



Eesti Uimastipreventsiooni Sihtasutus
Estonian Foundation for Prevention of Drug Addiction

РУКОВОДСТВО ПО ЛЕЧЕНИЮ НАРКОМАНИИ

Guidelines for the Treatment of Drug Addiction



Pompidou Group

Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in
Drugs

Estonian Foundation for Prevention of Drug Addiction, Tallinn

Council of Europe
Pompidou Group
Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit
Trafficking in Drugs

Strasbourg, 2001

Acknowledgements

This publication has been developed with the support of The Council of Europe Pompidou Group Drug Demand Reduction Staff Training Programme (DRSTP II) in close co-operation with the DRSTP National Project Team. The members of the team have been:

Dr. Tarmo Kariis, Managing Director, Estonian Foundation for Prevention of Drug Addiction

Dr. Valdur Jänes , psychiatrist in chief, Tallinn Wismar Psychiatric Hospital, President of the Estonian Psychiatric Association

Dr. Jaanus Mumma, psychiatrist, deputy chief, Tallinn Wismar Psychiatric Hospital

However, without the devoted work of the national experts the publication would not have been presented. The publishers would therefore like to thank the following national experts who have contributed to the publication:

Prof. Veiko Vasar, Head of Psychiatric Clinic of Tartu University

Prof. Jaanus Harro, Head of Department of Psychology of Tartu University

Dr. Peeter Jaanson, Head of Department, Psychiatric Clinic of Tartu University

Assoc. Prof. Anu Aluoja, psychologist, Psychiatric Clinic of Tartu University

Milvi Igalaan, psychologist, Tallinn Wismar Psychiatric Hospital

Dr. Andres Lehtmets, psychiatrist, Tallinn Wismar Psychiatric Hospital

Dr. Ellu Eik, psychiatrist, Estonian Health Promotion Centre

Dr. Ants Puusild, psychiatrist, Head of Department of Psychiatry of Pärnu Hospital

Dr. Pille Varmann, psychiatrist, interpreter

The publishers would also like to thank the Pompidou Group expert consultant **Martien Kooyman M.D., Ph.D.**, the Netherlands, who has over a series of consultations assisted the national Project Team and the national experts in their work in an excellent manner.

Tallinn-Strasbourg, 2001

Tarmo Kariis (the National Project Team Leader)

Christopher Luckett (Pompidou Group Executive Secretary)

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ВСТУПЛЕНИЕ

2. ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ

- 2.1. Цель оценки
- 2.2. Диагностика злоупотребления наркотиками
 - 2.2.1. Анамнез употребления наркотика
 - 2.2.2. Объективное обследование
 - 2.2.3. Специальные обследования
 - 2.2.4. Классификация нарушения психики и поведения

3. ПРИНЦИПЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ

- 3.1. Цель лечения и контракт с пациентом
- 3.2. Принципы лечения и связанная с этим ответственность
- 3.3. Организация лечения зависимости

4. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ И СОСТОЯНИЙ ОТМЕНЫ НАРКОТИКОВ

- 4.1. Опиаты
 - 4.1.1. Лечение абстиненции агонистами опиоидных рецепторов
 - 4.1.2. Лечение абстиненции неопиоидными препаратами
 - 4.1.3. Симптоматическое лечение абстиненции
- 4.2. Психостимуляторы
- 4.3. Бензодиазепины

5. ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЛАПСА

- 5.1. Принципы
- 5.2. Применение фармакотерапии для поддерживающего лечения

6. ЗАМЕНИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОПИАТНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

- 6.1. Принципы заместительной терапии
- 6.2. Показания и ограничения при назначении заместительной терапии

7. НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕЛАПСА

- 7.1. Модель изменения
- 7.2. Когнитивная и поведенческая терапия
- 7.3. Групповая терапия

- 7.4. Семейная терапия
- 7.5. Группы самопомощи

- 8. РЕАБИЛИТАЦИЯ В ДНЕВНОМ ЦЕНТРЕ И ЛЕЧЕБНАЯ КОММУНА
 - 8.1. Дневной реабилитационный центр
 - 8.2. Реабилитация в лечебной коммуне
 - 8.3. Эффективность реабилитации

- 9. СОТРУДНИЧЕСТВО С ДРУГИМИ СИСТЕМАМИ
 - 9.1. Работа со случаем
 - 9.2. Сотрудничество с другими специалистами

- 10. МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ В РАБОТЕ ПЕРСОНАЛА В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ
 - 10.1. Требования безопасности персонала
 - 10.2. Обеспечение безопасности пациента
 - 10.3. Перечень правил по предотвращению заражения ВИЧ -ом и вирусом В и С гепатита на работе

- 11. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ
 - 11.1. Вступление
 - 11.2. Лечение передозировки опиатами
 - 11.3. Лечение состояний передозировки другими наркотическими веществами
 - 11.4. Лечение интоксикационных психозов

- 12. БЕРЕМЕННОСТЬ И НАРКОМАНИЯ
 - 12.1. Действие наркотика на плод и на новорожденного
 - 12.2. Рекомендации в период лечения беременных наркозависимых
 - 12.3. Нарушения здоровья новорожденного и их лечение Лечение передозировки опиатами

- 13. МОЛОДЕЖЬ И НАРКОТИКИ
 - 13.1. Законодательство
 - 13.2. Принципы адекватной лечебной тактики

- 14. ПРАВОВАЯ СИСТЕМА
 - 14.1. Полиция
 - 14.2. Система криминального надзора
 - 14.3. Тюрьма

15. ДОПОЛНЕНИЯ

Дополнение 1. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении наркозависимости

Дополнение 2. Групповая психотерапия при лечении наркозависимости

1. ВСТУПЛЕНИЕ

Больные с наркозависимостью наравне с другими больными имеют одинаковое право на медицинское обслуживание - Все врачи обязаны оказывать медицинскую помощь при любых заболеваниях, включая и нарушения связанные с употреблением наркотиков, независимо от наличия или отсутствия готовности наркомапа прекратить употребление наркотиков. Одновременно врач не обязан ни под чьим давлением делать больше, чем положено в соответствии с его должностью и специализацией.

Распространенность

Наркомания и наркопреступность являются новой проблемой для Эстонии. Злоупотребление опиоидами, амфетамином, капнабиноидами, седативными оредствами и снотворными выявлялось в меньшей или большей мере в течении двадцатого века, но никогда это не принимало таких размеров как в настоящее время. По данным исследования Эстония 1998 из числа взрослого населения 6,3% пробовали или употребляли наркотики и 0,1% употребляли в период обследования. По сравнению с 1994 годом возросло употребление в 4 - 5 раз. Около одной пятой молодых в возрасте 18-24 лет имели соприкосновения с наркотиками.

По данным обследования «Ученик 95» и «Ученик 99» среди учеников возрасте 15-16 лет за четыре года возросло в 2 раза употребление и пробование какого нибудь нелегального наркотика (соответственно 8% и 16%). Особенно возросло число молодых, пробовавших амфетамин (0,4 и 6,8%) или каннабис (7,2 и 12,7%). Больше употребление наркотиков среди неэстонской молодежи (29% из опрошенных).

Заболеваемость и смертность

Злоупотреблению наркотиков обычно сопутствует повышенная смертность. Длительное наблюдение опиатозависимых наркоманов в Великобритании показало, что их смертность около 12% превышала смертность общего населения. При употреблении инъекциями вводимых наркотиков, смертность таких наркоманов была в двадцать два раза выше смертности других наркоманов. В Эстонии нет точного обзора смертности наркоманов. Но за последние пару лет возросло

количество вызовов скорой помощи в связи с передозировкой героина. Особенно в Таллинне это каждодневное явление.

Число леченных больных с нарушениями психики и поведения связанными с злоупотреблением психоактивных веществ- (алкоголь, табак, лекарства и наркотики) возросло на 100 000 населения за 7 лет от 675,2 (1994) до 1002,1 (в 2000г). Число больных, леченных от наркотической зависимости превышает число леченных с проблемами алкогольной зависимостью. В 1994 году на одного леченного наркомана приходилось 40 больных с алкогольной зависимостью, в 2000 году было то соотношение 1:8 и в 2000 1:3.

В медицинских учреждениях зарегистрированные больные с нарушениями психики и поведения под влиянием наркотиков и психотропных веществ возросло на 100 000 число населения в два раза в 2000 году по сравнению с 1999 годом. В 2000 г находилось на амбулаторном и стационарном лечении 3770 наркомана. По сравнению с предыдущим годом возросло в 2000 году число больных в связи с употреблением опиатов (героина).

Данные медицинских учреждений о леченных больных с нарушениями психики и поведения под действием наркотических и психотропных веществ (исключены алкоголь и табак)

Год	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Люди	16,4	24,5	51,6	72,6	82,2	152,7	275,3

По данным 2000г из проходивших противонаркотическое лечение больных в большинстве это больные мужского пола (82%). Средний возраст лечившихся 22 года, но больше всего было пациентов в возрасте 18 л.

Начали употреблять наркотики до 19 летнего возраста 57%, и в возрасте 20-24 года 19% из числа поступивших на лечение. Большую часть лечившихся 89% составляют русские, эстонцев было 11%. Основными наркотиками были опиоиды 89% (из них героин 70%), на втором месте стимуляторы 7% (из них амфетамин и др амфетаминного типа наркотики 6%, экстази 0,1 %, кокаин 0,4%), на третьем месте каннабиноиды -4% (марихуана, хашиш).

Новые направления в наркополитике

Эстония присоединилась к конвенциям и ко всем основным международным договорам, которые определяют основные черты наркополитики, устанавливают международные требования в отношении изготовления, продажи и использования наркотиков в медицине, для избежания противозаконного использования наркотиков и для борьбы с наркобраконьерством.

5 июня 1996 г приняла Государственная Дума закон о присоединении к конвенции об единстве наркотических веществ и от 1971 г конвенцией психотропных веществ (ГУ II 1996, 19-22, 84).

От 01 11 1977 г, вступивший в действие закон о наркотических и психотропных веществах (ГУ I 1997, 52, 834) дает формулировку наркомании- **Наркомания это психическая или физическая зависимость, возникшая в результате употребления наркотических средств и наркоман это личность, у которого в результате употребления наркотических и психотропных средств имеется психическая или физическая зависимость от этих средств.** По закону параграфа 11,1 предвиденно лечение наркомании по согласию пациента по порядку предусмотренному законом о психиатрической помощи (ГУ I 1997, 16, 260).

Правительство Республики одобрило Социальным Министерством в 1997 г выработанные принципы наркополитики и программы предотвращения наркомании на 1997-2007 годы.

В 1998 г в Нью-Йорке проходившем особом заседании Главной Ассамблеи ООН принята политическая декларация, в которой подчеркивается значение всеобъемлющей и уравновешенной наркополитики, принятия мер пресечения незаконного распространения наркотических и психотропных средств, борьбы с наркобраконьерством, предотвращения употребления наркотиков, лечения наркоманов и оказания им восстановительной помощи.

В границах ВОЗ Европы «Здоровье для всех» в документе «Здоровье 21» одной целью поставлена задача уменьшить убытки приносимые алкоголем, наркотиками и табакокурением. Целью является уменьшение употребления нелегальных психоактивных веществ и уменьшение смертности от их употребления. Для достижения целей предлагается комплексная наркопрограмма со строгим контролем

распространения наркотиков, уменьшения потребления, уменьшения поражения здоровья под влиянием наркотиков и применение адекватной терапии.

Новым направлением в Европейской наркополитике все более распространяющиеся программы уменьшения убытка (harm reduction), где основной целью предотвращение правонарушений и распространения инфекционных заболеваний связанных с употреблением наркотиков. Прекращение или ограничение злоупотребления запрещенных веществ не является единственной целью. Крайне важным считается получение с наркоманом контакта и его сохранение, дача информации в вопросах здоровья и оказание социальной помощи. Настоящее руководство не дает подробностей программ по уменьшению убытков.

На удостоверительном материале основанная помощь наркоманам

В лечении наркомании используются разные лечебные приемы и программы, которые часто базируются на традициях и верованиях. Эффективность лечения по этим программам может быть очень разной. Использование современных методов лечения и реабилитации, эффективность которых подтверждена достоверными материалами, может дать хорошие результаты.

При освобождении от зависимости уверенность в социальной адаптации и поддержка друзей, семьи и других близких крайне важна. Обследования не подтвердили мнения, по которому для увеличения мотивации наркозависимый должен побывать на дне.

2. ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ

Для оказания помощи наркозависимому необходима верная оценка его состояния. Этим уметь должны овладеть все лечение проводящие специалисты для гарантии последовательности помощи и на разных уровнях обмена информации.

2.1. Цель оценки

1. Определение остроту состояния, нуждающегося в неотложной помощи.

2. Выявление злоупотребления наркотиков (анамнез, осмотр, анализ мочи).
3. Определение степени тяжести зависимости.
4. Выявление осложнения злоупотребления наркотиков, оценка выраженности асоциального поведения.
5. Выявление проблем, связанных с медицинскими, социальными вопросами и с состоянием здоровья (гепатит, ВИЧ).
6. Оценка мотивации пациента, выяснение причин обращения на лечение и возложенные на это ожидания.
7. Принятие решения о необходимости оказания медицинской или другой (социальной) помощи, стационарное лечение, консультации других специалистов, направление в реабилитационный центр итд.
8. Заполнение информативной карты проведения лечения и ее отсылка в информационный центр.

Пациенты обращаются сами или их направляют на лечение по разным причинам. В некоторых случаях связан приход на лечение с предстоящим судебным процессом или под другим побочным давлением. Причиной для обращения может быть другое нарушение здоровья и больной может умолчать о проблеме с наркотиками.

Когда врач выявляет эмпатию и воздерживается от порицательных замечаний, тогда больному легче говорить о своих проблемах.

В большинстве случаев для верной оценки состояния недостаточно однократной консультации. После окончания медицинской оценки нужно провести оценку социального положения и определить необходимость психосоциальной реабилитации или помощи. Критерии оценки состояния одинаковы, независимы от вида наркотика.

На первой консультации следует договориться о времени следующей встречи и

выделить для диагностического интервью и просмотра достаточно времени.

Желательно пригласить на прием вместе с больным его близких. От них нужно получить по возможности больше данных о проблемах пациента. Важная обязанность врача дать пациенту полную информацию об опасностях сопутствующих употреблению наркотиков.

