

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
психиатр-нарколог Департамента
здравоохранения города Москвы

А.В. Масыкин
«15» октября 2024 г.



РЕКОМЕНДОВАНО

Ученый советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы №

«25» октября 2024 г.



ПРОГРАММА
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
(МКБ-10 F10-F19)

Методические рекомендации 57

Москва 2024

УДК 616.89
ББК 56.14
М42

Организации разработчики: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (директор А.В. Масякин)

Составители: Масякин А.В., Агибалова Т.В., Боровков Е.И., Шипицын В.В., Лактаева Е.А., Семеняка И.В., Егоров В.Ф.

Рецензенты: Профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» д.п.н., профессор Рычкова О.В., Главный научный сотрудник ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», д.м.н. Михайлов М.А.

Программа медицинской реабилитации для взрослого населения с наркологическими расстройствами (МКБ-10 F10-F19) / составители: А.В. Масякин, Т.В. Агибалова, Е.И. Боровков [и др.]. – М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2024. – 132 с.

Методические рекомендации разработаны на основе концепции биопсихосоциодуховного формирования зависимости и предлагают примерную комплексную программу медицинской реабилитации для взрослого населения с наркологическими расстройствами. Методические рекомендации подготовлены в рамках НИР: «Персонализированный подход к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации пациентов с болезнями зависимости с целью совершенствования наркологической помощи».

Предназначение: методические рекомендации предназначены для психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, организаторов здравоохранения и других специалистов, работающих в медицинских организациях, оказывающих помощь пациентам с наркологическими заболеваниями. В приложении содержатся все необходимые практические материалы для работы специалистов.

Данный документ является собственностью департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISSN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2024
© ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2024
© Коллектив авторов, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	4
НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	6
Цели и задачи программы	6
Принципы построения программы медицинской реабилитации больных с наркологическими расстройствами	7
Характеристика медицинской помощи, оказываемой в рамках медицинской реабилитации лиц с наркологическими расстройствами	9
УСЛОВИЯ И ЭТАПЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА	10
Этап предреабилитации	11
Этап адаптации	12
Этап интеграции	13
Этап стабилизации	14
ПРИМЕРНАЯ СТРУКТУРА ПРОГРАММЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	15
Медицинское направление	15
Психолого-психосоциальное направление	16
Социальное направление	22
Работа с родственниками в рамках профилактики созависимого поведения	28
Введение в программу «12 шагов»	29
РОЛИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ	32
Врач психиатр-нарколог	32
Медицинский психолог	34
Специалист по социальной работе	35
Социальный работник	37
Специалист социально-психологической службы (СПС)	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
ЛИТЕРАТУРА	40
ПРИЛОЖЕНИЯ	42

ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АА – Анонимные алкоголики
АН – Анонимные наркоманы
ГРЦ – городской реабилитационный центр
ДНС – дневной стационар
ИЖС – индекс жизненного стиля
КФ – клинический филиал
ЛРП – лечебно-реабилитационный процесс
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МПП – малая психокоррекционная группа
НД – наркологический диспансер
НО – наркологическое отделение
ОМР – отделение медицинской реабилитации
ПАВ – психоактивные вещества
ПВ – патологическое влечение
ПВА – патологическое влечение к алкоголю
РЦ – реабилитационный центр
СПА – социально-психологическая адаптация
СПС – социально-психологическая служба
ЭДА – эмоционально-деятельностная адаптация
ЭКГ – электрокардиография

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Сформирована нормативно-правовая база:

- Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020);
- Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 04.08.2023) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 08.08.2024) «О персональных данных»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.08.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 25.11.2013 № 317-ФЗ (ред. от 21.12.2021) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;
- Указ Президента РФ от 23.11.2020 № 733 (ред. от 29.03.2023) «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года»;
- Распоряжение Правительства РФ от 11.12.2023 № 3547-р «Об утверждении Концепции сокращения потребления алкоголя в Российской Федерации на период до 2030 года и на дальнейшую перспективу»;
- Приказ Минздрава РФ от 17.12.1997 № 373 «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников для работы в наркологических реабилитационных центрах (отделениях)»;
- Приказ Минздрава РФ от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи»;
- Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н (ред. от 07.06.2022) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» (Зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2016 № 41495);
- Приказ Минздрава России № 208н, Минтруда России № 432н от 03.05.2023 «Об утверждении Порядка прохождения больными наркоманией медицинской и социальной реабилитации» (Зарегистрировано в Минюсте России 10.05.2023 № 73268);
- Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 54990-2018 «Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг»;
- Закон г. Москвы от 28.02.2007 № 6 (ред. от 20.02.2019) «О профилактике наркомании и незаконного потребления наркотических средств, психотропных веществ в городе Москве».

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы формирования подхода в реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами в последнее время значительно возросла не только в связи с увеличением количества потребителей психоактивных веществ (ПАВ), снижением возраста приобщения к ним, но и в связи со значительным ростом, «нехимических» форм зависимого поведения (зависимости от компьютерных игр, зависимости от азартных игр, расстройств пищевого поведения).

Реабилитация больных наркологического профиля – неотъемлемая часть организации профилактики употребления психоактивных веществ, профилактики развития аддиктивных заболеваний, профилактики инвалидизации населения, страдающего зависимыми формами поведения и дифференцированного лечебно-реабилитационного процесса в наркологических учреждениях.

Современные методы терапии синдрома зависимости от ПАВ в рамках реабилитационно-противорецидивного лечения базируются на комплексном подходе, в котором психофармакологические технологии удачно дополняются психотерапевтическими, психокоррекционными, психосоциальными. Кроме того, специфика пациентов наркологического профиля определяется тем, что у большинства больных в случаях формирования ремиссии и остановки болезненного процесса остается сумма предрасполагающих факторов, то есть сохраняется патологическое состояние, что диктует необходимость длительного медицинского наблюдения и противорецидивного лечения с одной стороны, и психологической, профессиональной и социокультурной реабилитации с другой. Таким образом, на этапе реабилитации усилия врача психиатра-нарколога и других специалистов нацелены на предотвращение возврата к систематическому злоупотреблению психоактивными веществами, формирование у пациента контроля над патологическим влечением к приему ПАВ, формирование мотивации и приверженности долгосрочному лечению, а в отношении больных из дисфункциональных семей ставится задача не только реабилитации как восстановления, но и «абилитации» как проблемы первичного научения (навыкам оценки и осознания собственного эмоционального состояния, рефлексивной регуляции поведения, эффективной и неманипулятивной коммуникации и другим), психического развития и воспитания.

В связи с вышеизложенным в организацию оказания наркологической помощи входит решение не только медицинских задач, но, прежде всего, организация системного подхода, учитывающего как медицинские, так и психологические, социокультурные и информационные аспекты лечения и коррекции индивидуального психического дизонтогенеза у больных наркологического профиля.

ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цели и задачи программы

В основе реабилитационного процесса лежит биопсихосоциодуховная модель выздоровления, подразумевающая активную, последовательную позитивную реорганизацию жизненной ситуации пациента во всех ее личных и социальных аспектах с учетом реально достижимых конкретных результатов. Реабилитационные мероприятия направлены непосредственно на личность больного, его внутренний мир и окружающую социальную среду, на его систему отношений.

Целевой группой программы являются больные, страдающие синдромом зависимости от ПАВ (алкогольной зависимостью, наркоманией, токсикоманией) а также зависимостью от компьютерных игр, зависимостью от азартных игр.

Миссия программы: помочь пациентам изменить свою жизнь.

Цели программы:

- осознанный и стабильный отказ от приема психоактивных веществ (ПАВ);
- восстановление психического и физического здоровья пациента;
- восстановление социальной адаптации.

Достижение целей лечебно-реабилитационного процесса возможно путем решения следующих **задач**:

1) **Медицинских:**

- дезактуализация патологического влечения, предотвращение рецидивов болезни;
- фармакотерапия психопатологических и соматических расстройств, возникших в преморбиде и/или в процессе употребления ПАВ;
- редуцирование поведенческих, аффективных, астенических, интеллектуально-мнестических расстройств, развившихся или усугубившихся в процессе болезни;
- стабилизация коморбидных психических расстройств;
- санация соматического статуса больного, укрепление его здоровья на основе обучения навыкам ведения здорового образа жизни.

2) **Психологических:**

- оказание помощи пациентам в развитии правильных представлений о заболевании, его симптомах и его последствиях;
- оказание помощи пациентам в эмоциональном принятии заболевания и поиске внутриличностной эмоциональной поддержки в противодействии её симптомам;
- оказание помощи пациентам в осознании личностных проблем, выявлении и развитии внутренних ресурсов;
- создание условий для формирования навыков самостоятельности и ответственности в решении проблем и преодолении негативного влияния среды;
- приобретение нового опыта (эмоционального – понимания, принятия, поддержки; саморегуляции; целеполагания и целедостижения и т.д.);
- повышение самооценки;
- установление, формирование и развитие особого типа отношений (честных, открытых);
- снижение уровня анозогнозии с формированием доверия к лечебным и реабилитационным программам и мотивацией на полный отказ от употребления.

3) **Социально-психологических:**

- освоение навыков социального взаимодействия (в том числе сотрудничества, конструктивного разрешения конфликтов и т.д.);
- обучение социально-бытовым навыкам;
- повышение личной ответственности на основе исполнения микросоциальных функций;
- коррекция дезадаптивных форм поведения;
- профориентация и помощь в трудоустройстве;
- социальное сопровождение (при необходимости правовая поддержка).

Принципы построения программы медицинской реабилитации больных с наркологическими расстройствами

Первостепенной задачей является формирование у пациента мотивации на прохождение самой реабилитационной программы, что достигается, в том числе, **принципами** построения и реализации лечебно-реабилитационного процесса:

1) **Добровольность** участия пациента в реабилитационной программе. Предполагает получение согласия пациента на участие в реабилитационном процессе (в форме информированного согласия).

2) **Единство** социально-психологических и медико-биологических методов целевого воздействия. Приоритетность тех или иных методов определяется индивидуальной спецификой патогенеза и клинической картины болезни, особенностями структуры личности и социального

статуса пациентов, а также задачами каждого конкретного этапа лечебно-реабилитационного процесса.

3) **Многообразие** и индивидуализация форм реабилитационной работы.

4) **Этапность** реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации строится поэтапно, с учетом объективной оценки реального состояния конкретного пациента в динамике. Динамика предполагает разделение ее на отдельные этапы, в течение которых реализуется тот или иной объем диагностических и целевых мероприятий, соблюдается определенный режим.

5) **Долгосрочность** – пребывание пациента в стационаре с включением в стационарную реабилитационную программу продолжительностью 1 – 3 месяца, с последующим включением в постреабилитационную амбулаторную программу продолжительностью не менее 3 месяцев.

6) **Комплексный подход** в организации работы специалистов. Различные в плане профессиональной и образовательной подготовки специалисты составляют единую команду, постоянно взаимодействующую во всех организационных и терапевтических мероприятиях.

Мультидисциплинарная бригада специалистов, реализующая реабилитационную программу, состоит из врача (психиатра-нарколога, психиатра, психотерапевта), медицинского психолога, специалиста по социальной работе и социального работника (консультанта по вопросам зависимости). На основании клинических и социальных особенностей пациента специалисты реабилитационной бригады формируют конкретные средства и методы медицинской реабилитации для комплексного физического, психологического и социального восстановления пациента.

Координация медицинской реабилитационной программы и непосредственная реализация медицинского блока – врач психиатр-нарколог, врач-психиатр, врач-психотерапевт; психологический – медицинский психолог; социальный – специалист по социальной работе и социальный работник.

В рамках настоящей Программы **впервые** разработаны и представлены **Тайминги** работы специалистов ОМР КФ и ОМР РЦ для лиц с наркологическими расстройствами, совмещенные с распорядком дня пациентов (*Приложение 9*).

Для полноценной реализации данного подхода целесообразно проведение: **ежедневных рабочих совещаний**, на которых специалисты делятся актуальной информацией о поведении пациентов, их эмоциональном состоянии, взаимодействии с другими пациентами и **клинических разборов**, на которых обсуждаются диагностические и клинические особенности пациента, тактика ведения реабилитации, рекомендации по взаимодействию с пациентом и его родственниками, рекомендации на постреабилитационную амбулаторную программу.

Условием эффективности программы медицинской реабилитации является позитивно-ориентированное воздействие на пациента путем формирования терапевтической среды. Это своего рода союз пациентов и сотрудников, являющийся моделью здоровых отношений в обществе и семье.

Основой **терапевтической среды** отделения (центра) реабилитации являются:

- **безопасность** – прежде всего отказ от любых форм проявления насилия (приветствуются только социально приемлемые формы выражения агрессии, а физическая агрессия, нецензурная брань и оскорбления запрещены), а также соблюдение и сотрудниками, и пациентами установленных правил и принципов;
- **последовательность** – общая позиция у всех специалистов-участников реабилитационного процесса, исключающая возможность «двойных стандартов и подходов»;
- позитивное **принятие и поддержка** пациентов, уход от всех видов стигматизации;
- **участие** сотрудников и пациентов в выработке определенных решений и распределение ответственности.

Взаимодействие строится через совместные мероприятия, на которых сотрудники демонстрирует социально-приемлемые способы взаимодействия, четкие правила, содержащие ряд

регламентированных ограничений, поощрений и последствий. Пациентам делегируется часть ответственности, связанной с жизнеустройством отделения (центра) реабилитации. Функционирование отделения (центра) реабилитации предельно структурировано, день заполнен множеством видов социально-полезной активности.

В качестве **профилактики профессионального выгорания** сотрудников необходимо проведение регулярных супервизий и интервизий, а также индивидуальное консультирование сотрудников психологами отделения по вопросам взаимодействия с пациентами.

Характеристика медицинской помощи, оказываемой в рамках медицинской реабилитации лиц с наркологическими расстройствами

В отделении (центре) реабилитации оказывается специализированная, плановая стационарная/амбулаторная медицинская помощь. Функциональное назначение отделения (центра) – восстановительно-реабилитационное. Срок лечения от 1 до 3,5 месяцев с последующим включением в постреабилитационную амбулаторную программу. Пациентами отделения (центра) являются лица в возрасте от 18 лет с диагнозами в соответствии с МКБ-10 F10-F19 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ».

Показания для прохождения медицинской реабилитации в стационаре в соответствии с МКБ-10:

- F10 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя
- F10.1 – пагубное употребление алкоголя
- F10.2 – синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F11 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов
- F11.1 – пагубное употребление опиоидов
- F11.2 – синдром зависимости, вызванный употреблением опиоидов
- F12 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиноидов
- F12.1 – пагубное употребление каннабиноидов
- F12.2 – синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиноидов
- F13 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных или снотворных средств
- F13.1 – пагубное употребление седативных или снотворных средств
- F13.2 – синдром зависимости, вызванный употреблением седативных или снотворных веществ
- F14 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина
- F14.1 – пагубное употребление кокаина
- F14.2 – синдром зависимости, вызванный употреблением кокаина
- F15 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов, включая кофеин
- F15.1 – пагубное употребление психостимуляторов, включая кофеин
- F15.2 – синдром зависимости, вызванный употреблением других стимуляторов, включая кофеин
- F16 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов
- F16.1 – пагубное употребление галлюциногенов
- F16.2 – синдром зависимости, вызванный употреблением галлюциногенов
- F17 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака
- F17.1 – пагубное употребление табака

- F18 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей
- F18.1 – пагубное употребление летучих растворителей
- F18.2 – синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей
- F19 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления нескольких наркотических и других психоактивных веществ
- F19.1 – пагубное употребление нескольких наркотических и других психоактивных веществ
- F19.2 – синдром зависимости, вызванный одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ

Противопоказания для госпитализации:

- абстинентный синдром любой степени выраженности;
- интоксикация ПАВ любой степени выраженности;
- острые психотические состояния различного генеза;
- коморбидные психическиезаболевания в стадии обострения;
- наличие актуальных суицидальных тенденций;
- острые инфекционные заболевания, сопутствующая соматическая патология, требующая неотложного лечения или обследования в специализированных учреждениях здравоохранения.

Поступление на реабилитацию осуществляется после прохождения лечения в линейном наркологическом отделении.

