

# ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕПТИНОРМОМ (РИСПЕРИДОН) БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

О.Ж. Бузик<sup>1</sup>, Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, О.В. Филилеева, П.В. Тучин,  
А.Г. Кузнецов, Г.Л. Гуревич

<sup>1</sup>МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы  
ФГБУ Национальный научный центр наркологии МЗ РФ

*В статье представлены результаты динамики нарушенных когнитивных функций больных алкогольной зависимостью в процессе лечения антипсихотиками. Улучшение когнитивных функций происходит достоверно быстрее у пациентов основной группы, в схему лечения которых был включен атипичный антипсихотик Лептинорм (рисперидон). В контрольной группе пациентов, в качестве антипсихотика получавших галоперидол, прослеживается незначительная положительная динамика нарушенных когнитивных функций. Больные, получавшие Лептинорм, показали повышение показателя комплаентности, отсутствие негативного отношения к проводимой терапии, по сравнению с пациентами, получавшими галоперидол. Наиболее значительно Лептинорм влияет на дезорганизацию психической деятельности, восстановление активного внимания, динамические и темповые параметры деятельности, восстановление способности к произвольной регуляции мышления и поведения, критической оценке.*

**Ключевые слова:** лептинорм, рисперидон, когнитивные функции, алкогольная зависимость.

Диагностика когнитивных нарушений на ранних этапах лечения больных алкогольной зависимостью дает возможность дифференцированно, максимально индивидуально и более эффективно использовать весь современный арсенал психофармакотерапии, не только для предотвращения обострений патологического влечения к алкоголю и формирования стабильной ремиссии, но и для лучшей адаптации больных [3].

**Цель исследования:** изучить эффективность применения препарата Лептинорм (рисперидон) для коррекции когнитивных нарушений у больных алкогольной зависимостью в сравнительном аспекте.

## **Материал и методы исследования.**

В исследование было включено 60 больных с установленным диагнозом «зависимость от алкоголя, средняя стадия» (F 10.2), соответствующего критериям МКБ-10, подписавших информированное согласие, находившихся на стационарном лечении. Все пациенты – мужчины, в возрасте от 26 до 50 лет, средний возраст составил  $38,2 \pm 4,2$  года. Из исследования исключались пациенты: с наличием других зависимостей (исключая никотиновую), эндогенных заболеваний, органического заболевания ЦНС до формирования зависимости, ЧМТ с сотрясением головного мозга, с обострением хронических заболеваний.

Терапия алкогольного абстинентного синдрома была стандартизирована, всем больным назначались одни и те же лекарственные препараты, иногда варьировались дозировки. Пациенты получали следующее лечение: дезинтоксикация; Tab. Carbamazepini 400 мг в сутки, внутрь, в 4 приема 5-7 дней; Sol. Diazepamі 20-40 мг в сутки, в/м, 2 раза в день, витамины В1 и В6.

Все пациенты, после купирования алкогольного абстинентного синдрома и комплексного обследования, случайным образом разделялись на основную и контрольную группы по 30 человек в каждой.

Характеристика выборки пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1.

<b>Характеристика исследуемых больных с зависимостью от алкоголя</b>		
<b>Параметры</b>	<b>Основная группа (группа 1) (n=30)</b>	<b>Контрольная группа (группа 2) (n=30)</b>
Наследственная отягощенность:	22 чел. (73,3%)	23 чел. (76,7%)
- алкоголизм отца	18 чел. (60,0%)	19 чел. (63,3%)
- алкоголизм матери	7 чел. (23,3%)	5 чел. (16,7%)
Длительность заболевания	17,4±3,8 лет	18,2±4,5 лет
Кратность обращения:		
-первично	8 чел. (26,7%)	6 чел. (20,0%)
-повторно	22 чел (73,3%)	24 чел. (80,0%)

По уровню полученного образования больные распределились следующим образом: высшее образование имели 9 человек (30,0%) основной группы и 8 человек (26,7%) контрольной группы, незаконченное высшее – 3 человека (10,0%) основной группы и 4 человека (13,3%) контрольной группы, среднее специальное – 13 человек (43,3%) основной группы и 12 человек (40,0%) контрольной группы, общее среднее – 5 человек (16,7%) основной группы и 6 человек (20,0%) контрольной группы. Таким образом, преобладали пациенты со средне-специальным образованием (таблица 2).

Таблица 2.