2.2. Диагностика злоупотребления наркотиками

2.2.1. Анамнез злоупотребления наркотика

Важно выяснить время употребления наркотиков раньше и их употребление в настоящее время. Вниманию подлежат следующие вопросы:

Причины обращения

- Состояние после отмены наркотика
- Другие нарушения психического или физического состояния (кризис)
- Пациент устал от ситуации или прекратилась возможность получения наркотика из привычного источника
- Пациент желает получить помощь и он мотивирован для изменения своего поведения
- Недавнее нарушение здоровья или забота связанная с употреблением наркотиков
- Поведение пациента вызывает озабоченность близких (Родители, друзья)
- Угрожающий судебный процесс (Тюремное заключение)
- По совету криминального опекуна или социального работника
- Направлен другим врачом
- Желание получить совет и информацию об употребляемом наркотике
- Беременность
- Другие причины

Употребление наркотиков раньше и в настоящее время (в последнем месяце)

- С какого возраста началось употребление зависимость вызывающих веществ (в том числе алкоголь и табак)
- Какие вещества пациент употребляет и в каком количестве (Употребление смесей и злоупотребление алкоголем)
- Частота употребления или злоупотребления вещества и методы его введения
- Опыт передозировки
- После введения препарата возникающие атипичные реакции
- Симптомы возникающие при неполучении вещества

- Симптомы отмены вещества и сопутствовали им повторное употребление наркотика
- Расходы на приобретение наркотиков или алкоголя

Введение наркотиков инъекциями и риск заражения ВИЧ и гепатитом

- Информация о ВИЧ инфекции и о путях заражения В С гепатитом
- Настоящее употребление инъекциями вводимого наркотика и причина начала его употребления
- Возможность получения стерильных шприцов и иглолок
- Привычка пользоваться у других в употреблении бывшими шприцами и иглками
- Знает ли пациент правила безопасности при инъекциях
- Как пациент дезинфицирует иглы и шприцы
- Куда пациент выбрасывает использованные шприцы и иглолки
- Употребление кондом
- Пациент пробовал или думал об измене вида введения наркотика

Общий медицинский анамнез

- Компликации злоупотребления наркотиков-абсцес , тромбоз, вирусные инфекции, нарушения функции органов грудной полости
- Заражение В С гепатитом, если это известно
- Заражение ВИЧ, если это известно
- Инфекционные заболевания, в том числе туберкулез, венерологические Заболевания
- Нарушения менструации
- Операции, травмы, ушибы головы

Психиатрический анамнез

- Ранее бывал или в настоящее время находится на амбулаторном или стационарном психиатрическом лечении
- Были ли случаи преднамеренной передозировки наркотиков
- Бывали-ли состояния тревоги, депрессии или психотические состояния и назначались ли когда-то психотропные средства или анальгетики

Анамнез правонарушении

- Настоящие или ранее имевшие место контакты с правовыми органами в том числе с системой криминального надзора
- В прошлом несение наказания с тюремным заключением
- Правонарушения в настоящее время
- Предъявленные обвинения

Социальный анамнез

- Общая социальная адаптация. Положение в семье и наличие детей
- Злоупотребление алкоголем или наркотиками со стороны
- Сожителя, сожительницы, супруга , супруги или со стороны других членов семьи
- Наличие работы
- Наличие жилья
- Материальное положение, наличие долгов
- Воздействие злоупотребления наркотиков на социальную адаптацию

Ранее имевшие место контакты со специализированными медицинскими учреждениями или с социальной службой

- Ранее неудавшиеся попытки отказаться от наркотика
- Контакты с врачами, социальными работниками или с системой социального попечения
- Ранее имевшая место реабилитация, ее длительность и причины возобновления употребления наркотиков

2.2.2. Объективное обследование

Оценка мотивации

Готов ли злоупотребляющий наркотиками человек отказаться от них и изменить свой образ жизни. Важен реалистический подход и умение поддержать пациента в его стремлении достичь первоначальной, последующей и конечной цели. В медицинской и другой, наркомана поддерживающей деятельности нельзя руководствоваться отрицательным социальным взглядом на наркотики и на наркоманов. Наркоман встретивший в лечебном учреждении со стороны врача отталкивающее отношение к себе, не в состоянии добиться изменения. Нужна поддержка для мотивации лечения и отказа от наркотиков.

Оценка общего состояния здоровья

Врачебный осмотр дает возможность оценить общее состояние здоровья пациента и подтверждает наличие злоупотребления наркотиков (следы уколов, подкожные абсцессы, явления отмены наркотиков) и определить наличие осложнения.

Распространение некоторых инфекции среди наркоманов заметно распространено. Сюда относятся вирусный гепатит, бактериальный эндокардит, ВИЧ, септицемия, тромбоз глубоких вен, тромбэмболия легочной артерии, абсцессы и кариес.

Особенно велика опасность заражения среди колющихся наркоманов, использующих нестерилизованные шприцы или передающие употребленные шприцы другим наркоманам.

От инфицированных шприцов могут возникнуть местные или системные инфекции. От неумелой инъекции может возникнуть тромбоз вен или артерии.

Некоторые наркоманы вводят наркотик подкожно или внутримышечно.

При внутривенном введении может легко возникнуть передозировка.

Компlications при злоупотреблении наркотиков

А) связанные с наркотиком	побочные явления - запоры, галлюцинации итд Передозировка (нарушения дыхания, сознания)
Б) связанные с вариантом введения препарата	Астма (в результате курения) Абсцессы, целлюлит (от инъекции)
С) связанные с передачей шприцов и иглоок	В-и С гепатит, ВИЧ и другие инфекции передающиеся с кровью
Д) общие	анемия, явления недоедания, кариес, эрозия дентина

Оценка психического состояния

При злоупотреблении наркотиков всегда возникают нарушения психики как во время их действия так и в период их отмены- начиная с тревоги до развития психоза, нарушения сознания и даже состояния деменции.

Чаще нарушения психики выявляются после отмены препарата возникающем состоянии. Злоупотреблению наркотиков могут сопутствовать другие нарушения психики как изменения личности,

колебания настроения и психозы с угрозой суицида или с тенденцией к самоувечью.

При оценке психического состояния нужно иметь в виду следующие аспекты:

- **Состояние сознания и поведения** - ясность сознания, ориентированность в окружающем, способность к речевому контакту, заторможенность или моторное беспокойство, судороги.
- **Симптомы психоза**- бред, галлюцинации (Напр. Интоксикация галлюциногенами, стимуляторами).
- **Настроение**: депрессия (при отмене стимуляторов) Или эйфория/мания (интоксикация от кокаина, амфетамина), после прекращения злоупотребления седативных средств возникают тревога и депрессия.
- **Память и интеллект**: ухудшение когнитивной функции доходящей до слабоумия.
- **Изменения личности.**

Оценка социальной и семейной ситуации

При оценке нужно обратить внимание на выполнение общих социальных и семейных обязанностей и на стабильность общих бытовых условий. При наличии многих социальных проблем необходимо вступить в контакт с местной поддерживающей системой. Нужно оценить необходимость получения институционального или амбулаторного лечения или услуг социальной системы.

2.2.3. Специальные обследования

Лабораторные анализы

В соответствии с состоянием пациента, употребляемым наркотиком и методом его введения необходимо провести специальные лабораторные анализы:

- Клинические анализы крови и мочи
- Показатели функции печени
- Маркеры В гепатита
- Маркеры С гепатита
- Антитела вируса ВИЧ

Каждый анализ делают при сознательном согласии пациента.

Определение наркотика в моче

К дополнению анамнеза и физического осмотра анализом мочи можно подтвердить употребление наркотика. Это дает самые достоверные данные. Все-же полученные данные зависят от метода обследования и их нужно сопоставить с данными клинического осмотра. Всегда возможны ошибочные положительные или отрицательные ответы анализов. Анализ желателно сделать до начала лечения с согласия пациента. Также в ходе лечения проводимые повторные контрольные обследования проводятся с согласия пациента. Анализ мочи выявляет употребляемый наркотик.

Лабораторный анализ может быть квалитативным, на половину квалитативным или квантитативным (если надо определить количество наркотика).

Для анализа моча берется на месте. Достаточно 5 - 10 миллилитров. Анализ берется в условиях не дающих возможности загрязнения или подмены.

Экспрессдиагностикой можно определить квалитативно наличие чаще употребляемых наркотиков. Особенно подходят такие тесты для быстрой оценки при состояниях нуждающихся в неотложной помощи.

Если анализ мочи не соответствует анамнестичесим данным, нужно до дачи заключения повторить анализ мочи, так как возможны ошибка лаборанта или другие причины. Если анализ мочи отрицателен и нет явления употребления наркотика,видимо нет физической зависимости и оценка пациента должна соответствовать этим данным.

Иммунологические анализы Используются в случаях, где за короткое время надо провести анализ нескольких проб. Имеющиеся тестовые полоски и киты быстрого тестирования,основаны на методике иммуноанализа и употребляются для скрининга.

Радиоиммунный анализ (RIA), энзим-иммунный анализ (EIA,EMIT), флуорестентный поларизационный иммунный анализ (FPIA) и латекс агглюцинационный метод ингибирования. Для всех этих методов требуется относительно дорогая аппаратура.

Тонкослойная хроматография тут применима относительно дешевая аппаратура и этот метод советуется для подтверждения скрининга иммунного анализа. Метод трудоемок, требует опытного лаборанта и иногда может быть неточным.

Газохроматография и жидкостная хроматография крайне

чувствительный метод.

Употребляется для подтверждения положительного скрининг теста

Аппаратура дорога, требует для лаборанта специальной подготовки.

Газовая хроматография (массовая спектрометрия)-самый

чувствительный и наиболее специфичный метод определения

наркотиков в биологических жидкостях. Требует больших затрат на

аппаратуру и наличие специально обученного персонала.

Время, в течении которого можно определить в моче наличие наркотика (метаболита)

Название вещества	Приблизительный промежуток времени для лабораторной диагностики
Амфетамин	48 часов
Метамфетамин	48 часов
Барбитураты Кратковременные со средним действием длительного действия	24 часов 48 - 72 часов 7 дней или дольше
Бензодиазепины Ультгакратковременные (действие 2 часа), напр. Мидазолам кратковременные (2-6 часов) напр. Триазолам со средним действием (6-24 часа) темазепам, хлордiazепоксид длительного действия (24 часа) дiazепам, нитразепам	3 дня (терапевтическая доза) 12 часов 24 часа 40 - 80 часов 7 дней
Метаболиты кокаина	2 - 3 дня
Мегадон (поддерживающая доза)	7 - 9 дней
Кодеин / морфин / пропоксифен (метаболит героина морфин)	48 часов
Каннабиноиды (марихуана) Однократное употребление Умеренное употребление (4 раза в неделю)	3 дня 4 дня 10 дней

Частое употребление (ежедневно) Длительное и регулярное Употребление	21 – 27 дней
Метаквалон	7 дней
Фенциклидин	8 дней

2.2.4. Классификация нарушения психики и поведения (МКБ – 10)

Острое отравление (F1x.0) проходящее состояние, возникающее после приема алкоголя или другого психоактивного вещества, проявляется в виде изменения соматического и психологического состояния, измененных реакции и поведенческих функций.

Интенсивность интоксикации соответствует дозе и с прохождением времени явления интоксикации понемногу ослабевают до полного исчезновения, если не следует продолжения приема вещества.

Злоупотребление (F1x.1) прием здоровое поражающего вещества. Поражаться может соматическое состояние (напр гепатит в результате внутривенного введения вещества) или психика.

Зависимость (F1x.2) комплекс (синдром) соматических, поведенческих и когнитивных проявлений, при которых употребление вещества или веществ приобретает приоритет в отношении ранее ценных имевших поведенческих привычек. Важным признаком зависимости является непреодолимая тяга употреблять психоактивное вещество.

Диагностическое руководство

Зависимость можно с определенностью диагностировать при наличии в течении предыдущего года трех или больше раз следующих симптомов.

- А) сильная тяга и насильственная мысль об употреблении вещества;
- Б) при употреблении невозможность контролировать свое поведение, длительность употребления и количество вещества;
- В) по окончании приема или после уменьшения дозы вещества возникает состояние отмены (см F1x3 и F1x4), типичное для употребляемого вещества. Уменьшение дозы делается для улучшения самочувствия и избежания явления отмены вещества;

Г) возникновение толерантности проявляющееся в потребности повысить дозу вещества для достижения нужного состояния. При алкогольной или опиоидной зависимости принимаемые дозы могут у некоторых лиц привести к инвалидизации или смерти;

Д) свободное время заполняется добыванием и употреблением вещества вытесняя из жизни ранее имевшиеся возможности и интересы.

Е) продолжение приема вещества, несмотря на выраженное поражение организма напр поражение печени при алкогольной зависимости. Интенсивный прием вещества вызывает депрессивные эпизоды, нарушения когнитивных функций. Обычно трудно выяснить осведомленность личности об объеме и характере имеющихся нарушений.

Важным признаком синдрома зависимости является тяга к употреблению психоактивного вещества. Субъективное осознание состояния проявляется при стремлении прекратить прием или установить контроль над употреблением вещества. Этот диагностический критерий, к примеру, исключает хирургических больных, кому для обезболивания вводились опиаты, которые могут вызвать состояние отмены, но у больных не возникало тяги.

Синдром отмены (F1x.3) комплекс психических и соматических симптомов, разной тяжести. Выявляется после прекращения приема или после частичного снижения доз вещества в случае, если вещество принималось регулярно, длительное время и в больших количествах. Образование и течение состояния отмены вещества по времени ограничено и зависит от типа и количества принятого вещества непосредственно перед возникновением состояния отмены. Complicationами состояния могут быть припадки (F1x.31), делирии (F1x.40) или делирии вместе с припадками (F1x.41).

Психотическое состояние (F1x.5) нарушения психики, возникающие обычно во время приема или непосредственно после приема вещества. Этому состоянию характерны красочные галлюцинации (типичны слуховые, но часто связанные и с другими органами чувств), бредовые идеи (часто паранойдные), психомоторные нарушения (беспокойство или ступор) патологический аффект, интенсивность

которого может простирается от страха до экстаза. Сознание обычно ясное, но эпизодически может быть затуманено. Этому не соопутствуют состояния спутанности.

Амнестический синдром (F1x.6) ведущим симптомом является хроническое нарушение короткой памяти. При этом могут быть нарушения длительной памяти. При этом непосредственная память сохранена. Обычно нарушены восприятие времени и верная расстановка события по времени. Нарушено запоминание новой информации. Конфабуляции могут присутствовать, но не обязательно.

Резидуальное или позднее нарушение психики (F1x.7) при этом состоянии под воздействием алкоголя или других психоактивных веществ возникают когнитивные, аффективные нарушения личности или изменения поведения. Это состояние возникает после окончания приема психоактивного вещества. Различают ошибки памяти (F1x.70), нарушения личности или поведения (F1x.71), резидуальные аффективные нарушения (F1x.72), деменция (F1x.73), другие стойкие нарушения когнитивных функций (F1x.74) или поздний психоз (F1x.75).

3. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

3.1. Цель лечения и лечебный договор

Цель и план лечения

Основной целью лечения надо ставить стремление к прекращению приема наркотиков. Для этого нужно установить ряд подцелей, помогающих планировке лечения и поддержке готовности пациента участвовать в лечении.

Лечебный план можно ориентировочно подразделить на три части:

1. Лечение синдрома абстиненции (детоксикация) ставит целью моментального или поэтапного прекращения употребления наркотиков или смягчения, даже избежания острых явления отмены.

Проводится стационарно или амбулаторно.

2. Коррекция более стойких психических изменений и поведения, проведение лечения возможных соматических нарушений. Все это обязывает помимо фармакотерапии проводить психо- и

социотерапевтические мероприятия для укрепления мотивации и для улучшения возможности пациента справляться с самим собой в ситуациях риска. Проводится амбулаторно или институционально (напр в лечебной коммуне).

3. Поэтапная социальная реабилитация, предотвращение релапса, все направлено на закрепление ремиссии, разрешение проблем с жильем, учебой и работой. Проводится амбулаторно.

Возможные вспомогательные цели лечения

- Помочь пациенту сохранить свое здоровье до того, как поэтапное лечение и психосоциальная поддержка дадут ему возможность отказаться от употребления наркотиков;
- Стабилизировать состояние пациента смягчая явления абстиненции или назначая заместительную терапию;
- Укоротить эпизоды употребления наркотиков;
- Уменьшить риск релапса, возобновления употребления наркотиков в будущем.
- Уменьшить употребление нелегальных наркотиков и лекарств без назначения врача;
- Уменьшит связанный с приемом наркотиков риск заражения ВИЧ, В С гепатитом и другими инфекциями, распространяющимися через кровь и шприцы;
- Уменьшить криминогенную деятельность, связанную с целью добыть деньги на наркотики;
- Помогать пациенту справиться с личными, семейными и социальными проблемами.

Лечебный договор

Лечебный план нужно составить совместно с пациентом учитывая его лечебные надобности и его желания. Пациент должен понять, что выполнение поставленных целей зависит только от него. Желательно датировать сроки выполнения целей и создать измерения достижениями пациента в его стремлении к цели.

Хороший лечебный план должен содержать посильные, при напряжении достигаемые цели. При выдвижении нереальных целей пациент может прервать лечение. Желательно сразу в начале и до начала каждого нового этапа лечения составлять с пациентом письменный лечебный договор, в котором фиксированы условия

проведения лечения, что помогает пациенту и врачу разрешить любые проблемы, возникшие в ходе лечения. В лечебном договоре отмечены условия, при которых лечение прекращается.

Лечебная команда

Результаты улучшает проведение мультипрофессионального и комплексного лечения. В лечебном процессе при супервизии психиатра должны участвовать специалисты разных областей: психолог, медицинская сестра, социальный работник. Важен контакт с семейным врачом. Лечение больного с положительным анализом ВИЧ нужно проводить совместно с инфекционистом.

Поддерживающая личность

При амбулаторном лечении важно назначить пациенту из круга его близких, не наркомана, поддерживающим лицом. Этот человек оказывает пациенту поддержку в его изменяющейся жизни и помогает ему соблюдать условия лечебного договора. Данные наблюдения пациента со стороны поддерживающего лица дают врачу и другим членам команды ценную информацию.

