

зав.

МКВ<sup>6</sup> А61 М 21/00

## Спосіб лікування синдрому психічної залежності у хворих на наркоманію.

Винахід відноситься до області медичної психології, а саме психологічної корекції наркозалежної поведінки.

Аналіз стану лікування наркотичної залежності дає підстави вважати його зорієнтованим на біологічні методи. Між тим основні причини, що призвели до зловживання наркотиками, перебувають у площині психологічних проблем. Крім того, за період зловживання у хворого на наркоманію виникають патологічні зміни в різних підструктурах особистості, які в значній мірі обумовлюють синдром психічної залежності і є найчастішою причиною рецидивів хвороби. Так, за даними G. Cavstairs, J. Vitale, M. Stainbach [1], в десяти з одинадцяти випадків причиною рецидиву хвороби є саме психологічні фактори.

Як підкреслює І. М. Лятницька [2], психічний потяг, що лежить в основі синдрому психічної залежності у хворих на наркоманію, найчастіше є саме тією єдиною причиною безуспішності їх лікування. Тому подолання синдрому психічної залежності і тих розладів особистості, які його обумовлюють, є одним з головних напрямків психотерапії та психокорекції наркоманії.

Аналіз психокорекційних та психотерапевтичних втручань при наркоманах показує, що існують певні розробки, спрямовані на зміну деяких сторін особистості, що можуть підтримувати синдром психічної залежності.

Одні автори підкреслюють необхідність використання при психологічній корекції та психотерапії хворого на наркоманію способів аутогенного тренування [3,4,5], інші - зорієнтовані на психоаналітичні позиції [6,7]. Деякими дослідниками пропонуються методи і техніки голотропного дихання, арттерапії та ін. Характерними недоліками всіх перерахованих способів лікування є:

1) відсутність спрямованості психокорекційних та психотерапевтичних втручань на специфічні, обумовлені саме наркозалежністю патологічні підструктури особистості,

2) концентрація психотерапевтичних зусиль не на суті патопсихологічного дефекту, обумовленого наркозалежністю, а на побічних наслідках зловживання,

3) абсолютизація психотерапевтичної цінності техніки, як такої, і, в багатьох випадках, невідповідність її використання для подолання певного патопсихологічного дефекту,

4) висока активність психотерапевта та психолога під час проведення психокорекційних втручань та відносна пасивність пацієнта, що обумовлюється специфікою методичних підходів.

Такі особливості методологічних та методичних підходів, невідповідність способів лікування структурі і характеру патопсихологічного дефекту призводять до низької<sup>1</sup> ефективності психотерапевтичних та психокорекційних втручань, і, як наслідок коротких строків ремісії.

В Сполучених Штатах та Західній Європі широкого розповсюдження набули групи самопомоги "Анонімні Алкоголики", "Анонімні Наркомани", які об'єднують пацієнтів, спрямованих на життя без хімічної<sup>1</sup> речовини. Ідеологією і методом, що допомагає хворим утримуватись від зловживання є "Програма 12 Кроків", яка ґрунтується на концепції особистісного зростання і є по суті способом етапного послідовного подолання різних розладів особистості, які підсилюють і підтримують синдром психічної залежності.

Суттєві зміни різних підструктур особистості, що виникають внаслідок послідовної<sup>1</sup> роботи над самовдосконаленням, з часом дають можливість хворому позбутися патологічної тяги до наркотичної речовини, яка лежить в основі синдрому психічної залежності.

Програма "12 Кроків" визнана одним з ефективних способів терапії психічної залежності і реалізується в групах самопомоги АА та АН. Ретельне слідування Програмі дає можливість хворому значно збільшити періоди ремісії і в багатьох випадках припинити зловживання взагалі.

Між тим програма має наступні обмеження:

1 За даними деяких зарубіжних досліджень [9] тільки 5% хворих на наркоманію погоджуються на співпрацю в товариствах "Анонімні Алкоголики" та "Анонімні Наркомани", що є необхідною умовою роботи над Крокami.

2. Програма "12 Кроків" має певне релігійне забарвлення, що призводить до упередженого ставлення пацієнтів до неї, і обмеження кількості осіб, що відчують до неї довіру.

3 Застосування даної програми в наркологічних закладах утруднюється у зв'язку з відсутністю в більшості з них груп самопомоги "АА" та "АН".

\* 4 Програма орієнтується на поступове "дозрівання" пацієнтів протягом тривалого часу (так за ідеологією програми пацієнт повинен працювати над її втіленням практично все життя). Така тривалість програми з самого початку розчаровує пацієнтів, які розраховують на швидкі зміни.

Певною модифікацією<sup>1</sup> Програми 12 Кроків є програма "Minnesota" [10], яка використовується нами за прототип. Програма "Minnesota" була створена зусиллями трьох Центрів лікування хімічних залежностей штату Minnesota, і визнана як офіційна Програма "Minnesota" робить наголос на поглибленому вивченні "Програми 12 Кроків" з допомогою методів групової та індивідуальної терапії, зорієнтована на духовний та інтелектуальний розвиток хворого. Програма реалізується спеціалістами психотерапевтами, психологами, реабілітологами. Основна роль в її реалізації відводиться "каунслерам" - ведучим, які мають особистий досвід подолання залежності.

