

(19) **KG** (11) **385** (13) **C1**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ ПРИ
ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КРП) АИМ 21/00

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 990034.1

(22) 07.09.1999

(46) 30.06.2000, Бюл. №2

(71)(73) Назаралиев Ж.Б. (KG)

(72) Назаралиев Ж.Б., Бауэр В.Р., Кубатов Э.А. (KG)

(56) Mellibruda J., Sobolewska Z. Alcoholism i Narkomania. - Warsaw, 1997, №3/28. - С. 421-430

(54) **Способ лечения состояния наркотической зависимости**

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к наркологии, и предназначено для лечения алкоголизма и наркомании. Сущность способа заключается в поэтапной фармакопсихотерапии соматических и психических проявлений наркотизации с использованием вспомогательной психотерапии созависимых лиц. Для этого больного госпитализируют совместно с созависимым лицом и под психолого-клиническим контролем в динамике проводят методом погружения и анализа сначала отдельную, а затем сопряженную психотерапию, адекватную этапам лечения. На этапе детоксикации больного у созависимого лица проводят психодиагностику личности и семейных взаимодействий, а также диагностируют ведущие психопатологические синдромы-мишени, после чего осуществляют групповую психотерапевтическую коррекцию личностных расстройств и ролевого взаимодействия у созависимых лиц, формируют у них конструктивное отношение к личности, заболеванию и реабилитации больного. Параллельно индивидуально корректируют психопатологические нарушения. На этапе нормализации соматопсихического статуса больного продолжают реконструктивную индивидуально ориентированную психотерапию больного и созависимого лица. На этапе первичной реабилитации больного в условиях стационара проводят сопряженную противорецидивную терапию с составлением послелечебной программы реабилитации и социальной реинтеграции больного наркоманией. Способ позволяет значительно удлинить ремиссию больного, снижает число рецидивов наркотизации и облегчает реинтеграцию больного в общество, 1 пр.

Изобретение относится к медицине, в частности к наркологии, и предназначено для лечения больных наркоманией и алкоголизмом.

В известных способах лечение наркотической зависимости является процессом многоэтапным. Этапы лечения могут варьировать по классификации и количеству, но вне зависимости от вариантов процесс лечения включает в качестве обязательных этап снятия острых проявлений заболевания (этап дезинтоксикации), этап нормализации соматопсихических характеристик больного (подострый период) и этап реабилитации (Н.И. Пятницкая, 1994; Mellibruda J. et al., 1997).

В известных способах проводят психотерапевтическую работу с созависимыми лицами (термин, введенный в последнее десятилетие для обозначения лиц ближайшего окружения больных наркоманией и алкоголизмом) (Портнова А.А., 1992; Radochonski M. et al., 1990, 1991; River E., 1992; Kaufman E. et al., 1996; Mellibruda J. et al., 1997). Психотерапия созависимых лиц осуществляется амбулаторно.

Прототипом является способ лечения больных алкоголизмом с одновременной психотерапевтической помощью созависимым лицам по Программе APETA и APETOV, разработанной в Польше (Mellibruda J., Sobolewska Z., Концепция и терапия созависимости. - *Alkoholism i Narkomania*, Warsaw, 1997, №3/28. - С. 421-430).