3.2. Принципы лечения и связанная ответственность

Обязанности лечащего врача

1. Обязанность всех врачей гарантировать пациенту оказание помощи как при общих проблемах так и при злоупотреблении наркотиков, независимо от готовности пациента прекратить их употребление.
2. В ходе лечения нужно дать оценку общего состояния больного, выявить цель лечения, найти пациенту поддерживающую личность, подписать лечебный договор.
3. За проведение лечения ответственность несет врач, кто подписывается на рецептах и на ординациях. Ответственность нельзя возлагать ни на кого другого. Назначивший лечение врач отвечает за выдачу пациенту верной дозировки лекарств, за целенаправленность лечения, избегать возможности попадания лекарств на нелегальный рынок.
4. Проведение лечения при отмене наркотиков или при поддерживающей терапии заменителями (метадоп) может назначить

только психиатр. Лечение заменителем как после отмены наркотика так и для поддерживающего лечения нужно начинать в стационарном лечебном заведении. Прием заменителя должен происходить под наблюдением медицинского работника.

5. При амбулаторном лечении врач должен следить, чтобы пациент гарантировал соблюдение лечебного режима. Однократно выписывается пациенту однонедельная порция лекарств.

6. Назначенное лечение должно быть точно документировано.

Принятие решения для проведения медикаментозного лечения

При лечении прерывания приема наркотиков и при лечении абстиненции ведущее место у фармакотерапии и симптоматической медикаментозной терапии. После детоксикации необходимо для получения результатов корреляция поведения и усиление мотивации путем применения психо-и социотерапевтических методов для избежания релапса и улучшения реабилитации. В этой фазе лечения роль фармакотерапии уменьшается.

До начала лечения врач должен знать цель лечения. Для этого может быть:

1. Предупреждение или облегчение состояния связанного с отменой препарата;
2. Стабилизация употребления наркотика и стиля жизни. Прекращение употребления нелегальных наркотиков и с ними связанного нездорового поведения;
3. Вызвать изменения в отношении употребления наркотиков и в девиантном поведении пациента;
4. Сохранение контакта и укрепление содружественной работы с пациентом.

При злоупотреблении бензодиазепинов и барбитуратов в лечении отмены и абстиненции проводится ступенчатое снижение доз (желательно назначить карбамазепин). При зависимости от стимуляторов и каннабиноидов нужно моментальное прекращение приема и лечение состояния абстиненции. Применяемая фармакотерапия симптоматического характера (при надобности бензодиазепины, антидепрессанты, в случае психоза нейролептики).

При опиоидной зависимости лечение абстиненции можно лечить симптоматически, но более распространено поэтапное снижение доз с одновременным назначением заместительной терапии (метадон,

бипренорфин). После детоксикации в фазе избежания релапса наравне с психосоциальной терапией применяется опиный антагонист налтрексон.

В случае кратковременной (до 3 месяцев) или при средней длительности (до 6 мес) амбулаторного лечения заменителем врач должен определить:

1. какие изменения в употреблении наркотиков пациент желает,
2. в каком направлении хочет пациент изменить свой образ жизни,
3. каким образом лечение поможет достичь поставленных целей.

Назначение амбулаторно длительной (6 месяцев и дольше) заместительной терапии при абстиненции, назначение бессрочной заместительной терапии.

Можно провести при соблюдении следующих условий:

1. имеет место по меньшей мере 5 летняя тяжелая опиная зависимость;
2. возраст по крайней мере 20 лет и трижды неудачно завершившееся лечение по методикам , длящимися до 6 месяцев;
3. врач уверен в готовности пациента к сотрудничеству и желанию соблюдать лечебный режим и мотивирован отказаться от употребления нелегальных наркотиков и готов ежедневно приходить на прием препарата;
4. наличие семьи или поддерживающего лица, наличие программы реабилитации, не отмечается употребления смеси наркотиков, алкогольной зависимости, сопутствующих более тяжелых нарушениях психики.

Если у опиоидзависимого наркомана положительный ВИЧ, это является показанием для длительного заместительного лечения.

Прекращение неудавшегося лечения

Решение о прекращении неудавшегося лечения должно исходить из раннее составленного лечебного плана и лечебного договора. Если наркозависимый пациент не в состоянии придерживаться схемы лечения, продолжает употреблять наркотик и не напрягает себя для достижения цели, врач может поднять вопрос о прекращении лечения. Если удастся при согласованности с пациентом установить новые цели и согласиться на этом этапе лечения на более скромные достижения в

лечении. С другой стороны можно констатировать, что желаемые цели не достигнуты и лечебный договор надо расторгнуть. Лечение зависимости проводится добровольно. Несмотря на прерванное лечение, врач должен оставить пациенту возможность через некоторое время вновь обратиться на лечение. Если семейным врачом на лечение направленный больной прервал лечение или успешно его закончил, нужно информировать семейного врача.

3.3. Организация лечения зависимости

Организация лечения зависимости возложена на учреждения здравоохранения и социальной помощи и на новые структуры, созданные для разрешения проблем зависимости. На всех имеющихся лечебных уровнях должна быть подготовленность для занятия проблемой. Центральную роль в оказании помощи наркозависимым пациентам имеет система социальной помощи. Ответственность возложена на местные органы самоуправления. Увеличивается роль негосударственных, добровольных структур. Нет возможности создать одну едино-верную модель. Несомненно под особым вниманием должны быть большие города и кризисные районы.

Роль разных лиц организующих лечение наркозависимых пациентов и проводящих реабилитационную работу состоит в следующем.

Система психиатрической помощи:

1. Амбулаторная психиатрическая помощь, консультативная помощь, детоксикация, организация лечения и консультации, связь с сетью поддерживающих структур.
2. Психиатрическая служба в больнице общего профиля (60000 жителей в районе обслуживания, Сааремаа) Консультативная помощь, детоксикация, лечение и реабилитация, связь с сетью поддерживающих структур.
3. Психиатрическая служба центральной больницы, где оказание консультативной помощи, детоксикация, заместительное лечение-назначение и контроль за проведением.
4. Психиатрическая служба в региональной больнице- в дополнение к уровню психиатрической помощи центральной больницы диагностика сложных случаев, их лечение (сопутствующие тяжелые нарушения психики-шизофрения).

5. Частная больница с лицензией на психиатрическую работу-консультации, детоксикация, руководство лечения и реабилитации, связь с сетью поддерживающих структур.
6. Психиатрическая служба в тюрьме , консультации, программы лечения зависимости, консультации наркосвободных групп.

Другая система здравоохранения:

1. семейные врачи, оказание общей медицинской помощи наркозависимым, консультации, мотивация лечения и направление на специальное лечение
2. скорая и неотложная помощь при жизнеопасных состояниях
3. дежурная служба центральной больницы- неотложная помощь при жизнеопасных состояниях.

Социальная система:

1. социальная реабилитация и поддерживающая система для наркозависимых, консультации, дневные центры, лечебные коммуны.
2. государственная специализированная система помощи: дома опеки для наркозависимых подопечных (отделения).

Другие организации:

1. телефоны кризисной помощи
2. объединения типа АН и АА
3. кризисные центры
4. СПИД –вые центры
5. система оказания помощи членам семьи итд.

4. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ И СОСТОЯНИЙ ОТМЕНЫ НАРКОТИКОВ

В лечении абстиненции много методов и схем. В некоторых случаях используется только психологическая помощь или восстановительная терапия и процедуры физической медицины.

В данной главе дается обзор более распространенных методов лечения при состоянии отмены наркотика. Длительное злоупотребление больших доз наркотиков приводит при их отмене к состоянию абстиненции. Эти нарушения как психического, так и физического характера. Картина абстиненции, интенсивность проявления зависит от употребляемого наркотика, длительности его употребления, доз, от физического и психического состояния индивида. Лучшие результаты

дают сочетания медикаментозных и психосоциальных методов. Освобождение от наркозависимости- длительный процесс. После выхода из состояния абстиненции нужно длительно продолжать поддерживающее лечение для избежания релапса.

До составления лечебного плана и выбора лекарств нужно произвести оценку общего состояния здоровья, определить длительность употребления наркотиков, выраженность наркозависимости, выяснение социальной ситуации. На основании полученной информации можно назначить подходящий курс лечения. В легких случаях пациент может пережить отмену препарата без медицинской помощи (т наз холодный индюк), для чего необходимы хорошая мотивация и поддерживающая среда. Выбор лечебной тактики должен всегда быть выработан в сотрудничестве с пациентом, где каждое свое предложение нужно обосновать.

4.1. Опиаты

Опиаты это сильнодействующие с психоактивным воздействием наркотики. Они могут быстро вызвать тяжелую зависимость (нейроадаптацию) вместе с этим возникающими серьезными медицинскими, социальными последствиями. Из этой группы более распространенным является героин. Менее распространено злоупотребление на опиной основе обезболивающих средств (метадон, морфин итд).Опиаты вызывают тяжелое специфичное состояние абстиненции с выраженными психическими и физическими симптомами. Явления абстиненции могут проявиться через 10 - 12 часов после отмены препарата и достигают кульминации на 2 - 3 день. Острые явления понемногу утихают в течении пару недель. Из организма быстрее выделяющиеся вещества (героин) вызывают быстрее явления абстиненции, длительность которых относительно короче. При замедленном распаде наркотика в организме (метадон), явления абстиненции проявляются мепленнее и держатся дольше.

Главные симптомы опиной абстиненции:

Физические: Боли в мышцах, суставах, слезотечение, зевота, чувство жара и холода, отсутствие аппетита, боль в животе, тошнота, понос, подергивание мышц, сердцебиение, колебания кровяного давления, слабость, нарушение координации, асширение зрачков.

Психические: Тревога, беспокойство, депрессивное настроение, дисфория, агрессивность, нарушения сна, общии дискомфорт, стойкая тяга к наркотику.

4.1.1. Лечение абстиненции агонистами опиоидных рецепторов

Мегадон

В лечении абстиненции уменьшающимися дозами мегадона можно использовать кратковременные или длительные схемы (от 2 –х недель до 6 месяцев). Кратковременные курсы мегадоном следует проводить в условиях стационара так как быстрому снижению доз сопутствуют неизбежно умеренные явления абстиненции. При выборе длительности лечения целесообразно начать лечение в стационаре и продолжить амбулаторно. При выборе схемы лечения нужно исходить из характера состояния и социальных условия пациента. Амбулаторное лечение мегадоном разрешено начинать с 18 лет. При более младшем возрасте лечение проводится стационарно

Выборочным препаратом является **мегадоновая микстура 1 мг/мл** (регистрирована в Эстонии).

- Действие препарата длительное (24 – 48 часов), что облегчает дозировку и прием
- Облегчен контроль за порядком приема препарата
- Непереносимость препарата встречается редко
- Малодостоверно внутривенное введение
- Клиническая эффективность препарата клиническими наблюдениями подтверждена.

Организационные принципы лечения абстиненции и проведения заместительной терапии при зависимости от опиата содержащих препаратов фиксированы указом министерства социального обеспечения (см, допол, к мед, руководству).

Титрование доз мегадона и схемы снижения доз

Начальная доза

При назначении начальной дозы мегадона нужно выявить толерантность пациента на основании употребляемых доз опиата, частоты употребления и метода введения.

Одновременно нужно учесть длительность нахождения мегадона в плазме крови и наличие употребления других психоактивных веществ. Начальная доза должна гарантировать удовлетворительное психическое и физическое состояние комфорта. Возможность точного титрования поможет избежать передозировку. Кумулирующее, токсическое действие мегадона может привести к смертельному исходу. В практике были случаи смертельного исхода от

40 мг метадона. Первичной дозой должно быть 10 – 30 мг метадона. Через 4 часа нужно дать оценку состояния (абстиненции) и при необходимости дать добавочную дозу метадона.

- При выявлении легких симптомов ,нет необходимости повышать дозу
- При умеренно выраженных явлениях добавить 5 – 10 мг
- При выявлении тяжелых симптомов добавить 20 – 30 мг

При употреблении метадона как длительнодействующего препарата нужно учитывать возможность кумуляции. Быстрота снижения доз должна быть индивидуализирована и должна быть определена в сотрудничестве с больным.

Некоторые предлагаемые варианты лечебных схем:

Быстрая детоксификация метадоном, длится от 2-х недель до одного месяца. Эту схему желательно применять лицам с хорошей мотивацией и с не очень высокой толерантностью. Предварительно пациента нужно предупредить о возникновении неизбежных проявлениях абстиненции.

Пример двухнедельного курса 25 мг – 2 дня, 20 мг – 2 дня, 15 мг 2 дня, 10 мг – 2 дня, 5 мг- 4 дня.

Замедленная детоксификация (1 – 6 месяцев).

После стабилизации состояния (1 неделя) начинается уменьшение доз метадона по 5мг каждую неделю или через 2 недели. Начиная с 15 мг желательно замедлить уменьшение доз (по 2,5 мг).

В ходе лечения учитывая состояние пациента можно корректировать снижение начальных доз в направлении ускорения или замедления снижения.

Таблица конверсии

Вещество	Доза	Эквивалент метадона
Уличный героин	1 гр (степень чистотыколеблется)	50 – 80 мг
Фармацевтический героин	10мг таблетки 30 мг ампула	20 мг 60 мг
Морфин	10 мг ампула	10 мг
Дигидрокодеин	30 мг таблетка	3 мг
Петидин	50 мг ампула 50 мг таблетка	5 мг 5 мг
Бупренорфин	2 мг сублингвальная таблетка 8 мг сублингвальная таблетка	до 10 мг около 30 мг
Кодеинфосфат	30 мг таблетка	2 мг

Бупренорфин

Во многих странах бупренорфин употребляется в лечении абстиненции и при длительной заместительной терапии. В Эстонии препарат не зарегистрирован. Препарат влияет на опиинные рецепторы головного мозга и его действие продолжается не менее 24 часов. У препарата выявлены свойства метадона и налтрексона. Уменьшает абстиненцию и тягу.

Сублингвальная таблетка принимается 1 раз в день (таблетки по 2 мг и 8 мг). Исследования показали, что 8 мг таблетка соответствует 30 мг метадона. Его действие по сравнению с метадоном менее опасно, так как не вызывает паралича дыхательного центра. В больших дозах бупренорфин оказывает легкое эйфоризирующее действие. Препарат растворим в воде и его можно вводить инъекциями. Он встречается на нелегальном рынке и при его назначении должны быть приняты меры предосторожности.

Препарат можно назначить через 4 часа после последнего приема героина. Начальная доза 2 – 4 мг в день, повышать дозу до стабилизации состояния и после этого начинается медленное снижение дозы.

Левацетилметадон (ЛААМ)

Действие препарата заметно длительнее по сравнению с метадоном. Назначается один раз в неделю, прием через рот из-за длительности действия назначается при длительной заместительной терапии. В силу токсичности и длительности действия для лечения абстинентного состояния непригоден. Препарат в Эстонии не зарегистрирован.

4.1.2. Лечение абстиненции неопиоидными препаратами

Клонидин / Лофексидин

Препарат уменьшает активность норадренергических процессов в нервной системе затормаживая ауторецепторы подтипа альфа 2. Препарат вызывает гипотензию, по этому нужна регулярная проверка кровяного давления и при надобности лечение прекратить. У лофексидина по сравнению с клонидином гипотензивное действие слабее.

Лечебная схема лофексидина (1 таблетка 200 микрограмм):

Начальная доза 200 микрограмм 2 раза в день. При появлении симптомов абстиненции повышается доза до 200 - 400 микрограмм в день. Максимальная доза 2,4 мг после стабилизации состояния дозы понижаются в течении 4 – 5 дней. Препарат подходит пациентам с коротким стажем употребления маленьких доз наркотика.

Карбамазепин

Препарат достаточно эффективен для смягчения абстиненции. В первые дни стабилизируется состояние, после чего в течении недели идет снижение доз. При применении карбамазепина в лечении абстиненции нужно добавление симптоматических препаратов, можно комбинировать и с клонидином.