та професійну підготовку Головною метою роботи каунслерів є спрямування пацієнтів через лікувальний процес на участь в групах самопомоги АА, АН. Програма передбачає обов'язкову паралельну роботу хворих в групах самопомоги

Міннесотська програма є одним з найбільш ефективних способів подолання залежностей. Проте ефективність<sup>^</sup> реалізації її обмежується у зв'язку з наступними причинами:

- а) орієнтацією в більшій мірі на техніки спрямованого самоаналізу;
- б) певною недовірою пацієнтів до ідеології "Програми 12 Кроків"

Завданням запропонованого нами способу є оптимізація лікування хворих на наркоманію

Завдання вирішується шляхом наступних конкретних нововведень

1) через аналіз і усвідомлення життєвих втрат, що пов'язані зі зловживанням, руйнування патологічної системи домінуючих мотивів, в центрі якої стоїть наркотик; побудова системи життєвих цінностей (домінуючих мотивів), в центрі якої знаходяться мотиви тверезості і самовдосконалення,

2) вплив на різні компоненти синдрому психічної залежності (а саме мотиваційний, інтелектуальний, емоційний) через більш високоорганізовані підструктури особистості (систему домінуючих мотивів в основі якої буде покладена установка на життя без наркотиків) призводить до трансформації синдрому психічної залежності, поетапному випадінню його основних компонентів, і, як наслідок, його дезактуалізації;

3) поєднання концепції особистісного зростання, що викладена в програмі "12 Кроків", з системою психокорекційних впливів (що прискорює руйнування патопсихологічних симптомокомплексів залежної від наркотиків поведінки);

4) інтенсифікація процесу усвідомлення своєї хвороби з допомогою широкого використання психотерапевтичних методів та технік (психодрама, гештальтпсихотерапія, метод спрямованого самоаналізу, методи раціональної психотерапії)

Психокорекційна робота відбувається у груповій та індивідуальній<sup>^</sup> формах Групова робота здійснюється на протязі 21 дня (4-6 годин на день), індивідуальні консультації відбуваються 1 раз на 5 днів (1 година)

Робота з пацієнтами, залежними від наркотиків включає 2 етапи На першому (підготовчому) здійснюється робота над руйнування патологічної системи психологічного захисту (спрямованого на витіснення різних видів шкод, пов'язаних зі зловживанням) та робота над підвищенням мотивації до лікування.

**Перший етап** закінчується узагальненням своїх особистих втрат, пов'язаних зі зловживанням, та відповіддю на питання "Які симптоми хвороби я бачу особисто у себе".

Після опрацювання концепції хвороби починається другий етап, який ведеться у двох напрямках. Перший напрямок базується на 12-Кроковій програмі, (1-5 Кроки).

Другий напрямок, спрямований на профілактику рецидивів та розвиток вмінь конструктивної поведінки. конструктивний вираз емоцій і включає в себе опрацювання наступних тем. 1) небезпечні в плані поновлення зловживання місця, люди, речі, звички емоційні стани, способи їх уникнення; 2) конструктивний вираз емоцій, набуття конструктивних способів поведінки, планування свого одужання.

Усвідомлення всіх видів шкоди, що пов'язана із зловживанням наркотиків сприяє підвищенню мотивації до змін, баченню конкретних шляхів одужання Перші вдалі спроби керувати своїм життям (без втручання хімічної речовини), оволодіння своєю поведінкою - все це призводить до зміни в системі особистісних цінностей, дає надію на одужання

Підхід дезактуалізації синдрому психічної залежності через зміну в системі особистісних цінностей є новим та неочевидним.

Крім того запропонований нами спосіб передбачає значно більшу ніж при роботі за традиційними методами, активність самого пацієнта. Так, аналіз негативних наслідків зловживання, постановка особистого діагнозу своєї хвороби "наркоманія" здійснюється самим пацієнтом, за допомогою запропонованої схеми. Позиція психотерапевта чи психолога обмежується створенням певних рамок, за які пацієнт не може виходити під час спрямованого самоаналізу Такий підхід дає можливість уникнути психологічного опору з боку пацієнта, зруйнувати патологічну систему психологічного захисту.

Винахід ілюструється наступними прикладами.

**Хворий М.**, 24 роки, вживає наркотичні речовини з 18 років, спочатку втяжку з опійного маку, останні 2 роки - героїн. Хворий неодноразово лікувався в наркологічних закладах Після проведеного лікування утримувався від зловживання наркотиків в середньому 1,5 місяці

При перебуванні на лікуванні в даний час (після завершення .^детоксикації) хворий скаржиться на нав'язливе бажання вжити наркотичну речовину, постійні думки про наркотик Пацієнт підкреслює, що він має намір не вживати наркотики в подальшому, проте вважає, що нічого страшного не станеться, якщо він інколи "прийме дозу" Сукупність емоційних реакцій та "теоретичних обґрунтувань" епізодичного вживання наркотиків свідчить про прояви синдрому психічної залежності Наявність стійкої позитивної емоційної домінанти щодо дії" наркотичних речовин, системи особистісних цінностей, в центрі якої знаходиться мотив вживання наркотиків, свідчить про несвідомі установки хворого на поновлення зловживання

З пацієнтом проведена психокорекційна робота, яка включала в себе 21 заняття в психокорекційній групі та 3 індивідуальні консультації<sup>1</sup> (1 раз на 5 днів).

