

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Комплексная программа профилактики аутоагрессивного поведения созависимых жен и их мужей, больных опиатной наркоманией

БИСАЛИЕВ Р.В.

к.м.н., зам. руководителя наркологического центра Астраханской государственной медицинской академии

Рассматриваются методы профилактики аутоагрессивного поведения у созависимых женщин и их мужей, больных опиатной наркоманией. Эффективность предложенной лечебно-реабилитационной программы нашла отражение в таких показателях, как личностная регенерация созависимых женщин, значительное снижение случаев агрессивного и аутоагрессивного поведения в семьях, улучшение качества жизни, увеличение продолжительности терапевтических ремиссий.

Оказание практической психофармакотерапевтической и психотерапевтической помощи созависимым женам и их мужьям, страдающим опиатной наркоманией, является одним из основных направлений комплекса мер по профилактике созависимости, зависимости и аутоагрессии. Это обусловлено значительной распространенностью суицидальных и несуицидальных (латентных) форм аутоагрессивного поведения у данного контингента лиц.

Согласно мнению В.Д. Москаленко [4], созависимость имеет сходство с зависимостью по следующим параметрам, а именно состояние созависимости:

- 1) представляет собой первичное заболевание, а не симптом иного заболевания;
- 2) приводит к постепенной физической, психической, эмоциональной и духовной деградации;
- 3) при невмешательстве может привести к преждевременной смерти;
- 4) при выздоровлении требует системного сдвига как в физическом, так и в психологическом планах.

В наших исследованиях выявлен невротический регистр поражения психики созависимых жен с манифестацией эмоциональных и поведенческих расстройств, отмечен эффект аккумуляции соматических заболеваний, установлены признаки социально-психологической дезадаптации. В результате нарастания интенсивности указанных клинических проявлений актуализировались аутоагрессивные, в том числе суицидальные, тенденции у созависимых женщин. С определенной долей уверенности можно предположить, что при прогрессировании созависимости неизбежна (при невмешательстве) психосоциальная деградация созависимой личности с характерными клиническими проявлениями. Именно таким созависимым женщинам мы оказывали лечебно-реабилитационную помощь. Поэтому адекватными и патогенетически обоснованными являются методы вторичной и третичной профилактики.

На наш взгляд, вторичная профилактика созависимости — комплекс социальных, образовательных и

медико-психологических мероприятий, предупреждающих формирование клинически выраженных признаков созависимости и ее осложнений. Третичная профилактика созависимости направлена на восстановление личностного и социального статусов созависимых, позволяющая изменить свое отношение к психотравмирующей проблеме и избавиться от деструктивных форм поведения и аутоагрессии.

Программа профилактики аутоагрессивного поведения у больных опиатной наркоманией является по своей сути составной частью третичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ). Третичная профилактика злоупотребления ПАВ — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий лечебного и реабилитационного характера, направленных на восстановление личностного и социального статуса наркологического больного и возвращение его в семью, в учебные заведения, в трудовой коллектив и к общественно полезной деятельности [3].

Лечебно-реабилитационная программа созависимости включала в себя комплекс образовательных блоков по вопросам созависимости, зависимости, системы семейных отношений, семейного гомеостаза, научения навыкам предотвращения срывов и рецидивов созависимости и зависимости, а также дезактуализацию аутоагрессивности в структуре указанных расстройств. Конечным результатом программы являются нормализация психического статуса и социально-психологическая реадaptация исследуемого контингента лиц.

Разработанная нами программа состоит из двух блоков: первый был направлен на работу с созависимыми женщинами, второй — на их мужей, зависимых от опиатов. Такая стратегия обусловлена тем, что созависимость и наркотическая зависимость в семьях плотно взаимосвязаны и потенцируют негативную динамику этих расстройств.

Первый блок включает в себя образовательный курс по проблеме созависимости (зависимости) и психотерапевтические технологии, направленные на

нейтрализацию состояния созависимости и аутоагрессивных тенденций в ее структуре. Следует отметить, что при оказании помощи созависимым женам фармакотерапия не использовалась ввиду их предубеждения к лекарственной терапии, которая, по их мнению, «может принести вред», и категорического отказа принимать какие-либо лекарственные средства. Однако они достаточно охотно соглашались на применяемые психотерапевтические технологии, которые показали свою высокую эффективность, о чем будет сказано далее.