Алгоритм лечебных мероприятий:

- проведение обследования (медицинского, психодиагностического и пр.);
- назначение психофармакотерапии по показаниям;
- назначение терапии, направленной на коррекцию соматических нарушений, по показаниям;
- проведение психотерапии; психокоррекции;
- обучение правилам отделения(центра);
- мониторинг состояния.

УСЛОВИЯ И ЭТАПЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Реабилитационный процесс начинается с формы стационарного лечения. Продолжительность стационарной лечебно-реабилитационной программы – от 1 до 3,5 месяцев.

По окончании стационарного лечения рекомендовано продолжение реабилитации амбулаторно, с целью закрепления полученных навыков. В этот период пациенту предлагается медицинская, психологическая помощь и социальное сопровождение (помощь в трудоустройстве, участие в группах взаимопомощи).

Длительность стационарного курса во многом определяется степенью мотивированности пациента, сроками формирования у него установки на отказ от употребления ПАВ, наличием грубых психических расстройств и/или расстройств поведения, а также особенностями социального статуса (наличие работы, жилья и другое).

Выделяют предреабилитационный этап и 3 последовательных этапа собственно медико-психологической реабилитации:

0) ***Предреабилитационный*** этап начинается в линейном отделении с целью сформировать мотивацию на дальнейшие этапы реабилитации

1) ***Адаптационный***(включающий этап адаптационного стресса) (ознакомление с условиями и принципами программы);

2) **Интеграционный** (включение пациента в полном объеме в предложенную программу)

3) **Стабилизационный** (удержание пациента в программе, подготовка к выписке, мотивирование на продолжение реабилитации в амбулаторном режиме).

Практическая реализация этапов реабилитации выглядит следующим образом:

- при поступлении пациент знакомится с условиями и правилами пребывания в отделении, с проводимыми мероприятиями, а также получает «Рабочую папку» (Приложение 2) с Правилами поведения в отделении/центре, заданиями для продвижения по этапам;
- по мере выполнения заданий в «Рабочей папке» пациент переходит на новые этапы, все больше погружаясь в реабилитационный процесс;
- нарушения поведения пациентов в лечебно-реабилитационном процессе фиксируются лечащим врачом, психологом, специалистом по социальной работе, социальным работником по «Системе замечаний» с возможностью отработки/исправления. Анализ замечаний позволяет пациенту получать обратную связь относительно своего поведения и результативности деятельности и способствует формированию навыков саморефлексии, самоконтроля и планирования (Приложение 3).

С целью привлечения родственников пациента к участию в реабилитационной программе, при госпитализации пациента или включении его в амбулаторную реабилитационную программу с его заинтересованными родственниками (если таковые имеются) проводится первичное консультирование посредством обзвона (с согласия пациента) с дальнейшим приглашением на организованные для родственников занятия в Клинических филиалах, подключением к Телеграмм-каналу для участия в рекомендуемых реабилитационных мероприятиях.

Обязательным условием перехода на следующую ступень является выполнение всех индивидуальных заданий «Рабочей папки», посещение всех проводимых реабилитационных мероприятий не менее 80% объема этапа и положительная динамика по ряду динамических критериев.

Этап предреабилитации

Данный этап **впервые** выделен, структурирован и наполнен методическим содержанием в рамках предлагаемой Программы.

Реализуется в линейном отделении (с момента снятия больного с надзора) и ДНС, после установления диагноза F XX.2 «Синдром зависимости».

Цель: подготовка пациента к включению в реабилитационную среду.

Задачи:

- медицинское обследование (с динамической целью при необходимости);
- продолжение или коррекция медикаментозной терапии при необходимости;
- обследование и заключение по результатам экспериментально-психологического обследования;
- ознакомление с правилами подразделения (под контролем специалистов);
- ознакомление с особенностями реабилитационного процесса (врачи, психолог, специалисты социально-психологической службы);
- мотивационное консультирование сотрудниками СПС (2 раза, только в линейном отделении);
- психо-социальное обследование (шкала «готовность к изменению поведения и стремления к лечению» «SOCRATES» 2 раза в динамике);
- оценка уровня включенности в ЛРП по шкале Лайкерта;
- оценка уровня патологического влечения (опросники Альтшуллер/Винникова);
- оценка уровня анозогнозии по шкале НИПИ им. Бехтерева;

Сроки: до 21 дня с момента поступления.

Специфика работы с пациентом: после прохождения медицинского обследования и знакомства со специалистами для введения пациента в реабилитационный процесс проводится групповое занятие, на котором он знакомится с другими пациентами, с правилами отделения, системой замечаний. Посещение групповых реабилитационных мероприятий регулируется рекомендациями лечащего врача.

Впервые выделенные критерии результативности этапа предреабилитации, а также перевода пациента на следующий этап отражены в *Приложении 4*.

Все методики исследований, используемых в Программе, приведены в *Приложении 17*.

Этап адаптации

Перевод больного в новое отделение/подразделение может сопровождаться эмоциональными переживаниями и снижением адаптации, в связи с чем нами **впервые** выделен подэтап адаптационного стресса.

ПОДЭТАП АДАПТАЦИОННОГО СТРЕССА

Реализуется в ОМР КФ, ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ОМР НД

Цель: помощь в преодолении трудностей при переводе в реабилитационное отделение, включение пациента в реабилитационный процесс, поддержание и усиление мотивации на реабилитацию.

Задачи:

- знакомство со специалистами (первичные беседы с лечащим врачом, медицинским психологом, специалистом по социальной работе и/или социальным работником);
- установление эмоционального контакта;
- оценка уровня стресса с повторным исследованием при высоких показателях (тест Люшера);
- оценка уровня социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации по опросникам СПА и ЭДА (Фетискин Н.П., 2002);
- выявление социальных проблем пациента (социальная паспортизация);
- составление реабилитационного плана
- коррекция поведения;
- включение пациента в реабилитационный процесс;
- включение (по возможности) родственников пациента в реабилитационный процесс;
- мониторинг социальных навыков пациента (шкала Лайкерта) (*Приложение 17*)
- мониторинг уровня включенности в лечебно-реабилитационный процесс (шкала Лайкерта) (*Приложение 17*).
- оценка уровня патологического влечения (методика Альтшуллер/Винникова)

Сроки: от 2 дней в ОМР КФ, ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР НД до 2 недель ОМР РЦ (при выявлении уровня социально-психологической и/или эмоционально-деятельностной адаптации ниже среднего).

Специфика работы с пациентом: обязательное посещение всех групповых реабилитационных мероприятий; участие в развлекательных мероприятиях по желанию пациента. Запрет на телефонные звонки, выход за пределы отделения (центра), за исключением поездок для дополнительных медицинских обследований или решения социальных задач.

Критериями перевода на подэтап собственно адаптации являются понижение уровня стресса до среднего, повышение уровня социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации до среднего; опросник принятия норм и правил пройден (от 80% правильных ответов). (*Приложение 8*)

ПОДЭТАП СОБСТВЕННО АДАПТАЦИИ

Реализуется в ОМР КФ, ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ОМР НД

Цель: усиление мотивации на выздоровление и формирование установки на социализацию.

Задачи:

- формирование критики к поведению, ответственности за поведение;
- развитие навыков самонаблюдения и персонификации;
- снижение уровня анозогнозии по опроснику НИПИ им. Бехтерева;
- повышение уровня социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации в динамике по опросникам СПА и ЭДА по (Фетискин Н.П., 2002);
- повышение уровня готовности к изменениям в динамике по опроснику «SOCRATES»;
- признание проблемы на когнитивном уровне;
- подготовка к 1 шагу 12 шаговой программы;
- работа с формированием нормативной системы ценностей;
- развитие творческого потенциала;
- активное поддержание реабилитационной среды;
- мониторинг исполнения социальных служений пациента (шкала Лайкерта) (*Приложение 17*);
- мониторинг уровня включенности в лечебно-реабилитационный процесс (шкала Лайкерта);
- мониторинг ведения дневника чувств (шкала Лайкерта) (*Приложение 17*);
- оценка уровня патологического влечения (методика Альтшуллер/Винникова)

Сроки: с момента перехода на этап до 4 недель.

Специфика работы с пациентом: обязательное посещение всех групповых реабилитационных мероприятий; обязательное участие в культурно-массовых и спортивно-оздоровительных мероприятиях. При стационарном лечении, разрешены телефонные звонки по расписанию, выход на внешние мероприятия в сопровождении персонала.

Впервые выделенные Критерии результативности этапа адаптации, а также перевода пациента на следующий этап отражены в *Приложении 5*.

Этап интеграции

Реализуется в ОМР РЦ, ГРЦ

Цель: поддержание достигнутых результатов в условиях глубокого погружения в программу.

Задачи:

- формирование адаптивных копинг-стратегий;
- повышение уровня социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации в динамике по опросникам СПА и ЭДА по (Фетискин Н.П., 2002);
- снижение анозогнозии по опроснику НИПИ Бехтерева;
- мониторинг исполнения социальных служений пациента (шкала Лайкерта);
- мониторинг ведения дневника чувств (шкала Лайкерта);
- мониторинг уровня включенности в лечебно-реабилитационный процесс (шкала Лайкерта);
- повышение показателей готовности к изменениям по опроснику «SOCRATES»;
- прохождение первого шага 12 шаговой программы;
- анализ и возможная коррекция семейных и иных социальных проблем;
- формирование навыков целеполагания, планирования и самоорганизации;
- повышение устойчивости к факторам внешней среды, провоцирующим на употребление;
- оценка уровня патологического влечения (методика Альтшуллер/Винникова)

Сроки: устанавливаются в зависимости от достижений пациента от 4 до 8 недель.

Специфика работы с пациентом: обязательное посещение всех групповых реабилитационных мероприятий; обязательное активное участие в культурно-массовых и спортивно-оздоровительных мероприятиях. При стационарном лечении, разрешены звонки по расписанию, выход из отделения (центра) в сопровождении персонала на внешние мероприятия.

Впервые выделенные Критерии результативности этапа интеграции, а также перевода пациента на следующий этап отражены в *Приложении 6*.

Этап стабилизации

Реализуется в ГРЦ и НД.

Цель: облегчение реадaptации в социуме, при стационарном лечении, подготовка к выписке из стационара и продолжению реабилитации в амбулаторном режиме.

Задачи:

- развитие навыков целеполагания с формированием внутреннего локуса контроля (методика Дж. Роттер) 1 раз в месяц;
- повышение уровня социального интеллекта(оценивается по опроснику Басса-Дарки (в модификации Г. Резапкиной) при переходе на этап, с дальнейшим контролем динамики 1 раз в месяц, ожидаемый результат на этапе – все шкалы не ниже 3-4 баллов);
- снижение анозогнозии по опроснику НИПИ Бехтерева до полного отсутствия по всем шкалам 1 раз в месяц;
- высокие показатели уровня готовности к изменениям по опроснику «SOCRATES» 1 раз в месяц;
- мониторинг исполнения социальных служений пациента (шкала Лайкерта) каждое посещение;
- мониторинг ведения дневника чувств (шкала Лайкерта) каждое посещение;
- мониторинг уровня включенности в лечебно-реабилитационный процесс (шкала Лайкерта) каждое посещение;
- мониторинг посещения групп АА/АН (шкала Лайкерта) каждое посещение;
- мониторинг расширения социальных ролевых функций за счёт интересов и увлечений за пределами употребления (по шкале Лайкерта)1 раз в месяц;
- закрепление навыков планирования и самоорганизации в открытой социальной среде;
- закрепление устойчивости к провоцирующим факторам внешней среды;
- обучение противорецидивным навыкам в открытом социуме;
- прохождение не менее 3 шагов 12 шаговой программы;
- интеграция в программу «90 дней– 90 групп».
- оценка уровня патологического влечения (методика Альтшуллер/Винникова) не реже 1 раза в месяц и при изменении состояния.

Сроки: устанавливаются в зависимости от достижений пациента от 2 до 6 недель.

Специфика работы с пациентом: обязательное соблюдение режима посещений, режима сна и отдыха, режима трезвости; возможно посещение реабилитационных мероприятий по индивидуальному плану, составленному самим пациентом и одобренному специалистами отделения (центра).

Впервые выделенные Критерии результативности этапа стабилизации, отражены в *Приложении 7*.

* * *

Стационарный период реабилитационного процесса максимально структурирован и имеет:

- утвержденный распорядок дня (*Приложение 9*)
- план культурно-массовых мероприятий на текущий год (*Приложение 10*).

Содержание мероприятий реабилитационной программы (темы лекций, тренингов, индивидуальных заданий) по этапам изложено в *Приложении 11*.

По окончании стационарного этапа лечения рекомендовано продолжение реабилитации амбулаторно, с целью закрепления в социуме полученных навыков. В амбулаторной программе участвуют врач психиатр-нарколог, психотерапевт, медицинский психолог, специалисты по социальной работе, специалисты социально-психологической службы/консультанты. Срок амбулаторной программы может составлять до 6 месяцев. В этот период пациенту, помимо психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, предлагается участие в культурных, развивающих, спортивно-оздоровительных мероприятиях, организованных подразделениями амбулаторной службы (ГРЦ, СПС, НД), а также социальное сопровождение (помощь в трудоустройстве, обучении, участие в группах самопомощи АА, АН).

ПРИМЕРНАЯ СТРУКТУРА ПРОГРАММЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Медицинское направление

1. МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА

Реализуется на этапе предреабилитации.

При поступлении врач психиатр-нарколог производит осмотр пациента, осмотр заканчивается постановкой предварительного диагноза; окончательный диагноз выставляется в течение первых трех дней после поступления. В случае отсутствия предварительных данных медицинских обследований, необходимых для плановой госпитализации пациентов в стационарное отделение, проводится медицинское обследование, включающее: клинический анализ крови, общий анализ мочи; биохимический анализ крови: глюкоза, белок, белковые фракции, билирубин, печеночные ферменты, остаточный азот, мочевины, мочевины, мочевины, мочевины; кровь на гепатит В, гепатит С, ВИЧ-инфекцию, сифилис; ЭКГ; флюорографическое исследование/диаскин-тест.

2. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Реализуется на всех этапах ЛРП

Впервые в Программу введено исследование уровня патологического влечения методом Альтшуллера В.Б. и Винниковой М.А.

Учитывая высокий удельный вес психопатологических расстройств у пациентов, употребляющих ПАВ, что затрудняют включение пациентов в реабилитационную программу, для коррекции поведенческих и эмоциональных расстройств используется медикаментозное лечение с применением следующие группы лекарственных препаратов: нейролептиков, нормотимиков, антидепрессантов, ноотропных препаратов.

Схема лечения назначается пациентам индивидуально, медикаментозное лечение проводится, в зависимости от индивидуальных особенностей психопатологических расстройств у пациентов, в течение всего лечебно-реабилитационного процесса.

При необходимости проводится терапия сопутствующих соматических заболеваний по рекомендации врачей консультантов и назначению врача психиатра-нарколога.

3. САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Реализуется на всех этапах ЛРП

Впервые в Программу введены врачебные лекции на этапе предреабилитации.

Врач психиатр-нарколог занимается повышением уровня осведомленности пациентов в части, касающейся медицинских аспектов заболевания посредством проведения, как индивидуальных бесед, так и прочтения лекций на медицинские темы (*Приложение 11*).

Психолого-психосоциальное направление

1. ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Пересмотрены методики психодиагностических и психосоциальных обследований. Ранее применяемый метод исследования Внутренней картины болезни (ТОБОЛ НИПИ Бехтерева), как дающий некорректный результат в отношении наркологических больных, заменён на информативное исследование Анозогнозии (НИПИ Бехтерева), раскрывающее динамику по всем показателям принятия болезни. Ранее используемый метод диагностики мотивационной сферы по методике Белоколодова В.В., в силу зависимости от субъективной оценки интервьюера, заменён исследованием по методике «SOCRATES» (в адаптации НИПИ Бехтерева), объективно отражающей динамику по ключевым составляющим мотивационной сферы. **Впервые** введена шкала Лайкерта для мониторинга основных динамических показателей психологической и социальной активности в ЛРП.

Цель: составление индивидуального реабилитационного плана на время лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Задачи:

- оценка личностного, эмоционального и когнитивного уровня пациента;
- определение степени его мотивированности на активные действия;
- обозначение круга проблем, актуальных для пациента.