При роботі над руйнуванням ілюзій щодо позитивної дії наркотичної речовини в його житті хворий (застосовуючи допоміжні анкети запропоновані психологом) письмово наводив конкретні епізоди з свого життя, що допомогли йому побачити зв'язок між виникненням негативних життєвих ситуацій та вживанням наркотичних препаратів.

В подальшому пацієнт доповідав свої записи на психокорекційній групі, ділячись своїми спостереженнями з іншими членами групи та знайомлячись з доповідями інших пацієнтів про їхні життєві втрати, яких вони зазнали внаслідок зловживання наркотиками.

В процесі групової роботи пацієнти по черзі аналізували негативні епізоди з свого життя і їх зв'язок з вживанням наркотиків

У процесі колективного обговорення всіх втрат, яких зазнали сам пацієнт та інші хворі, він прийшов до наступного висновку

1) раніше я вважав, що наркотики - то єдиний засіб покращити своє життя, зробити його яскравішим і різноманітнішим. Сьогодні на своєму досвіді я впевнився, що вживання наркотиків зруйнувало моє життя,

2) вживання наркотиків постійно загрожувало моєму життю

3) я ніколи не зможу вживати наркотики безпечно і контрольовано, я слабкіший за них і безсильний з ними боротися, у двобої з наркотиками я завжди програвав;

4) якщо я безсильний з ними боротися і завжди буду жертвою у цій боротьбі, я повинен уникати їх і знайти шлях, щоб покращити своє життя іншим способом;

5) я зможу змінитися сам і сам керувати своїм життям

Обговорення даної теми здійснювалось на протязі 3 занять

Наслідком такої роботи стало руйнування ілюзій хворого відносно позитивної дії наркотичної речовини, підвищення мотивації до лікування, до розуміння необхідності особистісних змін та докладання особистих зусиль у напрямку здійснення цих змін. Усвідомлення проблеми призвело до зміни поведінки пацієнта. Так, хворий став менш агресивним, активно виконував всі поради психолога, вів "Щоденник спостережень", відмовлявся від зустрічі з своїми друзями, що вживають наркотики.

Усвідомлення пацієнтом зв'язку між зловживанням наркотиками та своїми особистими втратами в різних сферах свого життя (втрата здоров'я, сім'ї, друзів, ентузіазму, фінансові проблеми, правові наслідки); аналіз власного стану здоров'я та самопочуття, дали змогу пацієнту самостійно визначити основні симптоми і стадію хвороби, на якій він знаходиться. Внаслідок такої роботи хворий прийшов до висновку, що "Наркоманія - це хвороба смертельна, прогресуюча, невиліковна, але її можна зупинити. Зловживання наркотиками має негативні наслідки в різних сферах життя, здоров'я. Хворий на наркоманію ніколи в житті не зможе приймати наркотики контрольовано. Припинення вживання наркотиків є лише першим кроком до життя без хімічної речовини "

Наступні заняття відповідали темі "Прийняття та капітуляція", що відповідає 2-му та 3-му крокам "Програми 12 Кроків"

Робота з хворим над темою "Прийняття та капітуляція" починалась з мікролекції - пояснення того, що усвідомлення та прийняття хвороби - це лише розуміння проблеми Здійснення наступних кроків допомагає дізнатися про спосіб, за допомогою якого можна подолати проблему та відчути впевненість у собі До відома хворого доводилось, що кожна людина має певні обмеження, усвідомлення яких допомагає їй обирати більш успішні шляхи для досягнення своєї мети, обминаючи небезпечні ситуації, не витрачаючи на них зусиль.

Якщо проблема хімічної залежності (яка також є проявом обмежень людини) усвідомлюється і приймається, тоді конструктивним і ефективним рішенням може бути звернення до сили, що перевищує силу власну. Щоб допомогти пацієнту виявити своє розуміння "Вищої сили", йому пропонувалось згадати різні життєві ситуації, які не могли бути вирішені лише докладанням власних зусиль. Розгляд особистих життєвих ситуацій та ситуацій, які були у інших хворих, дав можливість пацієнту погодитись з тим, *що одному неможливо протистояти силам природи; що людина, яка вірить у свою правоту, буде більш послідовною у діях, ніж та, що має сумніви* Пацієнту пропонувалось знайти свою особисту "Вищу силу" (Під "Вищою силою" може розумітися група людей, природа, Бог тощо) Підкреслювалось, що "Вища сила" вказує шлях до змін, якого людина повинна дотримуватися, але необхідною умовою будь-яких змін є особиста відповідальність пацієнта за своє одужання

По завершенні роботи над даною темою пацієнту пропонується індивідуальне завдання для самостійного опрацювання ра тему "Моє розуміння Вищої сили".