Одна из возможных схем карбамазепина

Леч день	утро	обед	вечер	поздний вечер
1 д	200 мг	200 мг	200 мг	200 мг
2 д	200 мг	200 мг	200 мг	200 мг
3 д	100 мг	200 мг	200 мг	200 мг
4 д	100 мг	100 мг	200 мг	200 мг
5 д	100 мг	100 мг	100 мг	200 мг
6 д	100 мг	100 мг	100 мг	100 мг
7 д		100 мг	100 мг	100 мг
8 д			100 мг	100 мг
9 д			0	100 мг
10 д			0	100 мг

Налтрексон

Антагонист опиоидных рецепторов, употребляется при опиоидной зависимости блокирующим средством в ходе поддерживающей терапии. Препарат блокирует опиоидные рецепторы на 72 часа, по этому его можно назначать 3 раза в неделю. Лечение можно начать через недельный перерыв после детоксификации. Препарат вытесняет героин из рецепторов. Так-как препарат вызывает сильно выраженную абстиненцию, по этому одновременно нужно начать интенсивную анестезию и седативную терапию. Эта методика применима при наличии условия интенсивной терапии (возможность искусственного дыхания, мониторинг жизненно важных функции организма).

4.1.3. Симптоматическое лечение абстиненции

При легких формах опиоидной зависимости можно симптомы абстиненции смягчить комбинацией различных препаратов:

Для снятия боли нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен) или слабые опиоидные препараты (трамадол, кетобемидон, кодеин содержащие препараты).

При тошноте и рвоте метоклопромид, при поносе лоперамид, при беспокойстве, тревоге, нарушениях сна нейролептики (тиоридазин, мелперон, лорпротиксен), с седативным компонентом антидепрессанты и кратковременно бензодиазепины, которые можно

использовать только, под контролем ибо могут быстро вызвать лекарственную зависимость.

При амбулаторном лечении абстиненции нужно при выписке рецептов на психофармаконы соблюдать принцип безопасности, необходим контроль со стороны поддерживающего лица за приемом лекарств и соблюдением, назначенного режима со стороны пациента.

Пациент и его поддерживающее лицо должны быть предупреждены о запрете тайного продолжения приема наркотиков и об опасности совокупного действия наркотиков и врачом назначенных лекарств.

При абстиненцией от опиоидной зависимости успешно применяется лечение акупунктурой, где выработана специальная методика.

Наравне с медикаментозным лечением абстиненции благотворно действуют легкие физические занятия (гимнастика) и многие процедуры восстановительного действия и процедуры физической медицины (водные процедуры, баня итд).

4.2 Психостимуляторы

Стимуляторами (кокаин, амфетамин, экстази, меткатинон/эфедрон и др) вызываемые состояния лечатся симптоматическими средствами. Заместительного лечения при зависимости от кокаина, амфетамина не имеется. При отмене стимуляторов выявляются нарушения психики: депрессия, эмоциональная лабильность, аторможенность, астения, нарушения сна. У некоторых больных возникают при отмене препарата достаточно неприятные соматического характера жалобы (спазмы, судороги, тремор, боли, сердечное недомогание). Антидепрессанты назначаются при депрессии, используются ингибиторы обратной задержки серотонина (циталопрам, флуоксетин, пароксетин и др).

При назначении антидепрессантов надо учитывать имеющуюся у больного повышенную толерантность.

При кокаиновой зависимости хорошие результаты давала иглотерапия и другие методы восстановительной терапии, методы физической медицины для поднятия физической активности. Основной считается психосоциальная поддерживающая терапия в периоде абстиненции.

4.3. Бензодиазепины

Широко распространено злоупотребление бензодиазепинами. У некоторых лиц достаточно быстро возникает сильная зависимость. Особенно подвержены лица с алкогольной или наркотической зависимостью. Часто зависимость возникает от бесконтрольного самолечения или при легкомысленном назначении врача.

Особенно противопоказаны бензодиазепины при опиоидной зависимости, так как потенцируют действие опиатов и при лечении абстиненции резкая отмена бензодиазепинов может вызвать состояние тревоги, неуверенности, чувства страха, нарушения концентрации внимания, потливости, бессонницы, слабости, боли, тошноты, сердцебиения, тремора итд. В тяжелых случаях судороги и психотические переживания.

При лечении абстиненции применение бензодиазепинов для заместительной функции стоит использовать кратковременно. Предпочтительны бензодиазепины с замедленным действием.

- В начале лечения надо найти наименьшую дозу, дающую снимающую абстиненцию.
- Желательно дневную дозу разделить на несколько приемов.
- Желательно снижать дозу на 10 – 25 % в течении каждых двух недель.
- При появлении симптомов абстиненции поддерживать дозу стабильной до исчезновения симптомов.
- Для уменьшения нарушения сна и настроения можно назначить антидепрессанты, нейролептики и общетонизирующие препараты.
- В ходе лечения очень важна психологическая поддержка со стороны медицинского персонала и близких.

Дозы диазепинов, соответствующие 5 мг диазепам

Хлордиазепоксид	15 мг	Лопразолам	0,5 мг
Лоразепам	0,5 мг	Оксазепам	10 мг
Темазепам	10 мг	Нитразепам	5 мг

5. ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЛАПСА

5.1. Принципы

После успешного выхода из состояния абстиненции нужно провести длительную поддерживающую терапию совместно с организацией реабилитационной программы. Без адекватной поддерживающей терапии возможность возникновения срывов очень велика. В поддерживающей терапии часто важна длительная фармакотерапия, но для получения положительных результатов необходимо применение психосоциальных методов. В лечебном процессе должны участвовать специалисты разных специальностей образуя команду. Периодически нужно давать оценку состояния пациента. Для этого необходимы регулярные встречи врача с пациентом, получение объективной информации о состоянии пациента от других членов команды.

При организации поддерживающей терапии наркозависимого, нужно учитывать следующие аспекты:

- Корректирование положительных и отрицательных нарушений психики и поведения.
- Лечение неврологических и соматических осложнений.
- Облегчение социальных и психологических проблем.
- Повышение устойчивости при стрессовых ситуациях.
- Поддержка мотивации.
- Лечение тяги к наркотику.
- Специфическая фармакотерапия для предотвращения релапса.

5.2. Применение фармакотерапии для поддерживающего лечения

После детоксификации на долгое время удерживаются тревога, депрессивное настроение, дисфория, нарушения сна, астения, общий дискомфорт, все это может вызвать релапс. Исследования показали, что у наркозависимых до начала употребления наркотиков имелись отклонения психики и поведения. По этому в поддерживающей терапии необходимы длительные курсы психофармакологическими препаратами. Подчас нарушения настроения бывают ведущим симптомом, по этому назначение антидепрессантов в поддерживающей терапии является необходимым. Использовать можно трициклические или тетрациклические антидепрессанты, а также препараты из группы ингибиторов обратного захвата серотонина. Для лечения тревоги и нарушения сна можно использовать нейролептики или их комбинации с антидепрессантами. В поддерживающей терапии нужно избегать

употребления бензодиазепинов и барбитуратов, легко вызывающих зависимость. В первые месяцы лечения поддерживающей терапии выдавать пациенту сразу по возможности меньшее количество лекарств для избежания передозировок и суицидальных попыток. В начале лечения нужно проинформировать пациента и его поддерживающее лицо о действии назначенных лекарств и о возможных опасностях (совместный прием с наркотиками).

При наличии неврологических или других осложнений, нужна консультация соответствующего специалиста и проведения им назначенного лечения.

К примеру *судофед* /псевдоэфедрин/ в домашних условиях наркоманами перерабатываемый продукт, дающий при введении инъекцией нарушения обменных процессов меди с поражением головного мозга, в лечении которого используется пеницилламин.

Из числа профилактических препаратов употребляется налтрексон-антагонист опиатов. При приеме внутрь он блокирует эйфоризирующее действие опиатов. Лечение можно начать после успешной детоксикации под регулярным наблюдением специалиста. Пациент а и его поддерживающее лицо нужно предостеречь об опасностях неверного употребления препарата. Употребление героина на фоне налтрексона может вызвать тяжелые нарушения.

Советы проведения блокирующей терапии налтрексоном:

- Препарат блокирует опиинные рецепторы на 72 часа.
- Лечение можно начать на 7 день после отмены героина.(при метадоне 10 дней)
- Лечение показано при хорошей мотивации и наличия поддерживающей социальной среды.
- Пациента надо предупредить об опасности употребления опиатов во время лечения, о опасности передозировки (желательно взять от больного расписку об ознакомлении с действием препарата).
- До начала лечения желательно провести провокационный тест налоксоном Ввести подкожно 0,4 – 1 мг налоксона и в течении одного часа фиксировать состояние. При наличии явления абстиненции нельзя начать лечение налтрексоном.

- Начать лечение с 25 мг в течении первых дней и при отсутствии побочных явлении продолжать лечение дозой 50 мг в день.
- Парарельно нужно применить поддерживающую психотерапию.

6. ЗАМЕНИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОПИАТНОЙ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Целью длительного заместительного лечения (обычно заместительное лечение метадоном) является уменьшение употребления иллегальных наркотиков. инъекции наркотика. уменьшение распространения опасных инфекционных заболеваний. жизнеопасных интоксикации. смертность. в обществе и криминального поведения наркозависимых. А также снизить расходы общества связанные с наркозависимостью.

6.1. Принципы заместительной терапии

Длительную заместительную терапию опиаты содержащими препаратами имеют право проводить только те лечебные учреждения. имеющие разрешение на оказание психиатрической помощи. (см. дополнение 3 лечебного руководства) Организация заместительного лечения нуждается в общегосударственной единой правовой регуляции. в координированной деятельности лечебных учреждений. в стабильном государственном финансировании. в квалифицированном персонале. При совместной деятельности нескольких институции (социальная помощь. полиция и др.).

При организации заместительной терапии нужно следить за следующими правилами.

- Адекватное титрование заместительной дозы должно происходить в первые месяцы лечения под прямым контролем психиатра.
- Препарат дается медицинским работником лечебного учреждения ежедневно . в определенное время в специальном для этого оборудованном помещении. Пациент принимает препарат под наблюдением работника. Препарат выдается для взятия с собой только при обоснованных, особенных ситуациях пациентам, уже длительно проходившим лечение, с хорошей дисциплиной и с хорошим общим состоянием.
- В ходе лечения должен быть установлен регулярный токсикологический контроль для выявления продолжения употребления наркотических средств. В начальной фазе лечения контроль должен проводится чаще (в течении 3 х первых месяцев контроль один раз в неделю).

- Попадание заменительных препаратов на незаконный рынок должно быть исключено.
- Заменительное лечение без психосоциальной поддержки малоэффективно.
- Сохранение низких доз заменителя в практике оказалось неэффективным. Лучшие результаты получены при дозе метадона 60 - 120 мг.
- По истечении каждого месяца нужно проводить комплексную оценку психического, соматического и социального состояния пациента.

6.2. Показания и ограничения при назначении заменительной терапии

Показания для назначения заменительной терапии:

- Тяжелая, не поддающаяся лечению форма опийной зависимости.
- 5- летний доказанный анамнез опийной зависимости.
- Повторное безрезультатное стационарное лечение.
- Опиинная зависимость с сопутствующими другими нарушениями психики.
- Тяжелая опийная зависимость и положительный ВИЧ.
- Рецидивное ассоциальное поведение, повторные криминогенные наказания.
- Пациент согласен подчиниться условиям проведения лечения.

Ограничения при назначении заменительной терапии:

- Возраст до 20 лет (исключением полож ВИЧ).
- Полинаркомания, сопутствует алкоголизм.
- Игнорирование требований медицинского учреждения.
- Ассоциальный образ жизни (нет места жительства, права на жительство итд).
- Пациент самовольно прервал лечение в течении последних 6 – месяцев.

Критерии прерывания заменительной терапии:

- В ходе лечения 2 положительных токсикологических анализа на наркотики в текущем месяце.
- Нерегулярное посещение медицинского учреждения (5 отсутствии в течении месяца).

- Повторное, необоснованное отсутствие при проведении лечебных программ.
- Необоснованная пауза в приеме препарата (5 дней). Для возобновления лечения нужно снова провести оценку состояния и провести титрование дозы.
- Агрессивное поведение в лечебном заведении, игнорирование требования лечебного договора.
- Непереносимость препарата.
- Переход на поэтапное уменьшение доз в целях детоксикации.

Некоторые препараты и вещества совместное действие которых с метадонам важно

Препарат	Эффект общего действия	Механизм действия
Алкоголь	увеличивает седативный эффект депрессия дыхания	добавочное тормозящее действие на цнс
Барбитураты	снижают уровень метадона усиливает седативное действие	стимулирует метаболизм ускоряющие энзимы
Бензодиазепины	усилив седативн действие	тормозит Цнс
Бупренорфин	усиливает седат.действие и депрессию дыхания	частичный агонист опиийных рецепторов
Карбамазепин	снижает уровень метадона	стимулирует энзимы печени, ускоряет метаболизм
Циметидин	может повысить уровень метадона	ингибирует энзимы печени и понижает метаболизм
Седативные антигистаминники	в больших дозах вызывают психоз	увеличивают психоактивное действие
Трициклические антидепрессанты	в зависимости от дозы усиливают седат действие	тормозящее действие на ЦНС
Эритромицин	теоретически должен повысить уровень метадона	замедляет метаболизм мета дона

Флуоксетин Флувоксамин	повышают содержание метадона в плазме	замедляют метаболизм метадона
Ингибиторы МАО	Раздражение ЦНС. Судороги .делирии.гипотензия	Неясно.По возможности избегать употребление.
Налтрексон Налоксон	блокируют действие метадона	антагонисты опиатов
Аскорбиновая кислота	понижает уровень метадона в плазме	увеличивает выделение метадона с мочой
Бикарбонат натрия	повышает уровень метадона в плазме	умньшает выделение метадона с мочой
Цопиклон	усиливает седативное действие	тормозит ЦНС
Нейролептики	в зависимости от дозы усиливают седативное действие	затормаживает ЦНС
Другие опиаты	увеличивают седатацию, тормозят дыхание	затормаживает ЦНС, агонисты

7. НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕЛАПСА

Лечение и восстановительные мероприятия направлены на изменение мышления и быта человека, для создания условия, помогающих человеку отказаться от приема наркотиков даже при доступности и легкости их получения.

7.1. Модель изменения

При направлении лечения надо учитывать раннее имевшее место злоупотребление наркотиков. Знания о разных этапах злоупотребления наркотиков дают клиницисту возможность принятия верных решений. Например молодой, недавно ставший наркозависимым, ожидает от жизни и наркотиков чего-то иного, чем с 20-летним стажем наркоман. С возрастом уменьшается употребление наркотиков и учащается отказ от них.

Социальное давление на взрослых наркоманов способствует отказу от наркотиков. Те люди, кто не смотря на давление продолжают прием наркотиков, попадают в обществе в маргинальное положение. Это дает мотивацию для обращения на лечение в течении многих лет наркотиками злоупотребляющим наркоманам. Практический опыт показывает, что при опиоидной зависимости прекращение употребления бывает намного реже по сравнению с другими наркотиками.

Применение модели изменения при лечении злоупотребления наркотиков

Дефиниция модели изменения дана со стороны Проуаска и Ди Клементе. Эта теория является основой для техники *мотивированного интервью* и ее можно применять для оценки состояния и лечения наркомана. Мотивация является предпосылкой для успешного лечения. Модель изменения помогает клиницисту усилить мотивацию пациента.

По данным модели изменения участвуют зависимые пациенты на изменения ориентированном лечебном процессе после прохождения известных стадий.

- **Стадия до размышления.** В этой стадии наркоман не осмыслил свою проблему, оправдывает свое поведение, и не думает об изменении своего отношения к наркотикам. Другие понимают, что у них существует проблема и изменения необходимы.
Эта стадия может длиться годами. Используя методику мотивированного интервью специалисты могут разъяснить пациенту возможные осложнения и этим помочь ему дойти до стадии размышления.
- **Стадия размышления.** В этой стадии человек осознает наличие проблемы и необходимость изменения. Он начинает оценивать хорошие и плохие стороны употребления наркотиков. К своему поведению человек подходит с некоторой амбивалентностью. В этой стадии человек нуждается в поддержке для принятия верных решений и направления своей деятельности (детоксификация, регулярное посещение лечебного учреждения). Для закрепления достигнутых успехов пациент нуждается в регулярной месяцами или годами длящейся поддержке, вселения вдохновения и уверенности.

- **Стадия решения.** В этой стадии человек принимает решение изменить свое поведение и планирует отмену злоупотребления наркотиков и первые шаги своего изменения.
- **Стадия действия.** В этом периоде человек начинает действовать, выбирает стратегию поведения для внедрения в жизнь нужных изменений. Обычно стремятся сами изменить свое поведение или присоединяются к какой-нибудь лечебной программе.
- **Стадия сохранения.** Задачей этой стадии является сохранение достигнутых успехов, избежать возвращения к прежнему, нежелательному поведению. При неудаче идет возврат к прежнему.

