

На правах рукописи

**ЛЮБИЧЕВА
НАТАЛЬЯ ИВАНОВНА**

**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ
У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ
С РАЗЛИЧНЫМИ ПРЕМОРБИДНЫМИ
ОСОБЕННОСТЯМИ
(клинико-динамический, лечебно-реабилитационный аспекты)**

Специальность: «Наркология» – 14.01.27

**Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

Томск–2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Новокузнецком государственном институте усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития России и Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук.

Научный руководитель:

д-р. мед. наук, профессор

Салмина-Хвостова Ольга Ивановна

Официальные оппоненты:

д-р. мед. наук, профессор

Мандель Анна Исаевна

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН

д-р. мед. наук

Кривулин Евгений Николаевич

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (Барнаул)

Защита состоится 12 декабря 2012 г. в 10 часов на заседании Совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН

Автореферат разослан 9 ноября 2012 г.

Ученый секретарь совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001. 030. 01 кандидат медицинских наук



О. Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Проблема наркомании в последние десятилетия, достигнув глобальных масштабов, стала серьезной угрозой здоровью населения, экономике, социальной сфере, обеспечению правопорядка в Российской Федерации и, практически, во всех странах мира (Семке В.Я. и др., 2007; Иванов В.П., 2008; Коста А.М., 2009; Karow A et al., 2008; MacKenzie R., 2008; Thomas Y. et al., 2008). Непосредственно со злоупотреблением наркотиками связано снижение такого ключевого параметра социально-экономического и демографического развития нашей страны как психическое здоровье населения (Куприянова И.Е. и др., 2007; Иванец Н.Н., 2008).

Данные государственной статистики свидетельствуют о стабильно высоком уровне учтенной распространенности злоупотребления психоактивными веществами. С 2002 по 2004 гг. на территории РФ прослеживалась тенденция к снижению первичной заболеваемости наркоманиями. Однако в 2005г. эти показатели вновь стали увеличиваться. При этом опийная наркомания по удельному весу в структуре заболеваемости и болезненности занимает одно из первых мест среди химических зависимостей (Киржанова В.В., 2008; Кошкина Е.А. и др., 2011; Fischer B. et al., 2005, Lindesmit, A.R., 2008). Заболеваемость наркоманиями по Кемеровской области в целом с 2004 г. по настоящее время остаётся на уровне плато и составляет в среднем 71-77 на 100 тысяч населения (Бохан Н.А., Лопатин А.А., Мандель А.И., 2011).

К поиску новых подходов и методов лечения побуждает низкая эффективность лечения наркоманий, с возвратом к потреблению наркотиков в течение года до 80-90% больных (Рохлина М.Л. соавт., 2001; Чирко В.В. и др., 2002; Сиволап Ю.П. и др., 2005; Cami J. et al., 2003; Kornor H. et al., 2005; Simpson D.D. et al., 2008; Reuter P., 2009).

Медико-социальная реабилитация больных опийной наркоманией является одним из приоритетных направлений наркологии (Менделевич В.Д., 2007; Бохан Н.А., Семке В.Я., 2009; Pinho P.H. et al., 2008). Целями лечения являются соблюдение отказа от приема психоактивного вещества, к которому сформировалась зависимость (Погосов А.В. и др., 2004); уменьшение тяжести симптомов заболевания (Skeie I. et al., 2008; Subramaniam G.A. et al., 2009), улучшение общего состояния здоровья и социального функционирования, исключение или снижение риска развития рецидива (Михайлов С.В., 2006; Россинский Ю.А. и др., 2006; Connock M. et al., 2007; Williamson A. et al., 2009; Passik S.D., 2009).

Выявлены неблагоприятные факторы, которые определяют быстроту формирования медицинских и социальных последствий наркоманий. В исследованиях определено значение наследственной предрасположенности к

зависимости от психоактивных веществ (Анохина И.П., 2007; Черепкова Е.В., 2007; Kreek M.J. et al., 2005; Le Foll B. et al., 2009), клинико-биологических предикторов (Бохан Н.А., 2008; Silveri M.M. et al., 2008; Yücel M., 2007, 2009), социальных, в том числе влияния родительской семьи (Москаленко В.Д., 2006, 2009; Barnard M., 2007; Karow A. et al., 2008; Choquet M. et al., 2008).

Преморбидные личностные особенности в формировании и развитии зависимости от психоактивных веществ по данным некоторых авторов встречаются в 86% случаев (Егоров А.Ю. и др., 2009; García-Montes J.M. et al., 2009). Личностные расстройства у больных наркоманией установлены от 28% до 65-90% случаев (Рохлина М.Л. и др., 2001; Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И., 2006; Пятницкая И.Н. и др., 2008; Lynskey M.T. et al., 2006; Cohen L.J. et al., 2009; Jaffee W.B. et al., 2009).

В качестве одного из наиболее патогномичных в отношении развития наркоманий типов акцентуаций и личностных расстройств, рассматривается неустойчивый тип, наличие эпилептоидного, истероидного и гипертимного типа акцентуаций характера (Личко А.Е., 2009; Economidou D. et al., 2009).

Неблагоприятное влияние на темп прогрессивности психопатологических проявлений заболевания у больных опийной наркоманией оказывает органически неполноценная «преморбидная почва» (Борисов С.А. и др., 2007; Корнилов А.А. и др., 2007; Булатова М.В., 2011; Пивень Б.Н., Шереметьева И.И. и др., 2011; Michele M. et al., 2007; Passetti F. et al., 2008). Уже в преморбидный период у больных отмечается аддиктивный подход к жизни, который характеризуется спасением личности от стрессовых ситуаций, иллюзией решения проблем путем избегания (Меерс Д.Р., 2007; Даулинг С., 2007; Siever L.J., 2009). В связи с этим, исследование с разработкой дифференцированных лечебно-реабилитационных программ, учитывающих преморбидные особенности больных наркоманией и позволяющих улучшить результат терапевтических воздействий, является актуальным, теоретически и практически значимым.

Цель исследования: установить влияние преморбидных особенностей личности на результат лечения больных опийной наркоманией с разработкой дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

Задачи исследования:

1. Определить клиническую структуру личностных нарушений в преморбидный период у больных опийной наркоманией.
2. Изучить динамику аффективных нарушений и соматического состояния больных опийной наркоманией в процессе терапевтической ремиссии во взаимосвязи с преморбидными особенностями.
3. Исследовать клиническую динамику терапевтической ремиссии при опийной наркомании с учетом преморбидных личностных особенностей и социальных характеристик больных (образовательный уровень, трудовой статус, семейные взаимоотношения).

4. Разработать и внедрить дифференцированные лечебно-реабилитационные программы для больных опийной наркоманией с различными личностными нарушениями в преморбиде.

Положения, выносимые на защиту

1. Структура преморбидных личностных нарушений у больных опийной наркоманией представлена преимущественно расстройствами личности на фоне резидуально-органической недостаточности головного мозга и эмоционально-неустойчивым типом специфического расстройства личности.

