

Одобрены профессиональным сообществом
врачей-наркологов

«Ассоциация наркологов России»

Основание: Федеральный закон № 323-ФЗ
(ст.76 п. 2)

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по медицинской реабилитации
больных наркологического профиля
(МКБ-10 F10-F19)

Утверждаю:

Президент

Ассоциации наркологов России

_____ Е. А. Брюн

« _____ » _____ 2015 г.

Организации разработчики

Научно-исследовательский институт наркологии - филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

ГБУ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы»

Коллектив авторов

Агibalова Татьяна Васильевна	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Главный научный сотрудник ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор
Дудко Тарас Николаевич	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, доктор медицинских наук
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующий клиническим отделением ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук
Тучин Павел Викторович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Ионович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Профильная группа экспертов

Академический резерв		
1	Альтшуллер Владимир Борисович	Дмн, профессор
2	Белокрылов Игорь Владленович	Дмн, профессор
3	Бойко Елена Олеговна	Дмн, профессор
4	Брюн Евгений Алексеевич	Дмн , профессор
5	Клименко Татьяна Валентиновна	Дмн, профессор
6	Кошкина Евгения Анатольевна	Дмн, профессор
7	Крупницкий Евгений Михайлович	Дмн, профессор
8	Рохлина Майя Леоновна	Дмн, профессор
9	Селедцов Александр Михайлович	Дмн, профессор
10	Юлдашев Владимир Лябибович	Дмн, профессор
11	Новиков Евгений Михайлович	Дмн, профессор
12	Шустов Дмитрий Иванович	Дмн, профессор
Главные наркологи Федеральных округов		
13	Быкова Наталья Ивановна	врач
14	Волков Александр Васильевич	врач
15	Изаровский Борис Васильевич	врач
16	Карпец Владимир Васильевич	врач
17	Лопатин Андрей Анатольевич	Дмн, профессор
18	Михалева Людмила Дмитриевна	Кмн
19	Скалин Юрий Евгеньевич	Кпн
20	Улезко Татьяна Александровна	врач

Нормативные ссылки

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015)
2. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 929н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Наркология»
3. Приказ Минздрава России от 22.10.2003 № 500 «Протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)»
4. Приказ Минздрава России от 05.06.2014 № «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года»

Аннотация

В данных Рекомендациях представлен комплексный подход к реализации медицинской реабилитации. Вопросы реабилитации наркологических заболеваний освещены всесторонне. Рекомендации содержат актуальные вопросы медицинской реабилитации наркологических заболеваний в современных условиях, такие как, составление программы медицинской реабилитации с акцентом на ее основные лечебные факторы с учетом реабилитационного потенциала наркологических больных, этапов реабилитации, реабилитационной (терапевтической) среды. В Рекомендациях подробно освещена работа психолога на последовательных этапах лечебно-реабилитационного процесса с применением различных психотерапевтических методов. Развернуто представлена методика мотивационного консультирования для всех специалистов, участвующих в реабилитационной программе. Также приведен перечень медицинских услуг, осуществляемых в амбулаторных и стационарных условиях при оказании реабилитационной помощи.

Содержание

1. Методология	8
2. Используемые в тексте сокращения	11
3. Общие вопросы	11
4. Медицинские услуги по диагностике заболевания, состояния	12
5. Этиология и патогенез	14
6. Клиника синдрома зависимости от ПАВ	14
7. Область применения	14
8. Модель пациента	14
9. Реабилитационный потенциал и уровни реабилитационного потенциала	15
10. Цель, задачи и принципы медицинской реабилитации	25
11. Медицинская реабилитационная программа	30
12. Основные лечебные факторы медицинской реабилитационной программы	34
13. Периоды лечебно-реабилитационного процесса и этапы медицинской реабилитации	35
14. Работа психолога на последовательных этапах лечебно-реабилитационного процесса	49
15. Реабилитационная (терапевтическая) среда	54
16. Реабилитационный режим	56
17. Медицинская реабилитация в стационарных условиях	57
18. Медицинские реабилитация в амбулаторных условиях	60
19. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением	62
20. Немедикаментозные (физиотерапевтические) методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации	65
21. Психотерапия в программах медицинской реабилитации	65
22. Школа для пациентов с синдромом зависимости при проведении медицинской реабилитации	79
23. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедура	80
24. Терапия созависимости (медицинская и социально-психологическая помощь родственникам пациентов)	80
25. Правила изменения требований при выполнении Клинических Рекомендаций	82
26. Возможные исходы и их характеристика	83
27. Прогноз	83
ПРИЛОЖЕНИЕ	84

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных
поиск литературных научных источников

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций. Был использован вопросник MERGE, разработанный Департаментом здравоохранения Нового Южного Уэльса. Этот вопросник предназначен для детальной оценки и адаптации в соответствии с требованиями Российского Респираторного Общества (РРО) для соблюдения оптимального баланса между методологической строгостью и возможностью практического применения.

На процессе оценки несомненно может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причин отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ ННЦН МЗ РФ (<http://nncn.ru/>), ОО РНЛ (<http://r-n-l.ru/>), ННО (<http://nsam.ru/>), РОП (<http://psychiatr.ru/>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Используемые в тексте сокращения

ПАВ – психоактивное вещество

МР – медицинская реабилитация

МРП – медицинская реабилитационная программа

ИРП – индивидуальная реабилитационная программа

ЛРП - лечебно-реабилитационный процесс

УРП =- уровень реабилитационного потенциала

РП - реабилитационный потенциал

РС – реабилитационная среда

3. Общие вопросы

Заболевания, связанные с зависимостью от ПАВ, являются единым патологическим процессом, имеющим различные клинические формы: зависимость от алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ. Биологическую основу патогенеза заболеваний, связанных с зависимостью от ПАВ, составляет психический дизонтогенез, этиологически выводимый из биохимических нарушений головного мозга (генетическая предрасположенность, травмы, психические и соматические заболевания), психологической дисгармонии, социокультурного и этнического рассогласования, а также искаженной информационной среды (Брюн Е.А., Кошкина Е.А., Дудко Т.Н. и др., 2013).

С учетом полиэтиологичности и биопсихосоциодуховной природы зависимости от ПАВ, оказание медицинской помощи пациентам с зависимостью от ПАВ включает медицинские услуги по лечению и медицинской реабилитации (далее – МР) с учетом социокультурных и информационных аспектов коррекции индивидуального психического состояния пациента. При формировании ремиссии зависимости от ПАВ и остановки болезненного процесса нередко остается сумма провоцирующих употребление ПАВ факторов, что диктует необходимость длительного медицинского наблюдения и противорецидивного лечения.

Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Реабилитация пациента с зависимостью от ПАВ - совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ.

Пациент (больной) с зависимостью от ПАВ - лицо, которому по результатам медицинского осмотра, медицинского освидетельствования, медицинской экспертизы поставлен диагноз "синдром зависимости от ПАВ»".

Медицинский осмотр - комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Медицинская экспертиза - проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

Медицинское освидетельствование лица - совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.

Лечащий врач устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе явившемся причиной смерти пациента.

Диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием.

Лечение – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

4. Медицинские услуги по диагностике заболевания, состояния

Оказываются в соответствии со Стандартами специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением ПАВ.

Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога первичный осуществляется в первый день поступления в отделение МР. Выясняются преморбидные особенности развития личности, особенности динамики клиники заболевания, в том числе наличие и отсутствие приема ПАВ в последнее время, личностный и социальный статус больного (наличие или отсутствие профессии, круг интересов, посещение спортивных секций, культурных мероприятий, степень социальной адаптации, связь с криминальными структурами), мотивация на участие в реабилитационном процессе. С целью получения объективной и полной информации о больном проводится беседа с его родственниками или другими значимыми для него людьми (учитель, представители администрации по месту жительства больного, близкие люди и т.д.). Акцентируется внимание на исследовании кожных покровов и слизистых с целью выявления свежих следов инъекций наркотических средств. Измеряется артериальное давление, частота пульса, исследуется область сердца, легких, живота (определяются границы печени).

Выявляются:

- признаки обострения патологического влечения к ПАВ;
- астенические расстройства;
- эмоциональные и аффективные расстройства;
- интеллектуально-мнестические расстройства;
- поведенческие расстройства;
- абстинентный синдром: общая слабость, потливость, ринорея, чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, абдоминальные спазмы, тошнота или рвота, диарея, "гусиная кожа", периодический озноб, тахикардия, зевота, беспокойный сон, дисфория;
- постабстинентный синдром;
- признаки употребления ПАВ: эйфория, расширение или сужение зрачков и др., при необходимости - диагностическое тестирование мочи на выявление наркотиков и их метаболитов;

По результатам комплексной оценки данных анамнеза, жалоб, физикального осмотра врач психиатр-нарколог определяет УРП в соответствии со шкалой (Приложение N 4). Совместно с членами реабилитационной бригады (психологом, специалистом по социальной работе и др.) участвует в составлении ИРП.

Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога повторный - осуществляется в течение всего периода наблюдения (особенно при МР в амбулаторных условиях) с периодичностью не реже двух раз в неделю на адаптационном этапе, 1 раза в неделю - на интеграционном этапе, 1 раза в месяц - на стабилизационном этапе (в среднем - не менее 12 - 14 раз в первые 3 месяца реабилитации и 6 - 8 раз в последующие каждые 3 месяца). В ходе осмотров оценивают динамику состояния пациента. Ежемесячно оцениваются результаты выполнения реабилитационной программы.

Обязательной составляющей приема (осмотра, консультирования) является психотерапия (психокоррекция). Она проводится на всех этапах МР и направлена на устранение личностных и поведенческих расстройств, закрепления достигнутых результатов лечения и мотивацию больных на участие в реабилитационных программах. Выбор и продолжительность методов и техник психотерапии определяется особенностями клиники синдрома зависимости от ПАВ, личностного и социального статуса пациента. Применяется хотя бы один из перечисленных методов индивидуальной или групповой психотерапии: когнитивная, бихевиоральная (поведенческая), психодинамическая, гуманистическая, системная, а также обязательно - семейная психотерапия.

Судебно-химическая и химико-токсикологическая экспертиза (исследование) содержания в крови, моче и внутренних органах ПАВ осуществляется при поступлении в реабилитационное отделение для объективного подтверждения факта воздержания от приема ПАВ, что необходимо для осуществления реабилитационной программы. Исследование может быть повторено в течение срока МР (в среднем 1 раз в 3 месяца) с целью контроля эффективности реабилитационных мероприятий, исключения тайного употребления ПАВ, рецидива заболевания ("срыва"). Выявление метаболитов ПАВ указывает на их недавний прием.

Измерение массы тела производится для оценки эффективности реабилитационного процесса у лиц с признаками истощения, для расчета индекса массы тела с целью оценки риска сопутствующих заболеваний - сердечно-сосудистых, эндокринологических и пр.

5. Этиология и патогенез синдрома зависимости

Данный раздел описан в клинических рекомендациях по диагностике и лечению синдрома зависимости от ПАВ.

6. Клиника синдрома зависимости от ПАВ

Данный раздел описан в клинических рекомендациях по диагностике и лечению синдрома зависимости.

7. Область применения

Клинические рекомендации предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

8. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые, дети

Пол: любой

Код заболевания по МКБ-10:

- F10.2 Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F11.2 Синдром зависимости, вызванный употреблением опиоидов
- F12.2 Синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиоидов
- F13.2 Синдром зависимости, вызванный употреблением седативных или снотворных веществ
- F14.2 Синдром зависимости, вызванный употреблением кокаина
- F15.2 Синдром зависимости, вызванный употреблением других стимуляторов, включая кофеин
- F16.2 Синдром зависимости, вызванный употреблением галлюциногенов
- F18.2 Синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей
- F19.2 Синдром зависимости, вызванный одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ

Стадия: любая

Фаза: становление ремиссии

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Клиническая ситуация: медицинская реабилитация больных с синдромом зависимости от ПАВ

Вид медицинской помощи: специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь

Вид оказания медицинской помощи: в стационарных и амбулаторных условиях

Форма оказания медицинской помощи: плановая

Профиль подразделения, медицинской организации: отделения наркологического профиля.

Функциональное назначение отделения, учреждения: восстановительно-реабилитационные.

Средние сроки лечения: от 6 месяцев до 2 лет.

Признаки, определяющие модель пациента:

- наличие в анамнезе систематического употребления ПАВ и синдрома зависимости от ПАВ;
- отсутствие употребления ПАВ на протяжении нескольких дней или недель (не менее 12 - 14 дней), абстинентных и выраженных постабстинентных расстройств;
- личностная и социальная дезадаптация различной степени;
- завершение восстановительного (предреабилитационного) периода лечебных мероприятий и медицинское обследование.

Требования к включению пациента в МР:

- соответствие критериям модели пациента;
- добровольное согласие пациента на прохождение МР в амбулаторных и (или) стационарных условиях или решение суда о направлении на принудительное амбулаторное лечение и (или) МР.
- наличие данных медицинского обследования о состоянии функций внутренних органов, отсутствие у пациента на момент начала реабилитационной программы инфекционных и иных заболеваний, требующих оказания специализированной медицинской помощи (например: инфекционного гепатита, эндокардита и пр.).

9. Реабилитационный потенциал и уровни реабилитационного потенциала

Реабилитационный потенциал - многофакторная клиническая, психологическая и социальная диагностика, а также прогностическая оценка способностей и возможностей наркологических больных на продолжительные ремиссии и ресоциализацию, возвращение в семью и к общественно полезной деятельности. Базируется на объективных данных о наследственности, преморбиде, соматическом состоянии, виде, тяжести и последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного (духовного) развития и социальном статусе больных.

Уровни реабилитационного потенциала - потенциальная возможность пациента с синдромом зависимости от ПАВ к отказу от употребления ПАВ, возвращению в семью, к общественно полезной деятельности, что может расцениваться как выздоровление, определяется многообразными клиническими и внеклиническими факторами, к которым относятся особенности наследственности, физического и психического развития в преморбидном периоде, социального статуса, а также форма и тяжесть синдрома зависимости от ПАВ, медицинские и социальные последствия употребления ПАВ, индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности, направление личностного и социального развития,

ценностная ориентация пациента. Совокупность этих клинических и внеклинических факторов составляет реабилитационный потенциал пациента, под которым понимают интегральную характеристику всех последовательных этапов формирования синдрома зависимости от ПАВ,

В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала пациенты с синдромом зависимости от ПАВ разделяют на три группы: с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала (УРП). Шкала критериев для оценки УРП и правила ее использования приведены в Приложении №4).

Высокий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативным психическим и физическим развитием,
- хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;
- начальной (первой) стадией зависимости по МКБ-10;
- отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;
- относительно позднее начало употребления ПАВ
- наличием спонтанных ремиссий;
- низкой интенсивностью симптомов алкогольного или наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2-3 дней); постабстинентные расстройства не выражены или слабо выражены;
- достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;
- появлением первых признаков социальной дезадаптации;
- легкими морально-этическими нарушениями (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позерство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.);
- легкими интеллектуально-мнестическими нарушениями (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.);
- легкими эмоциональными нарушениями (эмоциональная лабильность, напряженность, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.);
- легкой деградацией личности, при которой отсутствуют стойкие изменения личности больных (интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер);
- желанием избавиться от пристрастия к ПАВ, в связи с чем мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов

роста, т.е. преобладает желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать морально-этические принципы общества и т.д.

Частные признаки высокого УРП:

- Для больных алкоголизмом:
- относительно поздним началом употребления алкогольных напитков (14-15 лет);
- продолжительностью заболевания до 2-3 лет;
- отсутствием в анамнезе алкогольных психозов;
- высокой толерантностью к алкоголю;
- преимущественно периодической формой злоупотребления алкоголем.

Для больных опиатной наркоманией:

- продолжительностью заболевания до 1 года;
- неинъекционные формы употребления ПАВ (преимущественно интраназальным, пероральным или ингаляционным способами употребления наркотиков),
- периодической формой влечения к наркотикам;
- мононаркоманией.

Психологические особенности лиц с высоким уровнем реабилитационного потенциала:

1. Снижение качества жизни, связанное со здоровьем (физическое состояние практически не влияет на ролевое функционирование, достаточно позитивная оценка общего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения, жизнеспособность чаще оценивается положительно, физическое или эмоциональное состояние практически не ограничивает социальную активность (общение), эмоциональное состояние чаще всего не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, настроение чаще положительное, чем отрицательное).

2. Низкий или средний уровень напряженности копинг-стратегий (конфонтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка). Допустимо небольшое повышение напряжения по наиболее адаптивной копинг-стратегии – планированию решения проблемы.

3. Недостаточно выраженная деформация смысложизненных ориентаций (средний или ниже среднего уровень общей осмысленности жизни, наличие целей на будущее, средний уровень эмоциональной насыщенности жизни, удовлетворенности самореализацией, легкое снижение представлений о себе, как о сильной личности, способной хоть в какой-то степени управлять своей жизнью).

4. Отсутствие выраженного нарушения значимых отношений личности (средневыраженный уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности, альтруизма).

5. Уровень макиавеллизма находится в пределах нормы, ближе к нижней ее границе (отсутствие выраженной манипуляции при общении с людьми, отсутствие или неярко выраженная эгоистичность).

6. Уровень эмпатии не достаточно снижен, находится в пределах нормы (отсутствие затруднения в установлении контактов с людьми, достаточно развитое взаимопонимание с окружающими).

7. Восприятие внутренней картины болезни практически не изменено (существует достаточно выраженная мотивация к преодолению болезни).

8. Отсутствие или слабо выраженное снижение уровня волевого самоконтроля (уровень развития самообладания, настойчивости и общего значения волевого самоконтроля находятся в пределах нормы или немного снижены, т.е. отсутствие у реабилитанта эмоциональной неустойчивости, ранимости, неуверенности в себе, невысокой рефлексивности, импульсивности и неустойчивости намерений, обидчивости, непоследовательности в поведении, сниженного самообладания).

9. Наличие социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков) и отсутствие сформированной мотивации к употреблению психоактивных веществ, особенно личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения) и патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).

10. Легкие нарушения, связанные с невыраженными изменениями восприятия психологического времени (намечается тенденция к переживанию прошлого, как негативного, но при достаточно выраженном положительном отношении к прошлому опыту, наличие средневыраженной ориентации на будущее, отсутствие убеждения жесткой определенности будущего, отсутствие ярко выраженной ориентации на получение удовольствия).

Средний УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);
- воспитанием в неполной семье, средним или плохим материальным положением, часто неровными или деструктивными отношениями между членами семьи;
- относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения, нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;
- средней (второй) стадией зависимости по МКБ-10;
- короткими (до 3 мес.) и среднекороткими (до 6 мес.) терапевтическими ремиссиями;
- редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то они, как правило, короткие и неустойчивые;
- алкогольный и наркотический (героиновый) абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства – до 1,5 - 2 месяцев);
- к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.);
- средней степени деградацией личности – интеллектуально-мнестические и морально-этические изменения средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.). Вместе с

тем, больные стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают злоупотребление наркотиками/алкоголем.

- конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;
- трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;
- однообразным или низким кругом социальных интересов;
- утратой профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивным отношением к труду;
- частичной социальной дезадаптацией и социофобией;
- средней выраженности морально-этическими нарушениями (значительные нарушения нормативной ценностной ориентации, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность и пр.);
- средней выраженности интеллектуально-мнестическими нарушениями (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня, абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.);
- средней выраженности аффективными нарушениями (несдержанность, эмоциональная холодность).

Частные признаки среднего УРП:

- Для больных алкоголизмом:
- относительно ранним началом употребления алкогольных напитков (12-13 лет)
- продолжительностью заболевания не менее 3-5 лет;
- стабильной или несколько снижающейся толерантностью к алкоголю;
- наличием палимпсестов алкогольного опьянения;
- запойным типом пьянства;
- преимущественным преобладанием постоянного среднеинтенсивного влечения к алкоголю;

Для больных наркоманией:

- относительно ранним началом употребления наркотиков (15-16 лет);
- продолжительностью заболевания от 1 года до 3 лет;
- преимущественно внутривенным введением наркотиков, параллельным злоупотреблением другими психоактивными веществами;
- преобладанием постоянной формы влечения к наркотикам, особенно в периоды рецидивов заболевания;
- единичными случаями передозировки наркотиков и суицидальными мыслями (иногда демонстративные суицидальные действия) в период наркотического

абстинентного синдрома.

Психологические особенности лиц со средним уровнем реабилитационного потенциала:

1. Наличие определенных симптомов снижения качества жизни, связанного со здоровьем (физическое состояние оказывает влияние на ролевое функционирование, оценка общего состояния здоровья, перспектив лечения и жизнеспособности несколько снижается, наличие неявно выраженного ограничения социальной активности (общения) со стороны физического или эмоционального состояния, эмоциональное состояние чаще всего не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, настроение чаще отрицательное, чем положительное).

2. Повышение напряженности копинг-стратегий (конфронтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка).

3. Средне выраженная деформация смысложизненных ориентаций (ниже среднего уровень общей осмысленности жизни, снижение степени нацеленности на будущее, низкий уровень эмоциональной насыщенности жизни и удовлетворенности самореализацией, снижение представлений о себе, как о сильной личности, способной хоть в какой-то степени управлять своей жизнью).

4. Наличие нарушений значимых отношений личности (повышенный уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности, при достаточно высоком уровне псевдоальтруизма).

5. Уровень макиавеллизма находится в пределах нормы, ближе к верхней ее границе (присутствие слабовыраженной манипуляции при общении с людьми, повышенный уровень эгоистичности).

6. Уровень эмпатии снижен (наличие слабовыраженных затруднений в установлении контактов с людьми, взаимопонимание с окружающими практически не нарушено).

7. Восприятие внутренней картины болезни изменено незначительно (средневыраженная мотивация к преодолению болезни).

8. Снижение уровня волевого самоконтроля (отсутствие достаточной уверенности в себе, снижение устойчивости намерений, низкая эмоциональная устойчивость, низкая способность владения собой в различных ситуациях, практически отсутствует чувство внутреннего долга, недостаточное стремление к завершению начатого дела).

9. Наличие социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков) и личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения), при отсутствии сформированной или слабовыраженной патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).

10. Наличие нарушений, связанных с изменениями восприятия психологического времени (низкий уровень принятия своего прошлого, сниженная способность осознания, что события в прошлом привели к тому, что есть в настоящем, отсутствие целей и планов на будущее, отсутствие или слабовыраженное убеждение жесткой определенности будущего, ориентация на получение удовольствия).

Низкий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- высоким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра);
- воспитанием в неполных семьях среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье;
- злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей, гиперопекой родителей (или разведенной матерью);
- задержкой или патологией физического и, особенно, психического развития; инфантилизмом, невротическим развитием, психопатией, девиантным (порой делинквентным) поведением в анамнезе (примерно, в двух третях случаев);
- как правило, посредственной успеваемостью в школе (особенно в средних и старших классах);
- крайне ограниченным и неустойчивым кругом социальных интересов;
- конечной (третья) стадией зависимости по МКБ-10;
- отсутствием спонтанных ремиссий;
- отсутствием собственной супружеской семьи;
- крайне конфликтными или конфликтными семейными отношениями с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;
- чаще средним образованием, редко - незаконченным среднетехническим или высшим;
- снижением социально положительных установок на труд и учебу (как правило, больные не работают и не учатся, отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки и умение учиться частично, или полностью утрачены);
- почти тотальной социальной дезадаптацией и социофобией;
- грубыми морально-этическими нарушениями (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, снижение материнского/отцовского инстинкта и пр.);
- выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и пр.);
- выраженными аффективными нарушениями (недержание аффектов, эмоциональное оупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.);
- выраженной деградацией личности - выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за своё заболевание на окружающих;
- торпидность мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на

наркотиках или пьянстве;

- почти тотальной социальной дезадаптацией и социофобией;
- грубыми морально-этическими нарушениями (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, снижение материнского/отцовского инстинкта и пр.);
- выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и пр.);
- выраженными аффективными нарушениями (недержание аффектов, эмоциональное оупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.);
- выраженной деградацией личности - выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за своё заболевание на окружающих;
- торпидность мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках или пьянстве.
- гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез или ВИЧ-инфекции,
- эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения;
- снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют;
- критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания;
- отсутствие веры в возможность выздоровления и нормализацию социального положения, поэтому мотивация на участие в реабилитационном процессе в основном проявляется не добровольным осознанным согласием, а основана на прагматических мотивах: избежать преследования, наказания, получить "поддержку", выгоду и прочее.

Частные признаки низкого УРП:

Для больных алкоголизмом:

- нередко ранним началом употреблением алкоголя с 11-12 лет;
- продолжительностью заболевания алкоголизмом более 5-ти лет;
- значительным снижением толерантности к алкоголю;
- наличием в анамнезе алкогольных психозов;
- алкогольной энцефалопатией;
- преобладанием постоянного влечения к алкоголю;

Для больных наркоманией:

- ранним злоупотреблением психоактивными веществами - с 12-14 лет;

- обычно незаконченным средним образованием до начала употребления наркотиков;
- продолжительностью заболевания наркоманией более 3 лет;
- преимущественно внутривенным способом введения наркотика, в основном отмечается параллельное злоупотребление другими психоактивными веществами (каннабиноиды, психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и пр.);
- постоянным влечением к наркотикам;
- тяжело протекающим наркотическим абстинентным синдромом (опиатный, героиновый), сопровождающимся грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и пр. (продолжительность 9-12 дней);
- продолжительными постабстинентными расстройствами - до 2-3 месяцев;
- передозировками наркотиков (очень часто), суицидальными мыслями и действиями (более чем у половины больных) в период наркотического абстинентного синдрома или в период ремиссий.

высоким удельным весом больных (59%), больных, либо привлекавшихся к уголовной ответственности, либо имеющих судимость четко связанную с наркотиками.

УРП оценивается с помощью Шкалы оценки УРП, которая была разработана в ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России в 2003 году (Дудко Т.Н. и др., 2003). Шкала содержит четыре блока вопросов: первый блок вопросов касается преморбидного периода, второй блок – клинических особенностей наркологического заболевания, третий блок – особенностей социального статуса пациента и социальных последствий потребления ПАВ, четвёртый блок – личностных изменений, приобретённых в процессе наркологического заболевания. Ответ на каждый вопрос выражается в баллах от +5 до –3. В зависимости от суммарной цифровой оценки выделяют высокий (83 балла (± 6)), средний (62 балла (± 10)) и низкий (45 баллов (± 10)) УРП. Психологические особенности при определении уровня реабилитационного потенциала оцениваются с помощью применения специализированного кейс-пакета психодиагностических методик определения синдромального комплекса психологических нарушений (Дудко Т.Н., Зенцова Н.И., 2014).

Психологические особенности лиц с низким уровнем реабилитационного потенциала:

1. Низкий уровень восприятия качества своей жизни, связанного со здоровьем (выраженное влияние физического состояния на ролевое функционирование, низкая оценка своего состояния здоровья в настоящий момент и отсутствие перспектив реабилитации, выраженное ограничение социальной активности физическим или эмоциональным состоянием, низкая самооценка психического здоровья, эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности). Возможно неадекватное восприятие своего физического состояния.

2. Наблюдается повышение напряженности копинг-стратегий, доходящих до дезадаптивной формы (конфонтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка).