«Существенным признаком способа по прототипу является раздельная терапия больного (стационарно и амбулаторно) и созависимого лица (амбулаторно). Поэтапное лечение больного включает стационарный этап детоксикации, после которого больной в стационарных или амбулаторных условиях проходит еще несколько этапов. Основными приемами на этих этапах является психологическая и психотерапевтическая помощь больному для изменения, в конечном итоге, социального функционирования больного, для решения его личных проблем, особенно могущих вызвать рецидив. Созависимые лица в соответствии с прототипом рассматриваются как объекты длительной фрустрации из-за хронической алкоголизации близкого родственника (больного алкоголизмом). По прототипу у созависимых лиц корректируют только комплекс психологических проблем, которые негативно отражаются не только на психике самого созависимого лица, но, опосредованно, имеют отрицательное влияние на процесс адаптации и реабилитации больного. Поэтому способом по прототипу предусматривается отдельная психотерапия созависимых лиц, для чего, идентично больному наркоманией или алкоголизмом, созависимое лицо проходит со спецконсультантом Программу APETOV. В соответствии с этой Программой курирование созависимого лица проходит амбулаторно "по 12 шагам". Методы при этом только психотерапевтические. Цель - осознание собственных проблем (диагностические шаги), работа с ними (психологическая и психотерапевтическая коррекция) с выходом в конечном итоге на коррекцию семейных взаимодействий и поддержку больного. Для диагностики проблем созависимых лиц используются: вопросник UJ.L. Fisher, L. Span; вопросник "Мои убеждения"; шкала SCL-90; тест общего психического состояния; шкала аффективного баланса Brabdburne; вопросник жизненных ориентиров - чувства когерентности SOC-29 A/Antonovsky; шкалу SPI вопросника TISCO Spielberger-Wrizesnievski; опросник BAW и анкеты.

Психотерапию созависимых лиц проводят методами: анализа семейного окружения, выявления укоренившихся и вредных схем поведения, эмоциональной поддержки, разъяснения в области алкоголизма и созависимости, осознания источников укоренившихся схем поведения, активизации попыток их изменения, психокоррекции семейных взаимодействий, обучения конструктивным схемам решения семейных проблем. Используются приемы углубленной психотерапии личностных проблем. Вместе взятое, в соответствии с прототипом, позволяет обеспечивать достаточную поддержку больного в период его реабилитации.

Недостатком способа по прототипу является относительно низкая эффективность воздействия созависимых лиц на сам процесс лечения состояния наркотической зави-

симости из-за исходно существующей установки на только амбулаторную работу с созависимыми лицами.

Задачей изобретения является разработка способа, который позволит повысить эффективность лечения состояния наркотической зависимости, удлинить ремиссию больного и обеспечить его социальную реинтеграцию.

Задача решается путем поэтапной фармакопсихотерапии соматических и психических проявлений наркотизации больного и активного использования вспомогательной терапии созависимых лиц на всех этапах лечения состояния наркотической зависимости. Для этого больного госпитализируют совместно с созависимым лицом и под психолого-клиническим контролем в динамике поэтапно проводят сначала раздельную, а затем сопряженную психотерапию. На этапе детоксикации больного, то есть на этапе купирования психосоматических проявлений наркотизации, у созависимого лица проводят психодиагностику расстройств личности, выявляют актуальный жизненный конфликт, определяют нарушения семейных взаимоотношений, диагностируют ведущие психопатологические синдромы-мишени. На этом же этапе осуществляют для созависимых лиц групповую, дифференцированную по семейно-структурной принадлежности, психотерапевтическую коррекцию личностных расстройств и ролевого взаимодействия. Методом погружения и анализа формируют у созависимого лица конструктивное отношение к личности, заболеванию и дальнейшей реабилитации больного. Параллельно фармакопсихотерапевтическими средствами индивидуально корригируют психопатологические нарушения у созависимых лиц в соответствии с выявленными синдромами-мишенями. На этапе нормализации соматопсихического статуса больного продолжают реконструктивную индивидуально ориентированную раздельную психотерапию больного и созависимого лица. Затем на этапе первичной реабилитации больного в условиях стационара проводят сопряженную противорецидивную терапию с составлением послелечебной программы реабилитации и социальной реинтеграции больного.

Основной отличительный признак способа - госпитализация созависимого лица совместно с больным наркоманией, и сквозной прием работы с созависимым лицом - метод погружения и анализа.

Остальные существенные отличительные признаки находятся в тесной причинно-следственной связи с вышеназванным признаком и положительным эффектом лечения: поэтапность реализации признаков, их качественные характеристики, сочетанность и чередование фармакотерапевтических, психологических и психотерапевтических приемов. Совокупность указанных признаков позволяет провести коррекцию выявленных нарушений у созависимого лица и обеспечивает использование его в качестве психотерапевтического инструмента, как на всех этапах стационарного лечения, так и в послелечебном периоде.