2. Клиническая динамика терапевтической ремиссии у больных опийной наркоманией зависит от преморбидных особенностей личности. Наибольшая эффективность лечения у больных опийной наркоманией отмечается при акцентуациях характера.

3. Лечебно-реабилитационные программы, дифференцированные по объему, направленности и содержанию психотерапевтических мероприятий в зависимости от преморбидных особенностей личности способствуют увеличению длительности и качества ремиссии у больных опийной наркоманией.

Научная новизна. Впервые изучена структура личностных нарушений в преморбидный период больных опийной наркоманией: акцентуации характера, расстройства личности с резидуально-органической недостаточностью головного мозга и специфические расстройства личности.

Исследована клиническая динамика терапевтической ремиссии при опийной наркомании с учетом преморбидных особенностей.

Выявлено, что наибольшая эффективность лечения у больных опийной наркоманией отмечается при акцентуациях характера в преморбидном периоде.

Полученные в результате исследования данные вносят вклад в теоретическую и практическую наркологию, открывают возможность оптимизации лечения за счёт разработанных дифференцированных лечебно-реабилитационных программ для больных опийной наркоманией с различными личностными нарушениями в преморбиде.

Практическая значимость. Разработан алгоритм терапевтической тактики и реабилитационных мероприятий для больных опийной наркоманией с учётом личностных нарушений в преморбидном периоде с применением психофармакотерапии, рациональной, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, нейролингвистического программирования, символдрамы, позволяющих существенно повысить эффективность лечения и качество их жизни.

Разработана «Шкала оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией» (модификация «Шкалы оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями», В.Я. Семке, 1999).

Опубликованы практические пособия для врачей по лечению пациентов опийной наркоманией: «Лечение больных опийной наркоманией в зависимости от преморбидных личностных особенностей» (Новокузнецк, 2010), «Техники релаксации в терапии больных опийной наркоманией в зависимости от преморбидных личностных особенностей» (Новокузнецк, 2012).

Внедрение результатов исследования. В клиническую практику внедрены и используются результаты работы в ГУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», ГУЗ «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», ГУЗ «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница», РГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ и СР Республики Тыва, МУЗ «Прокопьевская районная больница». Основные положения диссертационного исследования включены в программу обучения интернов, клинических ординаторов, врачей курсантов, обучающихся на кафедре психиатрии, психотерапии и наркологии, на кафедре общей врачебной практики (семейного врача) Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

Апробация работы. Материалы диссертации представлены на: I-й Всероссийской междисциплинарной конференции «Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы)» (Томск, 2003); Кузбасской научно-практической конференции, посвященной 70-летию муниципального ЛПУ «Городская клиническая больница №2» (Новокузнецк, 2004); Всероссийской научно-практической конференции «Эффективные технологии организации медицинской помощи населению. Российские стандарты в здравоохранении» (Новокузнецк, 2004); Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии в XXI веке» (Новосибирск, 2008); Межрегиональной научно-практической конференции «Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект)» (Кемерово, 2011); Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни среди населения Западной Сибири» (Новокузнецк, 2011).

Публикации. Материалы диссертации отражены в 16 публикациях, 3 из них в журналах по перечню ВАК РФ.

Объем и структура работы. Диссертационное исследование изложено на 200 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, списка используемой литературы, приложения. Работа иллюстрирована 22 таблицами, 7 рисунками. Библиографический указатель включает 282 источника, из них, 153 отечественных и 129 иностранных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование выполнено в 2002-2006 г.г. на базе реанимационного отделения и психотерапевтического кабинета МБЛПУ «Городская клиническая больница № 29» г. Новокузнецка.

В исследовании участвовали 163 пациента в возрасте от 18 до 34 лет. Средний возраст больных $24,4 \pm 7,6$ лет. От каждого пациента было получено информированное согласие на участие в исследовании, проведение дополнительных методов диагностики и лечения с соблюдением добровольности обследования в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в редакции ФЗ от 21.07.1998 № 117-ФЗ; от 21.07.2002 № 116-ФЗ; от 10.01.2003 № 15-ФЗ).

В исследование были включены пациенты с наличием психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления препаратами опия, согласно критериям МКБ-10 (F11).

Из исследования исключались пациенты с тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями, оказывающие значимое воздействие на изменение клинической картины; эндогенными заболеваниями; с острыми психотическими расстройствами; тяжелым органическим поражением центральной нервной системы; со слабоумием (олигофрения, деменция).

В зависимости от объема проводимого лечения пациенты были распределены на две группы. В основную группу (n=110) вошли больные, проходившие лечение острого абстинентного синдрома в реанимационном отделении МБЛПУ ГКБ №29 и давшие согласие на лечение по дифференцированным лечебно-реабилитационным программам. Лечение было добровольным и анонимным. Группу сравнения (n=53) составили больные опийной наркоманией проходившие лечение абстинентного синдрома в реанимационном отделении МБЛПУ ГКБ №29 и отказавшиеся от других видов лечения.

Среди обследованных в обеих группах преобладали мужчины – 89,1% (n=91), женщины составили 10,9% (n=12).

По возрастному критерию отмечалось преобладание пациентов в группе от 22 до 29 лет – 78,4% (n=87). В возрасте от 18 до 21 года – 3,6% (n=4); от 30 до 33 лет – 11,7% (n=13); после 34 лет – 6,3% (n=7).

У основной части пациентов определена длительность употребления ПАВ от 3 до 5 лет – 68,4% (n=76). Употребление ПАВ до 2-х лет – 13,5% (n=15); от 6 до 10 лет – 16,3% (n=17); свыше 10 лет – 1,8% (n=2).

На момент обращения все пациенты по уровню образования и социальному статусу распределялись следующим образом. Основную группу пациентов характеризует высокий уровень образования – 78,4%, из которых высшее – 29,7%, неоконченное высшее – 18,9%, среднеспециальное образование – 29,8%. В группе сравнения 69,6% пациентов имеют образование: высшее – 28,5%, неоконченное высшее – 11,4%, средне-специальное – 29,7%.

Средний общеобразовательный уровень имели 6,3% в основной и 11,4% в сравнительной группах. Полученные данные можно объяснить тем, что в период взросления исследуемых появилось платное высшее образование, и получение его стало доступным.

Постоянную работу имели 29,7% пациентов в основной и в 31,6% в группе сравнения. Боязнь потерять работу явилась мотивирующим фактором для лечения. Пациенты, которые не работали и не учились, находились на иждивении родителей или супругов в основной группе составляли 63,1%, в группе сравнения – 68,4%.

Алгоритм исследования предусматривал несколько этапов.

Первый этап начинался с момента обращения за медицинской помощью. Целью медицинских мероприятий являлось купирование проявлений абстинентного синдрома в условиях реанимационного отделения, исключающих продолжение наркотизации.

