

(19) **KG** (11) **143** (13) **C1**(51)⁶ **A61K 31/445**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 960361.1

(22) 18.04.1996

(46) 01.01.1997, Бюл. №3, 1997

(71) (73) Медицинский центр доктора Назаралиева (МЦН) (KG)

(72) Назаралиев Ж.Б. (KG)

(56) Личко А.Е. и др. Психиатрия. - М.: Медицина, 1995. - С. 238

(54) **Способ лечения синдрома психофизической зависимости при наркомании**

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к наркологии и может быть использовано для лечения больных наркоманией различного генезиса. Сущность способа заключается в воздействии на больного психофармакологическими средствами, при этом позитивные мотивации волевой ауторезистентности и психосоматический аверсионный рефлекс на прием наркотиков формируют "триадой Бехтерева" на фоне плацебо-фармакотерапии, где в качестве плацебо-антагониста и плацебо-агониста наркотического средства назначают соединение 4-фтор-4-1-(4-окси-4(4' хлор) – фенил-пиперидино) бутирофенон по определенной схеме в терапевтически допустимых дозах, затем на высоте психомоторного напряжения проводят сеанс императивного внушения прочности установок. Способ позволяет многократно увеличивать сроки ремиссии. 1 пр.

Изобретение относится к медицине, в частности к наркологии и может быть использовано для лечения больных наркоманией различного генезиса.

Известен способ подавления влечения к наркотику по В.С. Битенскому. В соответствии с прототипом подавление влечения к наркотику по минованию абстиненции пытаются осуществить с помощью аверсионной терапии: во время наркотического опьянения вводят дитилин, вызывающий кратковременную остановку дыхания, удушье, страх. Вариантом введения может быть коразол. В результате нескольких сочетаний вырабатывается условный рефлекс - отвращение к наркотику. Лечение подкрепляется психотерапией по переориентации поведенческих установок и объяснения вреда злоупотребления наркотиком.

Недостатком этого метода является кратковременность его эффекта, малые сроки ремиссии, поскольку эффект стресса страха относительно быстро стирается и аверсионный рефлекс угасает.

Задача изобретения - удлинение сроков ремиссии за счет формирования

сочетанного эффекта позитивных мотиваций волевой ауторезистентности и психосоматического аверсионного рефлекса.

Задача решается путем выработки фантомной антагонистической психотерапевтической связи. Позитивные мотивации волевой ауторезистентности и аверсионный психосоматический рефлекс формируют "триадой Бехтерева" на фоне плацебо-фармакотерапии, для чего в качестве плацебо-антагониста и плацебо-агониста наркотика назначают соединение 4-фтор-4-1-(4-окси-4(4' хлор)-фенил-пиперидино)-бутирофенон по схеме как плацебо-антагонист: в первый день 5 мг 0.5 % раствора соединения внутривенно струйно, во второй день - утром 5 мг в порошке, перед сном как плацебо-агонист 5 мг 0.5 % раствора внутримышечно и 5 мг в порошке, в третий день – per os 5 мг утром натощак, затем на высоте психомоторного напряжения проводят сеанс императивного внушения прочности установок. После минования абстиненции больного психологически подготавливают к восприятию заключительного этапа лечения - формирование антагонистической психотерапевтической связи и к сеансу императивного внушения прочности установок.

Психотерапевтическую основу способа составляет "Триада-Бехтерева", адаптированная к решению поставленной задачи. "Триада-Бехтерева" в оригинале относится к групповой психотерапии психических заболеваний.

В отличие от известного метода заявитель использовал конструктивные обобщенные черты "триады"- убеждение, внушение и самовнушение. На этой конструкции строится индивидуальная работа с каждым из больных для формирования фантомной психотерапевтической антагонистической реакции по отношению к наркотику связи. При этом следует уточнить, что антагонистическая связь является фантомной с позиции психотерапевта. В сознании больного - это реально существующая антагонистическая по отношению к наркотику связь, способная вызвать психосоматические нарушения в случае приема наркотика, связь, в которую больной верит и сознательно укрепляет. Внушение, как прием "триады", используется для объяснения формирования этой связи, механизма ее действия и ее устойчивости. Самовнушение, как прием "триады", служит той же цели. Субъективные ощущения физиологического действия соединения 4-фтор-4-1-(4-окси-4(4' хлор)-фенил-пиперидино)-бутирофенон (сначала в качестве антагониста наркотика, а затем в качестве его агониста) помогают пережить, "прочувствовать" реальность формирования такой связи. Убеждение - как третий, неразрывный с двумя вышеназванными, прием "триады-Бехтерева" служит эффективным психологическим инструментом врача-психиатра для воздействия на больного на всех этапах лечения синдрома зависимости.