На этапе детоксикации больного его лечение осуществляется известными методами интенсивной терапии. Терапевтическая роль созависимого лица на этом этапе относительно пассивная. Но, не вмешиваясь в процесс лечения больного, созависимое лицо имеет важную двойную значимость: во-первых, это физический помощник врача по уходу за больным; во-вторых, присутствие близкого человека (т.е. созависимого лица) создает благоприятный психологический фон лечения. На этом этапе лечение больного проводится в основном фармакотерапией для снятия физического компонента абстиненции. С созависимым лицом в это время осуществляется объемная форсированная диагностическая и терапевтическая работа: проводят многостороннюю психодиагностику личности, анамнестически определяют актуальный жизненный конфликт, диагностируют психопатологические синдромы-мишени, всесторонне анализируют семейно-ролевые взаимодействия и их нарушения. Сразу после этого начинают психо- и фармакотерапевтическую коррекцию созависимого лица. Госпитализация созависимых лиц в соответствии со способом делает возможной проведение групповой терапии, дифференцированной по семейно-структурной принадлежности (группы супругов, родителей и ближайших род-

ственников). Формирование подобных гомогенных групп позволяет повысить эффект психотерапии, так как идентичность проблем созависимых лиц-участников групп облегчает и углубляет анализ существующего положения, способствует редукции преморбидных стрессовых последствий. Групповая терапия созависимых лиц является стартовой планкой для развития последующей психотерапевтической коррекции представления внутренней картины болезни и здоровья, патологизирующих ролевых взаимодействий, типов реагирования и подходов к решению возникающих фрустрирующих ситуаций.

Групповая психотерапия созависимых лиц идет параллельно с их индивидуальной психотерапией и фармаковоздействием на психопатологические синдромы-мишени.

На этом этапе способ предусматривает сочетанный положительный эффект в контексте лечения больного и созависимого лица. Присутствие и участие созависимого лица в процессе купирования острых психосоматических проявлений у больного наркоманией формирует эффект погружения в проблему заболевания и повышает не только эмпатию по отношению к больному, но является также психотерапевтическим суппортом при работе психотерапевта с созависимым лицом по переориентации отношения к заболеванию и самому больному, по анализу мотивов, ценностных установок, стилей когнитивно-эмоционального реагирования. По результатам апробации способа формируемый благоприятный психологический фон повышает качество выхода больного из абстиненции, сокращает сроки нормализации его психосоматического статуса, то есть сокращается на 2-3 дня длительность абстиненции у 98.3 % больных.

Совокупность терапевтических приемов на первом этапе лечения больного и созависимого лица создает необходимую логически обоснованную базу перехода к их психотерапии на втором этапе лечения - этапе нормализации соматопсихического статуса больного.

Существенными признаками способа на этом этапе является раздельная (индивидуально-ориентированная) психотерапия больного и созависимого лица. У больного психокоррекция направлена на мотивы наркотизации, коррекцию ценностных установок, реконструкцию образа Я, разрушение патологизирующих стереотипов поведения и обучение конструктивным когнитивно-эмоциональным типам реагирования. Психокоррекция охватывает весь объем проблем, лежащих как в основе наркотизации, так и возникших в процессе ее существования. При этом используют результаты диагностического обследования созависимого лица на предыдущем этапе для исходного построения психотерапевтической работы с больным. Сокращается время психодиагностики больного, так как аналитические данные по результатам обследования созависимых лиц служат контролирующим сравнением достоверности информации, получаемой от больного. В конечном итоге повышается эффективность реконструктивной терапии больного, что положительно сказывается на общем эффекте лечения.

Психотерапия созависимого лица в рамках этого этапа развивает исходные позиции первого этапа с акцентом на психотренинге конструктивных подходов к решению психологических проблем внутрисемейных взаимодействий и поддержки больного, активизирует ресурсы семьи для разрешения актуального жизненного конфликта.

Второй этап является промежуточным, но очень важным, так как в совокупности признаков способа результаты именно этого этапа создают базу для реадaptации больного в микросоциуме, что необходимо для дальнейшей реабилитации, повышая эффективность лечения в рамках решаемой задачи.