На наступному занятті хворий доповідав свої записи, слухав записи інших членів групи Наслідком такої роботи був наступний висновок пацієнта "Моєю Вищою силою може бути моя психокорекційна група Хоч я в Бога не вірю, але я вірю що існує щось сильніше за мене, може то природа.Взагалі я можу знаходити в кожному конкретному випадку Вищу силу в різних речах"

Наслідком такої роботи було підвищення у пацієнта активності спрямованої на самопізнання (так хворий активно працював над літературою, запропонованою психологом, конструктивно обговорював з пацієнтами психокорекційної групи виникаючі проблеми, вів щоденник самоспостережень, відмічав, що вперше за багато років у нього виникло відчуття "світла в тунелі", і заявила надія, що він може подолати свою залежність).

Робота над темою проходила напротязі 4 занять

Після завершення теми "Прийняття та капітуляція" починалась робота над темою "Проведення моральної самооцінки" (цій темі було присвячено 4 заняття)

Проведення моральної самооцінки здійснювалось пацієнтом в два етапи Перший етап підготовчий - пошук особистих обмежень (негативних рис характеру) , які обумовлювали особисті невдачі (Ця частина завдання виконувалась пацієнтом письмово, до неї пацієнт готувався три дні,

заповнюючи "Щоденник самоспостережень"). Робота здійснювалась за наступною схемою

Об'єкт негативних емоцій	Що саме викликає у мене негативні емоції	Чому це мене дратує, що саме стоїть за цим	Мої особисті помилки, які спровокували ситуацію, яка викликала мої негативні емоції (визнання істинної природи своїх помилок)
Моя мати	Вона постійно мене повчає,	Втрата самоповаги, страх, що я щось не те зробив	Небажання працювати, лінощі

Після аналізу ситуацій, які викликають негативні емоції, пацієнт прийшов до наступного висновку: "Зараз я вважаю, що не відповідаю за дії інших людей та не можу вплинути на них Але я можу знайти помилки своєї поведінки та змінити її. Це в свою чергу можливо змінить ставлення інших людей до мене"

Другий етап, основний - мав 2 завдання Перше - проведення моральної самооцінки своїх особистих вчинків, друге - визнання природи своїх помилок перед певною людиною, якій ти довіряєш (психолог, лікар, нарколог, член групи самодопомоги з більшим стажем тверезості) Пацієнт письмово проаналізував своє життя, вчинки, які викликають у нього почуття провини, але мав проблеми з виконанням другої частини завдання Використання гештальтпсихотерапевтичної техніки пустого стільця дало можливість пацієнту подолати, як визначив пацієнт, почуття сорому за своє життя і поділитися результатами своєї роботи з психологами

Проведення власної моральної самооцінки супроводжувалось катарсисом і дозволило пацієнту позбутися почуття провини, що позитивно .^позначилось на поведінці і самопочутті Так, хворий відмітив, що відчув "велике полегшення" Крім того, великою несподіванкою для хворого була відсутність потягу до наркотичної речовини. "Я дуже здивований тим, що зараз мене не тягне до наркотиків".

Роботу над темою "Сімейні та соціальні проблеми" пацієнт здійснював протягом 2 занять Під час роботи хворому надавалась інформація про ті проблеми, які виникають у сім'ї людини, яка зловживає хімічними речовинами. Друга частина заняття була присвяченна відіграванню психодраматичного епізоду "Сім'я, де є залежна особа". В рольовій грі пацієнт відігравав роль співузалежненої особи, усвідомив вплив наркотиків на життя всіх членів родини, що прозвучало в наступному вислові "Мені в голову не могло прийти, що моє вживання наркотиків може так впливати на моїх рідних. Я завжди вважав раніше, що то тільки моя особиста справа а

вони просто мене дістають. Зараз я розумію, що дійсно створював багато проблем батькам. Відчуваю, що вони дуже боляче переживали всі мої неприємності. Мої проблеми створювали їм неприємності. Вони жили з відчуттям постійної небезпеки".

Наступні 2 заняття хворий провів в "чоловічій групі", де розглядались сексуальні проблеми, проблеми зради та агресії.

Наслідком роботи в групі був висновок пацієнта що вживання наркотиків створює серйозні сексуальні проблеми, що після припинення зловживання автоматично сексуальні проблеми не зникнуть Потрібен буде певний час для нормалізації сексуального життя.

Робота по профілактиці рецидивів починалась з мікролекції, на якій висвітлювались наступні положення:

1 Якщо хворий на наркоманію починає одужувати, для нього дуже важливо замінити хворобливі звички, відмовитись від тих ситуацій, людей речей, форм поведінки, які нагадують йому про зловживання

2 Відмова від старих звичок спрацює тільки тоді, коли вони будуть замінені на нові.