Второй блок состоит из комплекса психофармакотерапевтических и психотерапевтических лечебно-реабилитационных методов коррекции аффективных и поведенческих расстройств у больных опиатной наркомании, подавления патологического влечения к наркотику, снижения суицидальной и несуйцидальной активности, вовлечения в программы медико-социальной реабилитации, ибо нивелирование острых проявлений наркомании и стабилизация личностного и социального статуса больных позитивно сказывалась на особенностях клинических проявлений созависимости и аутоагрессии их жен.

Обследованы 34 созависимые женщины и такое же количество их мужей, больных опиатной наркоманией. Средний возраст составил $26 \pm 1,7$ года.

Критерием для выделения созависимых жен в основную группу и группу сравнения послужило наличие/отсутствие в анамнезе суицидального поведения (мысли, попытки). Основную группу созависимых жен составили 13 чел. (38,2%), в группу сравнения вошли жены без суицидального поведения — 21 чел. (61,7%).

По аналогичному принципу были разделены больные опиатной наркоманией. Основная группа из 25 чел. (67,6%) — это пациенты с суицидальными попытками, группа сравнения из 11 чел. (32,3%) — пациенты, не совершавшие аутоагрессивные действия.

Психотерапевтическая интервенция в группе созависимых жен включала в себя: преодоление созависимости (в обеих группах) и психотерапию аутоагрессивного поведения (в основной группе). Программа носила краткосрочный и интенсивный характер, что отвечало условиям ее проведения.

Для реализации поставленных целей использовались психотерапевтические техники: рациональная психотерапия, включающая образование по вопросам созависимости/зависимости, представлений о семье как сложной системе, гипнотерапия, аутогенная тренировка, когнитивно-поведенческая и семейная психотерапия.

Психотерапевтическая работа по преодолению созависимости начиналась с индивидуальной консуль-

тации, в ходе которой изучались особенности развития, воспитания испытуемых, психологический климат семьи, психическое состояние созависимых жен. Одновременно консультация носила информационно-просветительский характер. На занятиях (в индивидуальной и групповой формах) излагались: концепция зависимости и созависимости, клинические проявления этих феноменов, медико-социальные последствия, способы отреагирования чувств, процессы выздоровления от созависимости.

Аутоагрессивные аспекты феномена созависимости рассматривались только в основной группе созависимых жен. Тематика лекций и групповых дискуссий охватывала различные аспекты аутоагрессии. В частности, обсуждались факторы риска аутодеструктивного поведения, современные концепции, эпидемиология, клиника суицидальных и несуйцидальных форм аутоагрессивного поведения. Следует отметить возможность варьирования излагаемого материала.

Объем образовательной части программы занимал 7—8 ч (занятия по 1,5—2 ч 3 раза в неделю).

Зарубежными специалистами высказывается мнение о том, что классическая гипнопсихотерапия практически исчерпала себя, так как участие пациентов в подобном лечении остается весьма пассивным. В то же время использование гипнотических техник в терапии психических и наркологических расстройств в нашем регионе показывает достаточную эффективность.

Сеансы гипнотерапии у созависимых жен проводились следующим образом. Вначале с помощью музыкального сопровождения и формул успокоения, дремоты, тяжести и тепла во всем теле достигалось состояние сна. В дальнейшем гипнотические внушения были направлены на стабилизацию психического статуса, нейтрализацию аффективных расстройств (тревоги, раздражительности, сниженного настроения), нормализацию сна и соматического статуса. Состояние релаксации побуждало созависимых спокойно осмыслить создавшуюся ситуацию и по-иному посмотреть на семейные проблемы. Одновременно гипнотерапия использовалась в качестве одного из методов профилактики психосоматических заболеваний.

Трансовые состояния у созависимых жен основной группы использовались для внушения жизнеутверждающих установок. Обращалось внимание на деструктивность состояния созависимости: «Повышенная тревожность, беспокойство, бессонница вызывают у Вас развитие различных, в том числе тяжелых, соматических заболеваний», «Желание контролировать каждый шаг Вашего супруга или жертвенность Вашего поведения ведет к нарушению отношений в семье, создает предпосылки для «разочарова-

ния», постоянной неудовлетворенности, развития депрессии и суицидального поведения».

Завершаются сеансы формулами на оптимизацию настроения, уверенность в себе. Продолжительность курса гипнотерапии составляла 10—15 сеансов по 30—40 мин. Сеансы проводились индивидуально и в группах.