3. Выраженная деформация смысложизненных ориентаций (низкий уровень осмысленности жизни, отсутствие нацеленности на будущее, неудовлетворенность своей жизнью в настоящем, а также прожитой частью жизни, представление о себе как о

достаточно слабой личности, низкий самоконтроль, неверие в возможность влиять на свое будущее).

4. Выраженные нарушения значимых отношений личности (высокий уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности и псевдоальтруизма).

5. Высокий уровень макиавеллизма (убежденность в том, что при общении с другими людьми ими можно и даже нужно манипулировать, недоверие к окружающим, частые, но неглубокие контакты с окружающими, предметная ориентация, эгоистичность).

6. Нарушение эмпатийных отношений (затруднение в установлении контактов с людьми, эмоциональная безучастность, отсутствие взаимопонимания с окружающими).

7. Искажение восприятия внутренней картины болезни (отсутствие мотивации к преодолению болезни, отсутствие модификации наркоманического образа поведения и восприятия, отсутствие позитивных изменений).

8. Нарушение волевой саморегуляции (отсутствие стремления к завершению начатого дела, высокая лабильность, неуверенность, импульсивность, которые могут приводить к непоследовательности поведения, отсутствие влияния социальных норм).

9. Наличие сформированности всех мотивов употребления наркотиков: социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков), личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения), патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).

10. Выраженные нарушения, связанные с искажением восприятия психологического времени (неприятие собственного прошлого, вызывающего отвращение, отсутствие целей и планов на будущее, ориентация на получение удовольствия, отсутствие заботы о последствиях, беспомощное и безнадежное отношение к настоящему, твердое убеждение, что будущее определено, а настоящее должно переноситься с покорностью).

УРП оценивается с помощью Шкалы оценки УРП, которая была разработана в ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России в 2003 году (Дудко Т.Н. и др., 2003). Шкала содержит четыре блока вопросов: первый блок вопросов касается преморбидного периода, второй блок – клинических особенностей наркологического заболевания, третий блок – особенностей социального статуса пациента и социальных последствий потребления ПАВ, четвёртый блок – личностных изменений, приобретённых в процессе наркологического заболевания. Ответ на каждый вопрос выражается в баллах от +5 до –3. В зависимости от суммарной цифровой оценки выделяют высокий (83 балла (± 6)), средний (62 балла (± 10)) и низкий (45 баллов (± 10)) УРП. Психологические особенности при определении УРП оцениваются с помощью применения специализированного кейс-пакета психодиагностических методик определения синдромального комплекса психологических нарушений (Дудко Т.Н., Зенцова Н.И., 2014).

10. Цель, задачи и принципы медицинской реабилитации

Целью МР является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса пациента на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала.

Задачи МР:

- 1 формирование у пациента осознанной и устойчивой мотивации (установки) на отказ от ПАВ и участие в ЛРП;
- 2 проведение лечебных мероприятий, направленных на купирование психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ и на предупреждение рецидивов заболевания;
- 3 терапия имеющихся соматических и неврологических расстройств и заболеваний;
- 4 коррекция структуры личности пациента и обеспечение условий для позитивного личностного развития;
- 5 повышение уровня социального функционирования пациента (с подключением ресурсов семьи, общества);
- 6 достижение реальной социальной занятости: учеба, работа.

Общие принципы оказания медицинской помощи лицам с наркологическими заболеваниями учитываются при организации МР (Рожнов В.Е., 1985; Иванец Н.Н., 1995; Воронин К.Э., 1995; Валентик Ю.В., 1997, Дудко Т.Н., 2003):

- 1 добровольность (информированное согласие на участия в ЛРП);
- 2 комплексность, этапность и непрерывность лечебных и реабилитационных мероприятий и их достаточная продолжительность, преемственность стационарной и амбулаторной помощи;
- 3 многообразие и индивидуальность форм (моделей) реабилитационной работы.

Одна из проблем, усложняющих процесс МР пациентов с зависимостью от ПАВ, состоит в том, что часть психических функций у них не сформирована в результате начала употребления ПАВ, а другие психические функции нарушены в результате потребления ПАВ. В связи с этим при построении реабилитационной программы необходимо учитывать не только реабилитационный, но и абилитационный аспекты МР. При этом под абилитацией понимают систему медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и социальных мер, направленных на формирование у пациентов отсутствующих и не сформировавшихся по тем или иным причинам функций.

Принципы МР лиц с зависимостью от ПАВ с учетом биопсихосоциодуховной природы зависимости от ПАВ:

1. принцип партнерства, привлечение пациента к активному сотрудничеству в процессе МР;

2. принцип мультидисциплинарности, разносторонности усилий, направленность их на разные сферы функционирования пациентов: психологическую, профессиональную, семейную, общественную, сферу досуга;
3. принцип соблюдение единства (комплексности) биологических и психосоциальных методов воздействия;
4. принцип этапности оказываемых услуг (мероприятий) с соблюдением определенной последовательности в применении различных элементов реабилитационного процесса.

Условия, определяющие эффективность МР:

1. наличие личностного реабилитационного потенциала, стимулирующего больного к участию в ЛРП;
2. личная ответственность пациента за успешную реализацию реабилитационного процесса;
3. опора на позитивные, личностно значимые для пациента социальные ценности;
4. обеспечение правовой и организационной регламентации ЛРП;
5. создание в реабилитационном отделении (центре) единой «бригады» (команды) специалистов: врач – психолог – специалист по социальной работе – социальный работник;
6. привлечение к процессу МР бывших (выздоровливающих) пациентов, прошедших реабилитационную программу.

Эффективность реабилитационного процесса также зависит от правильной организации технологии ЛРП и максимальной индивидуализации применяемых подходов и методов. В соответствии с этим МР пациентов с синдромом зависимости должна опираться на следующие **организационные принципы**:

1) Принцип динамической группировки пациентов в системе МР

Основным и значимым прогностическим фактором формирования ремиссии синдрома зависимости от ПАВ является установка пациента на отказ употребления ПАВ. Поскольку для данной категории пациентов типична неустойчивость мотивации (установки) на отказ от употребления ПАВ, особенно при взаимодействии с больным в активной фазе синдрома зависимости (за счет индуцирования синдрома патологического влечения к ПАВ, стереотипов поведения, влияния наркотической субкультуры), важнейшей задачей организации ЛРП является разделение пациентов с установкой на лечение и МР и пациентов, у которых такая установка еще не сформировалась, для устранения эффекта индукции.

2) Гибкая система социального прессинга в зависимости от вектора социальной активности пациента.

Для пациентов с достаточно сформированной установкой на отказ от употребления ПАВ предусматриваются такие организационные формы лечебных программ, которые учитывают добровольность и другие, щадящие социальный статус больных, принципы. Из форм социального прессинга здесь достаточно правильно организованной

антинаркотической пропаганды и информирование больных о соответствующих лечебных программах.

Для пациентов, которые не удерживаются в системе ЛРП и продолжают злоупотребление ПАВ, должны быть предусмотрены более жестко регламентированные отношения “потребитель-общество” и более жесткие формы организации ЛРП: открытая, полужакрытая и открытая реабилитационная среда.

Система социального прессинга и динамической группировки пациентов позволяет оказывать медицинскую, психологическую и социальную помощь без социального ущемления максимальному числу пациентов, а также рационально распределять материальные ресурсы и медицинские (психологические, социальные) кадры.

3) Программно-целевой подход в организации МР

В рамках развития организационных основ ЛРП разработана технологически взаимосвязанная последовательность мероприятий (программ), имеющих своей целью восстановление процесса психического развития и социального функционирования больных – алгоритм реабилитационного процесса:

Алгоритм МР включает следующие мероприятия:

1 Интервенция в виде первичной консультации и мотивационного интервью (первичное консультирование пациентов, их родственников и мотивирование пациента на включение в ЛРП.

2 Диагностика клинического, психологического и социального состояния пациента и УРП: определение факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров и функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; степени сохранности бытовых и профессиональных навыков; агрессивных и поддерживающих факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса.

3 Психофармакотерапия острых, подострых и резидуальных психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ.

4 Формирование цели и задач МР, разработка ИПР, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии с формированием комплаенса к лечению и МР.

5 Медицинское наблюдение и формирование реабилитационной среды, взаимодействие семьей, с заинтересованными организациями и ведомствами.

6 Социально-ориентированные мероприятия, направленные на реадaptацию пациентов, с применением социально ориентированных методов психотерапии: поведенческая психотерапия (система «поощрения-наказания», тренинг социальных навыков, ситуационный тренинг), групповая дискуссионная психотерапия, семейная психотерапия. Могут применяться специальные методы, направленные на повышение уровня психофизиологической, эмоциональной и поведенческой саморегуляции: аутогенная тренировка, лечебная физкультура, спортивные занятия.

7 Формирование лечебной субкультуры выздоравливающих пациентов, в том числе с привлечением пациентских самодеятельных, общественных негосударственных организаций.

8 Оценка эффективности МР и прогноз.

Каждый этап МР предполагает организацию структурных подразделений медицинской организации для дифференцированного решения задач, а также обеспечения последовательности и преемственности работы, в которых реализуются конкретные программы по лечению и МР.

Эффективность МР во многом определяется готовностью пациента к позитивным изменениям и его доступностью к медицинским лечебно-реабилитационным вмешательствам, что зависит от следующих условий:

1. наличие у пациента достаточного УРП;
2. добровольность участия пациента в реабилитационном процессе;
3. согласие пациента на отказ от употребления ПАВ;
4. признание пациентом личной ответственности за успешность реализации реабилитационного процесса;
5. доверительность и партнерство во взаимоотношениях со специалистами.

Одновременно эффективность МР зависит от объема и качества предоставляемых медицинской организацией услуг по МР, что определяется следующими условиями:

1. единство социально-психологических и медико-биологических методов воздействия на пациента;
2. многообразие форм (моделей) реабилитационной работы и их индивидуальное применение;
3. этапность ЛРП;
4. обеспечение правовой и организационной регламентации ЛРП;
5. создание в реабилитационном отделении (центре) мультидисциплинарной бригады специалистов: психиатр – нарколог – медицинский психолог – социальный работник, а при необходимости – врач-консультант иной врачебной специальности;
6. привлечение к работе с пациентами бывших (выздоровливающих) пациентов, прошедших реабилитационную программу, и готовность членов мультидисциплинарной бригады специалистов сотрудничать с ними на партнерских основаниях.

МР осуществляется в плановой форме в рамках специализированной медицинской помощи.

МР осуществляется в медицинских организациях любой формы собственности, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по МР.

Выделяются две основные группы таких учреждений (часть 1 статьи 50 Гражданского кодекса Российской Федерации):

- коммерческие организации, преследующие извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности;
- некоммерческие организации, не имеющие извлечение прибыли в качестве такой цели и не распределяющие полученную прибыль между участниками.

К некоммерческим организациям в соответствии с Федеральным законом «О некоммерческих организациях» от 12 января 1996 г. №7-ФЗ относятся следующие медицинские организации:

Государственные и муниципальные медицинские учреждения – созданы Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации и муниципальным образованием. Типами государственных и муниципальных учреждений признаются автономные, бюджетные и казенные. К ним относятся следующие медицинские организации: наркологические больницы, центры и клиники, реабилитационные центры, наркологические диспансеры.

Частные учреждения – созданы собственником (гражданином или юридическим лицом) для осуществления функций некоммерческого характера.

Общественные и религиозные организации (объединения) - добровольные объединения граждан, в установленном законом порядке объединившихся на основе общности их интересов для удовлетворения духовных или иных нематериальных потребностей.

Некоммерческие партнерства - основанная на членстве некоммерческая организация, учрежденная гражданами и (или) юридическими лицами для содействия ее членам в осуществлении деятельности в целях охраны здоровья граждан, развития физической культуры и спорта и т.д. и т.п.

Ассоциации (союзы) – объединения юридических лиц и (или) граждан, основанные на членстве, в целях представления и защиты общих, в том числе профессиональных, интересов, для достижения общественно полезных, а также иных не противоречащих федеральным законам и имеющих некоммерческий характер целей.

В зависимости от особенностей психического и физического состояния пациента, его социального статуса, установки на реабилитацию МР осуществляется в следующих **условиях:**

1 стационарно или полустационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное или дневное медицинское наблюдение и лечение) для пациентов с многолетним безремиссионным течением зависимости от ПАВ, низким УРП и низким уровнем социального функционирования.

2 амбулаторно (постгоспитально, в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) для пациентов с высоким и средним УРП. Переход пациентов с низким УРП из программ МР в стационарных условиях в программы МР в амбулаторных условиях возможен при повышении УРП.

МР регулируется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 9 ноября 2011 года № 323-ФЗ, данными клиническими рекомендациями, нормативными документами медицинской организации, предоставляющей реабилитационные услуги, и осуществляется в соответствии с реабилитационной программой медицинской организации и индивидуальной программой реабилитации пациента (см. ниже).

11. Медицинская реабилитационная программа

Медицинская реабилитационная программа (МРП) представляет организационно-методическую основу медицинского реабилитационного процесса для достижения максимально возможного эффекта в максимально короткие сроки (Гайдаров и др., 2008).

МРП включает несколько основных блоков: медицинский, психологический (психокоррекционный), психотерапевтический и социальный.

Медицинский блок включает диагностику клинического и социального состояния пациента и проведение по показаниям фармако- и психофармакотерапию.

Психологический блок включает нейро - и патопсихологическую диагностику, психологическое консультирование, психоррекцию, психообразовательную работу с пациентами и их родственниками, а также проводит супервизию с персоналом, оказывающим реабилитационные услуги. Разрабатывает и воплощает в практике развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов пациентов, выполняет работу по профорientации больных с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей. Оценивает эффективность проводимых психологических и профилактических мероприятий (Приказ № 391 от 26.11.96 Минздрава РФ).

Психотерапевтический блок включает групповые и индивидуальные формы психотерапевтической работы в соответствии с адекватными методами психотерапевтического вмешательства.

Психологическое и психотерапевтическое воздействие направлены на единые мишени: эмоциональная, когнитивная, поведенческая, мотивационная сферы пациентов. Психологическое и психотерапевтическое воздействие ориентировано на работу с пациентами и их родственниками для:

- преодоления отрицания болезни (анозогнозии),
- понимания и принятия факта наличия болезни,
- формирования личностной установки на воздержание от ПАВ,
- формирования навыков преодоления патологического влечения к ПАВ и осознания психологических защит, распознавания предвестников обострения болезни
- проработки иррациональных установок, дезадаптивных личностных паттернов поведения, автоматических мыслей, поддерживающих аддикцию;
- осознания наиболее типичных когнитивных механизмов обострения болезни.

Психологическое и психотерапевтическое воздействие проводятся на всех этапах медицинской реабилитации.

Психологическое воздействие – это психологический процесс и процесс межличностного взаимодействия в рамках психотерапии и психологического консультирования, в ходе которого у пациента возникает положительное чувство уверенности в себе и своих возможностях, за счет акцентирования внимания на позитивных сторонах и преимуществах индивида с целью укрепления его самооценки, оптимизации психологического состояния человека как следствие полного разрешения или снижения актуальности психологических проблем, препятствующих трудовой, профессиональной, социальной самореализации. Основная задача использования психологической поддержки в МРП состоит в том, чтобы помочь человеку в выявлении

своих внутренних резервов и в устранении факторов, мешающих их использованию. Психологическая поддержка не должна заменять психотерапию, поскольку это может препятствовать достижению глубинных личностных изменений.

Психотерапевтическое воздействие (психотерапия) представляет собой целенаправленную профессиональную помощь в изменении и восстановлении нарушенной деятельности организма до здорового состояния психологическими средствами и направлена на устранение личностных и поведенческих расстройств, оптимизацию межличностных отношений пациента, усиление мотивов на участие в МРП, отказ от употребления ПАВ и ресоциализацию.

Выбор и продолжительность психотерапевтических методик и методов психологической поддержки определяется УРП, особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. Обязательным является осуществление хотя бы одного из перечисленных методов психотерапии: когнитивная, бихевиоральная (поведенческая), психодинамическая, гуманистическая, системная, а также - семейная психотерапия. Решение задач реабилитации в наркологии предполагает обязательное использование семейной психотерапии как для диагностики и коррекции семейных проблем, так и для создания внутрисемейной реабилитационной среды. В качестве пациента выступает вся семья, члены которой, благодаря психотерапевтическому воздействию, обучаются дифференцироваться во внутрисемейном общении, родители дополнительно приобретают навыки взаимодействия со своими больными детьми, умения предотвращать и определять «срывы» и рецидивы заболевания.

Социальный блок подразумевает работу с социальной (семейной) системой пациента, в том числе психологическими и психотерапевтическими методами и оказание реабилитационных социальных услуг. Специалист по социальной работе и социальный работник исследуют социальный маршрут лиц, зависимых от ПАВ, включая уровень образования, степень трудовой подготовки, конкретные профессиональные знания, адреса трудовой деятельности, отношение к труду и учебе, продолжительность рабочего стажа, особенности отношений с производственным коллективом и руководством, собирается информация о семейном статусе, качестве интерперсональных отношений с членами семьи. Приобретенная информация позволяет сделать объективный вывод о социальном маршруте, социальной дезадаптации, семейных проблемах и степени деструктивности конкретной семьи. Блок данных может быть использован для коррекции социального маршрута, создания семейной реабилитационной среды психокоррекции интраперсональных отношений, без которой не представляется возможным решать задачи медико-социального восстановления больных.

Реабилитационные социальные услуги лицам с зависимостью от ПАВ – это совокупность психологических, воспитательных, педагогических, психологических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление социального здоровья и способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления ПАВ путем избавления от зависимости от ПАВ, восстановления личности и социального статуса, преобразования и восстановления приверженности здоровому образу жизни, создания для лица, отказавшегося от употребления ПАВ, оптимальной среды жизнедеятельности.

Социальная реабилитация является обязательным компонентом МР.

Мероприятия по социальной реабилитации осуществляются по следующим направлениям, каждое из которых несет самостоятельное значение:

1) Правовые формы помощи пациентам, соблюдение врачебной тайны, оформление согласия на лечение.

2) Проведение экспертизы временной нетрудоспособности: оформление, выплата пособий, обеспечение сохранения рабочего места после выхода на работу.

3) Проведение экспертизы стойкой утраты трудоспособности: оформление III или II группы инвалидности и сохранение или изменение в желательную сторону условий труда, оформление I группы и организация ухода за больными, оформление инвалидности.

4) Защита интересов пациентов, не имеющих инвалидности, на производстве: экспертная оценка ситуации, меры по сохранению прежних условий труда, меры по изменению их в необходимую сторону, урегулирование конфликтов с администрацией.

5) Проведение экспертизы по установлению противопоказаний для осуществления пациентом отдельных видов деятельности: подготовка экспертизы, защита интересов больных при проведении экспертизы и последующем изменении их условий труда, контроль за своевременной отменой противопоказаний для занятий той или иной деятельностью.

6) Защита интересов пациентов в семье: урегулирование семейных конфликтов, улучшение материального положения пациентов, помощь при расторжении брака.

7) Мероприятия по восстановлению у пациентов прежних и формированию новых интересов и увлечений.

8) Работа с терапевтическими сообществами: их организация, установление неформальных связей между пациентами, совместное проведение досуга, культивирование «защитной» идеологии.

9) Взаимодействие с государственными учреждениями и предприятиями, общественными организациями и частными лицами, оказывающими помощь пациентам с зависимостью от ПАВ.

Реабилитационные мероприятия в рамках МР реализуются при взаимодействии:

1) врачей - специалистов по профилю оказываемой медицинской помощи: врача психиатра-нарколога, врача-психиатра, врача-психотерапевта, врача по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта, медицинского психолога, медицинских сестер палатных профильных отделений медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь; медицинских сестер кабинетов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

2) врача-терапевта, врача ультразвуковой диагностики, врача-рентгенолога, врача клинической лабораторной диагностики, врача-невролога, врача-хирурга, врача-гастроэнтеролога, инфекциониста, гинеколога, уролога-андролога, осуществляющих контроль безопасности и эффективности проведения реабилитационных мероприятий (дополнительно по показаниям);

3) специалистов, имеющих высшее немедицинское образование (психологов, психологов-консультантов, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, специалистов по социальной работе, педагогов различного профиля);

4) консультантов-волонтеров (добровольцев) из числа пациентов, отказавшихся от употребления ПАВ, находящихся в ремиссии наркологического заболевания продолжительностью более года и прошедших специализированное обучение для работы

по реабилитации, волонтеров антиалкогольного/антинаркотического общественного движения, пропагандирующих здоровый образ жизни.

Под волонтером понимается любое физическое лицо, достигшее возраста 14 лет, гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин и лицо без гражданства, участвующее лично в добровольческом (волонтерском) труде, то есть добровольной, безвозмездной, общественно полезной деятельности (согласно Проекту Федерального закона о добровольческой (волонтерской) деятельности).

МР осуществляется **мультидисциплинарной бригадой специалистов**, которая состоит из врача психиатра-нарколога, клинического психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе и (или) социального работника. Члены бригады четко представляют границы своих профессиональных обязанностей на каждом этапе медицинской реабилитации и подготавливают почву для постепенного перехода реабилитируемых от медико-психологических мероприятий к преимущественно социальным программам.

Координация МРП: медицинский блок - врач психиатр-нарколог, психологический – психолог, социальный – специалист по социальной работе (социальный работник).

Медицинские показания. На МР пациенты с зависимостью от ПАВ направляются по окончании лечения при наличии медицинских показаний.

Если пациент, поступающий на МР, перед этим он не получил лечение по поводу синдрома зависимости от ПАВ, ему необходимо провести комплекс диагностических исследований в соответствии со Стандартом специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением ПАВ, и клиническими рекомендациями по диагностике и лечению синдрома зависимости.

МР осуществляется независимо от продолжительности заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и в зависимости от УРП при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов МР, при этом если есть противопоказания к одним методам, но нет противопоказаний к другим, это не является противопоказанием для МР, на основании установленного диагноза.

Индивидуальная программа реабилитации пациента с зависимостью от ПАВ – комплекс оптимальных для пациента реабилитационных мероприятий, включающий различные виды, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей пациента к выполнению определенных видов деятельности (обучение, труд). ИПР согласовывается с пациентом, что позволяет усилить ее психотерапевтическое значение и повысить ответственность пациента за ее реализацию. Каждый этап предоставления и вид реабилитационных услуг ориентированы на конкретную реально достижимую цель, отраженную в договоре между потребителем услуг (пациентом) и реабилитационным учреждением, о которой он должен знать и к достижению которой должен стремиться.

На основании клинических и социальных особенностей пациента специалисты реабилитационной бригады формируют конкретные средства и методы МР (то есть используемых подходов, методов и техник медикаментозного / немедикаментозного (психотерапевтического) лечения) для комплексного физического, психологического и социального восстановления пациента с зависимостью от ПАВ.

Реабилитационные мероприятия проводятся по показаниям в следующих помещениях медицинской организации в зависимости от этапа:

- 1 в палате, где находится пациент;
- 2 в кабинетах (залах) психотерапии, медицинской психологии, физиотерапии и других кабинетах специализированного отделения;
- 3 в отделениях (кабинетах) реабилитации, психотерапии, лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, медицинской психологии.

12. Основные лечебные факторы медицинской реабилитационной программы

1. **Добровольность** вступления, участия и выхода из МПР.
2. **Конфиденциальность** участия в МРП.
3. **Партнерская модель взаимоотношения** между персоналом реабилитационного отделения (центра) и пациентом на основе взаимного уважения и понимания. Возникающие проблемы решаются на общем собрании всех пациентов и персонала, что дает возможность пациентам сказать о своих чувствах, попросить и получить поддержку, разрешить конфликты и т.д.
4. **Медикаментозная терапия** проводится по показаниям, пациент информируется об этом, что снижает его опасения перед возможным ухудшением состояния.
5. **Последовательность и преемственность мероприятий ЛРП** при активном вовлечении пациента к обсуждению планируемых мероприятий, что является мощным фактором воздействия.
6. **Групповая психотерапия и групповая динамика**, как формы организации работы, являются важнейшим терапевтическим фактором. Основные направления работы групп: самопознание, самораскрытие, работа с чувствами и их проявлениями, тренинг межличностного общения, овладение навыками отреагирования глубинных эмоциональных переживаний, тренинг поведения в экстремальных ситуациях, групповой анализ самостоятельной работы по заданиям.
7. **Индивидуальные консультации.** Работа на сессиях индивидуальной психотерапии направлена на преодоление неэффективных способов совладания со стрессом и своими переживаниями (отрицания, ухода от проблем, девальвации и т.д.), направлена на осознание личностных проблем, поиск путей их решения. Работа во время сессии дополняется заданиями для самостоятельной работы, индивидуальная программа выздоровления и личностного роста составляется совместно с пациентом. Это работает на укрепление его самоуважения, самоэффективности, повышение самооценки, то есть также становится мощным протективным и лечебным фактором.
8. **Теоретическое обучение** пациента при проведении лекционных занятий о природе, специфике, развитии и последствиях наркологического заболевания, о психологических и личностных особенностях химически зависимого и членов его семьи, о всемирном движении анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов (АА/НА) и многих других вопросах дает знания, необходимые для поддержания трезвости, изменения личности зависимого пациента, преодоления им стрессов, предупреждения возможных рецидивов заболевания.

9. Теоретическое и практическое изучение основ движения и программы АА и НА, как часть программы, проводится в форме группового анализа выполнения индивидуальных заданий, при этом пациент получает возможность в процессе активного курса лечения посещать собрания групп АА/НА, используя эти собрания для поддержания мотивации к изменению, разрешения сложных ситуаций, получения социальной поддержки.

10. Обучение саморегуляции поведения и психического состояния на основе использования различных методов медитации (саморегуляции), освоение которых дает пациенту один из инструментов управления настроением, позволяет владеть навыками релаксации, совладания со стрессом.

11. Приемы рефлексии своего состояния и мониторинга, которыми овладевает пациент, позволяют ему подвести итоги дня (ежедневные процедуры, дающие пациенту возможность самоанализа своих чувств, настроений, поступков, испытанных за день). Однако важнее то, что такие приемы позволяют контролировать свое состояние, осознанно планировать собственные действия по преодолению возникающих проблем и нежелательных аффективных реакций.

12. Работа с семьей пациента, направленная на восстановление и гармонизацию взаимоотношений с близкими, преодоление дисфункциональных паттернов семейных отношений, с целью организации для пациента социальной сети, которая выполняет роль «буфера», смягчает стресс, предотвращает рецидивы заболевания.

13. Послелечебные группы, как фактор лечебного влияния, имеют большое значение, так как в них пациенты расширяют знания и навыки, полученные в процессе прохождения МПР. Такие группы также становятся источником социальной поддержки, новой для пациента социальной сетью, служат одним из инструментов преодоления кризисных ситуаций. Осуществляются послелечебные группы прохождения МР в амбулаторных условиях.

13. Периоды лечебно-реабилитационного процесса и этапы медицинской реабилитации

ЛРП включает несколько периодов: 1. восстановительный (предреабилитационный), 2. медицинская реабилитация; 3. профилактический (постреабилитационный).

1. Восстановительный (предреабилитационный) период ЛРП включает: а) доврачебное консультирование; б) лечение острых и подострых расстройств, вызванных употреблением ПАВ.

