

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Приказ от 22 октября 2003 г. №500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)» Москва, 2003 г.

Протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)» разработан под руководством первого заместителя министра здравоохранения Российской Федерации члена-корреспондента РАМН, д.м.н., профессора А.И. Вялкова, директора Национального научного центра наркологии Минздрава России члена-корреспондента РАМН, д.м.н., профессора Н.Н. Иванца, Департаментом организации и развития медицинской помощи населению Минздрава России (А.В. Смирнов, А.С. Гата, Карпов А.С., В.Ф. Егоров, А.А. Мартынов, И.Б. Степная), Московской медицинской академией им. И.М. Сеченова (П.А. Воробьев, Д.В. Лукьянцева), Национальным научным центром наркологии Минздрава России (д.м.н. Т.Н. Дудко, к.м.н. В.А. Пузыренко, к.ф.н. Л.А. Котельникова, к.м.н. В.Д. Папырин, д.м.н., профессор Е.А. Кошкина, д.м.н., профессор П.П. Огурцов; врач психиатр-нарколог Ю.Н. Жарков); Московской областной психиатрической больницы №5 (В.И. Ревенко), Московским областным наркологическим диспансером (д.м.н., профессор В.В. Михайлов), Оренбургским областным наркологическим диспансером (В.В. Карпец), Московским городским наркологическим диспансером №6 (В. П. Лисенко).

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ №500

22.10.2003 г. Москва

Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)»

В целях развития системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации
и управления качеством медицинской помощи

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)» (приложение).

Приложение
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от «22» 10 2003 г. №500

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, №46, ст. 5312).

Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.99 №1194 «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, №44, ст. 5322).

Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.98 №3-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998 г., №2, ст. 219; 2002 г., №30, ст. 3033; 2003 г., №2, ст. 167).

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем Протоколе используются следующие обозначения и сокращения:

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека;

МКБ 10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра;

ЭКГ — электрокардиография;

АД — артериальное давление;

RW — реакция Вассермана.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией» разработан для решения ряда задач.

1. Определение и осуществление спектра мероприятий, оказываемых больным наркоманией на этапе реабилитации:

комплекс фармакологических, физиотерапевтических и других мероприятий, направленных на подавление основного синдрома заболевания — патологического влечения к психоактивным веществам;

нивелирование астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических

ческих расстройств, обусловленных злоупотреблением психоактивными веществами;

восстановление коммуникативных навыков;

обучение пациентов навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать наркотикам «нет»;

обучение умению определять предвестники обострения влечения к психоактивным веществам и преодолевать рецидивы заболевания;

обучение анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения;

формирование ответственности за свое поведение и здоровый образ жизни;

формирование (или восстановление) навыков систематического труда и учебы;

стабилизация профессиональных отношений, возобновление положительных социальных контактов;

нейтрализация наркотической субличности и ее влияния на личность в целом, осознание и развитие здоровых конструктивных частей личности;

формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок;

формирование реальной жизненной перспективы;

восстановление семейных отношений;

психотерапевтическая работа с родственниками больных, направленная на расширение их знаний о медико-социальных последствиях наркомании, обучение навыкам оказания психологической поддержки больным и контролю их состояния с целью предупреждения рецидивов заболевания, преодоление созависимости;

медико-социальная профилактика срывов (одно- или двукратное употребление наркотиков на фоне ремиссии) и рецидивов заболевания;

формирование мотивации на участие в реабилитационных программах и стремления к жизни без психоактивных веществ;

формирование целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов;

восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет положительных эмоций при решении личных и социальных задач;

повышение качества жизни наркологических больных, стремящихся пройти программу реабилитации и избежать рецидивов заболевания.

2. Определение формулярных статей лекарственных средств, применяемых в реабилитации больных наркоманией.

3. Установление единых требований к порядку реабилитации больных наркоманией.

4. Унификация расчетов стоимости медицинской помощи, разработок базовых программ медицинского страхования и тарифов на медицинские услуги и оптимизации системы взаиморасчетов между территориями за оказанную больным с наркоманией медицинскую помощь.

5. Контроль объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в лечебно-профилактическом учреждении.

Область распространения настоящего Протокола — специализированные наркологические учреждения и подразделения лечебно-профилактических учреждений, включая амбулаторное реабилитационное отделение, стационарное реабилитационное отделение (центр).

В данном документе не рассматриваются случаи реабилитации больных наркоманией в сочетании с эндогенными психическими заболеваниями, выраженным слабоумием (олигофрения, деменция), декомпенсированной стадией психопатии, а также при выраженной антисоциальной (криминальной) ориентации больных, сопровождающейся отсутствием желания прекратить употребление психоактивных веществ, вызывающих болезненную зависимость.

В настоящем Протоколе используется шкала убедительности доказательств данных.

А — Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В — Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С — Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д — Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в определенной ситуации.

