

ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Минздрава  
России, кафедра психиатрии факультета послевузовского и дополнительного  
профессионального образования  
ФГБУ ГНЦССП им. В. П. Сербского Минздрава России  
ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН

Кривулин Е. Н., Малкин Д. А., Фастовцов Г. А., Бохан Н. А.,  
Степанова Э. В., Трубецкой В. Ф.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ,  
ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОСУЖДЕННЫХ  
С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**

Методические рекомендации предназначены:  
*для слушателей системы послевузовского и дополнительного  
профессионального образования врачей по специальности  
психиатрия, психиатрия-наркология, психотерапия*

УДК - 616.89 - 008.441.13.3  
ББК - 56.14  
С - 56

ISBN 978-5-98578-165-6

**Рецензенты:** **В.Я. Семке.** Директор ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН, академик РАМН, профессор, заслуженный деятель науки РФ **Ю.П. Сиволап.** Профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук

**Авторы:** **Е.Н. Кривулин.** Профессор кафедры психиатрии факультета ПВ и ДПО ГБОУ ВПО Челябинской государственной медицинской академии Минздрава России, доктор медицинских наук; **Д.А. Малкин.** Руководитель отделения организации психиатрической и медико-психологической помощи осужденным ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» МЗ РФ, кандидат медицинских наук; **Г.А. Фастовцов.** Руководитель отделения эндогенных психозов ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» МЗ РФ, доктор медицинских наук; **Н.А. Бохан.** Заместитель директора ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН, член-корр. РАМН, профессор, заслуженный деятель науки РФ; **Э.В. Степанова.** Главный специалист психиатр-нарколог ФСИН России; **В.Ф. Трубецкой.** Руководитель отдела НИИ ФСИН, кандидат медицинских наук.

**Аннотация:** В методических рекомендациях изложены причины возникновения аддиктивного поведения, показаны механизмы формирования зависимости от алкоголя и наркотиков, представлены наиболее распространенные формы аддиктивного поведения, в том числе гашишная, опийная, полисубстантная гашишно-опийная и алкогольная аддикция, описаны их клиника и динамика. Разработана программа лечебной и реабилитационно-профилактических мероприятий помощи осужденным с аддиктивными расстройствами.

Методические рекомендации составлены с учетом требований типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по специальности психиатрия-наркология, утвержденной директором департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования Володиным Н.Н. от 2005 года

Методические рекомендации разработаны для врачей-психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов и других специалистов в области психического и психосоциального здоровья, работающих в уголовно-исполнительной системе.

Методические рекомендации утверждены на заседании ученого Совета ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России от 22 марта 2013 г., протокол №7

ISBN 978-5-98578-165-6

© Коллектив авторов 2013

## **Список сокращений, условных обозначений и терминов**

**ИУ** – исправительное учреждение

**ЛИУ** – лечебно-исправительное учреждение

**ЛПУ** – лечебно-профилактическое учреждение

**МВД** – Министерство внутренних дел

**МЛС** – места лишения свободы

**ПД** – пенитенциарная дезадаптация

**ПАВ** – психоактивные вещества

**РПП** — реабилитационно — профилактическая помощь

**РФ** – Российская Федерация

**СИЗО** – следственный изолятор

**ЦНС** – центральная нервная система

**УИС** – уголовно-исполнительная система

## Оглавление

<b>Введение</b> .....	<b>5</b>
<b>Раздел 1. Организационно-методические основы оказания наркологической помощи осужденным в исправительных учреждениях</b> .....	<b>7</b>
1.1. Особенности диагностики наркологических расстройств у осужденных .....	11
1.2. Распространенность психических и поведенческих расстройств среди осужденных пенитенциарной системы .....	14
1.3. Депрессивные реакции, как проявления пенитенциарной дезадаптации .....	15
1.5. Особенности клинических проявлений аддиктивного поведения у осужденных .....	18
1.6. Основные принципы лечебно-профилактической помощи осужденным с аддиктивным поведением .....	31
1.7. Профилактика расстройств адаптации депрессивного спектра и наркологической патологии у лиц пенитенциарного учреждения .....	35
<b>Раздел 2. Организационные аспекты оказания помощи осужденным с наркологической патологией</b> .....	<b>38</b>
2.1. Программа развития медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях уголовно-исполнительной системы .....	38
<b>Раздел 3. Реабилитационно — профилактическая помощь лицам с расстройствами адаптации и наркологической патологией</b> .....	<b>49</b>
3.1. Программа реабилитационно-профилактической помощи лицам с расстройствами адаптации и наркологической патологией в условиях социальной изоляции .....	49
3.2. Период основной программы реабилитационно-профилактической помощи .....	55
3.3. Постреабилитационный период .....	61
3.4. Структура программной работы .....	62
3.5. Структура и устройство реабилитационно-профилактического отделения .....	76
<b>Приложения 1</b> .....	<b>82</b>
<b>Приложения 2</b> .....	<b>86</b>
<b>Приложения 3</b> .....	<b>91</b>
<b>Приложения 4</b> .....	<b>98</b>
<b>Литература</b> .....	<b>99</b>

## ВВЕДЕНИЕ

В последние годы отчетливо проявилась тенденция к увеличению числа в МЛС осужденных с психическими расстройствами (рост с 2004г. составил 58,7 %). В настоящее время около 17 % осужденных в исправительных учреждениях имеют диагноз наркологического или психического расстройства. В последние годы отмечается рост числа осужденных, страдающих наркологическими расстройствами (в 2007г. – 48,7 %; в 2011 г. – 55,7 % от числа всех осужденных с психическими расстройствами), т. е. около 9 % от всей массы осужденных имеют клинический диагноз наркологического расстройства. В абсолютных цифрах это составляет около 60—70 тысяч человек.

Помимо этого в период до интернирования в МЛС употребление психоактивных веществ (ПАВ) фиксируется практически у всех осужденных. По данным статистики МВД России до 1/3 всех преступлений совершаются в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. У подавляющего большинства осужденных выявляются различные соматические или социальные последствия употребления ПАВ. Нередко сразу после задержания и интернирования в СИЗО у обвиняемых развиваются абстинентные состояния с психотической симптоматикой. Абортивная неразвернутая психотическая симптоматика, которая значительно не изменяет поведение обвиняемого в камере СИЗО, часто не распознается и не диагностируется. И даже в случае выявления подчас оценивается как симулятивное поведение и правильно не верифицируется. В единичных случаях у осужденных, будучи уже в исправительных колониях, могут развиваться отсроченные психозы. Данные состояния также представляют диагностические сложности и требуют дифференциального диагноза с часто развивающимися реактивными психотическими состояниями.

Предполагается, что режим ИУ исключает возможность употребления ПАВ. Однако на практике возникают ситуации, когда осужденные, используя подручные средства, пытаются экстрагировать различные нейро- и психотропные средства из веществ, в которых они могут содержаться. Это приводит к той ситуации, что у них могут констатировать острое опьянение несколькими психоактивными веществами. Неврологическая симптоматика, явления острой энцефалопатии, которые могут сопровождать такое состояния опьянения, часто затрудняют квалификацию диагноза, оценку прогноза и обуславливают проведение дифференциального ди-

агноза с острой неврологической патологией. Данный перечень диагностических сложностей не исчерпывается. Существуют не ургентные сложности верификации диагноза — при наличии коморбидной патологии — например, сочетание расстройства личности и синдрома зависимости от ПАВ, органического расстройства личности и последствий злоупотребления от ПАВ. Правильная диагностическая квалификация определяет адекватный выбор мишеней для лечебно-реабилитационных мероприятий, а также обоснованный прогноз и оценку риска совершения повторных правонарушений. Помимо решения диагностических проблем имеется значительная потребность в решении организационно-методических проблем оказания наркологической помощи. В первую очередь это проблемы организации оказания лечебно-реабилитационной помощи осужденным с наркологическими расстройствами, находящимися в условиях исключаящих употребление ПАВ, и преемственности данной помощи в последующем в учреждениях здравоохранения. Решению вышеперечисленных актуальных проблем посвящены данные методические рекомендации.

## РАЗДЕЛ 1.

### ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЖДЕННЫМ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Осужденным с наркологическими расстройствами оказывается необходимая медицинская и социальная помощь в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Оказание наркологической помощи регламентируется Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Уголовным кодексом РФ, Уголовно-исполнительным кодексом РФ и иными законодательными актами.

В учреждениях УИС к осужденным с наркологическими расстройствами применяются профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия, утвержденные Приказом Минздрава РФ от 28 апреля 1998 г. № 140 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных»; а также Приказом Минюста России № 263 от 16.08.2006 «Об утверждении перечней лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений уголовно-исполнительной системы для оказания медицинской помощи осужденным», и № 235 от 01.12.2005 «Об утверждении Инструкции о порядке направления осужденных к лишению свободы для отбывания наказания, их перевода из одного исправительного учреждения в другое, а также направления осужденных на лечение и обследование в лечебно-профилактические и лечебные исправительные учреждения».

Положение об организации деятельности наркологического реабилитационного центра разработано в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 225ан от 09.04.2010г. «Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации (приложение 7)».

Медицинское обеспечение организовано в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства юстиции Российской Федерации от 17.10.2005 № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу».

Лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия в отношении осужденных с наркологическими расстройствами назначаются только квалифицированным специалистом – врачом – психиатром либо врачом психиатром-наркологом. Для диагностики и реабилитации также могут быть привлечены медицинские психологи психологической лаборатории ИУ. Для реализации профилактических мероприятий могут привлекаться иные сотрудники ИУ. Медицинский персонал ИУ должен владеть профессиональными навыками, соответствующими квалификационным медицинским требованиям.

Виды наркологической помощи в УИС:

1. амбулаторная помощь оказывается в форме:
  - консультативно-лечебной помощи;
  - диспансерного наблюдения;
  - обязательного лечения (ч.3 ст.18 УИК РФ).
2. стационарная помощь.

Амбулаторная помощь может оказываться в специализированных учреждениях УИС – лечебно-исправительных учреждениях, а также ресурсами медицинских частей ИУ. Стационарная наркологическая помощь может оказываться в специализированных психиатрических ЛПУ УИС.

Консультативно-лечебная помощь оказывается на добровольной основе. Добровольное лечение от алкоголизма и наркомании проводится по месту отбывания наказания при наличии в ИУ врачей психиатров-наркологов, а при их отсутствии — в ИУ, имеющих необходимую базу.

Диспансерное наблюдение и обязательное лечение не учитывает принцип добровольности пациента. Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным наркологическим или психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Обязательное лечение в соответствии с ч.3 ст. 18 УИК РФ применяется по решению медицинской комиссии ИУ к больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. В медицинской комиссии должно быть не менее 2 врачей, имеющих специализацию «психиатрия» и «психиатрия-наркология». Осужденные, подлежащие обязательному лечению от алкоголизма и наркомании, содержатся и проходят амбулаторное лечение в лечебных исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы. Обязательное лечение больных алкоголизмом, наркоманией проводится врачом психиатром-наркологом или врачом-психиатром, имеющим соответствующую подготовку по наркологии.

Критериями для назначения обязательного лечения являются:

- отсутствие полноценной установки на добровольное лечение;
- выраженные нарушения поведения, обусловленные проявлениями наркологического расстройства;
- связь клинических проявлений наркологического расстройства и совершенного преступления;
- прогнозируемый высокий риск повтора преступления, связанного с наркологическим расстройством, после освобождения.

Первые два критерия являются облигатными и самостоятельно могут быть причиной назначения обязательного лечения, третий и четвертый критерии – факультативные.

Наркологическое освидетельствование осужденных, которым назначено обязательное лечение, проводится медицинской комиссией не реже 1 раза в 6 месяцев.

Перевод осужденных, не закончивших курс обязательного лечения от наркомании, из специализированного лечебного исправительного учреждения в другое может быть осуществлен лишь в случае крайней необходимости.



В соответствии со ст. 116 УИК РФ, если осужденный с наркологическим расстройством уклоняется от обязательного лечения, то такое поведение приравнивается к злостному нарушению установленного порядка отбывания наказания осужденными к лишению свободы и влечет за собой соответствующие последствия.

Преемственность в лечении при переводе больного в другое ИУ обеспечивается передачей медицинской карты амбулаторного больного с личным делом. При этом лечащим врачом составляется подробный эпикриз с формулой преемственности о состоянии больного, проведенном лечении с рекомендациями по продолжению лечения.

Решение о прекращении обязательного лечения также принимается (врачебной комиссией из 3 чел., 2 с действующими сертификатами психиатрами-наркологами) комиссионно. Критериями отмены обязательного лечения служат нейтрализация общественной опасности, правопослушное поведение и значительное улучшение статики и динамики наркологического расстройства и психического состояния.

Во всех случаях освобождения от отбывания наказания осужденных, которые проходили обязательное лечение от алкоголизма, наркомании, медицинская часть за один месяц до освобождения направляет в наркологический диспансер или любое другое учреждение здравоохранения, оказывающее наркологическую помощь по избранному месту жительства (проживания) освобожденного, в соответствии с п.8 ч.4 ст.13 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», выписной эпикриз (выписку) из медицинской карты амбулаторного больного о проведенном лечении и его результатах с формулой преемственности помощи. Лицам, отбывшим наказание с незавершенным курсом обязательного лечения, дальнейшее лечение от алкоголизма и наркомании осуществляется в ЛПУ государственной или муниципальной систем здравоохранения по месту жительства с соответствующим их уведомлением.

В выписном эпикризе обязательно отражается *формула преемственности помощи*, которая должна содержать:

- основной диагноз наркологического расстройства в соответствии с МКБ-10;
- сопутствующий диагноз или коморбидное психическое расстройство в соответствии с МКБ-10;
- взаимосвязь совершенного преступления (общественной опасности), за которое отбывал наказание, с имеющимся наркологическим расстройством;
- проведенные лечебно-реабилитационные мероприятия;
- оценка реагирования больного на лечение и реабилитацию;
- прогноз течения наркологического расстройства;
- рекомендации для постепенитенциарного сопровождения.

Пояснения по оформлению формулы преемственности помощи:

— основным диагнозом формулируется этиология синдрома зависимости либо квалифицируется уровень психических расстройств вследствие синдрома

зависимости. Например, «Синдром зависимости от опиатов» или «Расстройство личности в связи с употреблением опиатов».

— сопутствующим диагнозом обозначается, если имеется, другая психическая патология. Например, сопутствующее расстройство личности или умственная отсталость или органическое психическое расстройство.

— взаимосвязь преступления с наркологическим расстройством может быть прямой, косвенной либо может отсутствовать. Прямая причинно-следственная связь имеется там, когда наркологическое расстройство обуславливает преступление (например, наркоман в абстиненции совершает разбойное нападение с целью купить себе наркотик) либо преступление совершается в опьянении. Косвенная связь опосредуется через личностные механизмы (например, личностное огрубление у алкоголика привело к нанесению побоев потерпевшей) и в момент преступления осужденный мог быть трезвым.

— необходимо привести все проведенные с осужденным лечебно-реабилитационные мероприятия – психотерапевтические, психокоррекционные, психосоциальные, медико-социальные и иные, которые с осужденным были в ИУ.

— оценка реагирования больного на лечение и реабилитацию подразумевает оценку комплаентности, настроения и мотивации на лечение: позитивная (желание лечиться, высокий уровень мотивации, полная критика к состоянию), нейтральная (желание и мотивация колеблются или не сформированы, критика частичная), негативная (нет настроения на лечение, негативизм и отсутствие критики к расстройству).

— прогноз течения наркологического расстройства оценивается интегративно с учетом возраста больного, криминального анамнеза, микросоциальной среды по месту жительства, коморбидных психических расстройств, соматических и инфекционных заболеваний, оценки реагирования на лечение и его результатов т. п. Прогноз оценивается как крайне неблагоприятный, неблагоприятный, неопределенный и благоприятный. Крайне неблагоприятный прогноз определяется в случае наличия стойкой отсутствию мотивации и негативизм к лечению, коморбидной психической патологии, антисоциальных установок и микросоциума после освобождения, а также прогрессивного соматического неблагополучия вследствие злоупотребления ПАВ. Неблагоприятный прогноз определяется в случае наличия неустойчивой мотивации к лечению, коморбидной психической патологии, антисоциальных установок и микросоциума после освобождения. Неопределенный прогноз определяется в случае наличия противоречивых характеристик – например, имеется положительная мотивация к лечению и поддержанию ремиссии, но также имеется антисоциальный микросоциум, в который вернется осужденный после своего освобождения. Благоприятный прогноз определяется в случае, когда все факторы позитивные (мотивация, нет коморбидной психической патологии, просоциальный микросоциум, наличие личностной поддержки и т. п.). Следует отметить, что благоприятным с точки зрения возможности добровольного, а не обязательного лечения, можно считать наличие у больного в анамнезе длительных (для больных алкоголизмом свыше 1 года, наркоманиями — 6 месяцев) ремиссии, сопровождающиеся пол-

ным воздержанием от психоактивных веществ. Данное положение не относится, однако, к воздержанию осужденного во время его пребывания в местах лишения свободы.

— рекомендации для постпенитенциарного сопровождения должны содержать акценты на тех мероприятиях, которые должны быть осуществлены в первую очередь для профилактики повторных преступлений и обострения наркологических расстройств (например, рекомендовать профилактику внутрисемейных конфликтов и т. п.).

### **1.1 Особенности диагностики наркологических расстройств у осужденных.**

Термин «аддиктивные расстройства» – объединяет в общую клинико-динамическую группу нарконаправленный вариант поведения (злоупотребление различными ПАВ без формирования зависимости) и наркологические нозоформы (как результат трансформации аддиктивного поведения в болезнь).

Наркотизация рассматривается как процесс выработки совладания со стрессом, в котором ПАВ выполняет роль своеобразного стресс-протектора, купирующего тревогу и позволяющего «уйти от реальности», обуславливая тем самым мотивацию его приема. Люди, столкнувшиеся с невозможностью изменить свое отрицательное эмоциональное состояние продуктивным путем и не имеющие эффективных способов психологической защиты, оказываются перед выбором: невроз или употребление токсикантов». Однако риск формирования зависимости особенно высок у лиц, имеющих предрасположенность. Путем «фармакотоксической регрессии» как средства психологической защиты личность находит выход из невыносимой, мучительной действительности. Алкоголь, опиаты и каннабиоиды, включаясь в психофармакологические механизмы, оказывают отчетливый анксиолитический эффект.

#### **Факторы формирования и развития аддиктивного поведения**

Из субъективных факторов, способствующих аддиктивному поведению, в порядке снижения их значимости установлены легкость приобретения ПАВ, личностные особенности в виде эмоциональной неустойчивости, несформированность психологических механизмов защиты, хронические психотравмирующие и фрустрирующие ситуации, наличие корморбидной психической патологии (расстройство личности, легкая умственная отсталость, органическое психическое расстройство). Как правило, употребление наркотиков начинается под влиянием «опытных» наркоманов. Это происходит во многом за счет реакций группирования и имитации.

Среди биологических и социальных факторов выделены отягощенная наследственность, преимущественно алкоголизмом, воспитание в неполных или «деформированных» семьях, искаженные типы родительского воспитания, а также склонность к делинквентному поведению. Для лиц с аддиктивными расстройствами более характерна низкая школьная успеваемость, агрессивный

паттерн поведения, конфликты в микросоциальной среде. До службы в армии алкоголизация у них характеризуется исходной или быстро приобретаемой способностью переносить высокие дозы спиртного. Раннее обращение к ПАВ в большей мере связано с наличием конституциональной предрасположенности и психоневротических нарушений в период формирования личности.

У лиц с аддиктивным поведением акцентуации характера встречаются достоверно чаще по сравнению с популяционной нормой. У употреблявших наркотики лиц достоверно чаще, чем в общей юношеской популяции встречаются эпилептоидная и истероидные акцентуации, несколько реже – шизоидная и астено-невротическая. Высокие показатели тревоги, депрессии, обсессивно-фобической, вегетативной симптоматики и истерических включений выявляются у представителей астено-невротического, сенситивного и психастенического типов акцентуации. Для астено-невротического типа, помимо того, оказалась значимой выраженная реакция эмансипации; для сенситивного – психологическая склонность к алкоголизации (по-видимому, вторичная по отношению к эмоциональным нарушениям); для психастенического типа – невысокий интеллект. Депрессивность, склонность к алкоголизации и невысокий интеллект характеризовали также и лиц без определенных акцентуаций. Среди представителей шизоидного, эпилептоидного, истероидного и гипертимного типов наряду с признаками тревоги и депрессии часто обнаруживались признаки риска формирования психопатии, социальной дизадаптации, психологической склонности к делинквентности, алкоголизации и стремления высвободиться из-под контроля и опеки. Лица с шизоидной акцентуацией в условиях массивного стрессорного воздействия являются весьма уязвимыми. Среди лиц с преобладанием циклоидных, лабильных, неустойчивых черт характера (аффективно-неустойчивых) эмоциональные и невротические нарушения выражены в меньшей степени, но на первый план выходят признаки социальной дизадаптации и склонности к делинквентности. У аддиктов с гипертимной, шизоидной и неустойчивой акцентуацией отмечаются низкие показатели вербального интеллекта.

Более ранний возраст начала наркотизации (16-18 лет) характерен для лиц с гипертимной, эпилептоидной, циклоидной, шизоидной и неустойчивой акцентуацией, за счет свойственно им нонконформизма. Представители астено-невротического, сенситивного, психастенического, лабильного и истероидного типов, а также лица без отчетливой акцентуации чаще начинают употреблять наркотики позднее.

Наиболее значимыми факторами для злоупотребления гашишем и, в особенности гашишем в сочетании с опиатами являются искаженный тип семейного воспитания, низкая успеваемость в учебе, делинквентность, конфликтные взаимоотношения в микросоциальной среде. Среди употреблявших каннабиноидами чаще выявляется пограничный уровень интеллектуального функционирования. В преморбиде лиц, употреблявших опиатами эти прогностически неблагоприятные признаки встречаются реже.

Среди мотивировок наркотизации, по мере нарастания тяжести ее форм, наблюдается сдвиг от желания испытать неизведанные ощущения, через гедонистические установки к мотивам гиперактивации. Критика к наркотизации чаще наблюдается у лиц, злоупотребляющих опиатами.

Имеются определенные закономерности предпочтения того или иного наркотика в зависимости от личностных и социально-психологических факторов. Злоупотребляющих опиатами отличают более высокая конформность, аффективная ригидность и подозрительность. Лица с наличием личностных девиаций, импульсивности, склонности к делинквентности и иных психических нарушений, более склонны выбирать, причем довольно рано, психоделические препараты, гашиш. Эмоциональные, конформные, но вместе с тем ригидные и сенситивные индивиды в условиях пролонгированного стресса стремятся к химической коррекции развивающихся у них состояний напряжения и тревоги приемом опиатов.

### **Механизмы формирования зависимости от алкоголя и наркотиков**

Трансформация аддиктивного поведения в алкоголизм и наркоманию во многом зависит от наркогенности вещества и частоты его приемов. Риск увеличивается при встрече с психотравмирующими ситуациями. Вызванное ими переживание смыслоутраты, разрушение личностной структуры сопровождается изменением ценностной ориентации с доминированием деструктивных механизмов обуславливания потребностей. Определенные изменения личности, таким образом, происходят уже на донозологическом этапе. Их ведущие признаки – искажение структуры самосознания, деформация межличностных связей, нарушение механизмов социальной перцепции. Распространение употребления ПАВ с одной стороны становится следствием психического дистресса и признаком происходящего изменения моральной нормативности, а с другой стороны, само способствует психической дезадаптации. Практически все аддикты прием одурманивающих веществ мотивируют стремлением снять внутренне напряжение, «на время забыться», отмечая при этом отсутствие на фоне интоксикации собственно эйфорического эффекта и преобладание симптомов оглушенности с притуплением чувства страха.