На третьем этапе - этапе первичной реабилитации больного, проводят сопряженную психотерапию, базу которой формируют индивидуально-ориентированной раздельной психотерапией второго этапа. Работа с комплексом проблем больного наркоманией и созависимых лиц позволяет провести их сопряжение и выйти на решение базовой проблемы больного — отказ от наркотизации как образа жизни. Приемы сопряженной психотерапии больного наркоманией и созависимого лица (психотренинги, собеседования, игровые варианты, анкеты, вопросники) направлены на переориентацию и оптимизацию

семейных взаимодействий для выработки противорецидивных навыков, повышения ценностных установок. Психотренинг решает задачи улучшения межличностного функционирования, разрушает дисфункциональный тип отношений, редуцирует признаки семейных стрессов. С учетом результатов фармаколечения и психокоррекции обоих участников лечебного процесса (больного наркоманией и созависимого лица) составляется реальная послелечебная программа реабилитации и социальной реинтеграции больного.

Апробация способа и его целесообразность была проведена в Медицинском центре доктора Назаралиева (МЦН) в 1997-98 годах при наблюдении 590 больных наркоманией и 590 созависимых лиц, которых госпитализировали совместно с больными. Результаты апробации эффективности способа были проанализированы в катамнезе сроком в 12 месяцев по анкетам обратной связи с содержанием вопросов к созависимому лицу и больному. Главными оценочными реперами успешного лечения были социальная реинтеграция и длительность ремиссии у больных.

Результаты социальной реинтеграции больных были следующие: 283 (48 %) пациента поменяли место работы, выбрав работу по своим интересам, силам и знаниям, 159 (27 %) - вернулись в семью, 71 (12 %) - готовились к созданию или уже создали новую семью, 47 (8 %) - организовали свое собственное дело, 59 (10 %) пациентов юношеского возраста и 71 (12 %) - подросткового возраста вернулись в учебные заведения. Приведенные данные говорят об успешной социальной реинтеграции больных наркоманией.

Ремиссия (второй оценочный репер апробации) считается длительной при условии воздержания от наркотиков в течение 10-12 месяцев. Таких больных было 448 (76 %). Ремиссия в 8-9 месяцев зарегистрирована у 47 (8 %), 4-7 месяцев - у 71 (12 %), 1-3 месяца - у 6 (1 %), срыв - у 18 (3 %) больных. Целесообразность представления последних данных связана с тем, что в соответствии с мировой статистикой ремиссия у больных наркоманией длительностью в 3-4 месяца считается успешным результатом лечения. Ремиссия в 6-8 месяцев, по тем же данным, отмечена у 8-9 % больных, то есть длительность ремиссии в 10-12 месяцев и выше у 76 % больных наркоманией, пролеченных нашим способом, многократно превышает эффект лечения другими способами и доказывает его более высокую результативность.

Совокупность существенных признаков способа позволяет значительно повысить эффективность лечения за счет многократного удлинения сроков ремиссии и социальной реинтеграции пациентов.

Пример.

Больной О., 1978 г. рождения, не женат, проживает в Москве. Поступил на стационарное лечение в МЦН с матерью М.И. (далее по тексту - созависимая М.И.) 17.04.98 по поводу употребления опия и гашиша. Больной осмотрен терапевтом, невропатологом, психиатром, наркологом. Исключены противопоказания к госпитализации и проведению лечения методом доктора Назаралиева. В первые сутки стационарирования проведены клиническое, неврологическое, клинко-психопатологическое и психологическое обследования больного О. и созависимой М.И. с последующим контролем в динамике их состояния.