Е — Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

V. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Ведение протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией» осуществляется ГУ «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Система ведения предусматривает взаимодействие указанного учреждения со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Наркомания — заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества. Это заболевание характеризуется определенной совокупностью симптомов и синдромов (синдром зависимости, абстинентный синдром, изменение толерантности и др.), а также медицинскими последствиями (соматические, неврологические нарушения), личностными изменениями (морально-этическим снижением) и асоциальным поведением.

Больной наркоманией — лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в установленном порядке, поставлен диагноз «наркомания».

Опийная наркомания (код по МКБ-10 — F11.20) возникает в результате длительного злоупотребления природными или синтетическими опиатами. К природным опиатам относятся наркотики, получаемые из опия сырца (*Paraver somniferum*), содержащего 20 алкалоидов и дерииватов опия (морфин, героин, кодеин, тебаин и др.). Из полностью синтетических опиатов используются: меперидин, метадон, пропоксифен. В настоящее время наиболее широко используемым опиатом в России является героин, отвар маковой соломки, опий-сырец.

Наркомания вследствие употребления каннабиноидов (код по МКБ-10 — F 12.20) возникает в результате злоупотребления различными сортами конопли. Действующим началом является содержащийся в экстракте коноп-

ли ароматический альдегид каннабинол, концентрация которого играет основную роль в картине наркотического опьянения. Наркотическими продуктами переработки конопли являются: марихуана, гашиш (смола из конопли), гашишное масло (экстракт каннабиса, коричневая маслянистая жидкость), бханг (водный настой из высушенных частей растения), синсемилья (соцветия и верхушечные листья женских растений культурной конопли, которые сушат и затем курят) и др.

Наркомания и токсикомания вследствие употребления седативных и снотворных веществ (код по МКБ-10 — F13.20) возникают вследствие злоупотребления производными барбитуровой кислоты (барбитал, фенобарбитал и др.), реладормом, транквилизаторами (феназепам, реланиум, элениум и др.).

Наркомания вследствие злоупотребления кокаином (код по МКБ-10 — F14.20) возникает вследствие злоупотребления кокаином, являющимся природным веществом, получаемым из кустарника коки (*Erythroxylum coca*). Используются листья коки, кокаиновая паста (сырой кокаин), концентрированный кокаин гидрохлорид (чистый кокаин), специальным образом обработанные кристаллы алкалоида кокаина («крэк» — обозначение, используемое в быту).

Наркомания вследствие употребления других психостимуляторов (код по МКБ-10 — F15.20) возникает вследствие злоупотребления природными и синтетическими веществами, к которым относятся амфетамин (фенамин), метамфетамины (первитин), эфедрон (меткатинон), метилтен диоксиметиламфетамин (МДМА-1, «экстази» — обозначение стимуляторов амфетаминового ряда, используемое в быту), кат и др.

Наркомания вследствие употребления галлюциногенов (код по МКБ-10 — F16.20) возникает в результате злоупотребления природными и синтетическими веществами, к которым относятся диэтиламмин лизергиновая кислота (ЛСД), фенциклидин (РСР), псилоцин, псилоцибин (грибы рода *Psilocybe*), мескалин (кактус вида пейот).

Полинаркомания возникает вследствие сочетанного злоупотребления двумя и более наркотиками и другими психоактивными веществами. Возможны различные комбинации и последовательность применения наркотических средств.

Лечением является совокупность медицинских мероприятий, направленных на устранение патологических процессов, развивающихся в больном организме, а также на устранение или облегчение страданий больного человека (например, дезинтоксикация, лечение психотических, постабстинентных, эмоциональных расстройств и т.д.).

Реабилитацией является совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих наркологическое заболевание.

В наркологии реабилитация неотделима от медикаментозного и физиотерапевтического воздействия, так как она начинается на самых ранних этапах лечения, практически с первых контактов больного с медицинским персоналом и, в свою очередь, лечебные технологии (медикаментозные, физиотерапевтические и др.) используются на всех этапах реабилитации.

Интеграция и реализация этих близких, но самостоятельных направлений медицины обеспечивают максимально эффективную помощь наркологическим больным, в связи с чем могут быть признаны «лечебно-реабилитационным процессом».

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

По статистическим данным, в России за последние 10 лет число больных наркоманией, находящихся под наблюдением диспансеров, увеличилось почти в 9 раз: в 1991 г. — 21,2 на 100 тыс. населения, в 2000 г. — 185,8. Вместе с тем, согласно исследованиям Научно-исследовательского института наркологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (Национального научного центра наркологии), в наркологические учреждения обращаются за помощью один больной из семи, по данным Министерства внутренних дел Российской Федерации количество потребителей наркотиков превышает 3 млн чел. Следовательно, учитывая рост заболеваемости наркоманией, в настоящее время в стране имеется около 2,5—3 млн лиц, злоупотребляющих наркотиками.