<b>Распределение пациентов с зависимостью от алкоголя по уровню полученного образования</b>		
<b>Образование</b>	<b>Основная группа (группа1) (n=30)</b>	<b>Контрольная группа (группа 2) (n=30)</b>
высшее	9 (30,0%)	8 (26,7%)
незаконченное высшее	3 (10,0%)	4 (13,3%)
средне-специальное	13 (43,3%)	12 (40,0%)
общее среднее	5 (16,7%)	6 (20,0%)

Пациенты основной группы получали Лептинорм в дозе от 4 мг с постепенным наращиванием до 6 мг в сутки. В контрольной группе пациенты получали таблетки галоперидола от 3 мг с постепенным наращиванием до 4,5 мг в сутки. Остальная терапия была стандартизирована, в обеих группах одинакова, включала витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, липоевую кислоту. Ноотропная терапия не назначалась.

Важной задачей настоящего исследования стала оценка влияния Лептинорма на некоторые когнитивные функции у больных алкогольной зависимостью, в сравнительном аспекте, при сопоставлении с аналогичным действием типичного антипсихотика – галоперидола. Для решения данной задачи мы проводили оценку состояния когнитивной сферы пациентов в динамике: первый раз – после проведения детоксикационной терапии в условиях стационара (4-5 день пребывания), до назначения Лептинорма; второе патопсихологическое обследование проводилось перед выпиской, в среднем на 17 – 21 день приема антипсихотиков. В качестве исследовательских методик использовались следующие:

1. Методика 10 слов, традиционная для отечественной патопсихологии. Методика дает возможность построить «кривую запоминания» и оценить объем непосредственной памяти (на основе первого воспроизведения), динамики запоминания, общую продуктивность оперативной памяти, а также продуктивность отсроченного воспроизведения и степень тормозимости следов.

2. «Повторение цифр» - субтест 5 из теста интеллекта Д. Векслера, дает возможность определить объем оперативной памяти и качество активного внимания [4].

3. Таблицы Шульце использовались для исследования темпа сенсомоторных реакций и особенностей внимания [2]. Кроме общего времени, потраченного на выполнение каждой таблицы, мы высчитывали разницу между максимальным и минимальным временем, затраченным обследуемым на поиск каждого 5-ти чисел (что также фиксировалось), и эту цифру можно использовать как показатель устойчивости-неустойчивости темпа психических процессов.

4. Модификацию теста Тулуз-Пьерона, представляющего собой вариант корректурной пробы, и позволяющего оценить показатели скорости сенсомоторных реакций, точности выполнения и, соответственно, концентрации внимания, вероятности возникновения ошибок внимания.

5. Тест «Семантической вербальной беглости» для оценки скорости психических процессов, состояния семантической памяти и регуляторных функций, связанных с лобной корой. Последнее, автор отечественной адаптации теста М.В. Алфимова, аргументирует так: «генерация списка слов требует создания стратегии их поиска в памяти, удержания инструкции, торможения повторений и автоматически всплывающих ассоциаций и неподходящих слов, гибкого переключения между субкатегориями» [1].

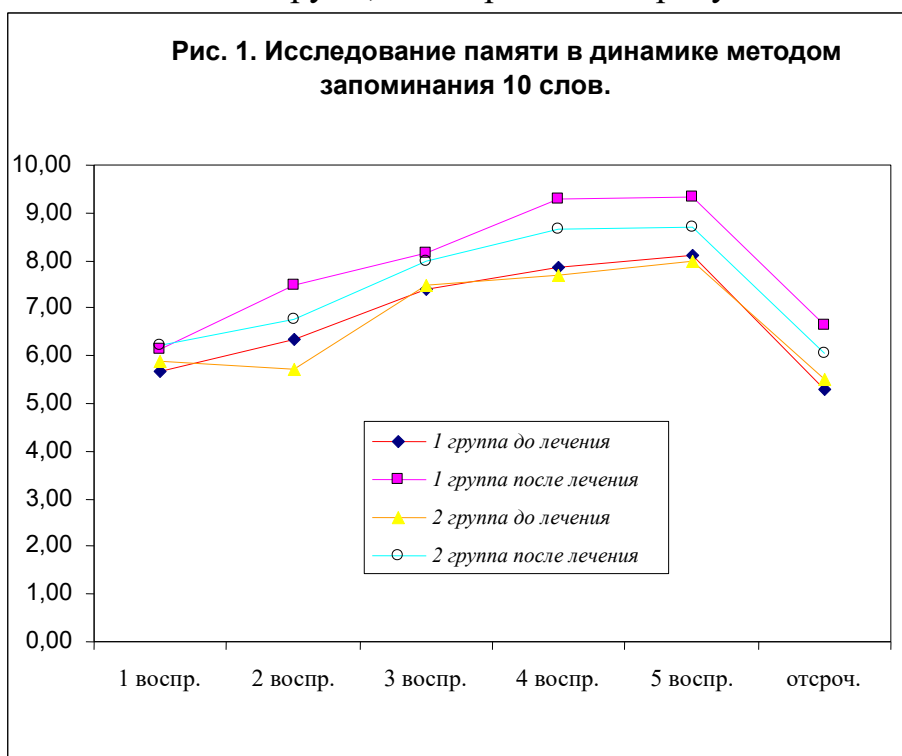
6. В качестве дополнительной методики, позволяющей оценить отношение к психофармакотерапии, комплаентность пациентов, мы использовали тест DAI-30 [5].