Доврачебное консультирование пациентов и их родственников направлено на выяснение наркологического статуса пациента (употребление или воздержание от употребления ПАВ), его мотивирование на вовлечение в ЛРП и отказ от употребления ПАВ, информирование о целях, метода и условиях ЛРП. Осуществляется непосредственно при встрече с пациентом и его родственниками (т.е. очное консультирование) и (или) по телефону.

Основная информация, которую получают пациенты и их родственники на доврачебном этапе:

1) При очном консультировании:

- о видах диагностической, лечебно-реабилитационной и психолого-психотерапевтической помощи, оказываемой в медицинской организации;
- о режиме работы медицинской организации и правилах поведения в реабилитационном отделении (центре);
- об этапах программы МР;
- об особенностях индивидуальной, групповой, семейной психотерапии
- о группах само- и взаимопомощи (АА, НА, Нар-Анон, Ал-Анон, Ал-Атин);
- о последствиях злоупотребления ПАВ и сопутствующих заболеваниях (гепатиты, ВИЧ-инфекция, СПИД, ЗППП и пр.);
- о методах лечения и реабилитации в государственных и негосударственных реабилитационных учреждениях;
- о существующих медицинских реабилитационных центрах и центрах социальной реабилитации и ресоциализации и проводимых ими программах;
- об эффективности лечебно-реабилитационной помощи;
- о возможном заключении договора между негосударственным реабилитационным учреждением и наркологическим больным, а также его родственниками об условиях реализации лечебно-реабилитационной программы.

Кроме того, пациенты и их родственники получают ответы на поставленные вопросы.

2) При информационной консультации по телефону (5-10 минут):

- об объеме услуг, оказываемых медицинской организацией;
- об особенностях лечебно-реабилитационного процесса;
- о реабилитационных программах и мероприятиях;
- о графике работы групп само- и взаимопомощи;
- о семейной психотерапии.

Лечение острых и подострых расстройств, вызванных хронической или острой интоксикацией ПАВ, проводится в государственных и муниципальных медицинских организациях в соответствии со Стандартами специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением ПАВ и клиническими рекомендациями по диагностике и лечению синдрома зависимости.

Активное психотерапевтическое вмешательство начинается с момента поступления пациента в медицинскую организацию, оказывающую лечение в стационарных условиях.

На этом этапе пациент и его семья знакомятся с принципами и задачами программы МР, согласовывают свои интересы и ожидания с возможностями реализуемой в данной медицинской организации программы МР, получают консультацию специалиста. При необходимости проводится серия таких консультаций. В случае недостаточной мотивированности пациента и высокой вероятности того, что он не удержится в

реабилитационной программе, рекомендуется посещение собраний АА или НА, а также повторная консультация через 2-4 недели после первого обращения.

Исполнители: врач-психиатр нарколог, психолог, специалист по социальной работе (социальный работник), консультант-волонтер.

Эффективность оценивается по готовности пациента участвовать в программе МР, что подтверждается подписанием правил и условий пребывания. Дополнительными показателями успешности служат регулярные посещения пациентом собраний групп самопомощи АА и НА.

2. Медицинская реабилитация (программа интенсивной реабилитации) является основным периодом ЛРП. Условно МР разделяют на три последовательных и взаимосвязанных этапа: адаптационный, интеграционный и стабилизационный.

Первый этап МР – адаптационный.

Цель этапа: достижение максимально возможного восстановления физического, психического, социального здоровья пациента, адаптации к условиям реабилитационной среды и режиму работы медицинской организации.

Задачи этапа:

- 1 Осуществление медицинской (фармакотерапевтической, физиотерапевтической и пр.), психологической и психотерапевтической помощи пациенту в соответствии с ИПР.
- 2 Вовлечение пациента в реабилитационную программу и адаптация к ней, знакомство с персоналом и другими пациентами, участвующими в реабилитационной программе.
- 3 Формирование и усиление мотивации на участие в реабилитационной программе.
- 4 Формирование у пациентов понимания мультифакторности причин зависимости от ПАВ, признания негативных медицинских и социальных последствий заболевания.
- 5 Формирование у пациентов понимания значения личной ответственности за реализацию ЛРП и выздоровление.
- 6 Восстановление коммуникативных и поведенческих навыков в социально-сохранной социальной среде (среда, в которой отсутствует злоупотребление ПАВ), улучшение отношений с членами семьи, выполнение своих семейных обязанностей, если пациент проходит амбулаторную реабилитацию.
- 7 Психотерапевтическая работа с родственниками пациентов.

Мероприятия этого этапа имеют преимущественно медико-психологическую направленность и включают:

- консультирование, осмотр и обследование пациентов врачом психиатром-наркологом, медицинским психологом, психотерапевтом, социальным работником;
- проведение психокоррекционных и мотивационных мероприятий на участие в программе;
- комплекс противорецидивных мероприятий (психофармакотерапевтических, психологических, психотерапевтических, физиотерапевтических, социальных);
- психотерапевтическую и психокоррекционную работу с родственниками пациентов.

Поскольку у подавляющего числа пациентов обнаруживаются гепатиты и патология сердечно-сосудистой системы, нередко – туберкулез, в сексуальной сфере характерно нарушение либидо и потенции, обязательными являются консультирование врачом-терапевтом, кардиологом, неврологом и сексологом.

Все терапевтические вмешательства направлены на изменение поведения, мотивации, убеждений, эмоциональных реакций пациента таким образом, чтобы максимально усилить эффективность терапии и способствовать удержанию пациента в программе.

Одной из первых интервенций является подробное описание проблем, приведших пациента в МР. При сборе первичной информации о пациенте психолог структурирует информацию, полученную таким образом, чтобы пациент имел возможность осознать в полном объеме, какие расстройства имеют место во всех сферах его жизни. Первичная информация затрагивает не только вопросы медицинского или сугубо психологического характера, но и проблемы, связанные с нарушением закона, финансовые, трудоустройства. Часто состояние пациента в первый день не позволяет закончить описание, тогда работа продолжается в последующие дни.

На этом этапе работа психолога с наркологическим больным начинается со стремления вызвать у пациента доверие и желание участвовать в программе медико-социальной реабилитации. В ситуации консультирования и психокоррекции психолог должен быть, прежде всего, сопереживающим человеком.

Установление раппорта требует от психолога умения говорить на языке пациента, с использованием привычных для него слов, выражений, понятий. Естественно, не следует идти на поводу у больного и переходить грани нормативной лексики, но стоит помнить, что речь является обычным каналом эмпатии и два индивида, которым удалось достичь определенной степени отождествления, автоматически начинают пользоваться общей речевой моделью. Эмпатия — глубокое состояние отождествления двух людей, при котором один человек настолько проникается чувствами другого, что его собственная идентичность на какое-то время исчезает. В этом состоянии проявляются понимание, влияние и другие значимые аспекты человеческих отношений. Устанавливая раппорт с пациентом, медицинский психолог подготавливает основу для дальнейшего эффективного консультирования и достижения цели. Основными формами психологической защиты у больных наркоманией являются отрицание, регрессия и компенсация. При этом необходимо отметить, что, по сравнению со здоровыми людьми, у зависимых от ПАВ способность к скрытому манипулированию окружающими для получения собственной выгоды выше. Это подтверждается тем, что в некоторых жизненных ситуациях, связанных с потреблением ПАВ, больные ведут себя вполне «адекватно», проявляя при этом повышенную энергию и целенаправленность. Однако адекватность эта носит узконаправленный (только на потребление ПАВ) и непродолжительный по времени, волнообразный характер. Психологу, работающему с зависимыми от ПАВ, следует попытаться перенаправить их энергию и мысли в русло заботы о своей семье и собственном здоровье, т.е. в направлении «от» наркотика.

Координатор – врач психиатр-нарколог.

Модель пациента. На адаптационном этапе МР у пациентов отсутствуют острые проявления абстинентного и постабстинентного синдромов, они не употребляют ПАВ, приспосабливаются к жизни в реабилитационной среде без употребления ПАВ и начинают учиться чувствовать себя комфортно в условиях воздержания от приема ПАВ. Настроение

остается неустойчивым, нередко присутствует повышенная раздражительность, конфликтность, плаксивость (чаще у женщин). Сохраняется конфронтация между «я-здоровый» и «я-больной», т.е. значительное количество пациентов, особенно со средним и низким УРП, зачастую не уверены в своевременности и правильности сделанного выбора, возникает тоскливые воспоминания по ушедшим «сладким» ощущениям и связанной с ними беззаботной жизнью. Поведение во многом напоминает период употребления ПАВ: остаются лень, склонность к инсинуациям и нечестности, низкий уровень самообслуживания, неохотное выполнение семейных обязанностей, пропускаются занятия по месту учебы или сама работа, отношение к труду безразличное, халатное и пр. Характерны также быстрая утомляемость, некоторое снижение памяти, концентрации внимания, трудоспособности и пр.

Вместе с тем происходит постепенное восстановление положительных личностных и социальных качеств. Процесс адаптации и ресоциализации начинается с появления признаков нормативного морально-этического поведения: больные стараются соблюдать личную санитарную гигиену, становятся приветливыми, спрашивают разрешение, стремятся говорить правду, вникают в проблемы семьи и частично участвуют в решении бытовых проблем, проявляют интерес к реабилитационной программе и состоянию своего здоровья, охотно беседуют с членами наркологической бригады. В психотерапевтических группах они подробно рассказывают о своих успехах в учебе и работе, об улучшении эмоционального состояния, о появлении интереса к искусству, спорту и пр., что указывает на определенное восстановление системы ценностей и улучшение поведенческих функций.

Продолжительность адаптационного этапа МР: от 2 недель для пациентов с высоким УРП до 4 недель для пациентов с низким и средним УРП.

Второй этап МР – интеграционный.

Цель – вовлечение пациента к активному участию в реабилитационных мероприятиях, стабилизация психофизического состояния пациента, формирование нормативных личностных и социальных качеств, восстановление семейных отношений.

На данном этапе осуществляется постепенный переход от процесса информирования пациента с целью добиться достаточно глубокого понимания проблемы к процессу обучения (научения) способам и приемам решения проблем, умению противостоять болезни и стрессовым ситуациям, ведущим к рецидивам заболевания.

Задачи:

- 1 Интеграция пациентов в режим работы реабилитационного отделения (центра).
- 2 Формирование и закрепление устойчивой группы пациентов, объединённых общим кругом интересов и оказывающих положительное влияние друг на друга.
- 3 Усиление мотивации на пролонгированное участие пациентов в реабилитационном процессе.
- 4 Планирование вместе с больными учебы, работы, досуга.
- 5 Восстановление эмоционально-когнитивного функционирования пациентов.

- 6 Формирование целенаправленной деятельности и ответственности за свое поведение.
- 7 Повышение нормативных уровней притязаний и социальных интересов.
- 8 Формирование реальной жизненной перспективы.
- 9 Обучение навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать наркотикам «нет».
- 10 Обучение умению определить предвестники обострения влечения к алкоголю или наркотикам и преодолевать срывы заболевания.
- 11 Мотивирование на постоянное сотрудничество с членами реабилитационной бригады.
- 12 Восстановление семейных отношений.
- 13 Создание реабилитационной среды в семьях пациентов.
- 14 Психотерапевтическая работа с родственниками и терапия созависимости.
- 15 Привлечение родственников пациентов к участию в работе групп само- и взаимопомощи (Нар-Анон и др.).
- 16 Контроль и оценка эффективности проведенной работы.

На этом этапе формируются устойчивые группы пациентов, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, увлеченных учебой, стремящихся приобрести профессию, любящих спорт, искусство, животных и прочее.

С целью изменения и коррекции внутренней картины болезни проводится работа по преодолению наркологической неграмотности – расширяются знания о биологических эффектах ПАВ и медицинских и социальных последствиях их потребления, о принципах лечения синдрома зависимости от ПАВ, формируется критика к состоянию, преодолевается анозогнозия.

Основным средством лечебно-реабилитационного воздействия на данном этапе являются психотерапевтические сессии в малых группах пациентов (до 10 человек). Групповая психотерапия считается одним из лучших методов воздействия на пациентов с зависимостью от ПАВ, поскольку в групповом взаимодействии у них лучше происходит формирование адекватного самосознания и формирование нового образа «Я», разрушаются психологические защиты, создается и укрепляется установка на трезвость. В психотерапевтических группах пациентам внушается необходимость лечения, индуцируются установки на отказ от употребления ПАВ. Психотерапевтические группы организуются по принципу общих интересов. Положительное влияние имеет включение в группу в качестве наставника 1-2 больных с более длительным пребыванием в программе МР.

Основным методом психотерапевтического воздействия является когнитивно-бихевиоральная психотерапия, целью которой является реорганизация хаотичной когнитивной структуры пациента с наполнением ее адекватными образцами когнитивного функционирования. Важным условием профилактики будущих рецидивов является преодоление свойственной пациентам с зависимостью от ПАВ алекситимия, формирование способности идентифицировать и вербализовать свои чувства. Наиболее эффективным приемом научения самопонимания и саморегуляции является ведение личного дневника, где пациент отражает свои ежедневные переживания.

Одновременно используется поведенческая психотерапия, которая опосредуется через все жизненно важные ситуации: общение, труд, собственное здоровье, семья, питание и т.д. Через приобщение к устойчивому режиму физических и умственных нагрузок моделируется новая система жизненного распорядка. Развивается личная ответственность за результаты своего поведения, способность анализировать и исправлять свои ошибки. Формируется адекватное представление о себе и о других людях, заинтересованность и равнодушие к окружающим, психологическая наблюдательность. Преодолеваются асоциальные тенденции, гедонизм, эгоизм. Вырабатывается более активная социальная позиция. Для этого используется расширение ролевого репертуара как метод психотерапии и средство реабилитации и уменьшается доля индивидуальной директивной когнитивно-поведенческой психотерапии, при неадекватном применении которой увеличивается риск внушения послушности, зависимости от врача и реабилитационного сообщества, несамостоятельности, сознательного и бессознательного сопротивления лечению.

Учитывая склонность пациентов с зависимостью от ПАВ к регрессивному поведению, необходимо стимулировать возникновение среди участников программы групп само- и взаимопомощи, что создает у них чувство защищенности и укрепляет в позитивных намерениях. Желательным является участие в работе внешних групп взаимопомощи (например, АН). Если мероприятия данного этапа проводятся в стационарных условиях, пациенты должны регулярно вывозиться для участия в работе этих сообществ, при работе в амбулаторных условиях - пациенты направляются для участия в работе этих сообществ.

Для повышения социальной активности и большей вовлеченности пациентов в программу МР внедряется система самоуправления. Пациенты или выбранные на временной или постоянной основе их представители (старостат) привлекаются к разрешению дисциплинарных конфликтов, оценки поведения каждого пациента (в баллах) и хода его МР, возможности применения мер дисциплинарного воздействия, представлении лечебного отпуска, организации коллективных мероприятий и т.д. Система выбранных представителей обеспечивает обратную связь между персоналом реабилитационного отделения (центра) и пациентами.

Помимо работы с пациентами проводится психотерапевтическая работа с их родственниками и терапия созависимости. Семейная психотерапия играет принципиальную роль в создании психотерапевтической среды, поскольку влияние семьи и родственников на эффективность проводимых в рамках МР мероприятий велико. На всех этапах МР родственники пациента активно вовлекаются в совместную психотерапевтическую работу, в задачи которой входит сформировать у них чувство коллективной ответственности за развитие зависимости от ПАВ, понимание зависимого поведения пациента как одной из составляющих системы семейных отношений, семейную установку на воздержание от употребления ПАВ и конструкты поведения без употребления ПАВ, настроить их на поиск конструктивных способов решения проблемы.

Координаторы этапа – врач психиатр-нарколог и/или психолог.

Модель пациента. У большинства пациентов (75%) отмечается динамика клинических изменений в лучшую сторону, физическое и психическое состояние вполне удовлетворительное. Восстанавливается сон, аппетит, основные поведенческие функции, появляется критика к своему заболеванию и социальному статусу. Пациенты не испытывают непреодолимого влечения к ПАВ, хотя и сохраняются воспоминания об их

действии и у них периодически возникают сновидения наркотического содержания. Характерно, что на этом этапе реабилитации значительное количество пациентов с высоким УРП (31%) отзываются о ПАВ негативно. У пациентов со средним и низким УРП критичного отношения к ПАВ пока не сформировано. У многих из них остаются признаки психической зависимости от ПАВ. Процесс нивелирование признаков психической зависимости включает несколько последовательных состояний: увлечение (страсть, «любовь») - охлаждение - неприязнь (порой ненависть) - безразличие с оттенком сожаления или без него о трудных годах болезненной зависимости и её последствиях.

По результатам интеграционного этапа реабилитации у большинства пациентов восстанавливаются доброжелательные отношения с членами семьи и друзьями, не употребляющими ПАВ. Они учатся находиться в равных и доброжелательных отношениях с людьми, не имеющих проблем с ПАВ. Меняется стереотип коммуникабельности. Пациенты с высоким УРП, как правило, дорожат этим статусом и чувствуют себя достаточно уверенно. У пациентов со средним и низким УРП на данном этапе часто еще не сформирована уверенность в успешности ЛРП, они допускают возможность срыва, периодически испытывают чувство тревоги и страха перед возможным срывом. Психическое состояние пациентов остаётся неустойчивым, вероятность срывов и рецидивов заболевания хотя и меньше, чем на предшествующем этапе, но все же очень высокая. Примерно у 12% пациентов с высоким УРП, у 43% со средним УРП и 70% с низким УРП отмечаются различной степени выраженности обострения патологического влечения к ПАВ, астенические, аффективные (в виде неглубоких депрессий и дистимий), поведенческие и интеллектуально-мнестические расстройства. Нередко у пациентов (7% пациентов с высоким УРП и 20% больных со средним и низким УРП) наблюдается истощение индивидуальных адаптационных возможностей и они перестают справляться с поставленными программой задачами, например, систематически посещать лекции и практические занятия в учебном заведении, ликвидировать имеющуюся академическую задолженность, вовремя сдать экзамен или зачет, справиться с работой или постоянно находиться в трудовом режиме – рано вставать, идти на работу, вовремя возвращаться в семью, отходить ко сну и пр. В результате первыми начинают «ломаться» наименее устойчивые морально-этические личностные структуры: оживляется безответственное отношение к своим обязательствам, возвращаются лживость, неряшливость, цинизм, неуважение к другим больным и здоровым людям, неверие в свои силы и в выздоровление. Появляются эмоциональные и соматические расстройства.

Продолжительность этого этапа для пациентов с высоким УРП – 1-1,5 месяца, для больных со средним и низким УРП – 2-3 месяца.

Третий этап МР – стабилизационный.

Цель – постепенный переход на более самостоятельное функционирование в открытой среде на основании приобретенной личностной устойчивости и зрелости, позволяющим функционировать в обществе без употребления ПАВ.

Задачи:

- 1 Совершенствование и стабилизация навыков и знаний, полученных на интеграционном этапе.

- 2 Коррекция приобретенных в результате заболевания зависимостью от ПАВ личностных особенностей.
- 3 Закрепление способностей к обучению (специальному и социальному), самовыражению и самореализации.
- 4 Обучение приемам эффективной коммуникации и выхода из конфликтных ситуаций.
- 5 Возвращение (формирование) утраченной системы ценностных норм и ценностной ориентации.
- 6 Полная нормализация семейных отношений и коммуникативных навыков.

Акцент переносится на психосоциальный аспект МРП, преследующей достижение основной цели – восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных и социальных качеств пациента, возвращение его в семью и общество.

С целью коррекции внутриличностных и психосоциальных проблем пациента, с учетом клинического полиморфизма и типологического многообразия зависимой личности психотерапевтическая работа становится более индивидуальной и дифференцированной. Основным методом лечебного психотерапевтического воздействия является краткосрочная личностно-ориентированная терапия, которая направлена на вскрытие ранних личностных конфликтов и уязвимых свойств личности, на выявление патологических поведенческих паттернов, а также на коррекцию зависимых качеств личности. Она может проводиться в рамках как индивидуальной так и групповой психотерапии. Групповые формы работы являются предпочтительными, поскольку в группах за счет сети переносов личностных конфликтов на соучастников работы травматизация протекает более мягко, создаются условия для параллельного анализа объектных отношений и возможность более детального анализа собственных социальных связей, на примере других больных моделируются собственные личностные и межличностные конфликты, в том числе и связанные с формированием зависимого поведения. Для расширения сети переносов и более объективного воссоздания собственных проблем желательно включение в работу ко-терапевта другого пола.

Одновременно активно организуется психосоциальная работа, целью которой является восстановление, коррекция или формирование нормативных личностных и социальных качеств больных, восстановление или гармонизация семейных отношений. Для этого увеличивается объем физической и интеллектуальной занятости пациентов, стимулируется их профессиональная ориентация, проводятся тренинги социальных навыков в условиях режима трезвости, пациенты активно участвуют в работе групп и сообществ само- и взаимопомощи в сообществах анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА). При необходимости проводятся терапевтические мероприятия, направленные на лечение существующих у пациента заболеваний.

Темы индивидуального и группового консультирования:

1. Концепция лечения и соответствующие симптомы при химической зависимости.
2. Люди, места, вещи, вызывающие у пациента желание употреблять ПАВ.
3. Структура личного времени.
4. Влечение к употреблению.
5. Ситуации повышенного риска.
6. Социальный прессинг к употреблению.

7. Острые симптомы, возникающие после отказа от употребления привычного наркотика, способы их преодоления.
8. Употребление других наркотических веществ (алкоголя, лекарств, не прописанных врачом и др.).
9. Участие в группах АА, НА и в других группах само- и взаимопомощи.

Кроме того, групповое консультирование включает пошаговую работу по программе «12 шагов». Тема для обсуждения на каждой сессии может быть задана либо психотерапевтом или психологом, либо быть выбрана согласно индивидуальным потребностям пациента на данном этапе МР. Однако при проведении консультирования должны быть рассмотрены все указанные темы.

Образовательная программа охватывает следующие области:

- информационные занятия по концепции болезни и выздоровления;
- семейное образование;
- философия духовности;
- антистрессовая программа;
- профилактика инфекционных заболеваний (гепатит, ВИЧ и т. д.).

Целью проведения образовательных программ является изменение у пациента отношения к употреблению ПАВ и формирование представления о медицинских и социальных последствиях употребления ПАВ.

Основные темы информационных занятий по концепции болезни и выздоровления:

- Наркомания, алкоголизм – болезнь.
- Природа зависимости.
- Поведенческие признаки зависимости.
- Медицинские симптомы зависимости.
- Формы психологической защиты у зависимых.
- Психология поведения зависимых людей.
- Нейробиологическая теория зависимости.
- - Программа выздоровления АА и НА.
- Негативные личностные характеристики и их проявления при зависимости.
- Рецидивы (срывы) и стратегии их профилактики.
- Психологические факторы формирования зависимости.
- Стыд и вина.

Семейное образование (основные темы):

- Алкоголизм и наркомания – болезнь семейная.
- Дисфункциональные семьи. Что это?
- озависимость: признаки и симптомы.

Философия духовности:

Цель проведения занятий по философии духовности – формирование у пациента духовных ценностей и потребностей, а также чувства сопричастности к силе, большей, чем его собственная, что поможет ему развить стиль жизни, свободный от наркотиков.

Темы:

- Понятие духовности.
- Три основных компонента выздоровления: честность, открытость, готовность стараться.
- Духовные потребности и ценности.
- Концепция Высшей силы в процессе выздоровления.

Антистрессовая программа:

Цель проведения антистрессовой программы – научить пациентов справляться с напряженными жизненными ситуациями, познакомить с техниками саморегуляции без употребления ПАВ.

Занятия по профилактике инфекционных заболеваний:

Целью этих занятий является информирование пациентов об инфекционных заболеваниях, сопутствующих употреблению ПАВ, и методам профилактики, формирование у пациентов ответственности за их здоровье и здоровье других людей.

Важная вспомогательная роль отводится трудотерапии (трудовые мастерские, дежурство на кухне, помощь персоналу в уборке отделения), которая должна иметь гуманистическую направленность (например, участие в различных формах благотворительной деятельности) и учитывать креативные данные пациентов (оформление отделения, составление санбюллетеней, помощь врачу при проведении лекционных занятий). Для формирования сознательного позитивного самотворчества и повышения самоуважения личности, для режимной организации психотерапевтической среды используется гуманистическая и духовно-ориентированная психотерапия. Наряду с психо-социальными реабилитационными мероприятиями на данном этапе продолжается лечение резидуальных психических и сомато-неврологических расстройств.

Таким образом, стабилизационный этап включает:

- стимулирование или выбор профессиональной ориентации, увеличение объема физического и интеллектуального труда,
- вовлечение пациентов в работу групп само- и взаимопомощи;
- подготовку к выписке из реабилитационного учреждения и функционированию в открытой социальной среде.

Координаторы этапа – психолог и/или специалист по социальной работе.

Продолжительность стабилизационного этапа МР определяется УРП пациента и бывает различной:

- для пациентов с высоким УРП – 3-4 месяца
- для пациентов со средним УРП – 8 – 10 месяцев;
- для пациентов с низким УРП – 20-22 месяца.

По продолжительности выделяют три варианта программы МР, что в свою очередь зависит от продолжительности стабилизационного этапа программы МР:

- 3-4 месяца при 6-месячной программе МР;
- 8-10 месяцев – при одногодичной программе МР;
- 20-21 месяц – при двухгодичной программе МР.

Эффективность мероприятий реабилитационного периода МР оценивается по готовности пациента воздерживаться от приема ПАВ и продолжать участие в дальнейшей программе МР, по степени вовлеченности в процесс МР, по изменениям, происходящим с личностью пациента (мышление, эмоциональное реагирование, поведение, физическое здоровье).

3. Постреабилитационный (профилактический) период ЛРП (программы поддерживающей МР).

Цель – достижение полной и стабильной социальной интеграции, при условии физического и психического благополучия и воздержания от употребления ПАВ.

Задачи:

- Профилактика рецидивов заболевания, организация социальной и психологической поддержки пациента и членов его семьи.
- Поддержание физического и психического благополучия.
- Нормативность поведения.
- Личностная и социальная ответственность.
- Эффективное функциональное взаимодействие с окружающей средой и реабилитационным учреждением.
- Коррекция самооценки и восприятия личностного успеха или неудач
- Социальная востребованность.
- Самоконтроль постреабилитационных мероприятий, посещение групп само- и взаимопомощи (НА, АА).

В этот период пациент находится в режиме МР в амбулаторных условиях, которая предусматривает участие пациента в групповой терапии, ведение дневника эмоциональных состояний, работу по шагам, посещение собраний АА или НА и работу со спонсором по программе «12 шагов».

Пациенту обеспечена возможность получать поддержку персонала и сообщества АА и/или НА, консультироваться в отношении последствий своего поведения и эмоциональных реакций, развивать иные по сравнению с прошлыми социальные связи. Важной составляющей частью данного этапа является активное (ежедневное) посещение собраний АА или НА и работа с куратором. К моменту окончания этапа пациент должен подготовить совместно с психологом развернутый план поддерживающей терапии и дальнейшей работы с выявленными в процессе лечения психологическими проблемами.