Главным отличительным признаком заявляемого способа является сочетанное формирование у больных позитивных мотиваций волевой ауторезистентности и психосоматического аверсионного рефлекса путем выработки фантомной психотерапевтической связи - прием неизвестный в наркологической практике. Заявитель считает необходимым уточнить авторское использование термина "ауторезистентность", поскольку он точнее отражает достигаемый эффект лечения. В отличие от групповой, коллективной сопротивляемости (резистенции), так называемой групповой сопротивляемости приему наркотика, термин "волевая ауторезистентность" точнее указывает на собственную, самостоятельную волевую резистенцию больного к приему наркотика, даже при условии нахождения в бывшей привычной среде.

В известном аверсионный рефлекс создают на базе реальной аверсионной фармакотерапии, т.е. больному во время наркотического опьянения внутривенно вводят коразол, вызывающий острый страх, или дитилин, провоцирующий кратковременную остановку дыхания. Схема выработки аверсионного рефлекса по прототипу выглядит следующим образом: наркотик - наркотическое опьянение - негативный стимул (стресс страха) - рефлекс. Иными словами, механизм формирования аверсионного рефлекса на прием наркотика формализован через стресс страха. При этом больной остается

пассивным, "запугиваемым" со стороны. Подобный механизм неустойчив, т.к. стресс страха относительно быстро стирается и рефлекс угасает, т.е. ремиссия кратковременна и зависит только от срока мысленной репродукции больным пережитого ощущения страха.

Заявляемый способ базируется на совершенно иной схеме. Обобщенно она выглядит следующим образом: антагонист наркотика (плацебо)-формирование антагонистической связи (фантом)-провокация наркотиком (плацебо)-рефлекс+ауторезистенция. Осью, вокруг которой осуществляются действия, приводящие к эффекту снятия (подавления) психофизической зависимости, является формирование фантомной психотерапевтической антагонистической по отношению к наркотику связи.

Использование соединения 4-фтор-4-1-(4-окси-4(4' хлор)-фенил-пиперидино)-бутирофенон в качестве психофармакологического средства (как прием способа) также является существенным отличительным признаком заявляемого способа. Это соединение, известное как Serenase, Serenase, Haldol, Haloperin, Aloperidin и т.д. (в зависимости от страны-поставщика) является нейтролептическим средством, ослабляющим влечение к наркотику только на время приема (А.Е. Личко, М., 1995). Заявитель использует этот препарат совершенно с иной, неизвестной в психотерапии целью - как плацебо-антагониста наркотика и как плацебо-агониста наркотика, который в сочетании с "триадой Бехтерева" позволяет выработать у больного стойкий аверсионный рефлекс и позитивные мотивации волевой устойчивости неприятия наркотика в любых жизненных ситуациях.

Этот существенный признак необходим для создания нужного психосоматического фона при проводимой психотерапевтической коррекции установок.

В тесной логической связи с этим приемом является и следующий отличительный признак - схема введения препарата: в первый и второй день (утро) препарат назначается как антагонист (плацебо) наркотика, который, как объясняют больному, формирует устойчивую, антагонистическую по отношению к наркотику, связь на уровне центральной нервной системы, а также блокирующую ранее существовавшую патологическую тягу к наркотику. Субъективные ощущения больного создают реальную опору для самовнушения в формировании антагонистической связи.

Затем, для демонстрации сформировавшейся связи (фантомной) проводят провокацию наркотиком (плацебо) на второй день перед сном. В третий, завершающий день, накануне сеанса императивного внушения, соединение фигурирует как укрепляющее средство. Кумулятивный эффект, возникающий в результате приема соединения в течение трех дней, обеспечивает необходимый психосоматический фон и делает успешным сеанс императивного внушения прочности сформировавшейся связи.