Полученные эффекты закреплялись на сеансах аутогенной тренировки. Предполагалось, что, обучив созависимых жен методам саморегуляции, удастся помочь им самостоятельно справляться со стрессовыми ситуациями, купировать интенсивные негативные эмоции и тем самым повысить самооценку.

Исходя из потребностей созависимых жен, на начальных этапах аутогенные внушения сочетались с гетеровнушениями, что позволило существенно сократить время на обучение их методам саморегуляции. Аутогенная тренировка также проводилась индивидуально и в групповой форме, 10—15 сеансов по 20—30 мин.

Особенно значимыми в психотерапевтическом плане оказались когнитивный и поведенческие уровни личности. Поэтому когнитивное реструктурирование психики созависимых жен осуществлялось методами когнитивно-поведенческой психотерапии, которые проводились индивидуально и в группе.

Задачами психотерапии являлись: формирование адекватного когнитивного функционирования, овладение созависимыми женами навыками, расширяющими их адаптационные возможности.

В период продолжительного лечения выявлялись скрытые когнитивные процессы и образования, а в них — иррациональные элементы. В частности, созависимые жены воспринимали болезненное состояние своих мужей как слабость воли: «Захотел бы — бросил». Коррекция искаженной информации проводилась через апелляцию к научным данным или к конкретным клиническим примерам. Все реальные, психотравмирующие проблемы, с которыми сталкиваются созависимые жены, также становились предметом обсуждения.

Для нейтрализации аффективных состояний, возникающих, как правило, при ожидании срыва либо при рецидиве наркологического заболевания у мужа, использовались техники десенсилизации. Созависимые жены представляли образы, связанные со страхом рецидива опийной наркомании у мужа. При ощущении максимальных проявлений (тревога, беспокойство, раздражительность, вегетативные проявления) женщины сразу переключались на состояние релаксации. Это упражнение за период занятия закреплялось несколько раз.

В основной группе обследованных жен дополнительно использовались техники десенсилизации, на-

правленные на дезактуализацию аутоагрессивных тенденций. Соблюдался тот же принцип. При возникновении негативного состояния, включающего в себя чувство бессилия, сниженное настроение, суицидальные намерения, испытуемые должны были формировать позитивные образы.

Продолжительность курса когнитивно-поведенческой психотерапии составляла от 10 до 30 сеансов, 2—3 раза в неделю по 1—1,5 ч.

Различные варианты семейной психотерапии в первую очередь были ориентированы на преодоление созависимости, а также на разрушение патологических стереотипов, на улучшение социальных навыков [6].

Среди методов семейной психотерапии эффективными были циркулярное (системное) интервью и краткосрочная психотерапия супружеской пары. Психотерапевтическая работа велась как индивидуально с созависимыми женами, так и совместно с больными мужьями.

Метод циркулярного (системного) интервью позволял не только получать сведения о семейной проблеме, но и одновременно осуществлять психотерапевтические интервенции. Стратегии, используемые созависимыми женами в сопротивлении наркотизации мужа, были стереотипными и негибкими. Чаще всего присутствовали необоснованные требования, угрозы, шантаж. Попытки взять под тотальный контроль поведение зависимого супруга заканчивались разочарованием, безразличием. Циркулярные вопросы помогали женщинам осознать, что позиция «либо я умру, либо он» — непродуктивная, саморазрушающая. Психотерапевтическая тактика была построена таким образом, что жены и их супруги приходили к пониманию необходимости равномерного распределения ответственности за все события семейной жизни. В результате прежние патологические конструкты подвергались «утилизации» с постепенным формированием новых.

Консультирование или краткосрочная психотерапия супружеской пары включала в себя следующие моменты. Супружеской паре объяснялось, что опийная наркомания — это проблема семейная, так как страдают все члены семьи. Акцентировалось внимание на причинах возникновения семейного дисбаланса и возможностях его нормализации при условии полного отказа от употребления наркотиков. Паре предлагалось обсудить и принять решение по этому вопросу. Супруге рекомендовалось вербально поощрять мужа за трезвость, а также совместно с мужем обсуждать любые проблемы в семье. Созависимой жене также объяснялось, что она в некоторых случаях может своим поведением и резкими высказываниями провоцировать срывы. В затруднительных ситуациях или если пара преднамеренно движется по

неправильному пути, наша активность была минимальной. Обычно давались рекомендации.