Модель пациента. Пациент постепенно входит в семейную и социальную среду. С помощью сотрудников и членов терапевтического сообщества он овладевает новыми для себя либо забытыми приемами межличностного общения, эмоционального реагирования, навыками решения возможных конфликтов, осваивает модели трезвого поведения,

устанавливает новые социальные связи, которые не связаны с употреблением ПАВ.

Координатором этого периода может быть психолог или специалист по социальной работе. По показаниям врач психиатр-нарколог оказывает консультативную, диагностическую и лечебную помощь.

Все этапы и периоды МР целесообразно реализовывать последовательно, что позволяет обеспечить преемственность и высокую эффективность каждого из этапов медицинской реабилитации. Конкретные сроки реализации программы МР определяются УРП пациента и достигнутыми результатами в рамках каждого последовательного этапа МР.

После завершения каждого периода и этапа МР члены реабилитационной бригады и представители старостата пациентов оценивают состояние пациента и коллегиально выносят решение либо о его переводе на последующий этап или период МР, либо решение о продолжении мероприятий текущего этапа или периода МР.

Совместная оценка результативности ЛРП членами наркологической бригады и старостатом имеет для пациентов большую достоверность и объективность, обычно не вызывает со стороны пациентов принципиальных возражений и обладает значительным воспитательным потенциалом. Формализация оценок может быть произведена в бальной системе и в индивидуальной карте пациента заносятся соответствующие баллы по всем пунктам, отражающим полноту и качество участия в программе МР.

По окончании каждого этапа МР и при решении вопроса о переводе пациента на последующий этап МР члены наркологической бригады проводят аттестацию (оценку) результатов работы (достижений пациента) по следующим направлениям: этика поведения в реабилитационном отделении (центре), самообслуживание, отношение к труду, приобретение и совершенствование профессиональных навыков, отношения к семье, коммуникативные навыки, особенности межличностных отношений, критика к своему заболеванию, восприятие своего будущего и реальность планов на будущее и т.д. В результате коллегиально выносится решение о переводе пациента на последующий этап МР или оставляют пациента на прежнем этапе. Решение о переводе на следующий этап МР сообщается пациенту в официальной обстановке с обязательным соблюдением такой формальности как написание пациентом заявления на имя заведующего отделением (центра).

Если пациент по результатам проведенной аттестации не переводится на следующий этап МР, в индивидуальный план реабилитационной работы с ним вносятся необходимые изменения и дополнения. Продленный этап МР также завершается повторной лечебно-реабилитационной аттестацией.

К окончанию третьего (стабилизационного) этапа перед выпиской из реабилитационного отделения (центра) проводится обследование пациента и его итоговая аттестация, которая включает анализ данных соматического и психического состояния пациента, письменное тестирование (экзамен) и собеседование.

Аттестация проводится: а) членами реабилитационной бригады; б) членами психотерапевтических групп, учебного класса, производственного коллектива в которых находился больной.

Аттестационный экзамен включает письменные ответы на вопросы и компьютерное тестирование, к основным темам этого «испытания» относятся: понимание зависимости как болезни (медицинские, психологические, социальные признаки); последствия

зависимого поведения; признаки обострения заболевания; навыки профилактики рецидивов и кризисных ситуаций; роль труда и учебы в выздоровлении; самооценка; критика к своему заболеванию; определение таких понятий, как: эмоции, воля, дружба, ответственность, совесть, долг, правдивость, трудолюбие, цель, карьера, семья, духовность и др.

Устное собеседование проводится в дружеской форме. Подготовленный к выписке пациент отвечает на вопросы других пациентов и членов реабилитационной бригады. Обязательно необходимо рассказать о себе, о своем заболевании, динамике выздоровления, собственных позитивных достижениях, о взаимоотношениях с семьей, о конкретных планах после выписки из реабилитационного учреждения. Итоговая аттестация завершается (желательно в присутствии родственников) добрыми напутствиями и вручением пациенту памятного подарка в виде своеобразного «свидетельства» о завершении реабилитационной программы.

Каждый последовательный период и этап МР предполагает организацию ряда структурных подразделений для дифференцированного решения задач, а также обеспечения последовательности и преемственности работы, в которых реализуются конкретные программы по профилактике, лечению и реабилитации.

Оптимальный алгоритм движения пациентов в процессе осуществления последовательных этапов ЛРП:

- 1) Лечение психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ; отделение неотложной наркологической помощи или наркологическое отделение наркологической больницы (диспансера).
- 2) МР в стационарных условиях: отделение медико-социальной реабилитации наркологической больницы (диспансера) или реабилитационный наркологический центр.
- 3) МР в амбулаторных условиях: отделение медико-социальной реабилитации (дневной наркологический стационар или наркологическое отделение наркологического диспансера (больницы)).
- 4) Диспансерное наблюдение участкового врача психиатра-нарколога.

Порядок организации ЛРП организуется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. « 929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология».

14. Работа медицинского психолога на последовательных этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Работа медицинского психолога на адаптационном этапе предусматривает решение следующих задач:

1. Установление и закрепление доверительных отношений с пациентом.
2. Активизация внимания пациента к происходящему в настоящем.
3. Проведение мотивационного консультирования и укрепление мотивации к участию в ЛРП.
4. Работа над психологическим осознанием пациентом перспектив лечения и своих личностных возможностей.
5. Обеспечение занятости, проведение коррекции алекситимии, расширение спектра чувственного восприятия.
6. Установление синдрома-комплекса психологических нарушений (СКПН) и клинико-психологического функционального диагноза (КПФД). КПФД — это многофакторный психологический диагноз, установленный путем получения информации о больном с помощью психологического обследования, бесед с родственниками пациента, со ЗДЛ, с персоналом клиники, в которой он находился (в случае повторного обращения) или находится в данный момент, наблюдений психолога в ходе многократных консультаций и т. д. Психолог помогает составить объективную картину о личностных психологических нарушениях (когнитивная, эмоциональная, поведенческая сферы), выявить проблемы и их причины, способствующие формированию зависимости, оценить дисфункциональную ситуацию в семье, обусловленную болезнью, а также найти пути адаптации и ресоциализации пациентов.
7. Составление индивидуального плана психокоррекционной работы.
8. Помощь пациенту в осознании сути своего заболевания.
9. Помощь пациенту в прояснении и формировании личных и значимых для него целей и задач реабилитации.
10. Развитие самодисциплины (силы воли).

Работа медицинского психолога на интеграционном этапе реабилитационного периода включает следующие задачи:

1. Повторное определение СКПН (в особенности аффективная, поведенческая, мотивационная, морально-этическая сферы).
2. Внесение корректив, в зависимости от динамики результатов КПФД. Создание индивидуального плана психокоррекционной работы (индивидуальной и групповой), включающего количество психотерапевтических сессий, их продолжительность и частоту.
3. Внесение корректив в график психокоррекционной работы, который выдается больному.
4. Проведение психокоррекционной работы по укреплению мотивации к лечению, участию в реабилитационной программе и отказу от ПАВ.

В процессе улучшения физического, психического и психологического состояния продолжается работа над усилением существующих и созданием новых мотивов к участию в ЛРП.

5. Формирование эффективного копинг-поведения, развитие навыков самоэффективности, самоконтроля, самоуважения и самооценности.

В области жизненной философии когнитивные факторы претерпевают существенные изменения: от отчуждения – к осознанию обязательств и привязанностей; от наказания – к совестливости; от стремления немедленно редуцировать напряжение и реализовать его в непосредственном поведении – к регулированию самооценки, самоконтролю, самоэффективности, самокомпетентности и самоуважению; от не критического принятия системы отношений и ценностей, убеждений и целей – к устойчивой и постоянной собственной позиции.

На основании анализа когнитивных факторов, участвующих в процессах психосоциальной адаптации личности, разработана концепция модели копинг-поведения.

6. Выявление и преодоление социофобии.

У наркологических больных, особенно у лиц, зависимых от наркотиков, часто диагностируется «социофобический синдром». В его структуре преобладают:

- a страх подвергнуться критике, осуждению, наблюдению, контролю;
- b психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда могут вскрыться сами факты употребления ими наркотиков/алкоголя и негативные стороны наркотизации;
- c тревога, чувство краха и бессилия перед развивающейся реальностью, в которой они чувствуют себя как бы застывшими в развитии.

При социофобии нарушается самообладание, помогающее больному управлять собственным поведением, сохранять способность к выполнению деятельности в самых неблагоприятных условиях. Основное содержание этого свойства составляет работа двух психологических механизмов – самоконтроля и коррекции.

С помощью самоконтроля субъект следит за эмоциональным состоянием, выявляя возможные отклонения (по сравнению с фоновым, обычным состоянием) в характере его протекания. С этой целью он задаёт себе контрольные вопросы: «Не выгляжу ли я сейчас взволнованным?», «Не выгляжу ли я глупо?», «Не говорю ли я излишне тихо или, наоборот, громко, слишком быстро, сбивчиво?» и т.п.

Если самоконтроль фиксирует факт рассогласования, то этот результат является толчком к запуску механизма коррекции, направленного на подавление, сдерживание эмоционального «взрыва», на возвращение нормального реагирования в нормативное русло.

При социофобии же больной находится во власти сомнений.

7. Продолжение психокоррекционной работы с родственниками больных и ЗДЛ. Вовлечение их в программу для созависимых.

Работа медицинского психолога на стабилизационном этапе реабилитационного периода включает решение следующие задачи:

1. Повторное установление синдрома-комплекса психологических нарушений (СКПН) и определение клиничко-психологическая функциональная диагностика (КПФД).

Решение этой задачи не может ограничиваться одним этапом; работа над ней переходит из одного этапа в другой в связи с особенностями динамики заболевания и психологического состояния. Это касается когнитивной, эмоциональной, волевой сфер и мотивации. Кроме методик диагностики, используемых на предшествующих этапах, дополнительно следует применять методики, определяющие динамику восстановления

больного и его статус.

2. Внесение корректив в индивидуальный план психокоррекционной работы (индивидуальной и групповой), включающий количество психотерапевтических сессий, их продолжительность и частоту.

В тех случаях, когда определяется положительная динамика заболевания, составляется новый план психокоррекционной работы с использованием технологий «личностного роста». В график психокоррекционной работы вносятся изменения, и он выдается больному.

3. Проведение психокоррекционной работы по укреплению мотивации к лечению, участию в реабилитационной программе и отказу от ПАВ.

Решение этой задачи направлено на усиление существующих и созданию новых мотивов для участия в ЛРП.

4. Усиление сформированного эффективного копинг-поведения, навыков самоэффективности, самоконтроля, самоуважения и самооценности.

Здесь очень полезным является участие больных в 12-шаговой программе и выполнение ими индивидуальной работы с дневником по данной программе.

5. Тренинговое обучение навыкам психосоциальной адаптации в обществе.
6. Развитие социального и асоциального интеллекта, формирование позитивной «Я-концепции» и коррекция «макиавеллианского интеллекта».

7. Преодоление социофобии.

8. Оценка, прогнозирование и коррекция индивидуальной психологической динамики и реабилитационного потенциала пациента.

9. Продолжение психокоррекционной работы с родственниками больных и ЗДЛ.

Проработка мотивов с применением метода символдрамы (техники кататимно-имагинативной психотерапии):

- встреча с особо значимым лицом (мать, отец, братья и сестры, кумир, наставник и т. д.) в реальном или символическом облачении (в образе животного, дерева и т. п.).
- представление реальной ситуации дома;
- откровенный разговор с членом семьи.

10. Профилактика срывов и рецидивов заболевания.

В представленной модели предлагается точка зрения на суть рецидива как на ошибку, которую пациенту необходимо правильно воспринимать, осознавать и использовать как опыт в дальнейшем исцелении от зависимости. Важнейшей основой данной модели является не только профилактика срыва и рецидива, пока он не произошел, но и работа с пациентом по формированию навыков успешной психосоциальной адаптации.

Особое место уделено самоэффективности, которая развивается на протяжении всего времени абстиненции, и ситуациям высокого риска срыва, а также формированию и эффективному использованию навыков успешной психосоциальной адаптации (включающих развитие навыков эффективного взаимодействия с социальным окружением, развитие эмпатии, формирование позитивной «Я-концепции» и коммуникативных навыков) для преодоления ситуаций риска. Если пациент не способен использовать эффективное копинг-поведение при столкновении с ситуациями риска, то результатом будет снижение ощущения самоэффективности в процессе преодоления болезни и использование наркотика в качестве деструктивного копинг-механизма избегания

проблемы. Если результаты работы по преодолению зависимости оцениваются пациентом как эффективные, наркотики будут использованы с меньшей вероятностью.

В соответствии с когнитивно-поведенческой моделью процесс рецидива происходит следующим образом. На ситуацию высокого риска срыва индивид может давать эффективный копинг-ответ, направленный на преодоление своего влечения. В результате у него повышается ощущение самоэффективности и уменьшается риск срыва. Если индивид не дает эффективного копинг-ответа, у него уменьшается ощущение самоэффективности в преодолении болезни и усиливаются позитивные ожидания от приема наркотика. Он употребляет наркотик, затем следует эффект абстиненции и интрапсихический конфликт, вызванный когнитивным диссонансом между желаемым отношением к себе и восприятием себя как потерявшего контроль. Вследствие этого проблемы рецидива нарастают.

Для профилактики рецидивов проводится необходимая работа, как-то: повышение уровня знаний о ситуациях высокого риска (тренинг навыков преодоления ситуаций высокого риска); повышение самокомпетентности и умения понимать и контролировать процессы, связанные с изменениями в сфере своего «Я» в ситуациях высокого риска; работа по развитию умений осознавать собственные чувства и эмоциональное состояние, умений открыто выражать собственные чувства; работа с самоидентификацией себя как человека, эффективно преодолевающего зависимость; тренинг когнитивной оценки проблемных стрессовых ситуаций и ситуаций высокого риска и т.д.

В случае состоявшегося срыва и развивающегося рецидива используется медицинская программа снятия абстиненции и когнитивной реконструкции понимания процесса рецидива и поиска когнитивных, аффективных и поведенческих ресурсов по его преодолению.

Конкретные психотехнологии профилактики рецидива базируются на понимании того, что у пациента необходимо развивать:

- **умение обсуждать позитивный опыт** успешного преодоления ситуаций риска срыва и рецидива и проводить анализ и оценку ситуаций высокого риска срыва и рецидива;

- **способность к самонаблюдению** как инструменту самоконтроля для усиления уровня осознания различных ситуаций;

- **умение анализировать** конкретные ситуации риска в качестве домашней работы — таким образом происходит обучение конкретным формам копинг-поведения (важно составить индивидуальный список конкретных ситуаций риска в иерархической последовательности от менее рискованных к более рискованным и оценить выраженность риска для себя в балльной системе);

- **навыки проработки вариантов преодоления ситуаций риска** в последовательности от менее до более рискованных, вплоть до максимально трудных ситуаций; необходимо, чтобы пациент осознавал свою реальную готовность к их преодолению и ее степень, чувствовал себя эффективным — таким образом, будет формироваться самоэффективность в преодолении риска рецидива;

- **навыки по разработке вариантов использования альтернативных наркотизации копинг-стратегий** (форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации или его избеганию);

- **умение адекватно оценивать и анализировать себя**, свои мысли, эмоции и действия и понимать, что повышение самоэффективности — это результат успешно усвоенных и развитых навыков преодоления стрессовых и рискованных ситуаций;

- **умение проводить микроанализ срыва или рецидива** (если он произошел): пациент должен понять, что у него была возможность выбора варианта поведения. Необходимо проанализировать вместе с пациентом причины выбора именно этого варианта. Анализ рецидива производится посредством построения поведенческой цепи, приводящей к срыву. Лечебный смысл анализа заключается в том, что пациент должен получить новую информацию о собственной динамике рецидива и обучиться адекватным стратегиям его предотвращения — конкретным навыкам для достижения и сохранения трезвости.

Определим **навыки адаптивного копинг-поведения**, необходимые для предотвращения рецидива:

- сбалансированное использование соответствующих возрасту стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки;

- достаточное развитие сбалансированного когнитивно-оценочного механизма, а также эмоционального и поведенческого компонентов;

- преобладание мотивации к достижению успеха над мотивацией к избеганию неудачи;

- готовность к активному противостоянию негативным факторам среды и осознанная направленность своего поведения на источник стресса;

- наличие определенных личностных адаптивных ресурсов, обеспечивающих позитивный психологический фон и способствующих развитию навыков эффективной психосоциальной адаптации (позитивная «Я-концепция», развитость восприятия социальной поддержки, интервального локуса контроля над средой, эмпатии и аффилиации, и т.д.).

Данная модель когнитивно-поведенческой психотерапии характеризуется также наличием эффективного социально-поддерживающего процесса, обеспечиваемого развитостью базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки и личностного копинг-ресурса ее восприятия; самостоятельным активным выбором ее источника; определением вида и дозированием объема поддержки; успешным прогнозированием ее возможностей.

Работа медицинского психолога в постреабилитационном (профилактическом) периоде включает следующие задачи:

- 1) Продолжение мониторинга путем клинико-психологической функциональной диагностики.

Рекомендуем использовать в работе тест «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку) («Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие»/под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: Изд-во «Бахрах-М», 2001, с.141.)

Цель: самооценка психических состояний.

Материал: бланк опросника, состоящего из 40 утверждений с вариантами ответов.

- 2) Внесение корректив в индивидуальный план психокоррекционной работы (индивидуальной и групповой), включающий количество психотерапевтических сессий, их продолжительность и частоту.

- 3). Внесение корректив в график психокоррекционной работы, который выдается

больному.

4). Проведение психокоррекционной работы по укреплению мотивации к лечению, участию в реабилитационной программе и отказу от ПАВ.

В процессе улучшения физического, психического и психологического состояния продолжается работа над усилением существующих и созданию новых мотивов для участия в ЛРП.

5). Усиление сформированного эффективного коппинг-поведения, навыков самоэффективности, самоконтроля, самоуважения и самооценности.

6). Тренинговое обучение навыкам психосоциальной адаптации в обществе, преодоление социофобии.

7). Формирование имиджа успешного человека, свободного от зависимости, посредством имидж-консультирования.

8). Развитие социального и эмоционального интеллекта, формирование позитивной «Я-концепции» и коррекция «макиавеллианского интеллекта».

Социальный интеллект определяется, как способность правильно понимать поведение людей, что необходимо для эффективного межличностного взаимодействия и успешной психосоциальной адаптации.

«Макиавеллианский интеллект» - это способность субъекта к познанию другого субъекта и введение им последнего в заблуждение путем манипулятивного поведения с целью получения личной выгоды. Понятие «макиавеллизм» является реализацией «макиавеллианского интеллекта» в действии и проявляется в склонности человека манипулировать другими людьми в межличностных отношениях в корыстных целях. Манипулятивный способ поведения зависимых от наркотиков и алкоголя - хорошо известный клиницистам феномен.

Эмоциональный интеллект – «способность осознавать свои эмоции и эмоции других, чтобы мотивировать себя и других и чтобы хорошо управлять эмоциями наедине с собой и при взаимодействии с другими» (Дэниэл Гоулман, 1995).

Эмоциональный интеллект включает следующие ментальные способности:

- осознанная регуляция эмоций;
- понимание (осмысление) эмоций;
- ассимиляция эмоций в мышлении;
- различение и выражение эмоций.

В процессе заболевания у больных алкоголизмом и наркоманией усиливается функция «макиавеллианского интеллекта», между тем как уровень эмоционального и социального интеллекта существенно снижается.

9). Оценка, прогнозирование и коррекция индивидуальной психологической динамики и реабилитационного потенциала пациента

10). Продолжение психокоррекционной работы с родственниками больных и ЗДЛ.

11). Профилактика срывов и рецидивов заболевания.

15. Реабилитационная (терапевтическая) среда.

Неотъемлемым условием МР является **реабилитационная (терапевтическая) среда** как совокупность функциональных и организационных факторов, объединенных в программу реабилитации и от которых зависит формирование качеств больных.

РС в наркологии обеспечивается совокупностью факторов, организационных (реабилитационный центр, стационар, амбулатория, община, реабилитационное общежитие, соответствующие штаты и т.д.) и функциональных (медицинских, трудовых, психолого-психотерапевтических, образовательных, воспитательных, микросредовых, семейных), объединенных программой реабилитации. Среда реализации ЛРП, в которой конструируется микросоциальное окружение, постоянно поощряющее нормативное поведение и жизнь без наркотиков, имеет решающее значение в решении задач поэтапного восстановления физического и психического здоровья наркологических больных и их ресоциализации.

Выделяют три варианта РС в зависимости от степени защищенности пациентов от агрессивного влияния внешней среды:

1 Открытая: наркологический диспансер, амбулаторное отделение, клубы трезвости и т.д. К такому виду реабилитационной среды также относят место учебы, работы и досуга, семью пациента при их вовлечении в реабилитационный процесс.

2 Полузакрытая – дневной стационар при наркологическом диспансере/больнице.

3 Закрытая: реабилитационные отделения и центры постоянного пребывания и стационарные отделения медицинских организаций.

МР в любой реабилитационной среде осуществляется при обязательном участии врача психиатра-нарколога, который выступает как член наркологической бригады или как консультант, например, в общинах, группах взаимопомощи, конфессиональных учреждениях.

Степень защищенности пациентов от рецидивов синдрома зависимости от ПАВ надежнее в закрытой РС, поэтому такие условия применяются для пациентов с низким или средним УРП. В полузакрытых и открытых условиях защищенность пациентов от проникновения ПАВ и влияния не мотивированных на лечение и прекращение употребления ПАВ пациентов значительно меньше. Такие условия больше приемлемы для пациентов с высоким УРП и реже – для пациентов со средним УРП. Для пребывания пациента в условиях открытой РС необходимо наличие у него достаточной ответственности за свое состояние, желания и умения противостоять агрессивным влияниям внешней среды. Поэтому важно своевременно в зависимости от динамики восстановления функциональных признаков заболевания обеспечить реализацию принципа этапности при проведении МР и своевременно переводить пациентов из закрытой в полузакрытую и открытую РС. При необходимости, если пациент не удерживается в открытой РС, то при его согласии он может быть переведен в полузакрытую и закрытую РС.

Создание оптимальной РС требует разработки специальной **программы обучения персонала** правильному ведению социально-медицинской работы с пациентами. Эта программа включает в себя:

1) Информационная часть – проведение бесед на темы проявлений наркомании и методов их лечения и реабилитации.

2) Обучение навыкам: ухода за тяжелыми больными, проведении специальных реабилитационных мероприятий (трудо-, культуротерапевтических, оздоровительных), правильного взаимодействия с пациентами и их родственниками.

3) Контролирующая часть – проверка знаний, навыков и выполнения возложенных обязанностей, анонимное анкетирование пациентов с оценкой ими работы персонала.

Медсестры, осуществляющие МР пациентов, должны получить большую самостоятельность в деятельности, направленной на создание атмосферы взаимопонимания и взаимоподдержки. Им требуется находиться в постоянном контакте с пациентами и социальными работниками, с одной стороны, и с врачами, с другой стороны. Ряд функций по обеспечению РС в медицинской организации должен быть взаимозаменяемым между медсестрами, социальными работниками и пациентами. Этим способом становится возможным формирование из наиболее успешных в плане длительности ремиссии и социальной активности пациентов штатных сотрудников медицинской организации в качестве особого типа социальных работников – волонтеров. Использование в ЛРП бывших пациентов существенно повышает уровень доверия больных к медицинской организации, укрепляет их уверенность в реальной возможности преодоления болезни и успешного включения в трудовую и общественную деятельность.

16. Реабилитационный режим

Необходимым условием МР является оптимальная организация распорядка дня, обеспечивающего постоянную занятость пациентов, сочетание медицинских, психотерапевтических процедур с трудотерапией, обучением, индивидуальными занятиями, культуротерапией, спортом, организованным досугом и др.

Формируемый в результате режим дня придает реабилитационному процессу своеобразный смысловой ритм, который вовлекает пациентов в активную реабилитационную деятельность. Этот ритм жизни реабилитационного отделения (центра) не должен нарушаться и без необходимости изменяться, поскольку в течение нескольких месяцев неустойчивое психическое состояние, низкое самосознание, выраженная деиндивидуализация способны очень легко разрушить лечебно-реабилитационную соразмеренность (гармонию).

После завершения лечебных мероприятий предреабилитационного периода, ориентированного на лечение острых и подострых психических и поведенческих расстройств и предполагающего по показаниям строгий надзор, медицинское наблюдение и постельный режим (**ограничительный режим**), пациенту должен быть назначен **щадящий режим** трудовой и учебной деятельности с умеренным использованием физических и психических нагрузок, но стимулирующий пациента к участию в коллективных мероприятиях: следование распорядку дня реабилитационного отделения (центра), трудотерапия, предусмотренные графиком ПМР массовые мероприятия, помощь медицинскому персоналу в обслуживании отделения.

На интеграционном этапе МР актуальным становится **реабилитационный (активирующий) режим**, стимулирующий пациентов к физическим и психическим нагрузкам в полном объеме и на полный рабочий день, основанный на системе самообслуживания, поощряющий социальную активность пациента, не мешающий его свободному передвижению по отделению, обеспечивающий его полезной занятостью с учетом индивидуальной системы ценностей и интересов при минимальной изоляции от общества.

Важным компонентом реабилитационного режима является внедрение самоуправления пациентов в отделении (центре). Самоуправление пациентов подразумевает выборы старосты и совета пациентов отделения (центра); введение

элементов коллективной ответственности пациентов за происходящее в отделении (центре); ограничении влияния отрицательных лидеров; привлечение пациентов-активистов к мероприятиям по улучшению быта и интерьера отделения (центра), трудотерапии, к культуртерапии, творчеству, спорту и пр., корректировке отношения к пациентам со стороны персонала.

Организация трудотерапии как компонент реабилитационного режима включает в себя помощь персоналу со стороны пациентов в отделении (центре) работу в трудовых мастерских с использованием как простого, так и усложненного труда; создание комплексов «больница-предприятие», в которых труд больных носит индустриальный характер. Терапия занятостью трудом является стержневым элементом реабилитационной работы по обеспечению постоянной занятости пациентов, представляющим собой все более усложняющийся социально-трудовой тренинг, имеющий целью закрепление навыков самостоятельной жизни и самообеспечения.

Полустационарный режим реабилитационного отделения (центра) подразумевает создание специализированных отделений различного типа:

- дневной или ночной стационар;
- введение полустационарного режима в стационарном отделении;
- стационар на дому;
- различные альтернативные формы реабилитации типа «домов на пол-пути» с размещением больных в специализированных пансионатах (общежитиях).

Программа МР строится с учетом различных вариантов режима, подбора и обучения медперсонала, позволяющих создать РС в реабилитационном отделении (центре) в условиях закрытой, полузакрытой или открытой РС.

17. Медицинская реабилитация в стационарных условиях

На МР в стационарных условиях направляются:

- пациенты с синдромом зависимости от ПАВ с высоким, средним и низким УРП, завершившие восстановительный (предреабилитационный) комплекс лечебных мероприятий;
- пациенты с синдромом зависимости от ПАВ после неэффективного лечения и реабилитации в реабилитационных учреждениях открытого и полузакрытого типов.

Сроки реализации медицинских реабилитационных программ в стационарных условиях зависят от УРП пациента и скорости адаптации к функционированию в условиях стационара.

Продолжительность МПР в условиях стационара:

до 1 месяца – краткосрочная программа МР для пациентов, прошедших лечение в соответствии со Стандартами оказания специализированной медицинской помощи лицам с зависимостью от ПАВ.