Кроме общепринятых, обследования больного О. и созависимой М.И. включали сквозные адаптированные методы психодиагностики: методику диагностики личностной и реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю. Ханина (1998), методику оперативной оценки самочувствия, активности, настроения (САН, 1986), диагностику показателей и форм агрессии А. Басса, А. Дарки (1998), методику определения акцентуации характера К. Леонгарда (1998), методику "Анализ семейного воспитания" (АСВ) и методику "Семейно-обусловленное состояние" Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкого (1986), методику диагностики фрустрационных реакций С. Розенцвейга (1986), методику прогрессивных матриц Равена (тест Равена), методику Крепелина (обе методики описаны В.М. Блейхер и др., 1986), методику "Цифровые ряды" (по А.Н. Леонтьеву, 1972).

Тестирование осуществлялось путем предъявления материалов на аудио- и видеоносителях, компьютере, бумажных носителях.

Из анамнеза больного: общий стаж наркотизации превышает 5 лет, из них около 2 лет больной употреблял гашиш, вначале эпизодически, затем систематически. Сформировалась психическая зависимость. Около 3 лет назад впервые употребил героин интраназально и в течение трех месяцев от редкого эпизодического употребления перешел на внутривенный прием. Отмечался быстрый рост толерантности - до 1.5 г. Сформировалась психофизическая зависимость и абстиненция в отсутствие наркотика. Пять раз лечился частно, безрезультатно, ремиссии были кратковременными (2-4 недели). Сохранялось влечение к наркотикам. Последний прием в виде героина в/в 0.5 г был накануне госпитализации. При обследовании: симптомы острого опийного абстинентного синдрома в виде слезотечения, насморка, учащения стула, зевоты, чихания, неприятных ощущений неопределенного характера во всем теле, "растягивающих, выкручивающих" болей в спине и нижних конечностях, спастических болей в животе. Навязчивое желание "найти, достать наркотик, уколоться в последний раз". Выявлены эмоциональная лабильность, напряженность, тенденция к отрицательным колебаниям аффекта, неустойчивость фона настроения, раздражительность, суетливость, умеренная тревога. Больной фиксирован на темах о наркотиках и на наркотических переживаниях. На замечания матери грубит, но старается создать у врача благоприятное впечатление о себе. Отмечены анозогностические симптомы, мотивация на воздержание слабая, внешне усилена матерью. Оценка по методике САН свидетельствует о симптомах физического неблагополучия. Уровень личностной тревожности близок к нормативному, уровень реактивной тревожности умеренно повышен. Выявлен высокий индекс агрессивности (83 %), на первом месте вербальная агрессия (100 %), затем физическая агрессия (80 %). Состояние невротической декомпенсации определяется повышенной раздражительностью (72 %), подозрительностью (80 %), чувством вины (100 %). Форма психологической защиты в виде реакций гиперкомпенсации через агрессивное поведение. Тип характера - гипертимно-эмотивный с элементами демонстративности. Интеллектуальные параметры достаточно высокие. Отмечаются малопродуктивность, ригидность внимания, темп работы замедлен.

Клинический диагноз: опийная наркомания II стадии. Абстинентный синдром. Хронический токсический гепатит.

Больному назначено фармакопсихотерапевтическое вмешательство, атропино-терапия, экстракорпоральная детоксикация, поддерживающая терапия.

Мать больного О. - созависимая М.И., 1946 г. рождения, госпитализирована совместно с сыном. Из анамнеза: за последние 3 года пережила ряд психотравмирующих ситуаций. Жалобы на усталость, бессонницу, неустойчивое настроение с отрицательными колебаниями. Выявлены нарушения внимания в виде избирательной антинаправленной фиксации на наркотической тематике, нарушения мышления в виде снижения продуктивности и критичности, склонности к сверхценным и паранойяльным состояниям, близким к идеям отношения и особой значимости, тревога, суетливость, периоды двигательного возбуждения и апатии. При поступлении находилась в состоянии выраженной тревожной декомпенсации, многоречива, фиксирована на наркотизации сына, склонна к обвинению себя, но акцентирована на негативном влиянии окружающих, поступки которых рассматривает как преднамеренные. Низкая самокритичность в отношении своих высказываний и поведения. Клинический диагноз: Ситуативно-обусловленный тревожно-астенический синдром на фоне неврастения.