Консультирование пар с суицидальным поведением сопровождалось вербализацией и демонстрацией внутрисемейных стилей отношений, способствующих актуализации аутоагрессивных тенденций. Рекомендовалось избегать агрессивной манеры общения, не формировать друг у друга комплекс вины. Предлагалось обсуждать и планировать перспективные семейные проекты, побуждать оптимизм, больше реализовывать совместное времяпровождение.

Ключевым моментом в профилактике аутоагрессивного поведения является работа по избавлению от психологии жертвы. Женщинам были показаны психологические награды и негативные последствия психологии жертвы. При этом выделялась «красной чертой» высокая суицидогенность феномена виктимности, способного актуализировать явные и латентные формы аутоагрессии у ближайшего микросоциального (семейного) окружения, а именно у мужа и детей.

Профилактика психологии жертвы состояла в выявлении паттернов виктимного поведения, в научении вербализировать свои чувства и распознавать роль спасателя, от которой женщины должны отказаться. Происходило обучение навыкам отстаивания своего мнения и правильного распределения ответственности между всеми членами семьи.

Полученные результаты иллюстрируют, что аутоагрессивное поведение, особенно суицидальное, входит в структуру психопатологических феноменов опиатной наркомании. Поэтому коррекция суицидальной активности была составной частью всего лечебно-реабилитационного процесса наркотической зависимости.

Все пациенты были обследованы на 30—38-й день госпитализации, т.е. клинический статус соответствовал постабстинентному состоянию и выходу из него. В связи с этим больные опиатной наркоманией предварительно прошли курс стационарного лечения, а затем проводилась реабилитационная работа. Психофармакотерапия была направлена на купирование клинических проявлений острого абстинентного синдрома, подавление патологического влечения к наркотику, стабилизацию эмоционально-волевой сферы. Также проводилась метаболическая и общеукрепляющая терапия. Больные мотивировались на участие в реабилитационных программах.

Основной мишенью лекарственной терапии в постабстинентном состоянии были аффективные расстройства. При преобладании в клинической картине раздражительности, ажитации, напряженности, агрессивности, сопровождающихся осознанным влечением к наркотику, назначался азалептин (100 мг/сут.). Тизердин (0,075 г/сут.), галоперидол (0,005 г/сут.) и клопиксол (10—20 мг/сут.) применялись при интен-

сивном влечении и психомоторном возбуждении. Выраженный терапевтический эффект при расстройствах депрессивного спектра оказывали соннапакс (30 мг/сут.), неулептил (до 20 мг/сут.), амитриптилин (75 мг/сут.) и пиразидол (100—150 мг/сут.). Первые два препарата назначались исключительно при тревожно-депрессивных состояниях и эмоционально-волевых нарушениях, лежащих в основе психопатических и психопатоподобных синдромов (гетеро- и аутоагрессивное поведение).

Медикаментозная коррекция сна осуществлялась путем использования нейролептиков, постепенно замещающих препараты снотворно-седативной группы. Транквилизаторы оказывали выраженный, но не продолжительный эффект, что, возможно, объясняется быстрым формированием толерантности [5]. Использовались седуксен (30 мг/сут.), мезапам (30 мг/сут.), радедорм (10 мг на ночь). Предпочтение в данных случаях отдавалось клозапину (100 мг/сут.). Во-первых, этот препарат проявлял меньшее (в сравнении с другими нейролептиками) последствие в виде избыточной седации, заторможенности, дневной сонливости. Во-вторых, практически отсутствовали экстрапирамидные нарушения.

Пациенты основной группы принимали антаксон (налтрексон гидрохлорид) в дозе до 50 мг в сутки (350 мг в неделю) продолжительностью 180 дней.

В качестве основных методов психотерапии химической зависимости нами использовались: рациональная психотерапия, гипнотерапия, когнитивно-поведенческая и семейная психотерапия. Указанные методы психотерапии в рамках предлагаемой комплексной программы взаимно дополняли друг друга, делая эту модель психотерапии больных опиатной наркоманией перспективной по многим параметрам. Психотерапевтический блок программы имел некоторые особенности, о которых будет сказано ниже.

Во время психотерапевтических бесед и занятий пациентам обеих групп объяснялся механизм возникновения зависимости, обсуждались негативные последствия опиатной наркомании в различных сферах жизнедеятельности и возможные методы терапии зависимого поведения. С помощью логических убеждений демонстрировались необходимость и позитивность в формировании социально приемлемых форм поведения.