Далі пацієнт (письмово) знаходив в особистому житті ті звички форми поведінки, емоційні стани, речі, що представляють для нього загрозу в плані рецидиву. Внаслідок тою роботи пацієнт виділив наступне:

1 Загрозливі місця (під'їзд; де інколи вживав наркотики, квартира Романа де вживав; квартира Миколи; "хата", ринок, де купував наркотики)

2 Загрозливі люди (Роман, Микола, Дмитро. Сергій, Віталій)

3. Загрозливі емоційні стани (злість, самотність, роздратованість)

4. Загрозливі речі (шприц, ложечка, сірники, фольга та ін знаряддя для приготування)

Свої висновки пацієнт доповів на психокорекційній групі, прослухав доповіді інших Після обговорення дописав у загрозливі речі "гроші"

Наступні 2 заняття були присвячені профілактиці рецидивів, опрацюванню вмінь побачити рецидив завчасно

В процесі мікролекції пацієнт набув наступну інформацію. "Рецидив хвороби не виникає миттєво, а має певну передісторію. Вміння розпізнавати застережні сигнали рецидиву хвороби і певним чином на них реагувати .^допомагає уникнути рецидиву хвороби"

Далі пацієнту пропонувалось звернутись до попереднього рецидиву та знайти його застережні сигнали. В процесі виконаної роботи хворий зробив висновок, що перед останнім рецидивом у нього була низка неприємностей, він дуже переживав і хоч він зовсім не збирався вживати наркотики, але чомусь почав знову зустрічатися з друзями, з якими зловживав раніше. Хворий сказав, що зараз він розуміє, що повернення до старих друзів свідчило про початок рецидиву і є саме застережним сигналом рецидиву В процесі групового обговорення пацієнт знайшов ще один сигнал, а саме хворий розповів, що незадовго до повернення до зловживання почав конфліктувати з батьками: "Як я зараз розумію, я провокував їх до скандалу, щоб у мене було виправдання, що вони самі створили мені нестерпну ситуацію, і це, нібито, виправдовувало моє



зловживання. Зараз я розумію, що така провокація з мого боку є застережним сигналом рецидиву".

При роботі над темою "Конструктивний вираз емоцій" на групі розглядалися такі почуття, що викликають сильні реакції. Пацієнти по черзі ділилися особистим досвідом, визначаючи ті свої конкретні почуття, які викликають сильні емоційні реакції, і тому вони є небезпечними в плані рецидиву. Серед почуттів були виділені наступні: гнів, самотність, втома, почуття незадоволення, неспокій, страждання, жаль до себе, нудьга. Хворий прийшов до висновку, що ці почуття є для нього небезпечними теж, і що він повинен навчитися виходити з цих станів конструктивно.

Наступне заняття по цій темі було спрямовано на пошук індивідуальних стратегій для виходу з небезпечних почуттів. Так хворий прийшов до наступного висновку: "Якщо я маю відчуття самотності, то я можу подолати його наступним чином, звернутися до свого брата, якому я довіряю, який мене розуміє, зателефонувати комусь з членів АН, чи членів психокорекційної групи, проаналізувати, з якого приводу у мене виникло почуття самотності, вмикнути телевізор та подивитись якусь програму".

"Якщо я відчуваю гнів, то можу побігати по стадіону з своїм собакою. Це мене завжди заспокоює. Можу вибити килим. Можу прийняти холодний душ - це мені перебиває гнів. Можу проаналізувати свій гнів і знайти його причину.

Метою заняття по темі "Асертивна поведінка" було розкриття змісту поняття асертивного типу поведінки у порівнянні з агресивним та невпевненим типами, а також опрацювання навичок асертивного реагування під час рольових ігор.

Також під час заняття велика увага приділялася так званим "передумовам" асертивної поведінки - необхідним змінам власного життя, які допоможуть уникати небезпечних ситуацій. Цій ідеї відповідає вже опрацьована тема "Люди, місця, речі, звички", матеріал якої може бути використаний.

В процесі роботи в групі відігравалась рольова гра, де була представлена ситуація відмови від вживання наркотиків, коли тобі їх пропонують. Хворі по черзі пропонували варіанти відмови від наркотиків та изідігравали їх. Внаслідок такої роботи пацієнт знайшов для себе фразу-відмови, яка його задовольнила: "Ні, я зав'язав, я вже не по цих справах".

Вміння аналізувати свої почуття, конструктивно їх виражати, сприяє руйнуванню емоційного компоненту синдрому психічної залежності, що в свою чергу призводить до зменшення напруги психічного потягу.

Якщо хворий почне відчувати нездоланний потяг до наркотичної речовини, він не має багато часу на пошуки засобів, які могли б допомогти йому. У нього повинен бути план дій, складений заздалегідь - "Карта самопомоги".

Побудова карти самопомоги продовжувала цикл занять по профілактиці рецидивів її мета - допомогти хворому знайти ті особисті місця, людей, ситуації<sup>1</sup>, які є для нього безпечними, намітити план дій на

випадок, коли він почне відчувати наближення рецидиву хвороби. Опрацюванню цієї теми було присвячено 1 заняття.

Пацієнт побудував карту самодопомоги з переліком конкретних дій, які він буде здійснювати, коли відчуватиме наближення рецидиву, а саме "Якщо я відчуватиму наближення рецидиву, то маю змогу звернутись до психолога. Він працює кожен день з 9-ї до 14-ї години. Якщо я відчую потяг в суботу чи неділю, то я можу зателефонувати брату, Андрію з групи АН, Сергію з психокорекційної групи. Можу звернутися до лікаря, який працює з 15-ї до 19-ї". Прослухавши інших пацієнтів, хворий прийшов до висновку що для нього можуть бути корисними інші заходи, що обговорювались на групі, а саме "Можу з батьками виїхати на дачу (природа мене заспокоює, а праця на природі відволікає від цих думок). Можу спробувати проаналізувати, чому виникла ця тяга, можу просто попросити себе трошки почекати (інколи в таких випадках тяга проходить), з'їсти щось солодке".