Возврат к прежнему (релапс)

Человек возобновляет прием наркотиков и с этим попадает в стадию до размышления или в стадию размышления. Этого нельзя расценивать как провал, наоборот, это поучительный опыт, который может в последующем дать успешные результаты.

При прохождении каждой стадии могут возникнуть неудачи, где человек возвращается в предыдущие стадии. Это не является исключением, скорее это правило. После лечения частой причиной неудач является попадание в прежнюю неудачную среду.

Модель изменения дает возможность выявить взгляды и манеры наркомана и оценить эффективность лечения. Лечение должно соответствовать конкретной стадии и индивидуальным потребностям человека. К примеру - нет клинических показаний для назначения заместительной терапии или детоксификации наркоману, кто находится в стадии до размышления. Задача клинициста вдохновить пациента начать размышлять о своей проблеме. При каждой стадии уместны разные психотерапевтические мероприятия.

В стадии до размышления нужно использовать мотивированное интервью и из разных источников исходящую информацию о сути и результатах проблемы.

В стадии размышления надо человеку помочь освободиться от амбивалентности, подходящим методом является мотивационное интервью и анализ за и против.

В стадии решения важны формулировка целей и планирование деятельности.

В стадии действия важны различные поведенческие и когнитивные техники, особенно контроль стимулирования, наблюдение за своей деятельностью и планировка, тренировка новых видов поведения, закрепление положительных видов поведения. Особенно важно в этой стадии поддержка обратной связи.

В стадии сохранения используются все методы для избежания спада. Особенно важны оспаривание убеждений в вопросах наркозависимости и формирование контролирующих убеждений. Нужно заниматься с пустотой в жизни пациента, возникающей после отказа от наркотиков. Полезные техники, способствующие умению справляться с жизненными проблемами.

7.2. Когнитивная и поведенческая терапия

Для избежания релапса в психотерапии чаще используется когнитив-поведенческая терапия. Большинство из методов этой терапии являются одновременно стратегиями для избежания релапса. Точное описание метода можно найти в 1, добавке леч, руководства. Для избежания релапса различают в деятельности 3 части.

- В первую очередь обучают пациентов познать и избегать ситуации с повышенным риском употребления наркотиков, анализировать нужно как внешние (личности, места, предметы) так и внутренние (мысли и представления) ситуации риска. Первоначально разумно избегать провоцирующих ситуации, использовать контроль стимула и отвлекающие стратегии.
- Следующим формируют умение предвидеть ситуации риска и освоить методику для справления с ними, освоить виды поведения для справления с отрицательными эмоциями, освоение социальных умений, напр, выработать привычку отказываться от наркотиков. Совместно с освоением умения нужно использовать ступенчатое экспонирование в отношении провоцирующих стимулов. Основным для избежания релапса является когнитивное оспаривание дозволенных убеждений в проблеме зависимости. Подсобным материалом можно использовать карты справления.
- Третья ступень- это основательное изменение стиля жизни. Обычно нужно помочь переформировать систему отношений, увеличить число занятия, не связанных с наркотиками, и обучить умению разрешения общих проблем. Иногда отмена

наркотиков означает для человека более глубоких изменений идентитета.

7.3. Групповая терапия

При нарушении зависимости на групповой терапии (см. леч. рук., дополн. 2) важна определенная структура и ясная постановка целей. Их идентификация. В групповой терапии действенны механизмы, которых при индивидуальной терапии нельзя использовать. Группа дает большую социальную поддержку, там возможно обучить на примере других и получить в порядке обратной связи данные о себе. С одинаковыми проблемами личностям легче найти между собой контакт. Человек приравнивает себя с другими и от других исходящая информация более действенна, учитывая с терапевтического аспекта специфику проблем, связанную с наркозависимостью. Для предотвращения релапса важна возможность проиграть ситуации риска и тренировать социальные навыки. Групповая терапия – это выборочный метод в длительных лечебных программах. Основой при групповой терапии могут быть использованы различные школы психотерапии (психодинамическая, гуманистическая, когнитивно-поведенческая, психодрама).

7.4. Семейная терапия

Лечение наркозависимости обычно направлено линейно на отдельных лиц с наркопроблемами. Центральным объектом в семейной терапии является вся семья, помимо семьи туда могут принадлежать и друзья, сотрудники и другие лица, посвященные данной проблеме. На теорию семейной терапии сильное воздействие оказывает теория системы, где проблемным является не один человек, а целое объединение, состоящее из всей семьи и ее окружения. Лечение направлено на взаимодействующее круговое объединение с целью, чтобы семья сама нашла нужные изменения системы, которые приведут к окончанию употребления наркотиков.

7.5. Группы самопомощи

Группы самопомощи как к примеру анонимные наркоманы (АН) помогают наркозависимому прекратить употребление наркотика и избежать возникновения релапса. В группе самопомощи инициатором и руководителем работы не профессиональный, зависимость лечат

человек, а бывший наркобольшой. Задачей врача остается передача информации о имеющихся возможностях.

8. РЕАБИЛИТАЦИЯ В ДНЕВНОМ ЦЕНТРЕ И ЛЕЧЕБНАЯ КОММУНА

Конечной целью лечения наркозависимости и реабилитации личности является помочь человеку начать жить без наркотиков. Такая возможность должна быть по крайней мере у половины наркоманов. Реабилитацию начинают проводить после прекращения приема наркотиков. Проведение реабилитации наиболее эффективно в условиях специальных дневных центров и в лечебных коммунах. Система таких лечебных центров и лечебных коммун в Эстонии еще недостаточно развита, в силу этого в данной главе использованы данные стран Западной Европы.

8.1. Дневной реабилитационный центр

В отличие от лечебной коммуны в дневном центре у клиента сохраняется связь с обществом. Обычно наркоман продолжает жить со своей семьей и он еще не стал выброшенным из общества.

Для успешного лечения нужно в дневном центре охватить в работу и семью наркомана, по крайней мере одного из родителей.

После прекращения приема наркотиков клиент выражает желание продолжить лечение в дневном лечебном центре там, организуется вступительное интервью, в котором участвуют помимо персонала и другие клиенты центра. Новый клиент должен объяснить, что хочет он лечиться и с какой целью хочет этого. Это бывает затруднительно людям, кто никогда не просит о помощи, хотя это может быть причиной злоупотребления наркотиков, из-за недоверия к людям. После удачного вступительного интервью принимается клиент в дневной центр. Ему назначается поддерживающее лицо из числа клиентов дневного центра, кто в течении первых месяцев выполняет роль старшего брата или сестры. В течении пару первых недель клиента сопровождает из дома в центр и обратно один из на лечении длительно пребывающих клиентов.

Каждодневное лечение распределено по групповым работам, в виде утренних совещаний о целях и способах мероприятия в рамках лечебных обучающих программ. Прослушивание выступлений самих клиентов.

Сообща занимаются спортом, художественной деятельностью, развивают коллективные предпринимательства. Если кто-то из клиентов вел себя отрицательно, обсуждается это в группах. Такие групповые занятия являются важным звеном лечебной работы. Аналогичные вопросы могут обсуждать мужские, женские группы в отдельности или группы с участием старших коллег, где обсуждают проблемы прошлого, настоящего и будущего. В обязанности клиентов входит соблюдение чистоты и порядка и приготовления себе еды. Работа проводится в командах, которыми руководит один из выбранных среди клиентов. Персонал дневного центра определяет положение каждого клиента в иерархии дневного центра. Один из клиентов выбирается координатором, который несет ответственность за распределение обязанностей и за контролем их выполнения. Персонал центра имеет право менять обязанности клиентов переводя их на другие должности. Таким образом клиентов приучают к ответственности и оказанию внимания к другим.

Важной задачей реабилитационной программы создать условия для учебы и выработать трудовые навыки.

Один раз в неделю групповой вечер проводится при участии родственников клиента, родители могут участвовать в групповой работе вместе со своими сыновьями и дочерьми или без них. Можно организовать групповую работу, в которой обсуждаются проблемы одной из участвующих семей.

В дневном центре может находиться на лечении около 20 человек. Персоналом могут быть с частичной нагрузкой психолог или психиатр, социальный работник, с частичной нагрузкой педагог и руководители групп (ими могут быть бывшие наркоманы, успешно закончившие программу). К персоналу может быть присоединен и терапевт по художественной терапии.

Продолжительность одной программы дневного центра длится 1,5 года. Успешно закончившим клиентам устраивается торжественная церемония в честь окончания.

8.2. Реабилитация в лечебной коммуне

В специальной лечебной коммуне гарантирована круглосуточная безнаркотическая среда. Если у наркомана нет постоянного места жительства и кто был связан с криминальной деятельностью-таким лицам показано в первую очередь лечение в трудовой коммуне.

При возможности законодательства можно в коммуну направлять наркоманов для проведения времени тюремного заключения.

Реабилитационная программа коммуны разделена на этапы. На вступительном этапе пациента готовят для пребывания в коммуне, проводится амбулаторно или стационарно лечение абстиненции. Как и в дневном центре, проводится вступительное интервью при участии некоторых членов персонала и других жителей коммуны. Новому члену назначается из числа персонала поддерживающее лицо, кто помогает справиться со вступительным этапом.

В лечебной коммуне каждодневные занятия проводятся по отделениям, их проводят из числа жителей коммуны выбранные лица.

Член коммуны, назначенный координатором, ему помогают ассистенты. Они помогают координировать работу и сохранять дисциплину. Вырабатываются специальные рутины для предотвращения деструктивного поведения. Используется словесное взыскание, которое проводят три члена коммуны, при этом виноватый не смеет потворчить.

Конфликты разрешаются на эмоциональном уровне в группах. Жителей лечебной коммуны учат не собирать в себя отрицательные эмоции, от них надо освобождаться, например криком. Такая работа групп длится 1,5 часа. Члены коммуны разделены на 10 членовые группы, куда могут каждый раз присоединяться разные члены коммуны. Целью этой работы приучить членов коммуны жить вместе с другими, считаться с эмоциями и поведением других. Иногда для некоторых тем выделяется больше времени для обсуждения. Житель лечебной коммуны проводит в такой среде один год. Это время разделено на 3 этапа, где на первом этапе приучают человека к рутине жизни в коммуне. На втором этапе человек начинает понимать причины возникновения наркомании и в третьем этапе идет подготовка для самостоятельной жизни.

Во второй половине программы играет важную роль ученье и освоение рабочих навыков. После годичного пребывания в лечебной коммуне житель коммуны переводится на реинтеграционную программу, ему дается отдельное жилье. Такому лицу разрешено умеренное употребление алкоголя если раньше не было проблем с алкоголем. Его учат посещать празднества без употребления наркотиков. Жители рабочих коммун могут участвовать в учебных программах и начать трудовую практику. По окончании трудовой программы резиденту устраивается в честь окончания торжественный вечер. Как в лечебных

коммунах так и в дневных центрах организуются родительские группы и отдельные группы для членов коммуны, имеющих стойкие отношения спартнером. Персонал лечебной коммуны аналогичен с персоналом дневного центра. Нет надобности в медицинских сестрах. Желательно иметь среди персонала бывших наркоманов, прошедших курс лечения, в лице их есть другим пример и доказательство того, что наркомания излечима. В лечебной коммуне хозяйственные работы выполняют жители сами, по этому пребывание там не обходится дорого.

Члены коммуны поочередно проводят ночные дежурства, отдельного дежурного персонала не надо. Один член персонала может быть ночью и в конце недели на домашнем дежурстве по вызову. Важно, чтобы в коммуне обслуживающего персонала было мало, в противном случае жители коммуны не поймут, что должны сами себе помогать. Они отвечают за порядок в своем хозяйстве и за проведение реабилитации. В одной коммуне может быть от 20 до 60 человек .

8.3. Эффективность реабилитации

Реабилитационные программы давали половине больных успешные результаты. Результаты улучшались при удлинении реабилитационного периода. Из числа людей прошедших программу от начала до конца, около 90% освободились от наркотической зависимости.

Результаты реабилитации улучшает участие родителей в процессе лечения, их поддержка уменьшает количество лич, прервавших лечение.

Реабилитация не дешева. Ясно то, если оставим наркоманов на улице или в тюрьме одних, с их проблемами, обойдется это обществу много дороже, не говоря о пользе, которую дают вылеченные наркоманы.

9. СОТРУДНИЧЕСТВО С ДРУГИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ

При разрешении проблем, связанных с употреблением наркотиков и других веществ вызывающих зависимость, интегративный подход явно эффективнее чем занятия. В последующем выявлены основные пункты для интегративного подхода.

Первичная встреча

Контакт с человеком, имеющим проблемы, налаживается при первой встрече. Обращение может быть к разным специалистам (психолог, психиатр, специальный работник наркополиции, детский инспектор и др). Первичный контакт может быть по начинанию самого наркозависимого или по инициативе других лиц. Специалист помогает при обращении сформулировать проблему и цель помощи. Формулировка цели со стороны самого пациента закладывает основу для активной, взаимной лечебной деятельности. В ситуациях, где из-за плохого состояния человек не может сформулировать свои проблемы и цель, это делается после улучшения состояния (напр. после детоксикации).

9.1. Работа со случаем

Работа с наркопроблемой представляет из себя работу со случаем. Даже при случае употребления одного вещества, может каждый отдельный случай и плановое разрешение его, быть разными. Различия могут быть связаны с употребляемым веществом, с его дозировкой, поведением группы, наличием поддерживающей группы или лица, стрессовых факторов, с своеобразием личности и уровнем интеллекта проблемного лица. При разборе случая центральным лицом является организатор работы со случаем.

Организатор случая

Организатором случая может стать каждый специалист, к кому обращаются. При хорошо организованной работе имеет специалист соответствующую подготовку. В лечебном учреждении может иметь соответствующую подготовку медицинская сестра. Организатор случая располагает информацией о случае и организует сам свою работу. При работе со случаем эффективна командная работа.

9.2. Сотрудничество с другими специалистами

Основой является командная работа между разными специалистами, нужными лицами для оказания помощи наркозависимому. Расширенность работы зависит от пациента, серьезности проблемы и от возможности охвата специалистов (ресурсы). При сложных проблемах командная работа необходима.

Собрание команды

Для планировки предстоящей работы одной рабочей формой является собрание членов команды, в которой участвуют человек наркопроблемой, психиатр, социальный работник, кто-то из родных или друг пациента. Возможно и более расширенный состав. На повторные собрания по одной проблеме можно приглашать разных людей.

Задачи собрания команды

Первичные задачи собрания:

- Уточнение проблемы
- Постановка цели
- Составление плана лечения и реабилитации

Поздние задачи:

- Оценка результатов работы
- Изменение задач
- Заключительная оценка.

Составление плана деятельности

Первоначально составляется план лечения и реабилитации. В лечебный план включена планировка психотерапии. Одновременно с лечебным планом составляется план реабилитации. При составлении обоих планов необходимо учитывать индивидуальность личности больного.

Основные принципы при интегративном подходе :

- Учет индивидуальных потребностей пациента
- При первой встрече нужно оценить психическое состояние пациента и, его социальное и семейное положение
- При участии больного проведение первого собрания команды
- Назначение организатора случая. Это гарантирует последовательность лечения
- Мультидисциплинарность, где участие нескольких специалистов

- Раннее планирование и начало лечения и реабилитации
- Гибкость, возможность в любой момент изменить лечение
- Активное участие самого пациента в процессе лечения
- Психотерапевтическая ориентировка на все процессы лечения и реабилитации

10. МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ В РАБОТЕ ПЕРСОНАЛА В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Сохранение лекарств и рецептов должно гарантировать их сохранность и защиту от кражи. Ужны выработанные сценарии действия при возникновении потенциально опасных ситуации. Персонал должен иметь возможность для срочного вызова помощи. Рабочий порядок стационара должен гарантировать обстановку защиты наркомана находящегося в состоянии абстиненции от воздействия извне и всячески препятствовать употреблению наркотиков в отделении.

10.1. Требования безопасности персонала

Лечение наркоманов и общение с ними имеет известную специфику, связанную с имеющимися у них изменении личности и поведения. Часто поводом для прихода на лечение служит не чистосердечное желание лечиться, а другие мотивы. Наркоманы могут явиться на лечение с явлениями явного опьянения или в состоянии выраженной абстиненции и такому состоянию сопутствует неадекватное поведение с неадекватными желаниями. Поведение наркомана может оказаться непредвиденным и агрессивным, как в период наркоопьянения так и во время абстиненции. Крайне осторожным надо быть с наркоманами опиийной зависимости. Такие наркоманы в период абстиненции обращаются на лечение с желанием моментально получить лекарства и выражение своих желаний часто бывает в ультимативной форме.