Параллельно росту распространенности наркомании в общей популяции отмечается рост заболеваемости наркоманией среди подростков. За последние 10 лет она увеличилась более чем в 17 раз: в 1991 г. — 4,9 на 100 тыс. населения, в 2000 г. — 84,5. Причем уровень заболеваемости наркоманией среди подростков почти в 2 раза выше, чем среди населения в целом: 84,5 на 100 тыс. подростков и 50,6 на 100 тыс. всего населения.

Больные опийной наркоманией составляют подавляющее большинство среди всего контингента больных наркоманией, поступивших на стационарное лечение. В частности, среди всех больных наркоманией, прошедших стационарное лечение в 2000 г., группа опийных наркоманов составляет 97,6%; в том числе среди сельских жителей — 95,4%, среди детей — 91,7%, среди подростков — 96,7%.

Сугубо лечебные мероприятия позволяют добиться эффективности лишь у 3—5% больных наркоманией. Адекватное использование реабилитационных технологий повышает эффективность работы с больными до 70%. Следовательно, медико-социальная реабилитация не только снижает финансовые расходы на восстановление и ресоциализацию больных наркоманией, но и, естественно, повышает уровень качества их жизни.

Особенности клиники наркомании на этапе реабилитации

Комплекс клинической картины на основных периодах и этапах лечебно-реабилитационного процесса составляют:

- синдром зависимости;
- синдром отмены;
- астенический (неврастенический) синдром;

аффективные синдромы (депрессивный, дистимический, дисфорический);

поведенческие расстройства (декомпенсация, психопатии, психопатоподобное поведение и др.);

интеллектуально-мнестические расстройства, наблюдаемые при некоторых видах наркомании и токсикомании в результате многолетнего злоупотребления психоактивными веществами.

Синдром зависимости присутствует на всех этапах реабилитации, полностью не редуцируется даже при длительных ремиссиях. Он характеризуется потребностью (часто сильной, иногда непреодолимой) принимать психоактивное вещество (которое может быть предписано или не предписано врачом), алкоголь или табак. Возвращение к употреблению психоактивного вещества после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдрома зависимости.

Диагноз зависимости может быть поставлен при наличии трех или более ниже перечисленных признаков, возникших в течение определенного времени на протяжении года:

а) сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества;

б) сниженная способность контролировать прием вещества: дозу, время начала и окончания приема, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении периода времени, большего, чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества;

в) состояние отмены (абстинентный синдром), возникающее, когда после длительного употребления в высоких дозах психоактивного вещества уменьшается или прекращается его прием, что вызывает появление комплекса расстройств, характерных для этого вещества;

г) повышение устойчивости (толерантности) к воздействию психоактивного вещества, приводящее к необходимости повышения дозы для достижения желаемых эффектов или выражающееся в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту;

д) поглощенность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с приобретением и приемом вещества, для получения желаемых эффектов;

е) продолжающееся употребление психоактивного вещества, несмотря на явные признаки вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление этого вещества при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

Абстинентный синдром (синдром отмены) характеризуется группой симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема вещества (наркотика или другого психоактивного вещества) или снижения его дозы после неоднократного, обычно длительного, в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Входит в структуру средней и конечной стадии зависимости от психоактивных веществ.

Синдром отмены опиоидов (наркотический абстинентный синдром) характеризуется следующими признаками: сильное влечение к принятию опиоидов, ринорея, чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, боли в животе, тошнота или рвота, диарея, расширение зрачков, образование «гусиной кожи», периодический озноб, потливость, тахикардия, артериальная гипертензия, зевота, беспокойный сон, аффективные расстройства и др.

Синдром отмены в периоды ремиссий проявляется в виде так называемой сухой абстиненции, при которой отмечается неярко выраженная симптоматика в виде спонтанного влечения к наркотикам (алкоголю), появления алгических, вегетососудистых, эмоциональных и поведенческих расстройств.

На любом этапе лечебно-реабилитационного процесса встречаются спонтанные краткосрочные рецидивы симптоматики острой интоксикации в отсутствие реального употребления психоактивных веществ.

Астенический (неврастенический) синдром характеризуется состоянием повышенной утомляемости и раздражительности, неспособности к продолжительному физическому и умственному труду, расстройством сна (плохое засыпание, поверхностный сон), в некоторых случаях ипохондричностью и фиксацией на неприятных ощущениях в теле, эмоциональной и вегетативной лабильностью, уклонением от любых видов деятельности. Чаще всего наблюдается в постабстинентном периоде и нередко, в менее выраженной форме, на этапах реабилитации.