Формирование аддиктивных расстройств следует рассматривать как цепь компенсаторных реакций на «первичную поломку». Интенсивное стрессорное воздействие у лиц с повышенной стресс-уязвимостью приводит к развитию у них аффективных (преимущественно тревожно-депрессивных) нарушений. По отношению к ним аддиктивное поведение становится вторичным и выполняет до определенного момента защитно-приспособительную функцию, блокируя на время стрессовую симптоматику и предупреждая запуск психопатологических механизмов более тяжелого регистра. Однако стратегия защиты от стресса в этом случае изначально является псевдоадаптирующей, неконструктивной. Злоупотребление ПАВ быстро приводит к дезадаптации индивида в микросоциальной среде, а в дальнейшем обуславливает его духовное и физическое саморазрушение.

Стресс-провоцированные аддиктивные расстройства можно рассматривать и как импунитивный способ реагирования – «бегство из ситуации». Прекращение формирования такого рода расстройств возможно лишь тогда, когда устраняется стрессогенная ситуация, либо меняется отношение к ней самого субъекта.

## **1.2. Распространенность психических и поведенческих расстройств среди осужденных пенитенциарной системы.**

Значительная распространенность психических и поведенческих расстройств среди осужденных, находящихся в пенитенциарных учреждениях, частота дезадаптивного поведения, нарушений режима содержания и общественно-опасных действий, совершаемых ими по болезненным мотивам и отсутствие концептуальной модели реабилитационно-профилактической помощи данному контингенту (Агаларзаде А. З., с соавт. 1995, 2000; Дмитриева Т. Б., 2001; Бохан Н. А., Буторина Н. Е., Кривулин Е. Н., 2006; Семке В. Я., Гусев С. И., Снигирева Г. Я., 2007) определяет актуальность и приоритетность настоящего исследования. Проблема изучения адаптивных расстройств находится на стыке психиатрии, наркологии, психологии, социологии, педагогики, права и привлекает внимание к ней широкого круга различных специалистов.

Исследования структуры и удельного веса отдельных нозологических форм психической патологии у осужденных к лишению свободы, позволили выявить наиболее распространенные формы психических расстройств, среди которых, наряду с патологией личности, последствиями органического поражения головного мозга, умственной отсталостью, ведущие позиции, занимают наркологические заболевания и аффективная патология – депрессивные и невротические расстройства (Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. 1980; Антонян Ю. М., Бородин С. В. 1987; Агаларзаде А. З., Гонопольский А. М., 2000; Кривулин Е. Н., 2005 и др.). Среди психической патологии в популяции лиц пенитенциарного учреждения в связи с высокой распространенностью, особое место занимают депрессивные расстройства (40,0 – 59,0 %) и зависимость от психоактивных веществ (33,3 — 65,3 %), при этом наблюдается их высокая степень сочетаемости (Агаларзаде А. З. и соавт., 2000; Бохан Н. А., Мандель А. И., Ветлугина Т. П., 2002; Семке В. Я., Гусев С. И., Снигирева Г. Я., 2007; Голодный С. В., Кривулин Е. Н., Бохан Н. А., 2010; Bulten В. Н., 1996; Singleton et al., 1998 и др.).

Изучение структуры психических и поведенческих расстройств у воспитанников колонии за период с 1997 по 2008 г. г. было установлено, что на этапе первоначальной адаптации (первые шесть месяцев социальной изоляции) у 50,0 % — 86,2 % осужденных в зависимости от нозологической формы психической и наличием или отсутствием коморбидной наркологической патологии развились депрессивные реакции невротического уровня. Диагностические признаки депрессивных реакций соответствовали рубрике F 43.2 МКБ 10 — «Расстройства адаптации» (Кривулин Е. Н., 2005; Голодный С. В., 2010).

### 1.3. Депрессивные реакции как проявления пенитенциарной дезадаптации

Интернирование осужденного в пенитенциарное учреждение является психотравмирующим агентом, а механизмы его воздействия и вызванные им структурные проявления, их динамика и другие аспекты уместно рассматривать как процесс адаптации к условиям социальной изоляции (Новиков Г. И., 1991).

Процесс адаптации связан с ситуационными условиями, возникающими в результате изменений в социальной среде, перехода индивида из одной среды в другую – новую (Милославова И. А., 1974). Социально изолированному необходимо заново приспосабливаться к ряду сложных проблемных ситуаций. Освоение новых правил и норм общежития, разрешение проблемных ситуаций диктует необходимость выработки новых установок, убеждений, свойств и даже черт личности (Пирожков В. Ф., 1985). По мнению ряда исследователей успех адаптации предопределяют объективные и субъективные факторы, адаптивная потребность, уровень развития адаптивных способностей личности и информированность о новой среде (Александровский Ю. А., 1976, 1987; Пирожков В. Ф., 1977, 1981; Семке В. Я., 1986, 1989; Новиков Г. И., 1991, Гусев С. И., 2003; Бохан Н. А., Буторина Н. Е., Кривулин Е. Н., 2006 и др.).

К объективным факторам, по мнению авторов, относятся условия быта, динамика требований, срок лишения свободы, тяжесть содеянного, отдаленность пенитенциарного учреждения от постоянного места жительства, межличностные, учебные и производственные отношения осужденных, взаимоотношения сотрудников с осужденными и другие. Субъективные факторы определяются особенностями личностных характеристик (индивидуальность, установка личности, внушаемость, ригидность, психологическая и криминогенная совместимость в отряде и т. д.). Адаптивная потребность реализуется в объективно-субъективных формах: приспособления (изменение своих личностных качеств и подстройка своего поведения соответственно требованиям режима, быта учреждения, учебной и производственной деятельности) и приспособления (использование индивидом окружающей среды в целях удовлетворения своих потребностей). В основе уровня развития адаптивных способностей личности лежат разрешающий диапазон и направленность (позитивная, негативная), скорость разрешения адаптивной ситуации, переключаемость и надежность (исключение срывов в адаптационный период). Информированность о новой среде необходима для её освоения и составляет элемент информационной потребности.

Согласно концепции «индивидуального барьера психической адаптации» Ю. А. Александровского и соавт. (1976, 1987) и концепции В. Я. Семке (1989) «о психоадаптационном синдроме», исходящих из изучения социально-психологических и биологических механизмов адаптации и компенсации, гамма кризисных и сложных жизненных ситуаций, каковыми являются условия социальной изоляции, могут соотноситься с рядом других структур и функциональных систем организма.

По мнению авторов, на этапах субневротического (субдезадаптированного) состояния биологическая основа и социально-психологиче-

ские структуры системы психической адаптации, расшатываемые, как нам представляется, психотравмирующими средовыми ситуациями, через напряженность функциональной системы адаптации лишь до определенного предела, могут компенсировать возможные отклонения в каждой системе, мобилизуя компенсаторные возможности. Нарушение процессов взаимокompенсации, истощение (ослабление) резервных возможностей и падение функциональной активности системы психической адаптации обуславливают на определенном этапе нарушение адаптационного барьера организма и развитие психогенных образований.

Исходя из названных механизмов, представляется возможным, что формируясь, субнозологические (доболезненные) образования, выявляющиеся на этапе первоначальной адаптации к условиям социальной изоляции, при воздействии дополнительных психотравмирующих средовых агентов, в совокупности с определенными медико-биологическими и социально-психологическими факторами, могут стать этапными структурными образованиями на пути к формированию более утяжеленных по клинике форм психогенных расстройств (от реакций до состояний). Таковыми в наших исследованиях являются депрессивные реакции, как проявления пенитенциарной дезадаптации, укладываемые в рубрику F 43.2 МКБ-10 — «Расстройства адаптации».

Исходя из вышеизложенного под пенитенциарной дезадаптацией (ПД) мы понимаем нарушение процессов взаимодействия индивида с пенитенциарной средой, с учетом развития уровня адаптивных способностей личности, мотивационной структуры, эмоциональных и интеллектуальных особенностей индивида, взаимозависимости медико-биологических (физиологических), психологических (личностных) и социальных (личностно-средовых) компонентов, возникающих под влиянием психотравмирующих средовых условий социальной изоляции и проявляющихся широким спектром психогенных расстройств в континууме от непатологически-субнозологического уровня до клинического оформления психических и поведенческих расстройств (Кривулин Е. Н., 2005).

Таким образом, в формировании депрессивных реакций, как проявлений пенитенциарной дезадаптации, участвуют ряд условий и факторов, среди которых определяющими клинко-психопатологические особенности, тяжесть и динамику дезадаптивных состояний являются медико-биологические, социально-психологические и психотравмирующие средовые факторы социальной изоляции.

Высокая распространенность расстройств адаптации и аддиктивных состояний диктует необходимость разработки эффективных программ реабилитационно-профилактической помощи данному контингенту осужденных.

Согласно Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 14 октября 2010 г. № 1772-р к ряду основных направлений развития уголовно-исполнительной системы в сфере социальной, психологической, воспитательной и образовательной работы с осужденными предполагается:



- оптимизация социальной, психологической и воспитательной работы с осужденными на основе функционального взаимодействия сотрудников всех служб исправительных учреждений с привлечением к исправительному процессу представителей органов исполнительной власти, а также институтов гражданского общества;
- поиск и внедрение новых индивидуальных форм работы, обеспечивающих оказание адресной социальной, психологической и педагогической помощи каждому осужденному с учетом его социально-демографической, уголовно-правовой и индивидуально-психологической характеристики;
- повышение требований к научному и методическому уровню психодиагностической и психокоррекционной работы, разработка и развитие психотерапевтического направления работы психолога, совершенствование научно-технического обеспечения деятельности психолога, оптимизация диагностического инструментария психолога и объема психодиагностической работы, внедрение инновационных технологий, адаптация передового отечественного и зарубежного опыта работы;
- дальнейшее развитие благоприятных условий для получения осужденными общего, начального, среднего и высшего профессионального образования посредством заочного и дистанционного обучения, разработка и внедрение специальных методик обучения, учитывающих уровень умственного развития и педагогической запущенности осужденных, а также образовательных и коррекционных программ работы с различными категориями осужденных;
- совершенствование научно-технического обеспечения деятельности психолога, оптимизация его диагностического инструментария за счет внедрения автоматизированных диагностических программ и формирования единого банка экспериментальных данных, позволяющего выделять ведущие криминогенные качества у осужденных за различные виды преступлений, оказывать индивидуальное и дифференцированное психологическое воздействие;
- разработка для лиц, осужденных за различные виды преступлений (преступления экстремистской и террористической направленности, преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности, корыстные преступления и др.), базовых (обязательных) программ психологической коррекции личности для формирования социальной направленности осужденных, профилактики деструктивных проявлений, их ресоциализации и дальнейшей интеграции в общество;
- разработка и развитие психотерапевтического направления работы психолога, создание при учреждениях уголовно-исполнительной системы отделений социально-психологической реабилитации с целью оказания профильной психологической помощи осужденным, имеющим алкогольную или наркотическую зависимость, психические аномалии.

Исходя из вышеизложенного, предлагается программа реабилитационно-профилактической помощи осужденным с расстройствами адаптации депрессивного спектра и различными формами аддиктивных состояний в условиях социальной изоляции.

#### **1.4. Особенности клинических проявлений аддиктивного поведения у осужденных**

В МЛС максимально часто у осужденных, страдающих наркологическими расстройствами, встречаются абстинентные состояния (в местах предварительного следствия – СИЗО, ПФРСИ), а также различные расстройства психики, которые отмечаются в период вынужденной ремиссии (условия, препятствующие употреблению ПАВ), т. е. по сути это расстройства органического спектра.

Простое, неосложненное абстинентное состояние (синдром отмены) с учетом анамнеза заболевания для диагностики больших проблем не вызывает. Проблемы могут возникать при диагностике осложненных абстинентных состояний (острая энцефалопатия Вернике-Корсакова, резидуальное психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом), а также при диагностике расстройств непсихотического уровня полиэтиологического характера.

У лиц, длительно злоупотребляющих алкоголем, т. е. находящихся в запое, может развиваться острая энцефалопатия Вернике-Корсакова. Она развивается в ответ на недостаточность тиамин (витамина В1). Проявляется грубыми неврологическими нарушениями: глазодвигательные расстройства (косоглазие, паралич или парез глазодвигательных мышц), выраженная мозжечковая атаксия (невозможность стоять, координировать свои действия), и психическими (спутанность сознания, дезориентация, грубые нарушения памяти, кратковременные делириозные переживания). Риск возникновения энцефалопатии Вернике повышается при нарушениях питания, общем истощении, внутренних болезнях с обменными нарушениями и ранее перенесенных алкогольных психозах. Заболевание характеризуется неблагоприятным течением с высокой летальностью и частым исходом в корсаковский психоз (амнестический синдром при злоупотреблении алкоголем по МКБ-10) у выживших больных (до 80 % пациентов), что их инвалидизирует.

В единичных случаях могут развиваться резидуальные психотические расстройства с поздним (отставленным) дебютом. До привлечения к уголовной ответственности такие осужденные массивно алкоголизируются, пьют запоями, употребляют суррогаты алкоголя. Запой могут длиться годами с практически ежедневным употреблением спиртного. Либо они длительно употребляют наркотики в достаточно больших дозах. Преступление они совершают в состоянии опьянения. После задержания и помещения в ИУ у них отсрочено возникают психотические состояния сложной структуры токсического генеза. У них возникало состояние спутанности, дезориентировки, заторможенности, в поведении прослеживалось влияние галлюцинаторных переживаний. На фоне

нии прослеживалось влияние галлюцинаторных переживаний. На фоне проведения массивной инфузионной терапии острая симптоматика купируется, однако она может возвращаться в ночные часы. В такие моменты осужденные опять становятся дезориентированными в месте и времени, не удерживаются на месте, пытаются куда то идти, высказывания у них отрывочны, речь бормочущая, тематика алкогольная или наркотическая: просят выпить, пожарить картошки на закуску, дать дозу и т. п. В последующем они предъявляют жалобы астенического характера, отмечают у себя головные боли, головокружения; боли в ногах, вялость, астеничность. После проведения лечения выписываются в удовлетворительном состоянии для отбывания наказания в ИК.

У осужденных с наркологическими расстройствами могут развиваться как ответ на действие пенитенциарного стресса психогенно спровоцированные реактивные психозы с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Как правило их длительность составляет менее 6 месяцев, а прогноз курабельности — чаще благоприятный.

Значительно чаще, чем психозы у осужденных-аддиктов отмечаются непсихотические состояния – декомпенсации имеющегося резидуального психического расстройства, связанного со злоупотреблением ПАВ. Чаще по структуре это тревожно-депрессивные расстройства с вегетативными, ипохондрическими включениями, эмоциональной неустойчивостью. Такие осужденные в ИУ в начальный период нахождения не могут наладить адаптивные отношения с окружающими, неряшливы, не соблюдают личную гигиену, эгоистичны, не учитывают интересы окружающих, из-за этого возникали постоянные конфликты. Другие осужденные третируют и порицают их. Из-за напряженных отношений у них возникают колебания фона настроения, чувство тревоги и напряженности, подозрительность, они обращаются с массой соматических жалоб в медицинскую часть ИУ и просьбой их госпитализировать в какую-нибудь больницу. Часто они занимают низкую ступень в криминальной иерархии уголовного сообщества, что усиливает психотравмирующий пресс со стороны других осужденных. Стационарирование в больницу УИС являлось для них саногенным фактором. Поэтому поведение у них носило дифференцированный, имитационный, двухплановый характер. Во время бесед с врачом осужденные были депрессивны, вялы, астенизированы, входили в кабинет медленной походкой, сильно прихрамывая. Высказывали массу жалоб соматического характера, настаивали на консультации терапевта, хирурга и др. врачей. Интересовались возможностью получения группы инвалидности. Вне контакта с врачом становились более оживленными, активно интересовались происходящими вокруг событиями и своей дальнейшей судьбой. Поведение было упорядоченным, укладывалось в рамки общепринятых норм. Охотно выполняли хозяйственные поручения, старались режим не нарушать. Чаще всего их психическое состояние удовлетворяло критериям – Расстройства личности и поведения в связи с злоупотреблением ПАВ; Легкое когнитивное расстройство в связи с злоупотреблением ПАВ; Резидуальное аффективное расстройство в связи с злоупотреблением ПАВ.

Эффективность лечения у непсихотических форм наркологических расстройств была высокая (длительность госпитализации в среднем составляла не более 1-2 месяцев), у осужденных с психотическими формами была средней (около 4-5 месяцев).

### **Диагностические критерии наркологических расстройств в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра.**

**F10-F19 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ**

**F10 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя**

**F11 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов**

**F12 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиноидов**

**F13 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных или снотворных веществ**

**F14 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина**

**F15 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин**

**F16 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов**

**F17 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака**

**F18 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей**

**F19 Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и употребления других психоактивных веществ**

#### **F1x.0 Острая интоксикация**

**G1** Очевидность недавнего употребления психоактивного вещества в достаточно высокой дозе

**G2** Симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать известному действию конкретного вещества (или веществ) как это определяется ниже и они должны отличаться достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения.

**G3.** Имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены соматическим заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством.

Острая интоксикация часто имеет место у лиц, дополнительно обнаруживающих более постоянные проблемы в связи с употреблением алкоголя или наркотиков. При наличии таких проблем, например злоупотребления (F1x. 1),

синдрома зависимости (F1x.2) или психотического расстройства (Fх.5), они также нуждаются в кодировании.

### **F10.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением алкоголя**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации (F1x.0)

Б. Должно иметь место дисфункциональное поведение, о чем свидетельствует по меньшей мере один признак из числа следующих:

- 1) расторможенность;
- 2) склонность к аргументированию;
- 3) агрессивность;
- 4) лабильность настроения;
- 5) нарушения внимания;
- 6) нарушения суждений;
- 7) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) шаткость походки;
- 2) затруднения в стоячем положении;
- 3) смазанная речь;
- 4) нистагм;
- 5) сниженный уровень сознания (например ступор или кома);
- 6) покрасневшее лицо;
- 7) инъектированность склер.

Примечание

В тяжелых случаях острая алкогольная интоксикация может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением рвотного рефлекса.

При желании можно уточнить уровень алкоголя в крови, используя коды МКБ-10 Y90.0-Y90.8. Код Y91. — может использоваться для определения клинической тяжести интоксикации, если уровень алкоголя в крови неизвестен.

### **F10.07 Патологическая алкогольная интоксикация**

Примечание. Положение этого состояния изучается. Предлагаемые исследовательские критерии должны рассматриваться как временные.

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации (F1x.0), за исключением того, что патологическая интоксикация развивается после приема такого количества алкоголя, которое недостаточно для вызова интоксикации у большинства людей.

Б. Вербальная агрессия или физически агрессивное поведение, которые не типичны для данного лица в трезвом состоянии.

В. Интоксикация развивается очень быстро (обычно через несколько минут) после приема алкоголя.

Г. Отсутствуют данные, указывающие на органическое церебральное заболевание или другие психические расстройства.

Примечание

Это редкое состояние. Уровни алкоголя в крови при этом расстройстве ниже, чем те, которые вызывают острую интоксикацию у большинства людей, т. е. ниже 40мг/100 мл.

### **F11.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением опиоидов**

А. Должны выявляться общие критерии для острой интоксикации (F1x.0).

Б. Должно иметь место дисфункциональное поведение, о чем свидетельствует по меньшей мере один признак из числа следующих:

- 1) апатия и седация;
- 2) расторможенность;
- 3) психомоторная заторможенность;
- 4) нарушения внимания;
- 5) нарушения суждений;
- 6) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) сонливость;
- 2) смазанная речь;
- 3) сужение зрачков (за исключением состояний аноксии от тяжелой передозировки, когда зрачки расширяются);
- 4) сниженный уровень сознания (например ступор или кома)

Примечание

При тяжелой интоксикации опиоидами могут наблюдаться угнетение дыхания (и гипоксия), гипотензия и гипотермия

### **F12.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением каннабиноидов**

А. Должны выявляться общие критерии для острой интоксикации.

Б. Должны иметь место дисфункциональное поведение, расстройства восприятия, включая по меньшей мере один из следующих признаков:

- 1) эйфория и расторможенность;
- 2) тревога или агитация;
- 3) подозрительность или параноидная идеация;
- 4) чувство замедления времени и (или) переживание быстрого течения мыслей;
- 5) нарушение суждений;
- 6) нарушение внимания;
- 7) расстройство скорости реакций;
- 8) слуховые, зрительные или тактильные иллюзии;
- 9) галлюцинации с сохранностью ориентировки;
- 10) деперсонализация;
- 11) дереализация;
- 12) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) усиление аппетита;
- 2) сухость во рту;
- 3) инъекированность склер;
- 4) тахикардия.

### **F13.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением седативных или снотворных средств.**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации

Б. Имеет место дисфункциональное поведение, о чем свидетельствует по меньшей мере один из следующих признаков:

- 1) эйфория и расторможенность;
- 2) апатия и седация;
- 3) грубость или агрессивность;
- 4) лабильность настроения;
- 5) нарушение внимания;
- 6) антероградная амнезия;
- 7) нарушении психомоторной продуктивности;
- 8) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) шаткость походки;
- 2) затруднения в положении стоя;
- 3) смазанная речь,
- 4) нистагм
- 5) снижение уровня сознания (например ступор, кома)
- 6) эритематозные высыпания на коже или волдыри

Примечание: в тяжелых случаях интоксикация снотворными или седативными препаратами может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением рвотного рефлекса

#### **F14.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением кокаина.**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации

Б. Должно наблюдаться дисфункциональное поведение, проявляющееся по меньшей мере одним из следующих признаков:

- 1) эйфория и ощущение повышенной энергичности;
- 2) повышение уровня бодрствования;
- 3) претендующие на грандиозность поступки или соответствующие идеи;
- 4) грубость или агрессивность;
- 5) склонность к аргументации;
- 6) лабильность настроения;
- 7) характеризующееся повторяющимися стереотипиями поведение,
- 8) слуховые, зрительные или тактильные иллюзии;
- 9) галлюцинации обычно с сохранностью ориентировки;
- 10) параноидная идеация;
- 11) нарушение личностного функционирования.

В. Должны присутствовать минимум два из следующих признаков:

- 1) тахикардия (иногда брадикардия);
- 2) кардиальные аритмии;
- 3) гипертензия (иногда гипотензия);
- 4) потливость и ознобы;
- 5) тошнота или рвота;
- 6) признаки потери веса;
- 7) расширение зрачков;
- 8) психомоторная ажитация (иногда заторможенность);
- 9) мышечная слабость;
- 10) боли в, груди;
- 11) судороги.

### Примечание

Нарушение личностного функционирования у употребляющих кокаин лиц особенно заметно по их социальным взаимоотношениям, варьирующим от крайней общительности до социальной отгороженности.

#### **F15.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением других стимуляторов, включая кофеин**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации

Б. Должны наблюдаться дисфункциональное поведение или расстройства восприятия, о чем свидетельствует по меньшей мере один из следующих признаков:

- 1) эйфория и чувство повышенной энергичности;
- 2) повышение уровня бодрствования;
- 3) претендующие на грандиозность поступки или соответствующие идеи;
- 4) грубость или агрессивность;
- 5) склонность к аргументации;
- 6) лабильность настроения;
- 7) расширение зрачков;
- 8) слуховые, зрительные или тактильные галлюцинации;
- 9) галлюцинации, обычно с сохранностью ориентировки;
- 10) параноидная идеация;
- 11) нарушение личностного функционирования.

В. Должны присутствовать по меньшей мере два признака из числа следующих:

- 1) тахикардия (иногда брадикардия);
- 2) кардиальные аритмии;
- 3) гипертензия (иногда гипотензия);
- 4) потливость и ознобы;
- 5) тошнота или рвота;
- 6) признаки потери веса;
- 7) расширение зрачков;
- 8) психомоторная ажитация (иногда заторможенность);
- 9) мышечная слабость;
- 10) боли в груди;
- 11) судороги.