Условия проведения: Психодиагностика проводится сразу после установления диагноза FXX.2 «Синдром зависимости» на этапе предреабилитации и /или поступления/перевода пациента на следующий этап реабилитации, стандартное патопсихологическое обследование занимает примерно 2 часа и включает в себя следующие методики:

- исследование познавательной сферы: таблицы Шульте, «Пиктограммы», «10 слов», «Исключение лишнего», «Простые аналогии», «Выявление существенных признаков»;
- исследование эмоционально-личностной сферы: цветовой тест Люшера, «Исследование самооценки» по Дембо-Рубинштейн, ИЖС, опросник Шмишека, беседа, наблюдение, социальная паспортизация.
- мониторинг динамических показателей психологической и социальной активности пациента в ЛРП (шкала Лайкерта);
- выявление уровня анозогнозии (опросник НИПИ Бехтерева);
- оценка уровня социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации;
- обследование Шкала «готовность к изменению поведения и стремления к лечению» «SOCRATES»;
- оценка локусаконтроля (интернальности) и оценка уровня социального интеллекта проводятся на этапе стабилизации в динамике.

Результаты обследования фиксируются в медицинской карте больного. По результатам обследования оформляется/корректируется психологическое и психосоциальное заключение.

2. ЛЕКЦИИ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕМАТИКЕ ЛРП

Впервые лекции выстроены в соответствии с логикой психотерапевтических мишеней.

Цель: Развитие достаточного уровня программных знаний/представлений для формирования осознанного когнитивного и эмоционального принятия болезни, её симптомов и последствий, а также получение информации о инструментах преодоления болезни и построения системы представлений о здоровом образе жизни.

Задачи:

- информирование о базовых психологических и психосоциальных аспектах зависимости, внутриличностных причинах развития заболевания;

- информирование о причинах рецидивного процесса и способах профилактики;
- информирование о внутриличностных ресурсах и способах их применения в процессе выздоровления.

3. Индивидуальная психокоррекция и психотерапия

Цель: развитие личностных ресурсов (в частности за счет получения признания или отвержения тех или иных проявлений, сравнения себя с другими).

Задачи:

- психокоррекция личностной сферы (цикл занятий, направленных на развитие способности к саморефлексии, выстраивания временной перспективы, структурирования пространственно-временного континуума и навыков целеполагания);
- психокоррекция познавательной сферы (внимание, память, мышление, зрительно-моторная координация);
- индивидуальная психодрама (проживание и отреагирование значимых жизненных событий).

Рекомендуемые методики:

- когнитивно-поведенческая терапия;
- рациональная терапия;
- мотивационная терапия;
- гештальт-терапия;
- арт-терапия;
- психосинтез;
- релаксация (снижение психоэмоционального напряжения, создание положительного эмоционального фона, формирование навыка расслабления и снятия стресса).

Условия проведения:

Индивидуальное консультирование проводится психотерапевтом или медицинским психологом не реже 2-х раз в неделю на этапе Предреабилитации и этапе Адаптации; по назначению лечащего врача на этапах Интеграции и Стабилизации.

4. Групповая психокоррекция (МПГ)

Цель: работа с динамикой группы, проработка конфликтов, личные запросы, осознание и проработка неэффективных моделей поведения.

Задачи:

- проработка эмоционального состояния пациентов;
- сплочение группы, групповая поддержка;
- разбор конфликтов;
- обучение навыкам удерживания в рамках правил.

Условия проведения: группа представляет собой открытое, долговременное сообщество, объединенное одной или несколькими целями. Вначале проведения группы обязательно проводится обсуждение обратной связи, участники озвучивают свои запросы на групповую работу (для получения информации об эмоциональном состоянии, и для составления общего динамического портрета группы). Затем участники могут сами предложить тему для работы на группе или же это делает психолог, основываясь на запросах или эмоциональном состоянии участников. Работа может проводиться различными способами и методами.

Одной из важных особенностей группы является удерживание в рамках группового процесса, поэтому следует особое внимание уделить соблюдением установленных правил участниками.

Проводится ежедневно по будням, продолжительность 1,5 часа.

5. Тренинговая работа

Впервые тренинги разделены на блоки в зависимости от терапевтических мишеней.

Тренинги проводятся согласно расписанию психологами или специалистами по социальной работе 2 раза в неделю, время проведения 60 минут (если не указано иного).

5.1 Тренинг самопознания (личностного роста)

Мишени:

- неадекватная самооценка;
- низкий уровень рефлексии и самоидентификации;
- слабые волевые качества;
- низкий уровень ответственности;
- отсутствие ценностных ориентаций на трезвость.

Цели и задачи:

Оптимизация личностных ресурсов:

- формирование «Я-концепции»;
- формирование адекватной самооценки;
- развитие способностей пациента к рефлексии и самоопределению;
- развитие волевых качеств;
- принятие ответственности за собственное поведение;
- формирование ценностной ориентации на здоровый образ жизни.

Оптимизация взаимоотношений в социуме:

- формирование стратегий проблем-преодолевающего поведения;
- формирование навыков общения и активного слушания;
- формирование навыков конструктивного решения задач.

Примерные темы занятий:

- Сплочение группы;
- Доверие и поддержка;
- Взаимопомощь и взаимная ответственность;
- Индивидуальность;
- Самооценка;
- Невербальное взаимодействие;
- Активное слушание;
- «Я решаю проблемы»;
- Разрешение конфликтов;
- Групповое давление и умение сказать «Нет»;
- Функции семьи;
- Зависимость в семье.

5.2 Тренинг познавательных процессов

Разработан для пациентов, которых отличает отсутствие способности к рефлексии; нежелание, а часто и неспособность анализировать и обсуждать проблемные темы; инфантилизм, ориентация на незрелые эмоционально-поведенческие реакции, сниженность по многим психологическим и психофизиологическим показателям (концентрация внимания, сформированность мыслительных операций, усидчивость, работоспособность, самоконтроль). Для таких пациентов участие в тренингах самопознания и личностного роста бывает малопродуктивно, они быстро истощаются, теряют интерес к занятию, начинают отвлекаться и отвлекать других участников.

Мишени:

- снижение познавательных процессов (внимания, памяти, мышления)
- эмоциональная неустойчивость.

Цель: оптимизация личностных ресурсов, позволяющая подготовить пациентов к включению в работу тренинговой группы социального взаимодействия или личностного роста.

Задачи:

- тренировка внимания, памяти, мышления;
- формирование адекватной самооценки;
- развитие волевых качеств;
- формирование навыков общения и совместной деятельности.

Отличительные особенности данного тренинга:

- акцент на выполнении упражнений, а не на анализе состояния участников;
- частая переключаемость с одного вида деятельности на другой;
- повторение ряда упражнений на нескольких занятиях, что повышает успешность их выполнения участниками;
- использование упражнений (заданий) на сплочение, вербальное и невербальное взаимодействие, реагирование агрессии.

5.3 Тренинг социального взаимодействия

Мишени:

- отсутствие навыков групповой сплоченности;
- низкий уровень активности, ассертивности, фасилитации, общности интересов;
- несформированность социальной эмпатии, эмоционального интеллекта.

Цель: формирование и укрепление доброжелательного, открытого и конструктивного стиля взаимодействия в коллективе.

Задачи:

- формирование большего доверия, открытости в отношениях;
- изменение ригидных, ограничивающих стереотипов восприятия;
- освоение новых форм и способов взаимодействия, решения задач.

Направления работы:

- 1) *Преодоление адаптационного стресса* у вновь поступивших пациентов. Выбирается фокус работы, объединяющий новичков и пациентов уже проходящих программу для коррекции напряженных отношений между ними. Целесообразно выбирать упражнения, ориентированные на общекомандное решение задачи, одной или несколькими командами, возможно даже с элементами конкуренции, но состав команд ни в коем случае не должен совпадать со сложившимися в коллективе подгруппами.
- 2) *Взаимодействие в парах.* Этот фокус работы является ресурсным и не имеет прямых показаний; его можно выбирать в ситуации напряжения между пациентами.

Условия проведения занятий: тренинг готовят и проводят психологи/специалисты по социальной работе с привлечением помощи пациентов, находящихся на этапе интеграции; занятия проходят в достаточно большом, хорошо проветриваемом помещении или на улице при хорошей погоде.

Тренинг рассчитан на участие всех пациентов отделения (центра), независимо от возрастных, личностных и социальных особенностей. Более того, разнообразный состав дает возможность наиболее эффективно использовать ресурсы взаимодействия.

Продолжительность одного занятия – 1,5 часа.

5.4 Групповая арт-терапия

Мишени:

- неразвитость эмоциональной сферы;
- отсутствие навыков управления эмоциями.

Цели и задачи:

- проективная диагностика личностных особенностей и жизненной ситуации пациента;
- коррекция эмоционального состояния (за счет отреагирования негативных эмоций в социально приемлемой форме);
- освоение новых навыков и способностей к самовыражению, и как следствие, повышение самооценки и укрепление личной идентичности;
- развитие у пациентов социальных навыков в процессе группового взаимодействия (пациент пробует себя в новой роли: помощник, инструктор, критик; учится оказывать поддержку другим участникам группы, просить помощи и принимать ее).

Особенности проведения: количество участников группы до 25 человек. На первом занятии обязательно оговариваются правила поведения в арт-студии. В конце занятий обычно проходит обсуждение работ участников и интерпретация (по запросу).

Примерные темы занятий:

- Рисунок имени;
- Рисунок руки;
- Образ Я (изображение составляющих своего Я в виде дерева, геометрической фигуры и т.д.);
- Рисунок «То, каким меня видят окружающие и то, каким я себя вижу»
- Эмоции (рисунки эмоций, угадывание)
- Рисунок «Внутреннее животное»
- рисунки правой и левой руками
- рисунки 2-х противоположных понятий
- Диптих «Я сейчас» и «Я в будущем»
- Поиск внутреннего ресурса (настройка «Путешествие к мудрому старцу»).

5.5 Групповая сказкотерапия/театротерапия

Мишени:

- неосознаваемость сценария зависимого поведения;
- аутоагрессивные паттерны поведения;
- несформированность здорового жизненного сценария, автономного жизненного плана.

Цель: проработка и осознание своей жизненной ситуации.

Задачи:

- проработка эмоционально значимого материала пациента и/или группы;
- повышение уровня осознания себя и своего поведения;
- стимулирование на взятие ответственности за свое поведение и свою жизнь.

Схема проведения: пациенту дается задание – написать сказку/сценарий по определенному плану. Затем написанная сказка/сценарий обсуждается на предварительной консультации с психологом. После этой консультации пациент вносит коррективы в свою сказку/сценарий, если они необходимы. На группе пациент читает сказку/проигрывает сценарий всей собравшейся группе, после чего участники дают ему обратную связь по поводу услышанного/увиденного. Затем сказка/сценарий прорабатывается на группе. Пациент проходит по сюжету, проигрывая все роли в своей сказке.

6. Групповые мероприятия по формированию реабилитационной среды

Эффективность лечебно-реабилитационного процесса существенно повышается при четком структурировании реабилитационной среды. Этого можно достичь при регулярном проведении мероприятий, в которых принимают участие, как пациенты, так и сотрудники отделения.

Впервые в Программу введён ежедневный мониторинг динамических показателей социальной активности пациентов в ЛРП, которую осуществляет социальный работник по итогам дня с фиксацией в журнале и передачей информации специалисту по социальной работе.

Все групповые мероприятия определены рамками единой структуры, подчинённой целям, задачам, условиям проведения.

Мишени:

- формирование границы личности;
- повышение приверженности лечению;
- повышение комплаенсности;
- навыки структурирования личного времени и пространства.

6.1 «Утреннее собрание»

Цель: формирование навыков анализа и планирования своего времени, конструктивного решения возникших проблем, развитие коммуникативных способностей, умения формулировать и грамотно выражать свои мысли и чувства, формировать настрой на день.

Задачи:

- мониторинг динамики за предыдущий день;
- подведение итогов выполнения заданий и микросоциальных функций;
- вынесение «позитивов» и «негативов» за прошедший период.

Условия проведения:

- проводится ежедневно, время проведения 45 минут;
- наличие четкой структуры мероприятия;
- участие всех пациентов отделения;
- ведущим является специалист по социальной работе.

6.2 «Итоги»

Цель: формирование навыков анализа выполненной работы и проведенного времени, эмоционального отреагирования.

Задачи:

- анализ прошедшего дня;
- анализ эмоционального состояния пациентов.

Условия проведения: проводится ежедневно, вечером, время проведения – 45 мин. Обязательное участие всех пациентов. Ведущим является социальный работник.

6.3 «Прогресс»

Цель: формирование навыков самоанализа и самоконтроля; развитие коммуникативных способностей; принятие критики и похвалы.

Задачи:

- подведение общих итогов работы за неделю;
- формирование плана на следующую неделю.

Условия проведения: проводится еженедельно (в воскресенье), время проведения – 1,5 час. Присутствуют все пациенты и сотрудники социальной службы, работающие в смену. Ведущий озвучивает правила ведения мероприятия. Затем каждый пациент озвучивает свои достижения, отмечая сложности в работе над собой. Выступления каждого пациента происходит в установленной форме ответов на вопросы «Опросника прогресса за неделю» в Рабочей тетради (Приложение 2).

После того, как все желающие высказались, социальные работники отмечают в работе и неработе пациентов, дают обратную связь, корректируют индивидуальный план работы.

6.4 «Смена функций»

Цель: формирование навыков отчёта по служениям, принятие критики и похвалы, распределение новых функций на неделю.

Задачи:

- подведение общих итогов работы за неделю;
- формирование плана на следующую неделю.

Условия проведения: проводится еженедельно (в воскресенье), время проведения – 1 час. Присутствуют все пациенты и сотрудники социальной службы, работающие в смену. Каждый пациент озвучивает свои достижения, отмечая сложности в работе над собой. Выступления каждого пациента происходит в установленной форме отчёта по функциям «Форма отчета по служениям»(Приложение 12)

После того, как все желающие высказались, социальные работники дают обратную связь, распределяют новые служения на неделю (Приложение 13).

6.5 «Школа новичка»

Цель: Преодоление барьеров и стереотипов в общении путём коллективного знакомства в группе с реабилитационной средой отделения.

Задачи:

- принятие вновь прибывших пациентов;
- знакомство, представление себя;
- поддержка новичка;
- знакомство с правилами отделения (центра), правилами работы в разных форматах реабилитационного процесса.

Условия проведения: проводится при участии вновьприбывших и ответственных пациентов, находящихся на этапе интеграции(гидов), специалистов по социальной работе, социальных работников. Проводится в дни поступлений пациентов в период свободного времени с 17 до 17.45.

Пациенты строят общение и задают вопросы, связанные с целями новичка и его готовностью к реабилитации; знакомят с правилами отделения (центра).

В завершении члены группы, находящиеся на интеграционном этапе, по желанию, предлагают новичку свою поддержку (в выполнении первых заданий, получение необходимой информации и т.д.).

6.6 «Горячий стул»

Цель и задачи: формирование навыков позитивного и конструктивного решения проблем, возникших внутри коллектива пациентов, развитие коммуникативных способностей, умения формулировать и грамотно выражать свои мысли.

Условия проведения: «Горячий стул» может быть заявлен любым пациентом или сотрудником по факту нарушения правил внутреннего распорядка, конфликтной ситуации или решения других проблем в отделении (центре). «Горячий стул» проводит выбранное коллективом лицо. На группе присутствуют все пациенты и дежурные социальные работники отделения (центра). В начале оглашаются правила группы, по окончании — круг чувств или обратная связь.

Социальное направление

Социальное направление программы реализуется с целью ресоциализации пациентов.

Впервые в Программе прописаны роли специалистов по социальной работе, социальных работников. **Впервые** разработаны инструменты диагностики социальной сферы пациента на основе динамических исследований социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации на этапах адаптации и интеграции ЛРП. А также диагностики уровня интернальности (локуса контроля) и эмоционального интеллекта на этапе стабилизации. **Разработан** комплекс

мероприятий, проводимых в рамках социальной реабилитации. Ранее проводимое исследование на профорIENTATION пациентов выведено из перечня обязательных социальных обследований и выполняется по запросу. **Впервые** введен мониторинг динамики социальных показателей активности в ЛРП с фиксацией суммарных результатов в медицинскую карту стационарного больного 1 раз неделю. **Впервые** разработан порядок взаимодействия специалистов по социальной работе с структурными подразделениями и иными социальными и правовыми учреждениями в рамках реализации социальной составляющей ЛРП.