Стержнем рациональной психотерапии в группе больных с суицидальным поведением служила демонстрация негативных последствий хронической интоксикации сквозь призму аутоагрессии. В частности, больным объяснялось, что употребление наркотиков само по себе — одна из форм аутоагрессивного поведения. Возникновение соматических заболеваний интерпретировалось как реализация соматической ауто-

агрессии: «Употребление наркотиков, в которых содержатся различные токсические вещества, разрушает функциональные возможности органов и систем организма. А Вы, зная об этом, продолжаете осознанно или неосознанно сокращать свое существование». «Семейный суицид проявляется через постоянные конфликты. Так или иначе, Ваша семья распадется. Давно доказано, что конфликты, предразводная ситуация и развод еще сильнее обостряют Ваши суицидальные тенденции».

Задачи, которые решались с помощью гипнотерапии, — формирование трезвеннических (витальных в основной группе) установок, повышение самооценки, уверенности в собственных силах и возможностях, разрушение аддитивных и саморазрушающих стереотипов поведения.

При достижении общепринятыми способами состояния гипнотического сна мы осуществляли процедуры рационального внушения. В гипнотических формулах обращалось внимание на негативные последствия употребления наркотиков, подчеркивалось, что наркотические средства разрушают здоровье, снижают иммунитет, вызывают различные соматические, инфекционные и психические расстройства. Акцент ставился и на разрушенные социальные и семейные отношения.

В основной группе дополнительно применялись лечебные внушения. Психотерапевтическое воздействие было адресовано к аутоагрессивным аспектам заболевания. Внушения содержали формулировки, иллюстрирующие взаимосвязь между употреблением наркотиков и актуализацией аутоагрессивных тенденций. В частности, озвучивалось: «Употребление наркотиков провоцирует у Вас желание покончить с собой. Через наркотики идет Ваше собственное саморазрушение. При этом, убивая себя, Вы за собой тянете своих близких и т.д.»

Сеансы завершались внушениями, поддерживающими уверенность больных в прекращении наркотизации, восстановлении здоровья, работоспособности, доверия среди коллег и знакомых, нормализации семейных отношений. Полный курс лечения как в индивидуальной, так и в групповой форме составлял 10—15 сеансов.

Высокую эффективность показала когнитивно-поведенческая терапия. Она представляет собой процесс направленного формирования желаемых, конструктивных форм поведения на основе принципов теории научения. Особое значение при проведении сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии придавалось обучению больных опийной наркоманией навыкам борьбы с актуализацией патологического влечения к наркотику, а также усилия были направле-

ны на слом патологических паттернов аутоагрессивного поведения.

На основе общих принципов когнитивной психотерапии (отсутствие отвлекающих факторов, интенсивная, отчетливая, структурированная, конкретизированная, наглядная подача информации) осуществлялась поэтапная работа по выявлению, актуализации и систематизации косвенных признаков патологического влечения, о клинических проявлениях которого сообщалось пациентам обеих групп: болезненные ощущения в теле, раздражительность, сниженное настроение, сновидения наркотического содержания. Иногда патологическое влечение возникало в ответ на такие пусковые механизмы, как встреча или телефонные звонки «знакомых наркоманов», конфликты в семье. Наилучшие результаты в решении этой проблемы мы получили при использовании техник десенсилизации. По мнению Вольпе, действия, совершенные в воображении, ничем не отличаются от реальных. Вначале больным предлагалось вспомнить те ситуации, которые провоцируют влечение с вербализацией эмоций и чувств. При достижении их максимальной выраженности (о состоянии психофизического дискомфорта зависимый сигнализировал, как правило, поднятием указательного пальца руки) пациент сосредоточивал свое внимание на позитивном образе, тем самым достигая состояния релаксации. Образ представляется несколько раз. На начальных этапах это упражнение сочеталось с гетеровнушениями.

В основной группе дополнительно применялись техники десенсилизации, включающие образы аутоагрессивного содержания. Другими словами, при обострении патологического влечения пациент представлял свое падение в «яму проблем» в прямом и переносном смысле. При этом больные отмечали не только неприятные физические ощущения (холод, темнота), но и психические (одиночество, неустраиваемость, отчужденность). Позитивные образы были связаны с представлениями хорошего самочувствия, уверенности в себе, любви и понимания со стороны близких родственников.