### Примечание

Нарушение социального функционирования у принимающих эти вещества лиц особенно заметно по социальным взаимоотношениям, которые варьируют от крайней общительности до социальной отгороженности.

#### **F16.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением галлюциногенов**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации (F1x.0).

Б. Должны иметь место дисфункциональное поведение или нарушения восприятия, о чем свидетельствует по меньшей мере один из следующих признаков:

- 1) тревога и боязливость;



2) слуховые, зрительные или тактильные иллюзии или галлюцинации, возникающие в состоянии полного бодрствования;

3) деперсонализация;

4) дереализация;

5) параноидная идеация;

6) идеи значения;

7) лабильность настроения;

8) импульсивные поступки;

9) гиперактивность;

10) нарушение внимания;

11) нарушение личностного функционирования.

В. Должны присутствовать минимум два признака из числа следующих:

1) тахикардия;

2) сердцебиение;

3) потливость и ознобы;

4) тремор;

5) нечеткость зрения;

6) расширение зрачков;

7) нарушения координации.

#### **F17.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением табака (острая никотиновая интоксикация)**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации

Б. Должно иметь место дисфункциональное поведение или расстройство восприятия, о чем свидетельствует по меньшей мере один из следующих признаков:

1) бессонница;

2) причудливые сны;

3) лабильность настроения;

4) дереализация;

5) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

1) тошнота или рвота;

2) потливость;

3) тахикардия;

4) кардиальные аритмии.

#### **F18.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением летучих растворителей**

А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации.

Б. Должно иметь место дисфункциональное поведение, о чем свидетельствует по крайней мере один из следующих признаков:

1) апатия и летаргия;

2) повышенная склонность к аргументации;

3) грубость или агрессивность;

4) лабильность настроения;

5) нарушение суждений;

- 6) нарушение внимания и памяти;
- 7) психомоторная заторможенность;
- 8) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) шаткость походки;
- 2) затруднения в положении стоя;
- 3) смазанная речь;
- 4) нистагм;
- 5) снижение уровня сознания (например, ступор, кома);
- 6) мышечная слабость;
- 7) нечеткость зрения или диплопия.

Примечание

Здесь следует кодировать и острую интоксикацию от вдыхания иных помимо растворителей веществ. В тяжелых случаях острая интоксикация от летучих растворителей может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением рвотного рефлекса.

### **F19.0 Острая интоксикация, обусловленная употреблением нескольких препаратов и употреблением других психоактивных веществ**

Эта рубрика должна использоваться, когда имеются данные об интоксикации, обусловленной недавним приемом других психоактивных веществ (например, фенциклидина) или нескольких психоактивных веществ, где неясно какое вещество является основным.

#### **F1x.1 Употребление с вредными последствиями**

А. Должны иметься четкие данные, что употребление вещества обусловило (или в значительной мере способствовало) физические или психологические вредные изменения, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение, которое может привести к инвалидизации или неблагоприятно сказаться на межличностных отношениях.

Б. Природа вредных изменений должна быть выявляемой (и описанной).

В. Характер употребления сохранялся на протяжении по меньшей мере одного месяца или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев.

Г. Расстройство не отвечает критериям любого другого психического или поведенческого расстройства, относящегося к тому же препарату в тот же период времени (за исключением острой интоксикации F1x.0).

#### **F1x.2 Синдром зависимости**

А. Три или более из числа следующих проявлений должны возникать одновременно на протяжении 1 месяца или, если они сохраняются на более короткие периоды, периодически повторяться в течение 12 месяцев

- 1) сильное желание или чувство насильственной тяги к приему вещества;
- 2) нарушенная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствуют потребление веществ в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, или безуспешные попытки и постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества;

3) состояние, «физиологической абстиненции, когда прием вещества уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует синдром отмены, характерный для этого вещества, или использование того же (или сходного) вещества с целью облегчения или предупреждения симптомов абстиненции;

4) проявление толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости значительного повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту;

5) озабоченность 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 получением и приемом вещества и восстановлением от его эффектов;

6) устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

Диагноз синдрома зависимости может быть уточнен по пятому знаку следующим образом:

F1x.20 в настоящее время воздержание

F1x.200 ранняя ремиссия

F1x.201 частичная ремиссия

F1x.202 полная ремиссия

F1x.21 в настоящее время воздержание, но в предохраняющих условиях (например, в больнице, терапевтическом сообществе, тюрьме и т. д.)

F1x.22 в настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения или заместительной терапии (контролируемая зависимость) (например, прием метадона или никотиновой жевательной резинки)

F1x.23 в настоящее время воздержание, но на лечении аверсивными (вызывающими отвращение) средствами или препаратами, блокирующими действия наркотических веществ (например, налтерксон или дисульфирам)

F1x.24 употребление вещества в настоящее время (активная зависимость)

F1x.240 без соматических признаков

F1x.241 с соматическими признаками

При желании следующим образом может быть уточнено течение зависимости:

F1x.25 постоянное употребление

F1x.26 эпизодическое употребление (дипсомания)

### **F1x.3 Состояние отмены**

G1. Должны иметься четкие данные о недавнем прекращении приема или снижении доз вещества после периодического употребления этого вещества обычно в течение длительного времени и (или) в высоких дозах

G2 Симптомы и признаки соответствуют известным характеристикам состояния отмены конкретного вещества или веществ (см ниже)

G3 Симптомы и признаки не обусловлены медицинским расстройством, не имеющим отношения к употреблению данного вещества, и не могут быть лучше объяснены другим психическим или поведенческим расстройством

Диагноз состояния отмены может быть уточнен по пятому знаку:

F1x.30 неосложненное

F1x.31 с судорогами

### **F10.3 Состояние отмены алкоголя**

А. Должны выполняться общие критерии состояния отмены

Б Должны присутствовать любые три признака из числа следующих:

- 1) тремор языка, век или вытянутых рук,-
- 2) потливость;
- 3) тошнота или рвота;
- 4) тахикардия или гипертензия;
- 5) психомоторная ажитация;
- 6) головная боль;
- 7) бессонница;
- 8) чувство недомогания или слабости;
- 9) транзиторные зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии;
- 10) большие судорожные припадки.

Примечание

При наличии делирия диагноз должен быть «состояние отмены алкоголя с делирием» (F10.4).

### **F11.3 Состояние отмены опиоидов**

А. Должны выполняться общие критерии состояния отмены (F1x.3). (Следует иметь в виду, что состояние отмены опиоидов может быть также вызвано антагонистами опиоидов после короткого периода употребления опиоидов).

Б. Должны присутствовать любые три признака из числа следующих:

- 1) сильное желание принять опиоидное средство;
- 2) кровотечение из носа или чихание;
- 3) слезотечение;
- 4) мышечные боли или судороги;
- 5) абдоминальные судороги;
- 6) тошнота или рвота;
- 7) диарея;
- 8) расширение зрачков, образование «гусиной кожи» или периодический озноб;
- 10) тахикардия или гипертензия;
- 11) зевота;
- 12) беспокойный сон.

### **F12.3 Состояние отмены каннабиноидов**

Примечание

Это плохо очерченный синдром, для которого в настоящее время не могут быть установлены определенные диагностические критерии.

Он развивается после продолжительного употребления каннабиса в высоких дозах.

Сообщалось, что он длится от нескольких часов до 7 дней. Его симптомы и признаки включают тревогу, раздражительность, тремор вытянутых рук, потливость и мышечные боли

### **F13.3 Состояние отмены седативных или гипнотических средств**

А. Должны выполняться общие критерии состояния отмены

Б. Должны присутствовать любые три признака из числа следующих:

- 1) тремор языка, век или вытянутых рук;
- 2) тошнота или рвота;
- 3) тахикардия;
- 4) постуральная гипотензия;
- 5) психомоторная ажитация;
- 6) головная боль;
- 7) бессонница;
- 8) чувство недомогания или слабости;
- 9) транзиторные зрительные, слуховые или тактильные галлюцинации или иллюзии;
- 10) параноидная идеация;
- 11) большие судорожные припадки.

Примечание: При наличии делирия диагноз должен быть Состояние отмены седативных или гипнотических средств с делирием (F13.4).

### **F14.3 Состояние отмены кокаина**

А Должны выполняться общие критерии состояния отмены

Б. Имеет место дисфорическое настроение (например, печаль или ангедония).

В. Должны присутствовать любые два признака из числа следующих:

- 1) летаргия и усталость;
- 2) психомоторная заторможенность или ажитация;
- 3) сильное желание принять кокаин;
- 4) повышенный аппетит,
- 5) бессонница или гиперсомния;
- 6) причудливые или неприятные сновидения.

### **F15.3 Состояние отмены других стимуляторов, включая кофеин**

А. Должны выполняться общие критерии состояния отмены

Б. Имеет место дисфорическое настроение (например, печаль или ангедония)

В. Должны присутствовать любые два признака из числа следующих:

- 1) летаргия и усталость;
- 2) психомоторная заторможенность или усталость;
- 3) сильное желание принять стимуляторы;
- 4) повышенный аппетит;
- 5) бессонница или гиперсомния;
- 6) причудливые или неприятные сновидения.

### **F17.3 Состояние отмены табака**

А. Должны выполняться общие критерии состояния отмены

Б. Должны присутствовать любые два признака из числа следующих:

- 1) сильное желание употребить табак (или другие содержащие никотин средства);
- 2) чувство недомогания или слабость;
- 3) тревога;
- 4) дисфорическое настроение;
- 5) раздражительность или беспокойство;
- 6) бессонница;
- 7) повышенный аппетит;
- 8) усиленный кашель;
- 9) изъязвления во рту;
- 10) трудности в сосредоточении.

#### **F1x.4 Состояние отмены с делирием**

А. Наличие состояния отмены, как оно определено в F1x.3

Б. Наличие делирия, как он определен в F05. — .

Диагноз состояния отмены с делирием может быть уточнен по пятому знаку следующим образом:

F1x.40 без судорог

F1x.41 с судорогами

#### **F1x.5 Психотическое расстройство**

А. Психотические симптомы развиваются на фоне употребления вещества или в пределах 2 недель после его приема

Б. Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 10 дней

В. Длительность расстройства не превышает 6 месяцев

Диагноз психотического расстройства может быть уточнен по пятому знаку следующим образом:

F1x.50 шизофреноподобное

F1x.51 преимущественно бредовое

F1x.52 преимущественно галлюцинаторное

F1x.53 преимущественно полиморфное

F1x.54 преимущественно депрессивное

F1x.55 преимущественно маниакальное

F1x.56 смешанное

#### **F1x.6 Амнестический синдром**

А. Нарушение памяти, проявляющееся обоими признаками

1) дефект памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала) в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни;

2) сниженная способность к воспроизведению прошлого опыта.

Б. Отсутствие (или относительное отсутствие) всех следующих признаков:

1) нарушение непосредственного воспроизведения (определяемого, например, по запоминанию цифр);

2) помрачения сознания и расстройства внимания, ка они определяются в критерии А в F05 - ,

3) общего интеллектуального снижения (деменции)

В. Отсутствие объективных данных (физического и неврологического обследования, лабораторных тестов) и (или) анамнестических сведений о заболевании мозга (особенно с билатеральным поражением диэнцефальных и срединных височных структур), кроме алкогольной энцефалопатии, которые могли бы обоснованно считаться причиной клинических проявлений описанных в критерии А

#### **F1x.7 Резидуальное психотическое расстройство или психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом**

А. Состояния и расстройства, соответствующие критериям отдельных перечисленных ниже синдромов, должны быть отчетливо связаны с употреблением вещества. Там, где начало состояния или расстройства возникает после употребления психоактивных веществ, следует выявлять строгие доказательства, демонстрирующие связь между ними

Учитывая значительное разнообразие состояний в этой рубрике, характеристики таких резидуальных состояний должны быть ясно документированы в отношении их типа, тяжести и продолжительности. Для исследовательских целей следует уточнять все описательные детали.

При необходимости можно использовать пятый знак:

F1x.70 психотические реминисценции

F1x.71 расстройство личности или поведения

Б. Подпадает под общие критерии F07- (расстройство личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции мозга)

F1x.72 резидуальное аффективное расстройство

Б. Выполняются критерии F06.3 (органическое аффективное расстройство)

F1x.73 деменция

Б. Выполняются общие критерии деменции (F00-F03).

F1x.74 другое стойкое когнитивное нарушение

Б. Выявляются критерии F06.7 (легкое когнитивное расстройство), кроме критерия Г, который исключает употребление психоактивного вещества

F1x.75 психотическое расстройство с поздним дебютом

Б. Должны выявляться общие критерии F1x.5 за тем исключением, что расстройство возникает спустя более 2 недель после приема вещества, но не более 6 недель

F1x.8 Другие психические и поведенческие расстройства

F1x.9 Неуточненное психическое и поведенческое расстройство

### **1.6. Основные принципы лечебно-профилактической помощи осужденным с аддиктивным поведением**

Лечебно-профилактические мероприятия при оказании помощи осужденным с аддиктивным поведением осуществляются как в стационарных, так и амбулаторных условиях врачами психиатрами и психиатрами-наркологами. Стационарное лечение проводится в психиатрических больницах УИС в связи с развитием психотических состояний либо ухудшением и усилением непсихотических расстройств наркологического генеза. Амбулаторная наркологическая

лечебно-реабилитационная помощь оказывается в ЛИУ и медицинских частях ИУ. По своей сути и обязательное противонаркологическое лечение, и добровольное противонаркологическое лечение, а также и реабилитация, представляет из себя единый комплекс мероприятий мишенями воздействия которых являются: коррекция биологической, психологической (психической) и социальной компонент функционирования человека.

#### *Биологически ориентированные методы*

При купировании алкогольного абстинентного синдрома используются: инфузионная терапия, диуретики, кардиотонические препараты и другие медикаментозные средства. Применяются также «малые» нейролептики: соннапакс, хлорпротиксен, терален и пр. Опийный абстинентный синдром купируется с помощью клофелина, неопиоидных анальгетиков, небензодиазепиновых снотворных. Используются также указанные выше «малые» нейролептики и седативные антидепрессанты: амитриптилин, анафранил, лудиямил и пр. В рамках курсового лечения при обострении патологического влечения к ПАВ применяются в умеренных дозах «большие» нейролептики – аминазин, галоперидол, тизерцин и др. Возможно также использование пипотиазина, флуфеназина, алимемазина. Для нормализации настроения, снижения тревожности, эмоциональной лабильности, апатии или тоскливости препаратами выбора являются антидепрессанты (амитриптилин, тразодон, миансерин, кломипрамин, тианептин, флюанксол, феварин). Купирование психопатоподобных нарушений в период ремиссии осуществляется путем назначения неуплептила, соннапакса, эглонила, лепонекса, финлепсина. С целью коррекции нарушений функций печени можно рекомендовать назначение гептрала, который имеет еще антидепрессивный эффект.

При психопатоподобных состояниях возбудимого типа эффективны «большие» нейролептики – обычно галоперидол в умеренных дозах. Значительно реже большие нейролептики используются при алкогольных изменениях личности и неврозоподобных расстройствах. При психоорганических нарушениях «большие» нейролептики, в особенности производные бутирофенона, применять не рекомендуется из-за возможного развития у больных экстрапирамидных расстройств. Транквилизаторы наркологическим больным не назначаются, поскольку они могут вызывать привыкание к ним и усиливать перекрестную зависимость. Лечение органических психических расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголем (его суррогатами) и наркотиками, включает в себя курсовое назначение церебролизина, витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, энцефабола, ноотропила, а также биостимуляторов (алоэ, фибс, стекловидное тело и пр.).

При курсовом лечении больных опийной наркоманией следует применять препараты налтрексона. Они блокируют опиатные рецепторы, поэтому поступающие экзогенным путем вещества опийного ряда не могут связываться с опиатными рецепторами и, соответственно, не вызывают эффектов наркотического опьянения. Терапия налтрексоном начинается тогда, когда у пациента полностью купирован абстинентный синдром, обычно через 10-15 дней от последней наркотизации.



В рамках курсового лечения, наряду с психофармакотерапией можно использовать немедикаментозные биологические методы, применение которых значительно потенцирует фармакологические эффекты медикаментозных препаратов и существенно ускоряет процессы стабилизации психического состояния больных. Применяется, в частности, иглорефлексотерапия (реже – электропунктура), которые проводятся в виде курсов по 10-15 сеансов. Используются корпоральные точки общеукрепляющего, седативного и симптоматического действия, а также аурикулярная методика. При курсовом проведении акупунктуры несколько стабилизируется аффективная сфера, купируются легкие фобические проявления, ослабляются вегетативные расстройства, снижается патологическое влечение к алкоголю, улучшается засыпание.

Транскраниальная электростимуляция представляет собой метод воздействия импульсными токами на ЦНС. Целесообразно ее применение при лечении наркологических больных с целью: а) купирования обострений патологического влечения к ПАВ; б) формирования и усиления психотерапевтических установок; в) повышения внушаемости.

#### *Психотерапевтические методы*

При проведении индивидуальной рациональной психотерапии необходимо учитывать личностные особенности больных. К лицам с возбудимыми чертами характера применяется тактика уступок в незначительных вопросах и твердости — в принципиальных. Больные неустойчивого типа требуют более авторитарного подхода. Субъекты астенического склада нуждаются в укреплении веры в свои силы, а также в поддержке во взаимоотношениях с окружающими.

Групповая психотерапия имеет для осужденных, страдающих зависимостью от ПАВ, особенно важное значение. Среди достигаемых при ее проведении эффектов наиболее значимы следующие: 1) вербализация негативного опыта и десенситизация, 2) коррекция сознания «Я», 3) преодоление психической защиты.

Вербализация негативного опыта обычно происходит в рамках так называемого самораскрытия пациентов. Наличие сочувствующей и близкой по духу аудитории позволяет больному выплеснуть накопленные обиды и переживания. Вербализации негативного опыта должна сопутствовать так называемая десенситизация, под которой понимается погашение отрицательных эмоций, связанных с негативным опытом, положительными эмоциями, обусловленными сочувствием и поддержкой группы.

Второй достигаемый с помощью группового воздействия эффект называется коррекцией самосознания. Именно нарушение самосознания наряду с некоторыми другими психологическими феноменами поддерживает зависимость пациента к ПАВ. Дисгармония, несбалансированность разных сторон самосознания пациента отрицательным образом влияют на его душевное состояние. В состоянии опьянения возникает иллюзия гармонизации указанных представлений. Этим обусловлена постоянная потребность наркологических больных в приеме ПАВ.

Взаимодействие с больными в группе оказывает обычно позитивное влияние на самосознание пациента. Он получает возможность узнать о том, как его реально оценивают люди, относящиеся к нему непредвзято. Если его представления о себе оказываются завышенными, больной получает болезненный, но полезный опыт. Такого рода опыт делает пациента более терпимым к окружающим. Кроме того, в этих случаях может произойти необходимая коррекция идеала, к которому стремится пациент. Подвергшись воздействию группы, он скорее всего поставит перед собой более реальные, соответствующие его возможностям жизненные цели. При склонности к пониженной самооценке поддержка группы необходима для укрепления самоуважения больного и его веры в свои силы.

Метод групповой психотерапии считается наиболее надежным способом преодоления психологической защиты\*. Существуют грубо деструктивная, умеренно деструктивная и конструктивная формы психологической защиты. Воздействие на больного в группе проявляется, в частности, в том, что первая форма психологической защиты трансформируется во вторую, а вторая – в третью.

Типичным грубо деструктивным вариантом психологической защиты является так называемое отрицание, при котором наркологический больной отказывается от обсуждения проблемы зависимости под предлогом ее отсутствия как таковой. Отрицание может сопровождаться агрессивным компонентом, когда больной, чтобы уклониться от лечения, стремится дискредитировать усилия окружающих, которые стараются оказать ему помощь.

Присутствуя на сеансах групповой психотерапии и обнаруживая, что партнеры по группе признают наличие у себя данной проблемы, больные, как правило, смягчаются и меняют свою позицию. При этом может видоизменяться и форма психологической защиты, приняв, например, характер менее деструктивной, чем отрицание, разновидности – рационализации. Больной начинает признавать наличие у себя зависимости от алкоголя или других ПАВ, но при этом создает целую систему рационального объяснения, почему у него зависимость развилась. Смысл объяснения часто состоит в перекладывании вины на окружающих людей, а также на особые обстоятельства, которые вынуждали его вести себя именно таким образом.

Наконец, на отдаленных этапах ремиссии психологическая защита может принимать уже действительно конструктивный характер и переходить, например, в форму компенсации (сублимации). Больной начинает адекватно оценивать характер своей зависимости в прошлом. Но при этом репутацию бывшего алкоголика или наркомана он пытается компенсировать развитием таких качеств, которые вызывают безусловное социальное одобрение.

---

\* Под психологической защитой понимается психологическая (психопатологическая) реакция на фрустрацию, которая возникает из-за невозможности достижения индивидуумом той или иной цели в силу существования неодолимого препятствия. При наркологическом заболевании фрустрация связана с невозможностью больного избавиться от социально осуждаемого ярлыка алкоголика или наркомана (даже если пациент в данный период не употребляет ПАВ).

При проведении психотерапии можно использовать метод ситуационного тренинга, который состоит в выработке конструктивных образцов поведения, направленных на преодоление зависимости и улучшение взаимодействия пациента с социальной средой. Ситуационный тренинг проводится обычно в группе. Вначале ситуации, способствующие употреблению ПАВ, подвергаются своего рода инвентаризации. Каждый больной рассказывает о характерных именно для него социальных коллизиях. Существует несколько десятков типовых ситуаций риска, дестабилизирующих состояние пациента и подталкивающих его к употреблению ПАВ. Естественно, что в условиях армейской службы человек может подвергаться воздействию особо неблагоприятных факторов.

При проведении тренинга такого типа психотерапевт выделяет ситуации, наиболее значимые для каждого больного группы. Далее он стремится помочь пациентам сформулировать формулы отказа от употребления алкоголя или других ПАВ, которые предполагают быстрый, эффективный и не сопровождающийся моральными потерями выход из ситуации риска. Для этого в группе разыгрываются сценки, имитирующие неблагоприятные ситуации, с которыми сталкиваются больные. Один из участвующих больных (протагонист) располагается в центре разыгрываемой сценки, сюжет которой основан на одной из ситуаций риска. 1-3 больных выполняют вспомогательные функции. Обычно им предлагается сыграть роль приятелей больного, пытающихся уговорить его выпить или употребить наркотик. В рамках дискуссии отрабатываются оптимальные формулы отказа от употребления ПАВ.

Может быть использована также аутогенная тренировка. Данный метод направлен на формирование устойчивости к ситуациям и состояниям, которые могут спровоцировать рецидив наркологического заболевания. Участие в боевых действиях создает особо стрессогенные ситуации. В основе метода лежит достижение релаксационных эффектов – расслабления, покоя, отрешенности от окружающего мира, тяжести и тепла. Иногда используется органотренировка. На этом фоне отрабатываются т. н. формулы самовнушения, позволяющие избежать возобновления употребления ПАВ при возникновении трудных ситуаций. Навыкам по достижению описанных выше состояний и использованию формул самовнушения обучает больных врач. В последующем пациенты применяют эти навыки уже самостоятельно.

### **1.7. Профилактика расстройств адаптации депрессивного спектра и наркологической патологии у лиц пенитенциарного учреждения**

На современном этапе развития психиатрии и наркологии совершенно очевидно, что в формировании психических и поведенческих расстройств, в их динамике, исходе, помимо биологических факторов важную роль играют психологические (возрастные, семейные, ситуационно-средовые) и социально-экономические факторы. В связи с этим в последнее десятилетие важнейшим методологическим подходом в оказании психиатрической и наркологической помощи становится ориентация на биопсихосоциальную модель, характери-

зующуюся мультидисциплинарным подходом к лечению, реабилитации и профилактике имеющихся расстройств с участием специалистов различного профиля, тесно взаимодействующих между собой (Бохан Н. А., Мандель А. И., 2004; Кривулин Е. Н., 2004;).

