

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет»
(национальный исследовательский университет)
Высшая медико-биологическая школа
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА
Рецензент, к.м.н., доцент
кафедры психиатрии ЮУГМУ
_____ А.Х. Мингазов
_____ 2017 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Заведующий кафедрой
_____ М.А. Берebin
_____ 2017 г.

Психологическая интервенция при медико-социальной реабилитации
наркологических больных: организация и содержание

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ–370501.2017.061.ПЗ ВКР

Руководитель работы,
старший преподаватель кафедры
клинической психологии
_____ А.В. Новохацки
_____ 2017 г.

Автор работы
студент группы МБ–660
_____ О.И. Печерина
_____ 2017 г.

Нормоконтролер,
психолог кафедры
клинической психологии
_____ А.А. Сайтгалеева
_____ 2017 г.

Челябинск 2017

АННОТАЦИЯ

Печерина О.И. Название работы Психологическая интервенция при медико-социальной реабилитации наркологических больных: организация и содержание.— Челябинск: ЮУрГУ, МБ–660, 85 с., 0 ил., 2 табл., библиогр. список – 63 наим., 2 прил., 8 л..

Выпускная квалификационная работа выполнена с целью определения структуры и организации реабилитации наркологических больных в условиях длительного стационарного лечения.

Работа состоит из 3 глав. Первая глава включает в себя теоретический анализ основных принципов реабилитации наркологических больных, дается понятие реабилитации наркозависимых. Вторая глава включает в себя выделение критериев организации и структуры реабилитации наркологических больных и анализа соответствия реабилитационных программ этим критериям. В третьей главе представлена структура и содержание реабилитационной программы.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	8
I ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СОСТОЯНИИ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	12
1.1 Исторические аспекты реабилитации.....	12
1.2 Реабилитация в наркологии	13
1.3 Цели и задачи реабилитации больных наркологического профиля.....	16
1.4 Определение прогноза реабилитационных мероприятий.....	19
1.5 Этапы медицинской реабилитации	24
1.6 Медицинская реабилитационная программа.....	26
1.7 Психотерапевтические «мишени» при психотерапии больных наркологического профиля.....	27
II АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	33
2.1 Критерии определяющие организацию и содержание реабилитации наркологических больных.	33
2.2 Анализ реабилитационных программ, официально используемых на территории Российской Федерации.....	36
2.2.1 Анализ реабилитационной программы «12 шагов».....	36
2.2.2 Миннесотская модель реабилитации.....	39
2.2.3 Модель реабилитации наркологических больных, основанная на идее «Терапевтического сообщества».....	41
2.2.4 Реабилитационная программа «Точка трезвости».....	43
2.2.5 Программа реабилитации наркологических больных г. Кургана...	46
III ДОПОЛНЕНИЯ К СТРУКТУРЕ И СОДЕРЖАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	52
3.1 Принципы организации психологической интервенция при медико-социальной реабилитации наркологических больных.....	52

3.2 Правила изменения требований при выполнении клинических рекомендаций.....	54
3.3 Терапевтическая среда.....	54
3.4 Реабилитационный режим.....	55
3.5 Школа для пациентов с синдромом зависимости при проведении медицинской реабилитации.....	56
3.6 Медицинский блок.....	56
3.7 Этапы реализации программы реабилитации.....	56
3.8 Профилактика срывов и рецидивов заболевания.....	59
3.9 Формы реализации реабилитационной работы.....	61
3.10 Психологическая интервенция в программе медицинской реабилитации.....	62
3.11 Оценка эффективности реабилитационной программы.....	66
ВЫВОДЫ.....	68
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	70
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	71
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	77
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	84

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Эффективность реабилитации больных наркологического профиля является актуальной темой в связи с проблемой алкоголизма и наркомании в России, а так же с недостаточной готовностью решения специализированными службами практических задач по реабилитации, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Выздоровление лиц злоупотребляющих психоактивными веществами и их успешная социализация будет достигаться только в том случае если в лечебно-реабилитационном процессе активное лечение будет сменяться, длительным периодом комплексных социально-психологических реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способности полноценного функционирования в обществе.

Реабилитация пациентов наркологического профиля на современном этапе ее развития, нуждается в совершенствовании научно-организационных психологических принципов реабилитационного процесса.

Имеющиеся научные и практические данные по исследованию наркоситуации в РФ позволяют сформулировать положения об эффективности реабилитационного процесса, такие как системность, комплексность, индивидуальный подход. Выработку индивидуального плана медико-психосоциальной реабилитации больного необходимо проводить после всесторонней клинической, психологической и социальной диагностики. Индивидуально подобранные методы, минимизируют недостатки в процессе реабилитации, путем оптимизации взаимодействия всех ее участников, взаимодополняющего комплекса лечебных, психологических и социальных мероприятий.

Проведен сравнительный анализ эффективности пяти реабилитационных программ на основании приказов Минздрава (Приложение А):

1 Федеральный закон от 21.11.2011 № 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 Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. N 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

3 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 декабря 2015 г. N 892 «О внесении изменений в Концепцию модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 июня 2014 г. N 263»

4 Приказ Минздрава России от 22.10.2003 № 500 «Протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)».

Реабилитационные программы, использующиеся в России, имеют ряд недостатков и достоинств. В данной работе будет представлен анализ самых распространенных программ, на основе которого будет представлена программа, учитывающая положительные и отрицательные стороны реабилитационного процесса имеющегося на данный момент.

Объект исследования: системные мероприятия реабилитации больных наркологического профиля как специфического варианта психических и поведенческих расстройств.

Предмет исследования: реабилитационные программы как системные мероприятия реабилитации больных наркоманией.

Цель исследования: формулирование оценочных средств реабилитационных программ, основанных на научно-теоретических и нормативно-прикладных принципах реабилитации больных наркоманией.

Гипотеза исследования:

Использование научно-методологического системного подхода позволяет сформулировать оценочные средства, позволяющие сравнивать реабилитационные программы и предложить на основании этого дополнения и уточнения.

Задачи исследования:

1. Выделение на основе теоретического анализа специфических принципов для реабилитации психически больных и для наркопотребителей.

2 Сформулировать критерии оценки наркологической реабилитации с помощью научно-методологического системного подхода для анализа существующих реабилитационных программ.

3 На основе анализа реабилитационных программ предложить дополнения к структуре и содержанию организации психологической интервенции медико-социальной реабилитации.

Методы и методики исследования: теоретико-методологический анализ.

Достоверность полученных результатов обеспечивалась наличием теоретико-методологических оснований исследования; непротиворечивостью проанализированных теоретических данных; применением методов, адекватных цели, предмету и задачам исследования.

Научная новизна исследования:

В работе научно обоснованы и разработаны принципы и структура психологической реабилитации больных наркоманией на основе системного подхода; разработана система внедрения инновационных психологических технологий в работу с наркозависимыми больных наркотической зависимостью для определения реабилитационных возможностей и потребностей пациента.

Диагностика имеющихся нарушений и последующая психокоррекционная работа по устранению или компенсации симптомов являются важными составляющими реабилитационного процесса потребителей наркотиков. Использование полученной психодиагностической информации позволяет существенно повысить мотивационную готовность пациента к участию в реабилитационном процессе. Разработана система оценки эффективности лечебно-реабилитационного процесса, позволяющая, по принципу обратной связи, контролировать течение реабилитационных мероприятий и корректировать проводимую терапию; обоснована методология планирования и управления новой

организационно-функциональной моделью проведения психокоррекции и психологической реабилитации больных наркоманией. Для реабилитации наркологических больных использована научно-обоснованная программа, соответствующая международным стандартам и классификациям, позволяющая организовать индивидуальный подход к реабилитации каждого пациента.

Теоретическая значимость исследования:

Полученные в ходе выполнения работы теоретические данные позволили:

- обоснование приоритетных направлений развития системы мероприятий психологической интервенции на этапе реабилитации наркозависимых;
- разработка новых подходов к модернизации системы планирования, мониторинга и информационно-аналитического обеспечения психо-реабилитационной работы с больными наркоманией;
- обоснование принципов организации психо-реабилитационной работы на всех этапах реабилитации больных наркоманией.

Практическая значимость исследования:

Внедрение разработанных методологических принципов реабилитационной программы в деятельность различных реабилитационных центров позволит обеспечить больных достаточной по объему и качеству психологической помощью, оказываемой в соответствии с их реабилитационными возможностями; оценить эффективность процесса реабилитации наркозависимых на всех его этапах и, в соответствии с результатами оценки эффективности, своевременно провести коррекцию реабилитационных мер.

I ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СОСТОЯНИИ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Исторические аспекты реабилитации

Термин «реабилитация» происходит от латинских «ге» – восстановление и «habilis» – способность).

Термин «реабилитация» начал широко использоваться в медицине после Второй мировой войны. Война привела к очень большому количеству психологически и физически искалеченных людей, которым была необходима медицинская, психологическая помощь и социальная поддержка.

Первоначально использовался термин «восстановительное лечение», и в данное понятие входило использование медицинских лечебных методов. Позже, в особенности после Второй мировой войны, вопрос о социально-трудовом восстановлении инвалидов получил массовый характер. Помимо медицинских методов, решение этого вопроса предусматривало рассмотрение целого круга психологических, социальных и других аспектов, которые выходят за рамки узко направленных лечебных мероприятий, и тогда термин «реабилитация» сменил термин «восстановительное лечение».

При этом официально термин «реабилитация» в медицине стали применять в 1946 г. после первого Конгресса по реабилитации больных туберкулезом в Соединенных Штатах Америки.

Куртом Винтером было предложено следующее определение: «Реабилитация – это целенаправленная деятельность коллектива в медицинском, педагогическом, социальном и экономическом аспектах с целью сохранения, восстановления и укрепления способностей человека принимать активное участие в социальной жизни» [25,26].

В 1969 г. ВОЗ определяла реабилитацию уже как «комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки (переквалификации) индивидуума, выведения его на оптимум

трудоспособности».

По определению международной организации труда, под реабилитацией следовало понимать восстановление здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями с целью достижения максимального их развития с физической, психической и социальной точек зрения.

В XX веке в СССР и России самый значимый вклад в разработку и реализацию идей реабилитации психических и наркологических больных внесли С.С. Корсаков, В.А. Гиляровский, Ф.Ф. Рыбаков, А.А. Токарский, Л.С. Минор, А.М. Коровин, П.В. Кащенко, И.В. Стрельчук, Э.А. Бабаян, Д.Е. Мелехов, М.М. Кабанов, И.Н. Пятницкая, Н.Н. Иванец, Ц.П. Короленко, И.Я. Гурович, В.Н. Козырев, В.И. Ревенко, З.Н. Болотова, Н.Г. Осташевская и др. [26, 27]

1.2 Реабилитация в наркологии

В официальных документах Минздрава СССР термин «реабилитация» для наркологических больных начали использовать с 1976 г. Его применение обнаруживают в самых первых нормативных актах, на их основании впервые в мировой практике здравоохранения, начали создавать специализированную наркологическую службу.

На базе Московской психиатрической лечебницы им. З.П. Соловьёва в 1920–1921 гг. В.А. Гиляровским была организована трудовая терапия. Но только с 30-х годов трудовая занятость больных начала использоваться на этапе лечения.

По мнению отечественного психиатра М.М. Кабанова «реабилитацию психических больных понимают как их ресоциализацию, как восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса» [29].

Пятницкая И.П. в одной из первых отечественных монографий, предложила структуру лечебно-реабилитационной системы. Она предлагает к практическому применению тщательно подобранную медикаментозную терапию и четыре этапа психотерапии, семейную психотерапию, организационный комплекс «стационар – амбулатория» [44, 46].

Первый отечественный стандарт лечения и реабилитации наркологических больных был создан Э.А. Бабаян и группой научных сотрудников отдела наркологии ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского – В.Б. Альтшулер, В.В. Анучин, Т.Н. Дудко, Г.В. Морозов и Н.Н. Иванец. Это были обязательные минимальные курсы лечения больных наркологического профиля. В программе прослеживался переход от лечебных мероприятий к реабилитационным. Но авторы не описали, четко специфику и методологию программы и т.д. Однако это один из первых шагов в признании необходимости использовать реабилитационное направление в наркологии, которое должно было соответствовать клиническим особенностям заболевания, степени личностной, физической и социальной деградации [16, 17].

В свою очередь, Т.Н. Дудко, В.Е. Пелипас и В.И. Ревенко отмечали, что процесс реабилитации – это не только освобождение больного от болезненной зависимости, но и его социализация. Таким образом, авторы выделили принципы медико-социальной реабилитации [10]:

- 1 Добровольность.
- 2 Комплексность.
- 3 Единство медико-биологических и психосоциальных методов реабилитации.
- 4 Преемственность (этапность).
- 4 Доверие и партнёрство.
- 5 Долгосрочность.
- 6 Интегративность.
- 7 Отказ от патернализма.

