

А. Ю. Мозговой

К ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ

Областной наркологический диспансер, Новосибирск, Россия

Продемонстрирована высокая лечебная эффективность альфа-нейробиоуправления при опийной зависимости в сочетании с традиционными психотерапевтическими техниками. Показана роль нейробиоуправления в снижении патологического влечения, купировании аффективных расстройств.

Ключевые слова: ЭЭГ альфа-биоуправление, опийная зависимость.

Одной из новых медицинских технологий, помогающих решать проблему аффективных расстройств и патологического влечения к психоактивным веществам, является технология биоуправления, очевидными преимуществами которой следует считать:

- возможность лечения без отрыва от учебы и работы (длительность сеанса 60-120 минут), что актуально для больных с высоким реабилитационным потенциалом, у которых еще сохранены семейная и трудовая сферы, а в окружении есть не употребляющие наркотиков люди;
- воздействие на патогенетические механизмы развития патологического влечения к психоактивным веществам и аффективных расстройств;
- ежедневный контроль психосоматического состояния пациента;
- возможность параллельного наблюдения за эффектом психотерапевтической работы.

Общий курс лечения в нашем случае составлял до 40 сеансов (5 сеансов в неделю, кроме выходных дней).

В задачи входило:

- изучить влияние ЭЭГ-биоуправления на качество и длительность ремиссий;
- оценить эффективность комплексной терапии (биоуправление, антоксон, антидепрессанты, психотерапия) в период ремиссии.

Критерии включения в исследование: пациенты с диагнозом «опийная наркомания» (опиатная зависимость), мужчины и женщины от 18 до 28 лет с различной длительностью и степенью клинических проявлений зависимости (I-II стадии заболевания).

Основным критерием отбора больных являлось наличие терапевтической установки на лечение, сознание готовности изменить поведение, т. е. полный отказ от приема наркотиков и алкоголя, мотивация к здоровому, трезвому образу жизни и достижению позитивных социально-значимых целей в жизни.

Критерии исключения из исследования: пациенты с:

- острыми психотическими расстройствами;
- тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения;
- низким реабилитационным потенциалом;
- острым опийным абстинентным синдромом.

Исключение употребления больными наркотиков тестировалось иммунохроматографическими экспресс-полосками на содержание опиоидов и каннабиоидов.

Для объективной оценки результатов, полученных вследствие проведенного альфа-стимулирующего тренинга большинству пациентов 3 раза (в начале, середине и конце курса терапии) проводилось многоканальное ЭЭГ-картирование.

Анализ данных, полученных при работе с альфа-стимулирующим тренингом. Полный курс терапии, состоящий из 40 сеансов (5 сеансов в неделю), закончили 11 пациентов – 3 женщины и 8 мужчин. Средний возраст составил 21 год. Всего желающих провести курс биоуправления было 23. Таким образом, 12 пациентов перестали посещать тренинг после 1-3 сеанса. Все пациенты в процессе терапии разделились на 3 группы:

I – пациенты с высоким реабилитационным потенциалом, средним стажем употребления (1 год), с минимальными аффективными расстройствами и не выраженным патологическим влечением к психоактивным агентам.

II – больные с высоким и средним уровнем реабилитационного потенциала, средним стажем употребления (1-3 года), выраженными аффективными расстройствами и периодическими обострениями компульсивного патологического влечения к психоактивным веществам.

III – пациенты со средним уровнем реабилитационного потенциала и стажем употребления (1-3 года), выраженными аффективными расстройствами и постоянным компульсивным патологическим влечением к психоактивным веществам.

1. Пациенты I группы (6 человек) были изначально высоко мотивированы на лечение,

открытыми в процессе общения, легко шли на психотерапевтический контакт. Уже с первых сеансов была видна эффективность температурно-миографического и альфа-стимулирующего тренингов. После занятия пациенты отмечали небольшую усталость (иногда чувство голода), удовлетворение, спокойствие, повышение настроения. Объективно отмечалось постепенное ослабление психоаффективной симптоматики в виде депрессивных расстройств и дезактуализации патологического влечения к психоактивным веществам.