Второй этап начинался после купирования острых проявлений абстинентного синдрома и включал клинико-динамическое наблюдение, разработку и апробацию дифференцированных лечебно-реабилитационных программ для больных наркоманией с различными преморбидными особенностями. Продолжительность второго этапа составляла 5 дней.

Третий этап лечебно-реабилитационного цикла начинался с перевода больного на амбулаторный режим и длился в течение года. Затем в течение следующего года проводилось катamnестическое исследование.

Клинико-катamnестическим методом было обследовано 128 пациентов (78,5%). Общая длительность наблюдения составила от одного года до 4-х лет; средняя продолжительность катamnеза – $2,2 \pm 0,7$ года. Оценивалось состояние соматического и психического здоровья, социальные характеристики, наличие или отсутствие употребления наркотиков, алкоголя, табачных изделий.

В соответствии с задачами исследования были разработаны три дифференцированные лечебно-реабилитационные программы.

Характеристика методов исследования. Исследование проводилось с использованием эпидемиологического, клинико-психопатологического, клинико-динамического, клинико-катamnестического, экспериментально-психологического, статистического методов.

При получении согласия пациентов, применялся ряд экспериментально-психологических методик: шкалы Цунга для самооценки уровня депрессии (1965) и уровня тревоги (1980); шкала Ч. Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина (1983) для самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). В соответствии с задачами исследования разработана «Анкета для исследования пациентов с наркотической зависимостью» (рационализаторское предложение № 312 от 29.12.08, г. Новокузнецк).

Для оценки результата лечения и качественной характеристики состояния ремиссии адаптирована клинико-динамическая «Шкала оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» (Семке В.Я., 1999) и названа «Шкалой оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией», в которой оценивались: уровень социальной адаптации; сложившиеся межличностные отношения; степень восстановления трудоспособности; нейрофизиологические показатели. Критерием эффективности предлагаемой психотерапевтической модели опийной наркомании являлась динамика клинических и психологических показателей в процессе лечения.

В «Шкале оценки эффективности терапии больных наркоманией» терапевтическая ремиссия анализировалась следующим образом: уровень «А» – полная ремиссия с восстановлением прежнего социального и трудового статусов, трезвый образ жизни, включающий полный отказ от наркотиков любого типа и в любом виде, в том числе от курения и алкоголя. Уровень «В» – практическая ремиссия (с необходимостью проведения эпизодических терапевтических мероприятий): возможно редкое курение и редкое, в малых дозах, ритуальное употребление алкоголя; возможны редкие конфликты в семье; обязательное наличие работы; отсутствие ПВН. Уровень «С» – ремиссия с неполной адаптацией: «сухая ломка», астения, аффективные нарушения; незначительные нейро-физиологические изменения на ЭЭГ, свидетельствующие о вегетативном дисбалансе; курение и алкоголь без злоупотребления; трудности с трудоустройством; периодически возникающее невыраженное контролируемое ПВН. Уровень «Д» – нестабильная ремиссия опийной наркомании с незначительным клиническим улучшением, частичным восстановлением социально-трудовой адаптации, контролируемым употреблением алкоголя, табака, периодически возникающее невыраженное контролируемое ПВН, усиливающееся в стрессовых ситуациях, усталости, соматическом заболевании, в состоянии алкогольного опьянения. Уровень «Е» – отсутствие ремиссии: переключение на злоупотребление алкоголем, возобновление употребления наркотика с восстановлением наркоманического синдрома, наличие выраженного неконтролируемого ПВН.

Полученные данные были обработаны статистически. Проводились расчеты средней арифметической стандартной ошибки, средней арифметической для количественных показателей. Использован метод сравнения средних показателей t-критерий Стьюдента. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере, нормальность распределения выборки проверялась с использованием пакета стандартных международных прикладных программ «Statistica» for «Windows» (Version 6.0).

Обследование, разработка алгоритма терапии и организационных форм оказания специализированной помощи, психотерапевтическое, психофармакологическое лечение и катamnестическое наблюдение осуществлялось лично автором.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Структура преморбидных личностных нарушений больных опийной наркотической зависимостью

Клинический анализ преморбидных особенностей показал, что опийная наркомания у исследуемых пациентов развивалась на почве акцентуации характера в 13,6% (n=15) случаев в основной и в 11,3% (n=6) случаев в группе сравнения. На почве специфических расстройств личности наркомания развивалась в 28,2% (n=31) случаев в основной группе и в 34,0% (n=18) – у больных группы сравнения. При расстройствах личности с резидуально-органической недостаточностью головного мозга – 58,2% (n=64) в основной и в 54,7% (n=29) в группе сравнения (рис.1).

Лиц с гармоничными чертами характера среди обследуемых основной группы и группы сравнения не было.



Рис. 1. Типология преморбидных характеристик личности у обследованных больных в основной и контрольной группах (%).

Типологическая группировка преморбидных особенностей была проведена в соответствии с установившимися принципами клинического подхода – на основе учета доминирующей симптоматики.

В преморбидный период в основной группе больных преобладал эмоционально-неустойчивый тип среди акцентуированных лиц: 6 чел. из 15 (40,2%) и среди пациентов со специфическими расстройствами личности 16 чел. из 31 (51,6%). Возбудимый тип был на 2-ом месте: при акцентуациях – 26,7% (4 чел.) и специфических расстройствах личности – 22,6% (7 чел.).

В группе сравнения у обследованных с акцентуациями характера нет преобладающих типов. У личностей со специфическими расстройствами личности в группе сравнения (18 человек) чаще отмечается эмоционально-неустойчивый 9 человек (50,0%) и возбудимый 6 человек (33,0%) тип. Группа лиц с расстройствами личности с клинически выраженной экзогенно-органической недостаточностью головного мозга в группе сравнения так же является самой большой – 29 чел. (54,7%).

Таким образом, исследуя преморбидные личностные нарушения больных опийной наркоманией, мы выявили преобладание среди них лиц с расстройствами личности на фоне резидуально-органической недостаточности головного мозга и с эмоционально-неустойчивым типом радикала личности при акцентуациях характера и специфических расстройствах личности.

Соматическое состояние пациентов с опийной наркотической зависимостью

Соматическое состояние у пациентов мы изучали для оценки клинической динамики опийной наркомании в результате проводимой терапии. Обследование общесоматического и неврологического статуса проводилось после купирования абстинентного синдрома и во время ремиссии. Выявленные заболевания развились в процессе длительного злоупотребления ПАВ. Дефицит веса составлял от 6 до 10 кг.

Сравнительный анализ выявленной сомато-неврологической патологии показал, что соматическое состояние после проведенного лечения достоверно улучшилось у лиц с акцентуациями характера, так у всех 100% больных ликвидировался дефицит веса, приобретенный в процессе заболевания, уменьшилось количество больных с диагнозом бронхит (с 6,6% до 0%), гастрит (с 33,1% до 6,6%), биохимические и иммунологические показатели свидетельствовали о компенсации вирусных гепатитов (с 66,1% до 26,4%) и токсической кардиомиопатии (с 46,2% до 13,2%).