Аффективные расстройства (депрессии, дистимии и дисфории) проявляются сниженным фоном настроения, ангедонией, апатией или тревогой, плаксивостью, нарушениями сна, аппетита, снижением умственной и физической активности. В ряде случаев могут наблюдаться дисфорические депрессии с характерным для них девиантным поведением в виде повышенной раздражительности, несдержанности, брутальности, отказов от лечения и пр. Колебания настроения не связаны со временем суток, но четко прослеживается их связь с индивидуальным ритмом злоупотребления наркотиками, обострением синдрома влечения и субстрессовыми (стрессовыми) ситуациями. В этих состояниях могут возникать суицидальные мысли, а в ряде случаев — демонстративные суицидальные поступки и значительно реже — суицидальные действия. Аффективные расстройства могут наблюдаться не только в постабстинентном периоде, но и на всех этапах реабилитации.

Поведенческие расстройства (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатий) возникают при обострении патологического влечения к наркотикам, проявляются выраженным негативным отношением к морально-этическим нормам любой микросоциальной структуры, будь то семья, лечебное учреждение, школа и пр. Больные возбуждены, агрессивны, склонны к разрушительным действиям, отказываются от участия в реабилитационном процессе, пытаются любым способом приобрести наркотики, алкоголь или другие психоактивные вещества. Втягивают в свои девиантные и делинквентные поступки, а нередко и в криминальные действия других пациентов, находящихся на реабилитации. Поведение с трудом поддается коррекции. Эти расстройства, главным образом, возникают в постабстинентном периоде, а у больных с выраженными психопатическими нарушениями они могут проявляться на всех этапах реабилитации.

Интеллектуально-мнестические расстройства проявляются в форме неглубоких нарушений ряда важных психических функций: снижением всех видов памяти, концентрации внимания, бедностью ассоциативных процессов, быстрой истощаемостью интеллектуальной деятельности, относительной неспособностью к творчеству. Для таких больных характерна низкая успеваемость, снижение когнитивных способностей и отсутствие интересов к приобретению профессии и осуществлению любой социально значимой деятельности. Для них также характерны различные формы девиантного поведения, рентные и гедонистические установки. В основном эти расстройства возникают после не менее 3 лет интенсивного злоупотребления наркотиками. Наиболее быстро интеллектуально-мнестические расстройства формируются в результате злоупотребления седативными и снотворными средствами.

Общие подходы к реабилитации больных наркоманией

Лечебно-реабилитационный процесс опирается на ряд положений и принципов, которые реализуются в цепи взаимосвязанных сложных функциональных отношений: наркологические больные (больной) — персонал реабилитационного учреждения — реабилитационная среда.

Лечебно-реабилитационный процесс может быть условно разделен на следующие основные периоды (комплексы): восстановительный, собственно реабилитационный и профилактический.

Собственно реабилитационный период (комплекс) состоит из адаптационного, интеграционного и стабилизационного этапов. Проводятся в лечебных учреждениях наркологического профиля.

Восстановительный (предреабилитационный, преимущественно медицинский) период включает лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической или острой наркотической интоксикацией — психотические нарушения, передозировка наркотиков, наркотический абстинентный синдром, выраженные постабстинентные расстройства, — и подготовку больных к участию в реабилитационных программах (продолжительность от 2 недель до 2 мес.).

Первый этап реабилитации — адаптационный — направлен на приспособление больных наркоманией к условиям содержания и распорядку работы реабилитационного стационара или амбулатории. Мероприятия этого этапа имеют преимущественно медико-психологическую направленность. Осуществляется консультирование и обследование больных врачом-наркологом, психологом, психотерапевтом, социальным работником, а также проводятся противорецидивные мероприятия, формируется (усиливается) мотивация больного на участие в реабилитационном процессе.

Продолжительность этапа от 2 до 4 недель в условиях реабилитационных стационаров для больных со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, 2 недели в амбулаторно-поликлинических условиях для больных с высоким уровнем.

Второй этап реабилитации — интеграционный — представляет собой вхождение в реабилитационную программу, включающую медицинский, психологический, психотерапевтический и социальный аспекты. Формируются устойчивые группы больных, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, увлеченных учебой, стремящихся приобрести профессию, любящих спорт, искусство, животных и прочее. Продолжается психотерапевтическая работа с родственниками больных и терапия созависимости.

Продолжительность этого этапа: в условиях стационара 2—3 мес. для больных со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, в условиях амбулатории — 1—1,5 мес. для больных с высоким уровнем и 2—2,5 мес. для больных со средним и низким уровнем.

Третий этап реабилитации — стабилизационный — направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния больного. Акцент переносится на психосоциальный аспект реабилитационной программы, преследующей достижение основной цели — восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных и социальных качеств больных, возвращение их в семью и общество. Увеличивается объем физического и интеллектуального труда, стимулируется профессиональная ориентация, больные вовлекаются в работу по само- и взаимопомощи в сообществах анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА), Нар-Анон и пр., т.е. амбулаторные больные направляются, а стационарные — регулярно вывозятся из реабилитационного центра для участия в работе этих сообществ. Одновременно проводятся терапевтические мероприятия, направленные на лечение пораженной печени, сердца и других органов, в зависимости от существующей у больного симптоматики.