Клинический пример №1.

Больная Наталья И., 21 год. Студентка педагогического университета.

Диагноз: Синдром зависимости от наркотических веществ вследствие употребления опиоидов, II стадия. Постабстинентное состояние. Сопутствующий диагноз: синдром зависимости от алкоголя II стадии.

История болезни: Табак курит с 14 лет до 10 сигарет в сутки. Алкоголизируется с 14 лет. Доза опьянения 0,5л водки. Похмельный синдром сформировался в 1998г. Максимальная продолжительность запоев 14 дней. Амнезии опьянения бывают при передозировке алкоголя. Алкогольные психозы отрицает. Каннабиоиды курила 2 раза. Состояние наркотического опьянения не понравилось. Внутривенные инъекции опиоидов (ацетилованного опия) стала использовать с апреля 2000г. Физическая зависимость сформировалась к лету 2000г. Среднесуточная доза 1,5г опия плюс 2-3 таблетки димедрола. Максимальные сроки воздержания от наркотиков не превышали двух недель, последнее употребление 08.02.2001 0,3г. опия плюс 0,5 таблетки димедрола. Обратилась за наркологической помощью впервые. Больная за 2 месяца лечения не пропустила ни одного занятия, работала с интересом и усердием. С 4-го сеанса демонстрировала высокоэффективный тренинг. Во время сеанса альфа-стимуляции старалась воспроизводить приятные зрительные, осязательные и вкусовые образы, связанные с чувством удовлетворения, радости, внутреннего комфорта, восстанавливая в памяти события из прошлого опыта или пытаясь планировать ближайшее будущее (1-12 месяцев), которое может ожидать в трезвой жизни. После каждого сеанса отмечала прилив хорошего настроения, улучшение самочувствия и уменьшение напряжения, накопившегося за прошлый день.

Приобретенные навыки пациентка использовала в обыденной жизни в виде утренних и вечерних (при пробуждении и перед сном) медитаций. В случае возникновения стрессовых ситуаций или ситуаций «повышенного риска» больная научилась «выстраивать стеклянную стену», оставаясь при этом в состоянии эмоционального равновесия.

2. Пациенты II группы (3 человека) были высоко мотивированы на альфа-стимулирующий тренинг, но жаловались на понижение настроения, депрессию (по шкале Гамильтона – большой эпизод депрессии) и возникающее на этом фоне периодами

компульсивное влечение к психоактивным агентам. Для снижения риска срыва во II группе изначально было предложено параллельно с БОС-тренингом и индивидуальной психотерапией провести курс антидепрессантов (коактин, леривон, проден).

В конце 2-3 недели у всех пациентов были купированы тревожно-депрессивные расстройства, после чего доза антидепрессантов снижалась до минимальной. Общий курс терапии антидепрессантами составлял не менее 2 месяцев. Благодаря комплексному подходу в терапии к концу 3 недели пациенты из II группы высказывали не больше жалоб, чем больные из I группы, таким образом удалось избежать потери больных как из-за срывов по употреблению психоактивных веществ, так и из-за снижения интереса к тренингу в результате глубокой депрессии. В свою очередь альфа-стимулирующий тренинг и индивидуальная психотерапевтическая работа с пациентом и его родственниками помогли уйти от депрессии на минимальных дозах антидепрессантов и не прибегать при купировании обострения компульсивного влечения к психоактивным веществам, большим нейрелептикам и антиконвульсантам.

Клинический пример №2.

Больной Артем Г., 19 лет, студент Академии инженеров водного транспорта.

Диагноз: Синдром зависимости от наркотических веществ вследствие употребления опиоидов, II стадия. Постабстинентное состояние.

Жалобы: слабость, ознобы, потливость, нарушения сна в виде затруднения засыпания, пробуждения более чем на 15 минут, 2-4 раза за ночь и раннее пробуждение с невозможностью в дальнейшем уснуть, подавленное настроение, раздражительность, тяжесть в голове и конечностях, выраженное влечение к героину.