Общие правила поведения :

- Лечебное учреждение не обязано обслуживать больных в состоянии опьянения и с агрессивным поведением, исключением являются состояния требующие неотложной помощи
- От обслуживания нужно отказаться, если пациента приходит в сопровождении друзей, находящихся в наркоопьянении

- При консультации пациента со склонностью к агрессивности нужно гарантировать в работе открытость при участии нескольких работников
- В работе с агрессивным пациентом персонал должен сохранять спокойствие, но при этом резюлютное поведение не подчиняясь требованиям и угрозам
- В специализированном медицинском учреждении надо создать условия защиты. Персонал должен пройти соответствующую подготовку
- При опасных ситуациях нужно вызвать полицию или охрану.

10.2. Обеспечение безопасности пациента

Наркоманы в период абстиненции, в связи с своим неконтролируемым поведением, могут стать опасными для самих себя. Неконтролируемая тяга может вызвать спонтанное употребление наркотика в условиях стационара, во время лечения. Учитывать нужно и возможность злоупотребления другими лекарствами, что может привести к тяжелым последствиям. Нужно считаться с депрессивными состояниями в период абстиненции, что может привести к суицидам.

Для гарантии защиты пациента нужно запомнить следующее:

- При лечении абстиненции нужно гарантировать строгую изоляцию от внешней среды (закрытые отделения, палатный блок).
- Посещение пациента разрешается только членам семьи и лицам в соответствии с составленным лечебным договором.
- Прием лекарств должен происходить под строгим надзором персонала и возможность кражи лекарств должна быть исключена.
- В период абстиненции должен быть гарантирован контроль за состоянием и поведением пациента.

10.3. Перечень правил по предотвращению заражения ВИЧ-ом и вирусом В и С гепатита на работе

- Всегда носи перчатки, если можешь соприкоснуться с кровью или другими жидкостями тела. Меняй перчатки после каждого пациента и ему проведенных процедур. Использованные перчатки положи для них предвиденный контейнер, после снятия перчаток вымой и продезинфицируй руки.

- Носи маску и защитные очки в условиях, где может быть возможное соприкосновение с обильным количеством крови или других жидкостей тела или возможность выброса жидкости тела на персонал.
- Вымой руки и другие части кожи с обильной теплой водой и стиральным средством после попадания крови или другой жидкости тела на руки, дезинфицируй.
- Особенно осторожно обращайся со шприцами и иглами, канюлями и другими острыми инструментами;
 - никогда не старайся надеть на употребленную иглу защитную муфту, не делай никаких лишних действий с употребленными иглами и канюлями
 - все острые инструменты после употребления положи в защитную тару.
- Хотя слюна не есть передатчик инфекции ВИЧ и В С гепатита, при проведении оживления используй только фабричного изготовления лицевые маски.

11. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

11.1. Вступление

У наркозависимых больных в течении наркологической карьеры бывают повторные жизнеопасные состояния передозировки. Обычно бывают нежелательные передозировки. Однако надо учитывать и возможность передозировок с целью суицида. В течении последних лет в Эстонии возросло с тенденцией к увеличению число смертных случаев от передозировок.

Практически все наркотики могут вызвать при передозировке тяжелые соматические или психические нарушения.

Обычная интоксикация (наркологическое опьянение) не нуждается в неотложной помощи.

Критерием неотложной медицинской помощи является тяжелые нарушения в деятельности жизненноважных органов (нарушение сознания), паралич дыхания, судороги, нарушения кардиоваскулярной системы и др).

В неотложной медицинской помощи нуждаются также пациенты, у которых в результате передозировки возникли психотические состояния (при надобности насильственная госпитализация в

психиатрическое отделение), так-как в состоянии психоза больной может стать опасным для окружающих и для себя.

Внутривенное введение героина является частой причиной возникновения передозировок.

Распространенные причины передозировок:

- Разная степень качества нелегально приобретенного наркотика
- Снижение толерантности после перерыва приема (освобождение из заключения, выписка из больницы итд)
- Комбинированный прием основного вещества с другими психотропными веществами
- Безопытность
- Намеренная передозировка с целью суицида
- Насильственное введение вещества

11.2. Лечение передозировки опиатами

Передозировка героина частая причина смерти или инвалидизации. Нуждается в быстром медицинском вмешательстве и в госпитализации в приемный покой или в интенсивное отделение общей больницы.

Признаки: нарушение сознания, паралич дыхания, гипотония, брадикардия, дряблость мышц, сужение зрачков, исчезновение рефлексов, судороги, рвота.

Желательные лечебные мероприятия:

- Гарантировать открытость дыхательных путей, при возможности интубировать и проводить вентиляцию 10 - 12 раз в минуту. Для избежания аспирации положить на бок, при отеке легких дать дозированно кислород. Для лечения гипотензии повышающие давление препараты (мезатон, адреналин). Инфузия с кровозаменителем или физиологическим раствором.
- Сразу ввести антагонист опиата налоксон. Первоначально 1 - 2 мг внутривенно, при невозможности найти вену, вводят внутримышечно. Если состояние не улучшается, повторить процедуру через несколько минут, максимальная доза 10 мг. Действие налоксона кратковременна (2 часа), по этому пациент должен оставаться под наблюдением в течении 24 часов. При надобности инфузия с налоксоном (2 мг на 500 мл физиологического раствора). При отравлении метадонном

наблюдение в больнице в течении 3-х дней. Состояние функции жизненноважных органов надо проверять в течении первых 4 часов через каждые 5 минут. Взять анализ на токсикологическое обследование и клинический анализ крови. Под действием налоксона может возникнуть по приходу в сознание выраженная картина абстиненции с непредсказуемым поведением (агрессивность, побег). При отсутствии эффекта от антитода надо думать о употреблении пациентом нескольких наркотиков и нужно применить возможные методы ингенсивной терапии.

Часто после передозировки у наркомана первая встреча с медицинскими работниками в палате интенсивной терапии и создается возможность повлиять на наркомана, дать ему нужную информацию и найти мотивацию для начала лечения.

11.3. Лечение состояний передозировки другими наркотическими веществами

Такие наркотики как амфетамин, экстази, кокаин, галлюциногены могут тоже вызвать тяжелое жизнеопасное состояние, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи в условиях интенсивной терапии.

Чаще встечаются состояния тяжелой интоксикации с явлениями углубляющихся нарушении сознания, состоянием спутанности, судорогами, аритмии, гипертоническими кризами, дигратацией, нарушениями дыхания.

Для лечения передозировки указанными веществами не существует антитода, по этому в лечении применяются методы интенсивной терапии при состояниях острых отравлении, куда включена и состоянию соответствующая соматотерапия необходимо постоянное наблюдение за состоянием пациента, гарантировать открытость дыхательных путей, при надобности применить искусственную вентиляцию.

Для ускорения детоксикации восстановления гемодинамики инфузии с водой и электролитами, препараты для коррекции сердечной деятельности и нормализации кровянного давления, токсикологические и клинические анализы крови.

11.4. Лечение интоксикационных психозов

Многие наркотические вещества могут вызвать интоксикационные психозы, вызывающие неадекватное и опасное поведение в отношении самого больного или в отношении окружающих.

Пациент с явлениями нарушения психики нуждается в порядке неотложной помощи госпитализации в психиатрическую больницу. Психотическое состояние может провоцировать все стимулирующего действия наркотические вещества, галлюциногены, каннабиноиды, и другие без врачебного назначения для достижения особенного психического состояния применяемые вещества (тарен).

Признаки психотического состояния: дезориентация, беспокойство, чувство страха, галлюцинации, бредовые идеи, состояния дереализации и деперсонализации.

Принципы лечения:

- При беспокойстве пациент изолируется для гарантии безопасности для окружающих и для себя (при необходимости медицинское фиксирование).
- Выяснение употребленного вещества (объективные данные, токсикологические анализы, клиническая картина).
- Введение бензодиазепинов (диазепам 10 – 20 мг), при необходимости дозу повторить. Можно назначить галоперидол или другие антипсихотические препараты.
- Для ускорения выделения из организма наркотиков форсирование диуреза путем инфузии физиологического раствора.
- В ходе лечения наблюдение за кровообращением, сердечной деятельностью, дыханием, в случае необходимости симптоматическое лечение.
- Антиконвульсанты при гиперкинезах и судорогах. При отравлении стимуляторами избегать употребления карбамазепина.

Обычно интоксикационные психозы быстро купируются. При явлении затяжного психоза, возникшего в состоянии интоксикации, нужно учитывать возможность наличия манифестации других нарушений психики.

12. БЕРЕМЕННОСТЬ И НАРКОМАНИЯ

Вместе с быстрым распространением наркомании участилось употребление наркотиков среди женщин. В большинстве это молодые, в плодотворном возрасте женщины. Участилась серьезная медицинская проблема в связи с беременностью наркозависимых и с их поздним обращением в медицинское учреждение. В течении ближайших лет возможно прогнозировать увеличение надобности проводить детоксикационное лечение наркозависимым беременным женщинам. По данным всемирной практики результаты хорошо организованного лечения благоприятны как для ребенка, так и для матери. Организация лечения основана на командной работе разных областей специалистов, где участвовать должны гинеколог, педиатр, акушерка, семейный врач и специалист по наркомании. Для успешного завершения работы нужно присоединение социального работника. Исследования показали, что последующее развитие детей от наркозависимой матери зависит от бытовой среды и от качества воспитания, а не от врачебной помощи.

12.1. Действие наркотика на плод и на новорожденного

Тератогенное действие наркотиков на человеческий плод в настоящее время из-за методологических трудностей не нашло научного подтверждения. Наркомании часто сопутствует смешанное злоупотребление несколькими наркотиками, сопутствует этому нестабильный образ жизни. У подопытных животных определено возникновение врожденных уродств (аномалии костей, суставов, олового мозга) под влиянием амфетамина, конопли и ЛСД. Подтверждение нашло поражающее действие большинства наркотических средств на развитие плода и на ход родовой деятельности.

Низкий вес новорожденного-этому способствуют такие факторы как прямое воздействие наркотика на плод:

- У матери повторные абстиненции, передозировки, нестабильный образ жизни, неполноценное питание, инфекции и общее плохое состояние здоровья
- Преждевременные роды и раннее отхождение плаценты
- Повышенная перинатальная смертность, легкая заболеваемость и неожиданная смерть младенцев.

Явления абстиненции новорожденного возникают от регулярного приема большинства наркотиков, начинают проявляться через 24 часа после родов и могут длиться неделями, в некоторых случаях появляются через 2 – 3 дня. Интенсивность проявления абстиненции зависит от употребляемого наркотика, его доз и частоты употребления и от общего состояния здоровья матери. Возможные нарушения состояния новорожденного. Состояние раздражения центральной нервной системы, вазомоторные нарушения, метаболические, респираторные и гастроинтестинальные нарушения.

12.2. Рекомендации в период лечения беременных при наркозависимых

Желательно начать консультации и лечение в самой ранней стадии беременности.

Избегать надо резких колебаний доз наркотика и возникновения абстиненции, что может вызвать дистресс плода, преждевременные роды и смерть плода.

При абстиненции опиоидной зависимости используется агонист опиоидных рецепторов (метадон, бупренорфин) понижая дозы медленно и ступенчато. Для избежания абстиненции у новорожденного желательно за два месяца до родов закончить детоксикацию матери.

Если видно, что не удастся до родов успешно завершить лечение абстиненции или лечение не было начато слишком поздно, тогда желательно продолжить лечение заменительными препаратами до начала родов, используя по возможности меньшие дозы (15 мг метадона не вызывает у новорожденного явления абстиненции).

При заместительном лечении состояние беременной держится стабильным и состояние ребенка лучше.

При бензодиазепиновой и барбитуратовой зависимости беременной желательно как можно быстрее провести лечение зависимости.

При употреблении веществ типа амфетамина и кокаина желательно сразу прекратить прием веществ, так как нет возможности для заместительной терапии.

12.3. Нарушения здоровья новорожденного и их лечение

Лечение опиоидной зависимости у новорожденного зависит от тяжести состояния абстиненции, для оценки которой существуют разные шкалы. При более легких нарушениях нет необходимости в медикаментозном лечении. Здесь явления абстиненции пройдут и при

хорошем уходе. При купировании нег оющего конценсуса в отношении употребляемых лекарств. В практике используются разные препараты морфин 0,3 – 0,8 мг/кг/вдень, фенобарбитал 6 – 12 мг/кг/в день, хлорпромазин 0,55 мг/кг через каждые 6 часов, диазепам 1 – 2 мг через каждые 8 часов, метадон 0,05 – 0,1 мг/кг подымая дозу до исчезновения симптомов.

Мать с положительной реакцией ВИЧ может заразить новорожденного. Для уменьшения рмска заражения провести кесарево сечение. Трансмиссия вируса ВИЧ ребенку происхдит только около 13 % случаев. Положительный тест у новорожденного еще не свидетельствует о заражении, так-как антитела матери держатся в организме ребенка в течении меояцев. Новорожденный, у матери которого имеется вирусоносительство.

В гепатита, нуждается немедленной иммунизации в течении 24 часов для предотвращения развития стойкого вирусоносительства.

Если мать продолжает прием наркотиков, кормление ребенка грудью нежелательно, из-за попадания наркотика в грудное молоко. Кормление грудью противопоказанно и при положительной реакции ВИЧ и при С гепатите.

13. МОЛОДЕЖЬ И НАРКОТИКИ

13.1. Законодательство

Эта глава посвящена лечению до 18 – летнего возраста наркозависимых больных.

Ответственность регулирующие законы Эстонской Республики: закон о защите детей, закон о семье, закон психиатрической помощи, закон защиты личностных данных.

В соответствии с законом о защите детей нуждается ребенок в оказании немедленной помощи, если находится в условиях угрожающих его жизни и здорльвью или если ребенок сам своим поведением или поступками создает угрозу своему здоровью и развитию. Употребление наркотиков как вредящее здоровье занятие, чему сопутствуют подчас жизни и здоровью угрожающие условия, причислен к обстоятельствам, вкоторых ребенок определенно нуждается в помощи.

Со стороны обществнности родительские функции возложены на команду органов самоуправления, куда входят работник по детской охране, и социальный работник являются координаторами работы

рабочей команды. Такая команда воплощает ответственность всего общества за развитие детей.

Ребенок остается до разрешения своей проблемы под наблюдением команды местного самоуправления. Нужные мероприятия для разрешения проблемы ребенка в связи с наркозависимостью наводят наводят члены команды при обсуждении проблемы, где на основании мнения каждого члена команды принимается решение, защищающее интересы ребенка. Надобность лечения определяет врач, при возможности психиатр. Состав команд может быть разным в соответствии со своеобразием данного района. Выявившие проблему лица, организовавшие рабочую команду, могут меняться.

Сказанию неотложной помощи препятствует отсутствие согласия законного представителя то есть родителей. В таком случае необходимо в течении 10 дней определить дальнейшие действия. Необходимо по возможности скорее информировать родителей и начать сотрудничество с ними. При серьезной угрозе интересам ребенка (насилие, злоупотребления), что должно быть доказано, дает право работникам социальной охраны начать судотайство через суд об лишении родителей родительских прав на основании предъявленных документов для проведения лечения в возрасте до 18 лет наркозависимому нужно информировать родителей или или несущих родительские обязанности лиц, также получение их согласия и сотрудничество с ними.

Родительские обязанности выполняющими лицами помимо близких родственников могут быть работник по детской охране при районных или городских органах самоуправления или социальный инспектор при сельсовете В законодательстве отмечено, что на первое место ставится защита интересов ребенка в ситуациях, связанных с ребенком. Если обстоятельства угрожают жизни и развитию ребенка или ставят под угрозу благополучие и безопасность опекунов или детей и воспитателей опекунского учреждения дает социальному управлению право ограничить контакты ребенка с его родителями. Очень желательно информировать о решении родителя, но в принятии решения учитываются только интересы ребенка. Являются ли информирование родителя в интересах ребенка, то решают лечащие специалисты или с родительскими полномочиями личность и при необходимости совместно с полицией. Ребенку непреодолимыми кажущиеся ситуации при опытной поддержке легко найдут разрешение.