Прорабатывалась проблема рецидива. Когнитивное реструктурирование психики пациентов осуществлялось таким образом, что рецидив заболевания воспринимался ими как возможная негативная составляющая процесса ремиссии, но с которой необходимо бороться. Поэтому очередной срыв не вызывал у наркозависимых каких-либо панических настроений, а, наоборот, он стимулировал их к дальнейшему активному совершенствованию и личной ответственности с учетом предыдущих ошибок.

Продолжительность курса когнитивно-поведенческой психотерапии составляла от 10 до 30 сеансов, 2—3 раза в неделю по 1—1,5 ч.

Роль семьи в становлении аддиктивных расстройств, в формировании аутоагрессивного поведения и в реабилитации наркозависимых в настоящее время признается большинством специалистов соответствующего профиля [1, 2]. При проведении семейной психотерапии эффективным оказался метод экстернализации проблемы. Психотерапевтическая тактика была построена так, чтобы пациенты воспринимали семейную проблему, симптом дисфункциональности с позиции «наблюдателя». Это позволило открыть им доступ к его перспективам и ресурсам. Включение пациентов в решение семейной проблемы реализовалось первоначально на вербальном уровне. Больные предлагали свои пути нормализации семейной обстановки. Однако акцент ставился в первую очередь на полном отказе от употребления наркотиков. Периодически нами предлагались собственные, своего рода адекватные пути решения проблем. В то же время они не преподносились как аксиоматические.

В группе больных, в анамнезе которых фиксировались суицидальные формы аутоагрессивного поведения, семейная психотерапия была направлена на разрушение непродуктивных саморазрушающих паттернов поведения. Слом неадаптивных семейных взаимодействий происходил следующим образом:

1) подчеркивалась общность развития аутоагрессивного поведения при опиатной наркомании и созависимости. Это достигалось за счет вербализации и иллюстрации параллелизма указанных феноменов, констатацией суицидальных мыслей и попыток между членами семьи;

2) проигрывались имеющиеся отношения в семье с последующим анализом;

3) вырабатывались и закреплялись продуктивные стили внутрисемейных отношений.

Предложенная тактика семейной психотерапии может проводиться как индивидуально с больным, так и с супружескими парами.

Продолжительность курса семейной психотерапии составляла от 10 до 20 сеансов, 2—3 раза в неделю по 1,5—2 ч.

Оценка эффективности программы

Результаты клинического обследования между обеими группами созависимых женщин существенно различались. Наблюдалось уменьшение выраженности до полного исчезновения психопатологической симптоматики: аффективных расстройств (депрессии, тревоги, раздражительности, лабильности настроения), нарушений сна, а также соматовегетативных проявлений (учащенного сердцебиения, пульса, нестабильного артериального давления, потливости) (основная группа — 69,2% против 38,4% — груп-

па сравнения; $p \leq 0,05$). Возможно, это объясняется досрочным прерыванием лечения среди обследуемых жен группы сравнения (23,8%). В основной группе такие случаи не установлены.

Весьма показательны значения по аутоагрессивности. Отсутствие суицидальной активности фиксировалось у 53,9% обследуемых лиц из основной группы. Это подтверждалось не только вербальным отрицанием наличия суицидальных мыслей, но и продолжительными клиническими наблюдениями и в ряде случаев объективными данными. Так, на протяжении полугодового наблюдения за ними констатировался достаточно стабильный фон настроения. Созависимые жены выражали оптимизм, строили реальные планы, критически относились к возможности совершить суицидальные поступки. У остальной части обследуемых женщин с суицидальным поведением (46,1%) установлено снижение суицидальной активности. Методами саморегуляции женщины самостоятельно справлялись и нейтрализовали эпизодически возникающие суицидальные мысли.

Хорошие, бесконфликтные семейные отношения также фиксировались в основной группе созависимых жен (52,6% против 28,5%; $p \leq 0,05$). Установлено равномерное распределение ответственности среди других членов семьи. Например, выбор наркологической клиники, врача, психотерапевта супруги обсуждали совместно. В то время как в группе сравнения инициатива по этим вопросам в подавляющем большинстве случаев оставалась за созависимыми женами (57,1%).

Эффективность проводимых профилактических мероприятий у созависимых жен основной группы подтверждается их высокой социальной активностью. Женщины стали чаще совершать покупки, следить за внешним видом, часть из них начала заниматься в спортивных клубах (фитнес, плавание).