История болезни. Курит с 16 лет. Сейчас около 20 сигарет в сутки. Алкоголь употребляет с 15 лет. Доза опьянения – 150мл. водки. Запой, похмельный синдром, амнезии опьянения, алкогольные психозы отрицает. Рвотный рефлекс на передозировку алкоголем сохранен. Марихуану попробовал впервые в 17 лет. Курил не чаще 1 раза в месяц в течение года. В октябре 1999г. понюхал героин. Через 3 месяца употребление стало систематическим. Среднесуточная доза 100-150мг интраназально. Физическую зависимость впервые испытал в феврале 2000г. Последнее употребление 27 октября 2000г. 100 мг интраназально. За помощью к наркологу обратился впервые.

С первых дней лечения назначен леривон по 2 таблетки (60мг) на ночь, курс 2 недели. Затем по 1 таблетке (30мг) на ночь, в течение 6-ти недель. С конца 2-й недели курса биоуправления пациент стал активно демонстрировать эффективные тренинги с постепенным повышением альфа-активности. Субъективно: нормализовалось настроение, появился интерес к привычной деятельности, повысилось доверие к лечащему врачу, в институте и домашних делах пациент стал настойчивее, старался всегда заканчивать начатое дело, в

общении с окружающими появилось умение слушать, терпимость. Восстановился сон, с этого же времени перестали сниться сны с наркотической тематикой, влечение к психоактивным веществам стало ненавязчивым, навязчивым, появлялось только в периоды полного бездействия. К концу первого месяца лечения пациент стал переносить полученные в процессе занятий навыки в обыденную жизнь.

3. Пациентам III группы (2 человека) никак не удавалось достичь полной ремиссии; в течение первых двух недель из-за постоянного компульсивного влечения к психоактивным веществам и выраженного депрессивного компонента они прошли через 2-3 срыва употребления наркотиков, что возвращало их к старту лечения. Поэтому с третьей недели к антидепрессантам (коаксил 37,5 мг/сут. или леривон 60мг/сут) в лечении был подключен препарат антаксон в дозе 50мг/сут первый месяц, затем 50мг раз в двое суток курсом 1-6 месяцев. На начальный уровень эффективности БОС-тренинга I группы эти пациенты выходили к 20-25 сеансу. Только к концу первого – началу второго месяца больные отмечали стабилизацию внутреннего состояния, повышение настроения, дезактуализацию патологического влечения к психоактивным веществам, уменьшение тревоги, подавленности; после сеанса альфа-стимуляции испытывали «прилив энергии», расслабленность, внутренний покой, чувство удовлетворения собой. Пациенты из III группы через 6 месяцев в обязательном порядке прошли повторный курс БОС-тренинга из 20 сеансов.

Клинический пример №3.

Больная Екатерина Г., 23 года, бухгалтер, работает по специальности.

Диагноз: Синдром зависимости от наркотических веществ вследствие употребления опиоидов, II стадия. Постабстинентное состояние. Жалобы на стойкое снижение настроения, чувство безысходности, выраженное патологическое влечение к наркотикам, постоянные сны с наркотической тематикой, утрата интереса к привычной деятельности.

История болезни. Табак курит с 17 лет. Сейчас 10 сигарет в сутки. Алкоголь пьет с 18 лет. Доза опьянения 300мл водки. Запой, похмельный синдром, амнезии опьянения, алкогольные психозы отрицает. Марихуану пробовала в 18 лет. Курила не чаще 1 раза в 3 месяца. Последнее употребление 26.08.2000г. Героин впервые понюхала 03.01.2000, 3 раза употребление было интраназальным, затем перешла на внутривенное введение наркотика в среднесуточной дозе до 200мг (минимальная суточная доза 50мг героина). Физическую зависимость впервые испытала через месяц после первого употребления героина. 23.02.2000г. проведена детоксикация, воздержание 1 месяц. С середины марта 2000г. стала вводить внутривенно опий-сырец в среднесуточной дозе 2,5г плюс 20 таблеток димедрола (минимальная суточная доза 1,2г опия плюс 10 таблеток димедрола). Передозировки