У больных расстройствами личности при резидуально-органической неполноценности головного мозга (РЛРОНГМ) процессы компенсации и выздоровления протекали медленнее, так дефицит массы сохранялся у 11,2% пациентов, активность вирусных гепатитов в 27,2%, гастрита в 8,1% случаев.

Пациенты со специфическими расстройствами личности, по данным исследования, занимали промежуточную позицию между пациентами с акцентуациями характера и с пациентами с РЛРОНГМ: активность вирусного гепатита снизилась со 100% до 28,8%, токсическая кардиомиопатия с 60,8% до 19,2%, дефицит массы сохранялся у 9,6% из 86,4%.

В группе сравнения проведенный анализ соматического состояния больных опийной наркоманией выявил медленную коррекцию соматических нарушений в сравнении с пациентами основной группы.

Улучшение соматического состояния более выражено у пациентов основной группы с акцентуациями характера. Продолжительнее всего происходит восстановление сомато-неврологического статуса у пациентов с РЛРОНГМ.

Клинико-динамические особенности опийной наркотической зависимости при акцентуациях характера в преморбидном периоде

В личностных особенностях основной группы преобладал эмоционально-неустойчивый (40,2%) и возбудимый (26,7%), а эпилептоидный (19,8%) и истерический (13,3%) типы составляли меньшее количество.

Социальная характеристика больных опийной наркоманией с акцентуациями характера показала следующее: пациенты с высоким уровнем образования (студенты вузов, неоконченное высшее и высшее) – 72,6%, социально-трудовым статусом (работающие и учащиеся) – 73,7%, сохранными семейными отношениями – 72,6%, не имели своей семьи – 19,8%, были разведены – 6,6%; имели неблагоприятную наследственную отягощенность наркологической патологией – 19,8% и психическими заболеваниями – 7,6%. Не смотря на достаточно высокий процент больных основной группы, воспитанных в полной семье (65,4%), гармоничные взаимоотношения не были выявлены. Чаще всего воспитание происходило в условиях гипоопеки (26,8%), «ежовых рукавиц» (20,1%) и противоречивого воспитания (20,1%).

Клиническая картина опийной наркомании проявлялись II-й стадией заболевания, со средним стажем злоупотребления опиатов до 5 лет (72,6%), реже – более 5 лет (26,4%); средним темпом прогрессивности зависимости (66%); употребление ПАВ у всех пациентов этой группы протекало по форме стойкой (постоянной) наркотизации. Дебют употребления наркотика был в среднем в 20 лет и совпадал с началом учебы в средних и высших учебных заведениях, началом работы в новом коллективе, смены места жительства. Средняя суточная доза опиатов 1,0 грамм у всех пациентов была одинакова в течение всего последнего рецидива. Алкоголь и табак начинали употреблять в конце обучения в школе или после окончания школы, редко и без злоупотребления. Во всех подгруппах, кроме эмоционально-неустойчивого типа акцентуации, алкоголь употреблялся редко, в небольших количествах, для поддержания традиций. В группе эмоционально-неустойчивых алкоголь употреблялся чаще без злоупотребления. Первая проба марихуаны была после начала курения, без продолжения употребления.

Преморбидные особенности личности группы сравнения в основном характеризовались эмоционально-неустойчивым (33,2%) и возбудимым (33,2%) чертами; эпилептоидные (16,6%) и истерические (16,6%) радикалы были представлены в равных количествах.

Клиника опийной наркоманией у данной группы II стадии заболевания; средним стажем злоупотребления опиатов до 5 лет - 33,2%, от 5 лет до 10 лет - 66,4%; темп прогрессивности зависимости был средним, с формированием синдрома отмены через $11,5 \pm 0,6$ месяцев. Употребление ПАВ у всех пациентов этой группы протекало по форме длительного употребления. Дебют употребления наркотика в среднем в 19 лет. Средняя суточная доза опиатов 1,0 г у всех пациентов этой группы была в течение всего последнего рецидива.

Декомпенсации преморбидных особенностей протекали по астеническому, дистимическому типу, заострению преморбидных черт характера.

Целью преступной активности была добыча денежных средств из бюджета семьи, объясняя, что это не воровство.

После проведенной поэтапной терапии по I-й лечебно-реабилитационной программе количество пациентов с декомпенсацией в основной группе значительно уменьшилось: при возбудимом типе с 19,8% до 6,6%; эмоционально-неустойчивом – с 39,6% до 6,6%; эпилептоидном – с 19,8% до 0,0% и истероидном – с 6,6% до 0,0% соответственно ($p < 0,001$).

В группе сравнения обратное развитие декомпенсаций личностных особенностей происходило медленнее и только при возбудимом и эпилептоидном типе личности - 16,6% и 33,2% соответственно ($p < 0,05$).

Клинико-динамические особенности опийной наркотической зависимости при специфических расстройствах личности в преморбидном периоде

Типологическое распределение по личностным особенностям в этой группе было следующее: преобладал эмоционально-неустойчивый (51,6%) и возбудимый (22,6%), затем по представленности следуют истерический (16,6%) и эпилептоидный (9,2%) типы.

Социальная характеристика пациентов со специфическими расстройствами личности следующая: студенты колледжей, средне-специальное, неоконченное среднее специальное и специальное встречалось в 48,0% случаев; работающие и учащиеся – 41,6%; сохранные семейные отношения были в 70,4%; не имели своей семьи – 19,2%; были разведены – 19,2%; отягощенная наследственность наркологической патологией – 41,6% и психическими заболеваниями – 35,2% случаев.

Количество пациентов основной группы, воспитанных в полной семье, составило 48,4%. Гармоничных взаимоотношений в обеих группах исследования не выявлено. Воспитание чаще всего происходило в условиях противоречивого типа воспитания (35,2%), «ежовых рукавиц» (25,6%), гипоопеки (19,2%). Представленность других типов воспитания была одинакова. При воспитании по типу «ежовых рукавиц» родители в дошкольный период жизни пациентов как наказание за незначительные проступки использовали крик и телесное наказание. После того как пациенты выросли, требования подчиненности в семье сохранялись.

Клиническая картина опийной наркомании у данной группы проявлялась II-й стадией болезни, темп прогрессивности зависимости был высоким: абстинентный синдром сформировался уже через $6 \pm 0,25$ месяцев постоянного употребления ПАВ; употребление ПАВ у всех пациентов этой группы протекало по форме длительного употребления - $7,0 \pm 0,45$ месяцев. Дебют употребления наркотика в среднем произошел в $17,0 \pm 0,55$ лет. Средняя суточная доза опиатов – 2,0 г.

90,4% больных, кроме эпилептоидного типа (9,6%), отмечают, что понятия «дозы» для них не существовало, «кололи» столько, на сколько хватало денег, поэтому иногда суточная доза доходила до 3,0 г и более.