до 1 года – долгосрочная программа МР для пациентов, имеющих низкий или средний УРП. Пациенты находятся первые 6 - 12 месяцев в программе МР в стационарных условиях (отделение, центр), где последовательно проходят программы интенсивной реабилитации (адаптационный, интеграционный и стабилизационный этапы). После

завершения мероприятий в рамках стабилизационного этапа пациенты включаются в программы поддерживающей МР постреабилитационного периода, которые реализуются в амбулаторных условиях.

Задачи МР в стационарных условиях:

1 Выработка установки на отказ от употребления ПАВ и формирование мотивов на участие в ЛРП.

2 Лечение и профилактика психических расстройств и расстройств поведения по средствам комплекса фармакологических, физиотерапевтических, психотерапевтических и других мероприятий.

3 Восстановление и (или) формирование навыков эмоциональной саморегуляции при решении личных и социальных задач и навыков преодоления конфликтных ситуаций.

4 Улучшение качества жизни пациента за счет оптимизации его удовлетворенности физическим, психологическим, социальным и эмоциональным состоянием, оцениваемым исходя из его субъективного восприятия, в том числе за счет:

- формирования и закрепления нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок;
- формирования реальной жизненной перспективы;
- формирования модели здорового образа жизни, ответственности за свое поведение и сохранение трезвости;
- формирования (или восстановления) навыков систематического труда и учебы;
- восстановления семейных или иных значимых межличностных отношений.

5 Формирование моделей поведения, способствующих поддержанию трезвого образа жизни и эффективному социальному функционированию, в том числе за счет:

- психокоррекции поведенческих расстройств;
- восстановления коммуникативных навыков, необходимых, в том числе, в профессиональной деятельности, семейных отношениях и неформальном межличностном общении;
- анализа аутоагрессивного (саморазрушающего) поведения и обучения конструктивным моделям поведения;
- формирования целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов.

6 Медицинская профилактика срывов (одно- или двукратное употребление ПАВ на фоне ремиссии) и рецидивов заболевания, в том числе путем:

- обучения умению определять предвестники обострения влечения к ПАВ и преодолевать рецидивы заболевания с помощью ряда психотерапевтических когнитивно-бихевиоральных методик;
- обучения навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать «нет» ПАВ;

7 Расширение знаний родственников пациентов о медико-социальных последствиях употребления ПАВ, обучение навыкам оказания психологической поддержки пациентам и контролю за их состоянием с целью предупреждения рецидивов заболевания.

8 Преодоление родственниками созависимости в ходе психотерапевтической работы.

Социальные требования к МР в стационарных условиях направлены на восстановление и приобретение профессиональных навыков пациентов (реабилитантов), обеспечение возможности сохранить бывшую или получить другую подходящую для них работу и тем самым способствовать их социальной реинтеграции, обеспечению материальной независимости, возможности самообеспечения, и повышения социального статуса.

Услуги по профессиональной трудовой реабилитации включают в себя оказание помощи и реабилитация в овладении новыми знаниями и информационными технологиями по имеющейся у них специальности. Трудовая терапия организуется с учетом ряда клинико-физиологических и социальных критериев характера функциональных нарушений, состояние интеллектуальной сферы, уровни развития сохранность и профессионально трудовых навыков, условий труда и быта зависимости от этапа реабилитации должно играть роль общеукрепляющей, восстановительной функциональной или производственной профессиональной трудовой терапии.

Общеукрепляющая терапия представляет собой выполнение самых легких операции с целью повышения жизненного тонуса, заинтересованности в активных физических действиях, мотивации к выздоровлению и восстановлению трудоспособности, освоение и закрепление навыков самообслуживания.

Восстановительная трудовая терапия направлена на восстановление нарушенных трудовых способностей пациента, профилактику физических и двигательных расстройств, в период когда происходит их приспособлением условием жизнедеятельности в реабилитационном учреждении.

Упомянутые виды действий должны способствовать психо-физическому восстановлению и воспитание у пациентов (реабилитантов) чувства социальной ответственности, вызывать ощущение успеха и осознание социальной полезности, а также способствовать дальней социальной адаптации больного.

Социальные требования к МР в стационарных условиях включают:

1 Организация условий для трудовой деятельности, профессионального обучения (при необходимости и возможностях - учебы), занятий спортом, творческой деятельностью, проведения культурно-массовых и содержательных досуговых мероприятий. Создание условий для постоянной занятости и трудовых процессов, выработка у пациентов стремления к регулярному труду, относятся к основным принципам МР.

Для этого необходимо организовать хотя бы одно из следующих подразделений реабилитационного центра (отделения):

- производственное (столярные, слесарные, швейные мастерские; мастерская по ремонту помещений и пр.);
- сельскохозяйственное (теплицы, зеленое хозяйство, грибной цех, садовое хозяйство);
- животноводческое с целью осуществления зоотерапии или анимотерапии (конное хозяйство, кролиководство, птицеводство, собакопитомник и др.).

Рекомендуется организация изостудии (рисование, лепка, фотография и др.), спортивного и досугового комплекса (открытая спортплощадка, зал для спортивных игр, занятий, помещение для просмотра тематических кинофильмов, телепередач и пр.).

2 Осуществление социально-психологической, коррекционной и обучающей работы специалиста по социальной работе, социального работника, специалиста по профессиональному обучению и др. лиц, а именно:

- приобщение больного к труду, учебе и творческой деятельности;
- коррекция адаптации больных к условиям реабилитационного учреждения на каждом из этапов реабилитации;
- контроль за поведением, овладением трудовыми технологиями, успехами в работе, учебе и пр.;
- помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем;
- содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении, продолжении учебы после выписки из реабилитационного стационара или в период реабилитации в амбулаторных условиях;
- консультирование по правовым вопросам;
- оказание содействия включению пациентов и их родственников в группы само- и взаимопомощи - анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА), Ал-Атин, Нар-Анон;
- обеспечение информацией: о лечебных и реабилитационных наркологических учреждениях; о реабилитационных программах; об общественных организациях и религиозных конфессиях, занимающихся проблемами зависимости; о возможностях приобретения популярной литературы и методических материалов по антинаркотической тематике; о культурно-массовых мероприятиях против алкоголя и наркотиков и пр.;
- проведение культурно-массовых, спортивных и досуговых мероприятий, способствующих реабилитации больных;
- привлечение выздоравливающих больных и их родственников в реабилитационную и профилактическую деятельность в качестве волонтеров и добровольных помощников.

После завершения программы МР в стационарных условиях (реабилитационное отделение, реабилитационный центр, дневной реабилитационный стационар) пациенты мотивируются (и им рекомендуется) на участие в программах МР в амбулаторных условиях.

18. Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях

Цель МР в амбулаторных условиях – восстановление и стабилизация физического и психического состояния пациента, восстановление его социального статуса, то есть восстановление, коррекция или формирование нормативных личностных и социальных качеств больного, возвращение его в семью и общество.

Задачи МР в амбулаторных условиях:

- первичное, доврачебное консультирование больных и их родственников;
- мотивация больных на участие в ЛРП;
- консультацию психолога и специалиста по социальной работе;

- специализированное диагностическое консультирование врача психиатра-нарколога с последующим направлением больных в наркологическое учреждение для оказания квалифицированной лечебной помощи и обследования, т.е. для реализации восстановительного (преимущественно лечебного) периода ЛРП.
- лечение слабо выраженных абстинентных и постабстинентных расстройств алкогольного или наркотического генеза.
- организация поддерживающих противорецидивных реабилитационных программ;
- вовлечение пациентов в группы само- и взаимопомощи анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов.

Кроме того, в амбулаторных отделениях может быть оказана лечебно-реабилитационная помощь родственникам наркологических больных с функциональными нарушениями (созависимость и астеноневротические расстройства и пр.), нуждающимся в консультировании, психологической поддержке и психокоррекции.

Модель пациента:

- с высоким, средним и низким уровнями реабилитационного потенциала, частичного или полностью завершившие восстановительный (предреабилитационный) период лечебных мероприятий и изъявившие желание пройти МРП в условиях амбулатории;
- Прошли программы социальной реабилитации в негосударственных, в том числе конфессиональных (христианских, исламских, буддистских и др.) реабилитационных центрах и нуждаются в поддерживающей МРП;
- освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационных программах в амбулаторных условиях;
- направленные решением суда на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию.

Все пациенты, прошедшие МРП в стационарных условиях, направляются на МРП в амбулаторных условиях после их полного обследования, стабильном психическом и соматическом состоянии, не требующем круглосуточного медицинского наблюдения и ухода, при наличии способности к самообслуживанию.

При поступлении на МРП в амбулаторных условиях пациент представляет соответствующее направление, выписку из медицинской карты стационарного больного с указанием основного и сопутствующих заболеваний, результатов клинко-диагностических, бактериологических и других исследований, проведенного лечения, особенностей УРП, и показаний для проведения МРП в амбулаторных условиях.

Осуществление МРП амбулаторных условиях позволяет пациентам продолжить работу или учебу, жить дома в семье. Вместе с тем, перед пациентом ставится ряд требований, включающих тщательно разработанную и контролируемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на отказ от употребления ПАВ, быть дисциплинированными и ответственными за взятые на себя обязательства и т.д.

МРП в амбулаторных условиях осуществляется на основе взаимодействия специалистов: врачей психиатров-наркологов участковых, врачей-психиатров, врачей-

психотерапевтов или иных врачей-специалистов с другими специалистами медицинской реабилитации (медицинский психолог, социальный работник).

В амбулаторных условиях врачи психиатры-наркологи участковые определяют наличие медицинских показаний и противопоказаний для проведения пациентам МПР и медицинские организации для проведения МПР в амбулаторных условиях.

При наличии медицинских показаний и для выработки ИПР врач-нарколог направляет пациентов на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу и другим специалистам по показаниям.

Социальные требования к МПР в амбулаторных условиях идентичны требованиям к медицинской реабилитации в стационарных условиях и предполагают активное мотивирование и вовлечение пациентов в трудовую деятельность, к профессиональному обучению, занятиям спортом, творческой деятельностью и т.д.

Продолжительность МПР в амбулаторных условиях для пациентов с высоким УРП составляет от трех месяцев до шести месяцев (при необходимости они могут пролонгироваться), для пациентов со средним и низким УРП - не менее одного года. При необходимости, с согласия пациента, программа МПР может пролонгироваться на срок необходимый для полного восстановления состояния больного.

При ухудшении клинического состояния пациента, выявлении неоднократных «срывов» пациенты направляются на лечение в наркологический стационар (или дневной стационар) для проведения противорецидивной или восстановительной терапии, а впоследствии, при добровольном согласии, переводятся в стационарное или амбулаторное реабилитационное отделение.

19. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

В рамках МР применяются для лечения и профилактики острых, подострых и резидуальных психических, поведенческих и соматоневрологических расстройства вследствие употребления ПАВ. Оказываются в соответствии со Стандартами специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением ПАВ, и наряду с противорецидивными и общеукрепляющими средствами включают специфические препараты, к которым относятся:

- 1) сенсibiliзирующие средства, блокирующие ацетальдегиддегидрогеназу – дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие;
- 2) блокатор опиатных рецепторов налтрексон;
- 3) лекарственные средства, применяемые для облегчения никотиновой зависимости – никотин и цитизин.

Сенсibiliзирующие средства используются при алкогольной зависимости, а также при сочетанных с алкогольной зависимостью иных формах зависимости.

Сенсibiliзирующая терапия основана на применении средств, блокирующих фермент альдегиддегидрогеназу, который превращает уксусный альдегид (обладающий токсическими свойствами биологически активный продукт метаболизма этанола) в

неактивный уксусный эфир. К таким средствам относятся дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие.

После 3 и более дней приема дисульфирама в случае употребления алкоголя в крови в течение 10-20 минут в 5-10 раз возрастает уровень ацетальдегида, который вызывает целый ряд субъективно крайне неприятных симптомов и делает невозможным дальнейшее употребление спиртного: подъем артериального давления, тахикардия, тошнота и рвота, боли в области сердца, пульсирующая головная боль, гиперемия с цианотичным оттенком и одутловатостью лица, шум в ушах, головокружение, нечеткость зрения, тревога и страх смерти. При тяжелом течении дисульфирам-алкогольной реакции артериальная гипертензия может смениться падением артериального давления с развитием коллаптоидного состояния. Дисульфирам назначают по 0,25 2 раза в день в течение 2 недель, затем суточная доза снижается до 0,25. По истечении месяца в дальнейшем делаются 10-20-дневные перерывы либо, наоборот, дозу временно повышают - в зависимости от ситуации (праздники и т.п.) и состояния больного.

Считается, что дисульфирам может быть эффективным фармакологическим средством при кокаиновой зависимости, а также при злоупотреблении кокаином у лиц с опиоидной зависимостью. Этот эффект дисульфирама объясняют его способностью ингибировать β -дофамингидроксилазу, что приводит к появлению избыточного количества свободного дофамина и сокращению синтеза норадреналина. Поскольку кокаин является мощным ингибитором обратного захвата катехоламинов, дисульфирам может снижать патологическое влечение к кокаину.

Таким образом, в настоящее время показания к применению дисульфирама расширились и включают не только алкогольную зависимость, но и зависимость от кокаина, а также сочетанное употребление кокаина и алкоголя.

Аналогично дисульфираму действует на метаболизм алкоголя *цианамид*, который принимают в дозе от 12 до 24 капель в день. Цианамид считается более специфическим препаратом по механизму действия, так как влияет только на ацетальдегиддегидрогеназу (дисульфирам, помимо этого механизма, еще блокирует β -дофамингидроксилазу) Курс лечения длительный – 3-6 месяцев и более. *Метронидазол*, также используемый в качестве средства "сенсбилизации" к алкоголю, менее токсичен, чем дисульфирам, и потому не требует особых предосторожностей. Его назначают по 0,75 г 3 раза в день в течение 2-3 недель.

Рекомендуемые к использованию в наркологической практике специфические средства¹

Лекарственное средство	Показания <small>степень доказательности</small>	Дозы и применение
Дисульфирам	Профилактика рецидивов во время лечения АЗ; лечение АЗ ^А . Снижение влечения к алкоголю. Выработка условно-рефлекторной реакции отвращения к Алк ^А	Начальная доза 500 мг/сут, дозу постепенно снижают до 250–125 мг/сут
Цианамид	АЗ (лечение и профилактика рецидивов) ^В	12–24 капли/сут
Налоксон	Острая интоксикация опиоидными анальгетиками ^А , Алк-ая кома. Введение налоксона страдающим наркоманией (Н) вызывает характерные проявления АС, что используют в диагностических целях ^А	Средняя доза 0,4 – 0,8 мг
Налтрексон	Опиоидная зависимость (после купирования ОАС) ^А . Снижение потребности в Алк и предотвращение рецидивов ХА ^А	50 мг (пероральная форма) 380 мг (инъекционная пролонгированная форма)
Никотин	Лечение никотиновой зависимости путем снижения потребности в никотине; снятие симптомов отмены, возникающих при отказе от курения ^В .	7-21 мг, ежедневно до 3-х месяцев
Цитизин	Лечение никотиновой зависимости ^А	По инструкции

Налтрексон используется при опиатной и алкогольной зависимости. В настоящее время существуют исследования, которыми показана терапевтическая эффективность блокаторов опиатных рецепторов при кокаиновой, стимуляторной и игровой зависимостях. В большинстве случаев налтрексон назначается ежедневно, 1 раз в день, внутрь, по 50 мг. Его следует применять в сочетании со всеми остальными методами и средствами лечения. У некоторых больных (женщины; лица молодого возраста; пациенты, лишь недавно употреблявшие спиртное) прием налтрексона вызывает тошноту и головную боль. В этих случаях лечение можно начинать с дозы 12,5-25 мг, переходя через несколько дней к 50 мг.

Помимо пероральной часто применяется парентеральная (внутримышечная) инъекционная форма Налтрексона пролонгированного действия в дозировке 380 мг. Длительность действия этой формы составляет 4 недели. Продолжительность лечения – от 6 месяцев при алкогольной зависимости, при опиоидной зависимости 12 месяцев, после чего решается вопрос о возможном продлении назначения препарата. Хотя полное воздержание от алкоголя является целью лечения налтрексоном, его не следует выдвигать в качестве безусловного требования; если больной согласен лечиться, но продолжает

¹ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: **А** – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; **В** – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; **С** – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

периодически выпивать, это не означает, что лечение надо прекратить: некоторые больные, особенно на первых порах, реагируют на налтрексон не прекращением, а лишь сокращением приема алкоголя. Рекомендовано применение инъекционной формы Налтрексона пролонгированного действия 380 мг в сочетании с психотерапевтическим лечением в рамках амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации.

20. Немедикаментозные (физиотерапевтические) методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации

Применение физиотерапевтических процедур является полезным дополнением к комплексной фармакотерапии, так как позволяет повысить эффективность последней.

Физиотерапевтические методы применяются в стационарных условиях, назначаются по показаниям после консультации врача-физиотерапевта. Возможный перечень физиотерапевтических процедур представлен в таблице 3.

Таблица 3. Методы физиотерапии, использующиеся в наркологической практике

1	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
2	Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
3	Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы
4	Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы
5	Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы
6	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы
7	Электросон
8	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)
9	Воздействие переменным магнитным полем (ПеМП)

21. Психотерапия в программах медицинской реабилитации

При проведении психотерапии важна целенаправленность психотерапевтического воздействия (нозологическая, симптоматическая, личностная). При разработке ИРП необходимо сформировать индивидуальные «мишени» психотерапевтического воздействия для каждого пациента.

Под _____, изменение которого является осознаваемой психотерапевтом целью взаимодействия.

Выбор мишеней психотерапевтического воздействия зависит от индивидуальных возможностей и характеристик пациента: образование, интеллект, когнитивные особенности, способность к творческому мышлению и осмыслению, личностные особенности, внутриличностный темп психических процессов. Учитывая крайне нестабильную мотивацию пациентов с зависимостью от ПАВ на лечение и на отказ от употребления ПАВ, основным методом психотерапии на всех этапах ЛРП являться мотивационная психотерапия.

:

- нозоспецифичные (психотерапевтические);
- специфичные для личности пациента;
- специфичные для психотерапевтического процесса;
- специфичные для клинической ситуации;
- специфичные для психотерапевтического метода.

Основные мишени психотерапевтического воздействия у пациентов с зависимостью от ПАВ:

- патологическое влечение к ПАВ (способность распознавания мотивации приема ПАВ, включая собственно патологическое влечение, его симптомов, и проявления той «первичной, бессознательной» мотивации больных, которая составляет патогенетический элемент генеза зависимости, и которая тесно связана с патологией личности);
- нарушения нозогнозии, частичное осознание болезни;
- личностные дисфункции пациента (акцентуации, расстройства личности);
- искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения;
- искаженные коммуникативные установки;
- нарушения самооценки пациента;
- слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния;
- нарушения способности установления глубокого контакта (в рамках терапевтического альянса), в том числе - способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста;
- интрапсихические конфликты, сопровождающиеся интенсивными, но плохо осознаваемыми эмоциями;
- пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» больного;
- типичные нарушения объектных отношений.

Таблица 4. Медицинские услуги для психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (стационарно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта – Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога – Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторно – Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторно 	<ul style="list-style-type: none"> – нет
2. Психотерапевтическое лечение (стационарно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Психологическая адаптация – Терапия средой – Психологическое консультирование – Индивидуальное психологическое консультирование – Групповое психологическое консультирование – Семейное психологическое консультирование – Психологическая коррекция – Индивидуальная психологическая коррекция – Социально-реабилитационная работа – Групповая психологическая коррекция – Психотерапия 	<ul style="list-style-type: none"> – Трудотерапия – Арттерапия – Аутогенная тренировка
3. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (амбулаторно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта – Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога – Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторно – Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторно 	<ul style="list-style-type: none"> – нет
4. Психотерапевтическое лечение (амбулаторно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Психологическая адаптация – Психологическое консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> – Трудотерапия – Арттерапия

– Индивидуальное психологическое консультирование	– Аутогенная тренировка
– Групповое психологическое консультирование	– Когнитивно-поведенческая
– Семейное психологическое консультирование	– Терапия творческим самовыражением (по Бурно)
– Психологическая коррекция	– Гипнотерапия
– Индивидуальная психологическая коррекция	– НЛП
– Групповая психологическая коррекция	–
– Психотерапия	
– Терапия средой	
– Социально-реабилитационная работа	

Таблица 5. Медицинские услуги для психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

Медицинская услуга	Применение
Диагностика патологической и нейропсихологическая	Комплекс социально-психологических вмешательств, включающих методы выявления индивидуально-психологических особенностей личности испытуемого. В учреждении здравоохранения целесообразно проводить следующие виды психологической диагностики, осуществляемые медицинском психологом: 1) нейропсихологическая диагностика (для постановки топического диагноза, изучения сохраненных и нарушенных звеньев психической деятельности, оценки динамики нарушений психических функций на фоне терапии и реабилитации преимущественно у больных с неврологическими заболеваниями), 2) патопсихологическая (для оценки нарушенных и сохраненных компонентов познавательной и эмоционально-личностной сферы и оценки динамики преимущественно у психически больных), 3) личностная (проводится с использованием проективных методов и стандартизированных опросников для оценки изменений личности при широком спектре болезней).
Психологическая адаптация	Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни.
Психологическое	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в

<p>консультирование -Индивидуальное психологическое консультирование -Групповое психологическое консультирование -Семейное психологическое консультирование</p>	<p>разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Может осуществляться индивидуально и в группе. Отдельно выделяется семейное консультирование: относится не только непосредственная работа с родственниками</p> <p>Консультирование пациентов с синдромом зависимости, в том числе вместе с женами (мужьями), консультирование в добрачный период, а также в период развода. Сюда же относят консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа / жены, т.к. наличие зависимости у одного из членов семьи отражается на всей семье и каждом его члене.</p> <p>Цели психологического консультирования зависят от конкретной психологической школы.</p>
<p>Психологическая коррекция -Индивидуальная психологическая коррекция -Групповая психологическая коррекция</p>	<p>Это один из видов психологической помощи, как и психологическое консультирование, психотерапия, психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также — деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям. Может осуществляться индивидуально и в группе.</p>
<p>Трудотерапия</p>	<p>Основная цель трудотерапии в наркологии: привить пациентам элементарные основные умения труда, умение адекватно воспринимать ежедневную работу. Трудотерапия помогает человеку относиться положительно к своему труду и вырабатывать навык трудиться, повышать мотивацию к трудовой деятельности, обучение посредственному труду. Человек начинает себя чувствовать полноценным членом общества, значимым, востребованным, полезным. Ценность собственного труда вырабатывает уважение к работе другого, что сближает и развивает правильное отношение к деятельности в целом. Центральной задачей метода является адаптация больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве. Метод динамичный, по мере возрастания ответственности в отношении отдельных поручений, труда, пациенту поручают рационально распределить бытовые задания между коллегами, и показать пример в выполнении задания, данная методика помогает пациенту развить самостоятельность и межличностные коммуникации.</p>
<p>Терапия средой</p>	<p>Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в</p>

	<p>которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.</p>
<p>Арттерапия</p>	<p>Это вид психотерапии и психологической коррекции, основанный на искусстве и творчестве. Чаще под арт-терапией подразумевается терапия изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Метод позволяет использовать продукты творчества для оценки динамики состояния. Арт-терапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала пациента^С. Применяется у пациентов с выраженной алекситемией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование патогенных, задержанных эмоций.</p>
<p>Социально-реабилитационная работа</p>	<p>Система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью социально-реабилитационной работы является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала.</p>
<p>Аутогенная тренировка</p>	<p>Психотерапевтическая методика, направленная на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса. Методика аутогенной тренировки основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике. Лечебный эффект обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакции, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, в свою очередь, способствует нейтрализации негативной стрессовой реакции организма. Некоторые исследователи, связывают действие аутогенной тренировки с ослаблением активности лимбической и гипоталамической областей головного мозга. Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах.</p>

Таблица 6. Методы психотерапии, применяемые в наркологии

Метод	Характеристика <small>степень доказательности</small>	Применение
<p>Мотивационное интервью</p>	<p>способ общения с пациентом, в ходе которого изменяется баланс</p> <p>. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как стадия мотивации, на которой находится пациент, внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов A.</p>	<p>Базовый подход в работе специалистов.</p> <p>Метод, который может служить как основой каждого психотерапевтического взаимодействия психиатра-нарколога (психотерапевта, психолога) с пациентом, так и отдельно избранным подходом с регламентированным количеством психотерапевтических сессий индивидуально или в группе на протяжении всей медицинской реабилитации. Эффективность высока при условии, что специалисты занимают верную неосуждающую профессиональную позицию, грамотно применяют навыки и осуществляют вмешательства, которые подготавливают пациента к изменениям.</p>
<p>Когнитивно-поведенческая психотерапия</p>	<p>Это процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного с потреблением ПАВ. Они включают в себя мотивационное интервью, самоконт</p> <p>собственного по – –</p> <p>–</p> <p>и предупреждение рецидивов A.</p>	<p>Применение метода базируется на том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей, возможность таких изменений основана на связи когнитивной и эмоциональной сферы. Метод хорошо воспроизводим при проведении медицинской реабилитации. Рекомендуется от 20 до 40 психотерапевтических сессий.</p>
<p>Комплаенс-</p>	<p>Базируется на когнитивно-</p>	<p>Психотерапевтическая работа</p>

<p>психотерапия</p>	<p>бихевиоральном подходе, использует методики, сочетающие мотивационные интервью с внедрением активных терапевтических установок, направленным решением проблем, образовательными и когнитивными компонентами А.</p>	<p>направлена на обнаружение иррациональных убеждений больных в отношении себя, болезни, прогноза употребления ПАВ в будущем, оценки собственных ресурсов по совладанию с болезнью, а затем и на изменение иррациональных убеждений пациента. Также метод предусматривает применение психообразовательных программ, направленных на объяснение механизмов развития зависимости, действия лекарств, способах лечения зависимости. Рекомендуется от 4 до 8 психотерапевтических сессий (индивидуально или в группе).</p>
<p>Клиент-центрированная психотерапия по К.Роджерсу</p>	<p>В основе лежит гуманистическая концепция личности, «постоянно себя создающей, осознающей свое назначение в жизни, регулирующей границы своей субъективной свободы». Принципиальным в этой концепции является понятие конгруэнтности Самости и Опыта. Способность врача создать обстановку полной безопасности для личности пациента является основным лечебным средством. Создание такой обстановки достигается недирективной позицией и эмпатической реакцией. Триада Роджерса состоит в безусловном принятии пациента, эмпатии, конгруэнтности переживаний и поведения специалиста. Если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию симптоматики В. Эмпатические принципы отчетливо прослеживаются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов.</p>	<p>Метод также может служить как основой взаимодействия с пациентом, так и отдельным методом работы с регламентированным количеством психотерапевтических сессий от 20 до 40. Специалистам необходимо применять эмпатические принципы взаимодействия с пациентом, в соответствии с концепцией данного метода.</p>

