  2. бывает, что я и поплачу;
  3. я плачу теперь постоянно, так что не могу выплакаться;
  4. раньше я плакал, а теперь как-то не выходит, даже когда хочется.
12. Выберите один из вариантов ответа:
1. я спокоен;
  2. я легко раздражаюсь;
  3. я нахожусь в постоянном напряжении, как готовый взорваться паровой котел;
  4. мне теперь все безразлично; то, что раньше раздражало меня, сейчас будто бы меня не касается.
13. Выберите один из вариантов ответа:
1. принятие решения не доставляет мне особых проблем;
  2. иногда я откладываю решение на потом;
  3. принимать решение для меня проблематично;
  4. я вообще никогда ничего не решаю.
14. Выберите один из вариантов ответа:
1. мне не кажется, будто я выгляжу плохо или хуже, чем прежде;
  2. меня волнует, что я неважно выгляжу;
  3. я выгляжу плохо;
  4. я безобразен, у меня просто отталкивающая внешность.
15. Выберите один из вариантов ответа:
1. совершить поступок – для меня не проблема;
  2. мне приходится заставлять себя, чтобы сделать какой-либо важный в жизни шаг;
  3. чтобы решиться на что-либо я должен очень много поработать над собой;
  4. я вообще не способен что-либо реализовать.
16. Выберите один из вариантов ответа:
1. я сплю спокойно и хорошо высыпаюсь;
  2. по утрам я просыпаюсь более утомленным, чем был до того, как заснул;
  3. я просыпаюсь рано и чувствую себя невыспавшимся;
  4. иногда я страдаю бессонницей, иногда просыпаюсь по несколько раз за ночь, в общей сложности я сплю не более пяти часов в сутки.
17. Выберите один из вариантов ответа:
1. у меня сохранилась прежняя работоспособность;
  2. я быстро устаю;
  3. я чувствую себя уставшим, даже если почти ничего не делаю;
  4. я настолько устал, что ничего не могу делать.
18. Выберите один из вариантов ответа:
1. аппетит у меня такой же, каким он был всегда;
  2. у меня пропал аппетит;
  3. аппетит у меня гораздо хуже, чем прежде;
  4. у меня вообще нет аппетита.
19. Выберите один из вариантов ответа:
1. бывать на людях для меня так же приятно, как и раньше;
  2. мне приходится заставлять себя встречаться с людьми;
  3. у меня нет никакого желания бывать в обществе;
  4. я нигде не бываю, люди не интересуют меня, меня вообще не волнует ничто постороннее.

20. Выберите один из вариантов ответа:

1. мои эротико-сексуальные интересы сохранились на прежнем уровне;
2. секс уже не интересует меня так, как прежде;
3. сейчас я мог бы спокойно обходиться без секса;
4. секс вообще не интересует меня, я совершенно потерял к нему влечение.

21. Выберите один из вариантов ответа:

1. я чувствую себя вполне здоровым и забочусь о своем здоровье так же, как и раньше;
2. у меня постоянно что-то болит;
3. со здоровьем дело обстоит серьезно, я все время об этом думаю;
4. мое физическое самочувствие ужасно, болячки просто изводят меня.

**Ключ к тесту:** баллы за ответы начисляются по следующей схеме:

Ответ «а» – 0 баллов, «б» – 1 балл, «в» – 3 балла, «г» – 4 балла.

**Интерпретация результатов теста - степень депрессии:**

0-9 балла – депрессия отсутствует;

10-15 баллов – легкая депрессия;

16-19 баллов – умеренная депрессия;

20-29 баллов – выраженная депрессия (средней тяжести);

30 и более баллов – высокий уровень депрессии (тяжелая депрессия).

**Приложение 8. Шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина.**

**Шкала (СТ)**

**Инструкция.** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в ДАННЫЙ МОМЕНТ. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных ответов нет.

		Нет	Скорее нет	Скорее да	Да
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден, и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

## Шкала(ЛТ)

		Никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко могу расстроиться	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил, желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Подсчёт результатов теста производится суммированием баллов в соответствии с ключом теста для каждой шкалы. Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам:

$$СТ = \sum 1 - \sum 2 + 35, \text{ где}$$

$\sum 1$  - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\sum 2$  - сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) и

$$ЛТ = \sum 1 - \sum 2 + 35, \text{ где}$$

$\sum 1$  - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\sum 2$  - сумма остальных цифр по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Полученные результаты баллов «ситуативной» и «личностной тревожности» оценивают: до 30 баллов – низкая тревожность, 31–45 – средняя тревожность, 46 – баллов и более – высокая тревожность.