



**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ  
СРЕДЫ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ,  
ОКАЗЫВАЮЩИХ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ  
(В СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ)**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2014

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ  
СРЕДЫ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ,  
ОКАЗЫВАЮЩИХ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ  
(В СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ)**

*Методические рекомендации*

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» по государственному контракту № К-14-ФЗП/89-14 от 23 августа 2010 года на выполнение работ по совершенствованию методов диагностики, лечения, реабилитации, судебно-психиатрической экспертизы при психических расстройствах по теме: «Методическое обеспечение внедрения различных моделей психотерапевтической среды в практику работы психоневрологических учреждений (в стационарных и амбулаторных условиях)»

Санкт-Петербург  
2014

## АННОТАЦИЯ

В методических рекомендациях изложены практические основы создания различных вариантов лечебно-реабилитационной среды для пациентов с болезнями зависимости, проходящими наркологическое лечение и реабилитацию в стационарных и амбулаторных условиях. Предложенные принципы позволяют реализовать дифференцированный подход к лечению и реабилитации в условиях лечебно-реабилитационной среды наркологического учреждения, проведению супервизии психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, повысить эффективность лечебно-реабилитационной работы в учреждении в целом и для каждого пациента. Другим важным последствием применения разработанных алгоритмов станет легкая интеграция лечебно-реабилитационных и психосоциальных мероприятий самых разных форм и методов в единую согласованную систему. Это достигается за счет введения унифицированных для каждого типа среды критериев эффективности индивидуальных и групповых форм работы с пациентами и персоналом наркологического лечебно-профилактического учреждения.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов, врачей-психиатров, врачей психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и специалистов по социальной работе, работающих в специализированных наркологических лечебно-профилактических учреждениях и реабилитационных центрах.

Организация разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.

Авторы: Р.К. Назыров, ведущий научный сотрудник кандидат медицинских наук, руководитель отделения внебольничной психотерапии и реабилитации; В.В. Холявко, научный сотрудник отделения внебольничной психотерапии и реабилитации; С.Л. Соловьева, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской психологии и педагогики Санкт-Петербургской

Государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова, А.Л. Катков, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании Республики Казахстан; сотрудники Отделения психотерапии и реабилитации: М.Б. Ремесло, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук, С.В. Ляшковская, заместитель руководителя по научно-клинической работе; Д.А., Федоряка, врач-психотерапевт, И.О. Павловский, медицинский психолог; Д.И. Громыко, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Отделения терапии больных с аддиктивными расстройствами; сотрудники Кировского областного наркологического диспансера: В.Г.Кирилловых, заместитель главного врача по медико-социальной реабилитации.

## **ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

### **Список сокращений:**

БГ – баллинтовская группа  
СК – семейное консультирование  
СПТ – социально-психологический тренинг  
ЛРС – лечебно-реабилитационная среда  
ПАВ – психоактивное вещество  
ПСМ – психосоциальное мероприятие  
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

## Основные определения:

**Лечебно-реабилитационная среда** – комплекс медико-биологических, психотерапевтических, медико-психологических и психосоциальных мероприятий, направленных на совершенствование адаптации пациентов с зависимостью от психоактивного вещества к условиям наркологического лечения и реабилитации за счет оптимизации системы отношений личности больного, включая отношение к себе, собственному заболеванию и лечению, а также за счет формирования адаптивного коммуникативного и проблемно-решающего поведения.

**Взаимоотношения особой интервентивной значимости** – отношения участников лечебно-реабилитационной среды, коррекция которых прямо направлена на достижение ее основных целей.

**Взаимоотношения контекстной значимости** – взаимоотношения между участниками лечебно-реабилитационной среды, коррекция которых факультативна по отношению к целям определенного типа среды.

**Облигатные мероприятия** – психотерапевтические, медико-психологические и психосоциальные мероприятия, без осуществления которых достижение целей лечебно-реабилитационной среды представляется трудно достижимым. Для различного типа лечебно-реабилитационной среды определяется свой перечень данных мероприятий.

**Факультативные мероприятия** – психотерапевтические, медико-психологические и психосоциальные мероприятия, осуществление которых желательно для интенсификации психологических и социальных процессов в лечебно-реабилитационной среде, но возможности которых прямо не связаны с целями среды. Их планирование во многом определяется специфическими кадровыми, квалификационными и организационными возможностями конкретного лечебно-профилактического учреждения.

## ВВЕДЕНИЕ

Под реабилитацией понимается совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих наркологическое заболевание (приказ Министерства здравоохранения РФ № 500 от 22.10.2003 г.).

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

Приказом министерства здравоохранения и социального развития РФ от 09.04.2010 №225ан (зарегистрировано в Минюсте РФ 06.05.2010 N 17129) утвержден порядок оказания наркологической помощи населению российской федерации.

Эти нормативные документы создают необходимую методическую базу для совершенствования реабилитационной помощи больным с ПАВ, позволяющую конкретизировать ее отдельные компоненты.

Необходимость данных методических рекомендаций продиктована потребностью учета в повседневной реабилитационной работе наркологических лечебно-профилактических учреждений следующих контекстных особенностей:

1. Современные нормативные и инструктивно-методические документы, касающиеся содержательных аспектов реабилитации наркологических пациентов формулируют психосоциальные цели лечебно-реабилитационной работы в достаточно общем виде (например: «формирование ответственности у пациентов за свое поведение»). В то же время ни временной, ни технологический регламент, ни даже сам перечень мероприятий, направленный на достижения данных целей и задач, не определен.