В настоящей программе реабилитационно – профилактической помощи (РПП) в качестве одного из основополагающих принципов, определяющих содержание и особенности специализированной помощи осужденным с депрессивными реакциями и наркологической патологией, является принцип комплексного подхода и применения многоосевой оценки проявлений ПД полипрофессиональной бригадой специалистов как в процессе диагностической квалификации расстройств адаптации, развившихся в первые шесть месяцев социальной изоляции, так и в процессе коррекционно-реабилитационной работы с осужденными, обнаруживающими признаки зависимости от ПАВ.

Построение метода полипрофессионального бригадного сотрудничества базируется на выявленных психопатологических особенностях депрессивных реакций, как проявлений ПД с учетом преморбидных психических и наркологических заболеваний. При реализации комплексного полипрофессионального подхода осуществляется разделение конкретного объекта анализа — осужденного пенитенциарного учреждения, находящегося в состоянии дезадаптации на три самостоятельных аспекта изучения: клинико-психопатологический, социально-психологический и психолого-педагогический. Это обуславливает формирование многоосевого диагноза и выявление «мишеней» преимущественной ответственности специалистов бригады, участвующих в диагностическом и реабилитационно-профилактическом процессах. Необходимость многоосевого диагноза предполагала выполнение оптимального объема аналитической деятельности каждым специалистом в рамках его профессиональной компетенции.

Принципы профилактической помощи лицам пенитенциарного учреждения формируются с учетом, во-первых, клинико-психопатологических особенностей депрессивных реакции и преморбидной психической и наркологической патологии и, во-вторых, специфичностью условий социальной изоляции. Комплекс мероприятий, проводимых в рамках РПП, обнаруживающим зависимость от ПАВ, одновременно направлен на превенцию депрессивных реакций на этапе первоначальной адаптации. Следует отметить ряд важных положений профилактической работы с данным контингентом. К ним относятся:

- приоритет первичного профилактического подхода к решению проблем пенитенциарной дезадаптации и зависимости от ПАВ;
- межведомственное взаимодействие в вопросах профилактики ПД в условиях социальной изоляции и наркозависимости;
- комплекс мероприятий, направленных на повышение устойчивости организма к психотравмирующим условиям социальной изоляции.

При превенции депрессивных реакций, как проявлений ПД, решающее значение имеют мероприятия, направленные на восстановление или формирование социально приемлемых личностных особенностей, создание благоприятного психологического климата в пенитенциарном учреждении, психокоррекционная работа по обучению осужденного умению справляться с психотравми-

рующими ситуациями, оказание помощи в разрешении конфликтов и эффективного функционирования в условиях социальной изоляции. Учитывая, что депрессивные реакции возникают у лиц с уже имеющейся резидуально-органической церебральной недостаточностью, умственной отсталостью, патологией формирующейся личности, зависимостью от ПАВ, оптимальным в плане первичной профилактики является предотвращение декомпенсаций уже имеющихся психических и поведенческих расстройств (общеоздоровительные мероприятия, профилактические курсы дегидратационной, рассасывающей терапии и лечение ноотропами, регулирование учебной, производственной нагрузки и др.). Данный подход смещает акцент в сторону вторичной профилактики.

Вторичная профилактика депрессивных реакций у осужденных в условиях социальной изоляции включает в себя — раннее выявление патологии, своевременное и эффективное её лечение, предупреждение развития выраженных форм психических расстройств, предотвращение обострений и прогрессирования болезни, восстановление личностного и социального статуса пациента. Самым значимым мероприятием из перечисленных выше является обнаружение адаптивных и аддиктивных расстройств на ранних этапах их проявления. В основе превенции ПД имеет значение достаточная осведомленность врачей и психологов исправительного учреждения о возможном развитии и начальных проявлениях депрессивного синдрома или обострении патологического влечения к ПАВ.

Третичная профилактика депрессивных реакций определяется во многом задачей непрерывно-поступательного обучения способам адаптивного функционирования в условиях социальной изоляции, приобретения нового опыта продуктивного совладания с психотравмирующими средовыми факторами пенитенциарной системы.

Кроме профилактики депрессивных реакций, как проявлений ПД, разработанная программа РПП лицам, злоупотребляющим наркотическими веществами предлагает, в качестве решения проблемы профилактики злоупотребления ПАВ, объединение в единый комплекс медицинских, социально-психологических и образовательных мер в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики, что позволяет на максимально ранних этапах обеспечить выявление не только депрессии, но и наркозависимости и перейти к реабилитационно — профилактической помощи данному контингенту больных.

Таким образом, основополагающим принципом в организации профилактической помощи осужденным с расстройствами адаптации и сопутствующей наркологической патологии является межведомственный подход с объединением усилий многих специалистов в комплексной реабилитации, основанной на положениях профилактической направленности.

## РАЗДЕЛ 2.

### ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ОСУЖДЕННЫМ С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

#### 2.1. Программа<sup>1</sup> развития медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях уголовно-исполнительной системы

Основания для разработки программы:

— Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010г. № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года»;

— План мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией (на 2012-2020 годы), утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2012г. № 202-р.;

— подпункт 2.3.1.1. (Подготовка программы развития медико-социальной реабилитации) Плана мероприятий по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденного председателем Государственного антинаркотического комитета В. П. Ивановым 29 октября 2010г.

Основные цели программы:

— реализация положений Стратегии государственной антинаркотической политики в части развития системы медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях уголовно-исполнительной системы;

— обеспечение межведомственного взаимодействия органов и организаций, обеспечивающих оказание наркологической помощи лицам, которым назначено уголовное наказание в виде лишения свободы.

Важнейшие целевые показатели Программы:

— снижение количества новых преступлений, совершаемых страдающими наркологическими заболеваниями лицами, отбывшими наказание в виде лишения свободы, на 3 — 6 %;

— увеличение доли лиц из числа осужденных, употреблявших наркотики в немедицинских целях, вовлеченных в реабилитацию от общего числа лиц из числа осужденных, употреблявших наркотики в немедицинских целях, на 5 — 7 % ежегодно.

Основные задачи Программы:

---

<sup>1</sup> Программа утверждена распоряжением директора ФСИН России от 26 апреля 2012г. № 321-р.

— создание условий для медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях уголовно-исполнительной системы;

— совершенствование нормативно-правового регулирования в сфере оказания медицинской помощи и медико-социальной реабилитации осужденных, отбывающих наказание в виде лишения свободы;

— организация подразделений, обеспечивающих медико-социальную реабилитацию страдающих наркологическими заболеваниями лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы;

— обеспечение трудовой терапии и трудовой адаптации страдающих наркологическими заболеваниями осужденных, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы;

— научно-методическое обеспечение развития медико-социальной реабилитации страдающих наркологическими заболеваниями лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Объемы и источники Программы:

— за счет средств, доводимых ФСИН России финансирования в рамках лимитов бюджетных обязательств.

Контроль за исполнением Программы:

— осуществляется Федеральной службой исполнения наказаний, территориальными органами ФСИН России.

## **Введение**

Программа развития медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями в учреждениях уголовно-исполнительной системы, разработана в соответствии со Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690, в соответствии с положением которого, стратегической целью государственной политики в сфере реабилитации больных наркоманией является формирование многоуровневой системы, обеспечивающей доступность к эффективным программам реабилитации лиц, больных наркоманией, восстановление их социального и общественного статуса, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни больных наркоманией. При этом реабилитация больных наркоманией определяется как совокупность медицинских, психологических, педагогических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления наркотиков.

## **Содержание проблемы**

По состоянию на 1 января 2012 г. — в учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее — УИС) содержалось более 760 тыс. человек. Из них состояло на учете у врачей-наркологов 56,4 тыс. человек, больных наркоманией различной степени тяжести, нуждающихся в медикаментозной терапии в течение длительного периода времени. Особую тревогу вызывает высо-

кая распространенность наркомании, среди осужденных, содержащихся в воспитательных колониях. Из 3 тысяч несовершеннолетних осужденных каждый 7 ранее употреблял наркотические средства, свыше 540 несовершеннолетних имеют установленный наркологический диагноз, однако специализированных подростковых наркологических отделений в УИС не предусмотрено. Их лечение осуществляется в наркологических кабинетах медицинских частей воспитательных колоний. Наркологическая помощь, включая реабилитационные мероприятия, в исправительных учреждениях УИС осуществляется согласно приказу Минздрава России от 28 апреля 1998 г. № 140 «Об утверждении Стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных» и Методических рекомендаций (Минздрава России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Минфина России) по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденных 28 августа 2001 г. Минздравом России (№ 2510/9257-01) и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (№ 3159/40-10).

В Европейских тюремных правилах 2006 года закреплены положения (ст. ст. 47.1, 47.2), связанные с лечением осужденных, страдающих психическими расстройствами, включая аддиктивные нарушения (алкоголизм, наркомания). В частности отмечается, что наблюдение и лечение заключенных, страдающих психическими расстройствами или аномалиями, должны проводиться в специализированных пенитенциарных учреждениях или отделениях, находящихся под медицинским контролем. Медицинская служба пенитенциарного учреждения обеспечивает всех нуждающихся в психиатрическом лечении заключенных, уделяя особое внимание профилактике суицидов. Эти положения относятся ко всем государствам — членам Совета Европы (которым является и Россия) и носят рекомендательный характер.

Разработка комплекса мер в сфере применения недобровольного лечения лиц, страдающих психическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, потребует совершенствования вопросов правового регулирования, пересмотра норм уголовного, уголовно-процессуального и уголовно-исполнительного законодательства Российской Федерации. Кроме того, целесообразно создание специализированных подразделений психонаркологического профиля, проводящих недобровольное наблюдение и лечение и реализующих программы медицинской и социальной реабилитации наркозависимых лиц.

Во многих регионах складывается сложное положение с подготовкой кадров врачей-психиатров-наркологов из-за невозможности прохождения бесплатной первичной специализации. В ряде случаев должности врачей-наркологов занимают врачи, не имеющие соответствующей подготовки, или из-за отсутствия специалистов должности остаются вакантными. В настоящее время в учреждениях УИС работают 170 врачей-наркологов.



## **Система программных мероприятий**

Система программных мероприятий, разработанная в соответствии с задачами Программы, является комплексом организационных мер, осуществляемых ФСИН России и территориальными органами ФСИН России. Программные мероприятия сгруппированы по разделам:

1. Совершенствование нормативно-правового регулирования в сфере оказания медицинской помощи и медико-социальной реабилитации осужденных, в том числе отбывших наказание в виде лишения свободы.

2. Организация подразделений, обеспечивающих медико-социальную реабилитацию страдающих наркологическими заболеваниями осужденных (лиц, содержащихся под стражей), в учреждениях УИС.

3. Научно-методическое обеспечение Программы развития медико-социальной реабилитации страдающих наркологическими заболеваниями осужденных и лиц, содержащихся в учреждениях УИС.

Реализация программных мероприятий будет способствовать повышению эффективности оказания специализированной наркологической помощи в местах лишения свободы, включая медико-социальную реабилитацию страдающих наркологическими заболеваниями лиц. Все это будет способствовать возвращению в общество людей, прошедших полный курс лечения, с восстановленной социальной адаптацией и трудоспособностью.

Предусмотренные программные мероприятия соответствуют основным направлениям развития медико-социальной реабилитации больных наркоманией в Российской Федерации (п. 36 Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года).

Мероприятия программы развития медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях уголовно-исполнительной системы представлены в таблица 1.

**Таблица 1. Мероприятия программы развития медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях уголовно-исполнительной системы**

<i>1. Совершенствование нормативно-правового регулирования в сфере оказания медицинской помощи и медико-социальной реабилитации осужденных, в том числе отбывших наказание в виде лишения свободы</i>	
1.1. Совершенствование законодательства Российской Федерации в части оказания наркологической медицинской помощи осужденным и лицам, содержащимся под стражей	

1.1.1. Подготовка предложений о внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации в части совершенствования института принудительных мер медицинского характера	ФКУ НИИ ФСИН России	15.12.2012
1.1.2. Подготовка предложений о внесении изменений в Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации в части совершенствования правового регулирования применения к осужденным недобровольного лечения от наркологических заболеваний	ФКУ НИИ ФСИН России	15.12.2012
1.2. Подготовка информационного письма в территориальные органы ФСИН России, органы здравоохранения и судебно-экспертные учреждения по применению нормативных правовых актов, регламентирующих предоставление, обработку, хранение и использование медицинской информации, необходимой для обеспечения преемственности при проведении медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями	ФКУ НИИ ФСИН России, УОМСО ФСИН России	15.12.2013
<i>2. Создание структурных подразделений, обеспечивающих медико-социальную реабилитацию больных наркологическими заболеваниями в составе медицинских частей и специальных психиатрических больниц, созданных для медицинского обслуживания осужденных и лиц, содержащихся под стражей (далее — реабилитационные центры)</i>		
2.1. Создание в порядке эксперимента реабилитационных центров в составе Психиатрической больницы ФКУ СИЗО-2 УФСИН России по г. Москве и медицинской части ФКУ ИК-7 УФСИН России по Архангельской области		
2.1.1. Разработка проекта типового положения о реабилитационных центрах в составе медицинских частей и специальных психиатрических больниц, (психиатрических отделений многопрофильных больниц) созданных для медицинского обеспечения осужденных и лиц, содержащихся под стражей	УОМСО ФСИН России, ФКУ НИИ ФСИН России, УСПВРО ФСИН России, УТАО ФСИН России, УК ФСИН России, ПУ ФСИН России	15.12.2012
2.1.2. Создание в порядке эксперимента реабилитационного центра в составе медицинской части ФКУ ИК-7 УФСИН России по Архангельской области	УФСИН России по Архангельской области	15.12.2013

2.1.3. Создание в порядке эксперимента реабилитационного центра в составе Психиатрической больницы ФКУ СИЗО-2 УФСИН России по г. Москве	УФСИН России по г. Москве	25.12.2013
2.2. Прогнозирование и мониторинг потребности в медико-социальной реабилитации в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы	УОМСО ФСИН России, УСПВРО ФСИН России	15.12.2012, далее постоянно
2.3. Определение перечня учреждений уголовно-исполнительной системы, в составе которых целесообразно создание реабилитационных центров	УОМСО ФСИН России, УСПВРО ФСИН России, УТАО ФСИН России, УК ФСИН России	15.09.2013
2.4. Подготовка предложений об объемах, порядке, сроках и источниках финансирования реабилитационных центров	УОМСО ФСИН России, ФЭУ ФСИН России	15.09.2013
2.5. Подготовка предложений о привлечении внебюджетных источников финансирования и финансовых средств, выделяемых на реализацию целевых программ, а также средств общественных организаций для финансирования реабилитационных центров	УОМСО ФСИН России, ФЭУ ФСИН России	15.10.2013
2.6. Подготовка предложений о возможности и формах использования центров трудовой адаптации осужденных и лечебно-производственных мастерских в системе трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ для больных наркологическими заболеваниями	УТАО ФСИН России	15.11.2012
2.7. Подготовка предложений о возможности участия общественных и иных некоммерческих организаций, других институтов гражданского общества в деятельности по реабилитации содержащихся в учреждениях УИС лиц, больных наркологическими заболеваниями	УСПВРО ФСИН России, УОМСО ФСИН России	15.11.2012

2.8. Подготовка планов создания в учреждениях уголовно-исполнительной системы структурных подразделений, обеспечивающих медико-социальную реабилитацию больных, наркологическими заболеваниями	УОМСО ФСИН России, УСПВРО ФСИН России, УТАО ФСИН России	15.06.2014
2.9. Подготовка планов создания подразделений (производственных участков в центрах трудовой адаптации осужденных, лечебно-производственных мастерских и т. п.) для трудовой реинтеграции больных наркологическими заболеваниями в учреждениях УИС		
2.9.1. Прогнозирование и мониторинг потребности в подразделениях (производственных участках в центрах трудовой адаптации осужденных, лечебно-производственных мастерских и т. п.) для трудовой реинтеграции больных наркологическими заболеваниями в учреждениях УИС	УТАО ФСИН России	15.12.2012, далее постоянно
2.9.2. Определение видов труда (производства), рекомендованных для больных наркологическими заболеваниями в учреждениях УИС	УТАО ФСИН России	15.06.2013
2.9.3. Подготовка предложений о порядке, сроках и источниках финансирования подразделений ФСИН России, для трудовой реинтеграции больных наркологическими заболеваниями в учреждениях УИС	УТАО ФСИН России, ФЭУ ФСИН России	15.06.2013
2.9.4. Подготовка предложений о создании подразделений для трудовой реинтеграции больных наркологическими заболеваниями в учреждениях УИС	УТАО ФСИН России	15.12.2013
2.10. Создание структурных подразделений, обеспечивающих медико-социальную реабилитацию больных наркологическими заболеваниями, и подразделений для их трудовой реинтеграции в учреждениях УИС	территориальные органы ФСИН России, УОМСО ФСИН России, УСПВРО ФСИН России, УТАО ФСИН России, УК ФСИН России, ФЭУ ФСИН России	согласно отдельному плану, утвержденному директором ФСИН России

2.11. Укрепление кадрового потенциала реабилитационных центров		
2.11.1. Укомплектование учреждений, обеспечивающих медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих наркологическими заболеваниями врачами- психиатрами-наркологами, медицинскими психологами, психотерапевтами, специалистами по социальной работе и социальными работниками, педагогами	УК ФСИН России, УСПВРО ФСИН России, УОМСО ФСИН России, УТАО ФСИН России	15.06.2013, далее постоянно
2.11.2. Организация повышения квалификации специалистов, принимающих участие в медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях УИС		
2.11.2.1. Организация повышения квалификации врачей-психиатров-наркологов на базе РМАПО Минздравсоцразвития России и образовательных учреждений иных министерств и ведомств	УОМСО ФСИН России	01.06.2012, далее постоянно
2.11.2.2. Организация повышения квалификации психологов на базе ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздравсоцразвития России и образовательных учреждений иных министерств и ведомств	УСПВРО ФСИН России	01.06.2012, далее постоянно
<i>3. Научно-методическое обеспечение программы развития медико-социальной реабилитации страдающих наркологическими заболеваниями осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях УИС</i>		
3.1. Проведение «круглого стола» по проблеме медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях УИС	УОМСО ФСИН России, ФКУ НИИ ФСИН России	декабрь 2012, далее ежегодно
3.2. Анализ и обобщение передового опыта учреждений и органов УИС в сфере медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями		
3.2.1. Сбор материалов передового опыта учреждений и органов УИС по созданию реабилитационных центров для больных наркологическими заболеваниями	ФКУ НИИ ФСИН России, территориальные органы ФСИН России	15.12.2013

3.2.2. Обобщение, анализ, экспертиза и подготовка к изданию материалов передового опыта учреждений и органов УИС по созданию реабилитационных центров для больных наркологическими заболеваниями	ФКУ НИИ ФСИН России	15.06.2014
3.2.3. Разработка методических рекомендаций по организации медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях УИС	ФКУ НИИ ФСИН России, УОМСО ФСИН России	15.06.2013

## **ПОЛОЖЕНИЕ<sup>2</sup> ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

1. Настоящее положение определяет организацию деятельности наркологического реабилитационного центра (далее — реабилитационный центр).

2. Реабилитационный центр является медицинской организацией или структурным подразделением организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь.

3. Реабилитационный центр создается для реализации комплекса медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больных, коррекцию, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих наркологическое заболевание.

4. Реабилитационным центром руководит главный врач, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

В тех случаях, когда наркологический реабилитационный центр находится в структуре наркологического диспансера (больницы), руководство центром осуществляет заместитель главного врача по медико-социальной реабилитации или заведующий реабилитационным подразделением.

5. На должность главного врача реабилитационного центра назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г. № 14292), по специальности «психиатрия-наркология» или «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Структура и штатная численность медицинского и иного персонала Реабилитационного центра, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической и реабили-

<sup>2</sup> Приложение N 7 к Порядку оказания наркологической помощи населению Российской Федерации, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 апреля 2010 г. N 225ан.

тационной работы, численности обслуживаемого населения и в соответствии с Рекомендуемыми штатными нормативами медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 27 января 2006 г. № 45 (по заключению Минюста России данный документ в государственной регистрации не нуждается. Письмо Минюста России от 20 февраля 2006 г. № 01/1224-ЕЗ).

6. В структуре реабилитационного наркологического центра рекомендуется предусматривать:

приемное отделение;

амбулаторно-поликлиническое отделение медицинской и социальной реабилитации;

стационарные отделения медицинской и социальной реабилитации;

стационарные отделения медицинской и социальной реабилитации для детей и подростков;

дневной стационар;

реабилитационное общежитие;

кабинет (отделение) физиотерапии;

кабинет (отделение) функциональной диагностики;

кабинеты медицинских психологов и социальных работников;

кабинет психотерапии (индивидуальной и групповой);

организационно-методический отдел;

кабинеты врачей-специалистов;

библиотека, аудио- и видеотека;

спортивный зал;

подсобные хозяйства;

учебные классы, студии, спортивные секции, досуговый комплекс для просмотра тематических фильмов, телепередач;

производственные лечебно-трудовые мастерские (столярные, слесарные, швейные, по ремонту помещений).

7. Реабилитационный центр осуществляет следующие функции:

оказание наркологической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, патологическим влечением к азартным играм;

проведение медико-социальной реабилитации;

формирование у пациентов ответственности за свое поведение, навыков здорового образа жизни с установками на трезвость и отказ от употребления психоактивных средств и тренировка этих навыков в реальных ситуациях самообслуживания, коммуникации, взаимодействия, трудовой и досуговой деятельности;

проведение мероприятий по восстановлению профессиональных трудовых навыков пациентов, стабилизации трудовых отношений;

оказание помощи пациентам в вопросах оформления необходимых документов и решения проблем с жильем, трудоустройством;

анализ эффективности оказываемой реабилитационной помощи во время пребывания больных в реабилитационном центре и после выписки из него;

осуществление противорецидивных мероприятий с больными, прошедшими основную курс медико-социальной реабилитации и вошедших в профилактические программы предотвращения срывов и рецидивов заболевания;

осуществление взаимодействия с организациями, оказывающими социальную помощь, по оказанию комплексной социальной поддержки пациентов в вопросах трудоустройства, обеспечения жильем;

проведение санитарно-гигиенического просвещения больных и их родственников;

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

8. Стационарное отделение медицинской и социальной реабилитации реабилитационного центра (далее — Отделение) создается для оказания реабилитационной помощи больным, прошедшим курс лечения и нуждающимся в медико-социальной реабилитации в стационарных условиях, а также для больных после неэффективной реабилитации в амбулаторных условиях.

9. Отделение работает в круглосуточном режиме и оказывает реабилитационную помощь больным с наркологическими заболеваниями, патологическим влечением к азартным играм, их родственникам и другим значимым лицам.

10. На должность заведующего Отделением назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г. № 14292), по специальности «психиатрия-наркология».

11. Амбулаторно-поликлиническое отделение медицинской и социальной реабилитации реабилитационного центра создается для оказания медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях, включающее:

консультирование, отбор и распределение больных наркологическими заболеваниями, поступающих в реабилитационный центр;

осуществление поддерживающей и противорецидивной лечебно-реабилитационной помощи в период медико-социальной реабилитации, а также после ее прохождения;

оказание медико-психологической помощи семьям больных;

взаимодействие с организациями, деятельность которых связана с медико-социальной реабилитацией наркологических больных.