В качестве методов статистической обработки данных использовались методы описательной статистики и сравнительной статистики (критерий U-Mann-Whitney для независимых выборок, критерий Т-Стьюдента для зависимых выборок), подсчет производился с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 16.5, Copyright © SPSS Inc., 2006.

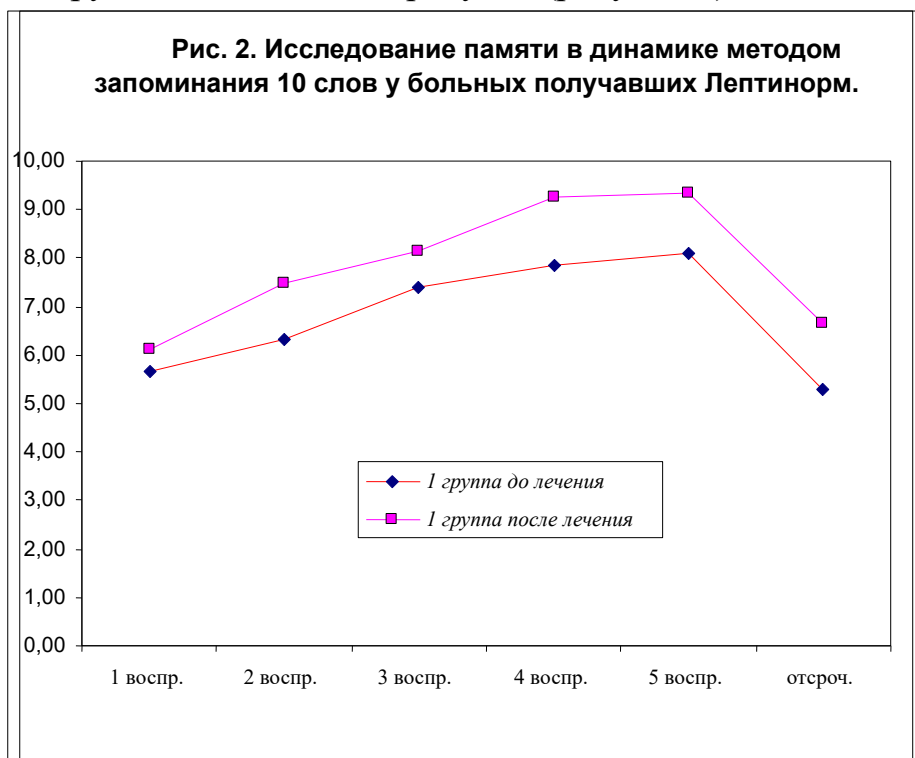
### Результаты и их обсуждение.

Анализ данных по методике 10 слов свидетельствует о заметной недостаточности объема механической памяти у пациентов обеих групп на этапе выхода из алкогольного абстинентного синдрома, причем данное снижение устойчиво, по уровню идентично в обеих группах. Снижение касается объема непосредственной памяти (первое воспроизведение), способности удерживать повторяемый материал в процессе выполнения задания, то есть оперативной памяти, и продуктивности отсроченного воспроизведения. Анализ частных протоколов позволил также увидеть неравномерность эффективности воспроизведения слов, когда «кривая запоминания» носит пилообразный характер (усредненные данные не позволяет отразить этот феномен). Такая форма кривой запоминания у значительной части пациентов свидетельствует о существенном влиянии фактора истощаемости на результаты запоминания, за которым видится феноменология церебрастении.

В процессе проведения психофармакотерапии удается улучшить эффективность запоминания как непосредственного, так и отсроченного, у пациентов обеих групп, что отражено на рисунке 1.