Диагностика внутрисемейных взаимодействий выявила, что воспитание сына в семье осуществлялось по типу потворствующей гиперопеки, почти полностью отсутствовали санкции наказания, отмечено расширение родительских чувств, воспитательная неуверенность. Сыну отводилась роль "кумира семьи". Требования, запреты и наказания в семье были исключены или использовались в форме явного или скрытого осуждения или назидания. Отношение больного к матери снисходительное, требования высказываются в

полуприказном тоне. Такой тип воспитания привел к развитию у больного демонстративных (истероидных) и гипертимных черт характера. Негативным фактором при формировании личности больного был развод родителей, когда больному было 6 лет. Отсутствие мужа реализовалось у М.И. в виде гипертрофированного внимания к сыну, сдерживания его самостоятельности и желания удержать его около себя. Подобные материнские установки снижали инициативность больного, ограничивали его самостоятельность в принятии решения в различных жизненных ситуациях. Личностные особенности созависимой ("тревожная личность") поддерживали в семье фон высокого уровня эмоционального напряжения. Сложившиеся межличностные семейные отношения выражались через умеренно завышенные показатели общей неудовлетворенности. У созависимой М.И. по методике Басса-Дарки отсутствуют агрессивные показатели (физическая, вербальная, косвенная агрессия), завышены показатели раздражительности (60 %), подозрительности (60 %), обидчивости (62 %), высокий показатель чувства вины (90 %). Выявлен высокий уровень реактивной тревожности, адаптивные возможности личности М.И. значительно снижены (GCR - 37.5 %, при норме более 57 %), что отражает крайне низкий уровень конформности, недоверчивость, страх поделиться своими проблемами с окружающими людьми. Низкие возможности оценки ситуации. Чрезмерно фиксирована на мелких деталях, упускает значимые моменты для решения проблем. Защитные механизмы реализуются по экстрапунитивному и импунитивному типам. Стремится переложить решение своих проблем на окружающих или обстоятельства, в данном случае - на врачей и клинику.

Созависимой М.И. назначена поддерживающая фармакотерапия: пирацетам 800 мг - 2 раза в день, пустырник 1 ч.л. - 2 раза в день, феназепам 0.5 мг - на ночь.

Со второго дня пребывания в МЦН созависимая М.И. включена в группу "родителей" для прохождения групповой психотерапии с параллельным проведением индивидуальной психотерапии с перемежающимся графиком работы. Реконструктивная психотерапия по времени охватывала первый этап лечения больного и продолжалась на втором этапе. Всего проведено 10 занятий.

1-е занятие. "Картина наркомании, ее субъективное восприятие и внутренняя переработка каждым из участников группы, искажающие и объективизирующие механизмы изменения". Упражнение - "мозговой штурм".

2-е занятие. "Постановка личностной проблемы и цель, которую преследует каждый из участников группы". Упражнения невербальные способы общения и установление контактов.

3-е занятие. "Общие понятия о структуре личности и способы диагностики эго-состояния при оценке собственной личности и окружающих лиц". Упражнения: ролевые ситуации, возникающие при общении в жизненных проблемных ситуациях, в том числе в семейной жизни. Диагностика эго-состояния.

4-е занятие. "Способы и формы межличностного взаимодействия. Общение". Упражнения: невербальные способы передачи и восприятия эмоций, формы безоценочных суждений.

5-е занятие. "Продолжение темы общения, понятие "поглаживания", классификация, формы передачи и принятия "поглаживаний". Упражнения: метафоры.

6-е занятие. "Проблемное и конфликт-разрешающее поведение в сложных, связанных с наркотизацией сына, ситуациях". Упражнения: ролевые игры, пересекающиеся и прямые трансакции.

7-е занятие. "Структурирование времени". Ознакомление с основными формами структурирования времени: уход, ритуалы, времяпрепровождение, игры, интимность, деятельность. Упражнения: ситуативная ролевая игра "общее собрание".

8-е занятие. "Игры". Игровой вариант ряда ситуаций, в каждой из которых наркотизация или наркотическое опьянение представлены в виде структурирования времени в форме "ухода" или "игры".