2. Современные кадрово-квалификационные и организационные возможности ЛПУ, оказывающих наркологическую помощь, не позволяют копирование зарубежных мультифакторных (и многоосевых) реабилитационных систем в повседневную практику.

Современные и мировая и отечественная тенденции дифференциального распределения пациентов по разным типам реабилитационных программ во главу угла ставят особенности актуального клинического состояния пациентов и особенностей патологической динамики. И это несмотря на то, что декларируемая цель большинства реабилитационных программ – глубокие личностные изменения. Сама типология личностных патологических изменений, участвующих в формировании синдрома зависимости, не определена. В то же время в мире накоплено большое количество разноформатной научной информации о личностных факторах, имеющих патогенетическое значение для развития заболевания и саногенетическую роль в эффективности наркологической помощи.

3. Современные тенденции наркологической помощи предполагают участие в ней не только специалистов различных профессий, но и не специалистов-волонтеров (резидентов), общественных организаций, непрофессиональных сообществ и т.д. В связи с этим обостряется проблема универсальных, приемлемых в разных теоретических парадигмах критериев эффективности и процессуального контроля качества.

## **ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

Стратегической целью воздействия лечебно-реабилитационных систем является коррекция психосоциальных факторов патогенеза и активизация (стабилизация) личностных саногенетических ресурсов. Для определения вариантов ЛРС необходимо типологизировать пациентов с точки зрения персональной составляющей их реабилитационного ресурса. Обобщая имеющиеся научные данные, (часто исходящие из различных теоретических концепций и потому разноформатные), предлагается взять за основу следующие положения:

1. На начальной стадии зависимости от ПАВ (у больных с диагнозом F1x.2x1 по МКБ-10) личностные и средовые факторы играют преобладающую роль в патогенезе расстройства, имеют ши-

рокий индивидуальный спектр и позволяют выделить две группы пациентов. Первую группу составляют пациенты с так называемой предрасположенностью к формированию синдрома зависимости. Практически общепринятую в наркологическом профессиональном сообществе точку зрения на личность этих пациентов можно охарактеризовать как «дефицитарная личность». Яркое отражение эти взгляды находят и в концепции «аддиктивной личности» и в концепции «биологической и/или генетической предрасположенности». Вторую группу составляют пациенты без врожденной (до-вербальной) отягощенности с формирующейся зависимостью, в патогенезе которой самую значимую роль играют индивидуальные психологические (психосоциальные, личностные) механизмы. Их спектр достаточно широк (так же как и акценты в их описании) – от срыва адаптивных психологических механизмов (копинг-механизмов, механизмов психологической защиты и механизмов компенсаторного поведения) в ответ на объективно травмирующую ситуацию и присоединения невротических механизмов до педагогических и психологических проблем. Эта группа пациентов рядом отечественных классификации в прошлом определялась, как группа пациентов с «психологической зависимостью от ПАВ».

2. С возникновением синдрома зависимости (больные с диагнозом F1x.2 по МКБ-10) различия между вышеуказанными группами пациентов нивелируются, а в патогенезе заболевания преобладающую роль начинают играть факторы, связанные с биологически детерминированными закономерностями реагирования на то или иное ПАВ. Таким образом, пациенты, имеющие синдром зависимости, составляют третью группу.

3. Для пациентов в состоянии ремиссии при планировании содержания и интенсивность противорецидивных психосоциальных мероприятий необходимо учитывать установленную корреляцию между прогнозом течения ремиссии с длительностью и систематичностью проведенного лечения по отношению к патогенетическим и клиническим вариантам проявления синдрома зависимости. В «постреабилитационной» группе пациентов по сходству их потребности в противорецидивных мероприятиях выделяются следующие категории: 1) пациенты с преимущественно психологическими механизмами формирования синдрома зависимости, получившие адекватное по длительности и интенсивности комплексное лечение на начальной стадии заболевания; 2) боль-



ные с «аддиктивным» потенциалом, получившие адекватное комплексное лечение на начальной стадии зависимости; 3) пациенты с длительным течением зависимости, получившие адекватное по длительности и интенсивности комплексное лечение; 4) больные с ремиссиями, не получившие адекватного лечения вне зависимости от варианта и стадии наркологической патологии.

4. Отдельную группу составляют пациенты после срыва ремиссии (однократное употребление ПАВ без возобновления признаков синдрома зависимости).

5. Планирование лечебно-реабилитационных программ лицам с рецидивом заболевания должно соответствовать аналогичным мероприятиям для пациентов с острым состоянием заболевания.

Особенности выделенных групп пациентов накладывают отпечаток на выбор методов фармакотерапевтического и психотерапевтической помощи, квалификационный состав персонала, лечебный режим и т.д. Четких границ между описанными типами пациентов не существует, однако их практическое определение имеет большое методологическое значение для организации психотерапевтической (психосоциальной) лечебно-реабилитационной системы.

Таким образом, в системе наркологической помощи в зависимости от категории пациента должны реализовываться как минимум 9 типов комплексов психосоциальных мероприятий (реабилитационных программ), соответствующих «психосоциальным типам» пациентов с зависимостью от ПАВ.