Важно подчеркнуть, что наиболее заметной является положительная динамика эффективности запоминания именно для группы 1 – пациентов, получавших Лептинорм. Для наглядности приведем данные больных из этой подгруппы на отдельном рисунке (рисунок 2).



Для проверки значимости достигнутых изменений была проведена статистическая оценка различий; для такой оценки были необходимы два типа статистических критериев – для независимых выборок (использован U-критерий Манна-Уитни) и для зависимых выборок (T-критерий Стьюдента). Заметим сразу, что результаты методики 10 слов при проведении первого тестирования для обеих групп практически идентичны и значимо не различаются (поэтому мы не внесли их в таблицу 3), что подтверждает клиническую однородность взятых нами для сравнения групп. Данные оценки значимости различий между группами на завершающем этапе стационарной терапии, а также различий в каждой подгруппе между первым и вторым тестированием приведены в таблице 4.

Таблица 3.

Значимость различий между группами сравнения (методика 10 слов)							
Группы сравнения:	Значения использованного для сравнения статист. критерия:	Первое воспроизведение	Второе воспроизведение	Третье воспроизведение	Четвертое воспроизведение	Пятое воспроизведение	Отсроченное воспроизведение
Группа 1 До лечения – После	T- критерий Стьюдента и уровень	- 3,3 p<0,01	- 3,9 p<0,01	- 3,4 p<0,01	- 7,4 p<0,001	- 6,5 p<0,001	- 7,3 p<0,001

<i>лечения</i>	<i>значимости</i>						
<i>Группа 2 До лечение – После лечения</i>	<i>T- критерий Стьюдента и уровень значимости</i>	-	- 3,6 p<0,01	-	- 4,8 p<0,001	- 2,7 p<0,01	- 3,2 p<0,01
<i>Группа 1 после лечения – Группа 2 после лечения</i>	<i>U-критерий Манна-Уитни и уровень значимости</i>	-	226 p<0,001	-	263 p<0,01	224 p<0,001	268 p<0,01

Примечание: «-» означает отсутствие значимых различий.

Для верификации дефицитов оперативной памяти мы оценили данные по субтесту «Повторение цифр», которые приведены в таблице 4.

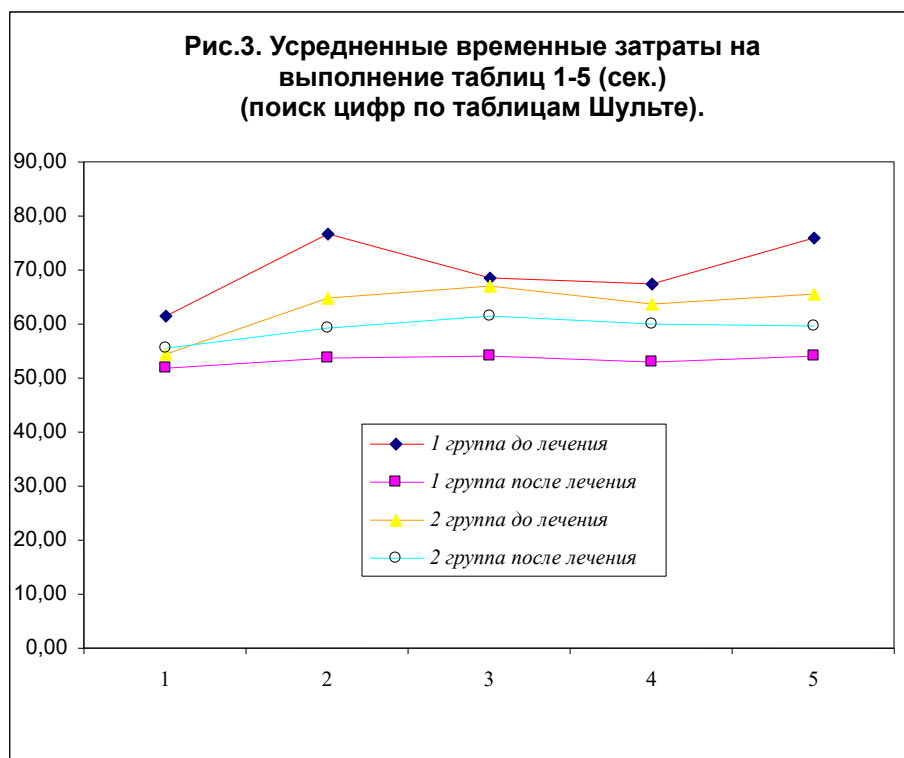
Таблица 4.