12. Реабилитационное общежитие реабилитационного центра создается для больных с наркологическими заболеваниями и патологическим влечением к азартным играм, проживающих вне населенного пункта, в котором расположен реабилитационный центр; прошедших курс лечения и реабилитации в условиях стационара, нуждающихся в жилье, трудоустройстве и не имеющих возможности пройти медико-социальную реабилитацию по месту жительства, а также для больных, не имеющих постоянного места жительства.

13. Больным, находящимся в реабилитационном общежитии, оказывается помощь в подборе места работы и проживания.

14. В реабилитационном общежитии предусматривается совместное пребывание больных с родственниками и членами их семей при условии включения их в семейные психотерапевтические программы.

15. Реабилитационный центр может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций



## РАЗДЕЛ 3.

### РЕАБИЛИТАЦИОННО — ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

#### 3.1. Программа реабилитационно-профилактической помощи лицам с расстройствами адаптации и наркологической патологией в условиях социальной изоляции

Изучение распространенности психических и поведенческих расстройств у осужденных пенитенциарного учреждения позволило установить, что у 44,7 % лиц обнаружены признаки зависимости от ПАВ. В первые дни социальной изоляции в 78,2 % случаев развились признаки ПД в виде различных клинических вариантов депрессивных реакций (Кривулин Е. Н., 2005). Анализ аддиктивного поведения показал, что у большинства осужденных опыт приобщения к ПАВ соответствует препубертатному и раннему пубертатному периодам. Раннее приобщение к ПАВ быстро развило у них установку на дальнейшую наркотизацию и одновременно привело к деформации формирующейся личности, способствовало разрушению ценностных ориентаций, семейных отношений. Аддиктивное поведение и зависимость от ПАВ практически прекратило социальное развитие в связи с отказом от продолжения образования, овладения квалифицированной специальностью, склонностью к бродяжничеству, уходам из дома, утратой жилища, появлением криминального опыта, морально-нравственной деградацией, установлением устойчивых отношений с антисоциальным (наркоманическим и криминальным) окружением. Парентеральное потребление ПАВ способствовало эпидемиологическому распространению таких опасных болезней, как вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция. Токсические эффекты ПАВ привели к поражению головного мозга и различных внутренних органов, снижению иммунитета и нарастанию патологических изменений личности — характера, эмоциональной, когнитивной сфер, поведения. Следует отметить, что наркологические заболевания сочетались с другими психическими нарушениями (расстройствами личности и поведения, резидуально-органическими психическими расстройствами, умственной отсталостью), что ослабляло адаптивные способности личности и приводило к развитию пенитенциарной дезадаптации в первые шесть месяцев социальной изоляции.

Масштабы перечисленных медицинских, социальных и психологических проблем показывают, что медицинская модель оказания наркологической помощи принципиально не в состоянии обеспечить практическое выздоровление лиц, злоупотребляющих и зависимых от ПАВ и их успешную интеграцию в общество. Эта конечная цель может быть достижима, если в лечебно-реабилитационном процессе за периодом отказа от наркотика и активного лечения следует длительный период комплексных социально – психологических реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способности полноценного функционирования в обществе.

Такой подход осуществим при переходе к медико-психолого-социально-педагогической модели оказания амбулаторной или стационарной реабилитационно-профилактической помощи данному контингенту больных (Семке В. Я., Бохан Н. А., 1999; Бохан Н. А., Буторина Н. Е., Кривулин Е. Н., 2006).

Опыт отечественных и зарубежных ученых показал, что для реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ успешно применялись программы, основанные на принципах «терапевтических сообществ», «терапевтической среды» (De Leon G., 1997; Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., 2000; Валентик Ю. В. и соавт., 2002). В настоящее время в мировой практике насчитывается несколько сотен резидентских программ, из них наиболее популярны зарубежные программы: Daytop Village, Phoenix House, Getway House, а также программы реабилитации наркологических больных в специализированном реабилитационном центре (Бохан Н. А. и соавт. 2000, 2002; Валентик Ю. В. и соавт. 2002) и условиях социальной изоляции (Балашов П. П., Миневич Н. А., 2003; Кривулин Е. Н., 2005).

Учитывая опыт зарубежных и отечественных специалистов, нами разработана программа реабилитационно-профилактической помощи (РПП) осужденным, злоупотребляющим ПАВ, основанная на индивидуальной и групповой психотерапии, нетрадиционных методах коррекционно-реабилитационного воздействия, программы обучения навыкам жизненной адаптации, организации досуга, продолжения образования, системной работе с семьей и значимым окружением и другие мероприятия по социально-психологической реабилитации (Кривулин Е. Н., Буторина Н. Е., 2004).

Реализация такой программы осуществима в пенитенциарном учреждении при участии в реабилитационном процессе полипрофессиональной команды, состоящей из дипломированных специалистов в области психиатрии и наркологии, психологии, реабилитологии, педагогики и социальной работы. В данном контексте реабилитация осужденных, злоупотребляющих ПАВ, рассматривается как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от употребления ПАВ с формированием устойчивой антинаркотической направленности личности, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество (Валентик Ю. В. и соавторы, 2002).

Программа РПП лицам, злоупотребляющим ПАВ, одновременно направлена на профилактику пенитенциарной дезадаптации в условиях социальной изоляции и включает в себя цель, задачи и основные базовые положения, определяющие тактику реабилитационно-профилактического процесса; принципы, методологию, этапы и методы реализации РПП; структуру и устройство реабилитационно-профилактического отделения, распорядок дня; структуру программной работы.

Цель программы реабилитационно-профилактической помощи – регрессивная динамика расстройств адаптации, восстановление (или формирование) личностного, социального и семейного статуса пациента на основе изменения психологической установки личности и представления о себе, выработки самоконтроля и самодисциплины, приобретения нового опыта продуктивного сов-

ладания с проблемными ситуациями и психотравмирующими средовыми условиями социальной изоляции, раскрытия и реализации его духовных, нравственных, творческих, эмоциональных и интеллектуальных потенциалов.

Для реализации поставленной цели выдвинуты следующие задачи:

1. Создание в условиях социальной изоляции реабилитационной среды, влияющей на восстановление и формирование социально приемлемой структуры личности больного и обеспечение позитивного личностного развития.
2. Формирование у пациента осознанной мотивации на включение в реабилитационно-профилактический процесс и последующее участие в нем.
3. Формирование у пациента осознанной мотивации (установки) на окончательный отказ от употребления наркотиков и других ПАВ.
4. Проведение комплекса лечебных и психолого-психотерапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, предотвращение «срывов» и рецидивов болезни.
5. Санация сомато-неврологического статуса больного, укрепление его здоровья на основе обучения навыкам здорового образа жизни.
6. Редуцирование поведенческих и аффективных расстройств, развившихся в первые шесть месяцев социальной изоляции.
7. Осуществление комплекса воспитательных и образовательных мероприятий на всех этапах реабилитации с учетом личностного статуса и особенностей осужденных, злоупотребляющих ПАВ.
8. Реорганизация жизненной среды, восстановление (формирование) системы позитивных семейных и средовых связей, на основе работы как с самим зависимым от ПАВ, так и с его ближайшим окружением.
9. Достижение реальной жизненной перспективы (материально-бытовое самообеспечение) пациента на основе закрепления навыков система-тической занятости, продолжения образовательной и профессиональной подготовки.
10. Формирование навыков отвыкания от состояния симбиоза, единства с членами сообщества и персоналом на завершающих этапах РПП и в процессе ассимиляции в социуме и создание поддерживающей системы постреабилитационного сопровождения.

### **Основные базовые положения, определяющие тактику реабилитационно-профилактической помощи**

1. Зависимость от ПАВ (алкоголизм, токсикомания, наркомания) является хроническим, прогрессирующим заболеванием, которое возникает под влиянием комплекса биологических, психологических и социальных факторов.
2. В процессе возникновения зависимости к тому или иному ПАВ формируется подсознательный наркоманический стиль жизни, сопровождающийся изменениями во всех психических (сознание, воля, эмоции, интеллект и др.) и социальных (семья, занятость, круг общения) сферах.
3. Зависимость от ПАВ вылечить практически невозможно, однако возможна личностная реадaptация больных, их ресоциализация и реинтеграция в общество при условии, когда человек готов принять ответственность за свое выздо-

рование и изменить свой нравственный, духовной, интеллектуальный, эмоциональный и творческий потенциал.

4. Выздоровление трактуется как образ жизни, позволяющий обеспечить позитивное личностное развитие, повысить уровень социального функционирования пациента, восстановить систему благоприятных микро-социальных связей и возможность отказа от употребления ПАВ, вызвавших зависимость.

5. Депрессивные реакции, как проявления ПД, развиваются под влиянием психотравмирующих условий социальной изоляции.

**Принципы реабилитационно-профилактической помощи.** Реабилитационная работа с наркологическими больными в условиях социальной изоляции может быть успешной только в случае ее проведения на основе соблюдения ряда принципиальных положений (требований) в их совокупности и единстве:

1. *Добровольное участие больного в реабилитационных и профилактических мероприятиях.* Данный принцип предполагает получение согласия реабилитанта на участие в реабилитационно-профилактическом процессе.
2. *Прекращение приема ПАВ.* Данное положение являлось принципиально важным, определяющим прогноз реабилитационного процесса. При первичном мотивационном интервью формируется установка пациента на полный отказ от всех основных видов ПАВ.
3. *Доступность реабилитационно-профилактической помощи.* Каждый осужденный пенитенциарного учреждения должен иметь возможность, при отсутствии противопоказаний участвовать в реабилитационно-профилактическом процессе.
4. *Доверительность, партнерство и ответственность.* В основу РПП положен тезис о том, что персонал реабилитационного блока учреждения должен прилагать усилия по созданию и поддержанию доверительных отношений с пациентами, атмосферу уважения и взаимопонимания, построения системы партнерства между реабилитантами и персоналом, основанной на максимальном взаимодействии, сотрудничестве, откровенном диалоге. Такая реабилитационная атмосфера помогает поддерживать веру зависимого в выздоровление, в возможности решения сложных личных проблем, обеспечивает максимум возможностей для физического, духовного, эмоционального и эстетического развития.
5. *Системность, многообразие и индивидуализация реабилитационных и профилактических мероприятий.* Успешность РПП обеспечивается применением разнообразных организационных моделей его. При выборе модели реабилитационной и профилактической работы максимально учитываются индивидуальные потребности и нужды, зависимых от ПАВ. РПП строится на объединении и координации комплекса воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц. Системность РПП обеспечивается согласованной работой команды (бригады) специалистов различного профиля.
6. *Этапность реабилитационно-профилактической помощи.* Процесс РПП строится поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния кон-

кретного реабилитанта. Такая оценка базируется на характеристиках психического, психологического, соматического, социального (семейного, образовательного, профессионального, группового) статуса пациента. В совокупности эти данные позволяют определить индивидуальный реабилитационный потенциал, то есть возможности данного пациента в плане решения основных задач программы. На основе оценки индивидуального реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями составляется адекватная программа реабилитационно-профилактических мероприятий, которая осуществлялась на последовательных этапах РПП.

7. *Комплексность реабилитационно-профилактической помощи.* Применяемые в реабилитационно-профилактическом процессе различные медико-биологические, социально-психологические и педагогические методы составляют неразрывное единое целое, направленное на обеспечение эффективности РПП и достижение конечной цели.
8. *Формирование реабилитационной (профилактической) среды.* Предполагается осуществление мероприятий, направленных на разрушение стереотипа аддиктивного и делинквентного поведения и создание социально-приемлемого поведения и образа жизни реабилитанта через воздействие на все компоненты жизненной среды. Реабилитационный процесс требует создания специализированной реабилитационной (профилактической) среды, оказывающей плодотворное психокоррекционное воздействие на осужденного.
9. *Включение в реабилитационно-профилактическую помощь основных значимых других лиц.* Эффективность РПП во многом определяется участием в реабилитационном процессе членов семьи и значимых других лиц (ЗДЛ) из ближайшего окружения не. Предварительно производится консультирование, диагностика и коррекция проблем, существующих у членов семьи и ЗДЛ.
10. *Позитивная направленность реабилитационно-профилактических мероприятий.* В ходе РПП выстраивается позитивная жизненная перспектива на будущее, оптимальная иерархия целевых мотивов, их приоритетность и последовательность реализации. В основе реабилитационно-профилактических мероприятий лежат позитивно-ориентированные воздействия (принятие, поддержка, поощрение), направленные на личностный рост и развитие, на формирование нормативных и конструктивных форм поведения и успешное достижение жизненных целей.
11. *Непрерывная поддержка пациента реабилитационного учреждения.* Лицу, злоупотребляющему ПАВ, и обнаруживающему признаки ПД, оказывается комплексная социально-психологическая и личностная поддержка на протяжении периода участия в реабилитационно-профилактической программе, так и после ее завершения.
12. *Конфиденциальность.* Все участники реабилитационно-профилактического процесса должны уважать права пациента на неразглашение информации относительно его участия в реабилитации. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих больных или их законных предста-

вителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

### **Методология реабилитационно-профилактического процесса.**

Методология РПП больным с расстройствами адаптации и зависимостью от ПАВ считается комплексной, многопрофильной, так как содержит несколько способов терапии, отнесенных к трем основным направлениям:

- способы фармакологического и физиотерапевтического характера;
- способы психологического и психотерапевтического характера;
- способы социально-педагогического характера.

Применение комплекса указанных способов терапии необязательно и зависело от начального диагноза и психофизического состояния пациента, которые позволяют спланировать индивидуальную психотерапевтическую и психопрофилактическую работу, отвечающую самым основным потребностям пациента и его членов семьи.

Большое значение имеет динамический подход в выборе методов РПП с учетом этиопатогенетических факторов, клинко-психопатологических особенностей аддиктивных состояний и клинической типологии депрессивных реакций. При разработке патогенетической терапии и реабилитационно-профилактической помощи выделяются мишени её приложения:

а) оздоровление условий социальной изоляции – работа с психогенными факторами микросоциального окружения (проведение лечебных, психотерапевтических, социотерапевтических и других мер);

б) проведение комплекса коррекционных и реабилитационных мероприятий осужденным с аддиктивными состояниями;

в) коррекция и лечение медико-биологической основы – изменение реактивности организма, психокоррекция депрессивных реакций и поведенческих расстройств, преморбидной психической патологии;

г) лечение соматогенно-органической основы – соматической патологии, последствий пре-, пери-, постнатального, травматического, токсического и инфекционно-органического поражения головного мозга.

Реабилитационно-профилактическая программа предусматривает минимальный 2 месячный курс интенсивного психотерапевтического воздействия в условиях реабилитационно-профилактического отделения пенитенциарного учреждения, в ходе которого предполагается редукция расстройств адаптации депрессивного спектра, формирование осознанной установки на отказ от употребления ПАВ в будущем, выработка и апробация новых паттернов поведения в условиях социальной изоляции. Для закрепления достигнутых результатов предполагается пролонгированная курация пациентов сроком до 6 месяцев, с возможным продлением в подразделениях того же реабилитационно-профилактического отделения пенитенциарного учреждения.

В структурном отношении процесс реабилитации делится на два взаимосвязанных периода:

- период основной программы реабилитации.
- период постреабилитационных мероприятий.

### **3.2. Период основной программы реабилитационно-профилактической помощи**

Период основной программы реабилитационно-профилактической помощи осуществляется в первые шесть месяцев социальной изоляции.

Первостепенной задачей является сформировать реабилитационную бригаду, способную помочь осужденным решать проблемы, с учетом того, что в патологический процесс у них вовлечены биологическая, психологическая и социальная сферы жизнедеятельности. Для чего выделен ряд этапов терапии с включением соответствующих медицинских, психо-терапевтических, психо-профилактических и реабилитационных технологий. Члены реабилитационной бригады обязаны четко представлять границы своих профессиональных возможностей и приложить максимум усилий для эффективного перехода реабилитируемых от медико-психологического к социальному этапу реабилитации.

Системная работа в реабилитационном отделении ведется в нескольких основных направлениях, определяющих структуру программы РПП:

1. организация реабилитационно-профилактической среды (ОРПС);
2. психофармакологический комплекс (ПФК);
3. лечебно-оздоровительный комплекс (ЛОК);
4. психотерапевтический комплекс (ПТК);
5. воспитательно-образовательный комплекс (ВОК);
6. социально-терапевтический комплекс (СТК);
7. психопрофилактический комплекс (ППК);
8. спортивно-оздоровительный комплекс (СОК).

*Организация реабилитационной (профилактической) среды.* Для осуществления РПП в условиях реабилитационно-профилактического отделения пенитенциарного учреждения создается реабилитационная (профилактическая) среда (далее — РС), при которой сам характер функционирования отделения оказывает психокоррекционное, психо-профилактическое воздействие. Работа единой РС строится через особые совместные процедурные моменты (ритуалы), которые включают: общие и групповые собрания; процедуры приема новых пациентов, перехода пациентов с этапа на этап реабилитации или в соответствии с внутренней иерархией, их выпуска из реабилитационного учреждения. Используются различные формы режимных ограничений, поощрений и наказаний соответственно продвижению реабилитанта по этапам программной работы. Функционирование РС предельно структурировано с учетом режимных требований исправительного учреждения, день максимально насыщен различными видами социально полезных активностей. Важную роль играют требования (в том числе иерархические) к внешнему виду пациентов, их одежде, атрибутике (знакам отличия), используемой символике, оформлению спальных, учебных и реабилитационных помещений, особые формы обращения к пациентам, находящимся на различных этапах РПП и другое.

*Психофармакологический комплекс* основан на проведении этиопатогенетической психофармакотерапии. С учетом психического статуса реабилитанта по согласованию с пациентом при наличии медицинских показаний назначают-

ся малые нейролептики, корректоры поведения, седативные препараты, антидепрессанты, антиконвульсанты, комплекс витаминов, ноотропы, гепатопротекторы, адаптогены растительного происхождения и другие препараты.

*Лечебно-оздоровительный комплекс.* Лечебно-оздоровительные мероприятия направлены на санацию сомато-неврологического статуса пациентов, укрепление их здоровья. Для этого используются нетрадиционные методы лечебного воздействия (транскраниальная электростимуляция, электромагнитное воздействие и другие физио-терапевтические процедуры); традиционные народные и современные методики и технологии психофизической разрядки, оздоровления и саморегуляции, в том числе использование технологии биологически обратной связи (через мониторинг различных показателей психобиологического статуса); телесно-ориентированная и медитативная терапия, их различные модификации.

*Психотерапевтический комплекс.* Психотерапевтическая (психокоррекционная) работа проводится в виде индивидуальных и групповых сеансов психотерапии.

*Индивидуальная психотерапия.* К каждому пациенту прикрепляется психиатр-нарколог (психотерапевт) или психолог, который составлял вместе с ним индивидуальный план РПП и несет ответственность за организацию процесса его лечения и реабилитации. Он так же проводит индивидуальные психотерапевтические сеансы, направленные на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, предотвращение срывов и рецидивов болезни, редукцию или предупреждение расстройств адаптации.

*Групповая психотерапия.* Групповая психотерапевтическая (психокоррекционная) работа осуществляется как в рамках одной большой группы, включающей всех членов сообщества, так и в закрытых малых группах. Используется широкий арсенал современных психотерапевтических техник (НЛП, гештальттерапия, когнитивно-поведенческая терапия, игровая психотерапия, телесно-ориентированная терапия, дыхательный транс, арттерапия и др.). Проводимые психологом или психотерапевтом групповые занятия направлены на интеграцию группы, изменение психологической установки личности, выработку самоконтроля и самодисциплины, изменение представления о себе, приобретение нового опыта продуктивного преодоления социально-стрессовых ситуаций, восстановление личностного, социального и семейного статуса, потенцирование мотивов активного участия в программах противорецидивного лечения. Основная форма групповых занятий базируется на клинических ролевых играх, различных технологиях развивающего группового воздействия.

Наряду с индивидуальной и групповой психотерапией значительное место в реабилитационно-профилактическом процессе занимает вечерний «анализ чувств», программа семейной терапии и группы само- и взаимопомощь.

*Вечерний «анализ чувств».* Выражение итога приобретенного за день поведенческого и эмоционального опыта. Он формирует способность осознавать свои чувства, поступки и адекватно их выражать.

*Программа семейной терапии* предназначена для работы с созависимыми (родственниками лиц, страдающих зависимостью от ПАВ). Занятия проводятся



амбулаторно 1 раз в месяц в форме лекций, дискуссий, сеансов индивидуальной и групповой психотерапии. Целью программы является снижение напряженности и стресса в семье, обучение навыкам открытого общения, эффективного взаимодействия с зависимым от ПАВ, приобретение знаний и углубление понимания природы химической зависимости.

*Группа само- и взаимопомощи.* Основной целью является оказание членами группы друг другу эмоциональной поддержки; создание нового стиля жизни и позитивной системы отношений.

*Воспитательно-образовательный комплекс.* За каждым воспитателем отряда закрепляется группа реабилитантов. При отборе пациентов в группы учитывается их возраст, уровень их реабилитационного потенциала, индивидуально-личностные особенности, возможности психологической совместимости, клинические особенности аддиктивного состояния. Это позволяет определить адекватные объемы и формы конкретной программной работы, добиться стабильной группы, эффективно реализовать позитивное воспитательное воздействие. Персонал выступает в качестве моделей значимых других лиц для реабилитанта. Кроме того, пациенты реабилитационного отделения получают возможность продолжать свое образование в стенах пенитенциарного учреждения, либо вне его. Для получения дополнительного профессионального образования в структуре реабилитационно-профилактического отделения организован учебно-производственный комплекс, включающий, наряду с ПТУ, производственные цеха. Пациенты имеют возможность получения среднего и специального профессионального образования.

*Социально-терапевтический комплекс.* На всем протяжении реабилитационно-профилактического процесса обеспечивается постоянная занятость пациентов (до 16 часов в сутки). Занятость достигается с учетом требований режима пенитенциарного учреждения через организацию:

1. Максимально насыщенного графика ежедневных специализированных информационно-образовательных и терапевтических занятий.
2. Регулярных учебных и трудовых процессов.
3. Режима бытового самообслуживания.
4. Содержательного досуга, культурно-развлекательных и спортивно-оздоровительных программ.

Трудовые процессы рассматриваются как социально-трудовой тренинг, направленный на выработку способности к регулярному труду. Участие пациентов в РПП моделирует их функционирование в макросоциальной среде по выходу из реабилитационно-профилактической программы и обеспечивает усвоение необходимых социальных навыков.

По мере продвижения по программе стимулируется и поощряется самостоятельность пациентов по конкретному разрешению индивидуальных проблемных ситуаций. Важная часть социально-терапевтического комплекса — решение реальных жизненных проблем реабилитантов (жилищных, трудовых, материальных проблем, образование и профессиональная подготовка, юридическая помощь и т. д.), то есть социальная помощь за пределами реабилитационной структуры и пенитенциарного учреждения.

*Психопрофилактический комплекс* включает в себя, во-первых, широкий арсенал психотерапевтических техник и методик, направленных на предупреждение расстройств адаптации, формирование ресурсов, позволяющих продуктивно совладать с проблемными ситуациями и психотравмирующими условиями социальной изоляции и во-вторых, информационно-познавательный блок, который содержал лекции, семинары, просмотр видеофильмов, круглые столы, ворк-шопы, тематика которых дает представление о зависимости к психоактивным веществам (алкоголь, токсические вещества, наркотики), о психологических проблемах связанных с адаптацией к условиям пенитенциарного учреждения, о процессах выздоровления, о профилактике состояний, которые могут привести к срыву и дезадаптивному поведению.

*Спортивно-оздоровительный комплекс* осуществляется через занятия спортом на спортивных площадках, участиях в спортивных соревнованиях, медицинских оздоровительных процедурах (лечебная физкультура), нетрадиционных методов лечебного воздействия (современные методики и технологии оздоровления и саморегуляции, телесно-ориентированная и медитативная терапия и их различные модификации.

