ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ӘЛЕУМЕТТІК ПРОБЛЕМАЛАРЫ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

Н.В. Асланбекова, А.А. Кусаинов

Алкогольдік тәуелділікті кешенді емдеу бағдарламасы

Әдістемелік ұсыныстар

Павлодар
2012

Асланбекова Н.В., Кусаинов А.А.
Алкогольдік тәуелділікті кешенді емдеу бағдарламасы: Әдістемелік ұсыныстар. – Павлодар, 2012. -39б.

Әдістемелік ұсыныстарды Н.В. Асланбекова, А.А. Кусаинов дайындады.

Ұсынылатын әдістемелік ұсыныстар іс-тәжірибе жүргізетін нарколог-дәрігерлер мен психиатр-дәрігерлерге арналған.

Осы әдістемелік ұсыныстарда алкогольге тәуелділікті емдеудің инновациялық бағдарламасының негізгі ережелері баяндалған. Әдістемелік ұсыныстар нарколог-дәрігерлерге арналады. Осы жұмыста ұсынылған білімдерді «Нашақорлықтың медициналық әлеуметтік проблемаларының Республикалық ғылыми-практикалық орталығы» РМҚМ ғылыми қызметкерлері жинақтады және олардың тәжірибелік бағыттылығы бар.

Рецензенттер:
Медицина ғылымдарының докторы Толстикова А.Ю.
Медицицна ғылымдарының докторы Россинский Ю.А.

Әдістемелік ұсыныстар Нашақорлықтың медициналық әлеуметтік проблемалары Республикалық ғылыми-практикалық орталығының ғылыми кеңесінде қаралды (ғылыми кеңестің төрағасы – Т.В. Пак, 2011 жылғы 18 қарашасындағы № 256 хаттама).

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі медициналық білім және ғылым республикалық инновациялық технологиялар орталығымен келісілді және ұсынылды (2012 жылғы 26 наурызындағы № 3 хаттама).

© «Нашақорлықтың медициналық әлеуметтік проблемалары Республикалық ғылыми-практикалық орталығы» РМҚМ, Қазақстан Республикасы, Павлодар, 2012

Мазмұны

КІРІСПЕ.....3
НЕГІЗГІ БӨЛІМ.....6
1 Бағдарламаның мақсаты мен негізгі ережелері.....6
2 Қатысушының қолайлы профилі мен тиімділік предикторлары 9
3 Бағдарлама кезеңдері 10
3.1 Алдын-ала кезең 10
3.2 Бағдарлама форматы 14
3.3 Когнитивті-мінез-құлықты психотерапия. ..... **Ошибка! Закладка не определена.**
3.4 Бастапқы кезең.....19
3.5 Белсенді терапия кезеңі .....**Ошибка! Закладка не определена.**
3.6 Қолдаушы терапия кезеңі .....**Ошибка! Закладка не определена.**
3.7 Терапия нәтижелеріне баға беру.....**Ошибка! Закладка не определена.**
ҚОРЫТЫНДЫ .....**Ошибка! Закладка не определена.**
ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТ ТІЗІМІ .....**Ошибка! Закладка не определена.**
А Қосымшасы. Күнделікті эмоцияларды тіркеу кестесі**Ошибка! Закладка не определена.**
Б Қосымшасы. Автоматты түрдегі ойларды, эмоция мен жүріс-тұрысты тіркеу бойынша 4-полды кестенің үлгісі .....**Ошибка! Закладка не определена.**

КІРІСПЕ

Наркологиялық сырқаттарды емдеуді ойдағыдай жүргізу үшін кешенді тәсілдер мен іс-шаралар қолданылады. Ауруға шалдыққан адамдарды емдеу мәселеріне кешенді құрама тәсілдерді қолдану, сырқаттардың психобелсенді заттардан (ПБЗ) тәуелдігінің сырқаттардың этиопатогенезінің мультифакторлық сипатына байланысты [1]. Тікелей терапевтік, сонымен қатар профилактикалық жұмыс нәтижелігін жоғарылату, нақты әдістемелік базаны дамыту негізінде, оның формалары мен әдістерін жетілдіру жолымен іске асуы мүмкін.

Наркологиялық сырқаттар терапиясының концепциясы бірнеше құрамдас бөліктерден тұрады: біріншіден, наркологиялық сырқаттар терапиясының негізгі принциптері, екіншіден, терапевтік әсер етудің деңгейлері, үшіншіден, терапевтік әсер етудің нысаналары және төртіншіден, терапевтік әсер етудің әдістері мен құралдары.

1. Наркологиялық сырқаттар терапиясының негізгі принциптері келесіден тұрады:

− *Өз еркімен емделу* – осы бірінші және ең алғашқы принципті сақтаған жағдайда ғана дәрігер мен науқас арасында өзара түсунішілікке жету және ымыраластық басталады. Алайда, өз еркімен емделу принципін сөзбе-сөз түсінуге болмайды. Сырқатқа тәуелділігі бар науқастың кез-келген өзге адамнан айырмашылығы оның емделу ықыласы ауыспалы түрде бірде бар, бірде жоқ болып келеді. Мысалы, мас күйінде емделуге деген ықыласы пайда болғанымен, жағдайдың ауырлығы өткеннен кейін емделуге деген ықылас та жоғалып кетеді және т.с.с. Осындай жағдайда ауруды емдеуді жалғастыру мақсатын дағдылау дәрігердің кәсіпқойлығына байланысты.

− *Терапевтік процесті максималды түрде жекелендіру*. Аталған принциптің негізіне дәрігердің біліктілігі кіреді. Пациент медициналық жәрдемге алғаш рет жүгінген жағдайда, дәрігер ауруды қандай жағдайларда емдеу тиімді екенін анықтау қажет - амбулаторлы, стационарлы немесе жартылай стационарлы. Емдеудің сапасы мен нәтижелері, осы ауру адамның сырқатының клиникалық ерекшеліктерін дұрыс саралауына байланысты (сырқат кезеңі, процесс ауырлығы, прогредиенттіліктің қарқыны мен дәрежесі, соматикалық және әлеуметтік салдары және т.б.). Сонымен қатар, пациенттің конституционалды-жеке ерекшеліктері туралы мәселенің де маңызы бар, сонымен бірге, нақты ауруға шалдыққан адамның өмір сүру мен қоршаған ортаның микроәлеуметтік жағдайларын талдау. Осы факторлардың жиынтығы, ауруға шалдыққан адамның жеке профилін құрайды. Осы құрамалардан емдеудің жеке бағдарламасы дайындалады, оған емдеудің формалары, әдістері мен құралдары кіреді.

− *Кешенділікте*. Терапевтік әсер ету кешенді, біріктірілген болу қажет, медикаментозды, психотерапевтік және әлеуметтік әсер етуді де ескеру қажет. Емдеудің кешенділігіне нақты терапевтік бағдарламада не бір құрамдас бөліктің меншікті салмағын барынша дұрыс анықтау қажет. Емдеудің бастапқы кезеңінде

психофармакологиялық әсер етуді аз қажет ететін ауру адамдар категориясы бар, оларды емдеудің негізгі бөлігі – психотерапия мен әлеуметтік бағдарламаны іске асыру. Ал, ауруға шалдыққандардың басқа категориясына, емдеудің медикаментозды бөлігі негізгі болып табылады, ол басты және барынша маңызды орын алады, ал енді осы негізгі желіге кешенді бағдарламаның психотерапевтік және әлеуметтік бөліктері қосылады.

− *Психобелсенді заттарды қабылдаудан бас тартуда*. Нақты осы кезеңде ауруға шалдыққан адамның психотерапиялық процеске белсенді қосылуы басталады. Бірінші қадамға, ауруға шалдыққан адамның емделу қажеттілігін түсінуге жету. Егер ауруға шалдыққан адам осы ойды мойындаса - осының өзі жоғары жетістікке жету мүмкіндігін қамтамасыз етеді. Екінші қадам – психобелсенді заттарды қабылдаудан өз еркімен бас тарту мәселесін күрделі түрде және ұзақ уақыт талқылау. Ауру адамды емдеуді бастау процесі, «кері кетіп қалумен», қайталаулармен байланысты болуы мүмкін, алайда, барлық жағдайларда емдеуді жалғастыруға деген дәрігердің байсалды, адекватты, сонымен қатар, табанды көзқарасы, белгілі бір жетістікке әкелуі мүмкін.

2. Терапевтік әсер етудің нысаналары мен деңгейлері

Сұлба түрінде ақаулықтарды екі топқа бөліп, әрқайсысын бөлек қарауға болады.

Бірінші топ – психобелсенді заттардан тәуелділікті қалыптастыруға байланысты нысаналар. Қазіргі уақытта химиялық тәуелділіктің негізгі биологиялық даму механизмдері анықталды. Психобелсенді заттарды теріс пайдалану процесінде, психобелсенді затқа патологиялық құштарлық синдромының химиялық тәуелділіктің арқаулы ақаулықты қалыптастыруға қатысатын нейромедиаторлық, нейромодуляторлық және басқа да реттеуіш жүйелер мен зат алмасу процестерінің қайта құрылуы дамиды. Сонымен қатар, наркологиялық сырқаттардың дамуына генетикалық (биологиялық) бейімділік те болады. Клиникалық деңгейде алкоголь мен есірткіге патологиялық бейім, түрлі аффективті, мінез-құлықты, вегетативті және идеаторлық бұзушылықтар түрінде байқалады. Психобелсенді заттарға патологиялық құштарлық феноменін мақсатты түрде зерттеу, құштарлықтардың және, мысалы, депрессивті бұзушылықтарды, негізгі нейрохимиялық механизмдерінің ортақтығын болжауға мүмкіндік берді, ол осы кезеңде патогенетикалық түрде негізделген терапияның негізгі принциптерін шығаруға көмегін тигізеді. Нақты осы деректерге сүйенетін болсақ, адекватты және сараланған емдеу таңдалады. Әлеуметтік деңгейде әсер ету, ауруға шалдыққан адамның әлеуметтік қоршаған ортамен дұрыс және түсінікті әрекеттесуден құралады. Әдетте, психобелсенді заттарға «құштарлық», көңіл-күйдің босауы, жүріс-тұрыстың бұзылуы сияқты сырқаттың белгілері, ең алдымен ауруға шалдыққан адамның жақындарына, жанұялық қатынастарына әсерін тигізеді. Осындай аурулар контингентін емдеу барысында, оларды қоршайтын адамдармен де міндетті түрде өзара әрекеттесу қажет.

Екінші топ – психобелсенді заттарды теріс пайдаланудың уландырғыш салдарына байланысты нысаналар. Биологиялық деңгейде – бұл психобелсенді заттарды теріс пайдаланудың соматоневрологиялық салдар. Клиникалық деңгейде – бұл уландырғыш салдар, олар психоорганикалық синдром симптоматикасымен байқалады. Бәрі ерекше мінезді өзгерушіліктерден басталады, содан интеллектуалды-мнестикалық бұзушылықтар қосылады, олар сырқаттың кейінгі ұлғаюында көзге түсетін деменцияға әкеліп соқтырады. Әлеуметтік деңгейде, уландырғыш салдар ретінде, адамның адаптивті мүмкіндіктері бұзылады, тұрақты әлеуметтік дезадаптация өрбиді.