<b>Данные по методике «Повторение цифр»</b>				
<b>Воспроизведение цифр</b>		<b>В прямом порядке</b>	<b>В обратном порядке</b>	<b>Суммарный балл</b>
<i>Балл группы 1</i>	<i>До проведения терапии</i>	<b>5,5 ± 0,6</b>	<b>3,9 ± 0,6</b>	<b>9,4 ± 1,0</b>
	<i>После терапии</i>	<b>6,8 ± 0,7</b>	<b>4,7 ± 0,8</b>	<b>11,5 ± 1,3</b>
<i>Балл группы 2</i>	<i>До проведения терапии</i>	<b>5,9 ± 0,7</b>	<b>4,0 ± 0,6</b>	<b>9,9 ± 1,0</b>
	<i>После терапии</i>	<b>6,2 ± 0,6</b>	<b>4,3 ± 0,6</b>	<b>10,5 ± 0,6</b>
<i>Сравнение по группе 1</i>	<i>T- критерий Стьюдента и уровень значимости</i>	<b>- 10,1 p&lt;0,001</b>	<b>- 5,4 p&lt;0,001</b>	<b>- 10,2 p&lt;0,001</b>
<i>Сравнение по группе 2</i>	<i>T- критерий Стьюдента и уровень значимости</i>	<b>- 2,2 p&lt;0,05</b>	<b>- 2,4 p&lt;0,05</b>	<b>- 3,4 p&lt;0,01</b>
<i>Сравнение групп 1 и 2 после лечения</i>	<i>U-критерий Манна-Уитни и уровень значимости</i>	<b>245 p&lt;0,001</b>	<b>317 p&lt;0,05</b>	<b>209 p&lt;0,001</b>

Эти данные также свидетельствуют в пользу недостаточности способности удерживать информацию в оперативной памяти после выхода пациентов с алкогольной зависимостью из алкогольного абстинентного синдрома, с последующим частичным восстановлением этой способности в результате проведенного лечения. Однако значимое различие между группами 1 и 2 после фармакотерапии, при том, что показатель субтеста выше у больных, получавших Лептинорм, свидетельствует в пользу отчетливого положительного влияния данного препарата на восстановление мнестической способности.

Следующим аспектом нашего анализа стали темповые и динамические параметры психической деятельности, а также показатели внимания. Методика Шульте, позволяющая оценить состояние указанных параметров, при первом тестировании выполняется больными с большими затруднениями: налицо общее замедление темпа сенсомоторных реакций,

трудности концентрации внимания, его значительные колебания, проявления истощаемости. Временные затраты пациентов на каждую из таблиц заметно выше, нежели обычные в норме 45-50 секунд, что наглядно видно на рис. 3.



Данные по методике Шульте имеет смысл рассматривать совокупно с результатами теста Тулуз-Пьерона, поскольку здесь более точно можно обсуждать динамику показателей скорости сенсомоторных реакций, точности и концентрации внимания, вероятности возникновения ошибок внимания. В таблице 5 представлены данные по обеим методикам, включая параметр устойчивости внимания (рассчитанные по методике Шульте), причем при описании различий в таблицу вынесены только значимые отличия.

Таблица 5.

<b>Показатели внимания и скорости сенсомоторных реакций</b>						
<b>Показатели</b>		<b>Таблицы Шульте</b>		<b>Тест Тулуз-Пьерона</b>		
		<b>Показатель скорости</b>	<b>Показатель устойчивости темпа</b>	<b>Показатель скорости</b>	<b>Среднее число ошибок</b>	<b>Показатель точности</b>
<b>Оценка группы 1</b>	<i>До проведения терапии</i>	<b>70,0 ± 22,1</b>	<b>19,7 ± 9,7</b>	<b>35,6 ± 5,7</b>	<b>2,2 ± 0,8</b>	<b>0,9±0,02</b>
	<i>После терапии</i>	<b>53,3 ± 9,0</b>	<b>10,9 ± 3,5</b>	<b>49,2 ± 4,6</b>	<b>2,8 ± 1,1</b>	<b>0,94±0,02</b>
<b>Оценка группы 2</b>	<i>До проведения терапии</i>	<b>63,2 ± 10,4</b>	<b>15,7 ± 4,6</b>	<b>35,3 ± 7,6</b>	<b>2,2 ± 1,1</b>	<b>0,96±0,02</b>
	<i>После терапии</i>	<b>59,1 ± 1,7</b>	<b>13,3 ± 3,1</b>	<b>39,8 ± 6,3</b>	<b>2,5 ± 1,0</b>	<b>0,94±0,02</b>
<b>Сравнение по группе 1</b>	<b>T- критерий Стьюдента и уровень значимости</b>	<b>5,6 p&lt;0,001</b>	<b>6,0 p&lt;0,001</b>	<b>-25,1 p&lt;0,001</b>	<b>- 2,5 p&lt;0,05</b>	<b>-</b>