Основная группа созависимых жен отличалась более выраженной мотивацией к выздоровлению. Это проявлялось регулярными посещениями занятий, неукоснительными выполнениями домашних заданий, проявлением активности и заинтересованности в позитивных изменениях в семье. Представители группы сравнения, наоборот, не соблюдали график посещения занятий, находили отговорки: «Плохо себя чувствую, давайте перенесем занятие на несколько дней, не хватает времени и пр.». Иногда приходилось использовать активные интервенции, т.е. приглашение на сеансы осуществлялось через значимых для созависимых жен родственников.

Проведение комплекса биологической терапии и психотерапии способствовало значительному нивелированию депрессивной симптоматики, являющейся основой для аутоагрессивного поведения (основная

группа — 68,0% против 36,3% — группа сравнения; $p \leq 0,05$), отмечалось уменьшение выявляемых случаев суицидальных тенденций (у 60,0% из основной группы больных). Значительно ослабевала интенсивность патологического влечения к наркотику: «Практически нет тяги», улучшались настроение, сон. Относительным критерием эффективности были абсолютная индифферентность или реакции отторжения, негативизма: «Это зараза, это яд».

В дополнение к приведенным данным следует добавить, что больные, получавшие налтрексон гидрохлорид (антаксон), тщательнее выполняли врачебные назначения, четко соблюдали график посещения психиатра-нарколога и психотерапевта, выявлялось личностно проработанное критическое отношение к своему состоянию, к совершавшим суицидальным попыткам. Отмечали, что у них с употреблением налтрексона ослабевало влечение к наркотику, перестали беспокоить суицидальные мысли,

Наибольшее число ремиссии более 6 мес. наблюдалось в основной группе (44,0%). В группе сравнения этот показатель был достоверно меньше (18,1%). Кроме того, пациенты основной группы проявляли более высокий уровень ресоциализации, у них отмечалось улучшение качества жизни. Процесс ресоциализации обычно начинался с появления признаков нормативного морально-этического поведения: больные старались соблюдать личную санитарную гигиену, становились приветливыми, спрашивали разрешение при совершении действий, имеющих отношение к другим членам семьи, стремились говорить правду, вникали в проблемы семьи и частично участвовали в решении ее бытовых проблем, проявляли интерес к состоянию своего здоровья, охотно беседовали с лечащим врачом, устраивались на работу или возобновляли учебу.

На психотерапевтических занятиях пациенты с удовольствием рассказывали о своих успехах в учебе и работе, об улучшении эмоционального состояния, о

появлении интереса к искусству, спорту и пр. То есть отмечались определенное восстановление личной ответственности и улучшение поведенческих функций.

Таким образом, на основании анализа катamnестических данных установлено, что основными лечебно-реабилитационными технологиями, которые позволили получить положительный эффект в процессе профилактики аутоагрессивного поведения, являлись:

- в группе созависимых жен — рациональная психотерапия, система образования и тренингов по вопросам созависимости/зависимости, гипнотерапия, аутогенная тренировка, когнитивно-поведенческая и семейная психотерапия;
- в группе больных опиатной наркоманией — фармакотерапия основного заболевания и его осложнений, рациональная психотерапия, гипнотерапия, когнитивно-поведенческая и семейная психотерапия.

Эффективность предложенной лечебно-реабилитационной программы нашла отражение в таких показателях, как личностная регенерация созависимых женщин, значительное снижение случаев агрессивного и аутоагрессивного поведения в семьях, улучшение качества жизни, увеличение продолжительности терапевтических ремиссий.

Список литературы

1. Берн Э. Трансактный анализ в группе. — М.: Лабиринт, 1996.
2. Бисалиев, Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2005. — 108 с.
3. Дудко Т.Н. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. — М., 2001. — 68 с.
4. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристика и практика преодоления // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 288 — 319.
5. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 304 с.
6. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. — 656 с.

BISALIEV R.V. cand.med.sci., deputy of the leader of the drug centre of the Astrakhan state medical academy

Methods of prophylaxis of autoaggressive behavior of codependent women and their husbands who are ill with opium drug addiction are considered in the article. The effectiveness of suggested medical-rehabilitation program find reflection in such indexes as personal regeneration of codependent women, significant decreasing of cases of aggressive and autoaggressive behavior in the families, improvement of quality of life, increasing of duration of therapeutic remission.