Другую классификацию принципов предложили Н.Н. Иванец и М.А. Винникова [10]:

- 1 Добровольность.
- 2 Максимальную индивидуализацию.
- 3 Комплексность и отказ от употребления ПАВ.

В 1999 г. была создана Концепция комплексной активной профилактики и

реабилитации в системе Министерства образования Российской Федерации, авторы которой Т.Н. Дудко, Н.В. Вострокнутов, А.М. Басов, А.А. Герищ, Г.Н. Тростанецкая. Ими был предложен комплекс социальных, медицинских и образовательных мероприятий в рамках решения задач первичной, вторичной и третичной профилактики.

Позднее, в 2000 г., под руководством члена-корреспондента РАМН Н.Н. Иванца группой сотрудников НИИ наркологии Министерства здравоохранения Российской Федерации была создана концепция реабилитации наркологических больных в учреждениях системы здравоохранения. А в 2001 г. опубликованы «Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ». Впервые в этой работе используется концепция «Уровня реабилитационного потенциала» наркологических больных, разработанная Т.Н. Дудко [14, 15, 16, приложение А].

Наркология как отдельная медицинская специальность была выделена из психиатрии в 1975 г. За этот период своего существования отечественная наркология оформилась в развитую специализированную службу, активно реализующую тенденцию к созданию собственной профессиональной терминологии.

Методология социальной реабилитации в наркологии базируется на парадигме целостности духовной и биологической, сущности человека, модифицирующейся и деформирующейся вследствие заболевания и способной к восстановлению при осуществлении медико-социальных программ реабилитации. Система реабилитации последовательно использует восстановительный потенциал реабилитационной среды, реабилитационных программ и технологий в их взаимодействии и в соответствии с поставленной целью, задачами, принципами реабилитации и особенностями индивидуального реабилитационного потенциала наркологических больных [10].

На сегодняшней день сформулированы и систематизированы основные принципы реабилитации наркологических больных, основанные на системном

подходе к анализу данной проблемы, как одном из методов современного научного исследования.

1.3 Цели и задачи реабилитации больных наркологического профиля

Целью реабилитации является восстановление нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала.

Задачами реабилитации являются [11]:

1 Формирование у больного мотивации на включение в реабилитационную программу и развитие осознанной и стабильной установки на отказ от ПАВ.

2 Реализация лечебных мероприятий, нацеленных на купирование абстинентного синдрома и патологического влечения, а так же на предотвращения рецидива.

3 Нивелирование поведенческих, аффективных, интеллектуально-мнестических расстройств, сопряженных с употреблением ПАВ.

4 Улучшение соматического статуса больного.

5 Коррекция структуры личности больного и предоставление возможности и условий позитивного личностного развития.

6 Повышение уровня социализации больного.

Принципы реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ с учетом биопсихосоциодуховной природы зависимости от ПАВ [10, 11, 29]:

1 принцип партнерства, вовлечение пациента в активное сотрудничество в ходе процесса реабилитации;

2 принцип мультидисциплинарности, разносторонность усилий, направленность их на различные сферы функционирования больных;

3 принцип соблюдения единства (комплексности) биопсихосоциальных средств воздействия;

4 принцип этапности оказываемых мероприятий с соблюдением определенной очередности в использовании разных элементов в реабилитационном процессе.

Условия, определяющие эффективность реабилитации [11]:

1 наличие личностного реабилитационного потенциала, стимулирующего больного к участию в реабилитационной программе;

2 личная ответственность пациента за успешную реализацию реабилитационного процесса;

3 опора на позитивные, лично важные для пациента социальные ценности;

4 обеспечение правовой и организационной регламентации реабилитационной программы;

5 создание в реабилитационном центре единой команды специалистов;

6 привлечение к процессу реабилитации выздоравливающих пациентов, прошедших реабилитационную программу.

Эффективность реабилитационного процесса также находится в зависимости от правильной технологии организации реабилитации и наибольшей индивидуализации используемых подходов и методов, а значит должна основываться на следующие организационные принципы [7, 11]:

1 Принцип динамической группировки пациентов в системе реабилитации.

Так как для наркологических больных типична неустойчивость мотивации на отказ от употребления ПАВ, важной задачей реабилитации является разное группирование пациентов с установкой на отказ от употребления ПАВ и пациентов, у которых она еще не сформировалась.

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

Для пациентов продолжающих употреблять ПАВ и не удержавшихся в реабилитационной программе, должна быть предусмотрена более жесткая организация реабилитационного процесса.

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 реабилитации.

В рамках формирования организации реабилитации разработана взаимосвязанная очередность мероприятий целью, которых является восстановление процесса психического развития и социального функционирования больных – алгоритм реабилитационного процесса.

Алгоритм реабилитации включает следующие мероприятия [7, 11]:

1 Интервенция в виде первичной консультации и мотивационного интервью.

2 Диагностика клинического, психологического, социального состояния пациента и уровня реабилитационного потенциала: определение факторов риска проведения реабилитационных мероприятий, условий, сдерживающих осуществление реабилитационных мероприятий.

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

4 Формирование цели и задач реабилитации, разработка индивидуальной реабилитационной программы, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии с формированием комплекса к лечению и реабилитации.

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.

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

8 Оценка эффективности реабилитации и прогноз.

1.4 Определение прогноза реабилитационных мероприятий

Прогностический анализ потенциальных способностей пациента к выздоровлению, социализации, основанный на объективных данных о

наследственности, преморбиде, социальном статусе, особенностях физического и психического развития, а также форме и тяжести наркологического заболевания и последствиях злоупотребления психоактивными веществами, определяется как реабилитационный потенциал.

Уровень реабилитационного потенциала – интегральная характеристика, отражающая все этапы формирования болезни и развития личности от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а так же ценностную ориентацию больного.

В зависимости от степени выраженности заболевания Реабилитационный потенциал имеет три уровня [5, 7, 11]:

Высокий уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

1 низкой наследственной отягощенностью наркологическими и психическими заболеваниями, нормальным уровнем физического и психического развития и хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;

2 началом употребления ПАВ во взрослом возрасте и продолжительностью заболевания до 1 года;

3 преимущественно интраназальным, пероральным или ингаляционным способами употребления наркотиков, периодической формой влечения к наркотикам;

4 начальной стадией зависимости по МКБ-10;

5 мононаркоманией;

6 отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;

7 низкой интенсивностью симптомов наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2–3 дней) с невыраженными постабстинентными

расстройствами;

8 достаточной социализацией;

9 отсутствием стойких личностных изменений больных, т.е. без грубого снижения когнитивных функций, морально-этические отклонения носят временный характер.

Как правило, у этого контингента больных прослеживаются спонтанные ремиссии или стойкие терапевтические ремиссии. В большинстве случаев отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения, полученные в период злоупотребления ПАВ. Критика к своему заболеванию сохранена, есть мотивация на участие в реабилитационном процессе и желание развиваться и обучаться новым эффективным моделям поведения.

Средний уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

1 средним наследственной отягощенностью наркологическими и психическими заболеваниями по линии отца и/или матери или восходящей линии бабушка и/или дедушка;

2 воспитанием в неполной семье, средним или плохим материальным положением, часто неровными отношениями между членами семьи;

3 относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения, нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;

4 началом употребления наркотиков с 16–17 лет, продолжительностью заболевания от 1 года до 3 лет;

5 средней стадией зависимости по МКБ-10;

6 преимущественно внутривенным введением наркотиков, параллельным злоупотреблением другими психоактивными веществами;

7 преобладанием постоянной формы влечения к психоактивным веществам, особенно в периоды рецидивов заболевания. Постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность;

8 единичными случаями передозировки наркотиков и суицидальные мысли в

период наркотического абстинентного синдрома;

9 редкими случаями спонтанных ремиссий, которые как правило, короткие и неустойчивые;

10 низкой социализацией;

11 трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;

12 однообразным или низким кругом социальных интересов; утратой профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивным отношением к труду;

13 морально-этическими изменениями средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.); вместе с тем, они стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают употребление наркотиков;

14 снижением контроля за своими эмоциями, склонностью к разрушительным действиям; стратегия жизненно важных планов обычно завершается их вербальной формулировкой и обещаниями «начать действовать», «прекратить фантазировать».

У этого контингента больных часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем, в некоторых болезненная зависимость. Зачастую обнаруживаются заболевания, приобретенные в период наркотизации. Из полученных психопатологических нарушений у тридцати процентов больных отмечаются поведенческие и аффективные расстройства, неврастенический синдром. Мотивация на участие в реабилитационном процессе носит преимущественно добровольно-принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов, которые характеризуются желанием избавиться от болезненных проявлений наркотического абстинентного синдрома, получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами,

избежать наказания и пр.

У большинства больных формируется социофобический синдром включающий: а) страх подвергнуться критике, осуждению, наблюдению, контролю; б) психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда может вскрыться сам факт употребления ими наркотиков или негативные стороны наркотизации.

Низкий уровень реабилитационного потенциала. Характерным является:

1 высокий удельный вес 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 или гиперопекой родителей (или разведенной матери);

2 задержка или патология физического и, особенно, психического развития; инфантилизм, невротическое развитие, психопатии, девиантное, а порой и делинквентное поведение в анамнезе (примерно, в двух третях случаев);

3 как правило, посредственная успеваемость в школе (особенно в средних и старших классах);

4 обычно незаконченное среднее образование до начала употребления наркотиков;

5 круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый;

6 раннее употребление алкоголя с 11–12 лет, злоупотребления психоактивными веществами с 12–15 лет;

7 продолжительность заболевания наркоманией более 3 лет, способ введения наркотика преимущественно внутривенный, в основном отмечается параллельное злоупотребление другими психоактивными веществами (психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и пр.);

8 конечная (третья) стадия зависимости по МКБ-10;

9 вид влечения к наркотикам – постоянный;

10 наркотический абстинентный синдром (опиатный, героиновый) протекает тяжело, сопровождается грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и пр. (продолжительность 9–12 дней). Продолжительность постабстинентных расстройств до 2–3 месяцев;

11 передозировки психоактивными веществами (очень часто), суицидальные мысли и действия (более чем у половины больных) в период наркотического абстинентного синдрома или в ремиссии. Спонтанные ремиссии отсутствуют;

12 отсутствие собственной супружеской семьи; семейные отношения конфликтные или крайне конфликтные с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;

13 образование чаще среднее, редко – незаконченное среднетехническое или высшее; 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;

14 круг социальных интересов в основном низкий;

15 у половины больных имеется судимость, четко связанная с употреблением наркотиков;

16 выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за свое 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;

17 грубые эмоциональные нарушения с преобладанием подавленного настроения, ипохондричности, аффективной неустойчивостью и депрессиями, которые нередко сопровождаются суицидальными проявлениями.

У подавляющего большинства больных диагностируют гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, у каждого десятого больного – туберкулез или ВИЧ-инфекция, в половине случаев – злоупотребление психоактивными веществами сочетается с употреблением алкоголя, нередко (в каждом третьем случае) наблюдается болезненная зависимость от алкоголя. Из приобретенных патологических нарушений практически у всех больных определяются эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения (психопатоподобное поведение, психопатия), социофобия. В сексуальной сфере отмечается 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. Как правило, эти больные не верят 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.

1.5 Этапы медицинской реабилитации

Лечебно-реабилитационный процесс может быть условно разделен на следующие основные периоды [5, 7, 10, 11, 51]:

Восстановительный (предреабилитационный, преимущественно медицинский) период содержит лечение острых состояний вызванных интоксикацией ПАВ, а так же подготовку больных к участию в реабилитационных программах (продолжительность от 2 недель до 2 месяцев).

Так же выделяются этапы реабилитации:

Первый этап реабилитации – адаптационный – направлен на адаптацию больных к реабилитационной среде и условий режима работы реабилитационного стационара или амбулатории.

Этот этап имеет преимущественно медико-психологическую направленность. Сюда включают:

1 консультирование, осмотр и обследование больных врачом психиатром-наркологом, медицинским психологом, психотерапевтом, социальным работником;

2 проведение психокоррекционных и мотивационных мероприятий на участие в пациента программе;

3 комплекс противорецидивных мероприятий (психофармакотерапевтических, психологических, психотерапевтических, физиотерапевтических, социальных);

4 психотерапевтическую и психокоррекционную работу с родственниками пациентов.

Продолжительность этапа от 2 до 4 недель в зависимости от уровня реабилитационного потенциала.

Второй этап реабилитации – интеграционный – представляет собой вхождение в реабилитационную программу, предполагая более активную роль пациента в участии реабилитационного процесса. Так же предполагается максимально возможное восстановление физического и психического состояния больных, коррекция или формирование нормативных личностных и социальных качеств, восстановление семейных отношений. На данном этапе осуществляется постепенный переход от процесса информирования больного к процессу обучения (научения) способам и приемам решения проблем, умению противостоять болезни и стрессовым ситуациям, ведущим к срывам и рецидивам заболевания.

Продолжительность этого этапа: в условиях стационара 2–3 месяца в зависимости от уровня реабилитационного потенциала.