Мишени:

- ориентация на здоровый образ жизни;
- привитие/восстановление социально-бытовых и санитарно-гигиенических навыков;
- воспитания навыков позитивного общения в социуме;
- формирования адекватной самооценки.

Включает различные формы работы: индивидуальную, групповую, в виде бесед и тематических тренингов, диспутов, мастер классов, спектаклей, игр, викторин, спортивных соревнований и проч.

1. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В ПРОГРАММЕ

1.1 Первичная беседа с проведением социальной паспортизации

Задачи:

- знакомство, установление контакта;
- снижение ситуационной тревожности;
- ознакомление пациента с правилами отделения;
- выявление социальных проблем.

Условия проведения: Специалист по социальной работе/социальный работник проводит первичную индивидуальную беседу с пациентом в течение первого дня поступления. Во время беседы пациент знакомится с правилами внутреннего распорядка (*Приложение 1,9*), условиями пребывания в отделении, системой замечаний (*Приложение 3*). На второй день, специалист по социальной работе проводит социальную паспортизацию пациента (*Приложение 16*).

На 7 день от поступления (кроме выходных) проверяет знание правил устно и письменно (пациент заполняет опросник) и принимает правила у пациента (*Приложение 8*).

1.2 Индивидуальное курирование пациента

Задачи:

- оказание помощи пациенту в адаптации в программе;
- поддержка пациента в течение всего срока реабилитации.

Условия проведения: специалист по социальной работе/социальный работник проводит работу по сопровождению пациента в отделении, оказывает помощь в решении социально-бытовых проблем. По мере необходимости специалист по социальной работе связывается с семьей пациента. Специалист по социальной работе/социальный работник осуществляет контроль за выполнением пациентами порученных микросоциальных служений, ведением дневника чувств, выполнении индивидуальных заданий, регулярно наблюдает динамику изменения адаптации в коллективе и в программе с ежедневной оценкой эффективности коммуникаций. Все динамические показатели регистрируются в листе наблюдений. На утреннем и вечернем собрании, вместе с пациентами, оценивает качество служения и ответственности.

На этом основании специалист по социальной работе пишет еженедельно в медицинской карте дневник с динамикой по всем показателям. При переводе на этап формирует развернутое заключение с оценкой динамических показателей за указанный период.

2. ФОРМИРОВАНИЕ БЫТОВЫХ НАВЫКОВ

Цель: привитие навыков социально-бытового и санитарно-гигиенического обслуживания, ориентация на здоровый образ жизни.

2.1 Ежедневная утренняя уборка

Условия проведения: ежедневно после утренней зарядки всеми пациентами отделения проводится уборка палат, заправляются кровати; продолжительность ежедневной утренней уборки не более 15 мин.

2.2 Ежедневная генеральная уборка:

Условия проведения: один раз в неделю, в выходной день, всеми пациентами отделения под руководством социального работника проводится влажная генеральная уборка (наводится порядок в шкафах и тумбочках) и других помещений отделения (столовая, спортивный зал, коридоры и пр.). Продолжительность еженедельной генеральной уборки 1 час.

3. КЛУБНАЯ И КРУЖКОВАЯ РАБОТА

Впервые описана работа факультативных мероприятий (клубов и кружков по интересам).

3.1 Кулинарный клуб

Цель: формирование и закрепление социально-бытовых и коммуникативных навыков, в процесс реабилитации, формирование чувства взаимопомощи и ответственности за общее дело, обучение технологии приготовления блюд повседневного использования

Условия проведения: занятия клуба проводятся в условиях ОМР РЦ на этапах адаптации, интеграции 1 раз в неделю в выходной день (воскресенье) группой не более 7 чел. под руководством социального работника. Выбор блюд заранее обговаривается с пациентами отделения. Занятия клуба проводятся в специально оборудованном помещении с разделочными столами, плитой, мойкой, холодильником и др. кухонным оборудованием. Пациенты на занятиях обеспечиваются спецодеждой (халатами, шапочками, одноразовыми перчатками). Продолжительность занятия — 1-2 часа. После приготовления блюд проводится их дегустация участниками процесса.

3.2 Клуб садоводов-огородников

Цель: формирование и закрепление социально-бытовых и коммуникативных навыков, в процесс реабилитации, формирование чувства взаимопомощи и ответственности за общее дело, обучение агротехническим приемам и навыкам выращивания растений.

Условия проведения: занятия клуба проводятся в ОМР РЦ на этапах адаптации, интеграции ежедневно в теплое время года группой не более 5-7 чел. под руководством социального работника. Занятия клуба проводятся в хорошую погоду на открытом воздухе, в теплицах. Пациенты на занятиях обеспечиваются спецодеждой (халатами, шапочками, одноразовыми перчатками). Продолжительность занятия — 1 час.

3.3 Клуб аквариумистов

Цель: формирование и закрепление социально-бытовых и коммуникативных навыков, в процесс реабилитации, формирование чувства взаимопомощи и ответственности за общее дело, обучение технологии ухода за аквариумными животными.

Условия проведения: занятия клуба проводятся в ОМР РЦ на этапах адаптации, интеграции 1 раз в неделю в выходной день группой не более 3-4 чел. под руководством социального работника. Пациенты на занятиях обеспечиваются спецодеждой (одноразовыми перчатками). Продолжительность занятия — 1 час.

3.4 Театральный кружок

Цель: формирование и закрепление ассертивных и коммуникативных навыков, а также повышение самооценки в процессе реабилитации, формирование чувства взаимопомощи и ответственности за общее дело, обучение основам театрального мастерства развитию художественно-творческих способностей, памяти, воображения.

Условия проведения: занятия кружка проводятся в ОМР РЦ на этапах адаптации, интеграции, в ГРЦ на этапе интеграции, стабилизации не реже 1 раз в неделю группой не более 10-15 чел. под руководством специалиста по социальной работе/социального работника. Выбор репертуара/сценария заранее обговаривается с пациентами отделения. Занятия клуба проводятся в специально оборудованном помещении со сценой, зрительным залом, оснащенного музыкальным оборудованием. Пациенты на занятиях обеспечиваются театральным реквизитом. Продолжительность занятия — 1-2 часа. После подготовки выступления, проходит премьера для всех пациентов отделения/центра. Часто сценарий приурочивается к знаменательным календарным датам.

3.5 Спортивный клуб

Цель: формирование и закрепление коммуникативных навыков в условиях командного взаимодействия, ассертивности, и приверженности здоровому образу жизни. Формирование навыков взаимопомощи и ответственности за общее дело, умения ставить и достигать поставленных целей.

Условия проведения: занятия клуба проводятся в ОМР КФ 1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ не реже 1 раз в неделю (В РЦ в выходной день (воскресенье) группой не более 10 чел. под руководством ответственного социального работника). Выбор плана мероприятий на предстоящую неделю обговаривается с пациентами отделения. Занятия клуба проводятся в специально оборудованном помещении со спортивным инвентарем, на спортивных площадках строго под присмотром социального работника. Пациенты на занятиях обеспечиваются спортивным инвентарем, согласно ранее определенному графику мероприятий. Продолжительность занятия — 1-2 часа. После проведения занятий подводятся итоги, проводится работа над ошибками.

4. ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

4.1 Ежедневная утренняя зарядка

Цель: обучение правилам техники безопасности, ориентация на здоровый образ жизни,

Условия проведения: ежедневную утреннюю зарядку в ОМР КФ 1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ проводит пациент, получивший ответственность за проведение зарядки. Контроль за выполнением осуществляет социальный работник. Зарядку выполняют все пациенты отделения. Время проведения — 15 мин. Используется комплекс «Утренней гимнастики»

4.2 Спорт-час

Ежедневные занятия общей физической подготовкой, настольный теннис, занятия на тренажерах в тренажерном зале, бадминтон, волейбол на открытой площадке.

Цель: обучение правилам техники безопасности, ориентация на здоровый образ жизни, развитие ловкости, силы, выносливости.

Условия проведения: занятия проводятся в ОМР РЦ в спортивном зале, помещении, оборудованном тренажерами и др. спортивным инвентарем, на уличной спортплощадке и пр. Продолжительность занятия – 45 мин.

5. ЛЕКЦИИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ТЕМАТИКЕ ЛРП

Цель: Развитие достаточного уровня социальной активности, социальной компетенции и ассертивности для построения системы представлений о здоровом образе жизни.

Задачи:

- информирование о базовых социальных аспектах дисфункционального поведения;
- внешних причинах развития заболевания;
- повышение уровня социальной компетенции через информирование о социальных институтах;
- информирование о внешних ресурсах поддержания здорового образа жизни и способах их применения в процессе выздоровления.

6. УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Цель: формирование познавательного интереса, мировоззрения, повышение интеллектуальной активности, умение формулировать и грамотно выражать свои мысли, развитие памяти, логического мышления, формирование чувства взаимопомощи, развитие усидчивости и внимания.

Условия проведения: мероприятия (викторины и конкурсы по модели КВН, «Что? Где? Когда?» и т.п.) проводятся еженедельно в ОМР РЦ на этапе адаптации, интеграции, в ГРЦ на этапе интеграции, стабилизации, время проведения 30 мин. Темы заявляются специалистом по социальной работе или пациентами с учетом назревших проблем (в отделении или в обществе). Диспут проводится специалистом по социальной работе, присутствие всех пациентов обязательно. В конце мероприятия проводится круг чувств.

7. СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

Реализуется в РЦ на этапе адаптации, интеграции, в ГРЦ на этапе интеграции, стабилизации.

В качестве метода социального сопровождения используется индивидуальное социально-психологическое сопровождение и организация межведомственного взаимодействия, соответствующая особенностям российской нормативно – правовой базы и организационной структуры, которая предлагает целостный подход к индивидуальному сопровождению наркологических больных и позволяет повысить эффективность взаимодействия заинтересованных структур и организаций, систематизировать реабилитационные ресурсы территории.

Цель: повышение социальной адаптации зависимых больных в обществе, выработка социальных норм поведения, восстановление социальных навыков, необходимых для здорового образа жизни.

Задачи:

- диагностика социальных проблем и ситуаций пациентов и их семей;
- помощь в решении социальных проблем, активизации собственных ресурсов пациента;
- восстановление социальных связей пациента, ценностных и социальных установок, социального статуса.

7.1. Работа с пациентом

- 1) *Первичный диагностический этап* – социальная диагностика, включающая мотивационное интервью, целью которого является побуждение к коммуникации, прояснение запроса и определение вида социальной дезадаптации; составление социального паспорта (сбор информации о пациенте и его семье); определение социального статуса, уровня образования, материально-бытового положения; выяснение наличия несовершеннолетних детей, поставленных на учёт в комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП), в отделах по делам несовершеннолетних ОВД, в органах опеки и попечительства (ООиП); факты привлечения к административной либо уголовной ответственности;

- 2) *Работа социальной службы* на этапе адаптации, интеграции, стабилизации включает индивидуальные консультации пациентов по социально-правовым вопросам, в том числе на тему: уголовной и административной ответственности; помощи и содействия в трудоустройстве.
- 3) *Работа социальной службы на стадии выписки пациента*: во время подготовки к выписке пациента социальной службой составляется индивидуальный план дальнейшей реабилитации пациента. План включает в себя: совокупность мероприятий и ресурсов, направленных на поддержание ремиссии; рекомендованные (или установленные) сроки реабилитационных действий; информацию по координации мероприятий и использованию ресурсов.

7.2 Работа с семьей (с родственниками)

- 1) *Консультирование родственников* (законных представителей) осуществляется как при личной встрече, так и заочно (по телефону), включая:
 - первичное консультирование родственников пациентов и мотивирование на включение в лечебную программу;
 - информирование о работе групп, о работе телеграмм-канала, о времени консультаций с врачами и психологами, о предполагаемых сроках выписки пациента.
- 2) *Сбор объективного анамнеза/катамнеза* на амбулаторном этапе (с согласия пациента), включая:
 - сбор информации о ремиссии, о выполнении индивидуального плана реабилитации, об обучении или трудоустройстве;
 - помощь и рекомендации родственникам в разрешении вопросов и проблем, возникающих на амбулаторном этапе, информирование о возможности противорецидивной госпитализации;
 - в случае поступления информации о продолжении употребления ПАВ – информирование и рекомендации к повторной госпитализации.

7.3. Взаимодействие с учреждениями профилактики и другими внешними структурами

Социальной службой осуществляется:

- привлечение ресурсов территории проживания для решения проблем пациента;
- информирование сотрудников внешних структур, представляющих интересы пациентов, о правилах госпитализации и записи на консультацию;
- взаимодействие с представителями внешних структур: подразделениями Управления Федеральной службы исполнения наказаний по городу Москве (УФСИН), районными комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП), отделами по делам несовершеннолетних ОВД (ОДН ОВД), органами опеки и попечительства (ООиП), центрами содействия семейному воспитанию (ЦССВ), социально-реабилитационными центрами (СРЦ), центрами социальной помощи семье и детям (ЦСПСиД);
- присутствие сотрудников социальной службы при изъятии пациентов из отделений для осуществления следственных действий в целях защиты их прав и интересов;
- помощь в жизнеустройстве пациентов, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- взаимодействие с иными лечебно-профилактическими учреждениями;
- участие в подготовке и проведении видеоконференций и выездных мотивационных мероприятий в рамках формирования и поддержания высокого уровня преемственности в лечебно-реабилитационном процессе.

Работа с родственниками в рамках профилактики созависимого поведения

Зависимость – это всегда системное заболевание, затрагивающее семейную систему. Отсюда следует, что как заболевание меняет систему, так и дисфункциональная система способствует возникновению и развитию зависимости. При наличии зависимости/созависимости у одного из членов семьи, неизбежно развиваются дисфункциональные отношения во всей семейной системе, что приводит к возникновению условий, поддерживающих зависимое поведение. Реабилитационный процесс тем эффективнее, чем больше элементов семейной системы активно включены в этот процесс.

Впервые создан Телеграм-канал для информированности родственников пациентов по вопросам зависимости/созависимости.

Цель: повышение уровня информированности членов семьи для формирования более искренних, открытых, теплых и ответственных взаимоотношений внутри семьи.

Задачи:

- изменение позиции от фиксации негативного внимания на зависимого к осознанию более широкого контекста семейных проблем;
- расширение восприятия проблем в семье за счет осознания и активного использования скрытых ресурсов;
- обучение новым, более открытым и конструктивным формам взаимодействия;
- осознание всеми участниками взаимозависимости членов семьи и собственной ответственности, как за существующую ситуацию, так и за возможные позитивные изменения.

1. Индивидуальное консультирование родственников

Цель: повышения эффективности реабилитации через привлечение родственников к участию в реабилитационном процессе.

Задачи:

- установление контакта;
- формирование конструктивного настроения на проработку личностных и внутрисемейных проблем.

2. Семейное консультирование

Цель: привлечение родственников к решению проблемы зависимости как общесемейной проблемы.

Задачи:

- прояснение семейных взаимоотношений;
- выявление ведущих конфликтов и паттернов семейного взаимодействия;
- поиск новых стратегий внутрисемейного взаимодействия;
- обучение и отработка навыков адекватного проявления своих эмоций (по типу «обратной связи»), а также навыков конструктивного взаимодействия;
- выявление в семье факторов, поддерживающих у больного злоупотребление ПАВ;
- обучение родственников эффективному взаимодействию между членами семьи;
- ориентация родственников на разрешение своих личностных проблем, поддерживающих зависимость от ПАВ;
- ориентация родственников на посещение групп НАР-Анон, АЛ-Анон;

Условия проведения: ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ на всех этапах ЛРП. Участниками группы могут быть не только родственники пациентов, находящихся в отделении (центре), но и те, чьи родственники ранее прошли курс стационарной реабилитации и/или находятся на амбулаторном лечении. Группа проводится 1 раз в неделю, продолжительность 1,5 часа.

На групповых занятиях родственники обучаются видеть симптомы дисфункциональной семьи, созависимости. Работают над повышением самооценки, знакомятся с системами правил в семье, узнают про свои и семейные границы.

3. ЛЕКЦИИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ

Задачи:

- информирование о зависимости и созависимости, механизмах их формирования;
- преодоление отрицания своей проблемы и признание необходимости ее решения с использованием инструментов программы, взятие на себя ответственности за собственные изменения;
- предоставление возможности посмотреть на себя более объективно, оценить свое прошлое с новых позиций и увидеть реальные основания для надежды в будущем.

Условия проведения: данные мероприятия проводятся дистанционно, посредством подключения родственников пациентов к Телеграмм-каналу, где в удобное время родственник ознакамливается с предложенным лекционным материалом.

Список лекций для родственников приводится в *Приложении 11*.

Введение в программу «12 шагов»

1. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РАБОТА С КОНСУЛЬТАНТОМ ПО ВОПРОСАМ ЗАВИСИМОСТИ

1.1 Первичное консультирование

Проводится в условиях ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ на всех этапах ЛРП

Цели и задачи:

- знакомство с пациентом, сбор анамнеза;
- установление доверительного уровня общения (идентификация);
- поиск мотивирующих целей воздержания от ПАВ.

1.2 Индивидуальное консультирование

Проводится в условиях ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ на всех этапах ЛРП

Цели и задачи:

- формирования критичности пациента к последствиям и результатам своих действий;
- помощи пациенту в преодолении своего негативного состояния и сопротивления лечению (через общение и сотрудничество);
- выработки рекомендации по эмоциональному состоянию и самоанализу, который входит в ежедневный перечень заданий.

2. НАСТАВНИЧЕСТВО

Один из важнейших факторов реабилитации, формирующий и поддерживающий фундамент взаимодействия между членами группы. Данный принцип, при определённых условиях и задачах, устанавливает благоприятный уровень сотрудничества между опытными «наставниками» из числа социальных работников, более опытными пациентами из числа пациентов, находящихся на этапе интеграции, стабилизации и вновь прибывшими пациентами реабилитационного отделения (центра).

Наставничество проводится в ОМР РЦ, ГРЦ с **целями:**

- установления доверительных взаимоотношений и вовлечения пациентов в реабилитационную среду;
- наработки практики в действии основополагающих принципов «12 шаговой» программы: служение, непредубежденность, доверие, готовность и т.д.

3. ЛЕКЦИИ ПО ПРОГРАММЕ «12 ШАГОВ»

Цель: Развитие достаточного уровня программных знаний/представлений для успешной работы по подготовке к 1 шагу 12 шаговой программы, а также получение информации о программе в целом и программных инструментах преодоления болезни.

Задачи:

- информирование о смысле шагов 12 шаговой программы;
- информирование о смысле традиций 12 шаговой программы.

4. ГРУППОВАЯ РАБОТА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «12 ШАГОВ»

Все групповые мероприятия в рамках двенадцатишаговой программы различаются по направленности и включают:

1)информационно-ознакомительные мероприятия (пациенты узнают о концепции зависимости, методах и подходах к поддержанию трезвой жизни, а также узнают опыт выздоровления других зависимых);

2)групповое взаимодействие (пациенты делятся своими переживаниями трудностями, чувствами, а также болезненными примерами).

В такой форме работы происходит «открытие» пациентом группы, как эффективного инструмента в выздоровлении, а его участников, как союзников, способных помочь в преодолении и переживании сложных моментов.

Работы по программе «12 шагов» проводится по «Рабочей тетради В. Новиковой»(Приложение 14).

4.1. Шаговая группа

Проводится в условиях ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ на этапах собственно реабилитации ЛРП.

Задачи:

- групповое обсуждение индивидуальных заданий пациентов;
- поиск идентификации;
- возможность отследить механизмы формирования зависимости.

Ведущий: социальный работник – консультант по зависимости и пациент, выполнивший задание по программе «12 шагов».

Условия проведения: группа проводится 2 раза в неделю. Пациент, выполнивший задание по программе «12 шагов», зачитывает свои примеры из жизни с проявлением зависимости, делится чувствами и последствиями. Консультант следит за состоянием группы и при необходимости может её закончить. Остальные участники дают обратную связь и делятся своими примерами.

4.2 Мотивационная группа по преодолению анозогнозии

Задачи:

- осознание своего реального положения с уходом от стигматизации;
- признание необходимости выздоровления через принятия симптомов заболевания;
- определение целей и мотивов развития и личностного роста;
- поиск мотивирующих факторов на дальнейшие конструктивные действия;
- оценка степени реалистичности своих целей через осознание ресурсов и препятствий.

Условия проведения: Проводится на предреабилитационном этапе специалистами СПС.В ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ на всех этапах ЛРП медицинским психологом/специалистом по социальной работе, социальным работником– консультантом по зависимости в форме группового занятия продолжительностью 1,5 часа 1 раз в неделю (выходной день). Озвучиваются правила, которые позволяют принимать участие в занятии всем членам данной

группы. Форма взаимодействия – «обратная связь», в виде вопросов и ответов, и обмена опытом в формате данной темы.

Группа проводится в два этапа: вначале одному из пациентов дается письменное задание в виде вопросов и время на его подготовку под руководством консультанта. Следующий этап состоит полностью из групповой работы, построенной на основе ответов, сделанных в ходе выполнения задания. Пациент делится ключевыми моментами, которые мотивируют его на преодоление анозогнозии и прохождение реабилитации. Обсуждаются последствия употребления и формируются жизненные цели. Мероприятие рассчитано на поддержку ведущего и других пациентов.

4.3 Группа по дневникам чувств (самоанализу)

Задачи:

- формирование доверия и открытости;
- возможность увидеть скрытые проявления болезненной части;
- возможность рассмотреть и проанализировать свои дефекты характера;
- анализ опыта других пациентов о том, как они справляются с «тяжелыми» чувствами.

Условия проведения: В ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ на всех этапах собственно реабилитации ЛРП. Пациенты, имеющие при себе собственные дневники чувств и карту чувств, садятся в круг и начинают по очереди зачитывать свой анализ чувств. После прочтения остальные участники группы выражают поддержку и дают обратную связь, делятся собственным опытом. В завершении группы проводится круг чувств. Ведущим является консультант. Время проведения ежедневно, в вечерние часы, продолжительность 60 минут.

4.4 Спикерские группы (личные истории выздоровления)

Задачи:

- формирование и укрепление мотиваций к выздоровлению от химической зависимости;
- приобретение полезных и новых знаний о работе по программе «12 шагов».

Условия проведения: В ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ на всех этапах собственно реабилитации ЛРП в начале занятия пациенты слушают в аудиоформате или от первого лица личную историю человека, имеющего опыт выздоровления от алкогольной или наркотической зависимости по программе «12 шагов». В завершении участники обсуждают услышанное и задают вопросы спикеру по теме выступления. Проводится в присутствии консультанта по зависимости. Время проведения – выходной день, продолжительность 90 минут.

4.5 Групповое чтение программной литературы

Задачи:

- ознакомление пациентов с опытом выздоровления других зависимых и с литературой 12-шаговой программы;
- получение информации и понимание о своей зависимости.

Условия проведения: В ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ на всех этапах собственно реабилитации ЛРП в начале занятия выбирается тема проведения группы. Ведущий – консультант по вопросам зависимости или пациент, перешедший на 2-3 шаг. После прочтения все участники делятся своими мыслями о прочитанном тексте и задают вопросы ведущему. Время проведения выходной день, продолжительность 60 минут.

Список литературы:

- «Анонимные Наркоманы» 5-е издание базового текста;
- «Анонимные Алкоголики», 4-е издание;
- «Алкоголики о себе: 12 на 12»;
- «Жить трезвыми» (АА).

4.6 Просмотр программных фильмов

Условия проведения: В ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ на всех этапах собственно реабилитации ЛРП групповой просмотр в присутствии консультанта, с последующим обсуждением чувств и впечатлений о содержании фильма.

Список программных фильмов по тематике «12 шагов» приведен в *Приложении 15*.

4.7 Выезд/выход с пациентами на городские собрания АА, АН

Задачи:

- приобщение пациента к сообществу АА, АН.
- практическое применение «инструментов программы» (обращение за помощью, проговаривание ситуаций) во время поездки, анализ чувств и событий которые происходят во время поездки.

Выезд/выход на группу является и мотивирующей стороной в дальнейшем выздоровлении для пациента, т.к. он видит и слушает опыт тех людей, которые сохраняют трезвость в открытом социуме.

Условия проведения: В ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ пациент в сопровождении консультанта едет/идёт на городское открытое или закрытое собрание сообщества. Выезд/выход согласовывается с остальными специалистами отделения(центра). Группы проводят волонтеры-добровольцы, которые проводят презентацию того сообщества, участниками которого они являются, делятся своим жизненным опытом выздоровления. Во время группы может проходить чаепитие.

Время проведения до 2 раз в неделю, продолжительность 60 минут.

РОЛИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

(ранее не описывались)

Врач психиатр-нарколог

(НО КФ, КФ1, КФ2, КФ3, ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ)

Лечащий врач психиатр-нарколог на всех этапах реабилитации осуществляет *координацию* работы реабилитационной бригады и *реализацию* медицинского блока ЛРП.

При поступлении врач психиатр-нарколог производит осмотр пациента, осуществляет сбор анамнеза с исследованием имеющейся медицинской документации. Осмотр завершается постановкой предварительного диагноза, назначением первичных консультаций медицинского психолога, специалиста по социальной работе, назначением медикаментозной терапии.

Проводится медицинское обследование, включающее: клинический анализ крови, общий анализ мочи; биохимический анализ крови (глюкоза, белок, белковые фракции, билирубин, печеночные ферменты, остаточный азот, мочевины, мочевая кислота); кровь на гепатит В, гепатит С, ВИЧ-инфекцию, сифилис; ЭКГ; флюорографическое исследование/диаскин-тест.

Окончательный диагноз выставляется в течение первых трех дней после поступления больного.

Лечащим врачом определяются клинические терапевтические мишени, требующие фармакологической поддержки: синдром патологического влечения и его компоненты, синдром эмоциональных и поведенческих расстройств, синдром аффективных нарушений, синдром астенических расстройств, синдром интеллектуально-мнестических нарушений; наличие коморбидных и преморбидных заболеваний с установлением уровня компенсации/декомпенсации, острых соматических заболеваний, осложнений основного заболевания, наличие сопутствующих заболеваний. Разрабатывается схема лечебно-диагностических мероприятий с учетом ранее

проводимого лечения и результатов диагностики. При необходимости, привлекаются врачи-консультанты разных специальностей.

Для работающих пациентов, нуждающихся в листе нетрудоспособности, а также пациентов, лечение которых требует хранения и применения препаратов, не входящих в клинические рекомендации, определяется порядок и сроки проведения экспертных врачебных комиссий по обеспечению правового урегулирования этих вопросов.

Лечащим врачом совместно с заведующим отделением и медицинским психологом проводятся ежедневные клинические обходы.

После установления больному **диагноза** FXX.2 «Синдром зависимости», врачом назначается первичная консультация пациента медицинским психологом с целью формирования доверительных отношений и обеспечения больному психологической поддержки, а также проведения патопсихологической диагностики с заключением по всем психическим функциям, определением личности, механизмов психологической защиты (если предыдущее исследование выполнено более 6-ти месяцев назад).

В соответствии с выявленными нарушениями, под руководством лечащего врача формируется план реабилитационной работы с определением основных задач ЛРП, с уточнением психофармакотерапевтических, фармакотерапевтических, психокоррекционных и социальных мишеней лечебно-реабилитационной работы.

Частота и формы дальнейших реабилитационных мероприятий определяются утвержденной программой текущего этапа, Клиническими рекомендациями и клинически значимыми реабилитационными потребностями пациента.

За период лечения пациент дважды встречается со специалистами СПС. Первое посещение службы проводится с целью первичной оценки уровня мотивации по шкале «SOCRATES», повышения уровня мотивации на реабилитацию посредством мотивационного консультирования и проведения презентации больному сообщества само и взаимопомощи АА/АН. Повторный визит осуществляется с целью проведения повторной оценки уровня мотивации по шкале «SOCRATES» с целью определения результата совместной мотивационной работы специалистов перед выпиской больного.

В соответствии с правилами ведения медицинской карты стационарного больного, на основе суммарных диагностических данных, а так же динамического наблюдения, формируются совместные осмотры и эпикризы, отражающие динамику состояния больного за анализируемый период, проделанная работа, достигнутые результаты лечебно-коррекционной работы, формируется план с рекомендациями по дальнейшему ведению пациента на следующем этапе. Перевод с этапа на этап, выписка больного, осуществляется также проведением совместного обсуждения специалистов лечебно-реабилитационного процесса с формированием выписного эпикриза на основе заключения всех специалистов.

Осмотры врача психиатра-нарколога, диагностическая оценка клинических состояний, назначение диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий производятся в соответствии с актуальными Клиническими рекомендациями.

ЛРП происходит в гибком режиме, который может прерываться, приостанавливаться и пересматриваться на любом этапе по требованию врача психиатра – нарколога, медицинского психолога, специалиста по социальной работе и пациента.

В рамках санитарно-просветительной и мотивационной работы, врач читает лекции по медицинской тематике «Критерии заболевания зависимости в соответствии с МКБ» и «Клинические последствия болезни зависимости» и прочие в соответствии с программой этапа.

Проводит консультирование родственников больных по медицинским вопросам с согласия больных.

Перед выпиской больного, лечащим врачом назначается оценка медицинским психологом уровня анозогнозии (опросник НИПИ Бехтерева с результатом по шкалам).

При выписке больных из линейного отделения, лечащий врач передаёт подробную информацию заведующему отделением НД по месту закрепления больного о проведённом лечении, клинически значимых результатах обследований, достигнутых результатах, рекомендациях ведения больного на этапе амбулаторной реабилитации.

При наличии у больного мотивации на стационарную реабилитацию, больной направляется в стационарные реабилитационные отделения Клинических филиалов МНПЦ наркологии, загородный Реабилитационный Центр «Остров».

На этапах собственно реабилитационного процесса врач психиатр-нарколог осуществляет приём поступающих больных и на основе осмотра, сбора и дополнения анамнеза, изучения медицинских заключений и рекомендаций предыдущего этапа лечения, формирует план ведения больного на данном этапе реабилитации.

Оставаясь координатором лечебно-реабилитационного процесса и ответственным за организацию медицинской составляющей на всех его этапах, лечащий врач психиатр-нарколог назначает консультации и диагностические исследования медицинского психолога, специалиста по социальной работе в соответствии с целями и задачами этапа. При наличии клинических показаний, лечащий врач обоснованно расширяет объём диагностических исследований, привлекает иных специалистов консультантов.

Помимо регулярных записей в медицинской карте стационарного больного, соответствующих требованиям Правил ведения медицинской документации, лечащим врачом формируется комплексная оценка динамики состояния больного в завершении каждого этапа реабилитации, производится оценка суммарной эффективности терапевтических эффектов в процессе реабилитации, принимается решение о возможности перевода пациента на следующий этап лечебно-реабилитационного процесса в стационарном формате, либо выписки пациента из стационара с возможностью проведения дальнейшего реабилитационного процесса в амбулаторных условиях.

При переходе пациента из одного реабилитационного подразделения в другое, лечащий врач осуществляет согласование и оперативную передачу всей актуальной информации по пациенту и его заболеванию в рамках преемственности врачу, который будет осуществлять медицинское сопровождение больного в дальнейшем.

Медицинский психолог

(НО КФ, КФ1, КФ2, КФ3, ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ГРЦ)

По назначению лечащего врача **при поступлении пациента** медицинский психолог проводит первичное консультирование в рамках знакомства с пациентом и мотивационного консультирования с формированием комплаенсных отношений на основе партнерства, принятия, конгруэнтности, безоценочности суждений, рефлексивного слушания.

На этапе предреабилитации, сразу **после установления диагноза FXX.2 «Синдром зависимости»**, медицинский психолог по назначению лечащего врача проводит патопсихологическую диагностику психических функций, личности и свойственных ей механизмов психологической защиты и определяет характер и объём необходимой пациенту психокоррекционной помощи.