<i>Сравнение по группе 2</i>	<i>T- критерий Стьюдента и уровень значимости</i>	<b>2,2</b> <b>p&lt;0,05</b>	<b>2,9</b> <b>p&lt;0,01</b>	<b>- 3,8</b> <b>p&lt;0,001</b>	-	-
<i>Сравнение групп после лечения</i>	<i>U-критерий Манна-Уитни и уровень значимости</i>	<b>130</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>252</b> <b>p&lt;0,01</b>	<b>92,5</b> <b>p&lt;0,001</b>	-	-

Анализ данных свидетельствует о том, что пациенты с зависимостью от алкоголя обнаруживают весьма существенные нарушения параметров темпа психических процессов с явлениями его общего замедления, неустойчивости, а также недостаточность концентрации внимания, ошибками внимания. Кроме того, возвращаясь к рисунку 3, можно видеть отсутствие у больных улучшения времени выполнения таблиц к концу задания, что обычно для нормы и свидетельствует о легкости автоматизации нового (несложного) навыка, вработываемости; у больных этот эффект нивелируется, по-видимому, истощаемостью и развитием утомления даже при невысокой нагрузке. Психофармакологическое воздействие, в сочетании с общеукрепляющим лечением, проводимыми в период пребывания больных в стационаре, позволяет частично сгладить выявляемые дефициты. Однако сопоставление эффектов Лептинорма с типичным антипсихотиком галоперидолом позволяет заметить ряд особенностей воздействия препаратов. Как видно из таблицы 5, улучшение показателей скорости выполнения заметно выше при использовании Лептинорма. Заметим, что в методике Шульте более успешное выполнение задания отражают уменьшение показателя – поскольку речь идет о времени, затраченном на выполнение одной таблицы, тогда как в методике Тулуз-Пьерона, напротив, более эффективное выполнение отражено в увеличении показателя скорости – поскольку речь идет о количестве пройденных за единицу времени элементов. В результате психофармакотерапии удалось достичь улучшения показателей устойчивости темпа в обеих группах, что свидетельствует об уменьшении истощаемости и церебрастении; причем этот эффект более очевиден при приеме Лептинорма. Последнее подтверждается и значимым снижением числа ошибок внимания у больных, получавших Лептинорм, при том, что изменения показателей точности для пациентов обеих групп не достигли значимого уровня.

И, наконец, остановимся на данных теста «Вербальная беглость», представленных в таблице 6.

Таблица 6.

<b>Показатели методики «Вербальная беглость»</b>				
		<i>Серия 1</i>	<i>Серия 2</i>	<i>Суммарный балл</i>
<i>Оценка группы 1</i>	<i>До проведения терапии</i>	<b>16,9 ± 4,1</b>	<b>13,7 ± 2,5</b>	<b>30,6 ± 6,1</b>
	<i>После терапии</i>	<b>20,7 ± 3,6</b>	<b>16,3 ± 2,6</b>	<b>37,0 ± 5,1</b>
<i>Оценка группы 2</i>	<i>До проведения терапии</i>	<b>18,7 ± 3,7</b>	<b>14,2 ± 3,0</b>	<b>35,3 ± 7,6</b>
	<i>После терапии</i>	<b>18,6 ± 1,6</b>	<b>14,8 ± 2,1</b>	<b>33,3 ± 2,1</b>



<i>Сравнение по группе 1</i>	<i>T- критерий Стьюдента и уровень значимости</i>	- 7,5 p<0,001	- 6,7 p<0,001	- 9,8 p<0,001
<i>Сравнение групп после лечения</i>	<i>U-критерий Манна-Уитни и уровень значимости</i>	273 p<0,01	277 p<0,01	271 p<0,01