Кратность обращения за лечением в группе со специфическими расстройствами личности: пациентов, первый раз прошедших лечение, в группе сравнения не было, дважды пролеченных было 19,2%, остальные 80,8% имели в анамнезе $3,0 \pm 0,75$ госпитализаций в разные стационары. Самая длительная ремиссия – $6,0 \pm 1,25$ месяцев. Самый короткий трезвый период – $10,0 \pm 0,65$ дней.

Анализ личностных особенностей показал, что все пациенты этой группы имели декомпенсацию патологических черт личности, возникшую в процессе длительного постоянного употребления ПАВ, которая протекала по дистимическому типу.

«Наркоманический дефект личности» в этой группе больных сформировался быстрее. Быстрая социальная дезадаптация, приводила к проблеме с работой и материальным затруднениям. Такие больные крали вещи из дома и у чужих людей, участвуя в разбоях, грабежах как в группе, так и самостоятельно. Для этой группы больных характерно раннее приобщение к наркоторговле с целью доступа к наркотикам. 66,4% больных сообщили, что сами приобщали людей к наркотикам.

После проведенной терапии по II-й лечебно-реабилитационной программе количество пациентов с декомпенсацией психопатических черт личности уменьшилось. В основной группе и группе сравнения достоверная разница отмечалась при следующих радикалах личности: эмоционально-неустойчивом, возбудимом и истерическом (19,2% против 51,2%; 3,2% против 19,2%; 3,2% против 12,8; $p < 0,05$).

Клинико-динамические особенности опийной наркотической зависимости у лиц с расстройствами личности при резидуально-органической недостаточности головного мозга в преморбидном периоде

Пациентов с расстройствами личности при резидуально-органической недостаточности головного мозга в преморбидном периоде мы разделили на две подгруппы по времени формирования органического поражения головного мозга: а) ранние резидуальные церебрально-органические нарушения, обусловленные внутриутробными, перинатальными и ранними постнатальными поражениями головного мозга – 72,8% ($n=47$) в основной и 79,6% ($n=23$) в группе сравнения; б) резидуальные церебрально-органические нарушения, которые сформировались вследствие черепно-мозговых травм, тяжелых инфекционных и соматических заболеваний – 27,2% ($n=17$) в основной и 20,4% ($n=6$) в группе сравнения.

Для пациентов с расстройствами личности при резидуально-органической недостаточности головного мозга характерны низкий уровень образования (студенты вузов, неоконченное высшее и высшее – 32,1%), социально-трудового статуса (не работающие – 62,4 %). Сохранные семейные

отношения выявлены в 51,2% случаев, разведены (20,8%), холосты и не замужем (30,4%); большая доля неблагоприятной наследственной отягощенности наркологической (49,5%) и психической в 30,4% случаев.

Пациенты воспитывались в полных семьях в 89,6%. Гармоничные взаимоотношения не были выявлены в обеих группах исследования. Воспитание чаще всего происходило в условиях потворствующей гиперпротекции (30,4%), гипоопеки (25,6%), «ежовых рукавиц» (16,0%). Эмоциональное отвержение определено в 14,4%; противоречивое воспитание и гиперпротекция с повышенной моральной ответственностью – в 9,6% и в 8,0% соответственно. Преобладание потворствующей гиперпротекции можно объяснить следствием страха родителей за жизнь ребенка, пережитого в период раннего детства.

Кратность обращения за лечением пациентов с расстройствами личности с резидуально-органической недостаточностью головного мозга в основной группе: впервые обратившихся за лечением не было, в среднем пациенты лечились $5,0 \pm 0,65$ раза и снимали абстиненцию в стационарных условиях; в 17,1% заключение под стражу, т.е. в условиях, исключающих употребление ПАВ. Самый короткий перерыв в употреблении $5,0 \pm 0,45$ дня, т.е. вновь начинали употреблять ПАВ сразу после выписки из стационара, самый длинный – $4,0 \pm 1,25$ месяца.

Анализ личностных особенностей пациентов показал, что все пациенты этой группы имели декомпенсацию преморбидных черт личности, возникшую в процессе длительного употребления ПАВ. «Наркоманический дефект» личности формировался быстро, практически совпадал с развитием синдрома отмены. У больных этой группы в периоды рецидива наркомании мы наблюдали сформированную «наркоманическую патологическую деятельность», когда личное время структурировалось вокруг добычи и употребления наркотика, и без этого человек испытывал скуку и незнание чем себя занять.

После проведенной терапии по III-й ЛРП количество пациентов с декомпенсацией психопатических черт личности в основной группе достоверно снизилось по сравнению с контрольной группой. В основной группе в процессе лечения патологические черты личности компенсировались в разной степени и сохранялись в 20,8% случаев, в группе сравнения в 64,6% случаев ($p < 0,05$).

Дифференцированные лечебно-реабилитационные программы для больных опийной наркоманией

Разработаны программы лечения и реабилитации с учётом преморбидных особенностей больных опийной наркотической зависимостью. Они отличаются между собой объёмом психофармакологических и психотерапевтических мероприятий, которые направлены на личностный рост, повышение самооценки, укрепление мотивации на лечение, нормализацию и поддержание трезвого образа жизни.

Методы и приемы психотерапии в разработанных нами лечебно-реабилитационных программах для больных наркоманией выбирались с учетом выявленных личностных нарушений в преморбиде.

Психофармакотерапевтический комплекс (ПФК) на первом этапе являлся ведущим; уже на втором этапе важное значение приобретала психотерапия. На третьем этапе программ психофармакологический комплекс создавал основу для проведения психотерапии и других методов лечения.

Антаксон применялся по схеме: 1-й месяц – 50 мг препарата в первые 5 дней недели и 100 мг – в субботу; 2-й месяц – 100 мг каждые 2 дня; 3-й месяц – 100 мг в понедельник, 100 мг в среду и 150 мг в пятницу; 4-й, 5-й, 6-й месяц по 100 мг в понедельник.

Психотерапевтическая модель лечебно-реабилитационных программ для больных опийной наркоманией

Психотерапевтическая модель (ПТМ) лечебно-диагностических программ базируется на интегративном мультимодальном подходе современной российской психотерапии. Проведение психотерапии осуществлялось в индивидуальной, семейной и групповой форме.

I этап всех лечебно-реабилитационных программ был одинаковым по применяемым психотерапевтическим методам для всех пациентов основной группы исследования. Занятия в стационаре проводились в палате реанимационного отделения после проведения УБОД.

Встречи с родственниками пациента проводились в психотерапевтическом кабинете.

Начиная со второго этапа, в психотерапевтической модели учитывались выявленные личностные нарушения в преморбиде больных опийной наркоманией. В начале 2-го этапа больные подтверждали свое согласие на участие в ЛРП, обсуждался план психотерапевтических сессий. На 2-ом этапе проводилось 5 ежедневных приемов по 1,5 часа. Третий этап лечебно-реабилитационных программ проводился в амбулаторных условиях.