Совместно с врачом разрабатывает индивидуальные планы работы с пациентом на данном этапе. Производит оценку динамики психологического статуса пациента и результативности выполненных реабилитационных мероприятий в динамике и на заключительном этапе лечения перед выпиской. Представляет динамику состояния пациента лечащему врачу на утренних конференциях и ежедневных обходах.

По назначению лечащего врача, медицинский психолог, с согласия пациента, осуществляет индивидуальное консультирование пациентов и их родственников в отделении по вопросам зависимого и созависимого поведения, в т.ч. с использованием дистанционного консультирования.

Читает лекции, направленные на формирование осознанной и устойчивой мотивации на отказ от ПАВ и участие в ЛРП, на коррекцию структуры личности.

Проводит малые психокоррекционные группы по разбору заданий, группы по 12-ти шаговой модели реабилитации.

Медицинский психолог оформляет документацию установленного образца в соответствии с требованиями Правил ведения медицинской карты стационарного больного, вносит все результаты диагностической и реабилитационной работы, а также описывает ежедневную динамику психологического статуса больного.

На протяжении всего периода наблюдений с момента установления диагноза FXX.2, медицинским психологом на всех этапах ЛРП осуществляется ежедневная (кроме выходных дней) оценка уровня «Включенности в ЛРП» по шкале Лайкерта, которая интегрируется в ежедневную дневниковую запись медицинской карты.

По назначению лечащего врача, **перед выпиской пациента**, медицинский психолог производит оценку уровня анозогнозии (опросник НИПИ Бехтерева) с результатами по всем шкалам. Ожидаемые результаты по данному обследованию входят в критерии оценки динамики состояния больного при переходе с этапа на этап.

Медицинский психолог осуществляет подготовку пациента к выписке, совместно с пациентом строит план дальнейших действий, направленных на сохранение трезвости и дальнейшее участие в ЛРП. В части организации психологической преемственности при переходе на иные этапы и форматы реабилитационной работы, даёт рекомендации специалистам по ведению больного на дальнейших этапах реабилитации.

При переводе пациента на этапы собственно реабилитационного процесса, в работу медицинского психолога включается ответственность за проведение диагностического исследования теста «SOCRATES» с целью отслеживания на всех этапах динамики уровня готовности к изменению поведения и стремления к лечению. Ожидаемые результаты по данному обследованию так же входят в критерии оценки динамики состояния больного при переходе на следующий этап.

На этапах собственно реабилитации интенсивность реабилитационного процесса возрастает. Лечебно-реабилитационные мероприятия проходят ежедневно по утвержденному расписанию.

При переводе с этапа на этап по назначению лечащего врача, медицинский психолог готовит этапное заключение по динамике психологического состояния больного, результативности достижений по запланированным на этапе терапевтическим мишеням и воздействиям и построению плана на следующий этап ЛРП. Данное заключение интегрируется лечащим врачом в этапный эпикриз, на основе которого принимается решение о дальнейшей тактике маршрутизации и ведения больного.

Специалист по социальной работе

(ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМРРЦ, ГРЦ)

Специалист по социальной работе осуществляет *сопровождение пациентов на всех этапах собственно реабилитационного процесса.*

При поступлении пациента по назначению лечащего врача, проводит диагностику социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации пациентов с целью составления социального портрета наркологического пациента и степени адаптивности и деструктивности выбранной жизненной стратегии. Проводит «социальную паспортизацию» с целью определения характера и объема необходимой им социальной помощи. Устанавливает причины возникающих у пациентов трудностей, в том числе в семье, по месту жительства, работы и учебы. Осуществляет, при наличии согласия пациентов и их родственников, индивидуальное

консультирование пациентов и их родственников, посредством телефонной связи, с каждым пациентом отделения, и по запросу родственника или пациента в отделении по вопросам социальной, в том числе, правовой компетенции.

На основании полученных объективных данных – результатов диагностики, сбора социального анамнеза, изучения материалов предыдущих историй болезни, специалист по социальной работе совместно с лечащим врачом и медицинским психологом, разрабатывает индивидуальный план работы с пациентами на каждом этапе.

Специалист по социальной работе помогает в адаптации пациентов к условиям реабилитационной среды, социальной адаптации к нормативной нагрузке ЛРП, повышению уровня социальной активности и личной ответственности в ЛРП, посредством ознакомления пациентов с Правилами реабилитационного отделения, Правилами эффективного поведения/взаимодействия в условиях общения в разных форматах реабилитационных мероприятий. Обучение пациентов конструктивному адаптивному поведению происходит при проведении специалистами по социальной работе ежедневных утренних и вечерних информационных собраний пациентов, итоговых собраний (1 раз в неделю).

В процессе реабилитации, специалист по социальной работе отслеживает и производит оценку динамики социального статуса пациента по динамическим показателям, являющимся критериями перевода с этапа на этап, а также входят в суммарную оценку результативности выполненных реабилитационных мероприятий на каждом этапе ЛРП.

Специалист по социальной работе, определяет формы работы социальных работников отделения по улучшению социального функционирования пациентов в условиях реабилитации, оздоровлению самого реабилитационного пространства. Составляет ежедневный план работы социальных работников. Закрепляет за социальными работниками пациентов.

В рамках реализации ЛРП, специалист по социальной работе читает лекции, направленные на формирование осознанной и устойчивой мотивации на отказ от ПАВ и участие в ЛРП, на коррекцию социального статуса, проводит тренинги, направленные на позитивное личностного развития, повышение уровня социального функционирования пациентов отделения.

Специалист по социальной работе 5 раз в неделю проводит Малые коррекционные группы по разбору индивидуальных заданий, группы по 12-ти шаговой модели реабилитации 2 раза в неделю. Обучает пациентов личной ответственности в рамках исполнения больными микросоциальных функций, социально-бытовых навыков.

В соответствии с правилами ведения медицинской карты стационарного больного, еженедельно оформляет документацию установленного образца, вносит все результаты диагностической и реабилитационной работы, а также описывает динамику социального статуса больного.

В рамках социального сопровождения, специалист по социальной работе осуществляет взаимодействие с органами опеки, УФСИН, судами, социальными службами, социальными подразделениями МНПЦ и иными организациями социальной и правовой направленности.

Интегрирует пациентов в группы АА, АН в условиях ОМР КФ/РЦ, осуществляя сопровождение.

Специалист по социальной работе совместно с врачом и медицинским психологом создает терапевтические сообщества (клубы, кружки) пациентов, проводит культурно-массовые и спортивно оздоровительные мероприятия, трудотерапию, организует посещения спортзала, прогулок, тематических выездов и экскурсий, организует и проводит викторины, конкурсы и иные развивающий мероприятия.

Содействует оздоровлению социального пространства РЦ, социального статуса пациента и, с согласия пациента, его семьи посредством телефонных бесед с родственниками пациента, информирования о работе групп для созависимых, информирования родственников об условиях пребывания пациентов, о режиме работы РЦ, о видах социальной помощи, об особенностях

лечебно-реабилитационного процесса, о реабилитационных программах и проводимых мероприятиях; способствует улучшению взаимоотношений между членами семьи больного.

Дистанционно организует занятия для родственников пациентов о медико-социальных последствиях употребления ПАВ, обучение навыкам оказания психологической поддержки пациентам и корректному контролю их состояния с целью предупреждения рецидивов заболевания. Осуществляет взаимодействие с родственниками с целью решения социальных вопросов пациента, связанных с органами опеки и попечительства, УФСИН, суда и т.д. с согласия больного.

Осуществляет **подготовку пациента к выписке**, в части организации социальной преемственности посредством передачи подразделениям амбулаторного сопровождения результатов диагностики, информации о проделанной реабилитационной работе, с оценкой её результативности, рекомендациями по дальнейшему социальному сопровождению. Обеспечивает формирование внешней социальной поддержки (адреса, телефоны амбулаторных подразделений, сообществ само и взаимопомощи).

Осуществляет взаимодействие с иными подразделениями с целью мотивации пациентов Клинических Филиалов на прохождение реабилитации в РЦ 3 раза в неделю посредством видеоконференцсвязи. Проводит выездные мотивационные встречи с пациентами Клинических Филиалов, находящихся на этапе Предреабилитации (6 раз в месяц).

Социальный работник

(ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМРРЦ, ГРЦ)

Социальный работник осуществляет *сопровождение пациентов на всех этапах собственно реабилитационного процесса*.

Социальный работник встречает пациента **при поступлении**, помогает в адаптации пациентов к условиям реабилитационной среды, социальной адаптации к нормативной нагрузке ЛРП, повышению уровня социальной активности и личной ответственности в ЛРП, посредством ознакомления пациентов с организацией и структурой отделения (центра).

Социальный работник осуществляет наставническую деятельность в работе с вновь поступившими пациентами.

Социальный работник, постоянно находясь в среде пациентов, **на всех этапах** помогает специалисту по социальной работе в непосредственной реализации всех реабилитационных задач: знакомит с Правилами реабилитационного отделения/центра, с Правилами эффективного поведения/взаимодействия в условиях общения в разных форматах проводимых реабилитационных мероприятий. Отслеживает любые не конструктивные формы поведения пациентов, неадаптивные стратегии решения конфликтов, уровень активности и включенности в лечебно-реабилитационные мероприятия. Социальный работник осуществляет сопровождение пациентов на мероприятия, следит за порядком на группах и в условиях бытового взаимодействия пациентов. Участвует в проведении ежедневных утренних и вечерних информационных собраний пациентов. Сообщает о всякого рода нарушениях и проблемных ситуациях специалистам и на группах пациентам. Следит за строгим соблюдением режима отделения (центра), своевременной реализацией всех запланированных мероприятий, посещаемостью мероприятий пациентами.

В процессе реабилитации, социальный работник отслеживает и производит оценку динамики социального статуса пациента по динамическим показателям оценки результативности выполненных индивидуальных заданий (с использованием шкалы Лайкерта), микросоциальных служений, регулярности ведения дневника чувств. Свои наблюдения передаёт каждую неделю специалисту по социальной работе для формирования суммарной оценки эффективности проделанной работы.

В рамках реализации ЛРП, социальный работник проводит занятия по модели 12 шаговой программы и иные групповые мероприятия в вечерние часы и в выходные дни. Распределяет пациентам функции служений на неделю и принимает их отчёты по служениям прошлой недели.

Под руководством специалиста по социальной работе и медицинского психолога реабилитационного центра осуществляет индивидуальную и групповую работы с пациентами и их родственниками по их социальной адаптации, тренинг коммуникативных навыков, проведение мероприятий по социально-правовой защите пациентов, взаимодействие с организациями, оказывающими социальную помощь, группами самопомощи пациентов и их родственников.

Ежедневно социальный работник формирует отчёт по особенностям поведения пациентов отделения (центра) за сутки с подробным описанием жалоб, особенностей эмоционального состояния, поведенческих реакций. В центре внимания социального работника находятся, в первую очередь, пациенты, недавно поступившие в отделение (центр), а также заслуживающие внимания в силу нестабильности состояния. Информация о состоянии таких пациентов ретранслируется через общий чат подразделения.

Социальный работник осуществляет сопровождение пациентов при проведении выездных мероприятий.

Социальный работник сопровождает пациентов в группы АА/АН в условиях ОМР КФ/РЦ, осуществляя наблюдение.

Социальный работник совместно с врачом и медицинским психологом и специалистом по социальной работе создает терапевтические сообщества (клубы, кружки) пациентов, проводит культурно-массовые и спортивно оздоровительные мероприятия, трудотерапию, организует посещения спортзала, прогулок, тематических выездов и экскурсий, организует и проводит викторины, конкурсы и иные развивающий мероприятия.

Оперативно реагирует на нарушения пациентами существующих правил, принимает необходимые меры. О серьезных нарушениях докладывает заведующему отделением (лечащему врачу, дежурному врачу).

Специалист социально-психологической службы (СПС)

На этапе Предреабилитации, после снятия пациента с надзора, специалисты социально-психологической службы (СПС) не менее двух раз консультируют больного, находящегося в линейном.

Цель первой консультации: вызвать сомнение в отсутствии проблем, связанных с употреблением ПАВ, помочь пациенту в осознании опасности употребления ПАВ через информирование, а также провести пациенту презентацию сообщества само и взаимопомощи АА/АН. На фоне проводимой мотивационной работы сотрудник СПС стремится провести больного через стадию «Принятия» проблемы и перевести на стадию «Размышления об изменениях».

Повторная мотивационная беседа проводится **перед выпиской**. В процессе повторной мотивационной беседы проводится диагностика по Шкале «Готовности к изменению поведения и стремления к лечению» (SOCRATES) и происходит выявление стадий по методике «Мотивационное колесо». На фоне проводимой мотивационной работы стремимся перевести больного со стадии «Размышления об изменениях» на стадию «Принятии решений» и «Готовности к действиям».

При переходе на амбулаторный этап реабилитации пациенту оказывается социально-психологическое сопровождение в ГРЦ. В городском реабилитационном центре организовывается встреча. Ранее выписанные пациенты и сотрудники Социально-психологической службы встречают новых участников амбулаторной реабилитационной программы с целью оказания поддержки. Доброжелательность и партнерская модель взаимоотношений с коллективом с первых минут пребывания в амбулаторном звене способствуют более комфортному переходу на новую ступень.

Проводится экскурсия по центру, происходит знакомство с ресурсами и программами ГРЦ, подбирается оптимальный вариант участия в реабилитации.

Неблагоприятные в прогностическом плане пациенты, обладающие низким уровнем реабилитационного ресурса, могут доставляться специалистами СПС после выписки из отделений в наркологические диспансеры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лечебно-реабилитационный процесс для взрослого населения, страдающего наркологическими расстройствами, должен основываться на подходе, обеспечивающем формирование личности с социально приемлемым поведением, на принципах этапности и последовательности, когда переход на новый этап осуществляется после успешного завершения и достижения предполагаемого результата, а также принципе долгосрочности, обеспечивающими не только полный отказ от психоактивных веществ, но и развитие социально компетентной личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер В. Б. Алкоголизм. – М.: Гэотар-медиа, 2010.
2. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков / Под ред. Ф. Траутманна, Ю.В. Валентика, Ю.А. Ходнева. – Ярославль, 2002. – 310 с.
3. Батищев В. В., Батищева Н. В. Стационарная программа психотерапии и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Методическое пособие. – М.: 2007.
4. Бебчук М., Жуйкова Е. Помощь семье: психология решений и перемен – М.: «Класс», 2015
5. Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: системная индивидуальная и социальная – М.: «Гаудеамус», «Академический проект», 2015
6. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. – Ростов-н/Д: «Феникс», 1996.
7. Валентик Ю. В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Нолидж, 2000.
8. Гринберг Д. Управление стрессом. – СПб.: 2002. – 496 с.
9. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Ревзин В.Л. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных. Пособие для врачей. – СПб.: 2002
10. Даренский И. П. Психотерапевтический процесс в наркологической клинике. – М.: 2006. – 351 с.
11. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории. Методические рекомендации. – М., 2004.
12. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации. – М., 2001
13. Клинические и организационные вопросы наркологии: монография / [В. Б. Альтшулер и др.]; под ред. Е. А. Кошкиной. – М.: Гениус Медиа, 2011. – 580 с.
14. Копытин А.И. Руководство по групповой арт-терапии. – СПб.: «Речь», 2003.
15. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. – М.: ОППЛ Институт консультирования и системных решений, 2012.
16. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. – СПб.: «Речь», 2003.
17. Москаленко В. Зависимость: семейная болезнь. – М., 2015.
18. Плешко В. И., Сулейманов Р.Ф. Реабилитация эмоционально-волевой сферы у лиц с алкогольной и наркотической зависимостью: в помощь клиническим и социальным психологам, работающим в наркологических учреждениях. – Казань: Познание, 2021. – 170 с.
19. Психокоррекция и психотерапия в медицинской реабилитации: учебное пособие / Постнов В. В., Никифоров И. А., Костюк Г. П. [и др.]; ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. – М.: Постер-М, 2023. – 72 с.
20. Пузин С.Н., Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д., Лактаева Е.А. Функциональный подход в реабилитации больных алкогольной зависимостью: монография. – М.: Социум, 2010. – 98 с.
21. Семке В.Я., Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д.. Персонология и психотерапия. Руководство для врачей. – М.: «Медицина», 2009. – 520 с.
22. Старшенбаум Г. В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М.: Когито-Центр, 2006. – 366 с.
23. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика – М.: Когито-Центр, 2015.