Данные таблицы свидетельствуют о том, что о существенном улучшении показателей можно говорить только для пациентов, получавших Лептинорм (данные сравнения по группе 2 в таблицу не вынесены, поскольку значимых изменений не выявлено). Разработчики данной методики полагают ее тестом, эффективным для оценки не только скорости психических процессов, но и, что более важно, состояния семантической памяти, а также оценки произвольной регуляции своего поведения, и в целом регуляторных функций, связанных с лобной корой. Полученные нами данные, тем самым, позволяют утверждать существенное позитивное влияние Лептинорма на общую организацию деятельности больных с зависимостью от алкоголя, восстановление в результате использования данного препарата, способности больных к произвольной регуляции своего поведения, его планированию и более эффективному, последовательному осуществлению выработанной стратегии поведения. Восстановления данной способности является важнейшим предиктором повышения уровня социальной адаптации больных, общей эффективности их социального поведения. При этом заметим, что только восстановления данной способности недостаточно для повышения уровня социальной адаптации, необходимы специальные мероприятия по выработке новых целей, планов и тактики поведения – в рамках психотерапевтической и реабилитационной работы. Однако восстановление данной способности при лечении Лептинормом позволяет оценить данный препарат как пригодный для создания predisпозиции к эффективной психотерапии и реабилитации.

При анализе побочных реакций в результате приема антипсихотиков в группах, наибольшее их количество наблюдалось в группе получавшей галоперидол. У 15 человек (50,0%) контрольной группы наблюдались выраженные экстрапирамидные побочные реакции. Больные жаловались на сведение мышц языка, шеи, затруднение глотания, тремор пальцев рук. У 5 человек (16,7%) проявилась выраженная холинолитическая активность антипсихотиков. У больных наблюдалась сухость во рту или слюнотечение, пациенты жаловались на запоры, затруднение мочеиспускания. У 2 больных (6,7%) наблюдалась выраженная адренолитическая активность. Пациенты предъявляли жалобы на учащенное сердцебиение. Вышеперечисленные побочные реакции мешали пациентам активно участвовать в лечебном процессе, пациенты менее охотно шли на контакт с врачом и психологом, часто отказывались от бесед, от патопсихологической диагностики и психотерапевтических занятий, мотивируя свое решение плохим общим самочувствием. В основной группе, получавшей атипичный антипсихотик Лептинорм, побочных реакций было значительно меньше. У 5 человек

(16,7%) были экстрапирамидные симптомы, у 3 человек (10,0%) наблюдалась адренолитическая активность.

Данные по тесту комплаентности и аддиктивных установок свидетельствуют о следующем. Значения показателя методики DAI-30 в группе 1 изменилось с  $9,4 \pm 5,2$  баллов при первом тестировании до  $11,7 \pm 4,4$  баллов после лечения; в группе 2 с  $6,9 \pm 6,0$  баллов до  $8,6 \pm 2,8$  балла соответственно. Значимыми являются динамика показателя комплаентности в группе 1 ( $t = -4,2$  при  $p < 0,001$  по критерию Стьюдента) и различия между группами при повторном тестировании ( $t = 246,0$  при  $p < 0,01$  по критерию Манна-Уитни). Несмотря на то, что эти результаты не относятся к характеристикам когнитивной сферы, мы полагаем их важными, поскольку комплаентность или согласие пациентов на лечение во многом предопределяет эффективность курации больных с зависимостью от алкоголя. В отношении больных, лечившихся Лептинормом, мы наблюдаем повышение показателя комплаентности, отсутствие негативного отношения к проводимой терапии, готовность и в дальнейшем принимать препараты, сохранения и даже повышение доверия к ним. Можно уверенно говорить о связи этого эффекта с незначительностью побочных проявлений при лечении Лептинормом, и с его благоприятным действием на когнитивную сферу. Так, у многих больных имеет место общее впечатление об улучшении состояния их когнитивных функций, что находит отражение в самоотчетах пациентов (часто фигурируют формулировки о том, что «стало легче думать», «голова стала яснее», «как-то легче читать, разговаривать» и т.д.).

### **Заключение.**

Проведенное исследование показало, что восстановление нарушенных когнитивных функций происходит достоверно быстрее у пациентов основной группы, в схему лечения которых был включен атипичный антипсихотик Лептинорм (рисперидон). В контрольной группе пациентов, в качестве антипсихотика получавших галоперидол, прослеживается незначительная положительная динамика нарушенных когнитивных функций. В процессе лечения больных алкогольной зависимостью Лептинормом улучшение состояния когнитивных функций удается достичь за счет уменьшения истощаемости, церебрастении, степени дезорганизации психической деятельности, восстановления активного внимания, динамических и темповых параметров деятельности, восстановления способности к произвольной регуляции мышления и поведения, критической оценке. Восстановление общей организации психической деятельности при лечении Лептинормом способствует дальнейшей эффективной психотерапии и реабилитации.