В плані особистого одужання пацієнт окреслив конкретні напрямки своєї особистої роботи, спрямовані на утримання від зловживання, самовдосконалення, особистісний зріст "В найближчі 2 дні я збираюсь звернутись до стоматолога і зайнятись своїми зубами"

"Щоб уникнути вживання наркотиків мені треба працювати над своєю брехливістю тому, що коли я вживав наркотики, я завжди і всім брехав. Мені також треба навчитися більше поважати інших людей. Ще я буду працювати над тим, щоб не кидати на півдорозі справу, яку я почав, а доводити її до кінця. Ще мені треба навчитися більш терпляче ставитися до своїх батьків. Я вважаю, що все це разом дасть мені можливість краще себе почувати і допоможе мені уникнути вживання наркотиків. Думаю, що доцільно було б звернутись у групу АН чи АА, але я зараз ще відчуваю, що щось мені заважає це зробити. Можливо я зможу зробити це в компанії з іншими членами психокорекційної групи. Треба про це поговорити з іншими хлопцями".

На останньому занятті, яке проводилось з пацієнтом та членами його сім'ї, обговорювались напрямки взаємодій між батьками, пацієнтом та спеціалістами, які допоможуть хворому дотримуватись життя без наркотиків. Пацієнт висловив потребу самостійно вирішувати свої проблеми, брати відповідальність за себе та свої дії. Батьки погодились з бажанням пацієнта, висловлюючи повагу до його рішень.

Після проведення вищезгаданого циклу занять у хворого спостерігались наступні зміни

1) була зруйнована система патологічних мотивів, підтримуючих зловживання;

2) сформована мотивація до утримання від вживання наркотичних речовин,

3) в процесі усвідомлення втрат, які спричинили наркотики в його особистому житті, створена система переконань щодо шкідливості вживання наркотиків та необхідності способу життя без наркотиків

4) хворим набуті певні навички саморегуляції та зміни своїх негативних емоційних станів без допомоги хімічної речовини,

5) відпрацьовані особисті способи профілактики синдрому психічної залежності.

Як наслідок цих перетворень, відмічалась стабільність емоційного стану, зменшення психічного потягу, домінування конструктивних форм поведінки.

Анамнез через півроку пацієнт продовжує утримуватись від вживання наркотиків, працює.

Психокорекційна робота з **хворою К.** проводилась за вищезгаданою методикою.

Хвора К.. 20 років, вживає наркотичні речовини з 18 років, спочатку палила гашиш, останній рік нюхала, потім колола героїн. Хвора лікувалася приватно. Після проведеного лікування утримувалася від зловживання наркотиків 2 тижні. Поновила зловживання наркотиками тому, що відчувала дискомфорт, і "не бачила сенсу життя без наркотиків".

Пацієнтка вчиться на 4 курсі університету з 3 її слів - вчиться добре, але мала проблеми з міліцією у зв'язку з вилученням у неї наркотичної речовини.

При перебуванні на лікуванні в даний час заперечує серйозну проблему з наркотиками. Каже, що вимушена лікуватись, бо має проблему з міліцією. Погоджується працювати з психологом, маючи надію, що це допоможе владнати справу з міліцією.

На початку психокорекційної роботи ("робота над запереченням") пацієнтка виявляла сильний психологічний опір, повністю заперечуючи проблему з наркотиками<sup>1</sup> "Наркотики ніяким чином не вплинули на моє життя".

На третьому занятті після групового обговорення втрат, що зазнали інші пацієнти у зв'язку з зловживанням, хвора навела 2 конкретних приклади негативного впливу наркотиків на своє життя (втрата поваги своїх сокурсників у зв'язку з крадіжкою грошей для придбання наркотичних речовин, необхідність витратити багато грошей на їх придбання).

В процесі роботи над запереченням виявились перші спроби "критичної" оцінки наслідків зловживання наркотиками і початок руйнування системи ілюзій щодо їх позитивної дії.

В кінці роботи над "запереченням" пацієнтка прийшла до висновку, що вживання наркотиків загрожувало її авторитету, і що воно має для неї не тільки позитивні, але й негативні наслідки.

При роботі над розумінням суті хвороби пацієнтка прийшла до висновку, що дійсно наркоманія - є хворобою смертельною, і що хоч вона не дуже тривалий час зловживає наркотиками, ця хвороба представляє для неї загрозу.

В процесі здійснення "Першого кроку" хвора зробила висновок, що наркотик сильніший за неї, що вона не може йому протистояти і у зв'язку із зловживанням не завжди керує своїм життям, "частіше ним керує наркотик". "Я живу в забезпеченій сім'ї, в мене все є, і до цієї крадіжки я ніколи в житті

не взяла нічого чужого Тоді в мене починалася "ломка" і мені був дуже потрібен наркотик В тій ситуації мною керував наркотик Виходить, що дійсно я загубила контроль над своїм життям, моїми вчинками керує наркотик"

Позитивним наслідком роботи хворої<sup>1</sup> слід вважати також підвищення м особистої активності, спрямованої на самопізнання, збільшення активності при роботі в психокорекційній групі

В процесі роботи над "Прийняттям та капітуляцією" пацієнтка дійшла до висновку, що сама не здатна протистояти наркотичній залежності і потребує допомоги

Хвора відмітила, що робота в психокорекційній групі є саме тією допомогою, яка їй потрібна, тому що в групі вона може відверто висловлювати свої почуття та думки: "Сьогодні моєю "Вищою силою", яка допомагає мені утримуватись від вживання наркотиків, є ця група і всі Ви"

В кінці занять пацієнтка сказала, що відчуває в собі силу і бажання повернутись до життя без наркотиків.