### **Этапы реабилитационно-профилактической программы**

Учитывая полиморбидность психических и поведенческих расстройств у осужденных разработана дифференцированная реабилитационно-профилактическая помощь, основанная на принципах поэтапного и индивидуального подхода с учетом клинко-психопатологических особенностей преморбидной патологии для лиц с резидуально-органической церебральной недостаточностью, умственной отсталостью и патологией формирующейся личности. При проведении программы РПП выделены этапы, продолжительность которых определяется клинической динамикой расстройств адаптации, наркологической патологии, результативностью реадaptации и ресоциализации.

Процесс РПП осужденным с признаками ПД и зависимости от ПАВ основывается на принципах последовательного, поэтапного применения различных комплексов реабилитационно-профилактических мероприятий, рассчитанных на период от 2 до 6 месяцев в условиях реабилитационно-профилактического отделения пенитенциарного учреждения. Пациенты, поступающие в реабилитационно-профилактическое отделение, проходят три основных последовательных этапа ее реализации.

### **I. Адаптационный этап (профилактический)**

Начальный этап «входа» в программу реализуется в условиях карантинного отряда. Продолжительность 1-го этапа — до 1-го месяца. В течение первой недели диагностируется химическая зависимость и психофизическое состояние больных. Диагностика психической и наркологической патологии строится на основе многоосевой многомерной характеристики. В коррекционном плане применение многоосевой диагностической системы обуславливается необходимостью четкого клинического обоснования выбора и проведения психотерапии и медикаментозной терапии адаптационных расстройств и наркологических заболеваний, дезорганизующих поведение и деятельность осуж-

денных в условиях социальной изоляции. Пациенты, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи, направляются в стационарный комплекс реабилитационно-профилактического отделения для купирования острой наркологической и психиатрической симптоматики. Пациенты, поступающие в отделение, проходят индивидуальное общеклиническое и лабораторное обследование, тестирование, экспериментально-психологическое исследование и консультирование.

На этом же этапе проводится ознакомление пациента со структурой и режимом исправительного учреждения, принципами РПП по программе. Индивидуальная работа со специалистами для потенцирования мотивов и психофизической установки на здоровый образ жизни. Определяется оптимальный план реабилитационно-профилактических мероприятий на период участия в программе. Проводятся мероприятия по компенсации возможных нарушений здоровья и профилактике депрессивных реакций. Со второй недели РПП проводится психопрофилактический комплекс, включающий информационно-познавательный блок. Какое-то время осужденный находится в положении новичка с обязательным выполнением всех налагаемых этим статусом и регламентом работы реабилитационного отделения требований и ограничений.

В течение первой недели реализации программы завершается обследование, диагностика и постепенно вводятся основные элементы РПП.

## **II. Интеграционный этап (базисной терапии)**

Основной этап реабилитации. Продолжительность его — до 2-4 месяцев. После обследования пациента, и ознакомления его со структурой и режимом пенитенциарного учреждения, принципами реабилитационно-профилактического процесса, больной включается в основные элементы РПП. На этом этапе осуществляется активная психотерапевтическая и психокоррекционная работа с пациентами, направленная на преодоление у них психологических защитных механизмов, формирование критического отношения к своему заболеванию, коррекцию социально-психологических и индивидуально-личностных особенностей, медико-биологической и соматогенно-органической основы, а также формируется подсознательная программа здорового образа жизни.

Реабилитанты максимально вовлекаются в режим жизнедеятельности и структуру реабилитационного и исправительного учреждения, усвоение всех его норм и правил. В полном объеме проводятся различные формы групповой работы и трудовые процессы, реализуются воспитательные и образовательные программы. Завершаются мероприятия по существенному улучшению здоровья.

В первую половину данного этапа установки и поведение реабилитантов существенно зависят от позитивного влияния группы, среды, терапевтического режима — в связи с чем максимально используется вся шкала поощрений, позитивных и негативных санкций.

Во второй половине данного этапа реабилитанты успешно функционируют в рамках РС, позитивно принимают коллективные и индивидуальные стан-

дарты — поощряется все большая их ответственность, активность и автономность в связи с достижением осмысления и усвоения программных установок и процедур.

### **III. Завершающий этап (стабилизационный)**

Этап выхода из программы. Продолжительность 3-го этапа — до 1-2 месяцев. На этом этапе потенцируются результаты, достигнутые на предыдущих этапах, вырабатываются навыки коммуникации, самоконтроля и самодисциплины, формируются и апробируются новые паттерны поведения в микросоциальной среде, семье, в проблемных ситуациях, закрепляются достигнутые результаты по восстановлению личностного, социального, семейного статуса и продолжению образования.

К основным задачам, решаемым на III этапе, относятся:

- активное использование полученных в ходе реабилитации навыков в реальных жизненных ситуациях;
- подготовка реабилитантов к выходу из реабилитационно-профилактической программы;
- закрепление и реализация навыков ответственного самостоятельного поведения;
- достижение удовлетворительного уровня здоровья, восстановление способности продолжать образование и трудиться;
- восстановление взаимоотношений с ближайшим социальным окружением.

### **Особенности этапов реабилитационно-профилактической помощи.**

На начальных этапах реабилитационно-профилактической программы для купирования патологических психических состояний у пациентов (патологическое влечение к ПАВ, депрессивные реакции, поведенческие нарушения), по согласованию с больным назначаются психотропные вещества (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, антиконвульсанты, заместительная терапия), ноотропы, адаптогены и др. Однако, основное решение эмоциональных и поведенческих проблем происходит на сеансах индивидуальной и групповой психотерапии и психокоррекции. В реабилитационно-профилактическом процессе используется работа специально подготовленных врачей (психиатра-нарколога, психотерапевта), психологов, воспитателей, педагогов, инструкторов по труду и физической подготовке и специалистов по социальной работе. Причем бригада специалистов принимает участие в медико-социальной реабилитации на всех этапах РПП. Особенностью программы реабилитации является поэтапное подключение психотерапевтических, психопрофилактических и реабилитационных мероприятий, значимых по степени психотерапевтического воздействия для пациента.

На первом этапе важным разделом психотерапевтического воздействия является информационно-познавательный блок программы. Он состоит из лекций, семинаров, круглых столов, тематических фильмов, которые располагаются во времени в особом порядке и проходят циклами, что позволяет, вновь по-

ступившим пациентам подключатся к процессу без потери смысловых взаимосвязей в информационном пространстве программы. В этом разделе пациенту предлагается информация о действии ПАВ на организм; о биологических, психологических и социальных аспектах зависимости; принятие концепции болезни и понимание последствий к которым приводит зависимость; о тех проблемах, которые ожидают пациента в период становления ремиссии и трезвого образа жизни; о возможных способах поддержания и сохранения трезвости; о формировании навыков принятия решения; социальных навыков, необходимых для здорового образа жизни, о любви, чести, долге и др. В чтении лекций и проведении семинаров, круглых столов, видеопросмотров, тренингов для пациентов программы задействованы врачи, психологи, воспитатели, специалисты по социальной работе и консультанты.

Другим разделом программы является индивидуальное и групповое психотерапевтическое воздействие, которое является наиболее действенным как при терапии зависимостей, так и психокоррекции депрессивных реакций. Психотерапевтическая работа основана на комплексе методов манипулятивной, развивающей ориентации и синтетических методик современной психотерапии (Валентик Ю. В., 2002). Психотерапия и психокоррекция в малых группах (10-15 чел.) с больными зависимостью позволяет наиболее рационально и эффективно использовать данное психотерапевтическое поле для достижения положительного результата в реабилитации и ресоциализации больного.

Значительное место в разделе программы занимала семейная терапия, которая направлена на гармонизацию внутрисемейных и интерперсональных отношений. В этом разделе было предусмотрено участие в лечебном процессе специалистов, имеющих собственный опыт восстановления от химической зависимости по данной программе.

Следует заметить, что все перечисленные разделы реабилитационно-профилактической программы могли быть эффективны при сохранении определенной психотерапевтической среды, которая основана на гармоничной и профессиональной работе персонала, задействованного в реабилитационно-профилактическом процессе.

### **3.3. Постреабилитационный период**

На завершающем этапе РПП бригада специалистов решает вопрос об обеспечении преемственности поддерживающих и противорецидивных мероприятий по оказанию социально-психологической помощи осужденного по выходу из реабилитационно-профилактической программы и освобождения. Такая помощь может быть оказана диспансерами по месту жительства. Кроме того, социальную поддержку могут оказывать, муниципальные советы, органы опеки и попечительства и медико-психолого-социальной поддержки по месту жительства, учреждения социальной помощи (службы доверия, приюты, социально-реабилитационные центры), специальные консультативные пункты, организации, занимающиеся «уличной работой», группы само- и взаимопомощи.

Одним из показателей эффективности реабилитационного воздействия является возобновление реабилитантом образования и профессионального роста. Основная цель периода постреабилитационных мероприятий — возвращение и дальнейшее позитивное функционирование реабилитанта в нормативном окружении.

Комплекс проводимых реабилитационно-профилактических мероприятий позволяет проследить ряд позитивных факторов РПП.

В процессе реализации реабилитационно-профилактической программы каждый пациент имеет возможность:

- изучить механизмы зависимости от ПАВ во всех аспектах и сопоставить с собственным опытом;
- осознать, что происходит с человеком и с ним самим при употреблении ПАВ;
- осознать себя как личность и усилить свои личностные ресурсы, препятствующие развитию саморазрушающих форм поведения;
- признать свое бессилие перед развившейся зависимостью от ПАВ;
- научиться здоровому жизненному стилю и высокоэффективному поведению при наличии своей болезни;
- уметь адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать жизненные проблемы, управлять собой и изменять себя;
- научиться позитивному отношению к себе, к возможностям своего развития, возможностям совершать ошибки, но и исправлять их;
- развить стратегии и навыки поведения, способствующие снятию дискомфорта и эмоционального напряжения без употребления психоактивных веществ, а также навыки, ведущие к здоровому образу жизни и препятствующие злоупотреблению ПАВ.

### **3.3. Структура программной работы**

Совокупность программных мероприятий составляет в целом структуру целевой программы. Программа реабилитационно-профилактических мероприятий в ее последовательной недельной и этапной динамике реабилитации представлена на схеме 1. Предлагаемая программа РПП предусматривает до 6-ти месяцев пребывания пациента в РПО.

Каждый пункт программы имеет свой постоянный номер, соответствующий его номеру на схеме. Особые условные знаки определяют характер, интенсивность, частоту и содержание реабилитационных мероприятий: + — начальные, подготовительные, вводные; ++ — регулярные, интенсивные; (+) — завершающие, контрольные, подкрепляющие.

Комплекс реабилитационно-профилактических мероприятий, проводимых на последовательных этапах реабилитации, строго регламентирован режимом пенитенциарного учреждения и распорядком дня реабилитационно-профилактического процесса.

## Режим реабилитационного процесса

Лечебно-реабилитационный процесс наркологических больных строится на принципе последовательного, поэтапного применения различных комплексов реабилитационных мероприятий.

Программа реабилитации разделена на 3 основных последовательных этапа ее реализации.

**I этап – адаптационный (профилактический)** продолжительностью до 1 месяца.

Рекомендуемые для 1-го этапа реабилитационные технологии:

- консультирование и обследование больных врачом психиатромнаркологом, психологом (психотерапевтом), социальным работником;
- система коллективного воздействия в рамках ТС;
- психокоррекционные и мотивационные мероприятия на участие в программе;
- индивидуальная психотерапия;
- развивающая групповая психотерапия;
- методики повышения уровня психической саморегуляции;
- система самообслуживания и взаимопомощи;
- система трудовой занятости;
- система образовательного развития;
- оздоровительные процедуры;
- противорецидивные мероприятия;
- психотерапевтическая работа с родственниками.

Координатор этапа — врач психиатр-нарколог или психотерапевт.

Таким образом, на первом этапе ЛРП активно используются в се основные реабилитационные мероприятия: « терапия средой», досуговая деятельность, трудотерапия, образовательная и профессиональная подготовка, психолого-психотерапевтическое и оздоровительное воздействие. Пациент находится в статусе новичка», «кандидата» с обязательным выполнением всех налагаемых этим статусом, регламентом и режимом работы РО требований и ограничений.





Виды реабилитационных мероприятий.	Этапы реабилитации																												
	Адаптационный				Интеграционный																Стабилизационный								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
12. Спортивно-оздоровительные мероприятия.	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
13. Культуротерапия.		+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	(+)	(+)	(+)	
14. Образовательная и профессиональная подготовка.		+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	(+)	(+)	(+)	
15. Информационно-познавательные мероприятия.		+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	
16. Вечерний анализ чувств.	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	(+)	(+)	(+)	
17. Юридическая помощь.														+	+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	(+)	(+)	(+)	(+)
18. Решение жилищных проблем.														+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	(+)	(+)	(+)	(+)	
19. Решение образовательных и трудовых проблем.														+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	(+)	(+)	(+)	(+)	
20. Решение материальных проблем.														+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	(+)	(+)	(+)	(+)	
21. Группа само и взаимопомощи.																					+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	

## **Первая неделя.**

Комплекс мероприятий проводимых в первую неделю реабилитации включает:

1. *Формирование первичной закрытой малой группы с учетом возможного отсева в процессе реабилитационной работы, численностью 10-15 человек пациентов, на предмет ее соответствия требованиям положения о реабилитационном отделении.*
2. *Консультирование и обследование, больных специалистами отделения (2-й и 3-й пункты схемы)*
  - 2.1. *Выявление отсутствия противопоказаний для пребывания пациентов в реабилитационном отделении.*
  - 2.2. *Комплексная оценка клинико-anamnestических, клинико-психопатологических, клинико-динамических, психологических, социальных (ситуационных) и сомато-неврологических характеристик пациентов врачом психиатром-наркологом для определения уровня реабилитационного потенциала больного в соответствии со шкалой оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией (Приказ № 500 от 22.10.2003 г. МЗ РФ).*

Для оценки уровня реабилитационного потенциала используются следующие методы:

    - а) *Клиническое, психиатрическое, анамнестическое, психопатологическое, динамическое исследование* — врачи психиатры-наркологи.
    - б) *Экспериментально-психологическое исследование* — психологи, врачи психотерапевты — с помощью комплекса психологических методик (психодиагностические тесты) определяются особенностями характера и личности, интеллекта, качества мотивации на участие в ЛРП.
    - в) *Соматоневрологическое обследование и консультирование соответствующими специалистами.*
    - г) *По необходимости тестирование на наличие наркотиков в биологических средах* — специалисты биохимической лаборатории.
  - 2.3. *Членами реабилитационной бригады (врач психиатр-нарколог, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе и др.) составляется целевая реабилитационная программа с отдельными пациентами.*
3. *С каждым пациентом проводится индивидуальная психотерапевтическая работа, в виде мотивационного интервью на потенцирование мотивов на отказ от ПАВ и участие в реабилитационном процессе. Реализуются индивидуальные лечебные и психокоррекционные мероприятия, направленные на активную коррекцию психиатрического и наркологического статуса (1-й пункт схемы) и предупреждение рецидивов.*
4. *Формирование терапевтической (реабилитационной) среды (4-й пункт схемы).*
  - 4.1. *Решение организационных вопросов.*
    - 4.1.1. *Определение куратора терапевтической группы и его знакомство с ее будущими членами.*

4.1.2. *Определение состава бригады специалистов для работы с отдельной группой.*

4.2. *Ознакомление пациентов с режимом, правилами и нормами жизнедеятельности реабилитационного отделения (РО) осуществляется с помощью персонала на групповых собраниях, в том числе с использованием специальных текстовых, аудио и видеоматериалов.*

*Что должен знать каждый пациент РО:*

- *режим, внутренний распорядок, регламент работы РО, кодекс этических и поведенческих норм и традиций его жизнедеятельности, права и обязанности пациентов и персонала;*
  - *принципы работы РО и отдельных терапевтических групп, составляющих единое терапевтическое сообщество;*
  - *иерархическую структуру РО: иерархическую шкалу статуса пациентов в зависимости от этапов ЛРП; иерархическую атрибутику (знаки отличия); иерархически обусловленные права пациентов – на удобства условий проживания, на пользование бытовыми удобствами и помещениями, на встречу с близкими, на формы образования, на пользование телефоном, на использование заработанных денег, на право голоса на собраниях, на выход за пределы РО и другие;*
  - *высший орган РО — общее собрание, которое избирает Совет «старейших членов групп», определяются их ответственность, права, обязанности и нормы сменяемости, формы реализации подчиняемости в группах и взаимодействия внутри этих форм;*
  - *определяются шкалы режимных ограничений и индивидуальных привилегий на этапах реабилитации; шкала поощрений за успех в ЛРП и системы самообслуживания, шкала наказаний за нарушения режима ЛРП и норм терапевтического сообщества;*
  - *регламентные процедуры в жизнедеятельности РО:*
    - а) *ежедневные общие (групповые) собрания с обсуждением итогов дня и формированием плана на следующий день;*
    - б) *экстренные, этапные и «торжественные» собрания;*
    - в) *ритуалы (обряды) — при приеме новых членов РО; при праздновании торжественных дат (государственные праздники, дни рождения, юбилейные даты РО и другие); при выписке пациентов из РО; ритуалы поощрения за успехи и объявление наказания за проступки и т. п.*
5. *Включение пациентов в систему самообслуживания и взаимопомощи (уборка помещений, стирка, обслуживание в столовой и т. д.), то есть досуговая деятельность (9-й пункт схемы).*
6. *Включение пациентов в систему оздоровительной терапии (физио-соматотерапия, занятия физической культурой, специальные методики и технологии оздоровления и саморегуляции, телесно-ориентированной и медитативной терапии и их модификаций (6-й, 11-й и 12-й пункты схемы).*
7. *Индивидуальная психотерапия – использования методов нейrolингвистического программирования, когнитивно-поведенческая и гипно-*

суггестивная терапия, проведение начальных сеансов с подкреплением осваиваемых первичных приемов саморегуляции (7-й пункт схемы).

8. *Включение пациентов в вечерний анализ чувств.* Индивидуальный анализ состояния, обсуждение чувств дня (16-й пункт схемы).

### **Вторая неделя.**

1. *Прием новых пациентов* (10-15 человек) с целью формирования 2-й терапевтической группы. Проведение с ними всего комплекса организационных, диагностических, психокоррекционных, мотивационных и оздоровительных мероприятий представленных в программной работе на первую неделю с 1-й группой (1,2,3,4,6,7,9,11,12,16 пункты схемы).
2. *Выбор системы реабилитационных мероприятий с 1-й группой,* составление календарного поэтапного плана индивидуальных и групповых занятий.
3. *Индивидуальные психотерапевтические занятия* проводятся в интенсивном режиме. Основная их цель мотивация на отказ от употребления ПАВ и участие в реабилитационном процессе (7-й пункт схемы).
4. *Активное включение членов 1-й группы во все режимные и регламентные процедуры, осуществляемые в РО* (4-й пункт схемы).
5. *Активное включение членов 1-й группы в систему самообслуживания и взаимопомощи* (9-й пункт схемы).
6. *Активное участие членов 1-й группы, в системе физиотерапевтических процедур, оздоровительных и спортивно-оздоровительных мероприятий, существующих в РО* под контролем соответствующих специалистов (11-й, 12-й пункты схемы).
7. *Занятия по повышению уровня психофизической саморегуляции:* овладение специальными навыками и приемами в рамках конкретной методики (6-й пункт схемы).
8. *Первичное приобщение членов 1-й группы в систему образовательного процесса и трудовой занятости, действующую в РО:* ознакомление с организацией учебного и трудового процессов в отделении, помещениями, оборудованием. Разработка индивидуального плана продолжения образования и участия в трудотерапии; выполнение конкретных индивидуальных заданий (домашние задания по индивидуальной образовательной программе, задания по трудотерапии, доступные в плане объема работы, ее сложности, продолжительности и т. д.) (10-й,14-й пункты схемы).
9. *Включение членов 1-й группы в организацию и проведение культурно-развлекательных мероприятий* (13-й пункт схемы).
10. *Активное участие членов 1-й группы в вечернем анализе чувств* (16-й пункт схемы).

11. *Начальные групповые занятия, направленные на создание системы эффективного межличностного и группового взаимодействия, приобретение навыков коммуникации и работы в группе, коллективе (5-й пункт схемы).*
12. *Включение пациентов в занятия по программе информационно-познавательного блока (15-й пункт схемы).*
13. *Активное обеспечение пациентов целевой информацией по всем направлениям лечебно-реабилитационной программы.*

### **Третья-четвертая неделя.**

1. *Прием новых пациентов (10-15 человек) с целью формирования 3-й терапевтической группы, проведение с ними всего комплекса организационных, диагностических, психокоррекционных, мотивационных и оздоровительных мероприятий (1,2,3,4,6,7,9,11,12,16 пункты схемы).*
2. *Окончательное формирование всех терапевтических групп; составление календарного поэтапного плана работы с каждой группой в режиме индивидуальных и групповых занятий, а также составление общего плана работы РО с данным контингентом.*
3. *Активное включение всех пациентов в выполнение режимных и регламентных процедур, а также систему коллективного самообслуживания и самопомощи (4-й, 9-й пункты схемы).*
4. *Реализация и завершение индивидуальных психокоррекционных мероприятий и мотивирование пациентов на отказ от употребления ПАВ и активное участие в ЛРП, на позитивное развитие и повышение уровня саморегуляции (1-й пункт схемы).*
5. *Контрольное тестирование на ПАВ в биологических средах (3-й пункт схемы).*
6. *Включение всех пациентов в систему индивидуальной образовательной программы и трудотерапии. Определение каждым пациентом индивидуальной программы образовательного и трудового процессов, выполнение индивидуальных учебных заданий, освоение основных производственных операций (10-й, 14-й пункты схемы).*
7. *Занятия по повышению уровня психофизической саморегуляции (6-й пункт схемы).*
8. *Активное участие всех пациентов в системе оздоровительной, спортивно-оздоровительной и культуротерапии (11-й, 12-й, 13-й пункты схемы).*
9. *Регулярная психотерапевтическая работа с пациентами с использованием техники нейролингвистического программирования (НЛП), поведенческой терапии, недирективного гипноза (7-й пункт схемы).*
10. *Регулярные занятия групповой психотерапии, направленные на овладение и закрепление навыков межличностного и группового взаимодействия, на стимуляцию у каждого пациента процесса адекватной аутоидентификации в качестве наркологического больного, ответственного члена терапев-*

тической группы с использованием методик групповой развивающей и манипулятивной направленности и техник, ориентированных на повышение уровня личности (НЛП, когнитивно-поведенческой терапии, арттерапии, игровой психотерапии и др.) (5-й пункт схемы).

11. *Активное участие всех пациентов на занятиях информационно-познавательного блока* (15-й пункт схемы).
12. *Активное участие всех пациентов в вечернем анализе чувств* (16-й пункт схемы).
13. *Заключительное этапное психодиагностическое тестирование*: оценка реальной индивидуальной динамики; оценка готовности отдельных членов группы к переходу ко 2-му этапу ЛРП; оценка групповой динамики (2-й пункт схемы).
14. *Разработка календарных планов индивидуальной и групповой работы на следующий этап программной деятельности*. Выбор дальнейших мероприятий по обеспечению позитивных изменений в поведении и состоянии пациентов, их эффективному взаимодействию в группе.
15. *Постоянное обеспечение пациентов целевой информацией по всем направлениям ЛРП*.

**II этап — интеграционный**, продолжительностью до 2-4 месяцев.

Реабилитационные технологии II этапа направлены на 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.