Таким образом, применение Лептинорма при терапии больных с алкогольной зависимостью позволяет оптимизировать терапевтический процесс в виду положительного влияния на психопатологические расстройства, когнитивные функции и минимальное количество побочных реакций.

### Литература

1. Алфимова М.В. Семантическая вербальная беглость: нормативные данные и особенности выполнения задания больными шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20 (3). С. 20-25.
2. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая психология: Руководство для врачей и клинических психологов. — М.: Изд-во МПСИ; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2002. - 512 с.
3. Зенцова Н.И., Сирота Н.А. Модель исследования когнитивных факторов психосоциальной адаптации // Вопросы наркологии. – 2008. – 1. – С. 61–67.
4. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Д.Векслера WISC: Методическое пособие. – М.: МЗ СССР, 1973. – 79 с.
5. Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R: A Self-report Predictive of Drug Compliance in Schizophrenia: Reliability and Discriminative Ability *Psychological Medicine* 1983, 13:177-183.

## **Dynamics of Cognitive Functions in Treatment of Alcohol-Dependent Patients with Leptinorm (Risperidon)**

**O. Buzik<sup>1</sup>, T. Agibalova, O. Rychkova, O. Filileyeva, P.Tuchin, A. Kuznetsov, G. Gurevich**

**1 Moscow Scientific and Practical Centre for Addictions of the Moscow Department of Healthcare**

**National Scientific Center for Research on Addictions of the Russian Ministry of Healthcare**

*The article describes the resultant dynamics of impaired cognitive functions of patients with alcohol dependence who received treatment with antipsychotics. Cognitive functions improve significantly faster in patients of the main group whose treatment included Leptinorm (risperidon), an atypical antipsychotic. There is an insignificant positive dynamics of impaired cognitive functions in the group of patients who received haloperidol as an antipsychotic. The patients who received Leptinorm have shown improved compliance, lack of negative attitude to the therapy provided as compared with the control group patients. Leptinorm's most significant effects include improvement of disorganized psychic activity, recovery of active attention, dynamic and tempo parameters of activity, recovery of the capacity for unconditioned regulation of thinking and behavior, critical assessment.*

**Key words:** *leptinorm, risperidon, cognitive functions, alcohol dependence.*

Сведения об авторах:

Бузык Олег Жанович, д.м.н., заместитель директора Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы, 109390, Москва, ул. Люблинская 37/1, e-mail: [buzic58@bk.ru](mailto:buzic58@bk.ru)

Агибалова Татьяна Васильевна, д.м.н., руководитель отделения психотерапии и реабилитации, Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный научный центр наркологии МЗ РФ, 119002, Москва Малый Могильцевский пер., д. 3, e-mail: [agibalovatv@mail.ru](mailto:agibalovatv@mail.ru)

Рычкова Ольга Валентиновна, к.п.н., ведущий научный сотрудник отделения психотерапии и реабилитации, Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный научный центр наркологии МЗ РФ, 119002, Москва Малый Могильцевский пер., д. 3, e-mail: [rychkovao@bk.ru](mailto:rychkovao@bk.ru)

Филилеева Ольга Владимировна, врач психиатр отделения психотерапии и реабилитации, Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный научный центр наркологии МЗ РФ, 119002, Москва Малый Могильцевский пер., д. 3, [olga.filileeva@gmail.com](mailto:olga.filileeva@gmail.com)

Тучин Павел Викторович, заведующий отделением психотерапии и реабилитации, Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный научный центр наркологии МЗ РФ, 119002, Москва Малый Могильцевский пер., д. 3, e-mail: [19833@mail.ru](mailto:19833@mail.ru)

Кузнецов Алексей Геннадьевич, к.м.н., старший научный сотрудник отделения психотерапии и реабилитации, Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный научный центр наркологии МЗ РФ, 119002, Москва Малый Могильцевский пер., д. 3, e-mail: [aleks81-81@mail.ru](mailto:aleks81-81@mail.ru)

Гуревич Геннадий Львович, к.м.н., докторант отделения психотерапии и реабилитации, Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный научный центр наркологии МЗ РФ, 119002, Москва Малый Могильцевский пер., д. 3, e-mail: [g\\_gurevich@mail.ru](mailto:g_gurevich@mail.ru)