Третий этап реабилитации – стабилизационный – направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния больного, закрепление достигнутых результатов предыдущих этапов и постепенный переход на более самостоятельное функционирование в открытой среде.

Продолжительность этого этапа: от 3 до 21 месяцев в зависимости от уровня реабилитационного потенциала.

Перечисленные этапы реабилитации целесообразно реализовывать без перерыва, что позволяет добиться преемственности и высокой эффективности реабилитационного процесса.

Сроки реализации реабилитационных программ зависят от уровня реабилитационного потенциала больных и быстроты адаптации к функционированию в условиях амбулатории или стационара.

1.6 Медицинская реабилитационная программа

Медицинская реабилитационная программа представляет организационно-методическую основу медицинского реабилитационного процесса для достижения максимально возможного эффекта в максимально короткие сроки.

Реабилитационная программа 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.

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, 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 [6].

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 профориентации больных с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей. Оценивает эффективность проводимых психологических и профилактических мероприятий [6].

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

1.7 Психотерапевтические «мишени» при психотерапии больных наркологического профиля.

Психологическое и психотерапевтическое воздействие направлены на единые мишени: эмоциональная, когнитивная, поведенческая, мотивационная сферы пациентов. Психотерапевтическое воздействие 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 реабилитационной программе, отказ от употребления ПАВ и ресоциализацию.

Психологическое и психотерапевтическое воздействие ориентировано на работу с пациентами и их родственниками для [8]:

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

Психологическое и психотерапевтическое воздействие проводятся на всех

этапах медицинской реабилитации.

Выбор и продолжительность психотерапевтических методик и методов психологической поддержки определяется УРП, особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. 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. Так же необходимо учитывать комплексность реабилитационной программы в сочетании различных медицинских и социально психологических вмешательств, и что бы исключить противоречие работы различных специалистов важно иметь четкую структуру реабилитационной программы, позволяющую одинаково понимать цели и задачи лечения всеми членами лечебной бригады.

Выделение психотерапевтических мишеней позволяет определить направленность психотерапевтического воздействия, выбора условий проведения психотерапии, а также обоснованного выбора методов и методик психотерапии.

Итак, по отношению к группе пациентов с синдромом зависимости, возможно выделение следующих мишеней психотерапии [8, 41]:

1 Личностные нарушения.

1.1 Патологическое аддиктивное влечение.

1.2 Нарушение развитие личности.

1.3 Формирование структурного психического дефицита задержка личностного развития вследствие неадекватного эмоционального взаимодействия со значимыми фигурами в детстве.

1.4 Формирование ригидных и примитивных механизмов психологической защиты, таких как отрицание и компенсация.

1.5 Анозогнозия. Утрата сознания болезни при алкоголизме в силу неспособности принять факт алкогольной зависимости. Существует мнение, что это происходит под влиянием чувства вины и неспособности пережить это чувство.

1.6 У больных алкоголизмом весь спектр компенсирующих объектов и действий резко сужен и обеднен за счет мощного универсального компенсатора – алкоголя.

1.7 Проблемы самооценки (крайне неустойчивая и поляризованная самооценка). В общепсихологическом плане нарушения самооценки обуславливают эмоциональную неустойчивость, недостаточность волевых качеств, незрелость ценностей как проявление общей незрелости личности, а также искаженную систему представлений о себе.

2. Социальная дезадаптация.

2.1 Феномен созависимости. При решении повседневных проблем у зависимых имеется тенденция решать проблемы внутренней неудовлетворенности, сопряженной с доминированием чувства опустошенности и одиночества, за счет активного привлечения и использования других лиц, что и создает основу тенденции к формированию отношений созависимости.

2.2 Трудности в близких отношениях, связанные с потребностью в близости, с одной стороны, и тревогой и сильными амбивалентными чувствами, возникающими в ситуации близости, с другой стороны. Зависимые больные часто испытывают чувство недостаточной связи с окружением, их неудовлетворенная потребность в контактах выражается в нарастании тревоги или подавленности в эмоционально близких отношениях. Амбивалентное отношение к окружающим порождает при этом, наряду со стремлением к контактам, угрюмую недоверчивость и отражает общие затруднения социализации, связанные с недостаточной способностью воспринять обычаи, правила и нормы, которыми руководствуется в своем поведении большинство окружающих людей.

3. Эмоциональные нарушения

3.1 Нарушение функции внутреннего контроля (в эмоциональной, когнитивной и волевой сферах). Этот феномен проявляется как приписывание своих успехов везению или другим внешним факторам, а ответственность за неудачи и отрицательные события возлагается на других людей. Нарушение функции внутреннего контроля во все сферах связано с неспособностью пациента считать себя источником этого контроля, что называется экстернальным локусом контроля личности.

Недостаточность исходных, базовых волевых качеств индивида, его побудительная неустойчивость с ориентацией на легко достижимые цели создают стойкие нарушения саморегуляции и самоконтроля. Для всех зависимых присущ патологический способ саморегуляции, смещение нормальных влечений и потребностей человека на «суррогатный» объект. Индивидуально значимые психотравмирующие переживания в условиях актуальной жизни. Данная мишень психотерапии предполагает влияние на психотерапевтический процесс разных жизненных обстоятельств, которые накладывают отпечаток на течение психотерапии. Способ реагирования на эти ситуации тоже может быть осознаваемой целью воздействия специалиста в процессе психотерапии.

3.2 Феномен алекситимии. Часто встречается в совокупности со сниженной способностью к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и воображения, большей сфокусированностью на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс. Плохо сформированное невербальное поведение в выражении собственных эмоциональных состояний, снижение коммуникативной компетентности, неспособность воспринимать адекватно и выражать эмоциональные состояния.

Низкая способность к рефлексии и заботе о себе. Низкая способность к рефлексии (самопознанию) является следствием личностной незрелости и эмоционально-волевой недостаточности. Все это создает ощущение отсутствия

базового чувства благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое и является причиной поиска источника, который способен, хоть и временно, заменить это болезненное переживание.

3.3 Ангедония. У зависимых ангедония является скорее следствием потери способности испытывать ощущение удовлетворенности и радости без объекта зависимости.

Вывод по первой главе.

Реабилитация больных наркологического и психиатрического профиля, имеет свои специфические особенности. Главный акцент в реабилитации психически больных поставлен на реадaptацию пациентов, а в наркологии – на отказ от употребления ПАВ. Из этого следует, что имеются определенные различия в принципах и организации медико-социальной реабилитации в психиатрии и наркологии.

Основные принципы реабилитации наркологических и психиатрических больных практически идентичны: добровольность, комплексность, единство медико-биологических и психосоциальных методов реабилитации, этапность, доверие и партнёрство, интегративность. Главным отличительным принципом в реабилитации больных наркологического профиля от реабилитации больных психиатрического профиля является требование полного отказа от употребления ПАВ.

Организация реабилитации психически и наркологических больных так же имеет различия:

Этапы наркологической реабилитации: предреабилитационный этап, интеграционный, стабилизационный этапы.

Этапы психиатрической реабилитации: восстановительная терапия, реадaptация, реабилитация.

Реабилитация в психиатрии (3 этап) проводится только амбулаторно.

Так же специфическое отличие в наркологии является оценка уровня реабилитационного потенциала.

Благодаря правильно построенной структуре и содержанию процесса реабилитации, можно добиться таких результатов как минимизации последствий болезни и улучшения качества жизни пациентов. Психологическая интервенция важна на всех этапах, так как составляет основу всего реабилитационного процесса. Эффективность реабилитационного процесса зависит от правильно выбранных методов, подобранных индивидуально для каждого пациента, и профессионализма специалистов применяющих данные методы психологической интервенции в реабилитационном процессе.

II АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

2.1 Критерии определяющие организацию и содержание реабилитации наркологических больных

Выделение определенных критериев к содержанию реабилитационных программ помогают сформулировать и систематизировать знания о реабилитации в наркологии и структурировать в комплексную реабилитационную программу. Критерии выделены на основе анализа приказов Минздрава и литературы отечественных наркологов Е.А. Брюна, Т.В. Агибаловой, М.А. Винниковой, Т.Н. Дудко, А.В. Козыревой, С.Л. Кравченко, А.Ю. Ненастьева, П.В. Тучина, С.И. Уткина. Для выделения критериев используются две группы научно-теоретических принципов (те, которые выделены в теории) и нормативно-прикладных (те, которые заложены приказами и рекомендациями Минздрава и др. органов):

Научно-теоретические принципы:

- 1 Добровольность (с формированием мотивации на лечение).
- 2 Комплексность (с учётом соотношения биологических, социально-психологических факторов осуществляется комплексное медикаментозное, психотерапевтическое и социально-ориентированное воздействие).
- 3 Этапность и очередность лечебных мероприятий.
- 4 Непрерывность лечебных мероприятий и их достаточная продолжительность.

Нормативно-прикладные принципы:

- 1 Общие принципы к реабилитации больных наркоманией.
- 2 Определение прогноза реабилитационных мероприятий.
- 3 Организация медицинских мероприятий при реабилитации наркологических больных.

На основе принципов написанных выше были выделены критерии организации реабилитационного процесса учитывающие все сферы больного и

предполагающие комплексную работу, на основе учета нозологии и личностного подхода к пациенту.

В рамках развития организационных основ ЛРП определена технологически взаимосвязанная последовательность мероприятий (программ), имеющих своей целью восстановление процесса психического развития и социального функционирования больных.

Принципы реабилитации:

1 Доступность и открытость реабилитационного отделения медицинской организации (реабилитационного центра).

2 Единство социально-психологических и медико-биологических методов воздействия на больного.

3 Многообразие форм (моделей) реабилитационной работы и возможность их индивидуализации.

4 Многоступенчатость (этапность) реабилитационных мероприятий.

5 Обеспечение правовой и организационной регламентации лечебно-реабилитационного процесса.

6 Создание в реабилитационном отделении медицинской организации (реабилитационном центре) единой мультидисциплинарной бригады (команды) специалистов: психиатр – нарколог – медицинский психолог – социальный работник, а при необходимости – врач-консультант иной врачебной специальности.

7 Готовность специалистов, работающих с наркологическим больным, передать часть функций бывшим (выздоровливающим) больным, прошедшим реабилитационную программу, готовность сотрудничать с ними на партнерских основаниях.

Критерии организации реабилитационной программы:

Медицинские критерии:

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

2 Комплексное применение лекарственной терапии.

3 Осуществляться действиями медицинского характера в профессиональных рамках.

4 Мониторинг физического состояния пациента. Медицинское динамическое наблюдение. Оценка физического состояния пациента в динамике на протяжении курса реабилитации.

5 Противорецедивная терапия.

Психологические и психотерапевтические критерии.

1 Осуществляться действиями клинико-психологической интервенции в профессиональных рамках.

2 Психодиагностика пациента, в которую входит пато- и нейропсихологическая диагностика, диагностика семейных отношений, диагностика личности и УРП.

3 Выявление мишеней клинико-психологической интервенции.

4 Применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики болезни.

5 Разработка индивидуальной программы с учетом личностных особенностей и потребностей пациента. Структура индивидуальной, групповой и семейной терапии соответствующей теоретическим моделям психологии.

6 Мониторинг психологических изменений в процессе реабилитации и возможность изменения структуры программы.

7 Принцип динамической группировки пациентов в системе МР.

8 Оценка эффективности реабилитации и прогноз.

9 Определение критериев завершения реабилитационной программы.

10 Противорецедивная терапия.

Социальные критерии.

1 Индивидуальный подбор доступных видов общественной и семейно-бытовой деятельности, а социально-бытовая адаптация определяет оптимальные

режимы общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях и приспособление к ним инвалида.

2 Привлечение волонтеров.

Психологическая интервенция занимает важную роль на всех этапах реабилитации, поэтому очень важно подбирать правильно методы психотерапевтического вмешательства и учитывать качество подготовки и квалификацию специалистов.

В на территории Челябинской области находятся примерно 20 реабилитационных центров, из них 5 включены в реестр реабилитационных центров Челябинской области, прошедших квалификационный отбор в Национальную систему комплексной реабилитации наркозависимых лиц.

Все реабилитационные программы отдают особую роль психологической интервенции. Но, как показывает практика, не всегда психологическое и психотерапевтическое вмешательства соответствуют нормам, прописанным в приказах Минздрава и других нормативных документах. Многие центры закрыты и анонимны, поэтому их профессиональную работу оценить практически невозможно. Поэтому выбраны программы, которые общедоступны и используются в Челябинской области. Так как основное место занимает психологическая интервенция, основной акцент поставлен на психотерапевтические и психологические критерии при анализе реабилитационных программ.

2.2 Анализ реабилитационных программ, официально используемых на территории Российской Федерации

2.2.1 Анализ реабилитационной программы «12 шагов»

Авторы программы «12 шагов» Вильям Грифт Вилсон (биржевой маклер, страдавший алкоголизмом) и Роберт Халбрук Смит (врач-хирург, страдавший алкоголизмом). Реализация программы происходит в сети закрытых ассоциаций Анонимных Алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (АН).

