

лее зрелых и конструктивных способов, укрепления собственного "Я", замены примитивных, инфантильных реакций психологической защиты на более избирательные, сознательные способы совладания. Важнейшим элементом терапии на всех этапах лечения больного являются созависимые лица - участники психотерапевтического процесса, которые способствуют реабилитации и содействуют реинтеграции пациента в общество.

На третьем этапе проводится так называемая средотерапия. В психотерапевтический процесс, наряду с лицами микросоциального окружения, вовлекаются естественные факторы окружающей среды. Преследуется цель активации санногенных атрибуций больного и его близких, исходя из субъективных представлений "здоровье-болезнь". Достигнутые на первых двух этапах когнитивно-поведенческие изменения у пациентов на данном этапе закрепляются и формируется новый конструктивный жизненный стереотип, основанный на антинаркотических установках.

На четвертом, заключительном этапе лечения психотерапевтическое воздействие завершается катарсисом по Ж.Назаралиеву, преследующим снижение и нормализацию возбуждения в патологической системе [7], возникшей под действием стрессовых факторов наркотизма, изменение доминирующего функционального мотивационного состояния [12], а также расширение жизненной перспективы и личностного роста.

В качестве критерия оценки общей эффективности лечения мы выделили аспект удовлетворенности им пациентов, прошедших полный курс терапии по технологической программе. Итоги исследования свидетельствуют, что 85,9±12,2% обследованных воздерживались от приема психоактивных веществ в течение года. Полностью прекратили прием наркотиков 60,3±9,4%, у 25,6±1,8% пациентов регистрировалось частичное воздержание, из них 26,9±1,0% больных не употребляли пси-

хоактивные вещества в течение 4-6 месяцев, 13,5±1,3% - в течение 7-9 месяцев. Эффективность терапии оценивалась нами как с позиции редукции сомато-психопатологических синдромов наркотической зависимости (92,7%, $P < 0,05$), так и с позиций улучшения основных параметров качества жизни (84,8±12,3%), образа жизни (97,1±2,3%), трудовой адаптации (58,9±7,3%) и ограничения числа правонарушений (73,4±9,7%).

Результативность психотерапии с учетом сомато-психических особенностей пациентов и тяжести течения у них заболевания оценивалась степенью редукции клинической симптоматики и подтверждалась данными психодиагностики. При этом установлено, что ведущие нейро-психопатологические синдромы, клинически выраженные у больных при поступлении и отнесенные к нарушениям витальной сферы, регрессировали после первых двух этапов лечения. У всех больных отмечалась нормализация общего самочувствия и полное устранение сенестопатическо-алгического синдрома. Более, чем у 90% пациентов нормализовался ночной сон, купировались специфические аффективно-когнитивные расстройства, дезактуализировалась наркотическая мотивация, достигалось разрушение стереотипов наркообусловленного поведения, активизировалось понятийное мышление, процессы самосознания и санногенные механизмы.

Клиническую эффективность подтверждали результаты психологического тестирования. Методикой САН выявлено, что средние показатели самочувствия, активности и настроения у больных после лечения находились в пределах средне-нормативных величин и выше, соответствуя 5,72±0,66, 5,58±0,80, 5,94±0,95 баллам. Средние показатели личностной и реактивной тревожности (методика Спилбергера-Ханина) высокие при поступлении составили при выписке 38,9±7,11 и 38,37±9,61 баллов соответственно и ранжировались как "нормативная тре-

возможность". По методике К.Роджерса и Р.Даймонда были выведены средние интегральные показатели адаптации ($63,93 \pm 23,14\%$), эмоциональной комфортности ($65,17 \pm 14,80\%$) и внутреннего контроля ($56,60 \pm 9,20\%$), соответствующие средне-нормативным величинам при выписке, в отличие от низких - при поступлении. Методикой фрустрационных реакций С.Розенцвейга установлено, что средне-групповой показатель "степени социальной адаптации" низкий при поступлении имел тенденцию приближения к средне-нормативному при выписке ($48,76 \pm 10,07$), а показатель "интрапунитивности" от высокого в начале лечения снижался до средне-нормальных величин ($22,6 \pm 9,04$) по завершению лечения. Методики исследования когнитивных функций (оцениваемые по 5-ти бальной системе) выявили разницу результатов тестирования при поступлении и при выписке равную 2 баллам. При выписке больного тест Ровена соответствовал 4 баллам ($41,77 \pm 6,08$), тест обследования операторной памяти - 5 баллам ($6,26 \pm 0,71$), тест Крепелина - 4 баллам (и составил по объему выполненной работы $95,4 \pm 18,71$, по точности работы - $0,99 \pm 0,01$).

Наши исследования наглядно показали, что обсуждаемая программа лечения наркомании, основанная на теории классического обусловливания, подтвердила значимость учения И.П. Павлова применительно к ее перспективному использованию в наркологической практике на современном этапе.

Выводы

1. Авторская комплексная поэтапная модель психотерапии болезней химической зависимости является научно обоснованным методом, развившем на современном этапе теорию обусловливания И.П.Павлова и дополнившим учение об интегративных процессах в ЦНС.
2. Используемая в Медицинском Центре доктора Назаралиева технология

лечения может быть отнесена к перспективно развивающимся научно-практическим программам терапии, поскольку применение ее инновационных фармако-психотерапевтических элементов и методических приемов обеспечивает получение высоких показателей общей эффективности ($\text{Эф} = 92,7 \pm 1,2\%$) и качества технологического процесса ($\text{Кт} = 0,87 \pm 0,3\%$), а также позитивную динамику клинических параметров и психодиагностических тестов в процессе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенк Г.Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журн. - 1994. - № 4. - С. 3-19.
2. Александров А.А. Современная психотерапия: Курс лекций. - СПб.: Академический проект, 1997. - 335 с.
3. Алексеев Б.Е. Системный подход к изучению развития алкоголизма и наркомании // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. - 1992. - № 1. - С. 48-57.
4. Бауэр В.Р. Научные основы организации и оценка качества наркологической помощи в негосударственном медицинском центре: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1998. - 53 с.
5. Врублевский А.Г., Анохина И.П., Нужный В.П. Соматические последствия потребления психоактивных веществ // Токсикологический вестн. - 1995. - № 4. - С. 2-5.
6. Долин А.О., Долина С.А. Патология высшей нервной деятельности: Учеб. пособие для университетов. - М.: Высшая школа, 1972. - 384 с.
7. Крыжановский Г.Н. Патологические интеграции в центральной нервной системе // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1998. - Т. 98, № 6. - С. 52-56.
8. Назаралиев Ж.Б. Научное обоснование новых технологий лечения в негосударственном наркологическом центре // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1998. - 53 с.
9. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - М.: Экспертное бюро-М, 1997. - 496 с.
10. Практическая психодиагностика: Методики и тесты: Учебное пособие / Под ред. Д.Я.Райгородского. - Самара: Изд. Дом "Бахрах", 1998. - 672 с.
11. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д.Карвасарского. - СПб.: Питер Ком, 1998. - 752 с.
12. Судаков К.В. Биологические мотивации в системной организации функций мозга // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1998. - Т. 98, № 2. - С. 53-58.