3. Наркологиялық сырқаттарды емдеудің түрлері мен кезеңдері

Емдеудің үш түрін бөліп шығаруға болады:

Биологиялық бағытта әсер ету түрі;

Психотерапевтік бағытта әсер ету түрі;

Әлеуметтік бағытта әсер ету түрі.

Алкоголизмді емдеуде екі анықтайтын кезеңді бөліп шығаруға болады.

Бірінші кезең - ауыр жағдайлардың созылмалы улану салдарынан пайда болған бұзушылықтарды жоюды, абстинентті синдромды емдеуді көздейтін қарқынды терапия, ПБЗ теріс қолдану әсерінен пайда болатын әртүрлі асқынулардың алдын алу, психобелсенді заттарға патологиялық құштарлықты басу, ауруды зерттеу мен онымен психотерапевті контактті орнату. Екінші кезеңді қайталауға қарсы терапия кезеңі ретінде анықтауға болады. Ауыр белгілерді тоқтату, практикада ойдағыдай өтеді, ал екінші кезеңді тиімді іске асыру, мамандардың белсенді зерттемелер негізі болып табылады.

Жоғарыда айтылғанды ескере отырып, әдістемелік ұсыныстардың мақсатына, алкогольді тәуелділікті емдеу инновациялы кешенді бағдарламасының негізгі ережелерін жарықтандыру, оны 2009 жылы алғашқы рет Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау мен әлеуметтік даму министрлігінің Ұлттық наркология ғылыми орталығы (РФ ДСӘДМ) (Мәскеу қ.) және Дипломнан кейін білім алу медициналық академиясының психотерапия кафедрасы (Санкт-Петербург қ.) GCP (Good Clinical Practice) [2] принциптеріне сәйкес дайындады.

НЕГІЗГІ БӨЛІМ

1 Бағдарламаның мақсаты мен негізгі ережелері

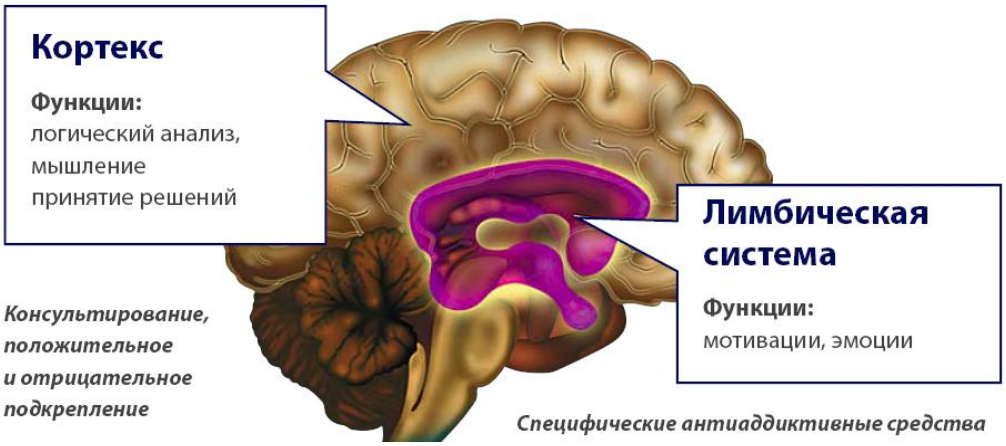
Бағдарлама мақсаты

Алкоголизмнен азап шегетін пациенттерге өзін өзгерту мен өзінің тәуелділігін өзгертуге мүмкіндік беру.

Бағдарламаның мәні

Бағдарламаның нәтижелігі кешенді жүйелі және ұзақ патогенетикалық әсер етуді қолданумен анықталады. Бағдарламаға аддиктивке қарсы ерекше дәрілер

мен психотерапияның үйлесімі кіреді, олардың мақсаты – алокогольді тәуелділік патогенезінің екі негізгі буыны кіреді (*1 сурет.)*.

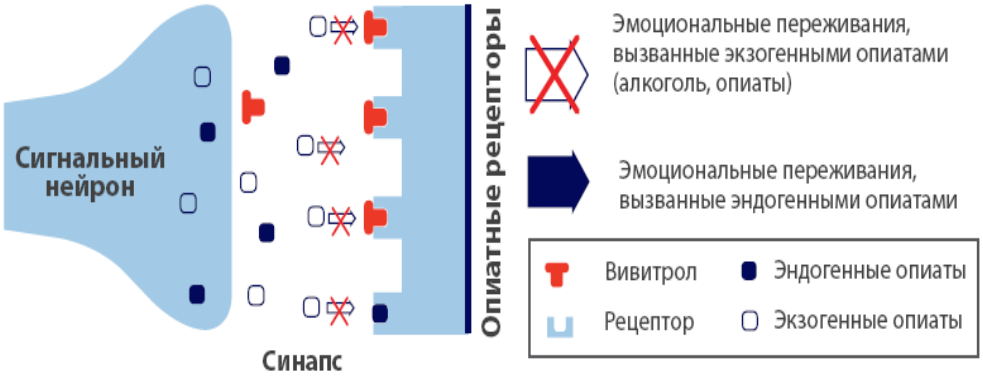


1 сурет. Патогенетикалық негіздеме

Аталған *бағдарлама* барысында аддиктивке қарсы ерекше дәрілер қабылдау, алкогольдің әсерін күшейтуге бағытталған (лимбикалық жүйеге әсер ету мен эмоциялық салаға ықпал ету) *(2 сурет)*.

Негізгі фармакологиялық дәрі ретінде кешенді емдеу құрамында Вивитрол® препараты қолданылады – налтрексонның ұзартылған формасы – **опиатты рецепторлардың шектемесі** *(3 сурет)*.

2 сурет. ПБЗ тәуелділік патогенезі



Бәсекелес ингибирлау (рецепотрларға ұқсастық дәрежесі):
Эндогенды опиаттар > Шектемелер > Алкоголь, экзогенды опиаттар

3 сурет. Вивитрол әсер ету механизмі – μ-опиоидты рецепторларға бәсекелестік шектеме

Налтрексон алғаш рет 1994 жылы АҚШ-та алкогольдік тәуелділікті емдеу үшін қолданылды [3]. Оның әрекеті алкогольдің субъективті, сонымен қатар мінез-құлық әсерлерін төмендетуде, ол өз кезегінде спиртті ішімдікті ішуді төмендетіп, салынып ішудің жиілігі мен ұзақтығын қысқартуға алып келеді [4]. Өткізілген клиникалық зерттеулер, алкоголизмге шалдыққан аурулар тобына қатысты налтрексон әсері жоғары нәтиже беретінін көрсетті. Атап айтқанда, натрексон 40 жастан асқан және алкогольді теріс пайдалану салдарынан отбасылық анамнезі ауыр тұлғаларда жоғары нәтиже көрсетеді [3]. Сонымен қатар, налтрексонмен алкогльдік тәуелділіктің терапиясы нәтижелеріне әсерін тигізетін маңызды факторына, опиатты рецепотрлар түрлерінің бірімен байланысты, пациенттің генетикалық ерекшеліктері жатады [5].

Көптеген зерттеулерде емдеудің жақсы нәтижелеріне жету үшін налтрексонды жүйелі түрде қабылдау маңыздылығы көрсетілген [6]. Атап айтқанда, американдық зерттеушілер, алкогольді қабылдауға қатысты налтрексон әсері, 3 ай ішінде налтрексонның 90% мөлшерін пероралды түрде қабылдаған пациенттерде байқалғанын көрсетті [7]. Тағайындалған емді қабылдамаған пациенттер, налтрексон терапиясының нәтижелері бойынша, плацебо қабылдаған топтан айырмашылығы болған жоқ.

Налтрексонның инъекциялық формасы – *Вивитрол*® комплайенс мәселесін шешу үшін дайындалды. Бұл формула налтрексонның қандағы тұрақты концетрациясын 4 апта бойы үзбей ұстайды. Сонымен қатар, инъекциялық форма налтрексонның метаболизм кезіндегі бауыр арқылы «бастапқы өту жолы» әсерінен құтылуға көмектесіп, оның биожетімділігін жетілдіреді. Налтрексон микросфераларда бар, оның бұл ерекшелігі баяу және тиянақты шығуына мүмкіндік береді. Қандағы осындай қажетті концентрациясының бірқалыптылығы, пероралды қабылдау барысында орын алатын налтрексонның ең жоғары деңгейдегі концентрациялардан жанама әсерлердің жиілігін пайда болуын төмендетуге мүмкіндік береді [8].

Өткізілген клиникалық зерттеулер Вивитролдың® алкогольдік тәуелділікті емдеу барысында жоғары нәтижелер көрсетті [9]. Осылайша, американдық ғалымдар Дж.Гарбут және Г.Кранцлер 2005 ж., 6-айлық қосарлы соқыр көпорталықты рандомизирленген 624 пациенттердің қатысуымен клиникалық зерттеуде Вививтролдың 380 мг және 190 мг мөлшердегі жоғары нәтижелігін жариялады [10]. 380 мг мөлшердегі Вивитрол® психотерапевтік кеңес берумен бірге, теріс пайдалану күндерін төмендетуге қарай және плацебодан гөрі тиімділігі жоғары екені анықталды. Вивитролдың әсері, терапия басталар алдында аз дегенде 7 күн алкоголь қабылдамаған пациенттерде біршама жоғары болған, ал емдеу сәтінде алкогольді қабылдауды жалғастырған пациенттерде әсері аздау болған дерек қызықтырады.

Жалпы Вивитролдың [2–5] тиімділік нәтижелері келесіні көрсетті:

- *ол алкогольге деген бастапқы және қайталанатын патологиялық құштарлықты төмендетеді;*
- *ол алкогольдің масайрау әсерін төмендетеді;*
- *оның расталған фармакокинетикасы бар – опиодты рецепторларды тұмшалайды;*
- *оны қолдану ыңғайлы (Вивитрол инъекциялары айына бір рет бұлшық етке жіберіледі).*

Кешенді терапияның екінші бөлігіне психотерапия жатады, ол пациенттің мінез-құлық стереотипін өзгертуге бағытталған. *Вивитролдың* тұрақты терапиялық әсері препаратты кем дегенде жарты жыл уақыт мерзімінде қабылдағанда көзге көрінеді, сондықтан пациенттерді Бағдарламада ұстап қалу, оның шектерін сақтау (комплаейнс), барлық шарттарды тиянақты сақтаудың маңызы зор. Пациенттерді Бағдарламада ұстап қалу, психотерапевтік жетектеудің мақсаттарының бірі болып табылады, ол когнитивті-мінез-құлық психотерапияның әдістерін қолдануда негізделеді. Психотерапияның бұл формасы клиникалық тәжірибеде барынша қалпына келтіру мен жетімділікпен ерекшеленеді, сондықтан оның бөлек қозғалыстарын, арнайы психотерапевтік білімдері жоқ нарколог-дәрігерлер жүзеге асыруы мүмкін. Алайда, маманның психобелсенді заттардан тәуелді тұлғалармен жұмыс істеу бойынша жеткілікті дәрігерлік тәжірибесі болу керек.