Клиентами программы являются лица зависимые от алкоголя или наркотиков,

после детоксикации и купирования абстинентного синдрома.

Идеология сообществ АА и АН заключается в признании алкоголизма и наркомании как болезни, приводящей к стабильным психологическим, биологическим, социальным и духовным нарушениям в жизни человека.

«12 шагов» провозглашается программой личностного выздоровления и поддержания трезвости, при условии, что биологические изменения при зависимостях считаются неизлечимыми. Остальные нарушения корректируются. Так же существуют «12 традиций», которые являются нормами функционирования сообществ АА и АН в социуме.

Главным условием прохождения программы является признание факта утраты контроля над своим поведением в отношении своей зависимости, так же принятие существования некой «Силы», которая при определенных условиях и действиях зависимого лица, дарует силу воли и здравомыслие, способствующие возвращению контроля над своим поведением.

Важным аспектом эффективности работы реабилитационной программы является [41]:

1 Регулярное посещение групп АА и АН.

2 Соблюдения правил и форм поведения прописанных в документах программы «12 шагов».

3 Проработка основных программных документов «12 шагов», «12 традиций».

Особое внимание нужно уделить Традициям, которые являются гарантией безопасности личности зависимого. Из этого следует, что изменения и не правильное понимания этих традиций ведет к жесткой защите со стороны реабилитантов.

Положительный терапевтический аспект в программе, заключается в снятии фрустрации связанной с непосильной задачей контролировать свое поведение, таким образом, снимаются психологические защиты, например анозогнозия, при этом освобождая энергию и ресурсы для реабилитации. Происходит это потому, что перед зависимым лицом ставят четкие цели и задачи, которые для него

выполнимы, давая надежду и перспективы на улучшение его состояния.

На начальном этапе программы происходит усиление копинг-стратегий и использование индивидуального и коллективного самовнушения, для формирования лечебной перспективы. Далее происходит формирование зависимости от сообществ АА и АН и норм, прописанных в программе «12 шагов». Начинает формироваться «Внутренняя картина болезни», направленная на возвращение к облегченному социальному функционированию в условиях АА и АН. На каждом этапе освобождаются личностные ресурсы для прохождения дальнейших этапов программы, этим объясняется ее эффективность и популярность.

Противоречивая терапия заключается в посещении групповых собраний «90 дней – 90 собраний». В течение трех месяцев, каждый день посещаются группы АА или АН, так как считается, что именно этот временной промежуток наиболее опасен, в плане возникновения срывов.

Терапевтические факторы и механизмы групповой работы являются стимулами к перемене и разрушению обычных неконструктивных форм поведения и постройке нового самосознания [41].

Подведя итог можно обозначить определенные не соответствия программы с выделенными критериями.

1 Нет обеспечения правовой и организационной регламентации лечебно-реабилитационного процесса.

2 В программе «12 шагов» основным персоналом работающим с пациентами являются Свободные консультанты (пациенты прошедшие реабилитацию) Поэтому мультидисциплинарной бригады нет.

1 Медицинского наблюдения, а программе не предусмотрено, так как в персонал не имеет медицинского образования и идеология 12 шагов не принимает фармакотерапии. Так же нет мониторинга за физическим состоянием пациента на протяжении всего реабилитационного процесса.

2 Не предусмотрен психодиагностический блок в программе. Осуществление

клик-психологической интервенции не может осуществляться правильно в соответствии с психологическими теориями, так как в программе нет профессиональных психотерапевтов и психологов.

3 Нет личностного подхода к пациенту с учетом его психологических особенностей и потребностей. Основной акцент направлен на групповую терапию, индивидуальная

4 Не разработаны критерии вхождения в программу. Оценка эффективности реабилитации оценивается только: регулярным посещением групп АА и АН, соблюдением правил и форм поведения прописанных в документах программы «12 шагов», проработка основных программных документов «12 шагов», «12 традиций». Что не показывает личностных изменений и нивелирование когнитивных нарушений и социализации. Так же не предусмотрено прогнозирование успешности выполнения реабилитации.

5 Не определены критерии завершения программы. Программа реализуется пожизненно. Люди, не являющиеся членами АА и АН не принимаются в процесс реабилитации (волонтеры).

Программа для анализа взята в классическом варианте. В настоящее время используется комбинирование программ и методов реабилитации и некоторые несоответствия по критериям смогут быть убраны в реабилитационных центрах.

2.2.2 Миннесотская модель реабилитации

Миннесотская модель реабилитации наркологических больных возникла в Америке в конце 40-х годов 20 века в результате высокой эффективности групп АА и АН. В отличие от классической программы «12 шагов» в Миннесотской модели духовные принципы работы групп АА объединены с достижениями психологии, психиатрии, социологии и других наук. В основе Миннесотской модели реабилитации и в программе «12 шагов» понятие о заболевании идентичны.

Медикаментозное лечение в этой программе не применяется.

Миннесотская модель формировалась как форма стационарного лечения в

течение 28 дней. Со временем сроки реабилитации стали варьироваться и появились другие формы программы, построенные по типу терапевтической общины; «промежуточные» лечебно-адаптационные учреждения; дневные стационары, амбулаторные программы и т.д.

Все лечебные программы, использующие Миннесотскую модель, основаны на концепции терапевтического сообщества. В них нет традиционного для «обычной» медицины противопоставления врача пациенту. Ключевую роль в программе играют Свободные консультанты, люди, прошедшие реабилитацию по программе «12 шагов» [41].

Очень важна и проводимая в подавляющем большинстве терапевтических общин работа с семьей наркозависимого.

На стадии реабилитации возвращения человека в нормальное общество используются разные виды психологической и социальной помощи, сконцентрированные не только на самом пациенте, но и на его семье и вообще на окружении: друзьях, сослуживцах, однокашниках и т.д. Кроме того, наркоману помогают освоить новые профессиональные навыки, получить образование, найти работу, решить проблемы с жильем и т.д.

Так как Миннесотская модель реабилитации и 12 шаговая программа не имеет существенных различий в структуре реабилитационного процесса несоответствие с критериями так же имеют не значительные различия. Главное отличие заключается в том, что, не смотря на то, что в обеих программах основным персоналом, работающим с пациентами, являются Свободные консультанты (пациенты прошедшие реабилитацию) в Миннесотской модели реабилитации присутствуют работники со специальным образованием (психиатр-нарколог, психолог, социальный работник и т.д.).

2.2.3 Модель реабилитации наркологических больных, основанная на идее «Терапевтического сообщества»

В программу принимаются лица с зависимостью от ПАВ после снятия детоксикации и снятия острого абстинентного синдрома. Специфические критерии для исключения из терапевтического сообщества включают в себя: девиантное поведение, суицидальные попытки и тяжелые психиатрические заболевания.

Задача терапевтического сообщества – полное изменение стиля жизни, то есть не только воздержание от наркотиков, но и устранение антисоциального поведения, развитие полезных навыков и умений, развитие новых ценностных ориентаций.

Традиционное терапевтическое сообщество требует изолированного длительного стационарного пребывания [19, 41, 44].

Персоналом в реабилитационной программе являются медики, психологи, педагоги, социологи, а также администраторы. Но основные функции выполняют бывшие пациенты, которые успешно реабилитированы в терапевтическом сообществе.

Нормы программы имеют очень важное место в терапевтическом сообществе, так как определяют поведение всех членов, как профессионалов так и пациентов. Выполнение норм обеспечивается с помощью системы наказания и поощрения.

В терапевтических сообществах существует иерархия и перемещение по этой лестнице уровней значимости проходит через последовательность определенных стадий, сопровождающимися ритуалами сообщества.

В программе есть строго структурированный порядок реабилитационного процесса. Структура состоит из шагов, достижение которых показывает прогресс в реабилитационном процессе.

В структуре программы терапевтического сообщества входят несколько этапов [41]:

1 этап. Индукционный («вход» в программу). Диагностика, оценка

потребностей пациента, знакомство со средой программы терапевтического сообщества.

2 этап. Основной этап реабилитации. Задачами на этом этапе является социализация в ТС и начало личностного роста. Выделяют два периода. В первом периоде пациент уже имеет определенный статус, уже есть определенные сдвиги в психологическом состоянии. Переход на второй этап отмечается заключением контракта, в который входит терапия с семьей и задачи, направленные к возвращению в общество. Невыполнение контракта может привести к переводу на предыдущий этап – тогда он лишается привилегий, которые имеются во второй фазе.

Параллельно с групповой терапией ведется тренинг социальных ролей. Это роли, которые проявляются в ключевых видах деятельности ТС. Очень важный компонент работы ТС – коммуникативный тренинг, особенно навыки совладения с агрессией.

3 этап. Выход из программы (либо повторное включение – «reentry»). Третий этап – этап возврата домой. Пациент укрепляет навыки автономного принятия решений и самоуправления с меньшей степенью зависимости от штата или от других членов сообщества. Выделяют 2, иногда 3 фазы – раннюю и позднюю. На ранней фазе «геентру» идет подготовка к отделению от сообщества. Пациенты регулярно живут на базе сообщества. На этап также заключается контракт. Это уже не такой контракт, как на предыдущих стадиях, то есть не такой большой и точно регламентирующий жизнь пациента. В контракте он определяет работу, учебу, помощь по дому, формы и частоту контакта с центром, работу по развитию личности. На поздней фазе завершается успешное отделение и начинается регулярное независимое проживание за пределами ТС. Первый месяц предполагает еженедельное возвращение в центр. Во втором месяце пациент уже может приезжать через 2–3 недели. Фактически он уже выписан из центра, но продолжает сотрудничество. После успешного третьего этапа подготавливается праздничное завершение лечения. Организуется специальная встреча с участием

всего сообщества и родственников. Пациенту вручают диплом, делают многочисленные пожелания, дарят подарки [9, 41].

При анализе программы терапевтического сообщества, были выявлены следующие несоответствия в критериях:

1 Не разработан диагностический блок в программе, который бы охватил все сферы пациента.

2 Главная роль в программе отведена бывшим пациентам, а не специалистам.

3 Строгие нормы и правила поведения в терапевтическом сообществе минимизируют возможность осуществления индивидуальной программы.

4 Группировка пациентов происходит только в иерархии, с помощью определенных выполненных этапов, а не на основе индивидуальных характеристик пациента.

2.2.4 Реабилитационная программа «Точка трезвости»

Авторы-разработчики программы: «Точка трезвости» Т.В. Агибалова, И.В. Добряков, М.Ю. Городнова, А.Д. Петров. Программа была разработана в 2009 году.

Программа «Точка трезвости» разработана специалистами ФБГУ «Федеальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» и Московского Городского Психолого-Педагогического Университета.

Реализация программы может реализовываться как в амбулаторных условиях, так и в стационарных. Проходя реабилитацию по этой программе необязательно полностью прекращать употребление ПАВ.

Основа программы стала биопсихосоциальная модель, предложенная Дж. Энджелом. В качестве фармакотерапии, воздействующий на осевой симптом зависимости, используется антагонист опиатных рецепторов налтрексон (торговое название Вивитрол). Налтрексон является блокатором опиатных рецепторов и его механизм действия заключается в снижении чувства эйфории

при однократном приеме алкоголя / опиатного наркотика, в снижении первичного и вторичного патологического влечения [61].

Программа используется при различных степенях тяжести заболевания.

Применяемые в программе методы психотерапии являются структурированными и умеют учебное руководство для клиницистов.

Программа может быть назначена пациентам:

- 1 Пациентам с выраженным патологическим влечением
- 2 Пациентам, ранее лечившимся другими методами без желаемого эффекта
- 3 Пациентам с медицинскими противопоказаниями к аверсивной терапией (за исключением острого гепатита, тяжёлого нарушения функции печени, умеренной или тяжелой почечной недостаточности), в том числе:

3.1 Пациентам с сопутствующими психиатрическими заболеваниями.

3.2 Пациентам с коморбидной патологией.

При проведении психотерапии проводится детальная оценка индивидуальных «мишеней» психотерапевтического воздействия у каждого пациента для обоснованного выбора методов воздействия. В программу «Точка трезвости» так же включены методы психотерапии, апробированные в ходе доказательной психотерапевтической практики.

Схема программы является гибкой, строгая частота визитов касается инъекций препарата

Содержание и структура программы «Точка трезвости»:

Мотивационный этап, включает диагностику и формирование на сотрудничество. Длительность 10–14 дней (3 визита).

Первый этап – мотивационный: включает укрепление сотрудничества, интенсивное лечение и оценка первых результатов. Длительность 2 месяца (8 визитов и 8 телефонных звонков).

Второй этап – этап активной терапии: включает в себя зрелое сотрудничество и поддерживающая терапия. Длительность 9 месяцев (18 визитов).

Третий этап – поддерживающей терапии: включает, завершение и

планирование. Длительность 1 месяц (1 встреча).

Программа предполагает 27 визитов, содержание и структура которых прописана. В эти визиты входит и работа с семьей.

