

курса о вредных последствиях употребления психоактивных веществ и управлении транспортом в состоянии опьянения (одурманивания). Такие занятия уже проводятся в Областном наркологическом диспансере. О результатах говорить еще рано, ясно одно, что если ужесточение мер по снижению уровня наркотизации и алкоголизации населения, употреблению психоактивных веществ за рулем, повышению уровня ответственности, дисциплины за рулем приведет, хотя бы к незначительному успеху – это чьи-то сохраненные жизни, здоровье, возможности.

Литература:

1. Зобин М., Яровой В. Опиоидная зависимость и управление автотранспортом // Наркология. – 2010. – № 8. – С. 34-46.
2. Руководство водителя Штата Вашингтон. Департамент выдачи водительских удостоверений и разрешений. – Вашингтон, 2011.
3. news.mail.ru

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЬФА-СТИМУЛИРУЮЩЕГО ТРЕНИНГА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ КРИЗИСНОГО СТАЦИОНАРА

*А.А. Лопатин, Н.П. Кокорина,
М.А. Шевцова, Е.А.Кириченко*

Кемеровский ОКНД, г. Кемерово

Е-mail авторов: koknd@mail.ru

В 1993 году в г. Кемерово создана и успешно функционирует независимая от психиатрической суицидологическая служба. Необходимость появления такой структуры была вызвана значительным ростом пограничных психических расстройств, суицидальной активности среди жителей Кемеровской области, в том числе и в г. Кемерово.

За время существования службы определился контингент пациентов, составляющих группу риска по развитию кризисных состояний и суицидального поведения. Одним из наиболее многочисленных оказался контингент лиц, страдающих зависимостью от алкоголя или наркотиков, при этом, по нашим данным, у 43,7% из них преморбидный фон осложнен аффективными расстройствами (депрессии различной степени выраженности, стертые варианты биполярного аффективного расстройства, колебания настроения в рамках циклотимии, дистимия), что подтверждается и литературными данными [3, 9, 10]. Желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания, ослабить чувство тос-

ки, страха заставляет человека прибегнуть к употреблению психоактивных веществ. Первоначально алкоголь и наркотики действительно облегчают состояние, однако их постоянное употребление только усиливает аффективные нарушения, а в дальнейшем приводит к развитию патологического пристрастия.

В результате наряду с лечением собственно кризисных состояний (ситуационные реакции, острые невротические реакции, невротические состояния и т.п.) и коррекции аффективных нарушений для такого рода пациентов возникает необходимость одновременного проведения терапии патологической зависимости от алкоголя или наркотиков.

Несмотря на появление новых, все более совершенных психотропных препаратов, их использование нередко имеет ряд существенных недостатков (трудность индивидуального подбора терапевтических доз, быстрое привыкание к «отработанным» дозировкам, побочные явления, наличие противопоказаний). Все это обратило нас к поиску новых, немедикаментозных методов коррекции аффективных нарушений, и вторично возникающей зависимости от психоактивных веществ.

Одной из современных медицинских технологий является нейробиоуправление, которое базируется на адаптивной электроэнцефалографической биообратной связи [6, 7, 11].

В своей работе мы применяли метод альфа-стимулирующего тренинга на основе аппаратуры и программного обеспечения, разработанного НИИ Молекулярной Биологии и Биофизики СО РАМН [2, 8]. Курс биоуправления был проведен пациентам, обратившимся в кризисный стационар и имеющим патологическую зависимость от наркотических веществ и алкоголя (всего 46 человека, от 19 до 53 лет). Из них с алкогольной зависимостью – 30 человек, с зависимостью от наркотических веществ опийного ряда – 16 человек. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое исследование, патопсихологическое обследование личности с использованием ММП1, цветового теста Люшера, депрессивного опросника Бехтеревского института, проективного метода, ЭЭГ головного мозга. Данные обследования позволили разделить пациентов на две группы. Первую (n=22) составили лица с гипотимическим фоном настроения, заниженной самооценкой, преобладанием чувства одиночества, трудностями в противостоянии стрессам. В анамнезе имелись указания на эпизоды колебания настроения, которые отмечались с подрост-

кового возраста, до начала употребления психоактивных веществ, и носили, как правило, сезонный характер. Семейный анамнез таких пациентов был отягощен наличием психических заболеваний, суицидального поведения среди родственников. Из 24 человек, которые вошли во вторую группу, у 6 в анамнезе имелись указания на сотрясения головного мозга, остальные оценены как преморбидно здоровые, с формированием изменений личности уже на фоне употребления алкоголя или наркотиков (психопатоподобное поведение).