Осы емдеу әсерін тигізетін элементтерді салмақты және ойластырып қолдану, белгілі бір пациенттер тобында емдеудің жоғары нәтижелеріне әкелуге мүмкіндік береді.

2 Қатысушының қолайлы профилі мен бағдарлама тиімділігінің предикторлары

Емдеу бағдарламасы келесі пациенттер тобында барынша тиімді болады:

– *Алкогольдік тәуелділікке шалдыққан аурулар көбінесе ерте кезеңде* (2-ден ауыр емес);

– *Өмірлерінде алғашқы рет – Алкогольді тәуелділік диагнозы қойылған аурулар*;

– Сақтаулы әлеуметтік мәртебесі бар *аурулар* (жұмыс істейтін, некеде тұратын, орта-мамандырылған кем емес білімдері бар);
– Зияткерлік әлеуеті бар *аурулар*;
– Ұзақ емделуге негізделген *аурулар*;
– Отбасыларды қолдау көрсететін *аурулар*;
– абстиненттік синдром белгілері жоқ *аурулар*.

Емдеу курсын ойдағыдай және тиімді өту *предикторларына* келесілер жатады:

1) Абстинентті синдром белгілері болмаған жағдайда, Вивитролдың алғашқы инъекциясына дейін кем дегенде 4-тәулік бойы алкогольді өздігінше қабылдамау;

2) ұзақ және белсенді емделуге бағытталған уәждеменің жеткілікті деңгейі.

3 Бағдарлама кезеңдері

3.1 Алдын-ала кезең

Уәждемеге кешенді баға беру

Пациентті Бағдарламаға қосу үшін, дәрігер емделуге бағытталған уәждемеге кешенді баға береді. Осындай баға берудің жалпы принципі, алкогольге (ПБЗ) патологиялық құштарлықтың күшейе түсу арасындағы шамаластық бір жағынан, және өзінің сырқаты мен оның зиянын сезіну дәрежесі (сынау), екінші жақтан осылайша, дәрігердің емделуге бағытталған уәждеменің объективті расталған көрсеткіші болып табылады. Баға берудің осы кезеңінде, дәрігер, сонымен қатар, пациент туысқандарымен, уәждеменің барынша дұрыс бағасын алу үшін, уәждемелік сұқбат өткізуі мүмкін. Уәждемелік сұқбат нәтижелеріне сүйене отырып пациент Бағдарламаға қосылуы мүмкін.

Емделуге бағытталған уәждеме деңгейін анықтайтын тест

Ұсынылатын тесттің негізінде, бірқатар авторлар жұмыстарында талқыланатын және психобелсенді заттардан бас тарту мен емделуге бағытталған уәждеме деңгейі бір жағынан, патологиялық құштарлықтың күшейе түсуімен және осы синдромға ұқсайтын алкогольді/есірткіні жүйелі түрде қабылдауды жалғастыратын уәждемелер, екінші жақтан – ПБЗ қабылдау құштарлығына қарсы тұратын және оларды қабылдаудан бас тартуды негіздейтін жеке құрылымның әлсіздігімен жанасуды айтатын тезис жатыр. Алкогольге патологиялық құштарлық синдромы жеткілікті түрде жақсы зерттелді, оған санды баға беру әдістемесі шығарылды. Соған қарсы, патологиялық құштарлықты тоқтататын психикалық құрылымдарға әдебиетте аз назар аударылды. Өткізілген зерттеулер [11] келесіні көрсетті, патологиялық құштарлыққа қарсы тұратын, ПБЗ бас тартып, емделуге бағыттайтын дұрыс уәждеме беріп, қозғайтын ынталандырудың күшейуін көрсететін барынша шынайы маркер – ол сырқаттың ішкі сипатының жағдайы. Соңғысы, өз кезегінде, сырқатты сезінуден – нозогнозиядан құралады, сонымен қатар сырқаттың зиянын сезінуден, оның

медициналық, жеке және әлеуметтік салдарын сезінуден тұрады. Басқа барлық клиникалық және патопсихологиялық параметрлердің, не қосалқы, туынды сипатта, не олардың емделуге деген уәждемелер жағдайымен ортақ өзара байланысы жоқ. Сонымен қатар, олардың көпшілігінде осы психикалық қызметке алмасатын ықпалы бар, яғни әр түрлі жағдайлардың тоғысуында, олар емделуге деген уәждемелерді күшейте алады да, төмендете алады. Мысал ретінде, сырқаттың күрделі асқынуларына ауру адамның психогенді реакцияларын келтіруге болады. Кейбір ауру адамдарда, осындай реакциялар шеңберінде мделуге деген уәждемелер күшейеді, басқаларда – патологиялық құштарлықтың күшейуімен оның деңгейінің төмендеуі байқалады. Емделуге бағытталған уәждемелердің деңгейін анықтайтын, бір-біріне қарама-қарсы психикалық векторлардың бөлінуі, зерттелетін параметрдің санды анықтау шәкілін құрастыруға әкеліп соқтырды. Жоғарыда аталған клиникалық феномендердің әр қайсысы 4-балды күшею шәкілі бойынша сап түзейді.

1. Патологиялық құштарлыққа баға беру (Алкогольге құштарлық бойынша Пеннсильван шәкілі (АҚПШ)

А. Өткен апта бойында ішімдік туралы немесе ішімдік сіздің көңіл-күйіңізді жақсартатынын қаншалықты жиі ойладыңыз?

Бірде-бір рет ойлаған жоқпын, яғни өткен аптада 0 рет. 0
Өте сирек, яғни өткен аптада 1–2 рет..... 1
Анда-санда, яғни өткен аптада 3–4 рет..... 2
Кейде, яғни өткен аптада 5–10 рет немесе күніне 1–2 рет..... 3
Жиі, яғни өткен аптада 11–20 рет немесе күніне 3–4 рет..... 4
Өте жиі, яғни қткен аптада 21–40 рет немесе күніне 5-6 рет..... . 5
Үнемі, яғни өткен аптада 40 реттен астам немесе күніне 6 реттен астам.6

Б. Өткен аптада Сіздің алкогольге деген күшті құштарлығыңыз қалайша білінді?

Мүлдем білінген жоқ. 0
Әлсіз, ішіп қоюға сәл қалдым..... 1
Ішуге деген аз ғана қажеттілік 2
Ішуге деген шамалы қажеттілік 3
Барынша күшті қажеттілік, бірақ жеңіл қадағаланатын 4
Күшті қажеттілік, қадағалау үшін күш салынатын. 5
Өте күшті қажеттілік, қадағалауға жатпайтын (егер алкоголь қолжетімді болса, Сіз ішіп қоятын едіңіз) 6

В. Өткен апта бойында ішімдік немесе ішімдік Сіздің көңіл-күйіңізді жақсартатыны туралы барлығы қанша уақыт ойладыңыз?

Ойлаған жоқпын 0
20 минуттан кем. 1
21–45 минут. 2
46–90 минут 3
91 минут – 3 сағат 4

3–6 сағат. 5
6 сағаттан артық 6

Г. Егер Сіз үйде ішімдік бар екенін білсеңіз, Сіз үшін алкоголь қабылдауға қарсы тұру қаншалықты күрделі болатын еді?

Мүлдем күрделі емес. 0
Күрделі емес. 1
Кішкене күрделі 2
Барынша күрделі. 3
Өте күрделі. 4
Аса күрделі. 5
Қарсы тұра аламас едім. 6

Д. Жоғарыдағы сұрақтарға жауаптарыңызды ескере отырып, өткен аптада Сіздің алкогольге құштарлығыңызға жалпы баға беріңізші.

Ішімдік туралы бірде-бір рет ойлаған жоқпын және ішуге ниет білдірген жоқпын. 0

Ішімдік туралы өте сирек ойладым және ішуге деген ниет сирек болды . 1

Ішмдік туралы анда-санда ойладым дәне ішуге деген ниет анда-санда болды. . .2

Ішімдік туралы кейде ойладым және ішуге деген ниет кейде болды. 3

Ішімдік туралы жиі ойладым және ішуге деген ниет жиі болды. 4

Уақыттың көп бөлігін ішімдік туралы ойладым және ішуге деген ниет уақыттың көп бөлігінде болды 5

Барлық уақыт ішімдікті ойладым және барлық уақытта ішкім келіп тұрды. . 6

Нәтижелерге талдау беру келесідей іске асады:

– Пеннсильван шәкілі бойынша 0-ден 7-ге дейінгі балдар сомасына қорытынды 0 балл сәйкес келеді, яғни құштарлық болмашы;

– Пеннсильван шәкілі бойынша 8-ден 14-ке дейінгі балдар сомасы қорытынды 1 балл сәйкес келеді, яғни әлсіз құштарлық байқалады;

– Пеннсильван шәкілі бойынша 15-тен 23-ке дейінгі балдар сомасына қорытынды 2 балл сәйкес келеді, яғни орта дәрежедегі құштарлық;

– Пеннсильван шәкілі бойынша 24-тен 30-ға дейінгі балдар сомасына қорытынды 3 балл сәйкес келеді, яғни жоғары күштегі құштарлық.

2. Сырқатты сезіну дәрежесін бағалау

Сырқатты сезіну дәрежесі (ССД) нақтырақ, оның төмендеу дәрежесі келесідей өлшенеді.

0 балл – тәуелді сырқатқа ең сыни көзқарас, осындай жағдайда, оның пайда болуы мен дамуындағы озықтық өзіне меншікті жеке бастық үлеске беріледі;

Жеке тұжырымдаманы жүзеге асыруда алкогольдендіруден дертке жекеленген бейімділік (сырқатқа қатысты эго-дистондық позиция).

1 балл – пациент өз жеке басын дамытуда тәуелділікті талдауға қабілеті бар, алайда концепция жүйесіз көрінеді, сонымен қатар, өзін-өзі растайтын және сыртқы қоршаны кінәләйтын сипатта болады. Елеулі түрде айып қоғам жағынан азғыруға, «есеңгіруеге» және алкогольдың аддиктогенді ерекшеліктеріне жүктеледі.

2 балл – сырқат сезініуі формальды түрде бар, ауру адам «Мен – маскүнем» анықтауымен келіседі, алайда сырқаттың пйда болу, оны қолдау, құштарлыққа қарсы тұру қабілеттсіздік концепциясы, толығымен жоғарыда көрсетілген айыптау сипатында болады, сырқаттың дамуындағы өзінің Мен үшін жауапкершілігі жоқ. Алкоголь аса күшті саты ретінде қабылданады, оның аддиктогенді әсеріне қарсы тұратын ешқандай ішкі күш жоқ. Ауру адам алкогольды теріс пайдалану жағымсыз тәжірибесін жоққа шығарады, оны қабылдауды қадағалау және болашақта одан бас тарту мүмкіндігіне жеңіл-желпі көзқараспен қарайды.

3 балла – сырқатты психикалық тәуелділік ретінде толық жоққа шығарады, ішімдік тұлға үшін әбден кәдімгі және қажетті әрекет ретінде түсіндіріледі, осы ретте қажеттілік пайда болғанда алкогольден басту тарту мүмкіндікке толық және үзілді-кесілді сенім бар (эго-синтондық позиция).