Психодиагностические методики используемые в программе:

- 1 Генограмма.
- 2 Мотивационный опросник.
- 3 Визуально-аналоговая шкала тяги.
- 4 График настроения.
- 5 Опросник тревожности и депрессии.
- 6 Социограмма семьи.
- 7 Шкала риска ситуаций срыва.
- 8 Методика Сакса-Сиднея.

Дополнительные методики:

- 1 Тест на удовлетворенность браком.
- 2 Тест «Профориентация».

Программа предназначена для индивидуального использования.

Методы психотерапии применяемых в программе «Точка трезвости» – когнитивно-поведенческая психотерапия, транзакционный анализ.

Программа делает акцент на самостоятельной работе пациента посредством домашних заданий.

При анализе программы «Точка трезвости» выявились определенные несоответствия с выбранными критериями.

1 Доступность этой программы ограничивается стоимостью этой программы, так она является коммерческой.

2 Не предусматривает сотрудничество специалистов с бывшими пациентами прошедшими программу.

3 Не предусматривается медицинское наблюдение и формирование реабилитационной среды.

4 Применение лекарственной терапии заключается только в применении

препарата Вивитрол.

5 Мониторинг физического состояния пациента, заключается в наблюдении принятия Вивитрола организмом пациента.

6 Не учитывается УРП при проведении психотерапии, и всегда проводится стандартное число сессией.

7 Противорецидивная терапия ограничивается так же встречами, т.е. не предполагает длительное ведение пациента после прохождения программы.

8 Предусмотрена индивидуальная психотерапия, нет групповой.

2.2.5 Программа реабилитации наркологических больных г. Кургана

Программа разработана психологами реабилитационного центра города Кургана.

Клиентами программы являются лица зависимые от алкоголя или наркотиков, после детоксикации и купирования абстинентного синдрома.

Во время пребывания больного в реабилитационном центре осуществляется постоянный мониторинг его психического и наркологического статуса, обеспечивающий предупреждение и своевременную терапию признаков развития возможного рецидива болезни.

Все правовые, организационные и этические стороны взаимоотношений персонала и пациентов РЦ, а также их родственников (или законных представителей) строятся строго на основании действующего законодательства и ведомственных нормативных актов. Необходимо заключение между пациентом и администрацией РЦ договора с указанием форм и объема оказываемой помощи, сроков и условий пребывания пациента в РЦ, обязанностей и прав сторон.

Задачами программы является:

1 Формирование внутренней мотивации на участие в процессе реабилитации, отказ от употребления наркотиков.

2 Дезактуализация основных проявлений синдрома зависимости.

3 Формирование и запуск здоровых программ на неосознаваемом уровне.

4 Устранение личностных нарушений, стимуляция личностного роста.

5 Предупреждение рецидивов.

6 Формирование стереотипов здорового поведения.

7 Восстановление взаимодействия с семьёй, реинтеграция в обществе.

8 Самоопределение.

9 Духовно-нравственное развитие.

Работа в наркологическом центре должна быть системная. Она ведется в следующих направлениях:

1 Организация эффективной реабилитационной среды;

2 Лечебная система;

3 Психолого-психотерапевтическая система;

4 Социо-терапевтическая система.

Организация эффективной реабилитационной среды.

1 Деятельность реабилитационного центра, реализация в нем программы реабилитации осуществляется на основе определенным уставом внутреннего распорядка, указывающего права и обязанности, нормы и правила поведения членов персонала и пациентов.

2 Режим работы РЦ включает ежедневные максимально плотные и содержательно насыщенные рабочие планы.

3 Различные в плане профессиональной и образовательной подготовки специалисты составляют единую «бригаду», постоянно взаимодействующую во всех организационных и терапевтических мероприятиях.

5 Программная работа осуществляется в рамках активно формируемых групп, численность групп 10–12 человек. При отборе пациентов в группы учитывается уровень их реабилитационного потенциала, особенности личности и проблемных ситуаций, возможная психологическая совместимость

6 Необходимо оценивать эффективность реабилитационного психологического и сомато-физиологического тестирования, а также данных мониторинга терапевтического процесса «бригадами» специалистов. Рекомендуются ведение реабилитантами дневников, позволяющих формировать

навыки самонаблюдения, самоанализа, а специалистам (с согласия больных) изучать их для оценки динамики состояния, позитивных перемен.

7 Наличие «школы пациента».

Цели, стоящие перед «школой пациента»:

1 понимание сущности и механизмов болезни, последствия, знание путей их преодоления;

2 получение информации, обеспечивающей самопонимание пациента;

3 подходов к разрешению проблемных ситуаций.

2.Лечебная система.

3.Психолого-психотерапевтическая система.

Независимо от уровня реабилитационного потенциала проводится полное психологическое обследование, как до осуществления ЛРП, так и после его завершения, что позволяет объективно оценить УРП и эффективность реабилитационной программы.

Из основных направлений психотерапии могут быть использованы: когнитивная терапия, поведенческая, психодинамическая, гуманистическая, копинг-терапия, системная, клиент-центрированная, гештальт-терапия, психодрама, трансактная терапия, рационально-эмотивная терапия, экзистенциальный анализ (по Л. Бинсвангеру), арт-терапия, семейная психотерапия, а также различные психотерапевтические методики, техники и упражнения.

Обязательные встречи с родственниками пациентов 1 раз в месяц, так называемые «родительские собрания», где проводятся специальные лекции-беседы по вопросам связанным с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) и возможных путях преодоления патологических зависимостей. Беседы родственников со всеми специалистами центра.

Привлечение в работе с наркологическими больными церковно служителей. Ее основу составляют опытно-теоретические знания христианской антропологии, психологии, аскетики, медицины. Общий принцип реабилитации наркозависимых

людей вытекает из понятия сущности (патогенеза) патологических зависимостей, в том числе наркомании.

В индивидуальной работе применяются прогностические рисуночные тесты, приспособленные для целей прогностического анализа бессознательного у пациента. Эти тесты являются основой эффективной невербальной и косвенной оценки особенностей работы бессознательного пациента, а так же являются прямым психотерапевтическим методом для управления « ущемленными ассоциациями», как дальнейшее развитие метода свободных ассоциаций З. Фрейда.

Следует учитывать, что каждый этап подразумевает различный по форме и содержанию метод воздействия на родственников пациентов.

1 Во время первого консультирования родственникам предоставляется информация относительно целей и задач реабилитационной программы.

2 Программа предусматривает обязательную работу с родственниками зависимого, которые за время общения с ним вошли в стадию созависимого поведения, которое разрушает взаимоотношения и семью.

3 Для обновления и восстановления семьи, родным предлагается пройти реабилитацию от созависимости.

4 Родные в любое время могут получить необходимую информацию у сотрудников по телефону о состоянии клиента, о реабилитационной программе, о распорядке дня, о правилах посещения и др.

5 Обучение и подготовку родственников к приему наркозависимых из стационара, построению эффективных взаимоотношений с пациентами, закрепляющих их ремиссию.

Формы проведения работы с родными.

1. Консультирование.
2. Групповая терапия.

Групповая терапия для родственников включает:

1. Занятие по изучению принципов родственных отношений.

2. Группы поддержки для созависимых.

3. Проведение обучающих семинаров по выздоровлению семьи.

Обеспечение постоянной занятости пациентов – основополагающий принцип реабилитации. Занятость достигается через организацию:

1 Максимально насыщенного графика ежедневных специальных информационных и терапевтических занятий.

2 Режима бытового самообслуживания.

3 Регулярных трудовых процессов.

4 Содержательного досуга.

Все эти мероприятия, наряду с режимной и регламентной системой организации жизнедеятельности РЦ, составляет фундамент «терапии средой» – основного направления и средства обеспечения эффективности реабилитационного процесса.

Особое значение уделяется трудовым процессам. Трудовой процесс – модель реабилитационно-развивающей среды, обеспечивающий постоянный социально-трудовой тренинг.

Занятия трудом направлены на то, что бы привить реабилитируемым молодым людям привычку к систематической работе, они должны усвоить все необходимые навыки самообслуживания.

Социотерапия помогает в решении социальных проблем пациентов. Активность пациентов в рамках программы реабилитации помогает им включаться в реальную жизнь на новых, позитивно измененных основаниях – в жизнь семьи, в микро- и макросоциальные структуры.

Проведение пациентами праздников и досуга стимулирует познавательную и творческую активность, учит не только овладевать новыми знаниями, но и радоваться своим достижениям.

При анализе программы был сделан вывод, что основные принципы эффективности соблюдены и так как программа написана отечественными психологами и учтен российский менталитет эффективность программы

увеличивается.

Вывод по второй главе:

Сформулированы и систематизированы основные критерии оценки реабилитации наркологических больных, используя системный подход к анализу этой проблемы как один из методов современного научного исследования (приложение Б). Выделены три группы критериев в зависимости от профиля специалиста, осуществляющего конкретные мероприятия. К числу медицинских критериев относятся собственно медицинское наблюдение с формированием реабилитационной среды; комплексная медикаментозная терапия и иные действия медицинского характера с последующей противорецидивной терапией, а также мониторинг физического состояния пациента в динамике.

К психологическим и психотерапевтическим критериям относятся психодиагностика когнитивной, эмоциональной, интеллектуально-мнестической сфер пациента, а так же диагностика семейных отношений и уровня реабилитационного потенциала. На основе полученной информации выявление мишеней психотерапевтического вмешательства и осуществление клинко-психологической интервенции в профессиональных рамках индивидуально для каждого пациента. Так же включен мониторинг психологических изменений в динамике и определение критериев завершения программы.

К социальным критериям относятся привлечение волонтеров к реабилитационному процессу и индивидуальный подбор доступных видов общественной и семейно-бытовой деятельности для пациента.

III ДОПОЛНЕНИЯ К СТРУКТУРЕ И СОДЕРЖАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

3.1 Принципы организации психологической интервенция при медико-социальной реабилитации наркологических больных

Реабилитационная работа с наркологическими больными может быть успешной только в случае ее проведения на основе постоянного соблюдения ряда принципиальных положений (требований) в их совокупности и единстве. Соблюдение этих принципов позволяет начать РП, включив пациента в конкретную целевую программу, удерживать больного в этой программе, обеспечивать его активность в ходе ее реализации и рассчитывать на итоговый положительный результат.

Основные принципы реабилитации наркологических больных.

1 Добровольное участие в реабилитационной программе. Заключение договора, в котором будут прописаны права и обязанности, условия нахождения пациента в реабилитационном центре и условия расторжения.

2 Доступность и открытость реабилитационных учреждений. Каждый пациент должен иметь возможность узнать полную информацию о процессе реабилитации, при этом из разных источников информации (интернет, телефон горячей линии реабилитационного центра и т.д.). Так же любой желающий избавиться от своей зависимости должен иметь возможность пройти реабилитацию, если соблюдены условия вступления в реабилитационный центр.

3 Доверительность и партнерство.

Включенность пациента и его активное участие в реабилитационном процессе, и партнерские отношения с персоналом, основанные на доверии и взаимоуважении, положительно влияет на процесс реабилитации больных. Создаваемая в реабилитационных центрах реабилитационная среда должна служить моделью будущей жизни пациента в обществе.

4 Единство медицинских, психологических и социальных методов

воздействия. Применяемые в реабилитационном процессе различные социально-психологические и медицинские методы, должны составлять единое целое в плане их действия и направленности на обеспечение эффективности реабилитационного процесса. Индивидуальный подход к пациенту, опора на личностные особенности, социальный и психофизиологический статус, специфику патогенеза определяет приоритетность тех или иных методов и индивидуальную направленность реабилитационной программы.

5 Разделение реабилитационных мероприятий на этапы.

Этапы программы определяются динамикой состояния конкретного пациента (психологический, физиологический и социальный статус). Это нужно для оценки возможностей каждого пациента для решений задач реабилитационного процесса. Варьирование сроков прохождения определенного этапа, выбор определенных методов и критерии переход от одного этапа к другому индивидуально для каждого пациента.

6 Полный отказ участников реабилитационного процесса от употребления ПАВ. Закрепление у каждого пациента установки на полное воздержание от ПАВ способствует более успешному исходу реабилитационного процесса.

7 Создание в реабилитационном учреждении единой «бригады» («команды») специалистов. Так же качество реабилитационного процесса зависит от наличия специалистов, которые работают единой командой и имеют профессиональные знания и обладают большим набором методов используемых в реабилитации наркологических больных, и в наиболее целесообразной последовательности.

8 Активная роль бывших пациентов в РП.

Важно привлекать пациентов прошедших реабилитационную программу с длительной ремиссией в реабилитационный процесс для создания доверительной атмосферы в реабилитационном центре. Бывшие пациенты прошедшие специальную подготовку перед включением их в штат сотрудников повышает мотивацию и укрепляет уверенность в реальной возможности преодоления болезни и успешного включения в трудовую и общественную деятельность после

прохождения реабилитации.

3.2 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).

3.3 Терапевтическая среда

В реабилитационном процессе важную роль играет терапевтическая среда.