В процесі проведення моральної самооцінки пацієнтка ретельно виконала завдання по пошуку "особистих обмежень", що обумовлюють и невдачі Складніше відбувалась робота по аналізу своїх особистих вчинків, що викликають почуття провини. Робота відбувалась поступово, була виконана тільки з другої" спроби.

При роботі над темою "Сімейні та соціальні проблеми" пацієнтка усвідомила вплив наркотиків на життя всіх членів родини, що прозвучало в наступному висновку "Раніше я вважала, що мої батьки чіпляються до мене, зараз бачу, що проблеми створює вживання мною наркотиків, треба щось робити не з батьками а з собою"

При роботі над профілактикою рецидивів пацієнтка виділила свої особисті "застережні сигнали" рецидиву хвороби Своїми висновками хвора поділилась з іншими пацієнтами на психокорекційній групі, і доповнила свій список сигналів після опрацювання цієї теми на групі До власних застережних сигналів пацієнтка віднесла наступні роздратованість, обман, нудьга, бездіяльність, бажання маніпулювати іншими

При роботі над темою "Конструктивний вираз емоцій" пацієнтка опрацювала конструктивні способи виходу з стану нудьги і роздратованості

При опрацюванні теми "асертивна поведінка" хвора двічі спробувала стратегію "відмови від вживання наркотиків" при виконанні рольової гри При цьому вона визнала, що при другому варіанті відігравання відчула себе впевнено в ситуації ризику

В кінці циклу занять хвора побудувала власну Карту самодопомоги та створила План особистого одужання

На останньому занятті, яке проводилось з пацієнткою та "п батьками і на якому обговорювались напрямки взаємодій в сім'ї, хвора поводи́ла себе доброзичливо, коректно та конструктивно

Після завершення роботи в психокорекційній групі у пацієнтки спостерігались наступні зміни

- 1) зменшення проявів патологічних мотивів, підтримуючих зловживання,
- 2) підвищення мотивації до утримання від вживання наркотичних речовин,
- 3) хворою набуті певні навички саморегуляції та зміни своїх негативних емоційних станів без допомоги хімічної речовини,
- 4) покращилися взаємовідносини з батьками,
- 5) набуті особисті способи профілактики синдрому психічної залежності

Як наслідок цих перетворень, відмічалась стабільність емоційного стану зменшення психічного потягу, домінування конструктивних форм поведінки

Катамнестичні відомості через півроку пацієнтка знаходиться в ремісії закінчила навчальний заклад, працює за фахом

Ефективність запропонованого нами способу психологічної корекції була перевірена на 60 хворих і оцінювалась з допомогою наступних методів Методика оцінок незалежних експертів, Методика Спілбергера, Методика САН

Як видно з таблиці 1 даний спосіб психокорекційних втручань позитивно вплинув на наступні характеристики психічний комфорт, саморегуляція, комунікація мотивація на утримання від зловживання наркотиками, активність, спрямована на утримання від вживання наркотиків

Ефективність запропонованого способу лікування розладів особистості у хворих на наркоманію порівняно з прототипом статистично достовірна

При порівнянні ефективності запропонованого способу і способу прототипу спостерігалось зниження показників ситуативної та особистісної тривожності при дослідженні за методикою Спілбергера (див Табл 2)

В процесі психологічної корекції спостерігалось також підвищення самопочуття, активності та настрою хворого (стосовно прототипу) що відобразилося у відповідних шкалах методики САН (див Табл 3)

Таким чином, застосування даного способу сприяло покращенню емоційного стану хворого та дезактуалізації емоційного компоненту психічної залежності

Запропонований *спосіб* корекції синдрому психічної залежності дав можливість пацієнтам подолати систему механізмів психологічного захисту, що перешкоджала ефективному лікуванню Крім того, хворі набули певного досвіду конструктивної поведінки, навчилися заздалегідь розпізнавати "застережні сигнали" рецидиву хвороби і його попереджувати Проведена з хворими робота створила базу для формування позитивної мотивації до змін, що в свою чергу призвело до дезактуалізації мотиваційного та інтелектуального компонентів синдрому психічної залежності (див Табл 4,5)