Выдача информации о состоянии здоровья ребенка и о проводимом лечении защищается законом о психиатрической помощи и законом защиты персональных данных.

В некоторых случаях может возникнуть вопрос о даче информации о состоянии ребенка школе и другим лечебным заведениям, эти проблемы разрешаются при каждом случае индивидуально.

13.2. Принципы адекватной лечебной тактики

Работа происходит с согласия родителей и семья пациента участвует в лечеб-

ном процессе. Основой деятельности является доскональный план деятельности и точно определяемая ответственность. Лечение проводится совместно с другими учреждениями и лечебными заведениями, участвующими в работе с молодежью. До лечения и в процессе лечения проводится доскональная оценка степени поражения ребенка, оценка возможностей и потребностей семьи и ребенка. Консультация и лечение проводится в щадящих условиях, где сохранена приватность ребенка, в условиях, способствующих возрасту соответствующее развитие, в условиях, вызывающих уверенность, дающие эстетическое удовольствие. Такая среда создана для лечения детей в помещениях для амбулаторного или стационарного лечения при участии с соответствующей подготовкой персонала. Улучшение состояния гарантируют занятия и виды общения. При выявлении у ребенка проблем с наркотиками узнавшее об этом лицо оповещает об этом родителей ребенка. При наличии стойкой проблемы нужно информировать полицию, семейного врача и социального работника. Социальный работник организует собрание местной команды и приглашает туда родителей вместе с ребенком. неявка на собрание ребенка и родителей и их явное отрицание проблемы, не является поводом для отмены обсуждения состояния ребенка.

В результате общей работы специалистов разных учреждений дается оценка состояния ребенка и принимается решение о дальнейшей тактике поведения, о решении врача (психиатра), о необходимости лечения и о выборе вида лечения.

Предпосылкой для амбулаторного лечения является хорошая поддерживающая работа, для совместной деятельности мотивированные родители. До лечения заключается договор с родителями или в их должности находящимся лицом или работником по детской охране.

Работа проводится в виде совместной работы разных специалистов и институции.

Ключевым лицом является организатор случая, кем может быть по договоренности медицинская сестра лечебного учреждения, воспитательница, социальный работник или другая, соответствующее обучение получившая личность. На этой работе может быть социальный работник или работник по охране детей из местного самоуправления.

Злоупотреблению наркотиков часто сопутствуют другие нарушения психики, что нужно в ходе лечения учитывать. Употребление наркотиков является симптомом свидетельствующем о комплексном нарушении развития личности ребенка. Систематическому употреблению наркотиков сопутствуют адаптационные нарушения, связанные со всеми сферами жизни :

- Нарушенные семейные отношения
- Нарушенная успеваемость в школе или исключение из школы
- Нарушенные связи со сверстниками

Возможно помочь ребенку стать в обществе самостоятельным, с жизнью справляющимся человеком при одновременном занятии с ребенком во всех нарушенных областях.

Психика ребенка нарушена в первую очередь в эмоционально-волевой сфере. Отмечается эмоциональная неустойчивость, нарушение концентрации внимания и саморегулировки импульсивность и очень низкая выносливость на напряжении.

Помощь состоит из нескольких фаз :

Активное лечение проводится в медицинском учреждении, включает отмену наркотиков и лечение психических нарушений. В этой фазе по возможности начинают заниматься с семьей.

Восстановительное лечение проводят в отдельной институции или дома. Домом может быть своя или приемная семья.

Направление восстановительной терапии решается в каждом случае отдельно исходя из надобностей ребенка и из имеющихся возможностей. Решение принимается группой специалистов, куда принадлежат активным лечением ребенка занимающиеся врачи, психолог, социальный работник совместно с ребенком и его родителями. При надобности подключается педагог и представитель молодежной полиции.

Оценивается положение, особенно степень нарушения в состоянии ребенка и исходящую из этого нужную помощь. В последующем находят оптимальное разрешение проблемы в соответствии с имеющимися возможностями. Для проведения этого в жизнь вступают в контакт с вспомогательной командой из институции или из окружения по месту жительства, вместе с кем уточняется вспомогательный план. В ходе работы происходят изменения в окружающей ребенка системе связей и через то происходит изменение социальнопсихологического окружения, что дает возможность улучшить личностное развитие ребенка.

Применяются разные виды работы психотерапии и социальной педагогики.

Исходя из конкретных надобностей организуется совместная работа с системой образования.

За ходом восстановительной или реабилитационной работой следит команда специалистов в течении периода до стабилизации психического состояния т.е. до времени, когда ребенок начнет регулярно посещать школу и будет иметь удовлетворительную успеваемость, восстановятся хорошие взаимоотношения со сверстниками и со взрослыми, окружающими его заботой.

Для достижения такого положения нужно ребенку создать среду, которая в состоянии дать ему тепло и поддержку с одной стороны и стабильные границы с другой стороны. Если своя семья готова переорганизовать свою систему связей и отношения, занимаются этим регулярно в рамках семейной терапии. Если это окажется невозможным или остается безрезультатным, тогда ребенок нуждается в приемной семье. Если найдется приемная семья, то нужно ее подготовить. Если приемной семьи не найти, нужно поместить ребенка в попечительский дом. Помещение в попечительское заведение может быть обусловлено значительными нарушениями личности ребенка.

В таких институциях проводимая работа охватывает несколько аспектов.

Аспект развития личности, действенен посредством среды, положительной и поддерживающей (дает поддержку для справления с жизнью, опыт переживаемых успехов совместно с доброжелательным отношением к подростку как к личности, это в отдельности от явно отрицательного отношения к некоторым чертам поведения) определяющей границы и способствующей освоению умения выбора и развития ответственности.

Аспект интеллектуального и социального развития, где гарантируется возможность продолжить получение образования в подходящей для молодого форме.

Аспект эмоционального и социального развития- происходит непрерывное осмысление каждодневных событий посредством групповых бесед, где обсуждаются взаимосвязи и связь с персоналом. Работа направлена на осознание своих чувств и потребностей и на поиски конструктивных изменений.

Если ребенок продолжает жить в своей или приемной семье и имеющиеся у него нарушения умеренно выражены, нужно применить вышеописанное аналогичное лечение в амбулаторной форме, гарантирующее поддержку сохранения границ в семейных взаимоотношениях. Продолжение получения образования в подходящей форме, регулярное участие в группе сверстников на групповой терапии или в группе развития личности с элементами терапии, при возможности развитие разных увлечений и занятия в соответствующих кружках. Мотивация ребенка- подростка вырастает из осознания того, что игнорирование границ поведения ведет к закрытому режиму жизни (институция или тюрьма для молодых с криминальным фоном).

Регулярный контакт между специалистами занимающихся одной проблемой дает возможность адекватно оценить состояние пациента и выявить реальные цели.

Для избежания рецидива и сохранения мотивации нужна периодическая оценка достижения во всех аспектах проблемы.

14. ПРАВОВАЯ СИСТЕМА

14.1. Полиция

Большинство злоупотребителей наркотиков попадают в противоречие с правовыми органами и попадают под стражу. Если у полиции есть основание подозревать заключенного в злоупотреблении наркотиками, он направляется для определения состояния опьянения в медицинское учреждение. При определении состояния опьянения в медицинском учреждении, надо руководствоваться указом Правительства Республики от 2.апреля 2001 г. ном..120 «определение состояния

опьянения и степени опьянения и порядок обжалывания назначенной степени опьянения».

При привозе лица в медицинское учреждение проводит оценку опьянения врач. Для определения содержания алкоголя и наркотических средств нужен материал для пробы берет врачом назначенный медицинский работник. Врач дает независимое заключение в соответствии с состоянием личности на основании своих знания. Признаки употребления наркотического или психотропного вещества или ими вызванное опьянение определяется в ходе медицинского осмотра, на основании клинических данных и анализа биологических жидкостей.

Состояние, связанное с употреблением наркотического или психотропного вещества подразделяется по тяжести:

- Признаки употребления наркотических или психотропных веществ. Опьянения нет. Не выявлены нарушения физических и психических функции и реакции. При лабораторном обследовании биологических жидкостей определено наличие вещества (веществ) в организме.

Состояние опьянения, связанное с употреблением наркотических или психотропных веществ, с нарушениями психических или физических функции и реакции или их изменения определяемы. Исследование биологических жидкостей показывает наличие в организме конкретного вещества (веществ).

По предписанному порядку употребление наркотических или психотропных веществ без предписания врача является противозаконным действием и личность может понести административное наказание в виде денежного штрафа в размере дневной заработной платы или административный арест до тридцати дней (адм.правов.закон пар. 158).

При повторном нарушении в течение года в связи с употреблением наркотических или психотропных веществ без предписания врача. После первичного несения административного наказания назначается наказание криминального порядка в виде штрафа или ареста или заключения до трех лет (Кр.кодекс пар. 202.5).

14.2 Система криминального надзора

Криминальный попечитель по законодательству должен принимать на попечительство в период назначенного срока наказания, должен оказывать помощь лицам несущим условно наказание,

освобожденным из мест заключения раньше назначенного срока должен помогать в вопросах трудоустройства, нахождения жилья, возможностей продолжения учебы и оказывать помощь при других бытовых и личностных проблемах.

Под криминальное попечительство назначенный обвиненный должен выполнять ряд контрольных предписаний, в том числе должен проделать лечение абстиненции и последующее лечение, на что дает свое согласие.

Если правонарушитель злоупотребляет наркотиками, возлагает это на криминальную систему попечительства известные обязанности:

- составление обобщения о ранее имевших место злоупотреблениях наркотическими веществами и предъявление обзорного плана проведения супервизии условного наказания;
- супервизия для условно наказанных, в том числе при случаях, где наказанию криминальной опеки сопутствует требование прохождения лечения ;
- планировка наказания и супервизия настоящих и бывших заключенных после освобождения;
- направление на консультирование и на лечение заключенных злоупотребляющих наркотиками.

14.3. Тюрьма

В тюрьме проводится лечение злоупотребления наркотиков в тюремной больнице или при медицинском отделе. Профилактику и социальную помощь

организуют социальные работники. Стратегия предотвращения распространения наркотиков в тюрьме предвидит помимо надзора обучение персонала, проведение лечения наркозависимых заключенных и внедрение в жизнь программ восстановительной помощи.

В местах заключения находящимся арестованным и несущим наказание надо предоставить такие же возможности лечения наркомании как это предвидено

в обществе. Особенное значение имеет профилактическая работа с ранним обнаружением наркозависимости.

Тюрьма как совершенно особенная среда требует применения специфических

условии организации охраны. Проведение лечения наркозависимости должно проводиться с полной ответственностью, с соблюдением мер предосторожности. Многие в данном лечебном руководстве описанные принципы хорошей практики применимы в этом контексте. В тюрьме работающие врачи должны иметь знания и подготовку для лечения состояния зависимости. Среди молодежи, злоупотребляющей алкоголем и наркотиками высокий риск суицидов, нуждаются молодые правонарушители в особенном внимании.

Злоупотребляющие заключенные должны быть информированны о инфекции СПИД-а и распространенности гепатита и о требованиях профилактики. Надо провести вакцинацию от В гепатита не болевшим. При выходе из тюрьмы нужно предупредить в случае возобновления употребления наркотика о возможной передозировке в связи со сниженной толерантностью. Совместная работа с амбулаторными учреждениями помогает регулярности лечения как при начале заключения так и после освобождения. Важно создание наркотических отделений где созданы благоприятные условия для нормализации поведения, периодически проводится по согласию с заключенными лабораторная тестировка для определения наркотиков.

15. ДОПОЛНЕНИЯ

Дополнение 1. Когнитивно –поведенческая терапия в лечении наркозависимости

Лечение наркозависимости эффективно при комбинации биологических и психотерапевтических методов. В лечении наркозависимости применяемая психотерапия должна быть хорошо структурирована и целенаправленна. Этим требованиям соответствует когнитивная поведенческая психотерапия, чья эффективность в лечении и предотвращении релапса доказанна, одновременно подходит эта терапия для лечения имеющих при наркозависимости колебания настроения со склонностью к депрессии и состоянию тревоги.

Обычно должен проводить лечение обученный психотерапевт, хотя когнитивное приближение и поведенческие техники применимы всеми специалистами, работающими с наркоманами.

Психотерапевтическое вмешательство должно быть в соответствии с фазой лечения. Важно направить внимание на мотивацию пациента с учетом специфики терапевтической связи.

1. Цель

Цель когнитивной-поведенческой терапии опровергнуть мотивацию. способствующую употреблению наркотиков, заменить их контрольными убеждениями и воздействовать на сохраняющие механизмы зависимости для достижения освобождения от наркотиков и избежания релапса.

Метод ККТ помогает пациенту выработать стратегии поведения для того, чтобы справляться с житейскими проблемами и отрицательными эмоциями избегая этим надобность применить наркотики. ККТ хорошо присоединяется к общей терапии и подходит к другим психосоциальным методикам, в том числе и к группам самопомощи.

2. Общие принципы ККТ

1. основой когнитивной поведенческой терапии является когнитивная модель психических нарушений. Считается, что при сохранении наркозависимости центральным фактором является сохранение убеждений и исходящие от них отрицательные автоматизированные мысли.

2. ККТ рациональна и логична.

3. ККТ направлена на активное сотрудничество с пациентом.

С наркозависимым пациентом затруднено создание терапевтической связи.

Что облегчается при применении ККТ. Пациент сотрудничает при постановке своих целей, в составлении плана работы и проведения процедур. В ходе терапии приобретенные умения должны стать стойкими методами самопомощи.

4. Когнитивный терапевт использует в основном вопросы помогающие пациенту изучить свои мысли и убеждения, помогает создать новые альтернативные точки зрения.

5. Когнитивная терапия структурирована и ориентирована на разрешение проблемы. Жизнь наркозависимого часто хаотична и нестабильна, по этому важно обследование системное и целенаправленное. У каждого лечебного сеанса имеется определенная структура.

6. Домашние задания- это своеобразие когнитивной терапии.

7. КТ может быть применена как амбулаторно так и в стационаре. ККТ техника подходит и для групповой терапии.

3. Когнитивная модель наркозависимости

Когнитивная модель наркозависимости описывает взаимосвязь вызывающих стимулов, зависимости способствующие убеждения, автоматизированные мысли тяга и поведение. Центральным звеном, сохраняющим зависимость являются когниции, это значит способствующие зависимости убеждения и автоматизированные мысли.

Провоцирующие стимулы.

Первым звеном в развитии зависимости является соприкосновение с событиями, которые усиливают убеждения о принятии наркотиков. Стимулы могут быть внутренними- отрицательные эмоции, боль, симптомы отмены наркотика и тд. Или внешние- соприкосновение с употребляемым веществом, людьми, с кем вместе занимались приемом итд.

Убеждение зависимости

С употреблением наркотиков связано 4 вида убеждения. Провоцирующие стимулы, активирующие убеждения о действии наркотиков на настроение и на регулировку физического состояния. Предупреждающие убеждения о действии наркотика как средства повышающего настроение и вызывающего состояние умиротворения. На облегчение направленные убеждения, возникают при усугублении зависимости. Актуализированные страсти усиливают разрешающие и с бесконтрольностью связанные убеждения. Дозволяющие убеждения оправдывают употребление наркотиков и отрицают с этим связанный риск. При усилении разрешающих убеждений даже при наличии не очень выраженной тяги начинается употребление наркотика. С неконтрольностью связанные убеждения усиливают употребление наркотиков. С релапсом связано чувство потери контроля после однократного незначительного употребления наркотика.

Автоматизированные мысли и представления . Активация убеждения вызывает возникновение автоматизированных мыслей и тяги к наркотикам. Автоматизированные мысли- это мимолетные ситуацию оценивающие мысли, являются кратким вариантом имеющихся убеждений. Типичны разрешающие мысли. Бывает и представление о начале употребления, например картина о себе при зажигании сигареты.

Поведение. Доставка. Употребление.

Если себе разрешено употребление, тогда внимание обращено на получение вещества. Стратегии поведения различны, в зависимости от вещества и потребителя. Может быть сложная система поведения, где

кажущиеся случайные и безопасные поступки могут привести к кризисному состоянию повышенного риска употребления..