9-е занятие. "Понятие сценария жизни. Картина сценариев "победителя" или "побежденного". Упражнения: выступление от "предмета" или "героя".

10-е занятие. "Заключительное".

Упражнения: "старый заброшенный магазин" или "скульптура семьи". Анализ проведенного упражнения с использованием обратной связи.

К шестому занятию групп "родителей" больной О. был достаточно адекватен, поэтому наряду с его индивидуальной реконструктивной психотерапией, он, в числе нескольких больных с идентичным состоянием психосоматического статуса, был подключен к групповым занятиям, посещаемым созависимой М.И. Начиная с шестого занятия, групповая психотерапия приобретает элементы сопряженной психотерапии, как это видно из представленных тем занятий.

По результатам фармако- и психокоррекции больного О. и созависимой М.И. по завершении первых двух этапов отмечена явная положительная динамика в психосоматическом состоянии того и другого.

У больного полностью купировались острые проявления абстиненции, ее психический и физический компоненты. Стал нормализоваться сон, улучшился аппетит, повысился общий фон настроения. Больной стал активен, общителен и доброжелателен. Исчезли внутренние напряжение и тревога, отмеченные при госпитализации. В беседах с врачом больной контактен, откровенен, сосредоточен на обсуждаемых темах, заинтересован в обмене мнениями, особенно при совпадении точек зрения. Мыслительные процессы имеют обычный темп, последовательные, свободные от наркотической доминанты. Навязчивый компонент воспоминаний о наркотиках отсутствует. Однако у больного сохраняются опасения и амбивалентность в отношении будущих ситуаций после стационара. Опасения обосновываются неуверенностью в своей способности отказать бывшим друзьям-наркоманам при возвращении в прежнюю среду, смутным представлением о рациональном заполнении досуга. Критика к своим высказываниям и поступкам формальная, сохраняются анозогностические симптомы. По всем исходным показателям психодиагностики отмечена качественная и количественная положительная динамика.

У созависимой М.И. исчезли субъективные жалобы на сон, головные боли. Настроение стало более ровным, активность - организованная, целенаправленная, без элементов ажитации и тревоги. Личностная и реактивная тревожность достигла средне-нормальных величин. Снизились показатели раздражительности, подозрительности, обидчивости. Редуцировалось чувство вины. Отмечен рост адаптационных возможностей. Нормализовался показатель "фиксации на препятствии", интрапунитивный тип реагирования превалирует, что свидетельствует о готовности принять ответственность на себя.

Анализ внутрисемейных взаимодействий свидетельствовал о росте взаимной эмпатии между больным О. и созависимой М.И. У больного исчез покровительственный грубый тон при общении с матерью, он проявляет заботу о ней в бытовых ситуациях (ухаживает при обслуживании в столовой, старается не мешать ее ночному отдыху, высказывает комплименты матери при общении с врачом). В то же время, со слов матери, она "по-другому увидела сына", сочувствует его страданиям, но высказывает уверенность в завтрашнем дне, хотя сохранились опасения возвращаться домой, где "сплошь одни наркоманы". Оба пациента - больной О. и созависимая М.И. твердо настроены на успешное завершение лечения.

Заключительный, третий этап лечения, проведен в среднегорном реабилитационном отделении МЦН в виде курса сопряженной противорецидивной психокоррекции. Курс включал установочные лекции, семинары и занятия-тренинги, по окончании которых составлена послелечебная программа по реабилитации и социальной реинтеграции больного.

Лекция. "Психофизиологические механизмы формирования состояния зависимости и точка приложения терапевтических методик заключительного этапа лечения".

Лекция-дискуссия. "Алкоголь и "легкие" наркотики - безвредные или агрессивные агенты в отношении психики "бывших" наркоманов?".

1-е занятие. "Общение, способы и формы установления контактов, их значение в повседневной жизни". Невербальное упражнение: "поиск по руке". Вербальное упражнение: "вертушка".

Лекция-дискуссия. "Подводные камни переходного периода от жизни с наркотиками к жизни без них".