Продолжительность этого этапа: в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях 3—4 мес. для больных с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, если ее реабилитационная программа рассчитана на полгода, 8—10 мес. — при одногодичной программе, 14—15 мес. — при полугодовой программе и 20—21 мес. — при двухгодичной программе.

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.

В случае возобновления приема наркотиков на любом из реабилитационных этапов, т.е. при наступлении рецидива заболевания, больной направляется в наркологическое отделение (стационар) с целью проведения детоксикационной терапии, подавления патологического влечения к наркотикам и проведения необходимой психологической коррекции.

Все медицинские, психологические, психотерапевтические и социальные реабилитационные мероприятия должны быть отражены в истории болезни или в амбулаторной карте.

Профилактический (постреабилитационный, сугубо амбулаторный) период (комплекс) направлен на профилактику «срывов» и рецидивов наркомании у больных, завершивших программу реабилитации в амбулатории или стационаре (центре). На этом периоде больным оказывается психологическая, социальная и правовая поддержка в условиях амбулатории. Продолжительность его строго индивидуальная, определяется стабильностью интегрированности больного в общество, но должна быть не менее одного года.

Определение прогноза реабилитационных мероприятий при наркомании

Прогностическая оценка потенциальных возможностей пациента к выздоровлению, возвращению в семью и к общественно полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, преморбиде, социальном статусе, особенностях физического и психи-

ческого 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 также ценностную ориентацию больного.

В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала больные наркоманией могут быть разделены на 3 группы: больные с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала. Шкала критериев для оценки уровней реабилитационного потенциала приводится в приложении 1 (правила ее использования приведены в приложении 2 к настоящей протоколу ведения больных).

Высокий уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями;

преимущественно нормативным психическим и физическим развитием, хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;

относительно поздним началом употребления наркотиков (в 18—20 лет), непродолжительностью заболевания (до 1 года);

преимущественно интраназальным, пероральным или ингаляционным способами употребления наркотиков;

периодической формой влечения к наркотикам;

начальной (первой) стадией зависимости по МКБ-10;

мононаркоманией;

отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;

низкой интенсивностью симптомов наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2—3 дней);

постабстинентные расстройства не выражены;

достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;

отсутствием стойких изменений личности больных: интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер.

Как правило, у этого контингента больных наблюдаются спонтанные ремиссии или стойкие терапевтические ремиссии. Чаще всего отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения, приобретаемые в период злоупотребления психоактивными веществами: гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. Критика к заболеванию сохранена, есть обоснованное желание избавиться от пристрастия к наркотикам. В связи с этим мотивация на участие в реабилитационном процессе носит доброволь-

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

Средний уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);

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

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

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

средней (второй) стадией зависимости по МКБ-10;

преимущественно внутривенным введением наркотиков, параллельным злоупотреблением другими психоактивными веществами;

преобладанием постоянной формы влечения к психоактивным веществам, особенно в периоды рецидивов заболевания. Опиный (героиновый) наркотический абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7—10 дней, постабстинентные расстройства — до 1,5—2 мес.);

единичными случаями передозировки наркотиков и суицидальными мыслями (иногда демонстративные суицидальными действиями) в период наркотического абстинентного синдрома;

редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то, как правило, короткие и неустойчивые;

конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;

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

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

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;

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, а иногда и болезненная зависимость. Нередко выявляются заболевания, приобретенные в период наркотизации: примерно у двух третей из них выявляются гепатиты, у каждого четвертого больного — заболевания, передающиеся половым путем, иногда ВИЧ-инфекция и туберкулез. Из приобретенных психо-

патологических нарушений у трети больных отмечаются поведенческие и эмоциональные 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 являются:

высокий удельный вес наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра);

воспитание в неполных семьях среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье, злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей или гиперопекой со стороны родителей (или разведенной матери);

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);

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

обычно незаконченное среднее образование до начала употребления наркотиков;

круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый; раннее употребление алкоголя с 11—12 лет, злоупотребления психоактивными веществами с 12—15 лет;

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

конечная (третья) стадия зависимости по МКБ-10; вид влечения к наркотикам — постоянный;

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;

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;

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

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;

круг социальных интересов в основном низкий;

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

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, ослабленные способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладающая быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках;

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

У подавляющего большинства больных диагностируются гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, у каждого десятого больного — туберкулез или ВИЧ-инфекции, 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.

Режим реабилитации

I этап — адаптационный — включает:

консультирование и обследование больных врачом психиатром-наркологом, психологом, (психотерапевтом), социальным работником;

психокоррекционные и мотивационные мероприятия на участие в программе;

противорецидивные мероприятия;

психотерапевтическую работу с родственниками.

Координатор этапа — врач психиатр-нарколог.