Для чего используются:

- все технологии коллективного взаимодействия и «терапии средой»;
  - все формы трудовой занятости;
  - образовательная, профессиональная подготовка;
  - все целевые развивающие групповые методики;
  - все методики активной психофизической саморегуляции;
  - методики манипулятивной направленности (кроме эмоционально-стрессовой терапии) — закрепляющие и завершающие сеансы и занятия;
  - оздоровительные технологии и процедуры, включая спортивные занятия с использованием динамических нормативов;
  - подготовительные мероприятия и процедуры активного разрешения комплекса социальных проблем;
- психотерапевтическая работа с родственниками.

Координаторы этапа — врач психотерапевт или психолог.

### **Пятая-восьмая недели.**

Этот период характеризуется неустойчивостью психического состояния, колебаниями настроения, периодическими обострениями патологического влечения к привычному ПАВ. Формы поведения и установки пациентов существенно зависят от позитивного влияния группы, терапевтической среды, в связи, с чем максимально активно используются шкалы режимных ограничений, поощрений и нака-

заний, индивидуальных привилегий, реализуются иерархически обусловленные права, взаимодействие и взаимный контроль всех членов общества.

Мероприятия, проводимые за этот период программной работы:

1. *Специальные психокоррекционные мероприятия и лечебные программы проводятся по индивидуальным показаниям (1-й пункт схемы).*
2. *Активное участие всех пациентов в реализации жизнедеятельности РО, обеспечение максимального воздействия терапевтической среды, что достигается путем соблюдения режима работы, выполнения регламентных процедур, осуществления коллективного самообслуживания и взаимопомощи (4-й, 9-й пункты схемы).*
3. *Активное участие всех пациентов в организованных образовательных и трудовых процессах (10-й, 14-й пункты схемы).*
4. *Регулярные занятия по повышению уровня психофизической саморегуляции (6-й пункт схемы).*
5. *Активное участие пациентов в системе оздоровительных и спортивно-оздоровительных мероприятий (11-й, 12-й пункт)*
6. *Культуротерапия – участие пациентов в реализуемых в РО культурно-массовых программах, начальные занятия в группе арттерапии.*
7. *Индивидуальная психотерапевтическая работа с пациентами – с учетом личностных особенностей, особенностей динамики состояния больных, их взаимоотношений в группе, с персоналом, с близкими и другими значимыми лицами (7-й пункт схемы).*
8. *Групповая психотерапевтическая работа с пациентами (15-й пункт схемы) включает:*
  - регулярные занятия по закреплению навыков межличностного и группового взаимодействия;
  - занятия по методикам групповой развивающей и манипулятивной направленности – овладение навыками отказа от ПАВ, адекватного поведения в проблемных ситуациях и ситуациях риска наркотизации, формирование установки на успешную работу над собой в рамках предлагаемой программы, на позитивные перспективы в будущем во всех сферах жизнедеятельности.
9. *Семейная терапия – вводные занятия: разрешение первых свиданий с родственниками и близкими, активное знакомство специалистов с значимыми другими лицами (члены семьи, друзья и др.), выявление их позиций по проблемным ситуациям для пациентов (8-й пункт схемы).*
10. *Контрольное тестирование на ПАВ в биологических средах (3-й пункт схемы).*
11. *Активное проведение информационно-познавательных мероприятий: лекции, семинары, просмотр тематических видеофильмов (15-й пункт схемы).*
12. *Ежедневный вечерний анализ чувств (16-й пункт схемы).*
13. *Постоянное обеспечение пациентов целевой информацией по всем направлениям ЛРП.*

### **Девятая-двенадцатая недели.**

Активная реализация всех программных мероприятий аналогично пятой-восьмой недели ЛРП, за исключением 2,3,8,11,13,14 пунктов схемы.

2. *Контрольное психодиагностическое тестирование.*
3. *Контрольное тестирование на ПАВ в биологических средах.*
8. *Семейная терапия – начало регулярных групповых занятий.*
11. *Оздоровительные (физиотерапевтические) мероприятия — пациентам проводятся подкрепляющие физиотерапевтические процедуры.*
13. *Культтерапия – расширение форм по культурному наполнению досуга (праздничные вечера, коллективные видеопросмотры, дискуссии после просмотра фильмов или чтения художественной литературы, арттерапия и т. д.)*
14. *Регулярные образовательные занятия и занятия по профессиональной подготовке или переподготовке.*

### **Тринадцатая-двадцатая недели.**

Реализация всех программных мероприятий аналогично девятой-двенадцатой недели, кроме пунктов 5,7,15. подведение итогов работы в рамках I и II этапов ЛРП. Коррекция календарных планов последующей программной работы.

5. *Групповая психотерапевтическая работа — подводятся контрольные и подкрепляющие занятия по овладению навыками межличностного общения и группового взаимодействия, по закреплению положительных установок и адекватных форм поведения, позитивной мотивации и оптимистической оценки будущего.*
7. *Индивидуальная психотерапевтическая работа – контрольные и подкрепляющие занятия по закреплению положительной установки на здоровый образ жизни.*
15. *Информационно-познавательные мероприятия – лекции, семинары, круглые столы, тематические фильмы расположены во времени в особом порядке и проводятся 2-х месячными циклами на протяжении всего реабилитационного периода.*

К концу II этапа активно включаются в работу специалисты по социальной работе. Наряду с другими реабилитационными технологиями на передний план выступают процедуры по решению социальных и правовых проблем: помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем; содействие в продолжении учебы, профессиональной подготовке, трудоустройстве после выписки из РО; консультирование по правовым вопросам (17,18,19,20-й пункты схемы).

**III этап — стабилизационный**, продолжительностью 1-2 месяца. Реабилитационные технологии III этапа направлены на 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.

Для чего используются:

- все формы трудовой занятости (как в рамках реабилитационного отделения, так и вне его);
- продолжение и завершение конкретных этапов образовательной и профессиональной подготовки;
- все формы и процедуры коллективного взаимодействия (в том числе — на уровне участия пациентов в их организации и руководстве ими);
- все целевые групповые методики (в том числе — участие пациентов в занятиях в качестве лидеров групп), при необходимости — упор на семейную терапию;
- методики манипулятивной направленности (максимально индивидуализированные завершающие сеансы и процедуры, включая при показаниях эмоционально-стрессовую терапию);
- оздоровительные технологии и процедуры, спортивные занятия с выполнением все более высоких нормативов и включением соревновательных элементов;
- процедуры решения социальных и правовых проблем;
- психотерапевтическую работу с родственниками.

Координаторы этапа — психолог или специалист по социальной работе.

На III-м этапе реализации реабилитационной программы проводятся активная подготовка пациентов к выходу из РО – при условии проживания в нем с краткосрочными дневными выходами из отделения для решения конкретных задач.

### **Двадцать первая — двадцать четвертая недели.**

1. *Реализация в полном объеме всех программных мероприятий проводимых на II-м этапе ЛРП с различием их характера, интенсивности и частоты, кроме I-го пункта схемы.*
2. *Контрольное психодиагностическое тестирование на 24 недели ЛРП.*
3. *Контрольное тестирование на ПАВ в биологических средах на 24 недели ЛРП.*
4. *Терапия средой проводится в щадящем режиме с учетом статуса «выпускника-пациента» РО. Допускается смягчение режимных ограничений: в частности, в отношении контактов с родственниками, увеличения личного свободного времени, более частые выходы из РО и т. д.*
5. *Групповые психотерапевтические занятия имеют свои особенности:*
  - групповая коммуникативная терапия – проводятся завершающие занятия.
  - групповая развивающая терапия и занятия с применением манипулятивных методик – проводятся завершающие и подкрепляющие занятия с целью усиления эффекта использования этих методик на предыдущих этапах.

6. *Занятия по психофизической регуляции* – контрольные, подкрепляющие занятия с коррекцией индивидуальных заданий для самостоятельной работы.
7. *Индивидуальные психотерапевтические занятия* – завершающие подкрепляющие для усиления достигнутых результатов.
8. Семейная психотерапия – завершающие групповые занятия для закрепления позиций во внутрисемейных отношениях и с определенной перспективой и позитивной установкой на их дальнейшие улучшения и стабилизацию.
9. Трудовая занятость в рамках реализуемых в РО трудовых процессов – постоянно сокращаются.
10. Оздоровительные (физиотерапевтические) процедуры – проводятся подкрепляющие и закрепляющие процедуры.
11. Спортивно-оздоровительные мероприятия – завершающие занятия, проведение соревнований.
12. Культуротерапия – завершающие занятия с подведением итогов творческой работы (проведение концертов, выставок и т. д.).
13. Образовательные мероприятия – завершающие занятия, с подведением итогов, в том числе в рамках профессиональной подготовки и переподготовки.
14. Информационно-познавательные мероприятия – проводятся круглые столы, просмотр фильмов, чтение книг с последующим их обсуждением.
15. Регулярный вечерний анализ чувств с фиксацией позитивных ощущений, побуждений и установок.
16. Группа само и взаимопомощи – начальные занятия в группе само и взаимопомощи. Активно налаживается система социальной поддержки.

#### **Двадцать пятая – двадцать восьмая недели.**

Реализуются все более частые и длительные (до нескольких дней) выходы из РО, используется возможность работы или продолжение обучения вне РО, активно решаются социально-бытовые, образовательные и трудовые проблемы, налаживается система наркологической поддержки и наблюдения в наркологическом диспансере после выписки из РО, возможного включения в группы само и взаимопомощи.

Реализация программных мероприятий аналогично двадцать первой – двадцать четвертой недели с различиями по следующим пунктам:

#### **5. Групповая психотерапия:**

- проводятся контрольные, закрепляющие и завершающие (в том числе последнее) занятие с использованием техники развивающей терапии.
  - проводятся закрепляющий и завершающий цикл сеансов с использованием манипулятивных методик (возможно эмоционально-стрессовых) с упором на максимальную фиксацию позитивных эффектов применения конкретных техник, с ориентацией на их удержание в ближайшем и отдаленном будущем.
6. *Занятия по психофизической регуляции* – контрольные, закрепляющие занятия с коррекцией индивидуальных заданий для самостоятельной работы.

7. *Индивидуальная психотерапия* – контрольные и закрепляющие занятия с фиксацией установки на здоровый образ жизни.
8. *Семейная психотерапия* – контрольная и заключительная встречи персонала и членов «выпускной» терапевтической группы с близкими пациентов в торжественной обстановке. Рекомендации пациентам в отношении семейной жизни на ближайшее и отдаленное будущее.

На последних двух неделях ЛРП проводятся мероприятия по завершению всей программной работы.

*Итоговое психодиагностическое тестирование с оценкой личностной динамики, на 27 недели реабилитации (2-й пункт схемы).*

*Заключительное символическое тестирование пациентов на наличие наркотиков в биологических средах. (3-й пункт схемы).*

*Проведение заключительных регламентных процедур, подготовка и выписка пациентов из РО. Оформление для этих пациентов удостоверений подтверждающего статус почетного или ассоциированного члена терапевтического сообщества (4-й пункт схемы).*

*Окончание участия пациентов в трудовых процессах РО — с возможным проведением с ними окончательных денежных расчетов, «выходных пособий, подъемных» для устройства на работу, решение жилищных материальных, образовательных и трудовых проблем. Заключительные занятия в системе образовательной и профессиональной подготовки – с вручением соответствующих документов (похвальных грамот, свидетельств, удостоверений). Выдача пациентам личных документов и направлений на продолжение образования или трудоустройство. (14,18,19,20-й пункты схемы).*

*Прием пациентов в члены группы само и взаимопомощи (21-й пункт схемы).*

*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, психотерапевт, психолог, социальный работник и др.) оценивают состояние больного и коллегиально выносят решение о переводе больного на последующий этап реабилитации или оставляют его на прежнем этапе.

Начиная со второго этапа, проводится аттестация (оценка) достижений больного по следующим направлениям: этика поведения в реабилитационном отделении (стационар, амбулатория, семья); самообслуживание; отношение к труду; приобретение и совершенствование профессиональных навыков; отно-

шение 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 родителями; 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 проводится 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 руда 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.

### **3.5. Структура и устройство реабилитационно-профилактического отделения**

Условия пенитенциарного учреждения являются оптимальными для организации реабилитационно-профилактической помощи больным с зависимостью от ПАВ и имеют свои преимущества:

1. Больные с аддиктивными состояниями с самого начала социальной изоляции лишены возможности получения ПАВ.

2. Всем пациентам доступна комплексная профилактическая и лечебно-реабилитационная помощь в силу наличия в пенитенциарном учреждении специалистов (психиатра-нарколога, врачей других специальностей, психологов, воспитателей, педагогов и др.).

3. Оптимальная возможность создания реабилитационной (профилактической) среды и подбора однородных групп для проведения реабилитационно-профилактических мероприятий.

4. Срок пребывания осужденных в исправительном учреждении не менее одного года.

Для осуществления поставленных задач профилактической и лечебно-реабилитационной помощи в структуре пенитенциарного учреждения на базе медико-санитарной части пенитенциарного учреждения организовано реабилитационно-профилактическое отделение (РПО), включающее следующие структурные подразделения (схема 2). Согласно программы РПП, реабилитационно-профилактическое отделение призвано проводить консультативно-диагностическую, психокоррекционную, реабилитационно-профилактическую и организационно-методическую деятельность с учетом условий пенитенциарного учреждения. В структурном отношении РПО включает 6 комплексов (карантинный отряд, консультативно-поликлинический, стационарный, лабораторно-диагностический, учебно-производственный и спортивно-досуговый комплексы, а также спальня сектор основных отрядов ИУ, эффективно взаимодействующих на разных этапах реабилитационно-профилактической программы, позволяющих осуществлять раннюю диагностику психических и поведенческих расстройств, в том числе признаков ПД и зависимости от ПАВ, а также специализированную и реабилитационно-профилактическую помощь.

Функционирование реабилитационно-профилактического отделения осуществляет бригада специалистов (врач психиатр-нарколог (психотерапевт), психолог, специалист по социальной работе, педагог, воспитатель, инструктора по физической подготовке и труду, врачи консультанты).

Члены бригады постоянно взаимодействуют во всех организационных и терапевтических мероприятиях, как в отношении контингента РПО в целом, так и различных терапевтических групп и отдельных пациентов.

Координирует деятельность бригады, работающей с конкретной терапевтической группой, куратор группы – врач психиатр-нарколог (психотерапевт) или психолог. На отдельных этапах реабилитации возможна передача этой функции от специалиста к специалисту: 1 — этап – психиатр-нарколог (психотерапевт) или психолог; 2-й этап – психолог или воспитатель (специалист по социальной работе); 3-й этап – психолог или воспитатель (специалист по социальной работе).

Регулярно проводятся плановые рабочие совещания бригады специалистов, в том числе обязательные итоговые еженедельные совещания и совещания, завершающие каждый отдельный этап реабилитационного процесса.

При интернировании осужденного в пенитенциарное учреждение в течение первых 2-4 недель он находится в карантинном отряде.

**Карантинный отряд** — предназначен для вновь поступивших в ИУ осужденных и рассчитан от 20 до 100 человек. Отряд располагается изолированно и состоит из спальных комнат, комнаты отдыха, столовой, прогулочного двора.



Первый этап РПП осуществляется в карантинном отряде. В течение первой недели интернирования осужденного в пенитенциарное учреждение он проходит консультативно-диагностическое обследование у специалистов РПО. С учетом полипрофессионального подхода проводится комплексная оценка клинико-анамнестических, клинико-психопатологических, клинико-психологических, психолого-педагогических, социальных (ситуационных) и сомато-неврологических характеристик для выявления признаков ПД и премо-рбидных аддиктивных состояний и психической и наркологической патологии, а также определения уровня реабилитационного потенциала больного в соответствии со шкалой оценки уровня реабилитационного потенциала больных наркоманией (Приказ № 500 от 22.10.2003 МЗ РФ). Результатом комплексного обследования является формирование функционального многоосевого диагноза и определение индивидуальной программы РПП.

Программная работа осуществляется в рамках отдельных активно формируемых групп из прошедших отбор у специалистов реабилитационного блока. Предусмотрены терапевтические группы численностью 10-15 человек:

- группы для осужденных с зависимостью от ПАВ, в том числе с диагностированными депрессивными реакциями;
- группы для лиц без признаков зависимости от ПАВ, но с выявленными признаками ПД;
- группы (профилактическая) для «преморбидно практически здоровых» осужденных пенитенциарного учреждения.

При отборе пациентов в группы учитывается их возраст, формы зависимости от ПАВ, уровень реабилитационного потенциала, личностные особенности, возможная психологическая совместимость. Психологически и социально наиболее сохранные, проявившие твердую установку на трезвость и воздержание от ПАВ пациенты выбираются в Совет терапевтического сообщества.

Начиная со второй недели пребывания осужденных в карантинном отряде осуществляется активная психокоррекционная и реабилитационно-профилактическая работа с пациентами, включающая психокоррекционные и специальные лечебные программы, индивидуальную и групповую психотерапию, психофизическую саморегуляцию, оздоровительные процедуры, информационно-познавательный блок. Комплекс проводимых мероприятий направлен на изменение психологической установки личности, выработку самоконтроля и самодисциплины, изменение представления о себе, приобретение нового опыта преодоления аффектогенных ситуаций, коррекцию дезадаптивных форм поведения, развитие компетентности в социальном функционировании и эффективной коммуникации, формирование критического отношения к своему заболеванию и другое.

**Консультативно-поликлинический комплекс** состоит из кабинетов: психотерапии, психиатра-нарколога, рефлексотерапии, физиотерапии, врачей других специальностей, массажа и ЛФК, позволяющих проводить клиническую диагностику и патогенетические терапевтические воздействия в амбулаторном режиме.

**Стационарный комплекс** предназначен для пациентов, обнаруживающих выраженные признаки адаптационных расстройств, экзоцербации или декомпенсации психической и наркологической патологии. Данный комплекс включает палаты активной этиопатогенетической терапии, рефлекс- и психотерапии.

**В лабораторно-диагностический комплекс** осуществляется психодиагностическое тестирование, экспериментально-психологическое, физиологическое и биохимическое обследование, а также тестирование на наличие в биологических средах ПАВ. Мероприятия, проводимые специалистами данного комплекса, являются ведущими на адаптационном этапе реабилитационно-профилактической программы.

**Учебно-производственный и спортивно-досуговый комплексы** включают лечебно-производственные цеха, предназначенные для осуществления трудотерапии, а также ПТУ, клуб и спортивный зал. В ПТУ наряду с обучением по индивидуальной образовательной программе создана изостудия, предназначенная для арттерапии (рисование, лепка, фотография и т. д.). Культуротерапия, спортивно-оздоровительные мероприятия реализуются в клубе и на спортивных площадках.

**Спальный сектор основных отрядов.** Каждый отряд располагается изолированно и состоит из спальных комнат, комнаты отдыха, столовой, кабинета воспитателей. Для реализации воспитательной системы за каждым отрядом закрепляется старший воспитатель и из расчета на 20 осужденных один воспитатель, а также лица, отвечающие за образовательный процесс и трудовую деятельность. В помещениях спального сектора проводятся сеансы психотерапии, психофизической саморегуляции, осуществляется досуговая деятельность, вечерний анализ чувств, группа само- и взаимопомощи.

Для осуществления комплекса реабилитационно-профилактических мероприятий с учетом режимных требований пенитенциарного учреждения определен распорядок дня реабилитационно-профилактического процесса.



## Распорядок дня реабилитационно-профилактического процесса

6.00	Подъем.
6.00-7.00	Личная гигиена, уборка постели.
7.00-7.30	Утренняя медитация, зарядка (тема дня).
7.30-8.00	Завтрак.
8.00-9.15	Малая группа. <ul style="list-style-type: none"><li>– работа с психиатром-наркологом, психотерапевтом, психологом, воспитателем (специалистом по социальной работе);</li><li>– психологический тренинг.</li></ul>
9.15-9.30	Перерыв.
9.30-12.15	Индивидуальная работа с врачом (по показаниям лечебные и физиотерапевтические мероприятия).
Трудотерапия.	Учебный процесс.
12.15-12.30	Подготовка к обеду.
12.30-13.30	Обед.
13.30-14.15	Лекция (фильм).
14.15-17.00	Комплекс мероприятий по показаниям <ul style="list-style-type: none"><li>– Индивидуальная работа с врачом, психологом или воспитателем (специалистом по социальной работе);</li><li>– Терапевтические процедуры (психокоррекция, физиотерапия, ароматерапия и пр.);</li><li>– Арт-терапия;</li><li>– Трудотерапия;</li><li>– Спортивные занятия.</li></ul>
17.00-17.30	Построение.
17.30-20.15	Комплекс вечерних мероприятий: <ul style="list-style-type: none"><li>– спортивные занятия;</li><li>– культурно-массовые мероприятия;</li><li>– подготовка домашних заданий.</li></ul>
20.15-21.00	Ужин.
21.00-21.45	Вечерний анализ чувств: <ul style="list-style-type: none"><li>– как прошел твой день? что мы достигли?</li><li>– обсуждение чувств дня;</li><li>– анализ состояния;</li><li>– индивидуальное задание («Задания на дом»).</li></ul>
21.45-22.00	Подготовка ко сну.
22.00	Спокойной ночи.