3. Сырқат зиянын сезіну дәрежесін бағалау

Сырқат зиянын сезіну дәрежесі (СЗСД) келесі критерийлер бойынша сараланады:

0 балл – ауру адамның жеке басына – оның эмоцианалды, когнитивті, моральды-этикалық және басқа құрылымдарына, сонымен қатар оның тән денсаулығы мен әлеуметтік мәртебесіне келтіретін алкоголизацияның зиянды салдарын сезінудің объективті сипатына жақындайтын барынша толық баға беру.

1 балл – зиянды салдарға деген көзқарас барынша толық, алайда физикалық және әлеуметтік қабылдау қауіптіліктер жағына нақты бейім көзге түседі. Алкогольдың психикаға әсер етуге қатысты, адам үшін оны пайдаланудың пайдасы мен тиімділігі туралы бөлек жағымды пікірлер айтылады, осы субъективті тиімді ойлардың тәуелділік даму процесіне бектіліпп қалу қауптілігіне көз жұмылады.

2 балл – ауру адамда эго-психикалық және әлеуметтік қызмет ету үшін алкоголизацияның зиян салдарына сын көзбен қарау жоқ. Ол тек астентті белгілердің ғана жағымсыз сипатын мойындай алады– шаршау, сонымен қатар, деперсонализая – дереализаця белгілері, яғни күңгірттікті, жансыздықты және қоршаған ортаның бөтендігін сезіну. Сырқат кауіптілігі тек тән денсаулығына, бөлек органдар мен жүйелерге ғана қатысты.

Уәждемені кешенді бағалау (УКБ) келесі формула бойынша есептеу жолымен жүргізіледі:

$$УКБ=ССД+СЗСД - АҚПШ$$

Жоғары уәждеме - 0-2 балл
Орташа уәждеме - 3-4 балл
Орташадан кем уәждеме - 5-7 балл
Уәждеменің жоқтығы – 8-9 балл

Уәждемелері жоғары және орташа пациенттерді, дәрігер Бағдарламаға дереу қосуы мүмкін, бұл жағдайда пациент Бағдарламаға қатысуға Келісімге қолын қояды. Егер уәждеме орташадан кем болса, онда пациентпен арнайы Уәждемелік интервью өткізу жөн, оның нәтижелері бойынша пциентті Бағдарламаға қосу туралы шешім қабылданады (әрі қарай қара).

3.2 Бағдарлама форматы

Бағдарлма пациентпен 1 жыл ішінде 16 кездесуге есептелген.

Бастапқы кезеңде (емдеу басталғаннан кейін 1–1,5 ай) кездесулер жиілігі аптасына 1 ретті құрайды.

Кейін жиілікті айына 2 ретке дейін азайтады.

Емделу басталғаннан кейін 4 ай өткенде, кездесулер айына 1 рет өтеді, және, 8-ші айдан бастап – 1,5 айда 1 рет.

Бұл сеанстардың орташа жиілігі, оны дәрігер кезеңаралық мақсаттар мен нақты пациенттің мәселелердің орындалуына байланысты өзгертіп, реттеп отыру мүмкін.

Вивитрол инъекциясы 1 айда бір рет 1 жыл бойы жасалады (12 инъекция). Егер пациенттің басынан бастап уәждеме дәрежесі жоғары немесе өте жоғары болса не (немесе) мауықтыру мүмкіндігі жоғары болған жағдайда, Бағдарлам ұзақтығы 6 айға дейін қысқартылуы мүмкін. Терапияның ұзақтығы туралы мәселе, инициалды бағалау жүргізілгеннен кейін, емдеу басталар алдында пациентпен және оның туысқандарымен талқыланады.

Бастапқы кезеңдерде Бағдарлама пациент өзінде тәуелділік сырқатының бар екенін сезінуге, яғни гипонозогнозияны жоюға, сонымен қатар, жүйелі алкоголизацияның зиянын барынша түсінуге бағытталған. Осындай мақсат туысқандарға да қойылады. Вивитролдың емдік әсерінің механизмдерін түсіндіруге, оны қабылдаудағы жағымды жетістікерге, сонымен қатар пациентті Бағдарламада қалдыру бойынша басқа да шараларға ерекше назар аударылады. Егер бұл мақсат сәтті шешіліп жатса, және де пациент Бағдарламадан өтуге уәждеенің жеткілікті деңгейін ұстанса, онда емдік-сауықтыру әсерінің фокусы, едуір күрделі психотерапевті мақсаттарды орындау жағына ауысып кетеді – ішімдіксіз өмір сүруге қаолдау көрсетудегі жүріс-тұрыс стратегиясын қалыптасытру мен қайталаулардың алдын-алу.

Осы ретте жетекшілік ететін дәрігер, Вивитрол® Бағдарлама тиімділігінің жалпы құрылымында толық ремиссиялардың сапасы мен ұзақтығы санын көбейтуден басқа, жартылай ремиссия үлесін (ішілген мөлшерлерді қадағалау) көбейтуге мүмкіндік беретінінін ескеру керек. Сонымен қатар, патологиялық құштарлықтың деңгейін төмендете, Вивитрол® пациентті жеке өсуді көздейтін психотерапияға сезінушілік қабілетін едәуір жоғарлатады.

Соынмен қатар, пациент Бағдарламаны өту барысында, Бағдарлама пациент туысқандарымен 4 кездесуді көздейді (1-я кездесу - пациенттің Бағдарламаға кіру кезеңі, 2-сі – терапияның бастапқы кезеңі, 3-ші және 4-ші кездесулер – сәйкесінше, белсенді терапия мен қолдайтын терапия кезеңдері).

Бұл Бағдарлама, құрылымдығына қарамастан, нақты әр клиникалық жағдайда қолданудың икемділігін тұспалдайды. Маман онда сипаттлаған қадамдардың кезектігін өздігінше таңдаумен қатар, психотерапевтік жетектеу бойынша белгілі бір пациенттің кездесулер жиілігін де таңдай алады.

Бағдарлама паицентке емдеу процесінің белсенді қатысушысы болуды ұсынады да, көмегін тигізеді.

Пациент пен туысқандардың қатысуы

Пациент пен оның туысқандары емдеу-сауықтандыру процесінің белсенді қатысушылары болып табылады. Дәрігермен кездесулермен қатар, сеанстар тақырыптары паицентке тапсырылған үй тапсырмалары көмегімен бекітіледі. Бұл үй тапсырмаларын пациент өздігінше орындайды, ол пациентке кездесулер тақырыптарын қосмыша талқылауға, едәуір тұрақты дағдыларды қалыптасытруға мүмкіндік береді. Пациенттің туысқандары, бірлескен кездесулер барысында талқыланатын, терапияның әр кезеңдерінің мақсаттарын сезіне, пациентке Бағдарламаны өту барысында белсенді түде қолдау көрсетеді.

Телефон арқылы қолдау көрсету

Бағдарламаның маңызды бөлігі болып, телефон арқылы қолдау көрсету табылады, оны, осы Бағдарлама өтіп жатқан ЕСМ медициналық бике іске асырады. Телефон арқылы қолдау көрсету міндеттеріне келесілер кіреді:

1. Емдеуді көндігу қабілеттілігін бақылау.
2. Үй тапсырмасын орындауды бақылау.
3. Вивитролдың кезекті инъекциясын жіберу уақытын еске түсіру (егер оның мерзімі келсе).
4. Кезекті кездесуге шақыру.

Пациентпен кездесулердің ұсынылған құрылымы

1. Әңгіме басы – ауру адамның өзінің хал-жағдайы мен өзекті мәселелердің жағдайы туралы есеп беру.
2. Дәрігер емдеудің көндігу қабілеттілігін анықтайды.
3. Алкогольге құштарлығын бағалайды (Пеннсильванды шәкіл). Жартылай ремиссия жағдайында, «Ішімдікті ретроспективті түрде қабылдау күнтізбесі» толтырылады.
4. Вивитрола инъекциясы жіберіледі (егер мерзімі келсе). Вивитрол инъекциясы дәлме-дәл айын бір рет жіберіледі. Егер пациент кезекті жіберуден қалып қалса, Вивитрол инъекциясын барынша тезірек жіберу қажет.
5. Үй тапсырмасын талқылау.
6. Кездесу тақырыбын талқылау.
7. Пациент үй тапсырмасын жазып алады.

8. Келесі кездесуді тағайындау.

3.3 Когнитивті-жүріс-тұрыс психотерапиясы

Когнитивті-жүріс-тұрыс бағыты пациенттің сыртқы жүріс-тұрысына ғана әсер етулердің жеткіліксіздігін сезіну салдары мен модификацияның бір қатар жағдайларында танымды (когнитивті) салада терапияның тиімділігін жоғарлату мақсатымен пайда болды. *Бұл бағыт тура конгитивті процестерге (ойлар, үміттер, мақсаттар әсер ету мақсаттарын қояды. Когнитивті-жүріс-тұрыс психотерапиясын жүргізу барысында жүріс-тұрыс техникалары да қолданыла алады, олардың мақсаттары жүріс-тұрысты тура өзгерту.* Когнитивті салаға тікелей әсер ету қажеттілігі, мысалы, алкогльдық тәуелділігі бар адамның жағдайында түсінікті.

Көптеген факторлар қабылдауды тоқтату қажеттілігін көрсетсе де, (ішілгеннің мөлшеірн бақылаудың жоқтығы, мастықтың ауыр салдары, тәндік асқынулардың дамуы, жұмыстағы проблемалар, жанұядағы қиыншылықтар және т.б.), адам алкогольды қабылдауды бақылауды үйренемін және «кішкене ішсем ештеңе болмайды» деп ойлайды. Сондықтан бірнеше рет олқылықтар болып, тәуелділік өрбиді. Сол адамның ойлары (когницияла́р), алкогольды қабылдау стереотипін қолдайтын өзінен өзі жүзеге асатын болжамдар бағдарламасына айналып кетуі мүмкін. Алкогольден бас тарту уәждемесі үстіртін, қағаз бетіндегі сипатта. Дәрігер іздестіру мен емделу тәсілдерін таңдау жұбайына артылады. Аурудың өзі «емделу көмектеспейді, наркологтардың бәрі - алдаушылар» деген сенімде. Ол емделудің бәсең қатысушысы болады, өзінің күшін салмайды, көбінесе дәрігер кеңестеріне де бармай қояды. Содан қайтадан ішіп қояды. Бұның бәріне дәрігер мен жұбайы кінәлі болады, өйткені олар «байғұсты» емдлеуге мәжбүрледі. Емделу көмектеспейді деген сенімділік ұлғаяды.

Конгитивті-жүріс-тұрыс бағыттың негізгі түсінігіне – адам ортаған қоршаны қабылдап, түсінетін схеманы түсіну жатады.