Учитывая требования протокола «Реабилитация больных наркоманией» (приказ № 500), предусматривающего определенную этапность оказания наркологической помощи, для эффективной реализации данных программ (так же, как и протокол, учитывающих клиническую динамику пациентов), целесообразно организовать четыре различных типа лечебно-реабилитационных сред:

- лечебно-реабилитационная среда «первого эпизода» (ЛРС типа А)
- «коррекционно-реконструктивная» лечебно-реабилитационная среда (ЛРС типа В)
- «противорецидивная» лечебно-реабилитационная среда (ЛРС типа С).
- «кризисная реадaptационная» лечебно-реабилитационная среда (ЛРС типа D)

При этом необходимо обеспечить соблюдение двух основополагающих требований:

6. Согласованное и непротиворечивое по отношению к пациенту взаимодействие специалистов трех основных компетенций – в биологически ориентированных интервенциях (врачей-психиатров-наркологов, интернистов и т.п.); специалистов по психологическим интервенциям (клинических психологов, врачей-психотерапевтов, гуманитарных волонтеров и др.); в социальных интервенциях (специалистов по социальной работе, социальных психологов, социальных педагогов и социальных работников). Данное требование может быть основано только на едином понимании соотносительной роли биологических, психологических и социальных факторов как в патогенезе болезней зависимости, так и в лечебно-реабилитационной помощи на ее разных этапах.

7. Преемственность между четырьмя основными типами психотерапевтических сред по отношению к каждому конкретному пациенту. Помимо минимальных организационных условий (единая история болезни, комплексный функциональный диагноз (включающий клинический, психологический, социальный плоскости)) важным представляется наличие согласованных супервизионных критериев эффективности психотерапевтических и психосоциальных мероприятий – дифференцированных для разных типов психотерапевтической среды.

Практически, целями **лечебно-реабилитационной среды является организация** комплекса психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, направленных на коррекцию нарушенных у больных отношений к себе, собственной болезни, микросоциальному окружению и окружающей действительности.

Практически, в зависимости от основного типа среды, определяются унифицированные супервизионные критерии для психотерапевтических и психосоциальных мероприятий вне зависимости от их методической направленности и формы.

### **Краткая характеристика некоторых облигатных и других психосоциальных мероприятий**

#### *Баллинтговская группа*

Центральный объект исследования в классической БГ — отношения «врач—больной». Они являются объективными, по-

сколькo пациент переносит на врача определенные отношения, эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые сходны с его отношением к объектам своей реальной жизни (значимые лица ближайшего окружения). Анализ этих отношений дает возможность более полно понять пациента во всем многообразии его связей и взаимодействий с реальным миром, что способствует повышению эффективности терапии. В то же время врач в своей практике нередко сталкивается с ситуациями, являющимися для него фрустрирующими (например, если пациент не готов, не может или не хочет говорить о своих проблемах врачу, который ориентирован на быстрое оказание помощи). Поэтому психотерапевту необходима проработка указанных феноменов в кругу коллег под руководством квалифицированного специалиста, что также дает возможность пройти обучение и приобрести новый опыт. В БГ врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

#### *Социально-психологический тренинг*

Общая цель СПТ — повышение компетентности в сфере общения — конкретизируется различными решаемыми в его процессе задачами. В зависимости от приоритета задач, на которые направлен СПТ он может приобретать различные формы. Все многообразие этих форм условно можно разделить на 2 больших класса: 1) ориентированные на приобретение и развитие специальных навыков, например умение вести деловую беседу, разрешать межличностные конфликты и др.; 2) нацеленные на углубление опыта анализа ситуаций общения, например коррекция, формирование и развитие установок, необходимых для успешного общения, развитие способности адекватно воспринимать себя и других людей, анализировать ситуации группового взаимодействия.

Процесс приобретения новых навыков и опыта осуществляется при активном участии членов группы. Принцип активности, реализующийся в СПТ предполагает не усвоение готовых знаний и приемов, а самостоятельную выработку более эффективных навыков общения. Другой важный принцип СПТ — принцип обратной связи, на котором строится приобретение нового перцептивного, эмоционального и когнитивного опыта. Эмпирически выделены условия, являющиеся необходимой предпосылкой конструктивной обратной связи, например описательный, а не оце-

ночный характер обратной связи, ее неотсроченность, специфичность, релевантность потребностям и получающего и отправляющего, реализация ее в контексте группы. Тренинг проводится в группах по 8–12 человек под руководством психолога, прошедшего специальную подготовку. Обычно цикл занятий рассчитан на 30–50 часов, однако продолжительность его можно варьировать в зависимости от характера решаемых задач. В то же время опыт показывает, что непродолжительные занятия (менее 20–24 часов) не позволяют в полной мере реализовать программу тренинга и снижают его эффективность. Занятия могут проводиться с интервалами в 1–3 дня (со средней продолжительностью каждого занятия 3 часа). Эффективной формой организации работы является марафон (несколько занятий подряд по 8–10 часов). В процессе СПТ применяются различные методические приемы: групповая дискуссия (базовый методический прием), ролевые игры, неберальные методики и др.

#### *Индивидуальное психологическое консультирование*

Психологическое консультирование могут проводить психологи, социальные работники, педагоги или врачи, прошедшие специальную подготовку. В качестве клиентов идентифицируются пациенты, предъявляющие проблемы экзистенциального кризиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений или профессионального выбора. В любом случае клиент воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы. В этом основное отличие психологического консультирования от психотерапии. От так называемой «дружеской беседы» консультирование отличается нейтральной позицией консультанта.

Цели и задачи психологического консультирования:

1. эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям клиента;
2. расширение сознания и повышение психологической компетентности;
3. изменение отношения к проблеме (от «тупика» к «выбору решения»);
4. повышение стрессовой и кризисной толерантности;
5. развитие реалистичности и плюралистичности мировоззрения;

6. повышение ответственности и выработка готовности к творческому освоению мира.