2-е занятие. Продолжение темы "Общение". Умение задавать вопросы и давать ответы, четко формулируя свои мысли и предлагая решение. Значение слова "Нет" в жизни". Упражнение: "интервью".

3-е занятие. "Контроль поведения, адаптация, владение своим телом". Невербальные упражнения: "зеркало", "жмурки", два варианта. Вербальное упражнение: "метафоры настроения".

Тренинг-семинар. "Конфликты (социальные и семейные), их положительное и отрицательное значение в жизни". Ролевые ситуативные игры по семейной и наркотической тематике. Демонстрация вариантов разрешения конфликтных ситуаций с преимуществами для обеих сторон.

4-е занятие. "Организация поведения в проблемных ситуациях". Упражнение: "катастрофа".

5-е занятие. "Внутренние ресурсы, доступы к ним". Упражнение: "положительное ранжирование личностных качеств".

По наблюдениям, начальное напряжение, особенно при обсуждении лично-значимых болевых точек, редуцировалось по мере нахождения позитивных вариантов общения, взаимопонимания, уступчивости, доброжелательности. Росло понимание невыгодности и нерациональности неконструктивных подходов к решению ситуаций, вырабатывались новые стереотипы поведения, росла уверенность в своих силах, исчезали формы травмирующих семейных взаимодействий. У больного сформировались твердые мотивации на здоровый образ жизни и отказ от наркотизации. Он уже не испытывал страха от встречи в будущем с прежним окружением. В беседе с врачом он часто высказывает благодарность матери и, в то же время, уверенно говорит о своей способности самостоятельно решить в будущем "жизненно важные вопросы". Стал строить реальные планы о возобновлении учебы, высказывал веру в налаживание личной жизни, возможной женитьбы, организации интересного и полезного досуга. На этом этапе была составлена индивидуальная послелечебная программа реабилитации и социальной реинтеграции больного О. В составлении программы наряду с врачами активное участие принимали сам больной и его мать. Программа включала вопросы, касающиеся гармонизации личности, ее роста и развития. Конкретные пункты предусматривали рациональное заполнение досуга, социальную реинтеграцию, поддержание физической формы больного.

Из анкеты обратной связи, полученной в июне 1999 г. от больного О. за подписью его матери М.И. через год после их госпитализации, стало известно, что О. вернулся в институт для продолжения обучения, стал посещать курсы английского языка, планирует поездку на стажировку за рубеж, посещает вместе с матерью бассейн, занимается теннисом, подал заявление в ЗАГС. Анкета свидетельствует о спокойной обстановке в семье. Ремиссия длится 13 месяцев. Подтверждены установки на отказ от наркотиков.

Способ готов к использованию в наркологической практике, для его осуществления необходимы стандартные условия наркологического стационара и ознакомление с данным описанием.

Формула изобретения

Способ лечения состояния наркотической зависимости путем поэтапной фармакопсихотерапии соматических и психических проявлений наркотизации и использования

вспомогательной психотерапии созависимых лиц, отличающийся тем, что больного госпитализируют совместно с созависимым лицом и под психолого-клиническим контролем в динамике проводят методом погружения и анализа сначала отдельную, а затем сопряженную психотерапию, адекватную этапам лечения, для чего на этапе детоксикации больного у созависимого лица проводят психодиагностику личности и семейных взаимодействий, диагностируют ведущие психопатологические синдромы-мишени, осуществляют групповую, дифференцированную по семейно-структурной принадлежности психотерапевтическую коррекцию личностных расстройств и ролевого взаимодействия, формируют у созависимого лица конструктивное отношение к личности, заболеванию и реабилитации больного, параллельно индивидуально корректируют психопатологические нарушения; на этапе нормализации соматопсихического статуса больного продолжают реконструктивную индивидуально ориентированную психотерапию больного и созависимого лица, затем на этапе первичной реабилитации больного в условиях стационара проводят сопряженную противорецидивную терапию с составлением послелечебной программы реабилитации и социальной реинтеграции больного наркоманией.

Составитель описания

Никифорова М.Д.

Ответственный за выпуск

Арипов С.К.

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