Схема – аралық ауыспалық, ол жеке адамға ортаның әсерін алдын ала анықтайды. Басқа сөзбен, өздігінше оқиға емес, схема призмасы арқылы адам қоршаған ортаның объектілер мен құбылыстарға берген мағыналар, оның соларға қатысты мақсаттары мен үміттері, бәрінен бұрын оның жүріс-тұрысын анықтайды. Тәуелді жүріс-тұрысқа едәуір тура және жеңіл жол – адекватсыз когницияларға әсер ету (ойлар, мақсаттар, үміттер). Сондықтан конгитивті-жүріс-тұрыс терапиясының кез келген жүйесіндегі жұмыс, пациенттің ойлардың жүріс-тұрысқа әсер етуі туралы гипотезаны қабылдауын жобалайды. Пациентпен жұмыстың басталуы, осы гипотезаны қабылдағаннан кейін ғана мүмкін. Когнитивтік психотерапия, психотерапияның өздік бағыты ретінде, психоанализ шеңберінде қалыптасып, едәуір дәрежеде санаға, классикалық психоналаизде көңіл бөлінген рөлден маңыздырақ рөлдің қайтып келуіне реакциясы болып табылады (санадан тыс уәждемеден кейінгі эпифеномен ролі). Когнитивті психотерапия, «адам санасында өзінің психологиялық проблемалары мен эмоционалды бұзушылықтарды түсіну және шешу үшін кілт табады» деп бекітті (А. Бек, 1976). Өзінің пайда болуының басында когнитивті психотерапия екі

негізгі бағытпен ұсынылды: А. Эллистың рационалды-эмоционалды психотерапиясы (1962) және А.Бектің когнитивті психотерапиясы (1976), олар қазіргі уақытқа дейін когнитивті психотерапияның едәуір танымал бұтақатары болып қала береді.

Когнитивті-жүріс-тұрысты психотерапияның (КЖТП) мақсаты,ең алдымен, ойлар мазмұнына әсер етумен эмоциялар мен жүріс-тұрысты өзгерту.осындай өзгерулердің мүмкіндігі ойлар мен эмоциялар байланысында негізделген. КЖТП көзқарасы тұрғысынан ойлар (сенімдер) эмоционалды жағдай мен жүріс-тұрысты анықтайтын бас фактор болып табылады.

Адам жағдайды қалай түсінетін болса, нәтижеде ол осы жағдайда сондай эмоция алады. Біздің жағымсыз сезімдерімізді сырттағы жағдайлар мен адамдар емес, ал біздің осы жағдайлар туралы ойларымыз тудырады. Ойларға әсер ету біздің эмоицялардың, сәйкесінше жүріс-тұрысымыздың өзгеруіне барынша қысқа жолы болып табылады. Бейімделмеген когниция лардың (мақсаттар, ойлар, ережелер) пайда болуы пациенттің өткен өмірімен байланысты, бала шағында, когнитивті деңгейде сынды талдау тәжірбиесі болмағандықтан, оларды қабылдап, оларды жүріс-тұрыс деңгейде жоққа шығару мүмкіндігі болған жоқ, өйткені ол шектелген және оларды жоққа шығаратын жағдайларға кездескен жоқ, немесе әлеуметтік ортадан белгілі бір қолдау алған. Когнитивті психотерапия психотерапвет пен пациенттің өзара серіктестігін жобалайды, олардың арасындағы қарым-қатынас серіктестікке жақын болу керек. Пациент пен психотерапевт серіктестіктің ең басында психотерапия мақсатына (өзгертуге жататын негізгі проблема), оларға жету құралдарына, емделудің мүмкін ұзақтығына қатысты келісімге келу қажет.

Психотерапия сәтті болу үшін, пациент когнитивті психотерапияның эмоциялар мен жүріс-тұрыстың ойлаудан тәуледілігі туралы базистік жағдайын қабылдау керек: «Егер біз сезім мен жүріс-тұрысымызды өзгетркіміз келмесе, онда оларды тудырған идеяларды өзгерту керек». «Бейімделмеген когниция» термині адекватссыз немесе ауыр эмоцияларды тудыратын, қандай да бір проблеманы шешуді қиындыратын, бейімделмеген жүріс-тұрысқа әкеліп соқтыратын кез келген ойға қатысты қолданылады. Бейімделмеген когниция лар, әдетте, «автоматты ойлар» сипатында болады, олар қандай да бір алын ала ойлаусыз, рефлекті түрде пайда болады, және пациент үшін әр қашанда негізделген, күмән тудырмайтын сипатта болады. Олар еріксіз, іс-әрекетке бағыттаса да, оның назарын аудармайды. Когниция лардың әр түрлі деңгейлері болады.

Олардың ең үстірті – автоматты түрдегі ойлар деңгейі, маңыздысы – тереңдетілген сенімдер. Тереңдетілген сенімдер – сенімдердің негізгі деңгейі, ол, әдетте, бала шақта қалыптасты. Тереңдетілген сенімдерді қалыптастыруға, ішкі отбасылық өзара қарым-қатынастардың ерекшеліктері ықпалын тигізеді. Тереңдетілген сенімдерді өзгерту қиын.

Кезеңаралық сенімдер тереңдетілген және үстіртін сенімдер арасында орын алады. Олар тереңдетілген сенімдер негізінде қалыптасады. Олар әдетте ережелер, болжамдар, қмілік принциптер ретінде тұжырымдарылады. Автоматты түрдегі ойлар – бұл ойлау ағымы, ол ойлардың едәуір анық ағымымен қатар болады. Автоматты түрдегі ойлар, едуір анық және айқын ойлау қатарында, олар спонтанды түрде пайда болады да рефлексиға негізделмейді (ойлау,ойластыру). Адамдар көбінесе, ойлардан гөрі, автоматты түрдегі ойларға байланысты эмоцияларды сезінеді. Маңызды ойлар мазмұнына қарай ерекше эмоция туғызады. Олар әдетте қысқа да өткінші және вербалды не/немесе көркем форманы қабылдауы мүмкін.

Адамдар әдетте өзінің автоматты ойларын, ойланбастан немесе дұрыс баға бермей, шындық деп қабылдайды. Автоматты түрдегі ойларды анықтау мен оларды бағалау, сонымен қатар оларға орынды (бейміделген) жауап, пциенттің жағдайын жақсартуға әсерін тигізеді. Автоматты түрдегі ойлар кезеңаралық және тереңдетілген сенімдер ықплымен қалыптасады. Автоматты түрдегі ойларыдң саны көп болуы мүмкін, осы ретте деңгей қаншалықты терең болса, соншалықты мақсаттар аздау болады.

Мақсаттардың бәрін приамида түрінде көзге елестетуге болады, оның негізін – автоматты түрдегі ойлар, ал төбесін – тереңдетілген мақсаттар қалайды.

Когнитивті карта – бұл график түрінде ұсынылған, эмоцианалды не/немесе жүріс-тұрыс саладағы проблемаларға әкелетін, неше түрлі дәрежелі мақсаттардың арасындағы өзара байланыс *(4 сурет)*.

4 сурет. Когнитивті карта

Сәйкесінше, жұмыс әртүрлі деңгейде жүргізілуі мүмкін – автоматты түрдегі ойлардан тереңдетілген мақсаттарға дейін. Ол қойылған мақсаттарға және психотерапия жүргізу жағдайларына байлансыты. Бастапқы кезеңде, арасында кезеңаралық сенімдер деңгейіне көшімен, автоматты түрдегі деңгеймен жұмыс істеу жеңілдеу.

Когнитивті-мінез-құлық психотерапиядағы жұмыстың жиі кездесетін формасы –3-бағаналық және 4-бағаналық кестелер. Төменде төртбағаналық кесте келтірілді («жүріс-тұрыс» бағанасы қосыламуы мүмкін).

Жағдай	Ойлар	Эмоциялар	Жүріс-тұрысы

Әдетте, пациенттер осындай кестелерді әр күн сайын толтырады, күніне болатын екі-үш жағдай үшін. Нормада осыған 1015 минуттан артық уақыт кетпеуі қажет.

Тәуелді пациенттерде жиі көзге көрінетін **алекситимия** (өзінің эмоцияларын анықтау мен сипаттаудағы қиыншылықтар, эмоцияларды айыру мен денеде пайда болу қиыншылықтары) белгілері бар, сондықтан 3-ші және 4-бағаналық кестені толтыру үшін, алдын-ала эмоцияларды анықтауға бағытталған едуір жеңіл жаттығуды келтіруге болады (автоматты түрдегі ойларға, белсендіретін жағдайларға талдау жасамай) *(4 қосымшаны қара).*

Когнитивті-мінез-құлық психотерапия моделінде дәрігер мен пациенттің қарым-қатынастары серіктестік позицияға жақын және үйретуші мен шет тілін оқитын оқушының, немесе жаттықтырушы мен спортсменнің қарым-қатынасын еске түсіреді. Егер пациент тек псиохтерапевтік сессиялар барысындағы жұмысты көздесе – одан нәтиже шықпайды, ол алкогольды тәуелділікпен күресуде жақсы нәтижелерге жете алмайды. Осындай жағдайда, дәрігер пациенттен, ол, нәтижесінде өзгерістер әкелетін, құштарлықпен күресу процесін қалай елестейтіндігін анықтайды. осылайша, ол тәуелдікке шалдыққан адамды шындыққа жақындатады.

Когнитвті-мінез-құлық психотерапияның басқа сырқаттарды емдеуден өзгешілік айырмашылығы, жағдай (белсендіретін оқиға) қандай да бір сыртқы оқиға болу міндетті емес!

Белесендіретін оқиғаға ішуге әуес, ішуді қалаудың пайда болу мүмкіндігі жатады. Психотерапия процесінде пациент адаптацияланған емес автоматты түрдегі ойлар мен сенімдерді анықтауды, оларға сын көзбен қарауды және анағұрлым оңтайлы жауап табуды үйренеді.

Альтернативті бағалауды пайдалана, адам өзінің ойлау «репертуарын» кеңейтеді, ол ригидті дисфункционалды ойлармен күресуге мүмкіндік береді. Жағдайларды бағалау репертуарының бәрінен,ол мәнмәтінге едәуір адекватты ойларды қолдануға үйренеді. Бұл эмоциялар (жағымсыз эмоциялар тезірек еңсеріледі) мен жүріс-тұрысқа дұрыс әсер береді (адам алкогольден бас тартқанмен қоса, өзінің қмірін жоспарлы түрде жақсартады).

3.4 Бастапқы кезең

1 кездесу. Анозогнозияны жеңу.

Анозогнозия немесе өз жағдайын анықтау мен дұрыс баға беруге қабілетсіздік, тәуелді пациенттерді емдеудегі күрделі мәселелердің бірі болып

табылады. Анозогнозияны жеңу үшін, пациент өзінің жағдайын бағалау техникасын қолдануға болады.

Оның мәні келесіде. Пациент кезеңдікті сипаттайтын алкогольды тәуелділіктің клиникалық сипаты туралы өздігінше оқиды (немесе дәрігерге баяндайды) (ыңғайлық үшін А.А. Портнов пен И.Н. Пятницкаяның кезеңдерді дәрежелеудің жеңілдетілген нұсқасын алуға болады). Содан, пациентті өзінің жағдайын бағалауды сұрайды, осыдан кейін ауру адам өзінің жасаған қорытындыларын дәйектейді. Іс жүзінде маман, пациентке өзінің жағдайын бағалау мүмкіндігін беріп, оның қарсылығын айналып өтеді. Егер дәрігер, пациент фактілерді бұрмала,анын байқаса (анамнестік сұрастырудан белгілі), онда ол анықтайтын сұрақтар қояды: «Сіз психикалық тәуелділік кезеңінде болып отырсыз деп санайсыз. Онда жүгіну сәтіне үш күн созылған өзіңіздің нашар хал-жағдайыңызды қалай түсіндіре аласыз?». Ашық сұрақ қою ұсынылады («Иә», «Жоқ» сияқты қысқа жауап беретін емес, толық жауапты талап ететін және әңгімені жалғастыруға мүмкіндік беретін). Содан дәрігер өзі жағдайды қалай көретінін айтады, оны дәйектейді де, қарама-қарсылықтарды анықтайды. Талқылау барысында дәрігер, пациенттің пікірін тыңдап, эмпатия білдіреді де, ауру адамның негізгі дәйектерінің негізін түсінуге тырысады.