БОС терапия проводилась с пациентами после медикаментозного купирования абстинентного синдрома. Общий курс БОС-терапии составлял 30 сеансов продолжительностью 30 минут (5 сеансов в неделю). Предварительно пациентам давались разъяснения необходимости проведения тренинга, обсуждались его возможные ближайшие и отдаленные эффекты. Во время тренинга пациентам было предложено изменять амплитуду биоэлектрической активности головного мозга, в частности, увеличивать амплитуду альфа-ритма, для чего использовалось создание позитивных, с точки зрения пациента, образов, элементы аутотренинга. Каждая процедура заканчивалась обсуждением состояния пациента, полученных в ходе сессии результатов.

Анализ наблюдения за пациентами первой группы выявил, что первые 4-5 сеансов, как правило, носили ознакомительный характер. Во время этих сеансов преобладали бета, тета-ритмы, амплитуда альфа ритма либо оставалась неизменной, либо имела тенденцию к снижению. Прирост альфа-активности с процентным перераспределением ритмов отмечался с 6-7 сеансов, стабильное преобладание альфа ритма с 15-20 сеанса. Свое состояние во время успешных сеансов пациенты описывали как «приятные воспоминания о прошлом», «мечты». В некоторых случаях значительный прирост альфа-активности (20-50%) отмечался с первых сеансов тренинга. Во время сеансов пациенты нередко переживали необычные для них состояния – «полета», «невесомости», «внутреннего молчания». После завершения сеанса пациенты оценивали свое состояние как «хорошее», «приятная усталость». Образы, возникавшие у пациентов во время сеансов (как «успешных», с преобладанием альфа-активности, так и сеансов с высокой бета-активностью) являлись основой для дальнейшей работы с использованием различных психотерапевтических техник. В процессе работы постепенно изменялось психическое состоя-

ние пациентов. Более доверительными становились взаимоотношения терапевт-больной, что способствовало активному включению пациентов в лечебный процесс. Выравнивался аффективный фон, отмечалось снижение уровня тревоги, отсутствовало влечение к наркотику или алкоголю, появлялось желание активно общаться с другими людьми, повышалась критичность к своему поведению. Пациенты строили реальные планы на будущее.

У пациентов второй группы отмечался низкий фоновый уровень альфа ритма, с последующим незначительным повышением его амплитуды, преобладанием тета-, бета-активности. Пациенты быстро теряли интерес к тренингу, заявляли, что не видят связи между сигналом обратной связи и своим состоянием, относились к сеансам пассивно, как к новому виду «кодирования». Без должной критики оценивали свое состояние и поведение, перекладывая ответственность за жизнь и здоровье на врача, родственников.

Положительный клинический эффект метода БОС терапии (альфа-стимулирующего тренинга) в лечении аффективных нарушений и связанной с этой патологией зависимостью от психоактивных веществ, вероятно, объясняется несколькими моментами. Нейрофизиологические механизмы развития зависимости от наркотиков и алкоголя, аффективных нарушений базируются в стволовых и лимбических структурах мозга, в тех его областях, где располагается так называемая система подкрепления. Эта система участвует в обеспечении регуляции эмоционального состояния, настроения, мотивационной сферы, психофизического тонуса, поведения человека в целом, его адаптации к окружающей среде [1]. Аффективные расстройства, патологическая зависимость от алкоголя и наркотиков характеризуются сходной нейромедиаторной картиной, сопровождаются характерными изменениями ЭЭГ с наличием низкоамплитудной асинхронной активности, редукцией альфа-ритма [4, 5]. Увеличение амплитуды альфа-активности, межполушарной синхронии при помощи методики БОС терапии позволяет стабилизировать эмоциональное состояние пациента, научить его управлять функциями мозга, не прибегая к употреблению психоактивных веществ.

Таким образом, альфа – стимулирующий тренинг (БОС терапия) успешно применяется нами в лечении пациентов кризисного стационара, страдающих зависимостью от наркотиков или алкоголя. Методика БОС в условиях кризис-

ного стационара позволяет прервать связь «экзогенный наркотик (алкоголь) – пациент», обучает больного контролю и коррекции аффективных нарушений при различных стрессовых состояниях.