В КПТ употребляются техники для воздействия на все части когнитивной модел

4. Своеобразие психотерапевтической связи при употреблении наркотиков

При употреблении наркотиков нужно учитывать положения, усложняющие терапевтические связи:

Во первых не всегда пациент приходит на прием добровольно, по этому они не готовы к изменениям. В отношении терапии у них много нефункциональных убеждений, они подчас недоверчивы и неоткровенны. Конфликты с законодательством часто выявляют сложность доверия и тут в терапевте они видят своего противника.

Во вторых пациенты могут расценивать свою проблему позорной и им трудно о ней говорить. Они не верят в желание терапевта им помочь, их понять и сохранить к ним уважение.

В отношениях очень важно:

- эмпатическая чувствительность и воздержание от оценки;
- частая обратная связь в виде вопросов и изучение убеждений связанных с терапией и терапевтом;
- необходимость умения ставить преграду употреблению и избегать роли покровителя употребления.

5. Техники когнитивно-поведенческой терапии

Используются типичные когнитивные техники. Их модифицируют в соответствии с видом проблемы и стадии лечения. С когнитивной терапией комбинируют поведенческие техники, способствующие тестированию наркотических убеждений и освоения новых умений для справления с проблемой.

Мотивация

Мотивация лечения при состоянии зависимости много важнее, чем при других психических нарушениях.

Когнитивные техники

Выявление когнитивной модели.

В начале лечения обучают пациента когнитивной модели употребления наркотиков. Для этого указывают исходя из опыта самого пациента на взаимосвязи между употреблением наркотиков и событиями эмоциями желаниями и когнициями. В первую очередь

выясняют как сам пациент понимает свои проблемы с наркотиками. Тогда подстрекают пациента искать другие возможные объяснения для возникновения и сохранения наркозависимости. При обсуждении модели выясняют, как употребляемыми техниками можно изменить свое мышление, убеждения и поведение. Основательно анализируются внутренние и внешние провоцирующие стимулы, омогают пациенту увидеть как события активизируют проблемы зависимости.

Выявление аутоматизированных мыслей и убеждений.

При употреблении наркотиков и при контроле. Обычно употребление наркотиков связывается

с действием внешних факторов и недооценивается значение и влияние собственных мыслей и убеждений.

Для этого первоначально нужно найти сохраняющие когниции. Для этого вместе с пациентом обсуждается недавний случай употребления наркотика, анализируют вызывающие стимулы, способствующие возникновению тяги ищут мысли, активировавшие тягу и разрешающие употребление наркотика. На последующих сеансах находят за мыслями стоящие убеждения. В перерыве между сеансами пациент сам наблюдает за собой. Каждый раз при возникновении желания пациент фиксирует ситуацию, возникшие эмоции, до и после тяги имевшиеся мысли приводящие к употреблению. Результаты самонаблюдения записываются в дневнике. Для выявления основных убеждений желательна техника снижающей стрелы.

Опровержение.

Следующим шагом является опровержение убеждений. Основной применимой техникой *сократовский опрос* для нахождения утверждающие убеждения и опровергающие обстоятельства. Посредством вопросов терапевт помогает пациенту изучить свои убеждения и найти альтернативные виды мыслей. Если на сеансах проводились упражнения с опровержением, то в перерывах между сеансами пациент продолжает тренироваться отмечая в добавочной графе дневника результаты опровержения (альтернативные мысли и убеждения). Ведение дневника помогает пациенту справиться с регулировкой настроения без надобности наркотиков.

Переименование ответственности.

Наркозависимые часто связывают употребление наркотиков с внешними причинами, а не с внутренними факторами. Важным шагом в процессе лечения является оказание пациенту помощи, чтобы он

увидел свою роль и ответственность в возникновении и стойкости проблемы. Для этого используется сократический опрос для опровержения идеи, что причиной возникшей зависимости являются другие люди или тяжелая жизнь.

Выработка контрольных убеждений.

Параллельно с убеждением, способствующим употреблению наркотиков имеются и контролирующие убеждения, уменьшающие возможность употребления наркотиков. В ходе лечения необходимо усилить имеющиеся и создать новые, контролирующие убеждения. Одной стратегией тут является опровержение убеждения зависимости, другой возможностью анализ за и против. Для закрепления контролирующих убеждений можно использовать карту о справлении с собой.

Анализ за и против

Употребляется в лечении для мотивации, также и для опровержения разрешающих убеждений и укрепления контролирующих убеждений. Пациенту помогают перечислить и переоценить приоритеты и побочные явления употребления и неупотребления наркотиков. Для этого пациент заполняет таблицу с четырьмя полями, где отмечены употребление: неупотребление наркотиков, положительные и отрицательные стороны. При изучении преимуществ употребления наркотиков, надо обсудить и возможности достижения одинаковых результатов без употребления наркотиков. В результате пациент должен получить объективную оценку своей наркопроблеме.

Техника представления

Употребляется для увеличения самоконтроля и воздержания от наркотиков. Представляют себе ситуацию риска, в которой обычно употребляли наркотики. При возникновении тяги пациент активизирует контрольные убеждения. Представления можно использовать в аналогичной ситуации для отвлечения мыслей. В представлениях можно проиграть виды поведения для справления в ситуации риска.

Поведенческие техники

Чаще употребляемые техники для наблюдения и планировки деятельности и контроля стимулов. Для обучения новых видов поведения проводят упражнения по поведению, моделирование, игры ролей, дачи обратной связи.

Можно использовать ступенчатые задания, экспонировку и релаксационные техники. В добавку к прямому изменению поведения помогают эти техники опровергнуть зависимость сохраняющие когниции.

Планировка и прослеживание занятия

Отказ от наркотиков означает для наркомана коренное изменение стиля жизни. Во избежание риска возобновления приема пациент нуждается в поддержке. Во первых пациент должен начать вести дневник о своей деятельности. Во вторых надо организовать занятия, отвлекающие от наркотиков, дающие чувство уверенности, наслаждения. Особенно важно планировать занятия в ситуации риска (концы недели, отпуск).

Техника контроля стимула

В начале лечения важно уменьшить соприкосновение со стимулами, которые по всей вероятности вызывают употребление наркотиков. По этому нужно выявить ситуации и состояния высокого риска. Первоначально планируют условия для избежания соприкосновения с такими стимулами, в последующем обучаются методами для справления с такими ситуациями.

Справление с бытовыми проблемами.

Частыми проблемами в жизни наркозависимого связаны с работой, связями, хозяйственными и правовыми вопросами, которые могут стать критическим стимулом для возобновления употребления наркотиков. Наравне с когнитивными техниками подходят и другие техники поведения как техника ступенчатых задач, тренировки социальных навыков и техника разрешения проблем.

Справление с тягой.

Для справления с активированной тягой помимо описанных техник ККТ можно использовать метод отвлечения внимания, карты справления с проблемой, техники воображения, трудовые планы и упражнения релаксации.

Дополнение 2. Групповая психотерапия при лечении наркозависимости

При применении групповой терапии для наркозависимых нужно предварительно определить у клиентов, участников терапии, наличия общих характерных черт, выявление которых повысит эффективность метода.

У наркозависимых имеются узоры поведения, свойственные большинству из них. Обычно этим людям свойственен идентитет.

Провалившегося, с низкой самооценкой, отрицательной картиной своей личности, крайней неустойчивостью. Одновременно они не доверяют другим и не могут ни к кому обратиться за помощью. У них страх отвержения, они не в состоянии сохранять эмоциональные связи. У таких личностей затруднено выражение своих эмоций и контроль над ними. Они ведут себя манипулируя, избегая ответственности. Характерна низкая фрустрационная переносимость, несостоятельность акцептировать удачи, они мастерски отрицают свои проблемы. Вместо разрешения проблемы они отказываются от борьбы, скрываются в мире алкоголя и наркотиков, замкнувшись в себя притворяются, что у них нет никаких проблем. Таким образом они отдаляются от нормальной жизни, не выбирая при этом смерть.

Учитывая такие своеобразия личности применение обычных методов психотерапии затруднено. В дополнение к зависимости дает наркотик возможность кажущегося разрешения своих проблем.

В связи с этим применение индивидуальной терапии наркозависимым нецелесообразно, так же из за отсутствия доверия к терапевту, что является в лечении крайне важным.

Наркозависимым часто удается подключить в свою игру психотерапевта для сохранения своей зависимости. Для сохранения такого положения наркозависимые говорят о себе в соответствии с желаниями и целью терапевта. Недирективный подход дает слишком много возможностей для вышеописанных игр и по этому неподходит.

В групповой терапии по сравнению с индивидуальной можно понемногу увеличить доверие. Первоначально доверяет наркозависимый одиночных членов группы, позже приучается доверять всей группе в целом. Наличие одинаковых проблем сближает членов группы, увеличивает доверчивость. В группе трудно продолжить игровое поведение, другие члены группы в силу своего опыта это сразу поймут.

Непрофессионалами организованное движение *Анонимных Алкоголиков* оказалось крайне эффективным в лечении алкоголизма. Со стороны члена клуба АА Чак Дедериха создана коммуна Синанон, где проводились регулярные встречи членов, где открыто обсуждалось поведение каждого члена. Занятия описанных групп называли игрой и такая форма занятия стала основой в терапевтической работе коммун (Casriel, 1963 ; Yablonsky, 1965).

По аналогии с коммуной Синанон создавали лечебные коммуны для наркозависимых, с целью направлять туда для продолжения лечения после пребывания в лечебнице (Сугарман, 1974, Де Леон 1974). «Игры» стали называть «встречающимися группами».

В лечении наркозависимых применяются помимо групповых встреч ряд других методов групповой терапии для амбулаторного и стационарного проведения. Нижеописанные методы групповой терапии оказались самыми эффективными в проведении терапии наркозависимых.

Тренинг самоутверждения

Целью этого занятия изменение своего поведения. Эта форма групповой терапии направлена на развитие способности постоять за себя, постановки границ и повышения самооценки. Важно осознать членам группы о возможности принятия решения. В ходе тренировки обучаются несению ответственности за свои желания, высказывать честно и ясно свои чувства и мнения сохраняя чувство уважения к другим. По методике Голдштейна работающие группы с употреблением игры ролей тренировки социальных навыков и проигрывания часто встречающихся ситуации. Все это близко связано с тренировкой самоутверждения.

Психодрама

В психодраме эмоционально проигрывается проблемная ситуация из жизни человека с участием членов группы, применяется в амбулаторной практике и в стационаре. Для эффективности терапии нужна достаточная мотивированность человека. В процессе психодрамы доходят до эмоционального катарзиса и интеграции полученного опыта.

Человек играет в течении своей жизни проигрывая и то, чего в реальности нет (Морено, 1946 – 1069).

Объединяющая психотерапия (процесс нового идентитета)

Метод групповой терапии, созданной психиатром Дан Гасриелом. После посещения Синанона в 1963 г. создал он первую лечебную коммуну для наркозависимых под названием «Село Восходящего Солнца». Метод основан на опыте, что выживание эмоции громким криком не только приводит к катарзису, но приводит к изменениям во взглядах и в поведении. Объединяющая терапия направлена на обучение человека познать духовную и физическую близость к другому человеку для создания личных связей. Гасриел считает, что потребность в близости одна из основных нужд человека. В групповой работе три основных направления, опора на чувства, поведение и на мысли. Выражение чувств начинается с пяти основных эмоций-страх, злора, боль, удовольствие, любовь. Хотя считается целью близкой связи удовольствие но это может быть связано со страхом и болью. Если человек приближается слишком близко, возникают злора и страх. К эмоциям борьбы и побега может присоединиться обледенение эмоции. Алкоголь и наркотики могут усилить эту замкнутость, закупоренность. Гасриел назвал свой метод процессом создания нового идентитета, ядром которого является освобождение от неверного идентитета. Неверные оценки как «меня не существует» или «я недостаточно хорош», «другой человек важнее», «мне ничего не нужно», «у меня нет выбора», «я не удостоен любви», «я не отвечаю» мешают человеку наслаждаться жизнью. Целью этого метода изменить взгляды людей и создание нового идентитета (Гасриел, 1972). Этот метод распространен во всем мире под названием обобщающей психотерапии.

Рационально-эмотивная терапия

Методика, внедренная Эллисом обучает клиентов к использованию своей состоятельности делать выбор. В ходе терапии знакомятся с разным опытом. исходя из принципа, по которому от таких взглядов как «я должен», «от меня ожидают» и «я обязан» нужно освободиться. РЭТ можно проводить индивидуально и в групповой работе (Эллис, 1975)

Группы встреч

В группах встреч внимание направлено на поведение человека. Членов группы сопоставляют между собой, обращая внимание на поведение, которое для них отрицательно. В той конфронтации используется давление со стороны группы. Такое сопоставление вызывает разные эмоции. Человека ободряют для выражения своих эмоций в группе. В

последующем занимаются анализом причин для возникновения проблем в отношениях к себе и к членам группы. Открытое высказывание своих проблем облегчает человеку понять суть проблем. Часто вначале групповая работа проходит крайне интенсивно, эмоционально и агрессивно. Через некоторое время, после анализа полученного опыта, возникает между членами группы эмпатия и чувство взаимной близости. В работе группы важно концентрировать внимание на определенную тему, при наличии больших сопоставлении, возникает хаос. Каждый участник группы должен иметь возможность постоять за себя при необходимости. Надо следить, чтобы внимание группы не было слишком длительно направленно на одного члена, особенно, если человек принял сильную защиту и может под напряжением сопоставления полностью закрыться в себе. В такой ситуации нужно внимание направить на других. При необходимости можно в конце сеанса вновь обратиться к первоначальному члену группы.

Помимо через фокусирование оказываемое давление можно использовать и другие техники. Используется техника «тут и сейчас» с действующим преувеличением. Для повышения эмоционального тона используется кричание. Большинству членам группы это чуждо, но они по привычке скрывают свои чувства.

Если между двумя членами группы возникло недоразумение, их окружает группа и сообща разрешают конфликт. Разбор конфликтов проводится в группах встреч лечебных коммун. Эта работа помогает разобраться в своих чувствах, которые многие годы были подавлены и учит управлять ими. Групповой сеанс длится около двух часов. В заключение можно сказать, что поступки и слова самого человека важнее, чем то, что он слышит от других членов группы (Бланк, 1971, Коойман, 1993).

В групповой психотерапии наркозависимых используются другие виды психотерапии. Вспомогательным методом биоэнергетику, где человек приучается справляться со своими эмоциями, например с болью. Увеличивается сознательность человека в отношении своего тела (Лоуэн, 1967). Методика структурированных упражнениях, выработанная Ал Пессо, где члены группы проигрывают взаимно поддерживая друг друга разные травмирующие ситуации. В детстве полученную психотравму разыгрывают в виде хороших или плохих родителей.

Выводы

Групповая терапия имеет важное место в лечении наркозависимости. При выборе метода терапии нужно учитывать своеобразия личности. Употребляемые методы направлены на повышение самооценки, улучшение личных взаимоотношений и на умение справляться со своими эмоциями.

Каждого члена группы воодушевляют для активного участия в работе. Методам групповой терапии свойственно директивность и ориентация на конфронтацию. Для лечения наркозависимости не подходят недирективные группы с психоаналитической ориентацией, так как наркоманам свойственны сильные защитные механизмы и манипулятивное поведение.

После успешной детоксикации проводимая психотерапия играет важную роль в процессе лечения.

Литература:

- Blank, L., M.G. Gottsegen & G.B. Gottsegen (eds.), 1971. Confrontation : encounters in self and interpersonal awareness - New York : Macmillan : London : Collier-Macmillan.
- Casriel, D., 1972. A scream away from happiness. - New York : Grosset & Dunlap.
- De Leon, G. (ed.), 1974. Phoenix House : studies in a therapeutic community (1968-1973). - New York : MSS Information Corp.
- Ellis, A., 1975. How to live with a neurotic. - New York : Crown.
- Kooyman, M., 1993. The therapeutic community for addicts, intimacy, parent involvement and treatment success, Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Lowen, A., 1967. The betrayal of the body. - London : Collier-Macmillan, 1967.
- Moreno, J.L., 1946-1969. Psychodrama : vol. II & III =. - New York : Beacon House.
- Pesso, A., 1969. Movement in psychotherapy : psychomotor techniques and training. - New York University Press : London : University of London Press.
- Sugarman, B., 1974. Daytop Village : a therapeutic community. - New York : Holt, Rinehart & Winston.
- Yablonski, L., 1965, Synanon, The tunnel back, MacMillan, New York.