Технические этапы психологического консультирования:

1. установление контакта профессионального консультирования;
2. предоставление возможности выговориться (в ряде случаев люди, впервые получившие возможность рассказать о своей проблеме, не прерываемые вопросами и советами, сами в процессе разговора начинают «видеть проблему по-другому и возможности ее решения», могут остановить консультирование на этом этапе, будучи удовлетворенными его результатами);
3. предоставление эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации;
4. совместная с обратившимся человеком переформулировка проблемы;
5. заключение динамического контракта (обсуждение организационных аспектов и доли ответственности клиента и консультанта, выявление и коррекция нереалистичных ожиданий клиента);
6. Поиск вариантов возможных решений проблемы (консультант предлагает свой профессиональный и жизненный опыт только после того, как клиент сформулировал 2–3 решения);
7. выбор оптимального решения из выявленного регистра с точки зрения клиента;
8. закрепление мотивации и планирование реализации выбранного решения; может осуществляться прямой поддержкой либо парадоксально — «критикой и сомнениями» консультанта;
9. завершение консультирования с предоставлением права повторного обращения при необходимости либо назначение катанестической, поддерживающей встречи.

Опыт показывает, что такую программу удастся реализовать в течение одной встречи, продолжающейся 2–3 часа, или в курсе из 2–5 встреч по 1 час у с интервалами от одного дня до 2–3 недель.

## *Супервизионные программы для персонала*

Главной целью супервизионных мероприятий для персонала является профилактика возникновения или лабилизация уже имеющихся стигматизирующих стереотипов по отношению к пациентам и их родственникам. Содержательные аспекты супервизии реализуются в следующих направлениях:

1. информирование участников о современных тенденциях в прогностической оценке социального функционирования пациентов с нервно-психическими расстройствами.
2. информирование обучающихся о важнейшей роли неспецифических психотерапевтических факторов, таких как эмпатия, конгруэнтность, принятие пациентов.
3. знакомство участников с основными методами профилактики эмоционального сгорания.
4. усвоение персоналом теоретического минимума (прежде всего теории отношений), необходимого для осознанного участия в построении психотерапевтической среды.

Супервизионные мероприятия проводятся в групповой форме дифференцировано для врачей, среднего персонала, младшего и обслуживающего персонала. Основными формами мероприятий являются лекции, проблемные семинары и деловые игры.

### *Общее собрание пациентов и персонала (большая группа)*

Большая группа (регулярное общее собрание пациентов и персонала) – системообразующее для психотерапевтической среды мероприятие, в котором актуализируются лечебные и социальные факторы в трех плоскостях компетенции:

1. Психологические (преимущественно психодинамические) факторы: - предметом большой группы является индивид (влияние группы на его чувства, поведение, когнитивные процессы), сама группа (ее влияние как надиндивидуального единства на индивида и другие группы), а также интеракция и взаимоотношения между членами группы.
2. Факторы социального научения: - приобретение пациентами и медицинским персоналом микросоциального эмоционально насыщенного, обладающего высоким интериоризационным потенциалом опыта через усвоение содержательных компонентов человеческого поведения (побудительно-

мотивационных и операциональных). Реализуется оно в двух основных направлениях — приобретение личностных (либо на уровне динамического стереотипа) реакций: 1) путем подражания поведению других людей; 2) путем представления внешних влияний и ответных реакций на них символически, в виде «внутренней модели внешнего мира».

3. Социальные корригирующие факторы: - так же как и малая, (6 -12 человек), большая группа обладает социальным детерминизмом по отношению к актуальным событиям, в ней происходящим. Свободно развивающаяся группа определяет темы групповых дискуссий и межличностный контекст происходящих событий, которые будут максимально эффективны не только по отношению к максимальному числу участников, но и будут происходить на том уровне эмоционального напряжения, который позволяет сохранить активную позицию каждому.

Иначе говоря, большая группа является самоуправляемым, (частично управляемым), психосоциальным мероприятием. Важнейшей функцией большой группы является предоставление всем ее членам обратной связи - индивидуально-ориентированной или социально-ориентирующей.

Возможны различные варианты регламента проведения больших групп. Наиболее адекватной является большая группа с 2–3 постоянными ведущими в ежедневном режиме длительностью 1–1,5 часа. Непременными требованиями являются:

1. Четкая (практически ритуальная) фиксация по времени проведения и длительности группы.
2. Подчеркнутая недиригентность ведущих по отношению к темам высказываний участников.
3. Диригентная позиция ведущих по отношению к культуре группы («говорит только один»; нежелательность личностно-оценочных суждений, а приоритет описательных высказываний; приоритет «Я-высказываний» и т.п.)
4. По возможности активная побуждающая позиция ведущих по отношению к пассивным участникам и мягкая регламентация неконструктивно-активных членов группы.

Самыми важными темами большой группы являются не только взаимоотношения участников группы, но и отношение к проводимому лечению, собственному клиническому состоянию, организации лечебного режима.

Для повышения ответственности и поддержания мотивированной активности участников большая группа избирает совет, в состав которого входят наиболее авторитетные представители пациентов и персонала. Совет наделяется полномочиями по коррекции режима и формы психосоциальных мероприятий, организации внутренией жизни отделения.

*Личностно-ориентированная группа (рационально-дискуссионная и гуманистическая модели)*

Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в значительной степени отражают его истинные взаимоотношения, так как группа выступает как модель реальной жизни, где пациент проявляет те же отношения, установки, ценности, те же способы эмоционального реагирования и те же поведенческие реакции. Использование групповой динамики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя, а также на создание в группе эффективной системы обратной связи, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в эмоционально адекватной атмосфере.