2 кездесу. Нақты адамда сырқат ағымының ерекшіліктерін талқылау.

Ашық сұрақтарды қойғандағы дәрігердің мақсаты, көмекке жүгіну себептерін, келешекте емдеуге к едергі жасайтын проблемаларды анықтау, сонымен қатар, көбінше, алкогольды тәуелділіктің даму мен өту нәтижесінде нақты адамның өмірдегі қай саласына көбірек зиян тигендігін анықтау. Сұрастыру және талқылау барысында, анамнез ерекшеліктері анықталып, пациентке жылы шырайлы, директивті емес түрде түсіндіріледі.

3 кездесу. Уәждемелік интервьюлеу.

Уәждемелік интервьюлеу – бұл мақсатты серпінді, циклді жұмыс процесі мен пациентпен қарым-қатынас жасау тәсілі. Қарым-қатынас барысында алкогольды пайдалану «ия» және «қарсы» дәйектер балансы өзгереді, пайдаланудың жағымсыз салдарынан жағымды салдарының артықшылығы мен пациент жүріс-тұрысын өзгерту қажеттілігі айқын көрінеді; келешектегі анықталады, пациент уәждемесі күшейеді (Миллер мен Роллник, 1995, Миллер, 1996; Роллник, 2002). Психотерапевтік жұмыс барысында, пациент медициналық қызмет алудың бейтарап қолданушысы емес, емдеу процесінің белсенді қатысушысы болады. Техника түрінде аталған әдістеме келесіде жүргізіледі: пациентті төменде келтірілген кестелерді толтыруға ұсынады *(5сурет)*.

ІШУ

ИӘ	**ҚАРСЫ**

ІШПЕУ

ИӘ	**ҚАРСЫ**

5 сурет. Психтерапия барысында пациент толтыратын кестелер

Ол оны үй тапсырмасы түрінде немесе қабылдау кезінде өздігінен толтырады, кез-келген жағдайда нәтижелері талқыланады. Пациентті орын алған жағдайды өздігінен талдауға дәрттендіру маңызды.Пациенттер бірінші кестеде «Қарсы» графасын және екінші кестедегі «Иә» графасын жылдам толтыруы мүмкін. Тапсырманы орындаудың бұл түрінің нәтижесі аз, өйткені адам пайдаланудың жасырын себептерін және алкогольден бас тартқан соң тап болатын қиындықтарды зерделемейді. Мұндай жағдайда дәрігер егерде алкогольді пайдалану тек қана теріс нәтижелерге жетелеген және ешқандай оң нәтижесі жоқ болса, ол баяғыда-ақ ішімдіктерді ішуді қоятын еді екендігін айтады. Мұндай пікірлермен дәрігер пациентті терең талдау жасауға итермелейді. Дәрігердің міндеті пікірталас барысында күні-бұрын жорамал жасамау. Егерде дәрігер пациенттің алкогольді қолдануының субьективті жағымды тәжірибесін елемей тым «белгілі бір мерзімге шарт қойған» ұстанымда болса, бұл маманға деген сенімді төмендетіп және қарсылық танытуын артуына жетелейді.

4-кездесу. Саламатылықтың бастапқы стартегиялары. Әуестікпен күрес

Пациенттерге ойын түрінде өзін өзінің дертінен даралауға мүмкіндік беретін үлгі ұсынылады. Тәуелділікпен мәжбүрлеп көндірілген ниеттер бар, бірақ олар Сіздің өзіндік өмірлік мақсаттарыңызбен сәйкес болмағаны қашан деп айтылған сөз бар. Сондықтанда тәуелділік емдеумен келіспейді, ол Сізді қайта-қайта ішімдік ішуге мәжбүрлеуге тырсатын болады. Сіздің міндетіңіз алға қойған мақсаттарды ұстану. Аталған дағдылар ішуге деген ниет тым күшті болып тұрған жағдайда қолдану тиімді.

1. *Өзіңе кейінге қалдыру мүмкнідігін беру:* «Мен бір күндері ішімді ішермін, бірақ алдағы 10 минутта емес (1 -сағатта, күнде)». Ниеттің күшеюі себептердің күресіне ілесетін беймазалық ойлармен ұласуы мүмкін. Ойлау ұзаққа созылған сайын, алкогольді пайдаланып қою тәуекелі басым. Кейінге қалдыру әдістемесін қолдану ойын басқаға аудару және тайып кетуді алдына алуға мүмкіндік береді.

2. Беймазалық ойлармен аса тиімді күресі үшін дәрігер пациентті «Ойларды кідірту» техникасын пайдалануға үйретуіне болады. Бұл техника назарды аудару дағдысын жақсы игеруге мүмкіндік береді. Пациенттен спирттік ішімдік туралы жағымды ойларға шомуды өтінеді. Ойға беймарал шому үшін пациентке көздерін жұмуды және бойын еркін ұстауды ұсынады. Ойлардың жітілігі жеткілікті болған сәтте пациент психотерапевтке белгі береді, мысалы сұқ саусағын созады. Пациенттің вербальды емес белгі беруі маңызды шарт болады. Психотерапевт: «Стоп» деп дауыстап айтады. Нәтижелер талқыланады. Сессия барысында мұндай бірнеше цикл жүзеге асырылады. Үйге өздігінен орындау жұмысы үшін тапсырма беріледі.

3. *Қауіпті жағдайдан шығу.* Егерде пациент нақты бір жағдайда бас тарту тәуекелі жоғары деп бағаласа, одан шығуға болады. Мысалы, үйдегі, жұмфыстағы мәселелерді немесе өзін нашар сезінуін сылтауратын алкогольдік ішімдік ішкен таныстарының отырысынан кету. Немесе ниет дүкендегі спирттік ішімдіктер бөлігінде туындаса және қолыңыз еріксіз әмияныңызға қарай жүгірсе, онда ас суын сатып алуға немесе дүкеннен шығып кетуге болады. Аталған мінез-құлықтық техника, әрине сирек жағдайда, бас тарту тәуекелі жоғары жағдайда қолданылады. Оны қолдану- бұл жоспарлы емдеу емес, жедел жәрдем. Аталған дағыны үнемі қолдану эмоциональдық күдің нашарлауына, нәтижесінде мәселелік жағдайлардан үнемі қашуға жетелеуі мүмкін. Сөз жоқ, әрине аса қауіпті жағдайлардан қашу қажет, ал өзін жайлы сезіну үшін сенімділік мінез-құлқы дағдысын қалыптастыру қажет.

4. *Жұбайына немесе досына қоңырау шалу* (жағдай жайлы хабардар және сырқатқа эмоциональдық қолдау көрсете алатын адамға). Жақын адамыңыңа ек қоңырау шалу ғана емес, онымен өз күйің жайлы бөлісу маңызды. Мысалы: «Білесің бе менің қазір ішімдік ішкім келіп тұр және алкогольге деген әуестігімді жеңу үшән біреумен сыр бөлісуім қажет». Пациенттермен бірінші кездесулер кезеңінде-ақ достарының немесе туысқандарының бірін көмекке тарту мүмкіндігі жайлы келіісіледі. Пациент «көмекшісін» өзінің басындағы мәселесі туралы хабардар етеді және қысалтаяң жағдайларда онымен көмек көрсету мүмкіндіктерін талқылайды. Егерде пациент қысылтаяң көмек көрсету туралы алдын ала келіспеген болса, онда оны пайдалануы мүмкіндігі жоқтың-қасы деуге болады!

5. Егерде пациент өзінің ішкі уайымдарын күресу қындық тудыратын образдар түрінде сипаттайтын болса, онда *образды аяқтау техникасын* қолдануға болады. Мысалы, ыстық күнде ақ көбігі көпіршіктенген сыра толы саптыаяқ көз алдыңа келеді. Адам саптыаяқты қолына алып ішіндегі сырадан бір жұтым ішкеніні елестететеді. Сурет бұнымен аяқталып қалмау ммнкіндігін жасау қажет . Ол саптыаяқтағы толы сыраны төңкере ішкенін, қыза бастағанын, одан соң, екінші, үшінші саптыаяққа тапсырыс бергенін толықтай елестетсін. Адам зымыраған уақытқа көңіл бөлмейді, үйіне мас күйде кеш келеді, әйелімен ұрсысады, таңертең өзін нашар сезінеді және т.с.с. Көп жағдайда образды аяқтау техникасы алкогольдің бастапқы жағымды әсерлерімен кейінгі теріс салдарын салыстыруға мүмкіндік береді.

6. Пациентке өзінің *алкогольге деген әуестігін образ түрінде* елестетуді ұсынуға болады. Мысалы, баулырына басқан жылан немесе бөтелкеден шықан жын ретінде елестетіп, кейін аталған қара күшпен өзінің күресіп жеңгенін көз алдына елестету. Ол өзін жылан аулаушы немесе өзінің ниетіне шабуыл жасаған қолында қылышы барс амурай ретінде елестетуі мүмкін. Мұндай техниканы қиялы дамыған адамдарға қолдануға болады. Бұл назарды аударуға және ойлаудың патогенді стреотипіннен алшақтауға мүмкіндік береді.

5-кездесу. «Әуестікпен күрес» тақырыбының жалғасы.

Кездесу барысында кездесулер арасында алкоголь пайдалану ниетінің көрінуі болдыма екендігін нақтылайды. Ол қалай көрінді? Пациентпен бірге

дәрігер жағдайға талдау жүргізеді. Ниетінің көріну шартын анықтауға тырысады (мысалы, «аш өзекке» және т.с.с.). әуестікпен күреске бағытталған техниканы өңдеу жалғасады.

6-кездесу. Күйзелістік жағдайларды басқару.

Саламаттық - бұл емдеу сәтінде әлі де қалыптасқан, тұрақтанған стеротип ретінде болып табылмаған жаңа өмір салты. Алкогольден бас тартқан көптеген адамдарда күйзеліс жағдайлармен күресу дағдылары әлсіз болады. Олар бір жағынан, алкогольге әуес дсотарымен кездескілері келеді, екінші жағына, кері кетуден, олқылық жіберуден қорқады. Күйзелістік жағдайларды басқару техникасы тәуекел мен эмоциональдық жайлылықтың тиімді қатынасын табуға көмектеседі. Ауыру адамға аумалы жағдайлардың тізімі салыстырылады (спиртік ішімдіктерді пайдалану қаупі жоғары нақты жағдайлар).

Келесі кезең: мұндай жағдайда альтернативті мінез-құлықтың мүмкіндіктерін қарастыру және жазу қажет *(6-сурет)*.