24. Хитер Н. Терапевтические подходы к алкогольным проблемам. – Региональные публикации ВОЗ. – Европейская серия №65, 1999.
25. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа. – М., 2001. – 48 с.
26. Штайнер К. Игры, в которые играют алкоголики / Пер. с англ. – М., 2003.
27. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М. Изд-во Института Психотерапии. 2002
28. Юнусов Ф. А., Гайгер Г., Микус Э., Манувальд О. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. – М., 2008.
29. Ялом И. Д., Лесц М. Групповая психотерапия. – 5-е изд. – СПб.: Питер, 2020. – 620 с.
30. Batterton K. A., Hale K. N. The Likert scale what it is and how to use it //Phalanx. – 2017. – Vol. 50. – №. 2. – P. 32-39.
31. Cook C.C. The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. – Br. J. Addict. – 1988, Jun. – № 83(6). – P. 625-34.
32. Humphreys K. Alcoholics Anonymous and 12-step alcoholism treatment programs. // Recent Dev. Alcohol. – 2003. – № 16. – P. 64-149.
33. Joshi A. et al. Likert scale: Explored and explained //British journal of applied science & technology. – 2015. – Vol. 7. – №. 4. – P. 396-403.
34. Rachlin H. The science of self-control. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 2000
35. Thombs D. L., Osborn C. J. Introduction to addictive behaviors. – Guilford Publications, 2019.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ПРАВИЛА ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА ДЛЯ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ГБУЗ «МНПЦ НАРКОЛОГИИ ДЗМ»

I. Пациент обязан:

1. Соблюдать распорядок дня.
2. Выполнять назначения лечащего врача, сотрудничать с медицинским персоналом на всех этапах оказания медицинской помощи.
3. Посещать все виды лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых в отделении.
4. Уважительно относиться к медработникам, сотрудникам охраны, другим пациентам, не допускать по отношению к ним грубость, угрозы, нецензурные выражения.
5. При поступлении в отделение и по требованию медперсонала предоставлять для проведения полного осмотра личные вещи.
6. По требованию медперсонала проходить обследование на содержание алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ в биологических жидкостях организма.
7. Соблюдать правила личной гигиены.
8. Участвовать в санитарно-гигиенических мероприятиях, проводимых в отделении; содержать в порядке свою постель и прикроватную тумбочку.
9. Бережно обращаться с имуществом учреждения.
10. Обо всех претензиях заявлять заведующему отделением, а в его отсутствие дежурному врачу, не вступая в конфликт с медперсоналом и другими пациентами.
11. Иметь при себе одежду для выхода на улицу, соответствующую сезону.

II. Запрещается:

1. Проносить на территорию и в помещения ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», изготавливать, хранить и употреблять алкогольные напитки, наркотики, не назначенные врачом лекарственные препараты, шприцы, курительные трубки и т.п.
2. Курить на территории и в помещениях ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (приказ от 16 июля 2013 года № 710 «О запрете курения в учреждениях и предприятиях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы»).
3. Проносить в отделение, хранить и употреблять кофе, непакетированный чай.
4. Покидать пределы отделения без разрешения медперсонала.
5. Находиться в чужих палатах.
6. После отбоя ходить по отделению, мешать отдыху других пациентов.
7. Сидеть на подоконниках, высовываться и переговариваться через окна.
8. Иметь при себе все виды оружия, колющие и режущие предметы, документы, деньги и ценности.
9. Проносить в отделение, хранить и использовать сотовые телефоны или иные беспроводные средства связи.
10. Играть в карты и другие азартные игры.
11. Пользоваться собственной радиотелевизионной аппаратурой.
12. Нарушать анонимность других пациентов.
13. Вступать в сексуальные контакты.
14. Проносить в отделение, изготавливать из подручных средств, хранить и использовать электронагревательные приборы (чайники, кипятильники и др.).
15. Проносить в отделение, хранить и употреблять продукты питания, не разрешенные администрацией в соответствии с «Санитарными правилами».
16. Хранить скоропортящиеся продукты вне холодильника и свыше срока их годности, хранить чай в палате.
17. Употреблять пищу и кипятить воду для чая в местах, не приспособленных для этого.

III. Пациент имеет право:

1. На получение в зависимости от характера заболевания всех видов обследования, лечения и социально-трудовой реабилитации в объеме и в сроки, установленные Стандартами специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения РФ.

2. Обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из стационара и соблюдения прав пациента, предоставленных Законом Российской Федерации от 02.07.1992 года 3 3185-1 (ред. от 22.08.2004) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

3. Участвовать в трудовых процессах на территории и в помещениях ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» с разрешения лечащего врача.

4. На решение вопросов трудоустройства через Службу занятости.

5. На телефонные звонки по разрешению заведующего отделением два раза в неделю близким родственникам по номерам телефонов, указанных на лицевой стороне истории болезни в присутствии врача или медицинской сестры в отведенное для этого время.

6. На посещение в отделении близкими родственниками в часы приема при предъявлении пропуска и документа, удостоверяющего личность; дети до 15 лет в отделение не допускаются.

Права пациента вести переписку без цензуры, пользоваться телефоном, принимать посетителей, пользоваться собственной одеждой, иметь и приобретать предметы первой необходимости могут быть ограничены заведующим отделением или главным врачом в соответствии с ст. 37 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 года 3 3185-1 (ред. от 22.08.2004) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

IV. Пациенту рекомендуется:

Не иметь при себе деньги, ценные вещи.

В случае нарушений правил внутреннего распорядка больной может быть выписан за нарушение режима.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. РАБОЧАЯ ПАПКА.

► Напутствие

Иди спокойно среди шума и суеты, помни о том, какая благодать снисходит в тишине. Двигайся так далеко, насколько это возможно; не отрекаясь от самого себя, поддерживай добрые отношения с людьми.

Правду свою говори спокойно и ясно; слушай, что тебе говорят другие: ведь даже у дураков и невежд есть, что сказать.

Остерегайся людей крикливых и агрессивных: они травмируют твою душу.

Если станешь сравнивать себя с другими, можешь стать тщеславным или озлобленным, поскольку всегда найдутся люди лучше или хуже тебя.

Радуйся своим успехам и планам. Вкладывай душу в свою работу, какой бы скромной она ни была. Она является вечной ценностью в изменчивых перипетиях судьбы.

Будь осторожен в своих намерениях – мир полон обмана. Но пусть это не заслоняет от тебя понятия истинной чести: многие стремятся к возвышенным идеалам, и всюду жизнь полна героизма; не будь циничным с любовью, ибо только она перед лицом всеобщей черствости и горечи остается вечной, как жизнь.

Относись спокойно к тому, что несут тебе годы, без сожалений отказываясь от утех молодости.

Развивай силу духа, чтобы при неожиданном несчастье она стала тебе опорой. Но не терзай себя муками воображения.

Много страхов родится от усталости и одиночества.

Не забывай о дисциплине, будь добрым к самому себе. Ты – дитя космоса и поэтому имеешь не меньше прав, чем звезды и деревья, находиться здесь; ясно тебе или нет, но не сомневайся в том, что мир таков, каков он есть.

Живи в мире с Богом, чтобы ты ни думал о Его существовании и чем бы ты ни занимался и к чему бы ни стремился; в шуме улиц и хаосе жизни сохраняй душевный покой.

Несмотря на весь обман, тяжкий труд и рухнувшие надежды – все же этот мир прекрасен.

Будь внимательным и постарайся быть счастливым.

► Философия терапевтического сообщества

Мы пришли сюда потому, что нам некуда больше бежать от самих себя.

Я убегаю, пока не увижу себя в глазах и сердцах других.

Пока я, преодолевая боль, не открою им свои секреты, мне не скрыться от них.

Пока я боюсь открыться я одинок.

Где как не среди таких как я смогу найти свое отражение?

Здесь я наконец могу увидеть себя таким, какой я есть.

Не как великана, каким я мечтаю быть.

Не как карлика, каким меня делает мой страх.

Но как личность, как часть целого, имеющую свое предназначение.

Здесь я могу найти благодатную почву для роста.

Я больше не смотрю в глаза смерти в полном одиночестве.

Я живу для себя и для других.

► Таблица чувств

Гнев	Страх	Грусть	Радость	Любовь
Бешенство	Ужас	Горечь	Счастье	Нежность
Ярость	Отчаяние	Тоска	Восторг	Теплота
Ненависть	Испуг	Скорбь	Ликование	Сочувствие
Злость	Оцепенение	Вина	Приподнятость	Блаженство
Раздражение	Подозрение	Стыд	Оживление	Доверие
Презрение	Тревога	Отрешенность	Умиротворение	Безопасность
Негодование	Ошарашенность	Отчаяние	Увлечение	Благодарность
Обида	Боязнь	Беспомощность	Интерес	Спокойствие
Ревность	Унижение	Загнанность	Изумление	Симпатия
Уязвленность	Замешательство	Безнадежность	Освобождение	Идентичность
Досада	Растерянность	Разочарование	Возбуждение	Искренность
Зависть	Беспокойство	Потрясение	Предвкушение	Восхищение
Неприязнь	Волнение	Сожаление	Надежда	Уважение

Гнев	Страх	Грусть	Радость	Любовь
Возмущение	Сомнение	Скука	Уверенность	Смирение
Отвращение	Застенчивость	Печаль	Облегчение	Дружелюбие
Недовольство	Опасение	Безысходность	Удовлетворение	Доброта
Нетерпение	Смущение	Печаль		
Омерзение	Сломленность	Досада		
Зависть	Подвох			
	Недоверие			
	Паника			
	Смятение			

► **Таблица чувств и реакций тела**

Чувства	Реакции тела
ГНЕВ	
Бешенство, ярость, ненависть, раздражение, протест, возмущение, обида, злость, неприязнь, нетерпение, недовольство, мстительность, высокомерие, зависть, недоверие, брезгливость, сарказм, злорадство, ирония, фрустрация, отрицание, отвращение.	Кулаки сжаты, голос громкий, голос тихий (шипящий), глаза навывкат, глаза прищурены, глаза налиты кровью, брови сведены к переносице, сердцебиение учащенное, лицо горит, челюсти сжаты, желваки «ходят», мышцы шеи напряжены, взгляд исподлобья, мышцы ног напряжены, движения порывисты, тик (глаза, щеки и т.д.), губы сжаты, губы надуты, «раздуваются» крылья носа, усиление(ускорение) темпа речи, изменение ширины зрачка.
СТРАХ	
Ужас, шок, боязнь, опасение, тревога, растерянность, паника, отчаяние, оцепенение, подозрение, взволнованность, беспокойство, озадаченность, застенчивость, неуверенность, замешательство, вина, стыд, смущение, неловкость, нерешительность, настороженность, напряжение, смятение.	Расширены глаза, закрыты глаза, брови приподняты, мурашки по спине, сухость во рту, пот холодный, урчание в животе, мышцы рук и ног напряжены, сильное сердцебиение, боль в груди, голос дрожит, глаза бегают, рот открыт, дрожание мышц, общая мышечная слабость (напряжение).
ГРУСТЬ	
Горечь, тоска, скорбь, одиночество, жалость, отрешенность, отверженность, беспомощность, боль, безнадежность, обреченность, подавленность, скука, разочарование, самоунижение, равнодушие, смирение, безразличие, сомнение, тяжесть, угрызения совести, раскаяние, спокойствие, унижение, ущербность, печаль, апатия.	Взгляд рассеянный, слезы, глаза щиплет, брови нахмурены, губы надуты, нижняя губа выпячена, непроизвольное зевание, покачивание головой, голова наклонена, плечи приподняты, голос тихий, сердцебиение тихое, дыхание медленное, тяжесть в груди, уголки губ опущены, плечи опущены, сутулость, взгляд опущен вниз (в сторону).
РАДОСТЬ	

Чувства	Реакции тела
Восторг, эйфория, умиротворение, приподнятость, оживление, облегчение, возбуждение, удовольствие, надежда, покой, интерес, удовлетворение, любопытство, предвкушение, удивление, уверенность, наслаждение, общность, поддержка, веселье, легкость, торжественность, радушие, единство.	Губы в улыбке, голос звонкий, движения порывисты, дыхание учащенное, расслабленность, «лихость» в движениях, смех, иногда без объективной причины, взгляд прямой, вверх, блеск глаз, румянец.
ЛЮБОВЬ	
Тепло, нежность, сочувствие, блаженство, сопереживание, сопричастность, счастье, доверие, безопасность, благодарность, вдохновение, симпатия, уважение, влюбленность, страсть, близость, гордость, сердечность, воодушевление, признательность.	Слезы умиления, губы в улыбке, дыхание глубокое, голос нежный, утробный, глубокий; в груди тепло, движения плавные, глаза «горят».

► **Дефекты характера**

ГОРДЫНЯ	Чувство непомерной гордости, ложное чувство превосходства над другими	ВИНА	Точно знаю, где и в чем я не прав. Направлен на себя
ВЫСОКОМЕРИЕ	Гордое и надменное поведение	СТЫД	Провинность связанная с несоответствием желаниям других
ЭГОЦЕНТРИЗМ	«Я центр всего»	ТЕОРЕТИЗАЦИЯ	Моделирование реальности, которая мало связана с текущей
ЭГОИЗМ	Свои интересы превыше всего	УПРЯМСТВО	Непременно стоять на своем, неумение быть гибким
ЛЕНЬ	Отсутствие мотивации, желания что-либо делать	ОТРИЦАНИЕ	Отказ признавать какие-то факты
ИНФАНТИЛИЗМ	«Незрелое поведение»	ЛЮБОПЫТСТВО	Потребность в познании нового. Здесь: когда для сплетен, злорадства.
МЕДЛИТЕЛЬ-НОСТЬ	Внутренняя потребность делать все медленно	РЕВНОСТЬ	Реакция на собственное несовершенство
ВСПЫЛЬЧИ-ВОСТЬ	Склонность быстро раздражаться	МСТИТЕЛЬ-НОСТЬ	Желание совершить суд над обидчиком

ОЗЛОБЛЕННОСТЬ ЗЛОБА	Чувство враждебности и несогласия, неприятие ситуации в которой нахожусь	САМО-ОПРАВДАНИЕ	Ложная попытка оправдать свою ошибку перед самим собой
САРКАЗМ	Злая насмешка	БЕЗОТВЕТ-СТВЕННОСТЬ	Способ скрывать свой страх, лень, тревогу
СКРЫТНОСТЬ	Утаивание личной информации	ПОДАВЛЕНИЕ ЧУВСТВ	Поворот чувств на себя
ЗАКРЫТОСТЬ	Замкнутость, дистанцированность от социума	ЖАЛОСТЬ КСЕБЕ	Наши страдания, что с нами поступили несправедливо (по нашему мнению)
СВОЕВОЛИЕ	Ориентация на собственные желания, убеждения	ЛИЦЕМЕРИЕ	Несоответствие слов, поступков истинным чувствам, намерениям, убеждениям
НЕЧЕСТНОСТЬ	Продуманное деяние с целью скрыть правду	ПОДХАЛИМ-СТВО	Склонность к низкой лести ради выгоды
НЕУВЕРЕННОСТЬ	Уверенность, разбавленная страхом	ВЕДОМОСТЬ	Подверженность влиянию окружающих
НЕРЕШИ-ТЕЛЬНОСТЬ	Мысленная установка что я слаб, мал, незначителен	МНИТЕЛЬНОСТЬ	Склонность во всем видеть опасность
НЕРЯШЛИВОСТЬ	Неопрятность внешности, дома, окружения	ХИТРОСТЬ	Искажение фактов ради своей выгоды
ОБИДА	Яркое чувство горечи, смесь агрессии, гнева к обидчику и ЖКС к себе	ЗЛОРАДСТВО	Радость связанная с чужой неудачей
МАНИПУЛЯЦИЯ	Психологическое воздействие с целью получения выгоды	САМО-УВЕРЕННОСТЬ	Убежденность в своем совершенстве и отсутствии ошибок
ЗАВИСТЬ	Желание обладать чем-то, чего нет у вас	САМО-ЛЮБОВАНИЕ	Повышенное любование самим собой
ВОЖДЕЛЕНИЕ	Крайне сильное желание чем-то обладать	СУЕТЛИВОСТЬ	Погоня за ложными ценностями
ПОХОТЬ	Грубое чувственное влечение	НЕТЕРПИМОСТЬ	Отрицание чего-либо,

			противоречащего нашему пониманию
ПЕРФЕКЦИО- НИЗМ	Желание сделать все на «5»	СПЛЕТ- НИЧЕСТВО	Склонность вести разговор «за спиной»

► Для работы по 12-шаговой программе

В самом начале дня мы просим Бога

Боже направь мои мысли в верное русло. Особенно избавь меня от жалости к себе, бесчестных поступков, корыстолюбия. Покажи мне в течение всего дня, каким должен быть мой следующий шаг. Дай мне все, что необходимо для решения проблем. Избавь меня от эгоизма. Я не руковожу своей жизнью. Да исполняю я волю Твою.