В отличие от интерактивной модели ведущий группы не только не препятствует тематическим дискуссиям, спонтанно возникающим во время групповой сессии, но и помогает участникам прояснить рациональную сторону их высказываний в этом случае и помочь сделать их максимально понятными для всех остальных. Более того, на таких группах поощряется четкая структурированность и тематическая заданность встреч. Все это позволяет снижать тревожность участников и не превышать приемлемый уровень эмоционального напряжения.

Другая особенность такого рода групп – активная содержательная позиция ведущего в случае, если основным сюжетом становятся интеракции между участниками и их взаимоотношения. Директивно блокируется обратная связь в случае превалирования в ней негативных оценок и/или агрессивных чувств. Во всех остальных случаях обратная связь поощряется.

Группа представляет собой эффективный контекст для выявления эмоциональных нарушений и их коррекции.



Существуют определенные закономерности развития психотерапевтического процесса в группе. Этот процесс начинается со стадии зависимого и поискового поведения, проходит через период возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов и продвигается к формированию групповой сплоченности и эффективному решению проблем.

Оптимальный состав личностно-ориентированной группы – 8-12 человек. Для некоторых пациентов, в силу их замкнутости (болезненной пассивности) целесообразнее перед собственной групповой психотерапией наблюдать работу уже действующей группы.

Длительность открытых групп не ограничена, но для каждого участвующего в ней пациента должна составлять не менее 30 часов. Групповые сессии (1,5-3 часа) проводятся в четком ритме от 2 до 3 раз в неделю.

*Индивидуальные психотерапевтические сессии (индивидуальная психотерапия)*

Индивидуальная сессия (индивидуальная психотерапия) с врачом-психотерапевтом является для пациента базовым мероприятием по формированию индивидуальной психотерапевтической программы. Кроме указания на основные психотерапевтические направления, обоснование выбранного психотерапевтического метода для индивидуальной работы программа включает в себя:

1. Согласованные с пациентом и не противоречащие индивидуальной психотерапии цели и задачи на личностно-ориентированную и большую группу, факультативные мероприятия.
2. Проверяемые критерии прекращения индивидуальной психотерапии.

Для каждого пациента в отделении проводится как минимум одна психотерапевтическая индивидуальная сессия, при необходимости больше. Поскольку лечебный приоритет отдается групповым формам работы, постольку главным содержанием индивидуального взаимодействия с пациентом является коррекция его отношения к участию в других обязательных и факультативных мероприятиях.

## *Семейное консультирование (СК)*

Семейное консультирование ставит своей целью совместное с консультантом изучение запроса (проблемы) члена (членов) семьи для изменения ролевого взаимодействия в ней и обеспечения возможностей личностного роста. Принципиальное отличие семейного консультирования от психотерапии заключается в отказе от концепции болезни, в акценте на анализе ситуации, аспектов ролевого взаимодействия в семье, в поиске личностного ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации.

### *Индивидуальное проблемное консультирование пациентов*

Облигатными для проблемного консультирования пациентов являются своевременная диагностика и коррекция актуальных самостигматизирующих личностных механизмов трех основных типов:

1. Аутопсихический тип – изменение личной идентичности больного, т.е. его представления о своих индивидуальных признаках. Пациент считает причиной своей предполагаемой несостоятельности в каких-либо сферах жизни болезненные изменения. Отказывается от прежних стандартов, снижает требования к себе.
2. Компенсаторный тип – частичное игнорирование проявления своего заболевания. Утрированные представления о несостоятельности психически больных. Подчеркивание собственных отличий от «типичного» аддиктивного больного с формальным признанием психического заболевания у себя.
3. Социореверсивный тип. – Изменение восприятия своей принадлежности определенной социальной группе с одновременной трактовкой отношения к себе со стороны окружающих (здоровых) как предвзятого.

Возможно предъявление пациентами других типов психологических проблем, при этом консультантом предпочтение отдается тем из них, которые ассоциированы с жизнью пациента вне стационара.

## Другие психосоциальные мероприятия

### *Общее собрание пациентов и персонала в ЛРС типа С*

(Является факультативным ПСМ для среды типа С)

Большая группа, проводимая в контексте реабилитационной среды, имеет технологическое сходство с общим собранием персонала и пациентов, предписанным для психотерапевтической среды типа В. Однако, цели реабилитации обуславливают ряд характерных особенностей этого мероприятия:

1. Ведущий (ведущие) группы в обязательном порядке должны обладать относительно высоким формальным статусом. Это облегчит участникам группы актуализацию их социальных ролей в группе и будет способствовать влиянию социальной самоидентификации на содержание высказываний.
2. Ведущий (ведущие) большой группы активнее вмешиваются в содержание дискуссий, при этом поддержка участникам оказывается в двух основных аспектах:
  - Социометрические оценки (высказывания, содержащие информацию о своей или чужой групповой роли и месте в неформальной иерархии)
  - Практически значимая информация об общественно-полезной деятельности. (Высказывания, содержащие информацию об участии в трудовых процессах, хозяйственной деятельности, милые-проектах)
3. Желательно участие в работе большой группы пациентов из других отделений, членов их семей, представителей общественных организаций и других учреждений.

### *Группы милые-терапии*

(ПСМ является обязательным для стационаров в случае среднего срока госпитализации более 21 дня, в остальных случаях – факультативно).