II этап — интеграционный — включает:

формирование устойчивых групп больных, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, увлеченных учебой, стремящихся приобрести профессию, любящих спорт, искусство, животных и прочее;

психотерапевтическую работу с родственниками.

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

III этап — стабилизационный — включает:

реализацию возможностей реабилитационной среды, а также медицинских, психологических и социальных технологий;

стимулирование профессиональной ориентации, увеличение объема физического и интеллектуального труда, вовлечение больных в работу групп само- и взаимопомощи;

подготовку к выписке из реабилитационного учреждения и функционированию в открытой социальной среде; психотерапевтическую работу с родственниками.

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

После завершения программы интенсивной реабилитации больной включается в программы поддерживающей реабилитации — профилактические (постреабилитационные), направленные на усиление мотивов личностного и социального роста, на профилактику срывов и рецидивов заболевания (амбулаторно).

С первых дней реабилитации больного убеждают в том, что он обязан подтвердить (своим поведением, соблюдением распорядка дня, выполнением рекомендаций сотрудников реабилитационного центра, активным участием в программе и т.д.) готовность быть переведенным на следующий этап реабилитации.

После завершения каждого этапа члены наркологической бригады (врач психиатр-нарколог, психолог, социальный работник и др.) оценивают состояние больного и коллегиально выносят решение о переводе больного на следующий этап реабилитации или оставляют его на прежнем.

Начиная со второго этапа, проводится аттестация (оценка) достижений больного по следующим направлениям: этика поведения в реабилитационном центре (стационар, амбулатория, семья); самообслуживание; отношение к труду; приобретение и совершенствование профессиональных навыков; отношение к учебе (уровень успеваемости); участие в работе секций, кружков и т.д.; качество индивидуальной работы по заданиям специалистов и ответственность за взятые на себя обязательства; отношения с родственниками; коммуникативные навыки; уровень межличностных отношений; критика к своему заболеванию; восприятие своего будущего и реальность планов на ресоциализацию и т.д.

В конце третьего (стабилизационного) этапа перед выпиской из реабилитационного учреждения проводятся обследование и итоговая аттестация, которая включает анализ данных соматического и психического состояния больного, письменное тестирование (экзамен) и собеседование.

Аттестация проводится:

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

Аттестационный экзамен включает письменные ответы на вопросы и компьютерное тестирование. К основным темам этого «испытания» относятся: понимание наркомании как болезни (медицинские, психологические, социальные признаки); последствия наркомании; признаки обострения заболевания; навыки профилактики срывов и кризисных ситуаций; роль труда и учебы в выздоровлении; самооценка; критика к своему заболеванию; определение таких понятий, как: эмоции, воля,

дружба, ответственность, совесть, долг, правдивость, трудолюбие, цель, карьера, семья, духовность и др.

Устное собеседование носит дружеский характер. Подготовленный к выписке пациент отвечает на вопросы своих товарищей и членов реабилитационной бригады. Обязательным является рассказ о себе, о своем заболевании, динамике выздоровления, позитивных достижениях, о взаимоотношениях с семьей, о конкретных планах после выписки из реабилитационного учреждения. Итоговая аттестация завершается (желательно в присутствии родственников) добрыми напутствиями и вручением пациенту памятного подарка в виде своеобразного «свидетельства» о завершении реабилитационной программы.

Организация медицинской помощи при реабилитации больных наркоманией

Оказание медицинской помощи больным наркоманией проводится врачами психиатрами-наркологами, в компетенцию которых входит установление диагноза основного и сопутствующих заболеваний, наблюдение за больным, оценка динамики клинической симптоматики, проведение диагностических, лечебных, восстановительно-реабилитационных мероприятий. Кроме того, в реабилитации больных могут принимать участие психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе, социальный работник, инструктор по труду, педагог, инструктор по спорту и другие, а также медицинские сестры, имеющие специальную подготовку. В случае возникновения инфекционных и соматических заболеваний (например, заболеваний, передающихся половым путем, пиелонефрита, язвенной болезни и т.п.), лечение которых осуществляется в период реабилитации, к ведению больных привлекаются врачи соответствующих специальностей (инфекционисты, терапевты, гастроэнтерологи и т.д.).

Весь комплекс реабилитационных мероприятий реализуется членами наркологической бригады, представляющей собой группу специалистов в области реабилитации, в которую входят: врач психиатр-нарколог, психолог, специалист по социальной работе, инструктор по труду и др. В результате их взаимодействия обеспечивается поэтапное решение задач реабилитационного процесса. Члены наркологической бригады составляют индивидуальную программу реабилитации для каждого больного, которая описывает все мероприятия независимо от условий их осуществления — амбулаторно-поликлинических или стационарных. Программа реабилитации согласовывается с больным, что позволяет усилить ее психотерапевтическое значение и повысить ответственность самого больного за ее реализацию.