<p>Рациональная психотерапия</p>	<p>Используются профессиональные знания врача о болезни, производится разбор ошибок в логических построениях больного. В процессе терапии осуществляется формирование установок на лечение и отказ от употребления ПАВ, обучение «противорецидивным» навыкам. При проведении психотерапии должны учитываться личностные особенности больных.</p>	<p>Широко распространена, обязательная составная часть работы врача-нарколога. Рекомендуются от 20 до 40 психотерапевтических сессий.</p>
<p>Гипно-суггестивная психотерапия (предметно-опосредованные методы, эмоционально-стрессовая психотерапия, метод чреспредметного внушения)</p>	<p>Методы основанные на внушении. Повышение эффективности лечебного внушения достигается посредством погружения пациента в гипнотическое состояние или состояние «транса» – расслабленность, покой и пр. В процессе сеанса «мягкие» усыпляющие формулы перемежаются с эмоциональными императивными внушениями. Проведение каждого приема имеет свои особенности. В результате применения данных методик пациент становится эмоционально доступным, что и используется для достижения необходимого терапевтического эффекта. Некоторые методы распространены широко, некоторые теряют свою актуальность в настоящее время. Более применимы для лечения больных алкоголизмом С.</p>	<p>Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах. Необходимо индивидуализировать формулы внушения и самовнушения в зависимости от особенностей каждого пациента. Рекомендуются от 4 до 12 психотерапевтических сессий.</p>
<p>Психодрама</p>	<p>Это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира пациента. Психодрама отражает действительные проблемы пациента, а не создает воображаемые сценические образы. Она основывается на том, что исследование чувств, формирование новых отношений и образцов поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни по сравнению с использованием вербализации. В</p>	<p>Рекомендуется от 20 до 40 психотерапевтических сессий.</p>

	<p>психодраме искусственный характер традиционного театра заменяется спонтанным поведением ее участников С.</p>	
<p>Гештальт-терапия</p>	<p>Метод гуманистической терапии, в котором клиницисты активно побуждают людей признать и принять себя, используя такие приемы, как ролевая игра и искусственная фрустрация; гештальт-терапия - направление психотерапии, основывающееся на понятиях классической гештальт-психологии, в частности, на понятиях гештальта, фигуры и фона и на теории поля К. Левина. Человека следует рассматривать как целостную живую систему, включенную во взаимодействие с окружающим миром, причем сама психологическая жизнь человека - это процесс образования гештальтов, т. е. целостных образов наличной ситуации. Под целостностью организма понимается в данном случае нераздельность и взаимопроникновение физической и ментальной активности человека. Любой аспект поведения человека рассматривается как проявление целого - его бытия. В норме бытие человека осуществляется "здесь и теперь", в контексте наличной ситуации. Невротическая личность в данном подходе - это человек, не способный жить в настоящем, поскольку он несет в себе незаконченные ситуации (незавершенные гештальты) из прошлого. В результате, ему не хватает энергии для того, чтобы полностью осознавать и действовать в настоящем. Работа терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту сосредоточиться на том, что он переживает "здесь и теперь", путем "замыкания" незавершенных гештальтов. По мнению гештальт-терапевтов, развитие человека вплотную связано с расширением зон</p>	<p>Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах.</p>

	самоосознавания (self-awareness). Развивая самоосознание, человек становится более самостоятельным, он может опереться на себя и более полно взаимодействовать с миром. Терапевтической целью является не только устранение симптома, но личностный рост.	
Групповая психотерапия	В основе лежит возможность группового взаимодействия. При проведении психотерапевтического процесса в группе упор делается на формирование эмоционально интенсивного и психологически положительного взаимодействия членов группы с целью коррекции их отношений и взаимодействий с микросоциальной средой В .	При помощи методов групповой психотерапии наиболее эффективно прорабатываются проблемы преодоления психологической защиты, «отрицания» болезни. Применяются различные техники и форматы групп. Все они объединяются по ряду принципиальных характеристик лечебного процесса: 1) облегчение выражения эмоций; 2) становление чувства принадлежности к группе; 3) неизбежность самораскрытия; 4) апробация новых видов поведения; 5) использование межличностных сравнений; 6) разделение ответственности за руководство группой с ведущим. Рекомендуется от 20 до 40 психотерапевтических сессий.
Психодинамическая психотерапия	Психодинамическая психотерапия помогает пациенту понять глубинный личностный смысл алкогольной либо наркотической зависимости, позволяет сфокусировать его внимание на «ядерных темах конфликтных отношений» и постепенно, тем самым, дезактуализировать патологическое влечение к психоактивному веществу. В основе лежит психоаналитическая теория о приобретенных и закреплённых в детстве комплексах, которые в дальнейшем ведут к дисгармоническому развитию, психологическому неблагополучию. Это может привести к формированию повышенной потребности в	Несмотря на то, что метод предполагает длительное, многолетнее лечение, у наркологических больных возможны и краткосрочные форматы до 20 психотерапевтических сессий. Рекомендуется от 20 до 40 психотерапевтических сессий.

	употреблении ПАВ. Соответственно, психоаналитический подход позволяет изживать эти комплексы, тем самым улучшать и стабилизировать психологическое состояние пациента, уменьшая его потребность в ПАВ В .	
Трансакционный анализ	Трансакционный анализ – это метод психотерапии для личностного роста и личностных изменений, включает свою философию, теорию и различные технологии для изменения, в том числе, зависимого поведения. Отдельные технологии Трансакционного анализа показали свою высокую эффективность в наркологии: методика анализа игрового взаимодействия по Э.Берну С , методика анализа Драматического треугольника Стивена Карпмана В , контрактные методики, антисуицидальный контракт В , анализ и терапия трагического сценария зависимой личности В , методика диагностики и построения терапии с учетом сильных и слабых сторон личности пациента С . Многие технологии Трансакционного анализа используются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов, в группах по преодолению созависимости, семейном консультировании.	Метод гибкий, в зависимости от задач, предполагает как краткосрочное, так и длительное, многолетнее применение, от 10 до 40 психотерапевтических сессий.
Семейная психотерапия	Применяются различные методики, описанные выше, может быть групповой и индивидуальной. Основная цель – коррекция патологических типов семейных отношений. Объектом психотерапевтического воздействия в данном случае является больной и его семейное окружение. Также применяется для коррекции созависимого поведения В .	Специалистам необходимо провести от 10 до 30 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого.
Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии	Последовательность психотерапевтических интервенций, направленных на укрепление трех компонентов терапевтического	На адаптационном этапе не менее 2 раз в неделю групповые сессии в по 90 минут, и 3 раза в неделю –

(психотерапевт, врач психиатр-нарколог, клинический психолог, специалист по социальной работе, социальный работник).

МИ представляет собой директивный, центрированный на пациенте метод, ориентированный на повышение мотивации пациента к изменению своего психического, физического и социального статуса и на преодоление амбивалентного отношения к необходимости такого изменения.

В МИ используются различные типы взаимоотношений между членом реабилитационной бригады и пациентом.

Конфронтационный тип содержит алгоритм противостояния, конфликта, когда врач демонстрирует пациенту пагубность и недопустимость его стиля жизни, в том числе и употребление ПАВ. В рамках конфронтационного стиля взаимоотношений негативное отношение к наркологическому заболеванию переносится на личность пациента, порождает эффекты стигматизации и затрудняет возможность сотрудничества. Этот тип взаимоотношений не должен использоваться при МИ.

Директивный тип взаимоотношений представляет собой смягченный вариант конфронтационного. Он также исключает сотрудничество врача и пациента и основан на традиционном для врачей патернализме, ориентированном на создание у ослабленного болезнью пациента ощущения защиты с переносом ответственности за выздоровление на специалиста. Отдельно необходимо отметить, что патернализм является обязательным условием использования методов лечения, основанных на механизмах внушения.

Патерналистский тип взаимоотношений не принимает большинство современных пациентов, в том числе и больные наркологическими расстройствами. Кроме того, эффективность ЛРП основана на совместной ответственности врача и пациента за возможное выздоровление, что требует отказа от претензий на патернализм.

Недирективный или клиент-центрированный тип подразумевает обеспечение терапевтом недостающего уровня приятия в системе рассогласования между частями своего Я (в первую очередь между Я-реальным и Я-идеальным) путем позитивного внимания к пациенту, эмпатического понимания его внутреннего мира.

МИ основано на трех основных элементах:

- сотрудничество между пациентом и специалистом,
- продуцирование и выявление присущих пациенту мыслей по поводу необходимого изменения,
- акцентирование автономии (и ответственности) пациента в ходе осуществляющихся изменений (Bundy С., 2004).

Техника МИ включает:

- выражение эмпатии;
- установление раппорта;
- использование открытых вопросов;
- рефлексивное слушание;
- формирование программы изменений:
- содействие готовности к изменениям;
- изменение самомотивирующих формулировок пациента;
- обнаружение амбивалентности;
- баланс решений;
- информирование и совет пациенту;
- планирование изменений;

- вычленение авторитетов;
- анализ и акцентирование различий;
- поддержка самооффективности;
- поддержка усилий;
- работа с сопротивлением;
- уклонение от дискуссии.

При проведении предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А.Р.Довженко, В.Е.Рожнову) рекомендуется ее использование в качестве монотехники без применения каких-либо медикаментозных препаратов или технических приборов.

При проведении психотерапии, мотивирующей пациента на прекращение приема ПАВ, врач не должен вводить пациента в заблуждение, говоря о введении или имплантации ему несуществующего препарата, или препарата с плацебо-эффектом, оперировать наукообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом. Не допустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.).

22. Школа для пациентов с синдромом зависимости при проведении медицинской реабилитации

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового консультирования пациентов с целью повысить уровень их знаний, информированности и практических навыков, направленных на рациональное лечение заболевания, профилактику осложнений и повышение качества жизни.

Школа для пациентов является информационно-мотивационной технологией, позволяющей вовлекать пациентов в обучающие программы с целью сформировать у них осознанную потребность вести трезвый образ жизни и достигать максимально продолжительных ремиссий.

Цель организации школ здоровья – повысить информированность пациентов о факторах риска возникновения зависимости, о факторах риска возникновения срывов и рецидивов, сформировать в пациенте желание сохранить собственное здоровье, способствовать серьезному отношению к выполнению рекомендаций врача.

В группы обучения рекомендуется включать пациентов со сходными характеристиками синдрома зависимости. При формировании групп необходимо учитывать также возраст слушателей, более взрослые пациенты требуют чаще индивидуальной работы, а для подростков программы группового обучения должны быть адаптированы с учетом особенностей их когнитивных способностей, жизненного опыта и т.д.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60-90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены

общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости – патологическому влечению, соматическим, неврологическим и психическим осложнениям болезни. Предоставление знаний о неблагоприятном воздействии ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий.

Рекомендуется ведение пациентом рабочей тетради и выполнение домашних заданий (Сырцова Л.Е., Чиркова Д.В., Ковалев Ю.В., 2011).

23. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Код	Наименование	Кратность выполнения
02.036.01	Процедуры сестринского ухода при лечении алкогольной зависимости и наркомании	Согласно алгоритму

Процедуры сестринского ухода при проведении МР пациентам с зависимостью от ПАВ включают регулярное измерение частоты дыхания, сердцебиения, исследование пульса, артериального давления на периферических артериях, термометрию, введение лекарственных препаратов согласно требованиям к их выполнению, установленным соответствующими нормативными документами.

24. Терапия созависимости (медицинская и социально-психологическая помощь родственникам пациентов)

Основным методом воздействия на родственников пациентов является семейная психокоррекция, которая включает следующие мероприятия: индивидуальные беседы с членами семьи, совместные беседы с пациентами и членами семьи, привлечение членов семьи к участию в семейных клубах и других психотерапевтических группах, осуществляющих поддержку семей пациентов. Семейная психокоррекция занимает промежуточное положение между психотерапевтическими и реабилитационными методами, способствуя углублению у пациентов установки на воздержание от употребления ПАВ и улучшая их социальную адаптацию в периоды после выписки из стационара.

Подход к проведению семейной психокоррекции основан на понятии созависимости. Происходящее годами искажение взаимодействия членов семьи, приводит к созданию системы отношений, делающих жизнь семьи глубоко ущербной, но, вместе с тем крайне инертной, устойчивой к предпринимаемым извне попыткам изменить ситуацию к лучшему. В частности, данная система отношений парадоксальным образом может способствовать тому, что происходит продолжение злоупотребления наркотиками и становится затруднительным достижение воздержания от их приема. Во время беседы с членами семьи пациентов (обычно с родителями) психотерапевт посредством воздействия на поведение и образ жизни не страдающего зависимостью от ПАВ, но созависимого родителя пытается изменить в лучшую сторону ситуацию в семье в целом и создать предпосылки для отказа от деструктивных способов общения.

Методика **подкрепления со стороны ближайшего окружения** является одной из форм поведенческой супружеской и семейной терапии. В соответствии с этой методикой кто-либо из членов семьи, обычно супруга (супруг) или мать, использует подкрепляющие стимулы (о которых заранее договариваются), либо отказывает в них для того, чтобы наградить за периоды воздержания или наказать за употребление наркотика. К подкрепляющим стимулам относятся: совместное проведение досуга, доступ к управлению автомобилем, возможность распоряжаться определенной частью денежных средств и др. При этом родственники обучаются относиться к пациенту как к человеку с хроническим психическим заболеванием, распознавать и с наибольшей выгодой использовать моменты, когда он наиболее мотивирован, чтобы начать или продолжить лечение. Им предлагается помочь пациенту адаптироваться к жизни без употребления ПАВ и не прикладывать никаких усилий в случае возобновления им злоупотребления ПАВ. Привлечение к участию максимального количества родственников, друзей, а также регулярное наблюдение у врача используются для повышения эффективности методики.

Применение метода семейной психотерапии у пациентов с зависимостью от ПАВ помогает решить следующую основную задачу: интеграция представлений о наркологическом заболевании в русле именно болезненных расстройств, а не нравственных, психологических или других индивидуальных соображений о природе злоупотребления зависимости от ПАВ. По существу семейная психотерапия заключается в преодолении феномена анозогнозии родственников и достижение конструктивного альянса между всеми членами семьи и врачом для развития тактики совладения с болезнью. У многих членов семьи существует страх ожидания выписки пациента из стационара, непосредственно связанного с деструктивным поведением пациента, которые они наблюдали до его госпитализации и до начала терапии. Поэтому требуется систематическое переубеждение родственников пациента, а также окружающих лиц (соседей, знакомых) в том, что пациент не может быть опасен в случае соблюдения им режима трезвости. В рамках семейной психотерапии осуществляется также консультирование по юридическим вопросам, урегулировании семейных конфликтов, помощи в решении бытовых вопросов (осуществляется социальными работниками).

На всех последовательных периодах и этапах МР с родственниками пациентов подготовленные специалисты (врач, психолог, специалист по социальной работе и др.) регулярно (не реже 1 раза в месяц) проводят специальные занятия по следующим направлениям:

- медицинские и социальные последствия употребления ПАВ и зависимости от ПАВ;
- обучение навыкам общения с пациентами, особенности создания реабилитационной среды в семье;
- обучение контролю за состоянием пациентов с целью предупреждения рецидивов заболевания и оказания им психологической поддержки;
- преодоление созависимости.

25. Правила изменения требований при выполнении клинических рекомендаций

При обострении заболевания («срыв», рецидив) пациенту оказываются медицинские услуги в соответствии с клиническими рекомендациями, соответствующими лечению больных с синдромом зависимости от ПАВ.

При появлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, пациенту оказываются медицинские услуги, соответствующие выявленному заболеванию или синдрому.

При грубом нарушении пациентом режима реабилитационного отделения (центра), отказе от МР, нарушении установленных правил поведения и т.д. пациент исключается из программы МР, о чем сообщается в наркологический диспансер по месту жительства пациента.

При обоснованном досрочном прекращении участия пациента в программе МР за пациентом сохраняется право возвращения в реабилитационное отделение (центр).

26. Возможные исходы и их характеристика

Тип исхода МР	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	50	Отсутствие выраженного влечения к ПАВ, участие в общественно полезной деятельности (учеба, работа). Стремление к личностному и социальному благополучию. Нормализация морально-этических установок	6 - 12 месяцев	Диспансерное наблюдение в наркологическом диспансере
Прогрессирование	48,5	Обострение влечения к ПАВ (срыв, рецидив заболевания), аффективные и поведенческие расстройства	на любом этапе МР	Переход к лечению синдрома зависимости
Развитие ятрогенных осложнений	1	Появление заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергическая реакция)	на любом этапе МР	Оказание помощи по клиническим рекомендациям соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	0,4	Присоединение заболевания, обусловленного приемом ПАВ (например, вирусный гепатит, СПИД, инфекционный эндокардита и др.)	на любом этапе МР	Оказание помощи по клиническим рекомендациям соответствующего заболевания

Летальный исход	0,1	Наступление смерти в результате заболевания (внезапная смерть, суицид)	на любом этапе МР	
-----------------	-----	--	-------------------	--

27. Прогноз

При наличии твердой мотивации на поддержание трезвого образа жизни, сохранности критических способностей, структуры личности и адаптационных возможностей, а также прохождении всех этапов МР – положительный.

ЗАЯВЛЕНИЕ
на принятие в реабилитационную программу

ФИО, возраст _____

Зависимость _____

Дата заявки _____

Место жительства _____

Цель обращения _____

Прошу принять меня в реабилитационную программу со сроком пребывания __ дней с _____ по _____.

Я информирован, что все виды стационарного и амбулаторного лечения в реабилитационном отделении проводятся бесплатно. С содержанием программы и правилами пребывания ознакомлен, согласен и обязуюсь их соблюдать.

Подпись _____

Принять в программу _____

ФИО _____

На срок, установленный в заявке, с _____ по _____.

Заведующий отделением

Правила пребывания в реабилитационной программе (рекомендуемый вариант)

Пациенты, пребывающие в реабилитационной программе, обязуются:

1) полностью отказаться от употребления ПАВ:

- алкоголь, любые спиртосодержащие средства личной гигиены и т.п., наркотики,
- лекарственные средства, не назначенные врачом,
- крепкий чай, кофе,

2) курить сигареты только в специально предназначенном для этой цели помещении или (отказаться от курения сигарет),

3) не иметь сексуальных отношений с другими пациентами,

4) не заходить в чужие палаты,

5) не иметь при себе наличных денег, ценных вещей,

6) не играть в карты, нарды, домино, азартные игры, не пользоваться собственной радиотелевизионной аппаратурой, мобильными телефонами,

7) соблюдать правила культурного поведения и режим отделения, не использовать ненормативную лексику,

8) быть пунктуальными при посещении занятий и активно участвовать в них, соблюдать правила малой группы,

9) выполнять поручения по прохождению специальных обследований и другие поручения персонала,

10) активно участвовать в поддержании порядка в отделении.

Нарушение вышеуказанных правил расценивается как отказ от дальнейшего пребывания в программе.

Лица, пребывающие в программе, имеют право:

1) на помощь и эмоциональную поддержку,

2) на общение с родными через 2 недели с перевода в программу 1 раз в неделю,

3) на телефонный звонок 2 раза в неделю с письменного разрешения зав. отделением,

4) на посещение спортзала в обозначенное время по согласованию с лечащим врачом,

5) на собственное мнение,

6) на нерешение проблем окружающих людей,

7) быть самим собой.

Заявляю, что я ознакомился(лась) с содержанием правил, с правилами согласен(на) и обязуюсь их соблюдать.

Дата _____ ФИО _____

**Первичный прием
в медицинскую программу реабилитации**

Имя и отчество пациента _____

Возраст пациента _____

Причина обращения _____

Психо/эмоциональные аспекты _____

Обращались ли за помощью к психиатру, психологу? _____

Почему? _____ Результат _____

Лечение в стационаре _____

Депрессии _____

Попытки суицида _____

Агрессия _____

Потери в жизни (смерти близких людей и др.) _____

Что особенно запомнилось из детства? _____

К кому в семье ближе всего, почему? _____

Менялись ли отношения в последние несколько лет _____

Почему? _____

Обстановка в семье была: _____

Какие области жизни сейчас приводят к конфликтам (деньги, секс, отношения с людьми, дети, здоровье, работа и пр.) _____

Уходил ли из дома, когда, почему _____

Социальное окружение сейчас _____

Как часто встречается с друзьями _____

Отношения с друзьями _____

Был ли на стационарном лечении от алкогольной/наркотической зависимости _____

На амбулаторном _____

Отношения с законом, финансы

Был ли под следствием _____

В тюрьме _____

Образование, работа

Неполное среднее _____

Среднее _____

Среднее специальное _____

Высшее _____

Научная степень _____

Специальность по образованию _____

Сколько раз менял работу, причины _____

Как долго работал на последнем месте работы _____

Семья, социальный статус _____

Сейчас живет с _____

В браке _____

В разводе _____ Причины _____

Не женат _____

Развитие зависимости _____

Первое употребление _____

Перерывы в употреблении, при каких обстоятельствах _____

Как и когда впервые столкнулись с проблемами, вызванными
алкоголем/наркотиками _____

Случаи передозировок _____

Когда впервые начал беспокоиться _____

Почему _____

Беспокоилась ли семья _____

Отношения на работе _____

Чувствовал ли себя виноватым из-за употребления _____

Есть ли у кого-нибудь еще в семье проблемы с алкоголем/наркотиками _____

Был ли опыт 12-шаговых программ _____

Сколько был чистым в программе _____

Внешний вид пациента _____

Динамика _____

Дата _____

**ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЕЙ
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ**

Основные составляющие реабилитационного потенциала:

		Баллы
I БЛОК - ПРЕМОРБИД		
1. Наследственность по линии родителей и ближайших родственников (мать, отец, сестра, брат):	Неотягощена Отягощена: алкоголизм, наркомания психические заболевания	5 -2 -2
2. Наследственность по восходящей линии:	Неотягощена Отягощена: алкоголизм, наркомания психические заболевания	3 -1 -1
3. Условия воспитания:	В полной семье Только матерью Только отцом У родственников В приемной семье В детском доме	5 2 2 1 -1 -2
4. Материальное положение семьи:	Хорошее Среднее Плохое	4 3 1
5. Отношение между родителями:	Ровные (хорошие, удовлетворительные) Неровные (периодически конфликтные) Постоянно конфликтные	4 2 -1
6. Физическое развитие:	Норма Задержка Патология	5 3 -1
7. Степень тяжести соматических заболеваний:	Легкая Средняя Тяжелая (тяжесть заболевания определяется угрозой жизни, инвалидностью, длительной госпитализацией)	4 2 -1
8. Психическое развитие	Норма Задержка Патология	5 3 -1
9. Психические девиации:	Отсутствуют Акцентуация Невротическая личность Психопатия	4 0 -1 -2
10. Особенности поведения:	Норма Девиантность	5 0

	Делинквентность	-1
11. Закончил до начала злоупотребления наркотиками:	ВУЗ	5
	Среднюю школу	4
	Неполное среднее	3
	7-8 классов	2
	5-6 классов	1
	4 и менее классов	-1
12. Успеваемость в школе:	Отлично и хорошо	5
	Хорошо	4
	Посредственно	3
	Неудовлетворительно	-1
13. Степень устойчивости интересов и увлечений:	Устойчивые	4
	Без особенностей	3
	Неустойчивые	1
14. Отношение к труду:	Позитивное	4
	Неустойчивое	2
	Негативное	-1
15. Наличие профессии:	Имеет	4
	Частично приобретена	2
	Не имеет	-1
16. Антисоциальные поступки	Не было	4
	Были	-1
17. Сексуальная сфера:	Норма	4
	Снижение потенции	1
	Снижение либидо	1
	Импотенция	-1
	Фригидность	-1
	Перверсии	-2
18. Употребление алкоголя:	Единичные случаи	4
	Умеренное	3
	Часто (1-2 раза в неделю)	0
	Зависимость	-1
II БЛОК - КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
1. Возраст начала злоупотребления ПАВ:	20 лет и старше	4
	18-19 лет	3
	16-17 лет	1
	12-15 лет	-1
2. Продолжительность заболевания:	До 6 месяцев	5
	До 1 года	4
	От 1 до 3 лет	0
	Более 3 лет	-1
3. Стадия синдрома зависимости (по МКБ-10):	Начальная (первая) стадия зависимости	-1
	Средняя (вторая) стадия зависимости	-2
	Конечная (третья) стадия зависимости	-3
4. Способ введения наркотика:	Интраназально, курит, орально	-1
	Внутримышечное или подкожное	-2
	Внутривенно	-3
5. Параллельное	Практически отсутствует	4

злоупотребление ПАВ:	Каннабиноидами (гашиш и пр.)	0
	Психостимуляторами	-1
	Галлюциногенами	-1
	Транквилизаторами	-1
6. Вид влечения к ПАВ в ремиссии (на этапах реабилитации)	Не выражено	2
	Периодический-навязчивый	-1
	Периодический компульсивный	-2
	Постоянный	-3
7. Степень выраженности синдрома отмены (НАС):	Легкая	0
	Средняя	-1
	Тяжелая	-2
8. Передозировка психоактивными веществами:	Не было	4
	Однократно	-1
	Множественно	-2
9. Суицидальные тенденции:	Отсутствуют	4
	Мысли	-1
	Действия	-2
10. Суицидальные тенденции проявляются:	В состоянии наркоманического абстинентного синдрома	-1
	В опьянении	-2
	В ремиссии	-3
11. Ремиссии:	Спонтанные	4
	Терапевтические	3
	Вынужденные	1
	Отсутствуют	-3
12. Заболевания, приобретенные в период злоупотребления психоактивными веществами:	Отсутствуют	4
	Ч/м травма	0
	Сифилис	-1
	Гепатит	-1
	Прочее	-1
	ВИЧ-инфекция	-3
13. У потребление алкоголя в период заболевания наркоманией:	Умеренное	4
	Бытовое злоупотребление	1
	Болезненная зависимость	-2
	Комбинирует с наркотиками	-2
14. Приобретенные психопатологические нарушения:	Отсутствуют	4
	Эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии)	-1
	Астенический (неврастенический) синдром	-1
	Поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение)	-2
15. Сексуальность:	Норма	4
	Снижение потенции	1
	Снижение либидо	1
	Импотенция (фригидность)	-1
	Перверсии	-2
16. Сексуальная жизнь:	Регулярно	4
	Редко	2
	Отсутствует	-1
17. Критика к заболеванию	Сохранена	4
	Частично сохранена	1

наркоманией:	Отсутствует	-3
18. Согласие на участие в лечебно-реабилитационном процессе:	Добровольное Добровольно-принудительное Недобровольное	4 0 -3
19. Мотивы добровольного согласия:	Мотивы роста Мотивы прагматические	3 1
III БЛОК - ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ		
1. Семейный статус:	Женат/замужем Сожительство (постоянное) Не женат/не замужем	3 2 1
2. Живет:	В семье родителей В семье жены (мужа) В своей семье Один	3 2 1 -1
3. Жена/муж, сожитель/сожительница:	Не употребляет наркотики Болен (а) наркоманией (ремиссия) Употребляет наркотики	4 -1 -3
4. Семейные отношения:	Нормализованы Умеренно конфликтные (напряженные) Средне конфликтные Крайне конфликтные	4 1 -1 -2
5. Образование:	Высшее Незаконченное высшее Среднее техническое Среднее Незаконченное среднее Начальное	5 4 3 2 1 -1
6. Трудовой статус:	Работает или учится В академическом отпуске Не учится и не работает	4 0 -3
7. Судимость, правонарушение:	Отсутствует Привлекался к уголовной ответственности (не направлялся в исправительно-трудовое учреждение) Был осужден 1 раз Был осужден 2 и более раз	4 -1 -2 -3
8. Круг социальных интересов:	Высокий (разнообразный) Средний (однообразный) Низкий	4 2 0
9. Отношение родственников к употреблению психоактивными веществами:	Активное противодействие Неодобрительное Индифферентное	4 2 0
10. Профессиональные навыки и интересы:	Сохранены Частично утрачены Утрачены	4 1 -1
11. Отношение к работе и учебе:	Творческое Активное	4 3

	Безразлично-пассивное Негативное	-1 -2	
IV БЛОК - ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ (приобретенные в процессе заболевания)			
1. Морально-этические нарушения Практически отсутствуют Легкие (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позерство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.) Средние (значительные нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и пр.) Тяжелые (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, утрата материнского/отцовского инстинкта, антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и принятие ее идеологии и пр.)		4 -1 -2 -3	
	2. Интеллектуально-мнестические нарушения Практически отсутствуют Легкие (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.) Средние (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.) Тяжелые (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и пр.)		4 -1 -2 -3
		3. Эмоциональные нарушения Практически отсутствуют Легкие (несвойственная до употребления наркотиков эмоциональная лабильность, напряженность, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.) Средние (аффективная несдержанность, эмоциональная холодность к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.) Тяжелые (недержание аффектов, эмоциональное оупление,	

жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.)	
4. Социофобия: Отсутствует Выражена	4 -1
5. Деградация личности: Отсутствует Легкая (включает легкие морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, наличие первых признаков социальной дезадаптации на фоне синдрома зависимости начальной (первой) стадии) Средняя (включает средней выраженности морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоционального нарушения, частичную социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости средней (второй) стадии) Тяжелая (включает тяжелые морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости конечной (третьей) стадии)	4 -1 -2 -3
ДИАГНОЗ: Мононаркомания Полинаркомания Наркомания + алкоголизм Наркомания + психические заболевания	-1 -2 -2 -2

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала состоит из четырех блоков в виде конкретных вопросов. Ответ на каждый вопрос подвержен квантификации (количественное выражение качественных признаков), что позволяет все особенности преморбида, физического, психического и социального развития больного и клинические признаки заболевания оценивать в баллах +5, +4, +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3. В результате четыре блока опросника получают суммарную цифровую оценку уровня реабилитационного потенциала каждого больного (высокий, средний, низкий). Для удобства фиксации результатов опроса прилагается специальная карта (см. приложение N 3 к настоящему отраслевому стандарту), полностью соответствующая информационным данным опросника обследования (см. приложение N 2 к настоящему отраслевому стандарту). В результате опроса больные с высоким уровнем реабилитационного потенциала в среднем набирают 83 балла (+/-6) при "идеале" 110 баллов, со средним уровнем реабилитационного потенциала - 62 (+/-10), с низким уровнем реабилитационного потенциала - 45 баллов (+/-10). Это сумма образуется в результате вычитания из суммы баллов со знаком "+" суммы баллов со знаком "-".

КАРТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Ф.И.О. _____
 Год рождения _____. Дата заполнения: _____

I БЛОК

1. $\begin{bmatrix} 5 & -2 & -2 \end{bmatrix}$ 2. $\begin{bmatrix} 3 & -1 & -1 \end{bmatrix}$ 3. $\begin{bmatrix} 5 & 2 & 2 & 1 & -1 & -2 \end{bmatrix}$ 4. $\begin{bmatrix} 4 & 3 & 1 \end{bmatrix}$
 5. $\begin{bmatrix} 4 & 2 & -1 \end{bmatrix}$ 6. $\begin{bmatrix} 5 & 3 & -1 \end{bmatrix}$ 7. $\begin{bmatrix} 4 & 2 & -1 \end{bmatrix}$ 8. $\begin{bmatrix} 5 & 3 & -1 \end{bmatrix}$ 9. $\begin{bmatrix} 4 & 0 & -1 & -2 \end{bmatrix}$
 10. $\begin{bmatrix} 5 & 0 & -1 \end{bmatrix}$ 11. $\begin{bmatrix} 5 & 4 & 3 & 2 & 1 & -1 \end{bmatrix}$ 12. $\begin{bmatrix} 5 & 4 & 3 & -1 \end{bmatrix}$ 13. $\begin{bmatrix} 4 & 3 & 1 \end{bmatrix}$
 14. $\begin{bmatrix} 4 & 2 & -1 \end{bmatrix}$ 15. $\begin{bmatrix} 4 & 2 & -1 \end{bmatrix}$ 16. $\begin{bmatrix} 4 & -1 \end{bmatrix}$ 17. $\begin{bmatrix} 4 & 1 & 1 & -1 & -1 & -2 \end{bmatrix}$ 18. $\begin{bmatrix} 4 & 3 & 0 & -1 \end{bmatrix}$

ИТОГО: _____

II БЛОК

1. $\begin{bmatrix} 4 & 3 & 1 & -1 \end{bmatrix}$ 2. $\begin{bmatrix} 4 & 3 & 0 & -1 \end{bmatrix}$ 3. $\begin{bmatrix} 1 & -2 & -3 \end{bmatrix}$ 4. $\begin{bmatrix} -1 & -2 & -3 \end{bmatrix}$ 5. $\begin{bmatrix} 4 & 0 & -1 & -1 & -1 \end{bmatrix}$
 6. $\begin{bmatrix} 2 & -1 & -2 & -3 \end{bmatrix}$ 7. $\begin{bmatrix} 0 & -1 & -2 \end{bmatrix}$ 8. $\begin{bmatrix} 4 & -1 & -2 \end{bmatrix}$ 9. $\begin{bmatrix} 4 & -1 & -2 \end{bmatrix}$ 10. $\begin{bmatrix} -1 & -2 & -3 \end{bmatrix}$
 11. $\begin{bmatrix} 4 & 3 & 1 & -3 \end{bmatrix}$ 12. $\begin{bmatrix} 4 & 0 & -1 & -1 & -1 & -3 \end{bmatrix}$ 13. $\begin{bmatrix} 4 & 1 & -2 & -2 \end{bmatrix}$ 14. $\begin{bmatrix} 4 & -1 & -1 & -2 \end{bmatrix}$
 15. $\begin{bmatrix} 4 & 1 & 1 & -1 & -2 \end{bmatrix}$ 16. $\begin{bmatrix} 4 & 2 & -1 \end{bmatrix}$ 17. $\begin{bmatrix} 4 & 1 & -3 \end{bmatrix}$ 18. $\begin{bmatrix} 4 & 0 & -3 \end{bmatrix}$ 19. $\begin{bmatrix} 3 & 1 \end{bmatrix}$

ИТОГО: _____

III БЛОК

1. $\begin{bmatrix} 3 & 2 & 1 \end{bmatrix}$ 2. $\begin{bmatrix} 3 & 2 & 1 & -1 \end{bmatrix}$ 3. $\begin{bmatrix} 4 & -1 & -3 \end{bmatrix}$ 4. $\begin{bmatrix} 4 & 1 & -1 & -2 \end{bmatrix}$ 5. $\begin{bmatrix} 5 & 4 & 3 & 2 & 1 & -1 \end{bmatrix}$
 6. $\begin{bmatrix} 4 & 0 & -3 \end{bmatrix}$ 7. $\begin{bmatrix} 4 & -1 & -2 & -3 \end{bmatrix}$ 8. $\begin{bmatrix} 4 & 2 & 0 \end{bmatrix}$ 9. $\begin{bmatrix} 4 & 2 & 0 \end{bmatrix}$ 10. $\begin{bmatrix} 4 & 1 & -1 \end{bmatrix}$ 11. $\begin{bmatrix} 4 & 3 & -1 & -2 \end{bmatrix}$

ИТОГО: _____

IV БЛОК

1. $\begin{bmatrix} 4 & -1 & -2 & -3 \end{bmatrix}$ 2. $\begin{bmatrix} 4 & -1 & -2 & -3 \end{bmatrix}$ 3. $\begin{bmatrix} 4 & -1 & -2 & -3 \end{bmatrix}$ 4. $\begin{bmatrix} 4 & -1 \end{bmatrix}$ 5. $\begin{bmatrix} 4 & -1 & -2 & -3 \end{bmatrix}$

Диагноз обследования: $\begin{bmatrix} -1 & -2 & -2 & -2 \end{bmatrix}$

ИТОГО: _____ Уровень реабилитационного потенциала _____

Врач _____

ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН-СХЕМА ОДНОГО ДНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

УТРЕННИЙ ПРИЕМ (с 9.00 по 11.00) или
ВЕЧЕРНИЙ ПРИЕМ (с 16.00 по 18.00)

9.00 - 10.00 (16.00 - 17.00) Беседа с врачом (по показаниям лечебные мероприятия).

10.00 - 11.00 (17.00 - 18.00) Работа с психологом (психотерапевтом), специалистом по социальной работе (социальным работником) в группе или индивидуально.

Работа с родственниками больных в группе или индивидуально (утреннее или вечернее время).

ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН-СХЕМА ОДНОГО ДНЯ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

8.45 - 9.00 Утренняя встреча.

9.00 - 9.45 ЗАВТРАК.

9.45 - 10.00 Уборка столовой.

10.00 - 10.15 Составление плана на день (тема дня).

10.10 - 11.10 Беседа с врачом (по показаниям лечебные мероприятия).

11.20 - 13.00 УТРЕННЕЕ СОБРАНИЕ.

Работа с психологом (психотерапевтом), специалистом по социальной работе (социальным работником):

- представление: не забудь ответить на вопросы: "Кто ты?", "Зачем ты здесь?";

- новости дня: новости "Терапевтического сообщества", Дневного стационара;

- личные новости, новости из внешнего мира, международные новости, объявления;

- игра-разминка: "Предложи игру" или "дежурная игра" или др.;

- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ;

- шеринг (анализ состояния, обсуждение результатов встречи, ответы на вопросы).

13.00 - 13.15 Перерыв.

13.15 - 13.50 Работа по заданию (индивидуально).

13.50 - 14.00 Подготовка к обеду.

14.00 - 14.45 ОБЕД.

14.45 - 15.00 Уборка столовой.

15.00 - 17.15 КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОКАЗАНИЯМ:

- терапевтические процедуры (психотерапия, физиотерапия, ароматерапия, пр.);

- спортивные занятия;

- арт-терапия;

- индивидуальная работа с психологом или специалистом по социальной работе (социальным работником).

17.15 - 18.00 ВЕЧЕРНЕЕ СОБРАНИЕ:

- как прошел твой день?;

- обсуждение чувств дня;

- анализ состояния;

- задание на дом;

- работа с родственниками больных в группе или индивидуально (утреннее или вечернее время).

Приложение 8

ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН-СХЕМА ОДНОГО ДНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

7.00 Подъем.

7.00 - 7.45 Утренний туалет, уборка постели.

7.45 - 8.30 Завтрак.

8.30 - 8.45 Уборка столовой.

8.45 - 9.00 Утренняя медитация (тема дня).

9.00 - 10.15 УТРЕННЕЕ СОБРАНИЕ.

Работа с психологом, специалистом по социальной работе (социальным работником):

- представление: не забудь ответить на вопросы: "Кто Ты?", "Зачем ты здесь?";

- новости дня: новости реабилитационного учреждения, реабилитационного стационара;

- личные новости, международные новости, объявления и пр.;

- игра-разминка: "Предложи игру" или "дежурная игра", или др.;

- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ.

10.15 - 10.30 Перерыв.

10.30 - 11.30 Беседа с врачом (по показаниям лечебные мероприятия).

10.30 - 13.45 ТРУДОТЕРАПИЯ.

13.45 - 14.00 Подготовка к обеду.

14.00 - 14.45 Обед.

14.45 - 15.00 Уборка столовой.

15.00 - 18.00 ТРУДОТЕРАПИЯ.

18.00 - 18.30 Подготовка к ужину.

18.30 - 19.15 Ужин.

19.15 - 19.30 Уборка столовой.

19.30 - 20.30 КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОКАЗАНИЯМ:

- терапевтические процедуры (психотерапия, физиотерапия, ароматерапия пр.);

- спортивные занятия;

- арт-терапия;

- индивидуальная работа с психологом или специалистом по социальной работе (социальным работником).

20.30 - 20.45 Перерыв.

20.45 - 21.45 ВЕЧЕРНЕЕ СОБРАНИЕ:

- как прошел твой день? Чего мы достигли?;

- обсуждение чувств дня;

- анализ состояния;

- индивидуальное задание ("задание на дом").

21.45 - 22.45 Свободное время, выполнение домашнего задания.

22.45 - 23.00 Подготовка ко сну.

23.00 Отбой.

Работа с родственниками больных в группе или индивидуально (утреннее или вечернее время).

Приложение 9

**ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОГРАММЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ
И ПРИМЕРНЫЙ ГРАФИК РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ
УСЛОВИЯХ**

Этап реабилитации	Продолжительность этапа	Частота посещений	Количество посещений
Адаптационный	до 2 недель (при высоком УРП)	3 раза в неделю	6
	до 4 недель (при среднем и низком УРП)	3 раза в неделю	12
Интеграционный	1-1,5 месяца (при высоком УРП)	2 раза в неделю	4-6
	2-2,5 месяца (при среднем и низком УРП)	2 раза в неделю	16-20
Стабилизационный	3-4 месяца (при 6 месячной)	1-2 раза в неделю первые 2 месяца	8-16

	реабилитационной программе)	1 раз в две недели последующие 1-2 месяца	2-4
8-10 месяцев (при одногодичной реабилитационной программе)		1-2 раза в неделю первые 4 месяца 1 раз в 2 недели 4-6 месяцев	16-32 8-12
14-15 месяцев (при полугодовой реабилитационной программе)		1-2 раза в неделю первые 4 месяца 1 раз в 2 недели 4-6 месяцев 1 раз в месяц в течение 6 месяцев	16-32 8-12 6
20-21 месяц (при двухгодичной реабилитационной программе)		1-2 раза в неделю первые 4 месяца 1 раз в две недели следующие 4-6 месяцев 1 раз в месяц в течение одного года	16-32 8-12 12

Итого посещений:

при 6-месячной программе для больных с высоким УРП - 20-32
 для больных со средним и низким УРП - 38-52
 при 12-месячной программе для больных с высоким УРП - 34-56
 для больных со средним и низким УРП - 52-76
 при 18-месячной программе для больных с высоким УРП - 40-62
 для больных со средним и низким УРП - 58-82
 при 24-месячной программе для больных с высоким УРП - 46-68
 для больных со средним и низким УРП - 64-88

Приложение № 10

ПОСОБИЕ ДЛЯ НАПИСАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (материал для пациента)

Для полноценной проработки 1-го шага программы выздоровления нам необходимо увидеть и осознать, как развивалась наша болезнь с течением времени. Алкоголь и наркотики далеко не сразу стали для нас проблемой. Было время, когда нам нравилось употреблять и мы не видели причин, почему мы должны отказывать себе в удовольствии.

Этот период можно охарактеризовать как **«алкоголь/наркотик – друг»**.

Однако со временем вещества, изменяющие сознание, вместо того, чтобы помогать, стали создавать нам проблемы. Этот период развития зависимости мы обозначим, как **«алкоголь/наркотик – враг»**.

Еще чуть позже вещества начали все больше и больше вторгаться в нашу жизнь, постепенно беря ее под контроль. Этот период мы обозначим как **«алкоголь / наркотик – хозяин»**. История болезни – это рассказ о том, как менялись твои отношения с веществом с течением времени.

История зависимости – это не история твоей жизни. Тебе не нужно расписывать в подробностях, как у тебя складывались отношения с родителями, близкими и каких успехов тебе удалось достичь в своей карьере. Это также не анализ, отвечающий на вопрос «почему?». История болезни – это рассказ о том, что происходило с тобой и твоей жизнью в связи с употреблением вещества, это перечень конкретных фактов, а не рассуждения по их поводу. Это также возможность осознать свои чувства и поделиться ими с другими.

Избегай соблазна оправдывать себя или замалчивать болезненные факты. Помни, что мы больны настолько, насколько мы еще не высказались. В добрый час!

1. ОТНОШЕНИЯ С ВЕЩЕСТВАМИ В ДЕТСТВЕ (ДО 7 ЛЕТ)

- Как в доме, где ты рос относились к употреблению алкоголя и других веществ?

- Употреблял ли кто-нибудь из твоих близких?

- Как это сказывалось на тебе? Что ты чувствовал?

- Приходилось ли тебе ребенком употреблять алкоголь или другие вещества?

Как это было? Что ты чувствовал? Были ли последствия?

2. НАЧАЛО ОТНОШЕНИЙ С ВЕЩЕСТВАМИ

- Как и когда ты начал употреблять? (мотив, обстоятельства)

- Как ты относился к употреблению веществ в это время? Были ли у тебя убеждения против употребления каких-либо веществ?

- Как менялось твое состояние, чувства, отношение с людьми в состоянии опьянения?

- Сколько времени, сил и средств уходило у тебя на поиск и употребление веществ? Что ты чувствовал, если веществ не было?

- Были ли последствия или проблемы, связанные с употреблением?

- Как часто ты стал употреблять после первых проб?

3. РАЗВИТИЕ ОТНОШЕНИЙ С ВЕЩЕСТВАМИ

- Как изменялись количество и частота употребления с течением времени?

- Что ты хотел получить от веществ? Что давали тебе вещества из того, чего тебе не хватало в трезвости?

- Что изменилось в твоём отношении к употреблению каких-либо веществ? Как ты относился к употреблению наркотиков? Были ли у тебя какие-либо барьеры, опасения?

- Сколько времени, сил и средств уходило у тебя на поиск и употребление? Как ты относился к трезвости?

- Какие были последствия или проблемы, связанные с употреблением?

4. «АЛКОГОЛЬ/НАРКОТИК – ДРУГ»

- Как изменились со временем вещества, их количество и частота употребления?

- Что ты искал в употреблении? Что получал?

- Чему и как мешало твое употребление? Чем жертвовал ради употребления?

- Были ли люди, которые прямо или косвенно осуждали или пытались помешать твоему употреблению? Что ты чувствовал и как относился к ним?
- Что изменилось в твоей жизни? В тебе самом?
- Какие были последствия и проблемы в связи с употреблением?
- Как изменились твои взгляды на употребление? Сколько времени, сил и средств уходило на поиск и употребление? Как ты относился к трезвости?

5. «АЛКОГОЛЬ/НАРКОТИК – ВРАГ»

- Как изменились количество и частота употребления?
- Что ты искал в употреблении? Что получал?
- Чему и как мешало твое употребление? Чем жертвовал ради употребления?
- Сколько сил, времени и средств уходило на поиск и употребление? Как ты относился к трезвости?
- Как изменились твои убеждения насчет употребления?
- Какие были последствия и проблемы?

6. «АЛКОГОЛЬ/НАРКОТИК – ХОЗЯИН»

- Сколько сил, времени и средств уходило на поиск и употребление в последнее время? Как ты относился к трезвости?
- Что ты искал в употреблении? Что получал?
- Какие идеи и убеждения сложились у тебя относительно употребления?
- Какие были последствия и проблемы?
- Чему и как мешало употребление? Чем жертвовал ради употребления?
- Что ты чувствовал по поводу своего употребления?

7. ОТНОШЕНИЯ С ВЕЩЕСТВАМИ СЕГОДНЯ. ИТОГ

- Как с течением времени изменились твои отношения с веществами?
- Что сделали вещества с тобой и твоей жизнью за то время, что ты употребляешь?
- Что не успели сделать? Что у тебя осталось?
- Считаешь ли ты себя больным наркоманией или алкоголизмом? Почему ты так считаешь?
- Что ты собираешься делать с этим?
- Веришь ли ты в возможность трезвой и одновременно счастливой жизни для себя? Что должно произойти для этого?
- Что ты собираешься для этого сделать?

Приложение № 11

Методика самодиагностики для выработки самоконтроля (материал для разбора с пациентом).

Одной из ключевых проблем при построении индивидуальной программы реабилитации является определение структуры и глубины дефицитарности личности. В реабилитационной программе не используется психопатологическая терминология, которая была бы не понятна для больного, что определяется необходимостью обсуждения с больным и проработки самим

большим особенностями своей личности. В этом отношении очень удобна модель, которая рассматривает дефекты характера зависимой личности. Называется она «Дерево дефектов характера». Рассмотрим:

Почва

Все люди рождаются и живут с разного рода потребностями. Есть потребности, которые обеспечивают наше с вами выживание: потребность есть, пить, спать. Есть потребность сохранять человека как вид - потребность воспроизводить себе подобных. Существуют также потребности гораздо менее очевидные, но от этого не менее важные. Это потребность быть частью сообщества; или малой группы людей, частью всего человечества, быть похожим на кого-то. Есть потребность чувствовать себя в безопасности, в стабильном спокойствии. Потребность, чтобы нас одобряли, поддерживали, признавали наши достоинства, потребность, чтобы принимали такими, какие мы есть, любили; есть потребность любить кого-то. Все эти потребности заявляют о себе и требуют удовлетворения.

На рисунке потребности обозначены точками, их много и они - почва, на которой вырастает Дерево дефектов характера. У зависимого человека с развитием болезни формируются определенные черты личности - практически у каждого. На рисунке это Корни Деревя.

Корни

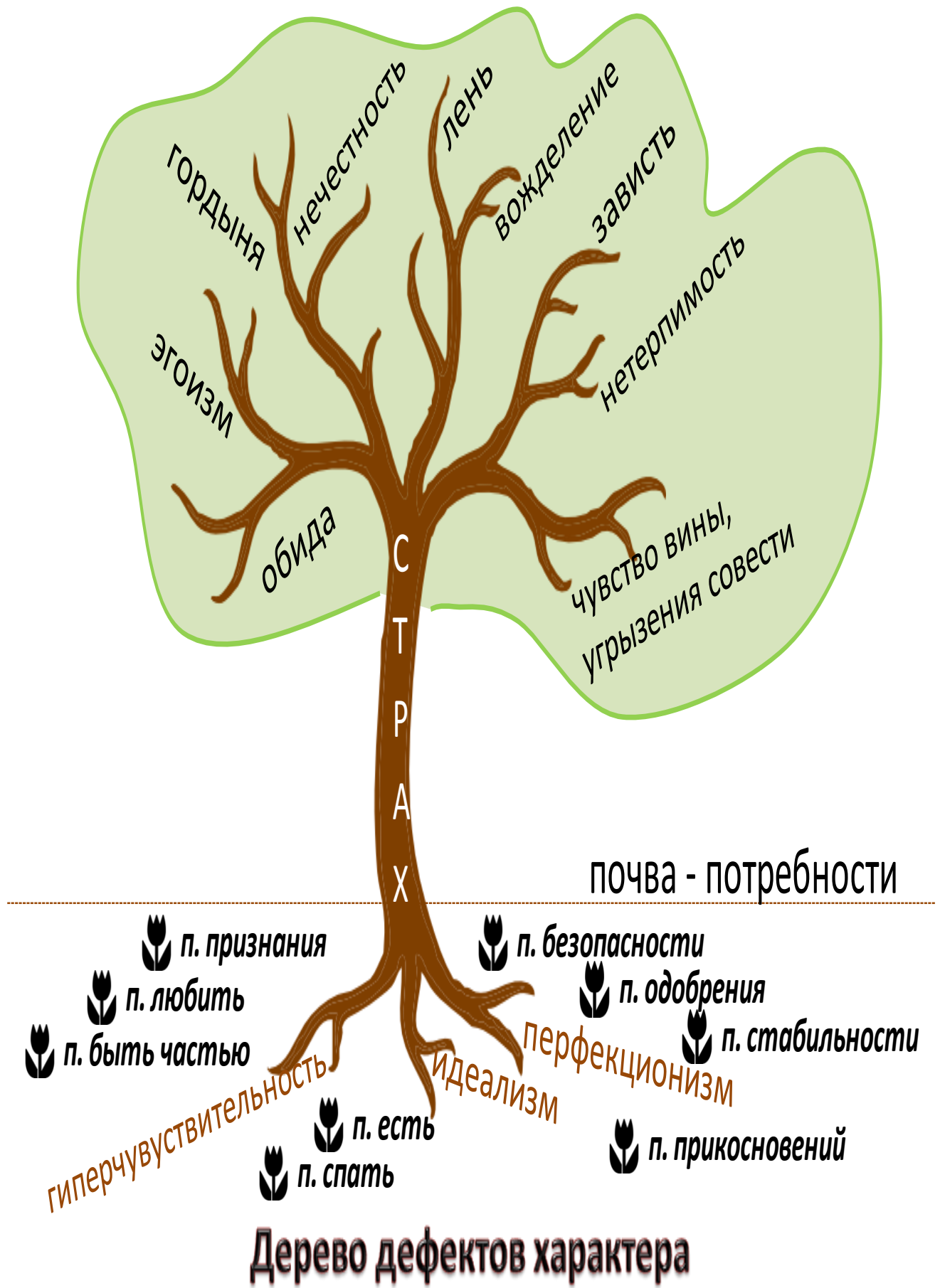
1. Гиперчувствительность. Зависимые люди очень часто жалуются на нервозность, раздражительность, напряженность, на то, что они на какие-то житейские мелочи реагируют неадекватно бурно. В норме сила, яркость эмоций колеблются в определенных пределах. У зависимых амплитуда колебаний эмоций по силе, с которой они овладевают, захватывают людей гораздо больше. Можно сказать, что алкоголизм/наркомания - болезнь эмоций. Если человек злится, то он готов разнести весь дом; если грустит, то жалеет себя настолько глубоко, что готов убить себя, а с некоторыми это происходит на самом деле. Если человек с зависимым поведением грустит, то это принимает вселенские масштабы вплоть до самоубийства, если испытывает радость, подъем, то он забывает об окружающих, о проблемах и часто совершает неадекватные поступки.

2. Идеализм формируется у каждого зависимого. Под идеализмом здесь мы понимаем искаженные, не соответствующие действительности представления о себе, о людях, об окружающем мире. Это может проявляться и в том, что человек чувствует себя «первым парнем на деревне»: «Я все могу; мне черт не брат; и море по колено». Или человек может ощущать себя полным ничтожеством, нулем, ни к чему не способным. Алкоголик/ наркоман легко может переходить из крайности в крайность.

Идеализм по отношению к миру часто проявляется в ощущении, что люди - волки; вокруг никому нельзя доверять; никому ни до кого нет дела, люди и мир агрессивны.

Таким образом, образ реальности, формирующийся у алкоголика / наркомана, не совпадает, и очень искаженно представляет реальный мир.

Например, мать и жена алкоголик? / наркомана» видя, как он погибает у них на глазах, пытаются как-то объяснить ему, как он выглядит со стороны, убедить лечиться. А химически зависимый человек воспринимает это как ненависть, попытки ограничить свободу. То есть не видит позитивных намерений родных, друзей, а видит негатив.



3. Перфекционизм - стремление все сделать наилучшим образом, на «5 с плюсом». Прекрасно эту черту химически зависимых выражает широко известная поговорка: «Если красть, так миллион; если любить, так королеву». И это требование относится и к самому себе, и к людям. Эта черта делает многих алкоголиков и наркоманов непереносимыми в близких отношениях: они постоянно недовольны тем, что есть и придираются, критикуют, высказывают претензии. И эта же черта усугубляет у них чувство вины, ощущение своей «мерзости» и препятствует выздоровлению.