Эти группы могут быть различными по величине (от 3 до 20 человек) и представляют собой одну из личностно-значимых форм спонтанной занятости пациентов. Деятельность этих групп носит предметно-творческий характер и направлена на реализацию какого-либо социально (микросоциально) значимого проекта.

Спектр таких проектов достаточно сложно регламентировать (от украшения палат и выпуска стенгазет до коммерческой деятельности), но все они должны обладать рядом свойств:

1. Содержание проекта должно быть адекватно компетенции участников милеи-группы и организационным условиям отделений (стационара);
2. реализация проекта требует совместной групповой деятельности, способствует идентификации групповых ролей и стимулирует коммуникацию между пациентами;
3. реализованный (реализуемый) проект может быть представлен другим пациентам и персоналу отделения (стационара).

Организация или самоорганизация пациентов в милеи-группы может происходить как на большой группе, так и инициирована во время индивидуального общения врача (любого специалиста) с пациентом.

#### *Тренинги социально значимой коммуникации*

(Модель для ЛРС типа С)

Данный тип психотерапевтических групп относится к поведенческому направлению психотерапии и проводится на общих для социально-психологических тренингов принципах. Содержание занятий определяется социально-значимыми проблемами, предъявленными пациентами, задачи определяются во многом максимальным уровнем социального функционирования, детерминированного личностными особенностями участников и особенностями их клинического состояния. (Диапазон возможных тем от «тренинга навыков самообслуживания» до «тренинга по собеседованию при устройстве на работу» и т.п.)

### **Основные варианты организации лечебно-реабилитационной среды**

Построение психотерапевтической среды в лечебно-профилактическом учреждении может осуществляться в 3 основных организационных вариантах:

1. Структурный. Для этого варианта характерна организационная опора на конкретное отделение, в рамках которого, исходя из его преимущественного профиля организуется

ЛРС определенного типа; обязательные мероприятия проводятся внутри отделения и сотрудниками отделения.

2. Функциональный. При отсутствии достаточной для структурного типа организационно-материальной базы предложенная ЛРС используется как методологическая основа для направления на обязательные и факультативные мероприятия пациентов, которым показан тот или иной тип среды: мероприятия проводятся для пациентов разных отделений, но гомогенны по типу медицинского вмешательства.
3. Сочетанный. При этом типе оптимальным является проведение обязательных мероприятий внутри отделения, а факультативные могут быть организованы вне его.

### **Организационные аспекты лечебно-реабилитационной среды**

Внедрение лечебно-реабилитационных сред в систему наркологической помощи производится на основании организационных регламентов (технологических карт). Технологическая карта ЛРС составляется для каждого лечебно-профилактического учреждения; технологические карты различных ЛПУ, оказывающих наркологическую помощь составляются в едином формате, их содержание должно быть согласовано с главным наркологом региона.

Технологическая карта ЛРС в обязательном порядке включает в себя следующие компоненты:

1. Перечень психосоциальных мероприятий, проводимых в ЛПУ. Может включать в себя кроме обязательных (облигатных) и дополнительные (факультативные) психосоциальные мероприятия, определяемые организационной и кадровой спецификой конкретного подразделения ЛПУ.
2. «Регламент участников» психосоциального мероприятия. Включает в себя зафиксированные показания и противопоказания для пациентов, участвующих в мероприятии. Определяет ответственного ведущего мероприятия и его квалификационный уровень. Определяет должностные обязанности вспомогательного персонала по отношению к данному мероприятию.

3. «Организационный регламент». В этом разделе технологической карты определяются минимальные организационные требования (кадровая и материально-техническая обеспеченность) к каждому проводимому в ЛПУ психосоциальному мероприятию.
4. «Временной регламент». Определяет частоту и длительность каждого психосоциального мероприятия.
5. «Регламент ведения». Представляет собой супервизионные поведенческие критерии к ведущему мероприятию.
6. «Регламент оценки психосоциального мероприятия». В данном документе представлены клинико-психологические критерии, по которым оценивается степень эффективности проводимых отдельных мероприятий. Может включать в себя как процессуальные супервизионные критерии, так и индивидуальные клинико-психологические показатели «на выходе».
7. «Регламент оценки лечебно-реабилитационной среды». Зафиксированный перечень организационных, клинико-психологических и социальных показателей, по которым оценивается эффективность того или иного типа ЛРС в лечебно-профилактическом учреждении.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Дифференцированный подход к построению психотерапевтических сред, основанный на четком определении их типа и идентификации их супервизионных профилей, позволяет управлять качеством психосоциальной помощи в стационарных условиях, а функциональные варианты построения психотерапевтической среды актуальны прежде всего для амбулаторных учреждений. Предложенный методологический подход позволяет выработать четкие показания для разных клинических групп пациентов для широкого спектра психотерапевтических и психосоциальных мероприятий.