Лечебно-реабилитационная программа для больных опийной наркоманией с акцентуациями характера в преморбидном периоде (первая программа)

В комплексном лечении пациентов с акцентуациями характера в преморбиде мы применяли рациональную психотерапию, символдраму (ресурсные мотивы, мотивы средней и высшей ступени), нейролингвистическое программирование (техники), аутогенную тренировку.

Алгоритм 3-го этапа I программы был следующим: в первую неделю проводилось три психотерапевтические сессии, на второй неделе – две, на третьей и четвертой неделе – по одной сессии в неделю. Следующий месяц по одной сессии каждые две недели. Таким образом, за 1 месяц третьего

этапа проводилось 7 занятий, за 2-ой месяц – два занятия. Затем до 6 месяцев – по одному разу в месяц. До одного года – 1 раз в 2 месяца. При необходимости назначались визиты поддержки. Приемы проводились по 1 часу. Индивидуальная терапия сочеталась со 2-й сессии с групповой и семейной терапиями. При наблюдении во 2-й год: визиты поддержки проводились 1 раз в полгода.

Рациональная психотерапия использовалась для изменения у пациентов ложных представлений, понятий и умозаключений по поводу наркомании.

Пациентов обучали аутотренингу с подбором фразы имеющей значение для достижения желаемой цели. Мотивы символдрамы выбирались в зависимости от радикала личности и данных истории жизни. Проводились анализ и интерпретация полученных образов. Техники НЛП использовались для воздействия на патологическое влечение к наркотику с учетом выявленных триггеров, и для повышения стрессустойчивости. Психотерапия проводилась с учетом выявленных вне- и внутриличностных конфликтов. Тренинг психологической устойчивости совместно с людьми, окружающими пациента в семье, способствовал изменению внутрисемейных отношений.

Лечебно-реабилитационная программа для больных опийной наркоманией со специфическими личностными расстройствами в преморбидном периоде (вторая программа)

Психофармакологический комплекс для этой группы больных был обязательным и создавал основу для проведения других методов лечения. Особенностью его являлось более длительное, по времени, применение медикаментов. Антаксон в этой группе больных назначался по схеме (100 мг каждые два дня на протяжении 6 месяцев). Пациентам с эмоционально-неустойчивым радикалом антаксон назначался в течение года.

Цель психотерапии больных со специфическими личностными расстройствами в преморбиде в общем виде состоит в гармонизации поведения и достижении стабильной социальной адаптации пациентов.

В психотерапевтической модели для данной группы пациентов в качестве основного психотерапевтического метода мы применяли когнитивно-поведенческую терапию для избавления пациента от непродуктивных форм поведения путем реструктурирования устойчивых патологических когнитивных схем и моделирования адаптивных поведенческих паттернов. Цели и задачи формулировались в зависимости от конкретных психологических проблем пациента, часто имеющих характер психогений и касающихся как межличностных отношений, так и интрапсихических конфликтов.

В психотерапевтическую модель программы для пациентов этой группы мы включили прогрессивную мышечную релаксацию по Джекобсону. Аутогенной тренировке, с подбором индивидуальных формул самовнушения

обучали пациентов на 3-м этапе. Гипносуггестивная терапия широко применялась в психотерапевтической модели второй программы как самостоятельный метод или как дополняющая часть других методов.

Психотерапия носила различный характер в зависимости от типа личностных расстройств, так истероидным личностям подчеркивалась значимость их решений в личной жизни, важность доказать окружающим людям, которые не верят в них, что они сильные, желание вызвать восхищение достигнутой победой. При работе с эпилептоидным типом выявлялись триггеры агрессивных реакций, затем работа велась уже с ними, давая возможность пациентам контролировать свои реакции. При работе с эмоционально-неустойчивыми лицами психотерапия велась с целью повышения самооценки, укрепления автономности личности: с «проживанием» симбиотических взаимоотношений через сепарацию к сотрудничеству. При построении работы с возбудимым типом акцент делался на коррекцию аффективной сферы, определение ведущих потребностей и желаемого будущего.

Мотивы символдрамы проводились в виде «молчаливого образа», когда используется суггестивная составляющая символдрамы. Интерпретацию полученного образа не делали, но результаты анализа использовались для построения последующих психотерапевтических сессий.

Лечебно-реабилитационная программа для больных опийной наркоманией для лиц с расстройствами личности с резидуально-органической недостаточностью головного мозга в преморбидном периоде (третья программа)

Обязательным для этой группы было проведение профилактических курсов дегидратационно-рассасывающей, ноотропной и общеукрепляющей терапии в осенне-весенний период сезонных обострений заболевания.

Антаксон в этой группе больных применялся по схеме длительностью от 6 месяцев до 1 года, в зависимости от клинической динамики ремиссии.

В психотерапевтической модели в качестве основного психотерапевтического метода для данной группы пациентов мы применяли символдраму. Остальные методы психотерапии психотерапевтической модели III-й ЛРП были представлены в разном объеме, в зависимости от личностных и клинических особенностей.

Ресурсные мотивы символдрамы, удовлетворяя бессознательные потребности пациентов, гармонизируют межполушарную функциональную асимметрию, компенсируют аффективные, диссомнические нарушения, корригируют декомпенсированные преморбидные личностные черты больных опийной наркоманией. Учитывая особенности клиники постабстинентного периода, в III-й ЛРП суггестивные, релаксирующие методы и техники проводили в начале приема. Гиперкинетическая стадия, наступающая после релаксации, использовалась в последующих динамических техниках и

методиках. Мы включили прогрессирующую мышечную релаксацию, так как этот метод позволяет получать автоматически наступающую релаксацию. После сеанса пациенты возвращались в палату в спокойном состоянии.

На третьем этапе поддерживающего лечения в ремиссии использовались фармакотерапевтические методы с акцентом на психотерапию.

Выбор конкретной стратегии психотерапевтической работы определялся личностными особенностями пациентов, клиникой постабстинентного периода и типом формирования ремиссии.

Ремиссия у больных наркоманией с различными преморбидными особенностями

Результаты лечения оценивались по адаптированной нами «Шкале оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией».

Положительным результатом терапии по данным «Шкалы оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией» мы считали следующие уровни: «А», «В», «С», так как они исключают употребление всех видов наркотических веществ. Отрицательным результатом лечения по «Шкале...» мы считали уровни: «D», «E», которые допускают употребление наркотических веществ и наблюдается определённая степень социальной дезадаптации.

В основной группе ремиссия через 2 года из 85 обследованных по уровню «А» была у 2 человек (2,4%), по уровню «В» – у 8 человек (9,3%), по уровню «С» – у 37 человек (43,5%), по уровню «D» – у 17 человек (20,1%), по уровню «E» – у 21 человек (24,7%) (рис.2).

В группе сравнения через 2 года из 43 обследованных по уровню «А» ремиссии не было (0%), по уровню «В» – у 1 человека (2,3%), по уровню «С» – у 7 человек (16,1%), по уровню «D» – у 14 человек (32,2%), по уровню «E» – у 21 человека (49,4%).