Эти три черты зависимого человека как увеличительное стекло выращивают обычные человеческие потребности до невероятных размеров и превращают их в дефекты характера.

Потребность получать признание, чувствовать себя значимым, важным может вырасти в гордыню: властность, пренебрежение к людям, самолюбование. Потребность быть любимым может превратить человека в «тряпку, о которую вытирают ноги» и используют. Потребность любить может вырасти в гиперконтроль над любимым человеком, в манипулирование им. Сексуальная потребность у некоторых превращается в сексуальную зависимость, когда становится необходимым физически овладеть человеком, который хоть сколько-нибудь, привлек тебя. И так далее.

То есть обычные человеческие потребности, пройдя через увеличительное стекло идеализма, перфекционизма и гиперчувствительности, превращаются в дефекты характера. На рисунке это ветви дерева.

Дерево

Какое основное чувство будет у человека с завышенными потребностями? Конечно – страх. Страх, что потребности не будут удовлетворены.

Это ствол дерева на рисунке. Страх у зависимого человека - чувство, которое пропитывает всю жизнь.

Страх очевидный, знакомый всем зависимым - это страх в похмельное утро, когда человек пытается вспомнить, где вчера был и что натворил.

Менее очевидный, но более глубокий страх перед будущим: Куда я качусь? Чем все это кончится? Время от времени этот страх охватывает все существо химически зависимого; в другие периоды он отступает и почти не ощущается, но он есть всегда. Это страх потерять любимого человека, семью, работу, здоровье, друзей, потерять жизнь. Страх, что люди узнают правду о его химической зависимости и отвернутся.

Единственное средство против страха - это вера. Вера и страх несовместимы. Это может быть вера в Бога, в высшую справедливость, в добро и любовь как смысл человеческого существования. В более простых формах вера, что все будет хорошо, что все, что ни делается - все к лучшему. И вот на этом стволе страха расцветают дефекты характера - ветви дерева. Их может быть очень много. И не все ветви относятся к каждому химически зависимому. Больному важно обнаружить свои основные дефекты характера и начать работать с ними, изменять в том направлении, в котором вы хотите. Может быть, больной обнаружит, что все

перечисленные дефекты характера у него есть. Но изменить себя полностью за короткий срок невозможно. Поэтому нужно ограничить больного работой над одним-двумя, основными. Итак, ветви дерева.

Эгоизм. Интерес и забота исключительно к собственным желаниям, нуждам, поглощенность собой. Некоторые люди не различают два понятия: эгоизм и любовь к себе. Любовь к себе вовсе не исключает любовь к другим. Наоборот, любящий себя гораздо более способен любить других, чем относящийся к себе пренебрежительно, неуважительно и т. д. Сравни: эгоистический альтруизм Чернышевского. Пойти и вылечить разболевшийся зуб - это не эгоизм, а нормальное заботливое отношение к себе.

Эгоизм может проявляться в своеволии: «Я хочу так, как я хочу» - не учитывая интересы других людей.

Эгоизм может проявляться в том, что человек не оценивает критически свои поступки, а все оправдывает. И химически зависимый, как правило, великолепный мастер оправдывает своё поведение («Сто верст до небес и все лесом!»).

Эгоизм проявляется в самодовольстве, жалости к себе, нетерпимости, властности, упрямстве, духе противоречия и т. д.

Потребности, умноженные специфическими чертами личности химически зависимого, превращаются в ненасытность. Человек превращается в добывающего и поглощающего.

Своим поведением и отношением к людям эгоист обрекает себя на одиночество; растут ненависть к миру, которой противится великой воле эгоиста и к самому себе. У эгоиста ее остается времени на собственную жизнь, т. к. время тратится не добывание, доставание и поглощение.

Гордыня. Разделим понятия гордости и гордыни. Гордыня - чрезмерное и неоправданное самоуважение, либо ненависть к себе. Гордость - радостное удовлетворение своими реальными успехами и достижениями, естественное человеческое чувство. Одна из человеческих потребностей - ощущать свою ценность, значимости. Это чувство укрепляется реальными достижениями и успехами.

Гордыня не подкреплена реальным трудом. Человек может гордиться высоким происхождением или благосостоянием и должностью родителей. Или человек гордится случайным знакомством со знаменитым человеком. Но это не его заслуга! Гордыня может проявляться в высокомерном отношении к людям, в надменности, в тщеславии, хвастовстве (ты – просто алкоголик, а я – заслуженный).

Гордец очень беспокоится, что могут обнаружить его ошибки или неправоту; или что другой человек его в чем-то превосходит; не может позволить другому победить себя в спорах. Больной гордыней не способен делиться с другими людьми своими истинными чувствами.

Своим поведением больной гордыней обрекает себя на одиночество, отчужденность, вызывает в людях неприязнь и зависть к себе, и злость на себя.

Нечестность. Просите честность и получите. Ищите честность и обретете. Стучите в дверь честности, и она откроется.

Любому человеку с искаженным представлением о себе придется стать законченным лжецом, чтобы убедить себя и окружающих, что он является тем, кем представляет себя. И каждому алкоголику и наркоману приходится лгать себе и окружающим, чтобы скрыть правду о себе. Приходится скрывать свои истинные чувства и мысли и оправдывать свое странное поведение.

Существует очень много причин, почему люди избегают правды, и далеко не все из них в необходимости скрывать алкоголизм / наркоманию. Люди вообще не очень любят говорить и слушать правду, потому что часто, правда как горячая картошка - и выбросить жалко и удержать невозможно. Поэтому чаще всего мы смягчаем правду, чтобы никого не обидеть.

Если человеку сказать правду, то возможны следующие реакции:

1. Он будет в ужасе.
2. Он не станет слушать под каким-то предлогом.
3. Попытается убедить, что это - неправда. Например:

- Я был так зол на жену, что готов был убить ей!

- Ты с ума сошёл! или

- Да брось, я знаю, ты, и курицы не обидишь! или - Слушай, я вчера смотрел передачу... (перевод на другую тему).

Уроки нечестности преподает нам наша культура. Вырастая, ребенок подвергается разнонаправленным воздействиям. Например, в школе ребенку говорят, что самое важное - быть ушным, хорошо учиться. В семье говорят, что самое главное - быть как нее. В среде сверстников необходимо выделяться, быть не как все. Средства массовой информации предлагают образы: самое главное - деньги, самое главное - секс и т.д. Чтобы оправдывать все эти ожидания, мы начинаем позировать, отчасти, лицемерить, играть различные роли, смотря по обстоятельствам - перестаем быть самими собой, то есть быть кристально честными, часто во вред себе.

Единственная нечестность, которая совершенно противопоказана химически зависимому, это нечестность по отношению к алкоголю / наркотикам. Мысли о том, что когда-нибудь будет возможно употребить алкоголь / наркотики без разрушительных последствий или остановиться после? одной рюмки или дозы наркотика - могут оказаться смертельными для химически зависимого человека.

Формы нечестности наиболее часто используемые химически зависимыми:

- преуменьшение количества выпитого или дозы наркотика;

- преуменьшение частоты употребления,

- отрицание имевших место фактов употребления, неуправляемого поведения и др.;

- рационализация - оправдание употребления алкоголя или наркотика обстоятельствами (никак нельзя было избежать);

- проекция - перенос своей проблемы на другого («Это ты - алкоголик!»),

- интеллектуализация - общие рассуждения на тему «Все пьют».

Зависимый человек тонет в этой лжи» сам уже не может отличить: где ложь, где правда. Одному говорит одно, другому другое и живет в страхе разоблачения.

Нечестность в отношении алкоголя / наркотиков делает невозможным выздоровление. Желающий выздороветь должен отказаться от нечестности.

Вернёмся к рисунку. У каждого человека есть потребность быть частью, т. е. быть похожим на других. Алкоголик / наркоман, как правило, либо вообще не осознаёт своих проблем, либо осознаёт частично. То есть у него идеалистическое - не соответствующее реальности - представление о себе.

Потребность быть (казаться) как все, плюс увеличительное стекло идеализма, и вырастает дефект характера - нечестность.

Нечестность, ложь - один из первых симптомов алкоголизма/ наркомании, и часто она сопровождает зависимого до могилы. Нечестность настолько пропитывает всю жизнь зависимого, что он начинает лгать даже в случаях, когда это бессмысленно; когда сказать правду совершенно безопасно и к тому же гораздо проще - так сказать, по привычке.

Можно - и необходимо! - бороться с нечестностью следующим образом:

- 1) признать свою нечестность;
- 2) принять решение быть честным;
- 3) попытаться и продолжать быть честным.

Вожделение. Обостренное желание удовлетворить крайне высокие потребности. Люди вожделяют самые разные вещи:

Материальное благополучие, гарантированную стабильность, безопасность, спокойствие, власть, престиж и пр. Для зависимого человека опасным и разрушительным является сексуальное вожделение.

Сексуальное вожделение происходит из чрезмерного внимания к собственной сексуальной потребности, представление о которой у химически зависимого человека *идеалистично*, т. е. не соответствует реальности. У алкоголика / наркомана очень часто неверное представление о том, сколько и какого качества ему нужно секса.

Перфекционизм алкоголика / наркомана заставляет его постоянно искать идеальную во всех отношениях сексуальную партнершу, и он хочет обладать физически каждой понравившейся женщиной (то же относится к женщинам - алкоголикам / наркоманам). Зависимый часто не способен оценить по достоинству того человека, с которым состоит в отношениях; обращает внимание (в силу отрицательного мышления), в первую очередь, на недостатки и отправляется на поиски нового идеального партнера. А идеал - это то, к чему мы стремимся, но никогда **не** достигаем - по определению.

Страх, что сексуальная потребность не будет удовлетворена, толкает человека иметь сексуальных отношений больше, чем ему на самом деле нужно. Часто химически зависимый не может отказаться от секса, даже если понимает, что эти отношения сейчас не нужны.

В большинстве случаев химически зависимый человек живет в состоянии напряженности, беспокойства. А секс - прекрасный релаксант - расслабляет, снимает напряжение. Поэтому алкоголик/наркоман может бессознательно (и сознательно)

стремиться к сексу как к успокоительному средству - как к таблеткам, как к алкоголю, наркотикам.

Сексуально зависимые алкоголики и наркоманы срываются по химической зависимости из-за секса так же часто, как из-за употребления психоактивных веществ.

Речь здесь вовсе не о том, чтобы отказаться от сексуальных отношений вообще. Секс - дар природы, который дает радость, прекрасное чувство слияния с родным человеком, хорошее ощущение себя как успешного, приятного, нужного человека и много других приятных ощущений. Важно для алкоголика и наркомана не попасть в сети сексуальной зависимости и не начать видеть мир сквозь секс, как раньше сквозь бутылку или черта наркотик.

Сексуальная зависимость может существовать в пассивной форме: постоянное просматривание порнофильмов, журналов; мысленное раздевание людей на улицах, в транспорте; фантазирование о сексуальных контактах. Тем самым человек постоянно подогревает свою сексуальность - в ущерб другим сферам жизни.

Активная форма воздержания - реальные беспорядочные половые связи, чрезмерная мастурбация. Кстати, мастурбация совершенно безвредна, когда используется время от времени в отсутствии сексуального партнера для снятия чрезмерного напряжения. И это может быть более полезным, чем половой акт с неизвестным или малознакомым человеком, особенно в первый год трезвости, когда химически зависимому не рекомендуется завязывать эмоционально значимые отношения.

Зависимые люди склонны по природе своей зависеть также от людей и отношений, секса, эмоций и др. Они легко «пересаживаются» с одного вида зависимости на другой, и часто одновременно имеют два и более видов зависимостей. После зависимости от химических веществ наиболее деструктивна сексуальная зависимость, которая может вернуть алкоголика к алкоголю» наркомана - к наркотикам. *Рекомендации:*

1. Провести обзор своего сексуального поведения в прошлом и понять, где оно приносило вред себе или другому человеку.

2. Наметить план будущей сексуальной жизни - что из прошлого опыта ты будешь повторять, а от чего откrestiшься.

3. Прежде, чем вступать в очередное сексуальное отношение необходимо свериться со своим планом

Зависть. Болезненное осознание преимуществ, которые есть у другого человека – а у нас нет - плюс желание это иметь.

В обыденной жизни зависть *проявляется:*

- мы обвиняем и преуменьшаем людей, которым завидуем, злословим на их счет,

- играем в игру «Моя собака лучше»;

- злимся на успех людей, которым мы завидуем;

- критикуем и сплетничаем по поводу этих людей. И если вы ловите себя на том, что злитесь на кого-то, обвиняете и сплетничаете, проверьте себя - может быть

это зависть?

Рекомендации:

1. Обратить внимание на себя: что мне на самом деле нужно, без чего мне плохо? Ты можешь обнаружить, что завидуешь тому, без чего прекрасно обойдешься; но упустил из виду действительно важное.

2. Оцени то, что ты имеешь, и поблагодари Высшую Силу за это.

Чувство вины (угрызения совести)

Гиперчувствительный перфекционист обречен на эти чувства, так как требования к себе завышены, а чувствительность к ошибкам и неудачам очень высокая. Химически зависимый ставит недостижимые цели (идеализм) и загоняет себя в ловушку вины.

Чувство вины может быть внушено человеку в детстве догматичным воспитанием, когда слишком много «нельзя» и «должен» обращено к ребенку. Став взрослым, человек нарушает родительские запреты, с которыми не согласен и чувствует себя виноватым. Это чувство может пропитать всю жизнь и мешать установлению гармоничных отношений с людьми.

Внешне «виноватого» легко узнать: понурый вид, опущенные глаза и голова, сутулые плечи, волочащаяся походка, заискивающий голос.

Внутри человек ощущает себя никчемным, неспособным, злится на себя, угнетен, подавлен - одним словом, он «плохой».

«Виноватый» избегает помощи, которую ему предлагают люди, так как считает себя недостойным.

Рекомендации:

1. Простить себя, так как вы не могли поступить иначе, может быть не владели собой или не умели по-другому.

2. Поискать альтернативные пути поведения в подобной ситуации.

3. Научиться вести себя более конструктивно.

Лень. У многих химически зависимых людей есть явное отвращение к тому, чтобы что-либо *делать* для своего выздоровления. Очень многие, познакомившись с Программой, чувствуют, что это то, что они искали, чувствуют восхищение и надежду. Голосуют «за». Но почему-то ожидают, что трезвость осияет их безо всяких усилий с их стороны. Тем самым они говорят «против» внутри себя.

В лечебном центре часто пациенты с огромным трудом выполняют лечебные задания - откладывают со дня на день, утверждают, что разучились (или никогда не умели) писать; отказываются от некоторых лечебных заданий.

После прохождения лечебной программы многие бывшие пациенты не следуют четким рекомендациям - ходить на собрания А.А./А.Н. или в течение одного - двух месяцев сокращают частоту посещений А.А./А.Н. до нуля. Результат в подавляющем большинстве случаев не замедляет сказаться - **это срыв.**

Есть определенные *причины* для лени:

1. Жизнь алкоголика / наркомана достаточно *хаотично* без четких планов, целей, время не структурировано. Формируется привычка делать, что хочу, когда нравится. Необходимые дела делаются только, когда есть настроение это делать,

либо когда положение становится безвыходным, а не когда это действительно нужно.

С другой стороны, было замечено, что химически зависимый человек пытается двигаться во всех направлениях одновременно.

2. В силу идеалистического представления о себе химически зависимый человек обычно плохо представляет, сколько времени ему нужно на дело, когда лучше его выполнить – не умеет планировать свою жизнь.

3. По той же причине алкоголик / наркоман часто переоценивает свои возможности и берется за дела, которые вообще не может выполнить.

4. Малое понимание или отсутствие чувства ответственности.

Некоторые проявления лени:

- хроническая небрежность» беспечность;
- склонность опаздывать;
- откладывание на потом;
- уклонение от ответственности;
- делание одновременно нескольких дел и ни одного;
- медлительность;
- равнодушие, апатия;
- выбор удовольствия вместо работы;
- удовлетворенность достигнутым - смертельный синдром!

Результаты лени:

- а) по-прежнему неорганизованная, неуправляемая жизнь;
- б) перекладывание «с больной головы на здоровую»;
- в) чувство вины, угрызения совести, ненависть к себе;
- г) малый личностный рост или его отсутствие;
- д) духовная деградация.

Рекомендации:

1. Планирование.

Лозунг «Живи одним днем» по отношению к каждодневным делам можно читать так: «Сделай сегодня все, что можешь сегодня сделать». Зависимый человек не может планировать свою трезвость, но то, что от него зависит, он может и должен планировать. Причем необходимо учитывать, что «мы предполагаем, а Бог располагает!»

2. Признание и исправление своих ошибок.

3. Воспитание самодисциплины.

4. Ежедневная молитва и медитация.

5. Признать, что закон жизни - изменение. А посему разумнее изменяться целенаправленно, а не хаотично. Достижения будут значительно больше.

Нетерпимость – неспособность человека принимать чувства, убеждения, поведение, которые отличаются от их собственного; нежелание предоставить свободу самовыражения другим.

Часто зависимые люди считают, что на интересующий их вопрос существует только одна точка зрения, или что существует только один вариант решения какой-

то проблемы. На самом деле это не так. Точек зрения бесконечное множество, и один Бог знает, какая из них истинная.

Решая проблему, мы всегда делаем выбор, независимо сиг того, осознаем мы это или нет. Выслушивая альтернативы, мы обогащаем свое видение проблемы, закрываясь от других точек зрения, мы обкрадываем себя.

Некоторые проявления нетерпимости:

- предубеждение - отвержение прежде исследования;
- «закрытый ум» - неспособность допустить в себя новые идеи, хотя бы с целью проанализировать их;
- упрямство, нежелание идти на компромисс;
- негибкость, ригидность;
- мстительность, злопамятность;
- ханжество, псевдосвятость;
- претензия на обладание истиной;
- критичность.

Результаты нетерпимости:

- а) жизнь в состоянии борьбы, отсюда страх, гнев, обида;
- б) отдаление, отчуждение от людей,
- в) формирование клик;
- г) одиночество, безнадежность, отчаяние.

Рекомендации:

1. Позволить людям отличаться от вас, осознать свою и их уникальность.
2. Медитировать.
3. Молиться о ниспослании терпимости.

Обида. Вновь и вновь переживаемое чувство несправедливости по отношению к нам. Обида - чувство наиболее разрушительное для химически зависимого человека, его следует избегать. Химически зависимые люди цепляются за обиды, лелеют их, держатся за них, наслаждаются ими и превращаются в злопамятных людей.

Следует помнить, что обида - «одеяло», которым укрываются все виды гнева: негодование, ярость, неприязнь, ненависть, праведный гнев. Если вы захотите всерьез разобраться со своей обидой, вы найдете гнев, с которым вы, вероятно, не научились ещё правильно обращаться, поскольку вынуждены прикрывать его обидой.

Необходимо дать больному понять, как часто они сами создавали ситуацию, где они обижались и с легким сердцем употребляли потом алкоголь или наркотики, имея «объективную» причину для этого.

Причины обиды:

1. Крайняя чувствительность химически зависимого человека (корень Дерева), его очень легко обидеть.
2. Перфекционизм (второй корень Дерева) заставляет везде и всегда быть первым, и когда химически зависимый человек не первый, он обижается на того, кто является таковым,

3. В силу идеалистического взгляда на мир (третий корень Древа) химически зависимый человек требует, чтобы другие люди действовали так, как они «должны», а события развивались так, как они хотят; и обижаются, когда этого не происходит.

4. Обида возникает, когда не удовлетворены (или есть такая угроза) завышенные потребности химически зависимого человека.

Результаты обиды:

1. Физические: головные боли, проблемы с желудком, напряженные мышцы.

2. Умственные: «зацикленность на одной теме», «умственная жвачка», неспособность сконцентрироваться на том, что действительно важно, искаженное восприятие.

3. Духовные: утрата связей с людьми и Богом; ощущение себя «плохим»; сомнения в принципах, в которые верили, негативные изменения в характере.

В подавляющем большинстве случаев люди, на которых мы обижаемся, нас обидеть не хотели. Происходят недоразумения; часто люди «читают» чужие мысли, т. е. приписывают их, вместо того, чтобы спросить. Ожидает, что другие люди «читают» их мысли - «зачем говорить, сама (сам) должен знать!» То есть совершают типичные ошибки общения. Если вы обиделись, то, скорее всего это результат недоговоренности.

Рекомендации.

1. Учиться правильно общаться, лучше с помощью специалиста - психолога.

2. Избегать споров и мести.

3. Убирать из мыслей ошибки других людей, но искать и исправлять свои.

4. Допустить, что несправедливый к вам человек может быть сам духовно болен, так же как и вы.

5. Просить Высшую Силу о прощении, простить. Список ветвей Древа можно продолжать. Но основные здесь перечислены. Помнить, что нельзя исправлять сразу все - это невозможно. Выделить основной и начать работать с ним прямо сейчас. Поощрять за успехи и прощать за неудачи.

Особое внимание необходимо уделить синдрому отрицания болезни. Отрицание – это те мысли и поступки, которыми мы защищаемся от того, чтобы видеть правду о нашей наркомании или алкоголизме, и которые служат одной цели - «не мешайте мне продолжать употреблять!».

По этому признаку его и можно распознать: зачем мне это? Помогает ли эта мысль или поступок закрыть глаза на последствия употребления – и продолжать употреблять наркотики или алкоголь?

Отрицание – это то, как болезнь «защищается от того, чтобы ее остановили. Она как будто маскируется под наши собственные цели, но если посмотреть внимательнее, мы увидим, что последствия этих мыслей и поступков наносят нам колоссальный вред.

Отрицание будет всегда, поскольку наркомания или алкоголизм будут всегда рядом. Отрицание будет только менять личину, подстраиваясь под обстоятельства. Отрицание «ловит» и в выздоровлении и пытается вернуть назад к употреблению, так, чтобы больные этого сами не заметили.

Пора разобраться в том, где сама личность и где это отрицание, где голос подлинного «Я» и где говорит болезнь. Каждый из них предлагает нам свою дорогу, и от правильности выбора зависит выздоровление.

Рекомендации:

1. Давал ли я правдоподобные, но нечестные объяснения своим поступкам? Какие именно?
2. Поступал ли я импульсивно, одержимый, какой либо идеей и не уговаривал ли я себя потом, что именно так я и планировал поступить? Как и когда это было?
3. Как именно я перекладывал вину за свои поступки на других людей? Зачем мне это было нужно?
4. Как я сравнивал свой алкоголизм с алкоголизмом других людей? Достаточно ли «плоха» моя болезнь, если я не сравниваю ее ни с чьей больше?
5. Сравниваю ли я сегодняшние проявления моей болезни с той жизнью, какая у меня была еще до того, как я решил бросить пить? Не мучит ли меня мысль о том, что мне следует разобраться в этом получше?
6. Перед тем, как мое поведение меняется в худшую сторону, не думаю ли я, что у меня достаточно информации о болезни и выздоровлении, чтобы контролировать свое поведение (употребление)?
7. Я предотвращаю какие-то поступки, потому что боюсь, что мне будет стыдно, когда я увижу результаты моего алкоголизма? Я сдерживаюсь, потому что боюсь, а что скажут люди?
8. Я в полной мере осознаю степень моей болезни?
9. Я думаю, что все еще могу общаться с людьми, которые так или иначе связаны с моей болезнью? Можно ли мне посещать места, где я обычно пил? Могу ли я хранить алкоголь, чтобы испытывать свое выздоровление? Почему?
10. Если что-нибудь такое, что мне не пережить без алкоголя?
11. Не думаю ли я, что, оставаясь какое-то время чистым, или при особых жизненных обстоятельствах я смог бы контролировать употребление алкоголя?
12. Какие отступления я до сих пор держу для себя про запас?

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Необходимый раздел обучения больного навыкам самоконтроля и объективной оценки своего состояния.

Обратная связь - это способ помочь другому человеку задуматься о возможности изменить свое отношение. Это такое общение, при котором человек получает информацию о том, как его воспринимают другие. Как другие видят проявления его чувств, как он воздействует на других, или обращает свое внимание на те механизмы защиты, которые он использует для того, чтобы не дать другим почувствовать, какие эмоции он испытывает. Подобно системе управления ракетой. Обратная связь помогает держать свое поведение «под контролем» и, таким образом, лучше добиваться своих целей.

На что стоит обратить внимание, чтобы обратная связь была продуктивной:

1. Выражается в описательной манере: описывай человеку свои собственные реакции на то, что ты увидел, услышал или испытал. Это дает ему возможность воспользоваться или не воспользоваться обратной связью на его усмотрение.

Пример: Я испытала самый настоящий испуг, когда услышала, что ты сказал своему сыну.

2. Старайся не выносить суждения или приговор. Давая обратную связь, ты не оказываешься «правым» или «неправым», а, прежде всего, выражаешь свое восприятие того, что ты увидел, услышал или испытал.

Избегай такой обратной связи: «С твоей стороны гнусно было сказать такое - тебе должно быть стыдно за себя».

3. Пользу принесет обратная связь, которая касается конкретных вещей, а не обобщает. Когда говорят: «Ты стремишься давить и властвовать». То это заявление общего характера и приносит меньше пользы, чем высказывание

4. Продуктивная обратная связь учитывает как потребности дающего её, так и её адресата. Обратная связь может быть разрушительной, когда она служит лишь удовлетворению потребности дающего и не учитывает потребности получателя. Поэтому, старайся давать полезную информацию, а не просто «сваливать» свои чувства на другого.

5. Подтверждай примерами возникающие у тебя ощущения. Это поможет тебе избежать общих заявлений. Кроме того, адресат обратной связи получит необходимую информацию. Если ты говоришь, что кто-то «кажется сердитым», то это нуждается в подтверждении примерами, почему тебе кажется, что ты воспринимаешь гнев.

Например: Похоже, что ты зол. Я слышу сарказм в том, что ты говоришь. Ты повышаешь голос и потрясаешь кулаками, это говорит мне о том, что ты зол.

6. Что бы быть полезной обратная связь должна быть своевременной. Продуктивнее всего давать обратную связь при первой же возможности после защитной реакции (в зависимости от готовности человека услышать эту обратную связь, наличия поддержки со стороны других и т.д.).

7. Иногда нужно проверить точность понимания обратной связи. Одним из способов проверки является просьба к "получателю перефразировать услышанное, чтобы удостовериться, то ли имел в виду автор обратной связи. Когда человек обижается, испуган, или имеет низкую самооценку, то вполне возможно получить от него ошибочную оценку обратной связи, услышав нечто прямо противоположное тому, что ты имел в виду.

8. Когда обратная связь выдается группе, то, как у дающего, так и получающего есть возможность проверить точность обратной связи у других членов группы. Если 8 человек указывают на то, что заметили испуг у кого-то, то для получателя обратной связи это будет более убедительно, чем, если бы такое ощущение было лишь у одного человека.

9. Обратная связь - это не хитрый прием, направленный на то, чтобы заставить человека раскрыться или вынудить его к изменениям. После получения

обратной связи у человека остается выбор - изменяться или нет. Но, по крайней мере, он располагает большей информацией, на основании которой он может сделать лучший выбор.

Таким образом, обратная связь - это средство помощи. Это коррективный механизм, помогающий человеку узнать, насколько его поведение соответствует его намерениям. (То ли это именно, что я хотел сказать, так ли это прозвучало, как я хотел?). Это также способ установления личности - с целью ответить на вопрос: «КТО Я?»