И создание оптимальной реабилитационной среды для каждого пациента влияет на эффективность реабилитации.

Выделяют три вида реабилитационной среды:

1 Открытая. Амбулаторное отделение реабилитационного центра или наркологический диспансера.

2 Полузакрытая. Дневной стационар при реабилитационном центре.

3 Закрытая. Реабилитационный центр постоянного пребывания пациента.

Модель закрытой реабилитационной среды характеризуется большей степенью защищённости от проникновения ПАВ и влиянию негативных факторов внешней среды на процесс реабилитации. Эта модель больше подходит пациентам с низким и средним УРП. Полузакрытые и открытые условия больше

подходят для пациентов с высоким и средним УРП, так как пребывание в такой реабилитационной среде у зависимых от ПАВ необходимо наличие достаточного уровня ответственности за свое поведение, и достаточно личностных ресурсов для противостояния влияниям внешней среды. Поэтому важно следить за динамикой психологического, соматического и социального состояния больного и своевременно и переводить пациентов из закрытой в полужакрытую и открытую РС и при необходимости обратно [7].

3.4 Реабилитационный режим

В реабилитационной программе должны присутствовать различные варианты режима для условий закрытой, полужакрытой или открытой РС.

Реабилитационный режим привлекает пациентов в активную реабилитационную деятельность.

На адаптивном этапе назначается щадящий режим реабилитационной деятельности с умеренным использованием физических и психических нагрузок, но стимулирующий пациента к четкому следованию распорядку дня реабилитационного центра.

На интеграционном этапе реабилитации физические и психические нагрузки используются в полном объеме.

На первых двух этапах занятость пациента должна быть постоянной в течении дня и четко структурированной.

На стабилизационном этапе нужно обеспечить плавный выход из реабилитационной программы, поэтому очень важно давать пациентам свободное время, которое они будут использовать по своему усмотрению, но под контролем специалистов, другими словами отрабатывать и закреплять полученные навыки в центре, что бы потом успешно и эффективно проявлять себя в обществе и уметь самостоятельно регулировать свое поведение [5].

3.5 Школа для пациентов с синдромом зависимости при проведении медицинской реабилитации

Повышение информированности пациентов о заболевании, о факторах риска возникновения срывов, мотивация пациента к соблюдению трезвого образа жизни, способствует более серьезному отношению к своему здоровью.

Включение пациентов в группы обучения рекомендуется 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.

Так же рекомендуется выполнение пациентом домашних заданий.

3.6 Медицинский блок.

Медицинское сопровождение пациентов на протяжении всей реабилитации заключается в диагностике физического состояния на каждом этапе и назначение фармако- и психофармакотерапии по показаниям, если пациенты имеют сопутствующие заболевания.

Более подробно будет рассмотрена психологическая интервенция в контексте реабилитации наркологических больных. И роль клинического психолога в процессе реабилитации.

3.7 Этапы реализации программы реабилитации

Процесс реабилитации наркологических больных в реабилитационном центре базируется на принципе многоступенчатости его построения – последовательного, поэтапного применения различных комплексов реабилитационных мероприятий.

1 Адаптивный этап.

Целью этапа является адаптация больным к условиям терапевтической среды и режиму работы реабилитационного центра, привлечению пациентов к активному участию в реабилитационной программе.

Задачи этапа;

1 Клинико-психологическая функциональная диагностика и определение УРП

чтобы составить объективную картину о нарушениях в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах, а так же выявить проблемы и их причины, способствующие формированию зависимости, оценить дисфункциональную ситуации в семье, обусловленной болезнью, а так же найти пути адаптации и ресоциализации пациентов.

2 Мотивационное консультирование для укрепления мотивации к участию в реабилитации.

3 Работа над осознанием больным своих личностных ресурсов и возможностей в реабилитационном процессе.

4 Обеспечение занятости.

5 Составление индивидуальной реабилитационной программы.

6 Формирование у пациентов понимания значения личной ответственности за реализацию лечебно-реабилитационных программ и выздоровление.

7 Помощь пациенту в осознании причин и последствий заболевания.

8 Помощь пациенту в прояснении и формировании личных и значимых для него целей и задач реабилитации.

10 Развитие самодисциплины.

Таким образом, на первом этапе реализации программы активно используются все ее составные элементы: «терапия средой», «терапия занятостью», психологическое и оздоровительное воздействие.

2 Интеграционный этап.

Основной этап активных изменений, полного включения пациентов в реабилитационную программу

Основные задачи этапа:

1 Повторная психодиагностика и на основе выявленной динамики, внесение изменений в индивидуальную реабилитационную программу.

2 В ходе улучшения состояния больного продолжается работа над повышением мотивации на участие в процессе реабилитации.

3 Формирование эффективного копинг-поведения, развитие навыков

самоэффективности и самоконтроля.

4 Семейная психотерапия с родственниками больных.

5 Выявление и преодоление социофобии.

3 Стабилизационный этап.

Завершающий, заключительный этап.

Основные задачи, решаемые на третьем этапе:

1 усиление и закрепление эффектов применявшихся психо- и социотерапевтических методик и технологий, их активное использование в проблемных ситуациях;

2 активная подготовка пациентов к выписке из реабилитационного центра, смена режима пребывания в реабилитационном центре и за его пределами;

3 закрепление и реализация пациентами навыков самостоятельного принятия решений и их практического осуществления;

4 стабилизация на удовлетворительном уровне основных характеристик личностного и поведенческого статуса;

5 формирование позитивно-ориентированной системы социальных отношений и поддержки пациентов;

6 оздоровительные технологии и процедуры, спортивные занятия с выполнением все более высоких нормативов и включением соревновательных элементов;

7 процедуры решения социальных и правовых проблем.

Работа медицинского психолога в постреабилитационном периоде включает следующие задачи:

1 Продолжение мониторинга путем клинико-психологической функциональной диагностики.

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 копинг-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.

10 Продолжение психокоррекционной работы с родственниками больных и ЗДЛ.

11 Профилактика срывов и рецидивов заболевания.

3.8 Профилактика срывов и рецидивов заболевания.

Для профилактики рецидивов проводится необходимая работа, как-то: повышение уровня знаний о ситуациях высокого риска

1 Повышение самокомпетентности и умения понимать и контролировать процессы, связанные с изменениями в сфере своего «Я» в ситуациях высокого риска;

2 Развитие уровня основания собственных чувств и эмоциональное состояние, а так работа на умением открыто выражать собственные чувства;

3 тренинг когнитивной оценки проблемных стрессовых ситуаций и ситуаций высокого риска и т.д.

4 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:

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

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

3 умение анализировать конкретные ситуации риска;

4 навыки проработки вариантов преодоления ситуаций риска навыки по разработке вариантов использования альтернативных наркотизации копинг-стратегий;

5 умение адекватно оценивать и анализировать себя, свои мысли, эмоции и действия;

6 умение проводить микроанализ срыва или рецидива

Навыки адаптивного копинг-поведения, необходимые для предотвращения рецидива:

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

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

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

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

5 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.).

3.9 Формы реализации реабилитационной работы

1 Командная форма. Специалисты различной профессиональной подготовки, взаимодействующие в едином направлении реабилитационного процесса.

2 Образовательно-информационное обеспечение программы. Беседы, тематические лекции, дискуссии с целью информирования больных о механизмах и сущности болезни, путей их преодоления и т.д.

3 Спортивно-оздоровительный блок. Обеспечение пациентов физической нагрузкой в течение дня для развития их физических качеств, и укрепления общего здоровья.

4 Терапия занятостью. Достигается путем максимально насыщенного графика ежедневных специальных информационных и терапевтических занятий.

5 Социокультурная реабилитация. Организация досуга для удовлетворения духовных потребностей и расширения кругозора.

6 Амбулаторное сопровождение пациентов и их родственников. Амбулаторное отделение оказывает специализированную консультативную помощь больным наркологического профиля и лицам с алкогольной зависимостью, а также их родственникам, которые являются созависимыми, осуществляет меры по их социальной адаптации.

Амбулаторное отделение центра осуществляет следующие виды деятельности:

- 1 первичный прием пациентов с разными видами зависимости и их семей;
- 2 направление на реабилитацию в реабилитационный центр;
- 3 консультирование, в том числе заочное (по телефону) лиц, обратившихся в отделение по вопросам поступления на реабилитацию в Центр, трудоустройства после курса реабилитации, правильной линии поведения созависимых и т.д.;
- 4 проведение диагностических исследований;
- 5 психокоррекция семейных отношений;
- 6 индивидуальное консультирование по преодолению созависимости;
- 7 индивидуальные занятия по профилактике срывов в постреабилитационный период с целью укрепления качества ремиссии пациентов, прошедших курс

реабилитации в реабилитационном центре;

8 групповые занятия: группа поддержки созависимых;

9 социальный патронаж пациентов, прошедших курс реабилитации.

3.10 Психологическая интервенция в программе медицинской реабилитации

При проведении психотерапии важна целенаправленность психотерапевтического воздействия и акцент на индивидуальные «мишени психотерапевтического вмешательства для каждого пациента исходя из образования, уровня интеллекта, когнитивных особенностей, личностных особенностей. Для воздействия на мишени можно использовать такие методы психологической интервенции как:

1 Мотивационное интервью. Мотивационное интервью (МИ), которое является одним из устоявшихся, широко применяемых на протяжении десятилетий методов. МИ предназначено для работы с зависимостью от психоактивных веществ на разных этапах реабилитации. Важнейшим условием является профессиональная подготовка психологов для работы с зависимыми с наркологическими заболеваниями. МИ чаще определяют как директивный, центрированный на зависимом метод, ориентированный на повышение мотивации к изменению, который помогает прояснить, выявить и преодолеть амбивалентное отношение к необходимым изменениям.

2 Когнитивно-поведенческая психотерапия Методы, которые используют с целью изменений в поведении, связанных с потреблением ПАВ через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения – действия – решение – поддержание изменении□ и предупреждение рецидивов.

3 Клиент-центрированная психотерапия по К. Роджерсу. Триада Роджерса состоит в безусловном принятии пациента, эмпатии, конгруэнтности переживаний и поведения специалиста. При создании специалистом соответствующей благоприятной обстановки, то развитие личности пациента будет идти естественным образом, в нужном направлении, что повлечет за собой

и редукцию симптоматики.

4 Когнитивная психотерапия. С точки зрения когнитивной терапии зависимость от ПАВ это неправильная искаженная переработка информации, что определяет дальнейшее принятие дезадаптивных решений и последующих деструктивных действий больного. Таким образом выявление и реконструкция когнитивных искажений и предубеждений, что возможно при обращении к процессу мышления пациента, сначала при поддержке со стороны терапевта а потом и самостоятельно [40].

5 Психодрама. Это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира пациента. 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 психодраме искусственный характер традиционного театра заменяется спонтанным поведением ее участников [8].

6 Гештальт-терапия. Метод гуманистической терапии, в котором 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. 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 самоосознавания (self-awareness). Развивая самоосознавание, 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.

7 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. 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.

8 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 закрепленных в детстве комплексах, которые в дальнейшем ведут к дисгармоническому развитию, психологическому неблагополучию. Это может привести к формированию повышенной потребности в употреблении ПАВ. Соответственно, психоаналитический подход позволяет изживать эти комплексы, тем самым улучшать и стабилизировать психологическое состояние пациента, уменьшая его потребность в ПАВ [13, 52].

9 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, методика анализа Драматического треугольника Стивена Карпмана, контрактные методики, антисуицидальный контракт, анализ и терапия трагического сценария зависимой личности, методика диагностики и построения терапии с учетом сильных и слабых сторон личности пациента [8].

10 Семейная психотерапия. 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 [43].

11 Группы само- и взаимопомощи. Основным принципом работы таких групп – это положительный пример трезвой жизни и обмен опытом по ее достижению. Характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение стереотипных установок личности, а также ее внутреннего состояния.

12 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 [31].

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. В рамках семейной психотерапии осуществляется также консультирование по юридическим вопросам, урегулировании семейных конфликтов, помощи в решении бытовых вопросов (осуществляется социальными работниками).

3.11 Оценка эффективности реабилитационной программы

Организация реабилитационной работы с наркологическими больными требует постоянного контроля, мониторинга и динамической оценки ее реальной эффективности.

Инструментом оценки эффективности реабилитационного процесса может служить тестирование результатов каждого этапа реабилитационной программы (психологическое тестирование, анализ дневников динамики и т.д.), а также систематический биологический контроль за возможным приемом ПАВ (экспресс-тестирование иммунохроматографическим методом на наличие наркотических веществ).

Для оценки эффективности реабилитационной программы важно учитывать не только количественные, но и качественные критерии, где важно учитывать все радикалы реабилитационного потенциала: наркологический, соматический, личностный, социальный. Качественный и количественный анализ ремиссии основанный на приказе.

Вывод к третьей главе.