У пациентов с акцентуациями характера в основной и контрольной группе были определены следующие уровни ремиссии: «А» у 2 человек (2,4%), в группе сравнения 0%; «В» – у 5 человек (5,8%), у 1 человека (2,3%) соответственно; «С» – у 6 человек (7,1%), у 1 человека (2,3%) соответственно, уровни «D» и «E» в основной группе не выявлены (0%), в контрольной группе уровень «D» у 2 человек (4,6%), «E» – у 1 человека (2,3%).

У пациентов со специфическими личностными расстройствами в основной и контрольной группах были определены следующие уровни ремиссии: уровни «А» и «В» в основной и контрольной группах не выявлены (0%), «С» – у 8 человек (9,3%), у 2 человек (4,6%) соответственно, «D» – у 7 человек (8,3%) и у 3 человек (6,9%) соответственно; «E» – у 9 человек – (10,6%) и у 7 человек (17,2%) соответственно.

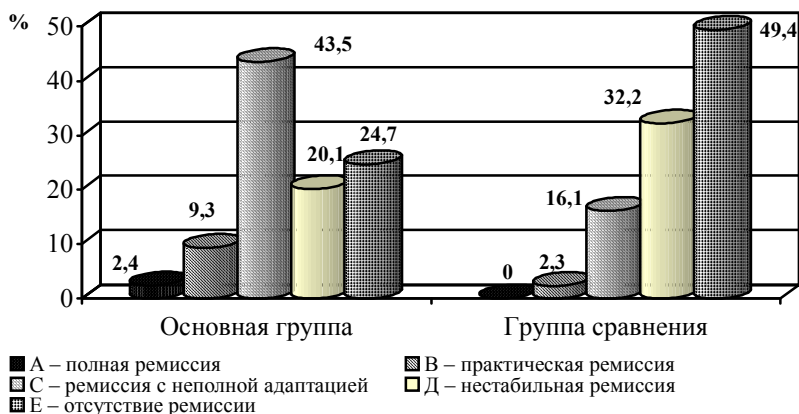


Рис. 2. Ремиссия у обследованных пациентов через 2 года в основной и в группе сравнения со специфическими личностными расстройствами.

В результате терапии пациентов с резидуально-органической недостаточностью головного мозга в преморбиде были получены следующие уровни ремиссии: уровень «А» в основной и контрольной группе не выявлены (0%); «В» – у 3 человек (3,5%), в группе сравнения 0%; «С» – у 23 человек (27,1%), у 4 человек (9,2%) соответственно, «D» – у 10 человек (11,8%) и у 9 человек (20,7%) соответственно; «Е» – 12 человек – (14,1%) и у 13 человек (29,9%) соответственно.

Для оценки динамики аффективных нарушений у больных мы использовали субъективные шкалы: Цунга (Т, Д), Спилбергера-Ханина (личностная и реактивная тревожность) и Бека.

При исследовании аффективной сферы больных опийной наркоманией с акцентуациями характера после комплексного лечения показатели тревожности и депрессии снизились: реактивная и личностная тревожность с 40,9 до 31,8 и с 44,0 до 38,1 соответственно; по данным шкал Цунга (тревога, депрессия) с 51,2 до 40,9 и с 62,9 до 43,1 баллов соответственно ($p < 0,01$); по шкале депрессии Бека – с 21,2 до 16,1 баллов соответственно ($p < 0,05$).

Показатели реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина у пациентов опийной наркоманией со специфическими расстройствами личности после комплексного лечения снизились с 40,9 до 31,6 балла и с 41,5 до 32,1 баллов соответственно; по данным шкал Цунга (тревога, депрессия) с 51,2 до 40,9 баллов и с 55,9 до 40,1 баллов соответственно ($p < 0,01$); по шкале депрессии Бека – с 20,3 до 17,4 баллов соответственно ($p < 0,05$).

В группе РЛРОНГМ после комплексного лечения показатели реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина снизились: с 41,7 до 30,8 баллов и с 43,3 до 36,1 баллов соответственно; по данным шкал Цунга (тревога, депрессия) с 51,2 до 40,3 баллов и с 48,9 до 36,1 баллов соответственно; по шкале депрессии Бека – с 19,5 до 16,6 баллов соответственно ($p < 0,01$).

Комплексный подход к лечению при создании дифференцированных лечебно-реабилитационных программ позволил увеличить длительность ремиссии у обследованных больных практически в 2 раза. Соблюдение принципов комплексности, включения психотерапии на всех этапах лечения и реабилитации, учет преморбидных особенностей пациентов, динамического наблюдения являлись наиболее важными факторами, влияющими на длительность и качество терапевтических ремиссий, восстановления и сохранности социальной адаптации у данного контингента больных.

ВЫВОДЫ

1. Структура преморбидных личностных нарушений у больных опийной наркоманией представлена расстройствами личности на фоне резидуально-органической недостаточности головного мозга (58,2%), эмоционально-неустойчивым типом специфического расстройства личности (28,2%), акцентуациями характера (13,6%).

2. В зависимости от преморбидных личностных особенностей у больных опийной наркоманией формируются нарушения в аффективной сфере: при акцентуациях характера – по депрессивному типу, которые в процессе терапии компенсируются; при специфических расстройствах личности и резидуально-органической неполноценности головного мозга доминируют тревожные нарушения, трудно поддающиеся терапии.

С преморбидными личностными особенностями связано соматическое состояние больных опийной наркоманией – у пациентов с акцентуациями характера улучшение наиболее выражено; продолжительнее всего восстановление соматоневрологического статуса происходит при резидуально-органической неполноценности головного мозга.

3. Для больных опийной наркоманией с учетом выявленных личностных нарушений в преморбиде разработаны дифференцированные лечебно-реабилитационные программы (ЛРП): I-я программа предназначена для больных с акцентуациями характера, II-я – для больных со специфическими личностными расстройствами, III-я – для больных с резидуально-органической неполноценностью головного мозга.

Методы ЛРП, включающие психофармакотерапию и психотерапию (рациональную, когнитивно-поведенческую, символдраму (ресурсные мотивы начальной ступени), нейролингвистическое программирование, суггестивную, прогрессивную мышечную релаксацию, групповую и семейную), направлены на личностный рост, повышение самооценки, укрепление мотивации на лечение, нормализацию и поддержание жизни без психоактивных веществ.

4. Дифференцированные в зависимости от преморбидных особенностей личности лечебно-реабилитационные программы способствуют увеличению длительности и качества ремиссии.

4.1. При оценке результатов по «Шкале оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией» (положительным результатом считаются уровни «А», «В» и «С», т.к. они исключают употребление всех видов наркотических веществ) получено следующее: в основной группе ремиссия длительностью 2 года по уровню «А» сформировалась в 2,4% случаев, по уровню «В» – в 9,3%, по уровню «С» – в 43,5%; в группе сравнения через 2 года ремиссии по уровню «А» не было (0%), по уровню «В» наблюдалась в 2,3%, по уровню «С» – в 16,1%, в половине случаев (49,4%) ремиссия формировалась по уровню «Е» (отрицательный результат).