Литература:

1. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // НИИ Наркологии Минздрава РФ. – Москва, 1999.
2. Джафарова О.А., Донская О.Г., Соколов А.В. и др. Программно-аппаратный комплекс БОСЛАБ. Траектория развития // Биоуправление – 4: Теория и практика. – Новосибирск, 2002. – С. 279-286.
3. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. – Москва, 2000. – 435 с.
4. Пятницкая И.Н. Наркомании. – Москва, 1994. – 542 с.
5. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния. – Киев, 1986. – 272 с.
6. Штарк М.Б. Приглашение в мир биоуправления // Биоуправление – 2: Теория и практика. – Новосибирск, 1993. – С. 1-11.
7. Штарк М.Б., Скок А.Б. Применение электроэнцефалографического биофидбека в клинической практике // Биоуправление – 3: Теория и практика. – Новосибирск, 1998. – С. 131-141.
8. Штарк М.Б., Скок А.Б., Шубина О.С. Электроэнцефалографическое биоуправление в лечении аддиктивных расстройств // Наркология. – 2002. – №11. – С. 34-36.
9. Helzer J.E., Pryzbeck T.R. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment // J. Stud. Alcohol. – 1988. – Vol. 2. – P. 259-264.
10. Mann K.F. Alcohol and psychical disorders // J. New Oxford Textbook of Psychiatry. – 2000. – Vol. 1. – P. 489-493.
11. Peniston E.G. Neurofeedback in treatment of addictive disorders / E.G. Peniston, P.J. Kulkosky // Introduction to quantitative EEG and neurofeedback, San Diego: Academic Press, 1989. – P. 157-179.

ПСИХОТЕРАПИЯ

МЕСТО ИНТЕРНЕТ-СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СО СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И КРИЗИСНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

И.А. Бедина, А.С. Баева

ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, г. Москва

E-mail авторов: baeva-alana@rambler.ru; ibedina@mail.ru

Современные средства коммуникации значительно расширяют возможности психотерапевтической помощи. Так, за рубежом, среди пациентов со стрессовыми расстройствами все

большей популярностью пользуются сеансы так называемой интернет-психотерапии. Ее бесспорными преимуществами являются: доступность (возможность установления контакта с терапевтом, находясь даже на большом расстоянии от него), анонимность, небольшая стоимость (или полное отсутствие оплаты) по сравнению с очным приемом специалиста. Кроме того, интернет дает возможность получить квалифицированную специализированную помощь лицам с ограниченными физическими возможностями, что в значительной степени расширяет круг пользователей психотерапевтической помощи. Для отечественных специалистов онлайн-консультирование является относительно новым способом взаимодействия с пациентом.

В 2012 году в рамках мероприятий по реализации демографической политики Российской Федерации (РФ) на период до 2025 года, направленной на снижение смертности населения от социально значимых заболеваний, была утверждена Концепция создания интернет-службы психологической помощи населению (приказ №1086/550/245/241 от 29 сентября 2011 г.). На одном из этапов реализации этой концепции были получены и обработаны статистические данные о службах специализированной помощи (в том числе интернет-службы), функционирующих на территории РФ, их структурной принадлежности, и видах оказываемой помощи.

Информацию представили 82 субъекта РФ (исключение составил Приморский край).

Были выделены следующие виды служб: «Телефон доверия», кабинеты социально-психологической помощи, кризисные службы («кризисные койки», «кризисные отделения», кризисные центры), суицидологические службы (суицидологические кабинеты, суицидологические центры), интернет-службы психологической помощи, выездные бригады. Следует отметить, что Ненецкий АО не имеет ни одной из указанных служб (видов помощи).

Анализ представленных данных показал, что в настоящее время наиболее часто встречающейся формой организации службы, оказывающей медико-психологическую помощь на территории РФ, является служба «телефон доверия», деятельность которой осуществляется в 60 субъектах РФ (75%). Всего на территории указанных регионов функционирует 118 служб. Максимальное их количество представлено в Республике Башкортостан – 13 служб (11%).

Кабинеты социально-психологической помощи функционируют в 47 субъектах РФ