Реабилитационная программа должна учитывать многокомпонентность заболевания и личности пациента, которые изменяются в ходе реабилитации. Задача рекомендаций написанных выше охватить как можно больше особенностей зависимого больного и использовать на максимум его личностные ресурсы в борьбе с болезнью. Были предложены уточнения и дополнения к организации реабилитационного процесса для повышения его эффективности, путем расширения роли психолога в реабилитации и расширения спектра используемых методов для работы, как с больными, так и с его родственниками.

Предложенные уточнения так же касаются улучшения качества реабилитационной среды, организации режима в реабилитационном центре, обучения пациентов, формам реализации реабилитации (командная, Образовательно-информационная, спортивно-оздоровительная, социокультурная, терапия занятостью, амбулаторное сопровождение пациентов).

Эффективность реабилитации зависит от четко обозначенных целей, задач, принципов, дифференцированности и продолжительности реабилитационных программ, реабилитационной среды, реабилитационных технологий, материально-технического обеспечения, реабилитационного потенциала больных, квалификации кадров в области реабилитации, постреабилитационной психологической и социальной поддержки больных.

ВЫВОДЫ

1 Реабилитация больных наркологического и психиатрического профиля, имеет свои специфические особенности. Главный акцент в реабилитации психически больных поставлен на реадaptацию пациентов, а в наркологии – на отказ от употребления ПАВ. Из этого следует, что имеются определенные различия в принципах и организации медико-социальной реабилитации в психиатрии и наркологии. Основные принципы реабилитации наркологических и психиатрических больных практически идентичны: добровольность, комплексность, единство медико-биологических и психосоциальных методов реабилитации, этапность, доверие и партнёрство, интегративность. Главным отличительным принципом в реабилитации больных наркологического профиля от реабилитации больных психиатрического профиля является требование полного отказа от употребления ПАВ. Организация реабилитации психически и наркологических больных так же имеет различия в целях, которые заложены в каждый отдельный этап программы. При этом, для больных психиатрического профиля основной целью является восстановление утраченных функций с последующим повышением адаптационных возможностей, а в наркологической сфере – выделяется длительный этап подготовки к собственно реабилитационному процессу, который направлен на интеграцию пациента в общество и стабилизацию полученного результата. Так же специфическим отличием в наркологии является оценка и учет уровня реабилитационного потенциала.

2 Сформулированы и систематизированы основные критерии оценки реабилитации наркологических больных, используя системный подход к анализу этой проблемы как один из методов современного научного исследования. Выделены три группы критериев в зависимости от профиля специалиста, осуществляющего конкретные мероприятия. К числу медицинских критериев относятся собственно медицинское наблюдение с формированием реабилитационной среды; комплексная медикаментозная терапия и иные действия

медицинского характера с последующей противорецидивной терапией, а также мониторинг физического состояния пациента в динамике.

К психологическим и психотерапевтическим критериям относятся психодиагностика когнитивной, эмоциональной, интеллектуально-мнестической сфер пациента, а так же диагностика семейных отношений и уровня реабилитационного потенциала. На основе полученной информации выявление мишеней психотерапевтического вмешательства и осуществление клиничко-психологической интервенции в профессиональных рамках индивидуально для каждого пациента. Так же включен мониторинг психологических изменений в динамике и определение критериев завершения программы.

К социальным критериям относится привлечение волонтеров к реабилитационному процессу и индивидуальный подбор доступных видов общественной и семейно-бытовой деятельности для пациента.

3. Реабилитационная программа должна учитывать многокомпонентность заболевания и личности пациента, которые изменяются в ходе реабилитации. Предложены уточнения и дополнения к организации реабилитационного процесса для повышения его эффективности, путем расширения роли психолога в реабилитации и расширения спектра используемых методов для работы, как с больными, так и с его родственниками. Предложенные уточнения включают улучшение качества реабилитационной среды, организацию режима в реабилитационном центре, обучение пациентов, формам реализации реабилитации (командная, образовательно-информационная, спортивно-оздоровительная, социокультурная, терапия занятостью, амбулаторное сопровождение пациентов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе был проведен теоретический анализ основных принципов реабилитации наркологических больных и выделены специфические принципы для реабилитации психических больных и наркопотребителей.

Сформулированы критерии оценки наркологической реабилитации с помощью научно-методологического системного подхода для анализа существующих программ. Этот анализ позволил обнаружить некоторые несоответствия с выделенными критериями.

Таким образом, на основе анализа реабилитационных программ предложены дополнения к структуре и содержанию организации психологической интервенции медико-социальной реабилитации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1 Указ Президента Российской Федерации №690 от июня 2010 г. Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года.

2 Федеральный закон от 21.11.2011 № 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).

3 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2015 г. N 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

4 Приказ Минздрава России от 05.06.2014 № 263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации.

5 Приказ Минздрава России от 22.10.2003 № 500 «Протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)».

6 Приказ Минздрава России от 26.11.96 N391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь»

7 Агибалова, Т.В. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации / Т.В. Агибалова, П.В. Тучин, О.Д Тучина // Вопросы наркологии – 2015 . – №3 . – С. 87–106.

8 Баранова, О.В. Современные психотерапевтические методы, применяемые в наркологической практике / О.В. Баранова // Клинические и организационные вопросы наркологии / Под ред. Е.А. Кошкиной. М.: Гениус Медиа, 2011. – С. 272–303.

9 Баранова, О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом.: дисс. ... канд мед. наук / О.В. Баранова. – М.,

2005. – 287 с.

10 Белокрылов, И.В. Психотерапия./ В кн.: «Наркология. Национальное руководство» / Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

11 Брюн, Е.А. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля Москва – 2015 – 110 с.

12 Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. – М.: Миклош, 2003. – 215 с.

13 Доморацкий, В.А. Краткосрочные методы психотерапии / В.А. Доморацкий – М.: Психотерапия, 2008. – 304 с.

14 Дудко, Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: дис. ... докт. мед. наук / Т.Н. Дудко. – М., 2003. – 260 с.

15 Дудко, Т.Н. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории: Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, Л.А. Котельникова – М., 2004. – 57 с.

16 Дудко, Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации // Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова – Москва, 2001. – 38 с.

17 Дудко, Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии / Т.Н. Дудко // Вопросы наркологии. –1999. – № 2. – С. 28–34.

18 Дудко, Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами / Т.Н. Дудко // Вопросы наркологии. 2008. – № 3. – С. 80–93.

19 Дудко, Т.Н. Учебный семинар «Методика лечения и реабилитации наркологических больных в семейных терапевтических сообществах» (опыт работы реабилитационных центров «Daytop»). / Т.Н. Дудко // Вопросы наркологии. – 1997. – № 1. – С. 36–38.

20 Дудко, Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и

реабилитационные концепции) // Вопросы наркологии. – 2006. – № 1. – С. 31–41.

21 Дудко, Т.Н. Проблемы медико-социальной реабилитации наркологических больных в Российской Федерации / Т.Н. Дудко // Доклад на Всероссийской научно-практической конференции 20.10.2011.

22 Дьяченко, А.П. Принудительные меры медицинского характера в системе социального контроля над злоупотреблением наркотиками / А.П. Дьяченко, Е.И. Цымбал // Материалы XIII съезда психиатров России, МЛ. – 2000.

23 Егоров, В.Ф. Наркологическая помощь населению Российской Федерации. /В.Ф. Егоров, Н.М. Зайченко, Е.А. Кошкина и др. – М.: НИИ наркологии МЗ России. – 1998. – 128 с.

24 Елшанский, С.П. Некоторые этические и психологические проблемы реализации программ «снижения вреда» среди потребителей наркотиков / С.П. Елшанский // Вопросы наркологии. – 2003. – № 2.

25 Иванец, И.Н. Современные проблемы наркологии / И.Н. Иванец // Наркология. – 2002. – № 6 – С. 2–7.

26 Иванец, Н.Н. Руководство по наркологии / Н.Н. Иванец. – М.: Медпрактика – М.: 2002.

27 Игонин, А.Л. Психотерапия и реабилитация больных с различной степенью социальной дезадаптации / Пособие для врачей / А.Л. Игонин, Т.В. Клименко, О.В. Баранова и др. – М.: 2009. – 38 с.

28 Кабанов, М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов – СПб., 1998. – 232 с.

29 Кернберг, О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О.Ф. Кернберг пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 464 с.

30 Крупицкий, Е.М. Реабилитация наркозависимых: новые реабилитационные технологии и медицинские аспекты / Е.М. Крупицкий, А.А. Бураков, Т.Н. Романова. – СПб.: Реанар, 1999. – 18 с.

31 Лисецкий, К.С. Психологические основы предупреждения наркотической

зависимости личности /К.С. Лисецкий – Самара: изд-во «Универс групп», 2007. – 308с.

32 Лукомский, И.И. Лечение хронического алкоголизма / И.И. Лукомский М.: Медгиз, 1960. – 124 с.

33 Макаров, В.В. Психотерапия в наркологии. / В.В. Макаров // Наркология. – 2002. – № 2. – 37–41 с.

34 Менделевич, В.Д. Наркомания и наркология в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа / В.Д. Менделевич. – Казань: Медицина, 2006. – 262 с.

35 Менделевич, В.Д. Парадоксальность принципов современной российской наркологии / В.Д. Менделевич // Российский психиатрический журнал. – № 6. – 2004.

36 Менделевич, В.Д. Расстройство зависимого поведения (к постановке проблемы) / В.Д. Менделевич // Российский психиатрический журнал. – 2003.–№ 1 – С. 5–9

37 Менделевич, В.Д. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова// Вестник клинической психологии. – 2003. – № 2

38 Минков, Е.Г. О поведенческом подходе в наркологии. / Е.Г. Минков // Вопросы наркологии. – 2008. – № 2. – С. 79–88.

39 Назыров, Р.К. Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей-психотерапевтов) / Назыров Р.К., Федоряк Д.А, Ляшковская С.В. – СПб: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2012. – 456 с.

40 Парран, Т.В. Проблемы болезней зависимости в семье. / Т.В. Парран, М.Р. Лиепмен, К Фаркас // Вопросы наркологии – 2007. – №3. – С. 78–88.

41 Портнов, А.А. Клиника алкоголизма /А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая. – 2-е изд. – Л.: Медицина, 1973. – 386 с

42 Постное, В.В. Духовный поиск как вариант нехимической аддикции у больных алкоголизмом в ремиссии // Новые методы лечения и реабилитации в

наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)/ В.В. Постное, В.А. Дереча. //Сб. мат-лов междунар. конф. под общ. ред. проф. В.Д. Менделевича. – Казань, 2004.

43 Пятницкая, И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. М.: Медицина, –1997. – 542 с

44 Пятницкая, И.Н. Короткая амбулаторная программа лечения опийной наркомании в раннем постабстинентном периоде /И.Н. Пятницкая, М.Л. Зобин // Наркология. – 2004. – № 6. – С.54– 65.

45 Ратинова, Н.А. Тест «Руки»: Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики / Н.А. Ратинова. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 159 с

46 Сиволап, Ю.П. Фармакотерапия в наркологии / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченко, Н.М. Жарикова. – М.: Медицина, 2000. – 352 с.

47 Сперанский, С.В. Метод болевого воздействия при лечении аддиктивного поведения и других проявлений авитальной активности / С.В. Сперанский, М.Г. Чухрова, Н.К. Жуков // Материалы Международной конференции «Новые методы лечения и реабилитации в наркологии» Казань, 2004. – 480 с.

48 Соловова, Н.А. Динамика личностных особенностей наркозависимых в процессе реабилитации: автореферат дис.... канд. псих. наук / Н.А. Соловьева. – М.: 2009. – 24 с.

49 Цетлин, М.Г. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа / М.Г. Цетлин, В.Е. Пелипас – М.: Анархис, 2000. – 48 с.

50 Чуркин, А.А. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов – МегаПро, 2010.–132с

51 Шабанов, П.Д. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / О.Ю. Штальберг, А.Я. Гриненко. СПб.: Лань, 2000. – 368 с.

52 Шайдукова, Л.К. Зависимости выбор и преодоление / Л.К. Шайдукова. – Казань: Анархис, 2005. – 352 с

53 Шайдукова, Л.К. Наркомании, алкоголизм, вопросы профилактики и реабилитации / Л.К. Шайдукова. – Казань, 2002. – 386 с

54 Шайдукова, Л.К. Психодинамические концепции «аддиктивных» личностей. / Л.К Шайдукова // Психическое здоровье. – 2009. – № 10. – С. 71–76.

55 Diaz, S. Famili predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program /S. Dias, R. Secades-Villa, J. Errasti Perez // Drug and Alcohol Review – 2006 – V. 25, №.4. – P. 327-331.

56 Dowling, S. The psychology and treatment of addictive behavior / S Dowling //2007. – P. 232.

57 Franken I.H. Coping style of substance-abuse patients: effects of anxiety and mood disorders on coping change / I.H. Franken, V.M. Hendriks, P.M. Haffmans, C.W. Van-der-Meer //J. Clin. Psychol. 2001. – Mar., 57(3). – P. 299 – 306.