отрицает. Последнее употребление 12.09.2000г. 0,6г опия плюс 5 таблеток димедрола. С первых дней лечения пациентке был назначен антидепрессант коаксил в суточной дозе 37,5 мг курсом 2 месяца. После двух срывов (внутривенно 0,3г опия плюс 5 таблеток димедрола) на фоне проводимой терапии с 3-ей недели назначен препарат антаксон в суточной дозе 50мг, курсом 1 месяц. Затем по 1 капсуле (50мг) 1 раз в двое суток, курсом 1 месяц. К концу первого месяца лечения стабилизировалось эмоциональное состояние, ушли перепады настроения, фон которого стал позитивным, улучшился терапевтический контакт, купировалось компульсивное влечение к психоактивным веществам, перестали сниться сны с наркотической тематикой, начали получаться эффективные БОС-тренинги. В конце терапевтического курса больная стала использовать полученные в биоуправлении навыки в обыденной жизни. Через 6 месяцев в мае 2001г. пациентке проведен повторный курс БОС-тренинга из 20 сеансов.

Результаты психологических исследований.

Тест Люшера.

Для оценки психологического состояния пациентов использовался восьмицветный тест. Результаты теста Люшера в начале и в конце терапии существенно отличались. Если в начале курса один или несколько основных цветов занимали довольно часто с 6 по 8 позиции, то в ходе терапии происходило их постепенное перемещение к началу ряда (с 1 по 5 позицию).

Медленно снижался показатель тревоги. Если к концу альфа-стимуляции тревога сохранялась, то

Госпитальная шкала тревоги и депрессии.

Раз в неделю пациенты тестировались по этой шкале, в случае превышения значений «нормы» вне плана проводилось обследование по оценочной шкале Гамильтона для депрессий или для тревоги в зависимости от показателей. В течение всего курса отслеживалось плавное снижение на 1-3 балла в неделю показателей тревоги и депрессии.

Оценочные шкалы Гамильтона для депрессии и тревоги.

Заполнялись пациентами 2 раза в месяц в течение курса терапии. По ходу тренинга показатели тревоги и депрессии плавно снижались на 1-6 баллов при каждом последующем тестировании.

Шкала оценки аффективных и невротических и психотропных нарушений в постабстинентном периоде.

Использовалась для оценки состояния пациентов еженедельно. Начиная с 2-4 недели у пациентов уходила повышенная утомляемость, пониженное настроение, апатия, тревога, раздражительность, нарушения сна, психомоторное возбуждение, дезактуализировалось влечение к психоактивным агентам, фон настроения становился позитивным.

Шкала оценки патологического влечения к наркотику в ремиссии.

Отражала еженедельное постепенное снижение влечения к наркотику с преобладанием слабо выраженного обсессивного компонента в последующем в ремиссии.

ЭЭГ.

К концу курса терапии в 1,5-2 раза повышалась противополушарная альфа-активность головного мозга.

Выводы.

1. Технология биоуправления альфа-стимулирующий тренинг в сочетании с индивидуальной психотерапией является эффективным методом реабилитации наркологических больных.

2. Показана эффективность БОС-тренинга в плане дезактуализации патологического влечения к психоактивным веществам.

3. В процессе биоуправления удается добиться более качественного состояния пациента в ремиссии, т. к. купируются аффективные расстройства.

4. Биоуправление при наличии показаний для достижения лучших конечных результатов может на начальном этапе сочетаться с медикаментозным лечением.

ON THE THERAPY AND REHABILITATION OF OPIOID ADDICTS

A. Yu. Mozgovoy

Regional Narcology Hospital, Novosibirsk, Russia

Key words: neurofeedback, alpha-stimulation training, opioid addiction.

The report concerns therapeutic effectiveness of neurofeedback (alpha-stimulation training) in opioid addicts in combination with traditional psychotherapeutic methods. The role of neurofeedback in the reduction of pathologic susceptibility and elimination of affective disorders is described.