Программа включает несколько основных блоков: медицинский, психологический (психокоррекционный), социальный. Реализацию медицинского блока программы контролирует врач психиатр-нарколог, психологического — психолог, социального — специалист по социальной работе (социальный работник).

Следует иметь в виду, что реабилитация больных наркоманией осуществляется не в естественных условиях их проживания, а в искусственно созданной для личностного и социального восстановления (функционирования) больных реабилитационной среде, в которой реализуется программа реабилитации и идеология реабилитационного учреждения, включая систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Реабилитацион-

ная среда не только является терапевтическим инструментом ресоциализации, но и защищает больных от пагубного воздействия наркоманической субкультуры и, прежде всего, от потребления наркотиков, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.

Условно, в зависимости от защищенности больных от проникновения и/или потребления наркотического средства или психотропного вещества, выделяют 3 вида реабилитационных сред для наркологических больных:

открытые — специализированная поликлиника (амбулатория), сообщества анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов, семейные клубы трезвости и другие, а также позитивно скоррегированная семья больного, место учебы, досуга, но только в том случае, если они свободны от психоактивных веществ и если в них создан высокий уровень защищенности больных от влияния наркоманической субкультуры и употребления наркотиков;

полузакрытые — дневной стационар, община, реабилитационное общежитие, «дом на полпути» и др.;

закрытые — наркологический реабилитационный центр или больница, монастырь/храм, а также пенитенциарные учреждения как особая система реализации реабилитационных программ.

Реабилитационный процесс в любой реабилитационной среде осуществляется при обязательном участии врача психиатра-нарколога, который выступает как член наркологической бригады или как консультант (например, в общинах, группах взаимопомощи, конфессиональных учреждениях и т.п.).

Степень защищенности от срывов и рецидивов заболевания выше и надежнее в закрытых реабилитационных средах, в которые преимущественно направляются больные со средним или низким уровнями реабилитационного потенциала и выраженным девиантным поведением. В полузакрытых или открытых реабилитационных средах защищенность реабилитируемых больных от проникновения психоактивных веществ и влияния наркологической субкультуры, не мотивированных на лечение и ресоциализацию, склонных к агрессии и антисоциальным поступкам, значительно ниже. Вместе с тем, в полузакрытые и открытые реабилитационные среды направляются больные преимущественно с высоким или средним уровнями реабилитационного потенциала, с повышенной ответственностью, желанием и умением противостоять «соблазну» повторной наркотизации, прошедшие определенный курс реабилитации в закрытых реабилитационных средах, т.е. больные, подготовленные к функционированию в рецидивно опасных ситуациях. Поэтому очень важно своевременно, основываясь на положительной динамике восстановления функциональных проявлений заболевания, обеспечить реализацию принципа «этапности» при осуществлении лечебно-реабилитационного процесса, т.е. своевременно перевести больных из закрытых в полузакрытые и открытые реабилитационные среды. В необходимых случаях, если больному трудно удерживаться в открытой реабилитационной среде, то, при его согласии, он может быть переведен в полузакрытую или закрытую среду.

Психотерапия проводится на всех этапах реабилитации и направлена на устранение личностных и поведенческих расстройств, формирование целенаправленной нормативной личности, внутренней мотивации на участие в реабилитационных программах и отказ от употребления ПАВ, повышение нормативных уровней притязаний,

восстановление эмоциональной адекватности, умение дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет позитивных эмоций при решении личных и социальных задач.

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

Реабилитация в амбулаторно-поликлинических условиях

В амбулаторные реабилитационные отделения направляются больные наркоманией:

с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, завершившие восстановительный (предреабилитационный) комплекс лечебных мероприятий и изъявившие желание пройти реабилитационную программу в условиях амбулатории;

переведенные в амбулаторно-поликлинические учреждения (отделения) после частичного или полного завершения реабилитационной программы в наркологических реабилитационных учреждениях (центр, община и др.);

прошедшие реабилитацию в различных религиозных конфессиях (христианских, исламских, буддистских и др.);

освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационных программах;

направленные решением суда на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию.

Осуществление реабилитационных программ в амбулаторных условиях и дневном стационаре позволяет больным продолжить работу или учебу, жить дома под присмотром семьи. Вместе с тем, перед больными ставится целый ряд требований, включающих тщательно распланированную и контролируруемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на выздоровление, быть дисциплинированными и ответственными за взятые на себя обязательства и т.д. Фактически больной привлекается к сотрудничеству и в максимально короткие сроки становится ко-терапевтом в достижении целей реабилитации и поэтапном решении ее задач.

В тех случаях, когда больной изначально направляется в амбулаторное реабилитационное отделение, то продолжительность реабилитационных программ при высоком уровне реабилитационного потенциала составляет от 6 мес. до 1 года (при необходимости они могут пролонгироваться). Во всех других случаях — не менее 2 лет.

В случаях ухудшения клинического состояния, появления неоднократных «срывов» больные направляются на лечение в наркологический стационар (или дневной стационар).