**Типовая технологическая карта  
лечебно-реабилитационной среды типа А**

	Организационные компоненты ЛРС	Минимальные требования к содержанию.
1	Перечень психосоциальных мероприятий	<p>Большая группа. (ПСМ1) (только для стационарных отделений и дневных стационаров)</p> <p>Индивидуальное психологическое консультирование. (ПСМ2)</p> <p>Семейное консультирование. (ПСМ3)</p> <p>Психообразовательная программа. (Библиотерапия, лекции, семинары, дискуссионные группы). (ПСМ4)</p> <p>Баллинтговская группа. (ПСМ5)</p> <p>социально-психологический тренинг для персонала. (ПСМ6)</p>
2	«регламент участников»	<p>ПСМ1. участниками являются все пациенты вне острого психотического состояния на 2-3 день госпитализации. Участвует весь младший и средний медицинский персонал, находящийся на рабочем месте. Все специалисты с высшим образованием. Два сменных ведущих из числа специалистов с высшим образованием. Численность группы - 12-70 человек.</p> <p>ПСМ2. консультирование осуществляет врач-психотерапевт или клинический психолог. Мероприятие обязательно для всех пациентов, получающих наркологическую помощь.</p> <p>ПСМ3. Участниками являются пациенты вне психотического состояния, начиная со 2-3 дня после обращения за помощью, и члены их семей. А и также врач-психотерапевт или клинический психолог, или врач-нарколог, имеющий специальную подготовку.</p> <p>ПСМ4. В психообразовательных программах участвуют все пациенты, обратившиеся за помощью вне психотического состояния начиная со 2-3 дня. Ведет психообразовательные мероприятия специалист с высшим образованием, имеющий соответствующую подго-</p>

		<p>товку. Состав участников психообразовательного мероприятия должен быть однородным по психологическому и общеобразовательному уровню культуры, поэтому численность участников определяется демографическим составом пациентов ЛПУ.</p> <p>ПСМ5. – Группа предназначена для среднего медперсонала и специалистов с высшим образованием. Состав группы от 8 до 15 человек.</p> <p>ПСМ6. Тренинг проводится отдельно для специалистов с высшим образованием и среднего персонала.</p>
3	«организационный регламент»	<p>ПСМ1. Два специалиста с высшим медицинским или психологическим образованием. Помещение, оборудованное достаточным количеством посадочных мест для всех участников. Акустические свойства помещения должны обеспечивать хорошую слышимость для всех участников.</p> <p>ПСМ2. Кабинет (или специально выделенная звукоизолированная зона) индивидуального консультирования (индивидуального приема). Врач-психотерапевт или клинический психолог.</p> <p>ПСМ3. То же, что и ПСМ2, но ответственным ведущим может быть врач-нарколог, прошедший специальную подготовку.</p> <p>Материально-техническое обеспечение то же, что и для ПСМ1. Специалист с высшим образованием, имеющий соответствующую подготовку.</p> <p>Материально-техническое обеспечение – звукоизолированное помещение (комната), 15-16 посадочных мест, позволяющих разместиться по кругу. Ведущий – специалист с высшим образованием, прошедший соответствующую подготовку.</p> <p>ПСМ6. Организационный регламент тот же, что и у ПСМ5.</p>
4	«временной регламент»	<p>ПСМ1. Большая группа проводится не реже 4 раз в неделю. Длительность 1,5 – 2 часа.</p> <p>ПСМ2. Длительность одной сессии психологического консультирования 40мин-1,5 часа. Каждый пациент посещает не менее 3 сессий индивидуального психологического</p>



		<p>консультирования в неделю.</p> <p>ПСМ3. Длительность одной сессии семейного консультирования 1,5 – 3 часа. Минимальное число сессий семейного консультирования при отсутствии созависимости – 1. В случае диагностики созависимости семейное консультирование осуществляется на протяжении 1 года ремиссии в среднем ритме не реже одного раза в месяц.</p> <p>ПСМ4. Лекция – 45мин-1час. Семинар – 1,5-2 часа. Общая продолжительность психообразовательных мероприятий может быть индивидуальной, определяется усвоением участником необходимого информационного минимума.</p> <p>Длительность одной групповой сессии 2 – 3 часа. Каждый работник ЛПУ посещает групповое занятие не реже одного раза в месяц.</p> <p>Длительность одного занятия 2-3 часа. Общая продолжительность одной тренинговой программы 12-20 часов. Количество тренинговых программ планируется таким образом, чтобы каждый работник ЛПУ (средний медперсонал и специалисты с высшим образованием) принял участие не менее, чем в одной тренинговой программе в год.</p>
5	«регламент ведения»	См. описание облигатных ПСМ выше.
6	«регламент оценки психосоциальных мероприятий»	<p>ПСМ1. Организационным критерием является число участвующих пациентов в процентном исчислении от числа госпитализированных на данный момент и число участвующего персонала в процентном исчислении от числа работающих. Индивидуальным клинико-психологическим критерием для пациентов является увеличение поведенческой саногенной активности, направленной на преодоление анозогнозии и/или достижение ремиссии.</p> <p>ПСМ2. Организационным критерием является 100% участие пациентов в сессиях индивидуального консультирования и строгое соблюдение временного регламента. Индивидуальным клинико-психологическим критерием является появление мотивации на долгосрочную комплексную наркологическую</p>

		<p>помощь и стабилизация эмоционального фона.</p> <p>ПСМ3. Организационным критерием является доля пациентов, имеющих семью и участвующих в семейном консультировании. Клинико-психологические критерии строго индивидуальны по содержанию, общим для них является отсутствие патогенного эмоционального напряжения, связанного с семейными отношениями.</p> <p>ПСМ4. Организационный критерий – доля пациентов, участвующих в психообразовательных программах. Клинико-психологический критерий – преодоление анозогнозии и появление мотивации на долгосрочную комплексную наркологическую помощь.</p> <p>ПСМ5. Организационный критерий - доля персонала ЛПУ, участвующего в работе группы. Снижение количества жалоб со стороны персонала, связанных с наличием синдрома эмоционального сгорания.</p> <p>Организационный критерий тот же, что и у ПСМ5. Снижение количество жалоб со стороны персонала и пациентов на персонал, связанных с коммуникативными проблемами.</p>
7	«регламент оценки ЛРС»	<p>-сокращение числа повторных госпитализаций.</p> <p>Число пациентов достигших ремиссии от общего числа пациентов в данной ЛРС;</p> <p>-сокращение жалоб со стороны пациентов и их родственников на персонал;</p> <p>-сокращение числа жалоб на межличностные конфликты среди персонала;</p> <p>-сокращение жалоб персонала, связанных с синдромом эмоционального сгорания;</p> <p>В амбулаторных учреждениях дополнительно – отношение числа пациентов, впервые обратившихся за помощью и достигших ремиссии без госпитализации к числу пациентов, впервые обратившихся за помощью и госпитализированных.</p>