Эффективность заявляемого способа лечения синдрома психофизической зависимости была проанализирована на 100 наблюдениях. Проанализированы 100 историй болезни пациентов, прошедших лечение в МЦН с декабря 1994 г. по ноябрь 1995 г. Истории болезни подбирались эмпирически. Наблюдаемые подразделены на 2 группы. 1-ая группа - это больные, прошедшие заключительный этап лечения по заявляемому способу (73 чел.) и 2-ая - контрольная группа (27 чел.) - больные без заключительного этапа - это пациенты, которые по тем или иным причинам (отказ, выписка за нарушения режима лечения) не прошли заключительного этапа лечения, т.е. они были пролечены по известным способам: купирован абстинентный синдром, проведена дезинтоксикация организма и общеукрепляющая психофармакотерапия. Контроль велся по обратной связи с родственниками больных или самими больными после стационарного лечения. Практически все бывшие пациенты МЦН живут за пределами КР.

До поступления в МЦН 32 больных (32 %) лечились от наркомании в разных учреждениях более 3-х раз, 39 пациентов (39 %) лечились дважды, 19 человек (19 %) лечились 1 раз и 10 человек пытались порвать с наркоманией самостоятельно. При этом после стационарного лечения в разных городах и по разным способам, ремиссия является приблизительно одинаковой: от нулевой до 1-2 месяцев, т.е. пациенты или сразу после стационара возвращались к старой привычке, либо выдерживали 1-2 месяца. Есть всего 3

случая, когда у больных отмечена ремиссия в 3.5 и 6 месяцев после лечения известными методами. По результатам анализа 1-ой группы из 73 пациентов (по заявленному способу) ремиссия продолжается до настоящего времени у 70 пациентов, что составляет 95.9 %. В этой группе только 3 пациента вернулись к наркотикам.

Но даже у этих пациентов срок ремиссии после лечения в МЦН значительно превышает сроки ремиссии после лечения другими способами. У остальных пациентов 1-ой группы продолжающаяся наблюдаемая ремиссия зафиксирована от 7 мес. (те, кто пролечены в МЦН в октябре 1995 г.) до 16 мес. - в зависимости от даты лечения в МЦН.

В контрольной в группе, 2-я группа, из 27 пациентов, выписанных из стационара без заключительного этапа лечения по заявляемому способу, только у четырех пациентов продолжается ремиссия, т.е. у 14.8 %. Остальные пациенты (85.2 %) стали принимать наркотики сразу после стационара, т.е. ремиссия в 85.2 % случаев отсутствует.

Сравнение сроков ремиссии после лечения известными способами и после лечения заявляемым способом показывает их многократное - в 8-10 раз увеличение, что говорит о более высокой, чем в известных способах, устойчивости - ауторезистентности и установок на подавление влечения к наркотикам. Следует и добавить и такой аргумент, что большинство наших пациентов вернулись на работу или работают на новом месте, у многих наладились семейные отношения, т.е. можно говорить о более эффективной, чем по известным способам, социальной реабилитации больных.

Пример 1 иллюстрирует лечение синдрома психофизической зависимости у больного опийной наркоманией.

Больной Н., 1962 г.р., из Тюмени, женат. Находился на лечении в МЦН с 1 февраля по 5 марта 1995 г. Из анамнеза. Первый раз принял внутривенно наркотик в виде кустарно изготовленного раствора на базе опия-сырца в 18 лет. В течение следующего года наркотизация носила нерегулярный характер, за это время сформировался психический компонент в виде навязчивого желания употреблять наркотик. С 19 лет прием наркотика приобрел систематический характер, средняя суточная доза составила 4 г опиума-сырца. Со слов больного, он пытался неоднократно бросить употребление наркотиков, спонтанная ремиссия была в течение 4-5 дней с возвратом к наркотику из-за выраженного абстинентного синдрома, т.е. сформировалась психофизическая зависимость от наркотика в виде навязчивого желания употребления наркотика, сниженного подавленного настроения, сильными болями в крупных суставах, мышечной болью, слезотечением, насморком, поносом, профузным потом. По поводу опийной наркомании стационарно неоднократно лечился в 1992 году в Москве в наркологической больнице в течение 30 дней, лечебная ремиссия в течение месяца. Повторно лечился в 1993 году в г. Тюмени в психиатрической больнице в течение месяца, лечебная ремиссия 2 месяца. В феврале 1995 года поступил на стационарное лечение в МЦН с диагнозом опийная наркомания II стадии, состояние наркотического опьянения. В отделении проведено следующее лечение.