Әрбір қауіпті жағдайға пациенттің әрекеттерінің бірнеше түрі таңдалғанна кейін, пациент өзінің мінез-құлқына қаншалықты қанағаттанатындығын бағалайды (0% – мүлде қанағаттанбайды, 100% – толықтай қанағаттанады).

Бұдан соң аталған мінез-құлықтың қауіптілігін бағалай соңғы жолын толтфрады, яғни пайыздарда олқылық жіберуі мүмкіндігін пайызда (0% – қауіп жоқ, 100% – олқылық жібереді).

Аталған техниканы орындау олқылық жіберу қаупін тек ғана төмендетіп ғана қоймайды, сонымен бірге жайлы мінез-құлықтың түрін таңдауға көмектеседі. Тіпті нақты жағдай талқыланған жағдайда өзгеше болса да, құрылымды шешім табу мүмкіндігі артады.

Қауіпті жағдай	Мінез-құлық түрі	Мұндай мінез-құлықпен қанағаттануы (0-100%)	қауіптілігі (0-100)
Корпоративтік отырыс. Бастық көпшілік құрметіне сөз айтып ішуді ұсынады.	Туысқандарының келгенін сылтауратып отырысқа бармау.	10%	0%
	Бокалға ас суын құйып, көпшілік құрметіне сөз сөйлеу және олармен соғыстырып ішу	90%	70%
	Отырысқа келемін, бірақ салтаннаты бөлігінен соң, әағыршындаршаә кетемін.	30%	50%
	Бокалға шампан құямын, сөз сөйлеймін, қағыстырамын, ішкен сыңай танытамын.	50%	90%
Іс сапарға бару, ұзақ кеш бойы жалғыз болу.	Кешті жоспарламаймын, болары болар.	20%	80%
	Іс сапардан бас тарту	0%	10%
	Билетті ауыстыру, кешке кетіп қалу	40%	10%
	Алдын ала қызықты кітап сатып алу, кешке әйеліне қоңырау шалу және әңгімелесу	80%	40%
	Кешкі сеанстағы кионға бару	70%	50%

6-сурет. Күйзелістік жағдайларды басқару бойынша кестені толтыру мысалы

3.5 Белсенді терапия кезеңі

7-кездесу. Емдеуге қарсылық білдіру

тәуелді пациенттерге тән қасиет емдеуге қарсылық білдірудің өршуі. Тәуелді адамға емдеу процесіне қарсылық білдірудің көріну мүмкіндіктері туралы ақпарат беріледі. (пациенттерге арналған жұмыс дәптерінде арнайы тарау). Егер дәрігер қарсылық білдіру емдеудің нақты бір сәтнде көрінеді деп ойласа, онда оған өзінің ұстанымын анық белгілеу және оны дәледеу қажет: «Мен қазір алкогольдік тәуелділік Сізді емдеуді тоқтатуға азғыруға тырсады деп ойлаймын. Сіз кездесулерді кейінге шегере бастадыңыз, үй тапсырмаларын орындамайсыз. Олқылық жіберу мүмкіндігі жоғары. Аталған жағдайды сіз қалай бағалайсыз? Өзіңіздің ұстанымыңызды негіздеңіз».

Аталған сұхбаттасудың мақсаты пациентті өзіндік талдауды және нақты жағдайды талдауды пайдалануға себептендіру болып табылады.

8-кездесу. Қайталануды ескерту.

Қайталануларды ескерту аталған бағдарламаның негізгі міндеттерінің бірі болып табылады. Қайталануды алдын алуға құрылымды тәсіл (relapse prevention) Марлатт және Гордонмен *(1985)* сипатталған. Тәсіл жоғары тәуекелдегі жағдайларды басқарудан және бір жаңынан рахаттану мен қалауларының арасындағы тепе-теңдікті белгілеуден -екінші жағынан- міндеттемелерден тұрады (Барлоу, 2008). Бұдан басқа дәрігердің өзінің қайталанудың пайда болуы механизмдері туралы теориялық білімі болуы тиіс. Маман пациенттерге алдыңғы емдеу әрекеттері немесе өзінше бас тарту кезінде болған олқылықтарды талдауға көмектеседі. Емдеу кезіндегі олқылықтар қайталанудың жеке белгілерін анықтау үшін жақсы мүмкіндік береді. Дәрігер пациентті күтілетін қайталанудың белгілерін бұрынырақ анықтауға үйретеді.

Пациентпен бірге олқылықтар тізімі жасалады. Белгілері мен нышандарын эмоцинальды, ойлау және мінез-құлықтық деп жіктеуге болады, жекеше тұлғааралықты атап көрсетуге болады.

9-кездесу. Емдеу курсы кезінде алкогольді пайдаланған жағдайда.

Егерде алкогольдік тәуелділік жөнінде созылмалы ауыру ретінде айтар болсақ, қайталану аддиктің өмірлік жолындағы шарасыз элемент болып табылады. Екінші жағынан, емдеу кезінде алкогольді бастапқы кезде пайдалану ойлау стеротипін белсендіруге әкеледі, бұл Марлатт және Гордонмен «абстиненцияның бұзылуы эффектісі» деп аталған. Алкогольді бір рет пайдаланғанан соң ақ-қара ойлау стеротипі қосылады. Адамм олқылықтарды тәуелділікпен күрестегі барлық күш-жігердің толық нәтижесіздігі туралы куәландыратын қайтымсыз құбылыс ретінде қабылдай бастайды. Адам өзіне ішімдікке салынған адам ретінде қаарй бастайды.

Мұндай сәтте ауыру адамның олқылық таныту фактісіне қатынасының түрін өзгерту бойынша жұмыстар маңызды. Аса бейімдісі бір рет пайдалануға позициялық сәтсіздік ретінде қарау қатынасы болып табылады, бұл болашаққа

жақсы сабақ болмақ. Мұндай жағдайда адам олқылықтарды болашақта жағдайды талдау және түзету үшін материал ретінде пайдаланады. Ол өзіндік жетіспеушіліктері неге негізделген және қандай дағдыларды жақсарту қажеттігі туралы қорытынды шығарады.

10-кездесу. Алекситимиядан арылу.

Алекситимиядан арылу үшін пбазалық сезімдердің күнделікті талдауының кестесі ұсынылған (А қосыманы қараңыз). Пациенттермен тиімді жұмыс үшін дәрігер-кураторға өзіндік сезімдерін сезіну қажет. Пациент кестені бір аптаға жуық жүргізеді және сессия кезінде нәтижелері туралы айтады. Дәрігер пациент өзіндік сезімдерін жақсы сезінеді және таниды деп шешкен кезде, ол автоматты түрдегі ойларды анықтау техникасына көшуге нұсқау береді.

11-кездесу. Автоматты ойларды анықтау және оларға оңтайлы жауаптары іздеу.

Автоматты ойларды тіркеу үшін пациенттерге негізгі 2- мүмкін болатын варианттарды кеңес беруге болады.

1. Күннің қорытындысын шығара кешке қарай жазба жүргізу.

2. жазба жүргізу үшін өзімен қойын дәптер алып жүріп эмоция пайда болған сәтте кестені толтыру.

Екінші вариант өнімдірек болып табылады, бірақ пациенттермен сирек қолданылады. Пациент 3-ші немесе 4-жолды кесте жүргізеді (Б қосымша). Дағдыны меңгеру шарасы бойынша келесі кезең- а*втоматты ойларды сыни бағалау және оларда тиімді жауаптар іздеуге* өтеді.

1-қадам. Пациент алкогол туралы автоматты ойларды қадағалайды және уақытылы оларды жазып отырады *(7-сурет)*.

2-қадам. Пациент автоматты ойларды сыни бағалайды. Келесі графада тиімді жауап беруге тырысады.

Күні және уақыты	жағдай (сол сәтте сіз не істедіңіз)	Автоматтты түрдегі ойлар	Тиімді жауап
20.02 19.40	Әйеліммен саябаққа баруды талқылағанбыз.	Кәуәп пісіреміз, етпен бірге шарап ішкен жақсы.	Шараппен шектелмейді. Бұл маған қажет емес, мен алкоголь пайдалануды тастауды шештім.
21.02 11.30	Дүкенде үйге азық-түлік сатып алып тұрғанмын және сол кезде коньяк көрдім.	Бұл жақсы коньяк, оны ішкен жақсы болар еді	Қысқа мерзімді рахат өзін нашар сезінумен жіне отбасындағы қарым-қатынастың нашарлауына жетелейді.

7-сурет. «Жағдай – Автоматты ойлар – тиімді жауап»кестесін толтырудың мысалы

3.6 Қолдаушы терапия кезеңі

12–13-кездесу. Тәуелділікті қолдайтын көзқарастарды өзгерту .

Психотерапия процесінде пациенттің тәуелділікті қолдайтын көзқарастары көрінуі мүмкін.

Дәрігер көзқарастардың шынайылылығын тексеру техникасын қолдана алады.

Кестеге белгілеулер жазылады, одан соң пациент көзқарастарының әділдігін растайтын барлық дәлелдерін келтіреді *(8-сурет)*. Дәлелдері дәрігермен талқыланады. Талқылау кезінде дәрігер жағдайды анықтау үшін нақтылайтын сұрақтарды қолдана сократтық диалог техникасын пайдаланады. Сұрақтар пациенттің қарсылығын алдын алуға мүмкіндік береді, ол қисынсыз ой тұжырымдарын өзі жоққа шығара бастайды. Мысалы: «айналаңыздағылар сіздің мас күйіңізді көп жағдайда байқамауы сіздің ішімдікпен проблемаңыз соншалықты салмақты емес екендігін растайтын факті болып табылады ма? Егерде айналасындағылар адамның диабетке шалдыққанын байқамаса, бұл оның сырқаты «жеңіл» екендігін айтады?» егерде талқылау процесінде пациенттің өзі дәллеі барабар еместігін шешсе, ол сызылып тасталады немесе қасына ± ***белгісі қойылады***.

Тек бұдан кейін ғана «Қарсы» дәлелдерін талқылауға көшеді. Соңында қорытынды жасалады. Психотерапевт қандай дәлелдер абсым екендігін және пациент өзінің белгілеулеріне қазір қалай қарайтындығын нақтылайды. Егерде пациент барабар емес белгілеуге сенімді болса, терапевт өзіндік белсенділігін танытады және пациентке иә және қарсы дәлелдерін қалыптастыруға көмектеседі.

Пайымдауы. мысалы: мендегі ішімдікпен мәселелер соншалықты маңызды емес	
Иә деледері	**Қарсы дәлелдері**
Менің кейбір таныстарымда алкогольмен проблемалары тым қиынырақ	Мен бірнеше рет ішімдік ішуді тастауға тырыстым бірақ кейін қайтадан ішіп кеттім. я.
Мен ішімдік ішкендіктен ешқашан жұмысты жіберген емеспін	Жіткеу бойынша менде физико-химилық тәуелділік деңгейі.
Таныстарымның ешқайысысы мені ішімдікке салынған деп санамайды.	Менің әйелім спирттік ішімдіктерді жиі пайдаланғандығыма байланысты уайымдайды.
Мен тым асыра ішіп қойсамда үйге келемін.	Ішімдік ішу және онымен байланысты проблемалар мен басқа рахаттанумен өткізуге болатын уақытымды алады.
Айналамдағылар менің алкоголь ішкендігімді көп жағдайда байқамайды.	