4.2. Среди пациентов со специфическими личностными расстройствами и резидуально-органической недостаточностью головного мозга ремиссии уровня «А» и «В» не наблюдались (0%), доминировали ремиссии уровня «С» – 9,3% и 27,1%; «Д» – 8,3% и 11,8%; «Е» – 10,6 и 14,1% соответственно. Наиболее эффективной терапия была при акцентуациях характера.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

1. Для оценки эффективности лечения больных опийной наркоманией рекомендуется разработанная «Шкала оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией».

2. Положительный результат лечения по «Шкале оценки эффективности терапии больных опийной наркоманией» оценивается следующим образом: уровень «А» – полная ремиссия с восстановлением прежнего социального и трудового статусов; уровень «В» – практическая ремиссия, возможно редкое курение и редкое, в малых дозах, ритуальное употребление алкоголя; обязательное наличие работы; отсутствие патологического влечения к наркотику; уровень «С» – ремиссия с неполной адаптацией, «сухая ломка», астения, аффективные нарушения, периодически возникающее невыраженное контролируемое патологическое влечение к наркотику; уровень «Д» – нестабильная ремиссия опийной наркомании с

незначительным клиническим улучшением, частичным восстановлением социально-трудовой адаптации, периодически возникающим контролируемым ПВН, усиливающимся в стрессовых ситуациях; уровень «Е» – отсутствие ремиссии.

3. Применение лечебно-реабилитационных программ с учетом типа личностных нарушений в преморбидный период, дифференцированных по объему, направленности и содержанию психотерапевтических мероприятий с использованием психофармакотерапии показано для больных опийной наркоманией.

4. Целесообразно проводить лечение пациентов опийной наркоманией совместно с со-зависимыми, учитывая все правила проведения групповой психотерапии.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Любичева, Н.И. Обобщение опыта применения шкал Бека и Цунга у наркологических больных / Н.И. Любичева, О.И. Хвостова, Н.Е. Завьялова, // Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы): Статья докл. I Всероссийской междисциплинарной конференции. – Томск, 2003. – С.381-382.
2. Любичева, Н.И. Депрессивные нарушения у созависимых родственников пациентов с опийной наркоманией/ Н.И. Любичева // Медицинская стратегия в новом веке: Статья докл. Кузбасской научно-практической конференции, посвященной 70-летию муниципального ЛПУ Городская клиническая больница №2. – Новокузнецк, 2004. – С.381-382.
3. Любичева, Н.И. Применение теста «Роза качества жизни» в реабилитации пациентов с опийной наркоманией для оценки эффективности лечения / Н.И. Любичева // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**, 2007. – № 3 (46). – С.20-23.
4. Любичева, Н.И. Опыт применения теста Бентона в нейропсихологическом исследовании больных опийной наркоманией / Н.И. Любичева, А.А. Корнилов // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии в XXI веке: Тезисы докл. Межрегиональной научно-практической конференции. – Новосибирск, 2008. – С. 69-70.
5. Любичева, Н.И. Некоторые особенности реабилитации больных опийной наркоманией / Н.И. Любичева, А.А. Корнилов // Вестник Кузбасского научного центра: Выпуск №6: «Актуальные вопросы здравоохранения». – Кемерово, 2008. – С. 120-122.
6. Любичева, Н.И. Особенности мотивационных установок начала употребления наркотиков больными опийной наркоманией/ Н.И. Любичева, А.А. Корнилов // Вестник Кузбасского научного центра: Выпуск №9: «Современные подходы к профилактике, диагностике, лечению cerebrovasкулярных болезней». – Кемерово, 2009. – С. 99-100.
7. Любичева, Н.И. Лечение больных опийной наркоманией в зависимости от преморбидных личностных особенностей / Н.И. Любичева // Учебно-методические рекомендации (для врачей наркологов, психиатров, психотерапевтов). – Новокузнецк, 2010. – 40 с.
8. Любичева, Н.И. Избранные вопросы психотерапии / О.И. Салмина-Хвостова, Н.И. Любичева, В.А. Кубасов с соавт. // Учебно-методическое пособие / Под ред. О.И. Салминой-Хвостовой. – Новокузнецк, 2010. – 238 с.
9. Любичева, Н.И. Комплексное лечение больных опийной наркоманией с резидуально-органической неполноценностью головного мозга в преморбиде / Н.И. Любичева, О.И. Салмина-Хвостова // Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект): Тезисы докл. Межрегиональной научно-практической конференции. – Кемерово,

2011. – С.163-166.

10. Любичева, Н.И. Применение символдрамы в комплексном лечении больных опийной наркоманией с резидуально-органической неполноценностью головного мозга в преморбиде / Н.И. Любичева, О.И. Салмина-Хвостова // Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект): Тезисы докл. Межрегиональной научно-практической конференции – Кемерово, 2011. – С.166-169.

11. Любичева, Н.И. Алгоритм комплексной терапии на этапе реабилитации больных опийной наркоманией / Н.И. Любичева, О.И. Салмина-Хвостова // Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным: Тезисы докл. Всероссийской конференции / Под ред. З.И. Кекелидзе и В.Н. Краснова. – СПб: Айсинг, 2011. – С.263.

12. Любичева, Н.И. Лечебно-реабилитационные и превентивные подходы при опийной наркомании в зависимости от преморбидных личностных особенностей / Н.И. Любичева, О.И. Салмина-Хвостова, Н.Е. Завьялова // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**, 2011.- № 2 (65). – С.30-43.

13. Любичева, Н.И. Применение сульпирида в комплексном лечении опийной наркомании /Н.Е. Завьялова, О.И. Салмина-Хвостова, Н.И. Любичева // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**, 2011. – № 3 (66). – С. 81-85.

14. Любичева, Н.И. Применение символдрамы в комплексном лечении больных опийной наркоманией / Н.И. Любичева, О.И. Салмина-Хвостова // Коморбидные заболевания в аддиктологии: Тезисы докл. Межрегиональной научно-практической конференции. – Иваново, 2011. – С. 36-40.

15. Любичева, Н.И. Значение информационно-пропагандистской работы в первичной профилактике опийной наркомании / Н.И. Любичева // Актуальные вопросы профилактики заболеваний и информирования здорового образа жизни среди населения Западной Сибири: Тезисы докл. II Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 85-летию НГИУВа. – Новокузнецк, 2012. – С. 38.

16. Любичева, Н.И. Техники релаксации в лечении больных опийной наркоманией в зависимости от преморбидных личностных особенностей / Н.И. Любичева, О.И. Салмина-Хвостова // Методические рекомендации (для врачей наркологов, психиатров, психотерапевтов). – Новокузнецк, 2012. – 31 с.