58 Galanter, M. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment / M. Galanter, H. Dermatis, G. Bunt // Journal of Substance Abuse Treatment. 2007. – V. 33, № 3. – 264 p.

59 Hawkins, J.D. Associates. Communities that care. San Francisco, Jossey-Bass Publishers / J.D. Hawkins, R.F. Catalano 1992. – 247 p.

60 Kellam, S.G. The Good Behavior Game and the Future of Prevention and Treatment /S.G. Kellam, A.C.L Mackenzie, C.H. Brown, J.M. Poduska // Addiction Science and Clinical Practice. 2010. – V.6, – P. 73–84.

61 Miotto, K., McCann M., Basch J. et al. Naltrexone and dysphoria: fact or myth? //Am. J. Addict. 2002, Spring. – №. 11 (2). – P. 151–160.

62 Miller, W. Addictive behaviors: treatment of alcoholism, drag abuse, smoking and obesity / W. Miller. – Oxford etc: Pergamon Press. – 1984. – 353 p.

63 Sheppard, G. The Good Behavior Game and the Future of Prevention and Treatment/G. Sheppard, M.D. Kellam // Addiction, Science & Clinical Practice. 2010. – № 6. – P. 73–84.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Методика «Уровень реабилитационного потенциала»

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 преморбиды, 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, полностью соответствующая информационным данным опросника обследования. 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). Эта сумма образуется в результате вычитания из суммы баллов со знаком «+» суммы баллов со знаком «-».

Таблица 1 – Бланк методики «Уровень реабилитационного потенциала»

Основные составляющие реабилитационного потенциала:		Балл
ПРЕМОРБИД		
1 Наследственность по линии родителей и ближайших родственников	Неотягощена	5
	Отягощена:	
	алкоголизм, наркомания	-2
	психические заболевания	-2
2 Наследственность по восходящей линии	Неотягощена	
	Отягощена:	
	алкоголизм, наркомания	-1
	психические заболевания	-1
3 Условия воспитания	В полной семье	5
	Только матерью	2
	Только отцом	2
	У родственников	1
	В приемной семье	-1
	В детском доме	-2

Продолжение приложения А

Продолжение таблицы 1

Основные составляющие реабилитационного потенциала		Балл
4 Материальное положение семьи	Хорошее	4
	Среднее	3
	Плохое	1
5 Отношения между родителями	Ровные (хорошие, удовлетворительные)	4
	Неровные (периодически конфликтные)	2
	Постоянно конфликтные	-1
6 Физическое развитие	Норма	5
	Задержка	3
	Патология	-1
7 Степень тяжести соматических заболеваний	Легкая	4
	Средняя	2
	Тяжелая (тяжесть заболевания определяется угрозой жизни, инвалидностью, длительной госпитализацией)	-1
8 Психическое развитие	Норма	5
	Задержка	3
	Патология	-1
9 Психические девиации	Отсутствуют	4
	Акцентуация	0
	Невротическая личность	-1
	Психопатия	-2
10 Особенности поведения	Норма	5
	Девиантность	0
	Делинквентность	-1
11 Образование до начала злоупотребления наркотиками	Высшее	5
	Среднее	4
	Неполное средней	3
	7-8 классов	2
	5-6 классов	1
	4 класса и менее	-1
12 Успеваемость в школе	Отлично и хорошо	5
	Хорошо	4
	Удовлетворительно	3
	Неудовлетворительно	-1
13 Степень устойчивости интересов и увлечений	Устойчивые	4
	Без особенностей	3
	Не устойчивые	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

Продолжение приложения А

Продолжение таблицы 1

Основные составляющие реабилитационного потенциала		Балл
17 Сексуальная сфера	Норма	4
	Снижение потенции	1
	Снижении либидо	1
	Импотенция	-1
	Фригидность	-1
	Перверсии	-2
18 Употребление алкоголя	Единичные случаи	4
	Умеренные	3
	Часто (1-2 раза в неделю)	0
	Зависимость	-1
Клинические особенности заболевания		
1 Возраст начала злоупотребления ПАВ	20 лет и старше	4
	18-19 лет	3
	16-17лет	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)	I(начальная) стадия зависимости	-1
	II(Средняя) стадия зависимлсти	-2
	III(конечная) стадия зависимости	-3
4 Способ введения наркотика	Интразально, орально, путем курения	-1
	Внутримышечно или подкожно	-2
	Внутривенно	-3
5 Параллельное злоупотребление ПАВ	Практически отсутствует	4
	Каннабиооидами (гашиш и др.)	0
	Психостимуляторами	-1
	Голлюциногенами	-1
	Транквилизаторами	-1
6 Вид влечения к ПАВ в ремиссии (на этапах реабилитации)	Не выражено	2
	Периодический, навязчивый	-1
	Периодический, импульсивный	-2
	Постоянный	-3
7 Степень выраженности синдрома отмены	Легкая	0
	Средняя	-1
	Тяжелая	-2
8 Передозировка психоактивными веществами	Не было	4
	Однократно	-1
	Множкратно	-2
9 Суицидальные тенденции	Отсутствуют	4
	Мысли	-1
	Действия	-2

Продолжение приложения А

Продолжение таблицы 1

Основные составляющие реабилитационного потенциала		Балл	
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	
	Черепно-мозговая травма	0	
	Сифилис	-1	
	Гепатит	-1	
	Прочее	-1	
13 Употребление алкоголя в период заболевания наркоманией	ВИЧ-инфекция	-3	
	Умеренное	4	
	Бытовое злоупотребление	1	
	Болезненная зависимость	-2	
14 Приобретенные психопатологические нарушения	Комбинация с наркотиками	-2	
	Отсутствуют	4	
	Эмоциональные расстройства (дистимии, депрессии)	-1	
	Астенический (неврастенический) синдром	-1	
15 Сексуальность	Поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение)	-2	
	Норма	4	
	Снижение потенции	1	
	Снижение либидо	1	
	Импотенция (фригидность)	-1	
16 Сексуальная жизнь	Перверсии	-2	
	Регулярно	4	
	Редко	2	
17 Критика к заболеванию наркоманией	Отсутствует	-1	
	Сохранена	4	
	Частично сохранена	1	
18 Согласие на участие в лечебно-реабилитационном процессе	Отсутствует	-3	
	Добровольное	4	
	Добровольно-принудительное	0	
19 Мотивы добровольного согласия	Недобровольное	-3	
	Мотивы роста	3	
Особенности социального статуса и социальных последствий	Мотивы прагматические	1	
	1 Семейный статус	Женат/замужем	3
		Сожительство (постоянное)	2
Не женат/не замужем		1	

Продолжение приложения А

Продолжение таблицы 1

Основные составляющие реабилитационного потенциала		Балл
2 Живет	В семье родителей	3
	В семье жены (мужа)	2

	В своей семье	1
	Один	-1
3 Жена/муж, сожитель/сожительница	Не употребляет наркотики	4
	Болен(а) наркоманией, находится в ремиссии	-1
	Употребляет наркотики	-3
4 Семейные отношения	Нормализованы	4
	Умеренно конфликтные (напряженные)	1
	Средне конфликтные	-1
	Крайне конфликтные	-2
5 Образование	Высшее	5
	Незаконченное высшее	4
	Среднее техническое	3
	Среднее	2
	Незаконченное среднее	1
	Начальное	-1
6 Трудовой статус	Работает или учится	4
	В академическом отпуске	0
	Не учится и не работает	-3
7 Судимость, правонарушение	Отсутствует	4
	Привлекался у уголовной ответственности (не направлялся в исправительно-трудовое учреждение)	-1
	Был осужден один раз	-2
	Был осужден два раза и более	-3
8 Круг социальных интересов	Высокий (разнообразный)	4
	Средний (однообразный)	2
	Низкий	0
9 Отношение родственников к употреблению психоактивных веществ	Активное противодействия	4
	Неодобрительное	2
	Индифферентное	0
10 Профессиональные навыки и интересы	Сохранены	4
	Частично утрачены	1
	Утрачены	-1
11 Отношение к работе и учебе	Творческое	4
	Активное	3
	Безразлично-пассивное	-1
	Негативное	-2

Продолжение приложения А

Продолжение таблицы 1

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Балл
Личностные изменения, приобретенные в процессе заболевания	
1 Морально-этические нарушения	
Практически отсутствуют	4

Легкие (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позерство, непостоянство, чёрствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и др.)	-1
Средние (нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, нарушения коммуникабельности, сексуальная распушенность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и пр.)	-2
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.)	-3
2 Интеллектуально-мнестические нарушения	
Практически отсутствует	4
Легкие (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, заниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.)	-1
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 заниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.)	-2
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.)	-3
3 Эмоциональные нарушения	
Практически отсутствует	4
Легкие (несвойственная несдержанность, эмоциональная холодность к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и др.)	-1
Средние (аффективная несдержанность, эмоциональная холодность к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и др.)	-2
Тяжелые (недержание аффектов, эмоциональное оупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и др.)	-3

Окончание приложения А

Окончание таблицы 1

Основные составляющие реабилитационного потенциала		Балл
4 Социофобия (в понимании избегания социально-нормативной среды)	отсутствует	4
	выражена	-1
5 Деградация личности		
Отсутствует		4

Легкая (включает легкие морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, наличие первых признаков социальной дезадаптации на фоне синдрома зависимости I стадии)		-1
Средняя(включает средней выраженности морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, частичную социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости II стадии)		-2
Тяжелая (Включает тяжелые морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости III стадии)		-3
Диагноз	Мононаркомания	-1
	Полинаркомания	-2
	Наркомания+алкоголизм	-2
	Наркомания+психические заболевания	-2

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Анализ реабилитационных программ, официально используемых на территории Российской Федерации

Таблица 2 – Анализ реабилитационных программ

Критерий	12 Шагов	ММ	ТС	ТТ	РП
Медицинские критерии					
Доступность и открытость реабилитационного отделения медицинской организации реабилитационного центра.	+	+	+	+/-	+
Единство социально-психологических и медико-биологических методов воздействия на больного.	-	-	-	-	+
Многообразие форм реабилитационной работы и возможность их индивидуализации.	-	-	-	+	+
Многоступенчатость реабилитационных мероприятий.	+	+	+	+	+
Обеспечение правовой и организационной регламентации лечебно-реабилитационного процесса.	+	+	+	+	+
Создание в реабилитационном отделении медицинской организации (реабилитационном центре) единой мультидисциплинарной бригады (команды) специалистов:	-	-	+	+	+
Готовность специалистов, работающих с наркологическим больным, передать часть функций бывшим (выздоровливающим) больным, прошедшим реабилитационную программу, готовность сотрудничать с ними на партнерских основаниях.	+	+	+	-	+
Медицинское наблюдение и формирование реабилитационной среды, взаимодействие семьей, с заинтересованными организациями и ведомствами.	+	+	+	+	+
Комплексное применение лекарственной терапии	-	-	-	-/+	+
Осуществляться действий медицинского характера в рамках профессиональных рамках	-	-	+	+	+
Мониторинг физического состояния пациента. Медицинское динамическое наблюдение. Оценка физического состояния пациента в динамике на протяжении курса реабилитации.	-	-	-	-	+
Противорецидивная терапия.	+	+	+	-	+

Критерий	12 Шагов	ММ	ТС	ТТ	РП
Психологические и психотерапевтические критерии.					
Осуществляться действий клинико-психологической интервенции в профессиональных рамках	-	-	-	+	+
Психодиагностика пациента, в которую входит патодиагностика, нейропсихологическая диагностика, диагностика семейных отношений, диагностика личности и УРП	-	-	-	-	+
Выявление мишеней клинико-психологической интервенции	-	-	-	+	+
Применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики болезни	-	-	-	+	+
Применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики болезни	-	-	-	+	+
Разработка индивидуальной программы с учетом личностных особенностей и потребностей пациента	-	-	-	+	+
Структура индивидуальной, групповой и семейной терапии соответствующей теоритическим моделям психологии	+/-	+/-	+/-	+/-	+
Мониторинг психологических изменений в процессе реабилитации и возможность изменения структуры программы.	-	-	-	+	+
Принцип динамической группировки пациентов в системе МР	-	-	-	-	+
Оценка эффективности реабилитации и прогноз.	-	-	-	-	+
Определение критериев завершения реабилитационной программы	-	-	+	+	+
Противорецедивная терапия	+	+	+	+	+
Социальные критерии.					
Индивидуальный подбор доступных видов общественной и семейно-бытовой деятельности, а социально-бытовая адаптация определяет оптимальные режимы общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях и приспособление к ним инвалида	-	-	+	-	+
Привлечение волонтеров.	-	-	-	-	+

Примечание: 12 Шагов – реабилитационной программы «12 шагов»; ММ – Миннесотская модель реабилитации; ТС – Модель реабилитации наркологических больных, основанная на идее «Терапевтического сообщества»; ТТ – Реабилитационная программа «Точка трезвости»; РП – Программа реабилитации наркологических больных г. Кургана