8-сурет. Тәуелділікті қолдайтын көзқарастар кестесін толтыру мысалы

14-кездесу. Алкоголдің «оң» тікелей әрекеттерін кейінгі теріс салдарымен салыстыру қабілетін дамыту

Пациент, өздігінен немесе психотерапевтпен бірге алкогольді пайдаланудың теріс салдарынының тізімін құрастырады*(9-сурет)*. Бұл ауыру адам басынан өткерген теріс салдар болуы маңызды.

Жағдай (оқиғаны белсендіретін)	**Алкогольдің «оң» тікелец әсері**	**Алкогольді пайдаланудың ұзақмерзімді теріс салдары**
Әйеліммен саябаққа баруды талқыладық.	Кәуәп пісіреміз, етпен бірге шарап ішкен жақсы.	Шараппен шектелмейді. Бұл маған қажет емес, мен алкоголь пайдалануды тастауды шештім.
		Ертеңгі күні өзімді нашар сезінемін, әлсіздік, босаңдық, қалжырғандық, ойыңды жинақтау қиын.

Жолдасым қоңырау соқты, «өмір жайлы» әңгімелестік, кездесуді шештік.	Қайта қоңырау шалып кафеде кездесу туралы келісу керек, бір-бір саптыаяқ сыра ішеміз, бүгін жұма ғой кішкене бой сергітуге болады. Уақытты жақсы өткіземін.	«Мас күйде» келген кезде әйелім жақтырмайды және ұрсады. Соңғы екі жылда біздің жыныстық қатынасымыз азайған, армыз суығаны байқалады. Ажырасу тақырыбы бірнеше рет қозғалды.
		Әйелім мені балам мас күйде көрген кезде қорқады және жылайды деп айтады. Ары қарай бұл біздің өзара қарым-қатынасымызға теріс әсер етуі мүмкін немесе тіпті онда психологиялық прблемалардың туындауына әкелуі мүмкін.

9-сурет. Алкогольдің «оң» тікелей әсерін шегерілген теріс салдарымен салыстыру кестесін толтыру мысалы

15-кездесу. Рахаттану алу қабілетін қалпына келтіру

бұған дейін сипатталған көптеген тапсырмалар ішімдік ішу ниетімен немесе тірес эмоцияларды анықтау әжен күресуге көзделген. Теріс әсермен күрес- бұл маңызды қадам, бірақ толыққанды өмір үшін және салауаттылық себептеріне қолдау үшін жеткіліксіз.

Пациент құрылымдылық күнделігінде жақсы көңіл-күйге эпизодтарына жетелейтін жағдайларды сипаттайды. Көңіл күйі 0-ден 100- балға дейін бағаланады: 0 — жақсы көңіл-күйдің, психологиялық жайлылық сезімінің жоқтығы, 100 — бастан кешіру мүмкін жақсы көңіл-күйді аса жіті сезіну *(10-сурет)*.

Жағдай	**Жақсы көңіл-күйді анықтайтын ойлар**	**Сезімдердің жітілігі (0-100)**
Моншаға бардым, буға түстім.	Қандай керемет! Денеңдегі қандай рахат сезім! Денең жақсы демалады!	80
Жаттықтыру залында-с портпен шұғылдана бастадым. Жаттығудан соң үйге келемін.	Бұлшықеттердегі жағымды ауырсыну. Бұлай өзімді жақсы сезінбегеніме көп болыпты.	70
Әйеліммен бірге киноға бардым	Жаман емес фильм, бірақ менің талғамымда емес. Дегенменде үлкен экранда жақсы дыбысталуда көрген жақсы. Басқа киноға бару қажет.	20

10-сурет. Жақсы көңіл күй эпизодтарына жетелейтін жағдайлардың құрылымдылық күнделігіннің кстесін толтыру мысалы

16-кездесу. Қорытынды жасау.

Қорытындылау кездесуінде дәрігер аталған емдеу кезеңінің қорытындысын жасайды. Пациентпен бірге нәтижелерді талқылайды, адам өмірінде орын алғаноң өзгерістер аталады, алдағы уақытқа мақсаттар мен міндеттер белгіленеді.

Дәрігер алкогольдік тәуелділікті созылмалы ауыру ретінде анықтауға оралады. Пациенттің жетістіктерін мойындай оны салауатты өмір салтын ұстануды жалғастыруға бағыттайды, жеке тұлғаның рөлдік тұжырымдамасына

немесе отбасындағы ортақ тәуелділікке оралады (қазіргі таңда не өзектірек екендігіне байланысты) Дәрігер нақты клиникалық жағдайға аса барабар деп санайтын комбинациядағы ұсынылған техникаларға сүйене әрекет ете алады.

3.7 Терапия нәтижелерін бағалау

Бағдарламада тиімділілікті бағалау мониторингі қарастырылған, бұл дәрігерге және пациентке терапияның аралық, сонымен бірге финалдық нәтижелерін көруге мүмкіндік береді.

1.Бағдарламаға енгізу кезеңінде дәрігер пациенттің клинкалық және әлеуметтік беделін бағалайды.

Одан кейін алкогольді пайдалану жиілілігі мен санының ретроспективтік бағалауын жүргізеді «Алкогольді ретроспективті пайдалану күнтізбесі» көмегімен). Патологиялық еліктеу дәрежесін дәрігер Пеннсильвандық шкала бойынша бағалайды.

Бағдарламаны аяқтаған соң клиникалық, әлеуметтік және экспериментальды-психологиялық құрамды құрайтын жалпы баға беріледі.

2. әрбір кездесу кезінде тиімділілікті бағалау азайтылған көлемде жүргізіледі. Жиілеген ремиссия жағдайында «Алкогольді ретроспективті пайдалану күнтізбесі» толтырылады, толықтай ремиссия жағдайында Күнтізбе толтырылмайды.

3. Бағдарлама аяқталған соң, бастапқыға ұқсаса емдеу қорытындыларын келтіру және ары қарай нұсқау берумен жалпы бағалау жүргізіледі.

Қорытынды

Зерттеу көрстекендей, аталған кешенді терапия нәтижесінде Бағдарламаға жарамды пациент терапиянң жоғары нәтижелерін иеленеді, III фаза зертеулерінің нәтижелерін экстраполяциясы кезінде – 41% кем емес жағдайда пациент толықтай салауаттылыққа қол жеткізеді, қалған 59% жағдайларында – алкогольді пайдалану жиілілігі біршама төмендейді және ішімдікке салыну болмайды) [2-9]. екі нәтижеде пациент және оның отбасы үшін жаңа оң нәтижелі күй болып табылады.

Пайдаланған әдебиет тізімі:

1 Нашақорлық бойынша нұсқаулық (2-том) / Н.Н. Иванцтың ред.. – М.: Медпрактика, 2002.

2 Өзгерістер уақыты: алкогольдік тәуелділігі бар пациенттерді емдеудің кешенді бағдарламасы. Б. 1: Жалпы бөлім / авт.-құрастырушылар: Т.Н. Дудко, И.В. Белокрылов, А.Н. Еричев; Янссен-Силаг [және басқалар.]. - М., 2009. - 17 с.: ил. - Библиогр.: с. 17. - 90.00. Ф4-1

3 Volpicelli J.G, Altegman A.I., Hayashida M., O’Brien C.P. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Ar Ch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 876–80.

4 Davidson D., Palfai T., Bird C., Swift G. Effects of naltrexone on alcohol self-administ ration in heavy drinkers. Alcohol Clin Exp Ges 1999; 23: 195–203.
5 Oslin D.W., Berrettini W., Kganzler H.G. et al. A functional polymorphysm of the mu-poioid receptor gene is associated with naltrexone response in alcohol-dependent patients. Neuropsychopharmacology 2003; 28: 1546–52.
6 Volpicelli J.G., Fenton M. Sustained-release naltrexone formulations for the treatment of alcohol and opioid dependence. Futuge Neurol 2006; 1 (4): 1–10.
7 Volpicelli J.G, Ghines K.C., Ghines J.S. et al. Naltrexone and alcohol dependence. Gole of subject compliance. Agch Gen Psychiatry 1997; 54: 737–42.
8 Dean G.L. The preclinical development of medisorb naltrexone, a once a month long-acting injection, for the treatment of alcohol dependence. Frontiers in Bioscience 2005; 10: 643–55.
9 Dunbar J.D., Turncliff G.Z., Dong Q. et al. Single and multiple dose pharmacokinetics of long–acting naltrexone. Alcohol Clin. Exp. Ges 2006; 30: 480–90.
10 Garbutt J.C., Kranzler H.G., O'Malley S.S. et al. Efficacy and tolerability of long–acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 293: 1617–25.
11 O'Malley S.S., Garbutt J.C., Gastfriend D.G. et al. Efficacy of Extended–Gelease Naltrexone in Alcohol–Dependent Who are Abstinent Before Treatment. J. Clin. Psychopharm 2007; 27.

Қосымша- А.

Эмоцияларды күнделікті тіркеу кестесі

Эмоциялар	Дата			
	01.01	02.01	03.01	04.01
Өзіне ашулану				
Айналасындағыларға ашулану				
Үрей				
Қауіп-қорқыныш				
Мұң				
Ұят				
Кінә				
Қуаныш				
Қанағаттану				
Қызығушылық				
Мейірімділік				
Ризашылық				

Б -Қосымша.

Автоматты ойлардың, эмоциялардың және мінез-құлықтың 4- пайдалылық кестесінің мысалы

Жағдай (белсендіретін оқиға)	Автоматты түрдегі ойлар және жағдайды и альтернативті бағалау.	Эмоциялар	Мінез-құлық
9.00 Әйелім ақша жетпейді деп айтады.	Бұл оның маған тиіскені! Оған барлығы ұнамайды.	Әйеліне деген ашу.	Әйеелімен ұрсысады.
	Альтернативті бағалау: ОЛ қызымызды институтта оқытуға ақша жетпей қалуы мүмкін деп уайымдауда. Біз отбасылық бюджетті бірге талқылай және бұдан шығар жолды таба аламыз.	Шамалы жітідегі қауіптену	Әйелімен отбасылық бюджетті талқылайды
	Альтернативті бағалау соңғы екі жылда мен шыныменде аз ақша таптым, біліктілігі жоғарырақ жұмыс іздеу қажет болар.	Шамалы жітідегі өзіне деген ашулану	Жұмыстың басқа варианттарын іздейді
19.30 Үйге қайтар жолда ішімдік ішуге деген ниет пайда болды.	Бір рюмка ішу керек, сонда барлығы жайлы болады	Қуаныш, ішімдіктен дәмелену	Ішімдікті сатып алады
	Тәуелділік мені еліктереді, назарды аулару керек.	Толқу.	Назарын басқаға аудруға тырысады, әуестікпен күрес.
	Бір рюмкамен шектелмейді. Бір рюмка ішемін де, жалғастырамын. Қайтадан	Шамалы жабығу.	Үйге қарай жылжуды жалғастырады.

	барлық жағымсыз жағдайлар қайтып келеді.		