**Типовая технологическая карта  
лечебно-реабилитационной среды типа В**

	Организационные компоненты ЛРС	Минимальные требования к содержанию.
1	Перечень психосоциальных мероприятий	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ПСМ1, 3, 5, 6. (с теми же регламентами, что и в ЛРС типа А.</li> <li>2. Сессии индивидуальной психотерапии. (ПСМ7)</li> <li>3. Личностно-ориентированная группа (рационально-дискуссионная и гуманистическая модели) (ПСМ8)</li> </ol>
2	«регламент участников»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ПСМ7. Индивидуальная психотерапия показана всем пациентам вне психотического состояния.</li> <li>2. ПСМ8. Участие в работе группы является обязательным для всех пациентов вне психотического состояния. Состав группы 8-16 человек.</li> </ol>
3	«организационный регламент»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ПСМ7. организационный регламент тот же, что и у ПСМ2.</li> <li>2. ПСМ8. Организационный регламент тот же, что у ПСМ6. Ведущим группы может быть врач-психотерапевт или клинический психолог. Возможно совместное ведение с врачом-психиатром-наркологом.</li> </ol>
4	«временной регламент»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ПСМ7 – временной регламент тот же, что и у ПСМ2.</li> <li>2. ПСМ8. Длительность одной групповой сессии 1,5 или 3 часа. Общая продолжительность группы – не менее 42 часов. Число групповых сессий для каждого участника – не менее двух в неделю.</li> </ol>
5	«регламент ведения»	См. описание обязательных ПСМ выше.

6	«регламент оценки психосоциальных мероприятий»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ПСМ7. Организационный критерий тот же, что и у ПСМ2. Проводить психотерапевтические сессии может врач-психотерапевт или клинический психолог после постановки психотерапевтического диагноза врачом-психотерапевтом. Клинико-психологические критерии строго индивидуальны, но в обязательном порядке включают в себя стабилизацию эмоционального состояния, достижение осознанной ремиссии, появление мотивации на комплексную наркологическую помощь.</li> <li>2. ПСМ 8. Те же критерии, что и у ПСМ 7.</li> </ol>
7	«регламент оценки ЛРС»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сокращение числа повторных госпитализаций.</li> <li>2. Число пациентов достигших ремиссии от общего числа пациентов в данной ЛРС.</li> <li>3. Средняя длительность ремиссии после пребывания в данной ЛРС.</li> <li>4. Доля пациентов, обратившаяся за последующей помощью в амбулаторной ЛПУ в ЛРС типа С.</li> <li>5. Сокращение жалоб со стороны пациентов и их родственников на персонал.</li> <li>6. Сокращение числа жалоб на межличностные конфликты среди персонала.</li> <li>7. Сокращение жалоб персонала, связанных с синдромом эмоционального сгорания.</li> </ol>

**Типовая технологическая карта  
лечебно-реабилитационной среды типа С**

	Организационные компоненты ЛРС	Минимальные требования к содержанию.
1	Перечень психосоциальных мероприятий	Все ПСМ, кроме ПСМ1 и ПСМ4.
2	«регламент участников»	Индивидуальные показания участников данной ЛРС ко всем ПСМ, кроме баллинтговской группы и семейного консультирования.
3	«организационный регламент»	Не имеет особенностей по сравнению с другими ЛРС.
4	«временной регламент»	Для пациентов определяется индивидуальными реабилитационными программами. Регламент для персонала ЛПУ остается таким же, как и в других ЛРС.
5	«регламент ведения»	См. описание облигатных ПСМ выше.
6	«регламент оценки психосоциальных мероприятий»	Дополнительно к критериям, принятым в других ЛРС – улучшение качества жизни пациентов, увеличение их поведенческой активности, связанной с участием в волонтерских программах ЛПУ.
7	«регламент оценки ЛРС»	Увеличение доли пациентов, получающих комплексную наркологическую помощь в ЛПУ с длительными (более года) ремиссиями. Доля пациентов в ЛРС типа D.

## **Типовая технологическая карта лечебно-реабилитационной среды типа D**

«Кризисная» ЛРС типа D по отношению к другим лечебно-реабилитационным средам имеет вспомогательный характер и предназначена для пациентов переживших срыв и/или в начале рецидива синдрома зависимости от ПАВ.

Основным ПСМ является индивидуальное психотерапевтическое кризисное взаимодействие с пациентом и членами его семьи.

Временной, организационный регламенты и особенности ведения, определяются индивидуально для каждого пациента исходя из личностных особенностей, возможностей ЛПУ и окружения пациента.

Главным критерием оценки ПСМ является реадaptация пациента в той же ЛРС, в которой он находится в случае срыва и появление мотивации на получение наркологической помощи в ЛРС типа B в случае рецидива.

Подписано в печать 03.03.2014. Формат 60x84/16.  
Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева  
методом оперативной полиграфии.  
Заказ № . Тираж 100 экз.

---

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 670-02-19