**ВОЗРАСТНЫЕ ДОЗЫ ОСНОВНЫХ ПСИХОТРОПНЫХ  
И НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

Название препарата	Интервал возрастных суточных доз в мг/сут (средние – максимальные)			
	3-6 лет	7-14 лет	15-18 лет	Взрослые
<b>Нейролептические средства</b>				
Алимемазин (терален)	0.5-5.0	5.0-15.0	10.0-50.0	40-100
Галоперидол (сенорм)	0.1-0.3	0.75-4.5	1.5-9.0	10-100
Клозапин (лепонекс, азалептин)	6.25-37.5	12.5-75.0	25.0-200.0	100-600
Левомепромазин (тизерцин)	6.0-25.0	12.5-75.0	12.5-100.0	100-600
Перициазин (неулептил)	1.0-3.0	2.0-20.0	5.0-40.0	50-100
Пипотиазин (пипортил)	-	1.0-10.0	5.0-30.0	60-120
Сульпирид (эглонил)	25.0-50.0	50.0-100.0	100.0-200.0	400-2000
Тиаприд (тиапридал)	-	50.0-150.0	100.0-300.0	200-600
Тиоридазин (меллерил, сонопакс)	5.0-30.0	10.0-75.0	25.0-125.0	100-600
Трифлуоперазин (трифтазин, стелазин)	0.25-5.0	1.0-15.0	5.0-40.0	15-100
Тиопроперазин (мажептил)	-	5-10	10-20	20-60
Флупентиксол (флюанксол)	-	-	0.5-5.0	10-150
Флуфеназин деканоат (модитен)	-	1.0 мл (25.0) 1 раз в 14- 30 дней	1.0-2.0 мл (25.0-50.0) 1 раз в 14- 30 дней	25-100
Метафеназат (френолон)	-	5-15	10-20	40-60
Хлорпромазин (аминазин)	6.0-25.0	12.5-100.0	25.0-200.0	150-1000
Хлорпротиксен	3.75-25.0	12.5-100.0	25.0-200.0	60-300
Перфеназин (этаперазин)	2.0-4.0	4.0-20.0	8.0-30.0	40-100
Зуклопентиксол (клопиксол)	-	-	-	30-150
Карбидин	-	-	-	75-200
Кветиопин (сероквель)	-	-	-	300-750
Оланзапин (зипрекса)	-	-	-	10-20
Рisperидон (рисполепт)	-	-	-	4-8
Сультоприд (топрал)	-	-	-	300-1200
<b>Препараты лития</b>				
Лития карбонат		600.0- 900.0	600.0-1200	900-1800
<b>Антидепрессанты</b>				
Амитриптилин (амизол, эливел)	6.25-12.5	12.5-75.0	25.0-125.0	125-400
Доксепин (синекван)	6.25-12.5	12.5-50.0	25.0-100.0	50-100
Имипрамин (мелипрамин)	-	12.5-50.0	25.0-125.0	100-400
Кломипрамин (анафранил)	-	12.5-75.0	25.0-125.0	100-300
Мапротилин (людиомил)	-	12.5-50.0	25.0-100.0	100-250

Название препарата	Интервал возрастных суточных доз в мг/сут (средние – максимальные)			
	3-6 лет	7-14 лет	15-18 лет	Взрослые
Миансерин (леривон)	-	-	10.0-90.0	30-120
Моклобемид (аурорикс)	-	-	150.0-600.0	150-600
Пароксетин (паксил)	-	-	10.0-40.0	20-80
Пипофезин (азафен)	6.25-12.5	12.5-50.0	25.0-125.0	150-400
Серталиин (золофт, серлифт)	-	-	25.0-100.0	50-200
Тианептин (коаксил)	-	-	12.5-37.5	37,5-50
Тримипрамин (герфонал)	-	-	25.0-125.0	150-400
Флуоксетин (прозак, портал, продеп)	-	-	20.0-40.0	20-80
Флувоксамин (феварин)	-	-	100-300	100-400
Циталопрам (ципрамил, опра, ципролекс)	-	-	20.0-40.0	40-60
Ниаламид (нуредаль)	-	-	-	100-800
Пиразидол (пирлиндол)	-	-	25-75	100-500
<b>Транквилизаторы и снотворные</b>				
Алпразолам (ксанакс, кассапан, алзолам и др.)	-	-	0.125-1.5	4-10
Диазепам (реланиум, сибазон и др.)	1.0-5.0	2.5-10.0	5.0-20.0	20-60
Гидроксизин (атаракс)	25-50	25-100	50-100	50-300
Зопиклон (имован)	-	-	7.5-15.0	7,5-15
Лоразепам (мерлит)	-	0.5-1.0	1.0-3.0	4-10
Медазепам (рудотель, мезапам)	-	5.0-20.0	20.0-40.0	20-60
Нитразепам (эуноктин, радедорм)	1.25-2.5	2.5-5.0	2.5-7.5	5-15
Тофизопам (грандаксин)	-	25.0-50.0	50.0-100.0	150-300
Феназепам	0.125-0.25	0.25-1.0	1.0-3.0	1,0-6,0
Флунитразепам (рогинпол)	-	-	1.0-2.0	1,0-2,0
Хлордиазепоксид (элениум, хлосепид)	5.0-10.0	10.0-20.0	10.0-50.0	40-100
Бромазепам (лексотан)	-	-	3-18	12-36
Гидазепам	-	-	20-100	100-150
Залпидем (ивадал, санвал)	-	-	5-15	15-20
Клоназепам (антилепсин, ривотрил)	-	0,5-4	2-8	4-16
Клоразепам (транксен)	-	-	1-6	4-10
Мидазолам (дормикум)	-	-	-	7,5-30
Оксазепам (нозепам, тазепам)	-	10-30	30-60	60-90
Темазепам (сигнопам)	-	-	7,5-15	7,5-30
Тиазолам (хальцион)	-	-	0,125-0,5	0,25-0,1

Название препарата	Интервал возрастных суточных доз в мг/сут (средние – максимальные)			
	3-6 лет	7-14 лет	15-18 лет	Взрослые
<b>Антиконвульсанты</b>				
Карбамазепин (финлепсин, тегретол)	50.0-150.0	100.0- 400.0	400.0-600.0	600-1200
<b>Психостимуляторы</b>				
Мезокарб (сиднокарб)	1.25-5.0	2.5-5.0	5.0-10.0	10-150
<b>Средства, влияющие на мозговой метаболизм</b>				
Гамма-аминомасляная кислота (гаммалон, аминалон)	250.0- 500.0	500.0- 1000.0	1000.0- 1750.0	1000.0- 1750.0
Глицин	100.0- 200.0	100.0- 300.0	200.0-400.0	300.0- 600.0
Ацетиламиноянтарная кислота (когитум)	5.0 мл- 10.0 мл	10.0 мл- 20.0 мл	20.0 мл- 30.0 мл	20.0- 40.0 мл
Никотиноилгаммааминомасляная кислота (пикамилон)	10.0-20.0	20.0-40.0	40.0-100.0	40.0-120.0
Гопатеновая кислота (пантогам)	250.0- 500.0	500.0- 1000.0	750.0- 1500.0	1500.0- 3000.0
Пирацетам (ноотропил, пирабене)	200.0- 400.0	500.0- 1200.0	1000.0- 1600.0	1200.0- 2400.0
Пиритинол (энцефабол, пиридитол)	25.0-100.0	100.0- 300.0	300.0-500.0	300.0- 500.0
Фенибут	62.5-125.0	125.0- 500.0	500.0- 1000.0	500.0- 1000.0
Церебролизин	1 мл (40 мг активного вещества) на 10 кг массы тела			

### Нейролептики пролонгированного действия

Препарат	Дозы (мг)	Длительность действия
Галоперидол деканоат	50-300 в/м	2-3 недели
Зуклопентиксол ацетат (клопиксол-акуфаз)	50-200 в/м	3-4 суток
Зуклопентиксол деканоат (клопиксол-депо)	200-750 в/м	2-3 недели
Пипотиазин пальмитат (пипортил Л4)	25-200 в/м	3-4 недели
Флупентиксол деканоат (флюанксол раствор для инъекций)	20-200 в/м	2-3 недели
Флуфеназин деканоат (модитен-депо)	25-100 в/м	2-4 недели

### Корректоры экстапирамидных побочных эффектов нейролептической терапии (антипаркинсонические средства)

Препарат	Среднечеточные дозы (мг)
Бенактизин (амизил)	3-8
Бипериден (акинетон) (в/м, в/в)	2-10
Толперизон (мидокалм)	100-450
Тригексифенидил (циклодол, паркопан, ромпаркин, апотрайгекс)	5-20

### Нормотимики (тимоизолептики)

	Лекарственная форма	Оптимальный интервал сут. дозы	Частота приема однократной дозы	Примечания
Лития карбонат	Таблетки по 0,3 г	0,6-1,2	3 раза в день	Контроль за концентрацией лития в плазме крови
Лития карбонат (контемнол)	Таблетки по 0,5 г	0,5-0,15	1 раз в день	Контроль за концентрацией лития в плазме крови
Лития оксибутират	20 % раствор для инъекций в ампулах по 2 мл	1,6-3,2	3 раза в день	Контроль за концентрацией лития в плазме крови
Карбамазепин (финлепсин, тегретол)	Таблетки по 0,2 г	0,4-1,0	2-3 раза в день	
Карбамазепин ретард (финлепсин-ретард, тегретол ЦР)	Таблетки по 0,2 и 0,4 г	0,4-0,8	1 раз в день	
Вальпроат натрия (ацедипрол, конвулекс, депакин, энкорат, апилепсин и др.)	Таблетки по 0,15 и 0,3 г	0,6-1,4	2-3 раза в день	
Вальпроевая кислота (депакин-хроно)	Таблетки по 0,3 и 0,5 г	0,5-1,5	1 раз в день	

**Характеристика уровней реабилитационного потенциала**  
(из приказа МЗ РФ от 22 октября 2003г. № 500)

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

## **2. 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 месяцев);
- единичными случаями передозировки наркотиков и суицидальные мысли (иногда демонстративные суицидальные действия) в период наркотического абстинентного синдрома;
- редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то они, 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 психопатологических 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, обсуждению, наблюдению, контролю; б) психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда может вскрыться сам факт употребления ими наркотиков или негативные стороны наркотизации.

### ***3. Низкий уровень реабилитационного потенциала.***

#### ***Характерным является:***

- 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);
- 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 ведения наркотика преимущественно внутривенный, в основном отмечается параллельное злоупотребление другими



- психоактивными веществами (психостимуляторы, галлюциногены, траквилизаторы 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;
  - выраженная 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;
  - 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-инфекции, в половине случаев — злоупотребление психоактивными веществами сочетается с употреблением алкоголя, нередко (в каждом третьем случае) наблюдается болезненная зависимость от алкоголя. Из приоб-

ретенных 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, получить «поддержку», выгоду и прочее.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3  
(из протокола ведения больных  
«Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)»)

**Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала  
больных наркоманией**

**Основные составляющие реабилитационного потенциала:**

		Баллы
<b>I БЛОК – ПРЕМОРБИД</b>		
1. Наследственность по линии родителей и ближайших родственников (мать, отец, сестра, брат):	Не отягощена Отягощена: алкоголизм, наркомания психические заболевания	5 -2 -2
2. Наследственность по восходящей линии:	Не отягощена Отягощена: алкоголизм, наркомания психические заболевания	3 -1 -1
3. Условия воспитания:	В полной семье Только матерью Только отцом У родственников В приемной семье В детском доме	5 2 2 1 -1 -2
4. Материальное положение семьи:	Хорошее Среднее Плохое	4 3 1
5. Отношения между родителями:	Ровные (хорошие, удовлетворительные) Неровные (периодически конфликтные) Постоянно конфликтные	4 2 -1
6. Физическое развитие:	Норма Задержка Патология	5 3 -1
7. Степень тяжести соматических заболеваний:	Легкая Средняя Тяжелая (тяжесть заболевания определяется угрозой жизни, инвалидностью, длительной госпитализацией)	4 2 -1
8. Психическое развитие:	Норма Задержка Патология	5 3 -1

9. Психические девиации:	Отсутствуют Акцентуация Невротическая личность Психопатия	4 0 -1 -2
10. Особенности поведения:	Норма Девиантность Делинквентность	5 0 -1
11. Закончил до начала злоупотребления наркотиками:	ВУЗ Среднюю школу Неполное среднее 7-8 классов 5-6 классов 4 и менее классов	5 4 3 2 1 -1
12. Успеваемость в школе:	Отлично и хорошо Хорошо Посредственно Неудовлетворительно	5 4 3 -1
13. Степень устойчивости интересов и увлечений:	Устойчивые Без особенностей Не устойчивые	4 3 1
14. Отношение к труду:	Позитивное Неустойчивое Негативное	4 2 -1
15. Наличие профессии:	Имеет Частично приобретена Не имеет	4 2 -1
16. Антисоциальные поступки:	Не было Были	4 -1
17. Сексуальная сфера:	Норма Снижение потенции Снижение либидо Импотенция Фригидность Перверсии	4 1 1 -1 -1 -2
18. Употребление алкоголя:	Единичные случаи Умеренное Часто (1-2 раза в неделю) Зависимость	4 3 0 -1
<b>II БЛОК – КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
1. Возраст начала злоупотребления ПАВ:	20 лет и старше 18-19 лет 16-17 лет 12-15 лет	4 3 1 -1

2. Продолжительность заболевания:	До 6 месяцев	5
	До 1 года	4
	От 1 до 3 лет	0
	Более 3 лет	-1
3. Стадия синдрома зависимости (по МКБ-10):	Начальная (первая) стадия зависимости	-1
	Средняя (вторая) стадия зависимости	-2
	Конечная (третья) стадия зависимости	-3
4. Способ введения наркотика:	Интраназально, курит, орально	-1
	Внутримышечное или подкожное	-2
	Внутривенно	-3
5. Параллельное злоупотребление ПАВ:	Практически отсутствует	4
	Каннабиноидами (гашиш и пр.)	0
	Психостимуляторами	-1
	Галлюциогенами	-1
	Транквилизаторами	-1
6. Вид влечения к ПАВ в ремиссии (на этапах реабилитации):	Не выражено	2
	Периодический навязчивый	-1
	Периодический компульсивный	-2
	Постоянный	-3
7. Степень выраженности синдрома отмены (НАС):	Легкая	0
	Средняя	-1
	Тяжелая	-2
8. Передозировка психоактивными веществами:	Не было	4
	Однократно	-1
	Множественно	-2
9. Суицидные тенденции:	Отсутствуют	4
	Мысли	-1
	Действия	-2
10. Суицидальные тенденции проявляются:	В состоянии наркоманического абстинентного синдрома	-1
	В опьянении	-2
	В ремиссии	-3
11. Ремиссии:	Спонтанные	4
	Терапевтические	3
	Вынужденные	1
	Отсутствуют	-3
12. Заболевания, приобретенные в период злоупотребления психоактивными веществами:	Отсутствуют	4
	Ч/м травма	0
	Сифилис	-1
	Гепатит	-1

	Прочее	-1
	ВИЧ-инфекция	-3
13. Злоупотребление алкоголя в период заболевания наркоманией:	Умеренное	4
	Бытовое злоупотребление	1
	Болезненная зависимость	-2
	Комбинирует с наркотиками	-2
14. Приобретенные психопатологические нарушения:	Отсутствуют	4
	Эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии)	-1
	Астенический (неврастенический) синдром	-1
	Поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение)	-2
15. Сексуальность:	Норма	4
	Снижение потенции	1
	Снижение либидо	1
	Импотенция (фригидность)	-1
	Перверсии	-2
16. Сексуальная жизнь:	Регулярно	4
	Редко	2
	Отсутствует	-1
17. Критика к заболеванию наркоманией:	Сохранена	4
	Частично сохранена	2
	Отсутствует	-1
18. Согласие на участие в лечебно-реабилитационном процессе:	Добровольное	4
	Добровольно-принудительное	0
	Недобровольное	-3
19. Мотивы добровольного согласия:	Мотивы роста	3
	Мотивы прагматические	1
<b>III БЛОК – ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ</b>		
1. Семейный статус:	Женат/замужем	3
	Сожительство (постоянное)	2
	Не женат/ не замужем	1
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 (ремиссия)	-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 к уголовной ответственности (не направлялся в исправительно-трудовой учреждение)	-1
	Был осужден 1 раз	-2
	Был осужден 2 и более раз	-3
8. Круг социальных интересов:	Высокий (разнообразный)	4
	Средний (однообразный)	2
	Низкий	0
9. Отношение родственников к употреблению психоактивными веществами:	Активное противодействие	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

## VI БЛОК-ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

(приобретенные в процессе заболевания)

1. Морально-этические нарушения Практически отсутствуют Легкие (частичное снижение нормативной ценной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позерство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.) Средние (значительные нарушения нормативной ценной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность,	4
	-1
	-2

<p>нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и пр.) Тяжелые (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценной 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.)</p>		-3
<p>2. Интеллектуально-мнестические нарушения</p>		4
<p>Практически отсутствуют</p>		-1
<p>Легкие (некоторое ухудшение памяти, концентрация внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.)</p>		-2
<p>Средние (явные расстройства памяти, концентрация 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 (завышена или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.)</p>		-3
<p>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.)</p>		-3
<p>3. Эмоциональные нарушения</p>		4
<p>Практически отсутствуют</p>		-1
<p>Легкие (несвойственная до употребления наркотиков эмоциональная лабильность, напряженность, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.)</p>		-2
<p>Средние (аффективная несдержанность, эмоциональная холодность к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.)</p>		-3
<p>Тяжелые (недержание аффектов, эмоциональное отупление, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.)</p>		-3
4. Социофобия:	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 начальной (первой) стадии)		-1
Средняя (включает средней выраженности морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, частичную социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости средней (второй) стадии)		-2
Тяжелая (включает тяжелые морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости конечной (третьей) стадии)		-3
ДИАГНОЗ:	Мононаркомания	-1
	Полинаркомания	-2
	Наркомания + алкоголизм	-2
	Наркомания + психические заболевания	-2

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала состоит из четырех блоков в виде конкретных вопросов. Ответ на каждый вопрос подвержен квантификации (количественное выражение качественных признаков), что позволяет все особенности преморбиды, физического, психологического 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 ( $\pm 6$ ) при «идеале» 110 баллов, со средним уровнем реабилитационного потенциала – 62 ( $\pm 10$ ), с низким уровнем реабилитационного потенциала – 45 баллов ( $\pm 10$ ). Это сумма образуется в результате вычитания из суммы баллов со знаком «+» суммы баллов со знаком «-».

**Карта определения уровня реабилитационного  
Потенциала больных наркоманией**

Ф. И. О.

Год рождения: \_\_\_\_\_ Дата заполнения:

**I БЛОК**

1.  2.  3.  4.   
5.  6.  7.  8.  9.   
10.  11.  12.  13.   
14.  15.  16.  17.  18.

**II БЛОК**

1.  2.  3.  4.  5.   
6.  7.  8.  9.  10.   
11.  12.  13.  14.   
15.  16.  17.  18.  19.

**III БЛОК**

1.  2.  3.  4.  5.   
6.  7.  8.  9.  10.  11.

**IV БЛОК**

1.  2.  3.  4.  5.

Диагноз обследования:

ИТОГО: \_\_\_\_\_ Уровень реабилитационного потенциала

Врач

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кривулин Е. Н. Реабилитация детей и подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами (программа, структура программной работы). / под общей ред. Н. Е. Буториной. Челябинск: Изд-во ПИРС, 2004. – 58 с.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Ветлугина Т. П. Проблема реабилитации в контексте клинко-патогенетической гетерогенности аддиктивных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2002. — № 1(23), С. 15-22.
3. Общая психопатология в клинической наркологии: учебное пособие в таблицах и схемах / Под ред. докт. мед. наук Н. А. Бохана, докт. мед. наук Н. Е. Буториной, докт. мед. наук Е. Н. Кривулина. — Челябинск: Изд-во ПИРС, 2009. — 230 с.
4. Кривулин Е. Н. Роль психотравмирующих средовых факторов в формировании депрессивных реакций у подростков при пенитенциарной дезадаптации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2005г. № 3(37). – С. 23-26
5. Бохан Н. А., Буторина Н. Е., Кривулин Е. Н. Депрессивные реакции при пенитенциарной дезадаптации у подростка / Н. — Челябинск, 2006. С. 23 – 216.
6. Кривулин Е. Н. Клиническая типология и динамика депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации у подростков (факторы риска, психическая и наркологическая коморбидность, профилактика). // Автореф. дисс... докт. мед. наук – Челябинск – Томск, 2005. – 79 с.
7. Кривулин Е. Н., Бохан Н. А. Распространенность психических и поведенческих расстройств среди подростков пенитенциарного учреждения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 4 (47). – С. 107-109.
8. Кривулин Е. Н., Шпаков А. В., Голодный С. В. Позитивная наркопрофилактика среди детей и молодежи // Наркология, — № 7, 2008 – С.21 – 22.
9. Кривулин Е. Н., Бецков А. С., Охтяркин Е. В. Социально-психологические характеристики лиц молодого возраста, находящихся в условиях социальной изоляции с наркологической патологией и аутоагрессивным поведением // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 5. — С. 53-55
10. Макушкин Е. В., Игонин А. Л., Клименко Т. В., Трифонов О. И. Недобровольные медицинские меры, применяемые к осужденным наркологическим больным. Пособие для врачей. – М.: Медицинское управление ГУИН Минюста России, ГНЦССП им. В. П. Сербского, 2004. – 60 с.
11. Малкин Д. А., Трубецкой В. Ф. Недобровольные меры медицинского характера, применяемые к осужденным / Руководство по судебной психиатрии. Под ред. А. А. Ткаченко. М., ООО «Издательство Юрайт», 2012, — С. 861-874.

12. Семке, В. Я. Пенитенциарная психология и психопатология: рук-во в 2-х т. / В. Я. Семке, С. И. Гусев, Г. Я. Снигирева / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – М.; Томск; Кемерово, 2007. – Т. 1. – 576 с.
13. Семке, В. Я. Пенитенциарная психология и психопатология: рук-во в 2-х т. / В. Я. Семке, С. И. Гусев, Г. Я. Снигирева / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – М.; Томск; Кемерово, 2007. – Т. 2. – 544 с.
14. Агаларзаде А. З., Дианов Д. А. Распространенность психической патологии среди осужденных с учетом этнокультурного состава тюремной популяции (по данным зарубежной лит.) // Росс. психиатр. журн. -1997. — № 5. — С. 24-27.
15. Агаларзаде А. З. Ганопольский А. М. Структура психических расстройств у осужденных к лишению свободы (аналитическая справка). – М., 2000. – 19 с.
16. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М., 1976. — С. 98-127.
17. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин В. П. Психогении в экстремальных условиях. – М: Медицина, 1991. – 96 с.
18. Антонян Ю. М., Гульдан А. В. Криминальная патопсихология. — М.: Наука, 1991. – 191 с.
19. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступное поведение и психические аномалии / Под ред. акад. В. Н. Кудрявцева. — М.: Изд. «Спартак», 1998. – 214с.
20. Семке В. Я. К проблеме систематики пограничных состояний //Журн. невропатол. и психиатр. — 1987. — № 1. — С. 1673-1679.
21. Семке В. Я. Основы персонологии. — М.: Академический проспект, 2001. — 476 с.
22. Семке В. Я. Систематика и типология донозологических состояний в психиатрии //Новые формы организации психиатрической помощи и сервиса. – Томск, Барнаул, 2001. б. – С. 139-141.
23. Семке В. Я. Психогении современного общества. – Томск: Изд-во Том. унта, 2003. — 408 с.
24. Семке В. Я. Психическое здоровье подрастающего поколения как показатель социального благополучия общества // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. — № 3(33). – С. 7-13.
25. Голодный С. В. Клиническая типология и профилактика депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации у подростков с резидуально-органическим психосиндромом и коморбидной опийной зависимостью // Автореф. дисс... канд. мед. наук – Челябинск – Томск, 2010. – 30 с.
26. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М., 1980. – 242 с.
27. Гусев С. И., Снигирева Г. Я., Трифонов О. И. Практические вопросы клиники, диагностики алкогольного и наркотического опьянения у заключенных // Медицина в Кузбасе. – 2006. — № 4. – С. 181 -182.

28. Гусев С. И., Бохан Н. А., Мандель А. И., Каган Е. С. Модель прогноза ремиссии наркотической зависимости в условиях пенитенциарных учреждений. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2009. — № 5. — С. 48–52.
29. Дмитриева Т. Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения // Российский психиатр. журнал. — 2001б. — Вып. 4. — С.23-26.
30. Кривулин Е. Н. Патология формирующейся личности у осужденных подростков с наличием или отсутствием зависимости от психоактивных веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2004. — № 3 (33). — С. 65 – 68.
31. Надеждин, А. В. Наркологические заболевания и правонарушения у несовершеннолетних / А. В. Надеждин // Наркология. — 2003. — № 9. — С. 18—21.
32. Новиков Г. И. Психогенные реакции ситуации ожидания. — М.: Медицина, 1991. — 327с.
33. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. М.: Медпресс-информ. — 2003. — 327 с.

Кривулин Е. Н., Малкин Д. А., Фастовцов Г. А., Бохан Н. А.,  
Степанова Э. В., Трубецкой В. Ф.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ,  
ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОСУЖДЕННЫХ  
С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**

Методические рекомендации предназначены:  
*для слушателей системы послевузовского и дополнительного профессиональ-  
ного образования врачей по специальности  
психиатрия, психиатрия-наркология, психотерапия*

Челябинск – Москва, 2013

Издательство ООО фирма «ПИРС», 454119, г. Челябинск, ул. Машиностроителей, 8.  
Лицензия ИД № 06422 от 10.12.2001.

Отпечатано с файла заказчика в типографии ИП Ериклинцевой Е. В.,  
св-во 002839968 ИМНС РФ по Калининскому р-ну г. Челябинска,  
454076, Челябинск, ул. Гоголя, 26, тел. 271-69-62 , E-mail: wp74@list. ru

Заказ № 518 от 28 марта 2013 г. Подписано в печать 24 марта 2013.  
Формат 84x108 1/16. Отпечатано на «RISO».  
Бумага офсетная 80гр. Усл. печ. л. 4.84. Тираж 350.

---

Отпечатано в типографии ИП Ериклинцевой Е. В.  
Изготовим любые виды бланков, книг, брошюр  
г. Челябинск, ул. Гоголя, 26, т. 271-69-62, E-mail: vvp74@list. ru