нар) на срок не менее двух недель для проведения противорцидивной или восстановительной терапии, а в последствии, при добровольном согласии, переводится в стационарное или амбулаторное реабилитационное отделение.

Реабилитация в условиях стационара

В стационарное реабилитационное отделение направляются больные наркоманией:

с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, завершившие восстановительный (предреабилитационный) комплекс лечебных мероприятий и изъявившие желание пройти реабилитационную программу в условиях стационара;

в стадии рецидива заболевания после неэффективного лечения и реабилитации в наркологических реабилитационных учреждениях открытого и закрытого типов (амбулатория, центр, община и др.);

освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационных программах.

После завершения медико-социальной реабилитационной программы в условиях стационара или общины больной направляется в амбулаторное отделение для осуществления поддерживающих противорцидивных реабилитационных программ, участия в работе групп само- и взаимопомощи анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов.

Вспомогательные социальные требования к реабилитации в условиях реабилитационного учреждения включают:

1. Создание условий для трудовой деятельности, профессионального обучения (при необходимости и возможностях — учебы), занятий спортом, творческой деятельностью, проведения культурно-массовых и содержательных досуговых мероприятий (в случаях осуществления реабилитационных программ в амбулатории, больные вовлекаются, мотивируются в названные виды деятельности). Обеспечение реабилитируемых больных постоянной занятостью, создание условий для трудовых процессов и выработка способностей к регулярному труду относятся к основным принципам медико-социальной реабилитации.

В связи с этим очень важно организовать хотя бы одно из ниже перечисленных подразделений реабилитационного центра (стационара):

а) производственное (столярные, слесарные, швейные мастерские; мастерская по ремонту помещений и пр.);

б) сельскохозяйственное (теплицы, зеленое хозяйство, грибной цех, садовое хозяйство);

в) животноводческое с целью осуществления зоотерапии или анимотерапии (конное хозяйство, кролиководство, птицеводство, собакопитомник и др.).

Кроме того, по возможности, создается изостудия (рисование, лепка, фотография и др.), спортивный и досуговый комплекс (открытая спортплощадка, зал для спортивных игр, занятий, помещение для просмотра тематических кинофильмов, телепередач и пр.).

2. Конкретную социально-психологическую, коррекционную и обучающую работу специалиста по социальной работе, социального работника, специалиста по профессиональному обучению и других лиц. А именно:

приобщение больного к труду, учебе и творческой деятельности;

коррекция поэтапной адаптации больных к условиям реабилитационного учреждения;

психокоррекция поведенческих расстройств;

контроль за поведением, овладением трудовыми технологиями, успехами в работе, учебе и пр.;

помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем;

содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении, продолжении учебы после выписки из реабилитационного стационара или в период реабилитации в условиях амбулатории;

консультирование по правовым вопросам;

оказание содействия включению пациентов и их родственников в группы само- и взаимопомощи — анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА), Ал-Атин, Нар-Анон;

психотерапевтическая работа с родственниками больных по вопросам созависимости;

обеспечение информацией: о лечебных и реабилитационных программах; об общественных организациях и религиозных конфессиях, занимающихся проблемами наркомании; о возможностях приобретения популярной литературы и методических материалов по антинаркотической тематике; о культурно-массовых мероприятиях против наркотиков и пр;

проведение культурно-массовых, спортивных и досуговых мероприятий, способствующих реабилитации больных;

привлечение выздоравливающих больных и их родственников в реабилитационную и профилактическую деятельность в качестве волонтеров и добровольных помощников.

Сроки реализации реабилитационных программ зависят от уровня реабилитационного потенциала больных и скорости адаптации к функционированию в условиях амбулатории или стационара. Программы реабилитации могут быть реализованы в сроки от 6 мес. до 2 лет. Больные со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала первые 2—6 мес. должны находиться в реабилитационном стационаре (отделение, центр), а затем, по показаниям, переводятся в амбулаторию для участия в реабилитационных амбулаторных программах. Это может быть завершающая часть программы стабилизационного этапа реабилитации или профилактический (постреабилитационный) этап, направленный на достижение устойчивой (безрецидивной) интеграции в общество.

Больные с высоким уровнем реабилитационного потенциала, как правило, не нуждаются в реабилитации в условиях реабилитационных стационаров (центров, отделений).

Требования к объемам медицинской помощи обязательного уровня при осуществлении реабилитационного процесса в стационаре совпадают с таковыми, предъявляемыми к реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях.

Требования к реабилитации пациентов при наркомании в результате злоупотребления каннабиноидами (гашиш и пр.), психостимуляторами (первитин, эфедрон и др.), при полинаркоманиях, при присоединившемся алкоголизме в целом совпадают и поэтому рассматриваются как общие для группы «наркомания в стадии ремиссии», приведенные в разделе «Характеристика требований» настоящего протокола ведения больных.

Продолжение следует