## Список літератури

1. Cavstairs G., J. Vitale, M. Stainbach. Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions. - Chichester: Wiley, 1983. - 127p.
2. Пятницкая И. Н. Наркомании. Руководство для врачей. - М.: Медицина., 1994. - 544с.
3. Kline N. Rehabilitation as distinct from treatment: quantification, evaluation and decision - making as to the application of each. // 2nd Intern. Symp. on Rehabilitation in Psychiatry, - Orebro., 1973. - P. 135-140.
4. Craig R. J. & Baker S. L. Drug dependent patients: Treatment and research. - Springfield, Il.: Charles C Thomas., 1982.
5. Epstein S. The Self-Concept: An integrated Theory of personality Some Deviances in the Personality Development. // Personality Ed. Ervin Staup Prentice Hall. -1980. - P. 81-128.
6. Dodziuk Anna. Wybrane spojrzenia na alkoholizm I jego leczenie. - Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa -1993, -112 s.
7. O' Malley S. S. Integration of opioid antagonists and psychosocial therapy in the treatment of narcotic and alcohol dependence. // J Clin Psychiatry. -1995.-Vol. 56.-P. 30-38.
8. Muhleman Denise. 12-Step study groups in drug abuse treatment programmes. //J. Psychoact. Drugs. -1987. -Vol. 19, N3. - P. 291-298.
9. Zweben Joan Ellen. Can the patient on medication be sent to 12-step programmes. //J. Psychoact. Drugs. -1987. -Vol. 19, N3. - P. 299-300.
10. Cook C. C. H. The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method of myth. Part 1. The philosophy and the programme. // British Journal of Addiction. -1989. - Vol. 83, N6. - P. 625-634.

## Додатки

Таблиця 1.  
Характеристика психічного стану та поведінки хворих на опійну наркоманію в динаміці

	Етап дослідження хворих на наркоманію	Шкали				
		Психічний комфорт	Саморегуляція	Комунікація	Мотивація на утримання від зловживання наркотиками	Активність спрямована на утримання
1	До початку психокорекційних втручань	3,9 ± 0,1	2,1 ± 0,16	4,3 ± 0,2	2,4 ± 0,2	3,0 ± 0,6
2	Після завершення психокорекційних втручань методом прототипу	5,1 ± 0,59	4,9 ± 0,8	5,2 ± 0,6	4,9 ± 0,57	4,3 ± 0,7
	Після завершення психокорекційного втручання запропонованим методом	6,2 ± 0,13	6,4 ± 2,4	7,2 ± 0,3	7,3 ± 0,31	6,4 ± 0,17
	P <sub>12</sub>	P<0,05	P>0,05	P<0,05	P<0,05	P>0,05
	P <sub>13</sub>	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,01

Таблиця 2  
Порівняльна характеристика показників емоційного стану з допомогою шкали тривожності Спілбергера до лікування та після лікування за методом прототипу та запропонованим методом.

№	Етап дослідження хворих на наркоманію	Рівень ситуативної тривожності	Рівень особистісної тривожності	Кількість осіб
1	До початку психокорекційних втручань	46,1±3,3	45,9±4,0	60
2	Після завершення психокорекційних втручань методом прототипу	39,6±4,5	38,5±5,1	30
3	Після завершення психокорекційного втручання запропонованим методом	36,7±2,3	35,5±2,3	30
	P <sub>12</sub>	P>0,05	P>0,05	-
	P <sub>13</sub>	P<0,05	P<0,05	-

Таблиця 3

Порівняльна характеристика показників самопочуття активності та настрою у хворих на наркоманію при лікуванні методом прототипу та запропонованим методом.

	Етап дослідження хворих на наркоманію	Шкали			Кількість хворих
		Самопочуття	Активність	Настрій	
1	До початку психокорекційних втручань	-1,7+0,3	-0,7+0,2	-0,4+0,2	60
2	Після завершення психокорекційних втручань методом прототипу	0,6+0,4	0,7+0,5	0,9+0,4	<b>30</b>
3	Після завершення психокорекційного втручання запропонованим методом	1,2+0,1	1,1+0,1	1,2+0,2	<b>30</b>
	P <sub>2</sub>	P<0,01	P<0,05	P<0,01	
	P <sub>3</sub>	P<0,001	P<0,001	P<0,001	

Таблиця 4.

Динаміка інтелектуального компоненту синдрому психічної залежності у хворих на наркоманію за методом прототипу та запропонованого методу

Етап дослідження хворих на наркоманію	Стадії процесу усвідомлення						КІЛЬКІСТЬ хворих	
	Негативне мислення, наявність системи ілюзій		Руйнування системи ілюзій		Позитивне мислення			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
До початку психокорекційни х втручань	48	80,0	12	20,0	-	-	60	100
Після завершення психокорекційн их втр'чань методом прототипу	7	23,3	3	10,0	20	66,7	30	100
Після завершення психокорекційног о втручань запропонованим методом	2	6,7	6	20,0	22	73,3	30	100



Таблиця 5.

Динаміка мотиваційного компоненту синдрому психічної залежності у хворих на наркоманію за методом прототипу та запропонованого методу

Етап дослідження  хворих на наркоманію	Стадії мотиваційного процесу								Кількість хворих	
	Відсутність мотивації до лікування		Наявність мотивації до лікування		Наявність мотивації до утримання від зловживання		Наявність мотивації до особистісних змін			
	абс	%	абс	%	Абс	%	Абс	%	абс	%
До початку психокорекційних втручань	27	45	15	25	16	26,7	2	3,3	60	100
Після завершення психокорекційних втручань методом прототипу	2	6,7	6	20	10	33,3	12	40	30	100
Після завершення психокорекційного втручання запропонованим методом	1	3,3	5	16,7	8	26,7	14	46,7	30	100