Инфузионная традиционная терапия с нейролептиками и транквилизаторами в пределах адекватных терапевтических доз, проведено 3 сеанса гемосорбции. Болевой синдром купирован эпидуральной блокадой, разработанной в МЦН. После снятия острых явлений абстиненции, больному проведена общеукрепляющая фармакотерапия для ликвидации остаточных явлений абстинентного синдрома. На выходе из состояния абстинентного синдрома, когда больной стал адекватен, с ним проведена психотерапевтическая работа для восприятия заключительного (по заявляемому способу) этапа лечения.

Снятие синдрома зависимости по заявляемому способу проведено следующим образом. В первый день заключительного этапа больному поясняют действие внутривенно вводимого соединения 4-фтор-4-1-(4-окси-4(4' хлор)-фенил-пиперидино)-бутирофенон, которое проникает в мозговые структуры и блокирует патологическую связь тяги к наркотикам на уровне центральной нервной системы, тут же дается объяснение о психофизических явлениях, сопутствующих внедрению препарата в

организм, мозг: неусидчивость, тревога, беспокойство, сонливость, возможное потягивание мышц. Затем больному вводят внутривенно струйно 0.5 % - 5 мг р-ра соединения 4-фтор-4-1-(4-окси-4(4' хлор)-фенил-пиперидино)-бутирофенон. Наутро второго дня дают то же соединение с той же целью в виде порошка 5 мг per os. На жалобы больного психотерапевт дает объяснения закономерности наблюдаемого эффекта, как свидетельство успешного формирования антагонистической психотерапевтической связи на уровне центральной нервной системы больного. Поскольку ощущения больного совпадают с подготовительным описанием, данным психотерапевтом, больной начинает верить в реальность формирования связи.

Перед сном второго дня больного готовят к проведению провокации наркотиком для проверки эффективности сформировавшегося антагонизма. Психотерапевт рассказывает о последствиях такой провокации, возможных психосоматических нарушениях, т.е. психотерапевт подготавливает психосоматическую реакцию больного. Затем ему вводят наркотик (плацебо) в виде соединения 4-фтор-4-1-(4-окси-4(4' хлор)-фенил-пиперидино)-бутирофенон 0.5 % - 5 мг р-ра внутримышечно в порошке. Больной жалуется на неусидчивость, тревогу, беспокойство, потягивание мышц, нарушенный ночной сон. Наутро третьего дня фармакологически усиливают психосоматические ощущения больного, для чего вводят 5 мг per os в порошке того же соединения. У больного появляется тремор, беспокойство, напряжение, но в то же время больной твердо намерен пройти последний этап лечения и навсегда порвать с наркотиками. Сеанс императивного внушения проводится очень динамично, с напором на психику больного, быстро проговаривая в виде отрывистых приказов "выстоять", "выбросить навсегда", "забыть о наркотиках" и т.д. После проведенного сеанса больному дают отдых, снимают напряжение транквилизаторами, после собеседования выписывают. Данный больной при выписке адекватен, уверен в своих силах, наблюдается легкая эйфория. Выписан 5 марта 1995 г. До февраля 1996 г. больной звонил сам 7 раз, дважды звонила жена. Ремиссия у больного продолжается, больной устроился на работу, высказывает твердое негативное отношение к наркотикам.

Формула изобретения

Способ лечения синдрома психофизической зависимости при наркомании, заключающийся в воздействии на больного психофармакологическими средствами, отличающийся тем, что позитивные мотивации волевой ауторезистентности и психосоматический аверсионный рефлекс на прием наркотиков формируют триадой Бехтерева на фоне плацебо-фармакотерапии, для чего в качестве плацебо-антагониста и плацебо-агониста наркотического средства назначают соединение 4- фтор-4-1-(4-окси-4(4' хлор)-фенил-пиперидино)-бутирофенон по схеме: в качестве антагониста в первый день 5 мг 0.5 % раствора соединения внутривенно струйно, утром второго дня per os 5 мг в порошке, в качестве агониста во второй день перед сном 5 мг 0.5 % раствора внутримышечно и 5 мг per os в порошке, утром третьего дня per os 5 мг в порошке, затем на высоте психомоторного напряжения проводят сеанс императивного внушения прочности установок.

Ответственный за выпуск Ногай С.А.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03