Господи, пожалуйста, направь мое мышление сегодня и сохрани мои мысли свободными от жалости к себе, нечестности и корыстных мотивов. Сохрани мои мысли на более высокой основе и позволь мне уделять внимание этому жизненно важному шестому чувству. Господи, пожалуйста, покажи мне, как я могу найти терпение, доброту, любовь и терпимость по отношению к моей семье и всем тем, кто будет рядом со мной в течении этого дня. Пожалуйста помоги мне ставить их счастье на первое место. Отец, пожалуйста забери у меня сегодня любой эгоизм, нечестность, негодование и страх. Если чему-либо из этого придется случиться прошу тебя, помоги мне поделиться этими чувствами с другими. Помоги мне БЫСТРО возместить нанесённый ущерб, чтобы я мог жить в душевном спокойствии с этими людьми. Отец, позволь мне не думать так много о себе, вместо этого помоги мне думать о других и быть любящим, терпеливым по отношению к ним всем. Отец, пожалуйста, поддержи сегодня меня в хорошей духовной форме. Если я сегодня буду расстроенным, сомневающимся или нерешительным, пожалуйста всели в меня вдохновение, интуитивную мысль или решение о том, с чем я сталкиваюсь. Позволь мне не бороться с этим, а вместо этого позволь мне расслабиться, принять и ожидать правильного ответа. Господи, пожалуйста, помоги мне жить этими шагами и принципами во всех моих делах, удали от меня дефекты моего характера: сквернословие(богохульство), нечестность, высокомерие, ложную гордость, сарказм и страх. Наблюдай за мной, защищай меня и заботься обо мне. Пожалуйста дай мне веру, мужество и силу, в которых я могу нуждаться сегодня, чтобы выполнить твою волю. Пожалуйста, позволь мне узнать тебя лучше. И, наконец, покажи мне на протяжении этого дня, каким должен быть мой следующий шаг и даруй мне то, что необходимо для преодоления проблем с которыми я могу сегодня встретиться. Снова прошу тебя освободить меня от моего своеволия и страхов. Господи, пожалуйста покажи мне сегодня, как я могу быть полезным больным и страдающим людям, которых я могу сегодня встретить. Аминь.

Третий шаг. Принятие решения

Боже, я принял(а) решение, что в этой драме жизни, Ты будешь моим руководителем. Ты мой Господь, а я – ИСПОЛНИТЕЛЬ(НИЦА) ТВОЕЙ ВОЛИ. Я ПРИНЯЛ(А) РЕШЕНИЕ ОТДАТЬ (доверить, порекомендовать) Свою волю, направление в жизни и саму жизнь в твои заботящиеся руки.

Молитва 3 Шага

Господи, я предаю себя Тебе, дабы творить со мной и распоряжаться мною, как Ты пожелаешь. Освободи меня от пут себялюбия, чтобы я мог лучше исполнять Твою волю. Избавь меня от тягостей, дабы победа над ними служила для тех, кому я помогу, свидетельством Твоей Силы, Твоей Любви и верности Твоего Пути. Да исполню я волю Твою всегда!

Молитва 4 Шага (злого человека)

Боже я понимаю, что (Имя) причинивший мне зло был возможно духовно болен, хоть мне и не нравятся симптомы его недуга и то как этот человек (имя) обидел меня, он также, как и я был духовно болен. Боже помоги мне относиться к нему с той же терпимостью, жалостью и состраданием с которой бы я отнесся (отнеслась) к больному другу.(Имя) обидел меня. Он больной человек, чем я могу помочь ему? Боже помоги мне простить его. Я хочу выполнить Твою волю!

Молитва 7 Шага

Мой Создатель, теперь я готов(а), чтобы Ты принял меня всего(всю), хорошего(ую) и плохого(ую). Я прошу, чтобы Ты избавил меня от недостатков, которые мешают мне быть полезным(ой) Тебе и моим собратьям. Дай силы мне, идущему (ей) отныне исполнять волю Твою. Аминь.

Вечером

Когда мы ложимся спать, мы конструктивно (мысленно) оцениваем прожитый день. Не были мы в течении дня злобными, или бесчестными? Может, мы испытывали страх или должны извиниться перед кем-то? Может, мы кое-что затаили про себя, что следует немедленно обсудить с кем-либо? Проявляли ли мы любовь и доброту ко всем окружающим? Что мы могли бы сделать лучше? Может в основном мы думаем только о себе? Или мы думали о том, что можем сделать для других, о нашем вкладе в общее течение жизни? Не нужно только поддаваться беспокойству, угрызениям совести или мрачным размышлениям, ибо в этом случае наши возможности приносить пользу другим уменьшаются. Вспомнив события прожитого дня, мы просим у Бога и спрашиваем Его, как нам исправить наши ошибки.

Господи избавь, чтобы я не судил(а) ни себя, ни других. Ты послал меня в этот мир не судить, а любить.

- Живи и разреши жить другим.

- Любовь и терпение — это наш девиз.

Молитва душевного покоя и смирения

Боже, дай мне смирение и душевный покой. Принять то, что я не могу изменить (сегодня). Мужество изменить то, что могу (сегодня). И мудрость отличить одно от другого.

Жить в сегодняшнем дне (жить один день, а затем другой). Наслаждаться одним мгновением (а затем другим мгновением). Находиться там, где я есть, иначе я пропущу жизнь.

Принимать трудности, как путь к миру. Принимать этот мир таким, какой он есть. А не таким как бы я хотел(а) чтобы он был. Доверяя, что Ты все обернешь к лучшему, если я покорюсь Твоей воле.

Чтобы я был(а) разумно счастлив(а) в этой жизни.

И сверхъестественно счастлив(а) с Тобой в следующей.

Развернутая молитва о душевном покое

Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество изменить то, что могу и мудрость отличить одно от другого, терпение к вещам, требующим время, благодарность за все, что я имею, терпимость к духовно страдающим людям, свободу, чтобы жить вне ограничений моего прошлого, способность чувствовать твою любовь ко мне и мою любовь к другим.

Силу вставать на ноги и начинать все сначала, даже когда я чувствую, что это безнадежно.

Молитва Святого Франциска

Господи, сделай так, чтобы через меня снисходил к людям Твой мир и покой:

- чтобы туда, где есть ненависть, я приносил(а) любовь – туда, где зло, я приносил(а) дух прощения;
- туда, где есть раздоры, я приносил(а) гармонию;
- туда, где есть заблуждения, я приносил(а) истину;
- туда, где есть сомнения, я приносил(а) веру;
- туда, где есть отчаянье, я приносил(а) надежду;
- туда, где тень, я приносил(а) свет;
- туда, где печаль, я приносил(а) радость.

Дай, чтобы я скорее стал(а):

- утешать, а не быть утешенным(ой);
- понимать, а не быть понятым(ой);
- любить, а не быть любимым(ой).

Ибо, забывая о себе, обретаешь. Прощая других. получаешь прощение. Умирая, пробуждаешься к вечной жизни.

Отче наш, сущий на небесах!

Да святится имя твое, да придет царствие твое, да будет воля твоя

И на земле как на небе.

Хлеб насущный дай нам на сей день,

И прости нам долги наши,

Как и мы прощаем должникам нашим,

И не введи нас во искушение, но избавь нас от лукавого.

Ибо твое есть царство, и сила и слава во веки веков.

Аминь.

Я прекратил(а) сражаться с кем-либо или чем либо, даже с алкоголем.

Я прекратил(а) сражаться с.....

Я молюсь только о знании Твоей Воли для меня, и о Твоей Силе исполнить эту волю.

Потому что, моя дилемма в отсутствии силы (мне нужна Твоя сила). Я не исцелен(а) от алкоголизма(наркомании, зависимости). На самом деле, что я действительно имею, так это однодневную отсрочку приговора, зависящего от поддержания моего духовного состояния.

Отец, помоги мне отложить в сторону все, что я знаю:

О тебе,

О жизни,

О 12 шагах, трезвости,

И быть открытым(ой) для Твоих новых откровений.

Даруй мне:

Готовность,

Открытый разум,

Безупречную честность.

Боже, помоги мне не заикливаться на себе и в своей голове, а любить и служить другим.

Молитва Оптинских Старцев

Боже, дай мне с душевным покоем встретить все, что принесет мне наступающий день, Дай мне всецело предаться воле твоей святой. На всякий час сего дня во всем наставь и поддержи меня. Какие бы не произошли события в течение дня научи принять их со спокойной душой и твердым убеждением что на все Святая Воля Твоя. Во всех словах и делах руководи моими мыслями и чувствами. Во всех непредвиденных случаях не дай мне забыть, что все ниспослано Тобою. Научи

меня прямо и разумно действовать с каждым членом семьи моей никого не смущая и не огорчая. Руководи моею волею и научи меня каяться, надеяться, верить, любить и прощать всех. Аминь.

► Обратная связь

Обратная связь — это способ помочь другому человеку задуматься о возможности изменить свое поведение. Это такое общение, при котором человек получает информацию о том, как его воспримут другие, как другие видят проявление его чувств, как он воздействует на других, или обращает свое внимание на те механизмы защиты, которые он использует для того, чтобы не дать другим почувствовать, какие эмоции он испытывает. Подобно системе управления ракетой, обратная связь помогает держать свое поведение «под прицелом» и, таким образом, лучше добиваться своих целей.

На что стоит обратить внимание, чтобы твоя обратная связь была продуктивной:

1. Выражайся в описательной манере: описывай человеку свои собственные реакции на то, что ты увидел, услышал или испытал. Это дает ему возможность воспользоваться или не воспользоваться обратной связью, на его усмотрение.

(Пример: «Я испытала самый настоящий испуг, когда услышала, что ты сказал своему сыну»).

2. Старайся не выносить суждения или приговор. Давая обратную связь, ты не оказываешься «правым» или «не правым», а прежде всего выражаешь свое восприятие того, что ты увидел, услышал, или испытал.

Избегай такой обратной связи: «С твоей стороны гнусно было сказать такое – тебе должно быть стыдно за себя!».

3. Пользу принесет обратная связь, которая касается конкретных вещей, а не обобщает. Когда говорят: «Ты стремишься давить и властвовать.», то это заявление общего характера и приносит меньше пользы, чем высказывания типа: «Похоже, было, что ты не слушал, что говорили другие и я чувствовал, что вынужден или принимать твою точку зрения или ожидать нападения с твоей стороны».

4. Продуктивная обратная связь учитывает, как потребности дающего ее, так и ее адресата. Обратная связь может быть разрушительной, когда она служит лишь удовлетворению потребности дающего и не учитывает потребности получателя. Поэтому старайся давать полезную информацию, а не просто «сваливать» свои чувства на другого.

5. Подтверждай примерами возникающие у тебя ощущения. Это поможет тебе избежать общих заявлений. Кроме того, адресат обратной связи получит необходимую информацию. Если ты говоришь, что кто-то «кажется сердитым», то это нуждается в подтверждении примерами, почему тебе кажется, что ты воспринимаешь гнев. Например: «Похоже, что ты зол. Я слышу сарказм в том, что ты говоришь. Ты повышаешь голос и потрясаешь кулаками, это говорит мне о том, что ты зол.».

6. Чтобы быть полезной, обратная связь должна быть своевременной. Продуктивнее всего давать обратную связь при первой же возможности после защитной реакции (в зависимости от готовности человека услышать эту обратную связь, наличия поддержки со стороны других и т.д.).

7. Иногда нужно проверить точность понимания обратной связи. Одним из способов проверки является просьба к получателю перефразировать услышанное, чтобы удостовериться, то ли имел в виду автор обратной связи. Когда человек обижается, испуган, или имеет низкую самооценку, то вполне возможно от него получить ошибочную оценку обратной связи, услышав нечто прямо противоположное тому, что ты имел в виду.

8. Когда обратная связь выдается группе, то как у дающего, так и получающего есть возможность проверить точность обратной связи у других – членов группы. Если 8 человек указывают на то, что заметили испуг у кого-то, то для получателя обратной связи это будет более убедительно, чем если бы такое ощущение было лишь у одного человека.

9. Обратная связь – это нехитрый прием, направленный на то, чтобы заставить человека раскрыться или вынудить его к изменениям. После получения обратной связи у человека остается выбор – изменяться или нет. Но, по крайней мере, он располагает большей информацией, на основании которой он может сделать лучший выбор.

Таким образом, обратная связь – это средство помощи. Это коррективный механизм, помогающий человеку узнать, насколько его поведение соответствует его намерениям. («То ли это именно, что я хотел сказать, так ли это прозвучало, как я хотел?»). Это так же способ установления личности – с целью ответить на вопрос: «КТО Я?».

► Мониторинг

Резидент _____ Дата _____

МОНИТОРИНГ

При подготовке к мониторингу проанализируйте все сферы своей жизни (БПСД) и укажите изменения за прошедшую неделю (если таковые произошли), а также сложности, с которыми вы столкнулись, удалось или нет их преодолеть:

Биологическая сфера:

изменения в здоровье (*общее самочувствие, нормализация сна и т.д.*):

изменения в отношении к своему здоровью и физ. состоянию (*утр. зарядка, футбол, другое*):

Психическая сфера:

изменения в эмоциональной жизни (*осознавание чувств, выражение чувств, в том числе и негативных*): _____

импульсивное поведение под влиянием сиюминутных необдуманных чувств, желаний, состояний: _____

желание употребить ПАВ (*удаётся ли отслеживать «тягу», как ее проживаешь*): _____

Социальная сфера:

отношения с другими резидентами (*сложности взаимодействия, как удаётся разрешать конфликтные ситуации*): _____

участие в реабилитационных мероприятиях (*возникающие сложности, удаётся ли их разрешить, взаимодействие с другими резидентами, активность на малых группах, работа по личному заданию*):

отношения с сотрудниками РЦ Остров (*обращаешься ли за помощью, есть ли сложности взаимодействия*): _____

соблюдение границ (*правила РЦ, личностные границы, наличие замечаний*): _____

Духовная сфера:

изменения отношения к своему заболеванию (*как оно проявлялось, твое поведение при*

этом): _____

изменения в духовной жизни, нравственных ценностях, моральных устоях, мировоззрении (что нового узнал про себя и как это относится к твоему выздоровлению, проявления стереотипов мышления, поведения, в чем стал поступать по-новому ит.д.):

Какие задания пишете, какие сдали в этом месяце: _____

Какие служения брали в этом месяце: _____

► Прогресс за неделю

Прогресс за неделю даёт возможность увидеть какие качественные изменения произошли со мной за время пребывания в реабилитационном центре.

1. Над какими заданиями я работал на этой неделе? Какие задания мне удалось завершить? (дневник чувств, прогресс за неделю, шаговая, МПГ и т.п.)

2. Что я узнал нового о себе?

3. Проявлял ли я нечестность на этой неделе? Конкретные примеры, в количестве 3 шт., через события-мысли-чувства-итог.

4. Какие дефекты характера проявлялись в большей степени на этой неделе? И что я с ними делал? 3 примера, через события-мысли-чувства-коррекция-итог.

5. Как проявлялась у меня тяга (прямая, ассоциативная, обходная/скрытая) на этой неделе? Конкретные примеры, в количестве 3 шт., через события-мысли-чувства-коррекция-итог.

6. Что я сделал полезного на этой неделе для себя и для других (примеры)?

7. Кому я благодарен на этой неделе и за что? (Конкретные примеры 3-5 шт.)

8. Какие изменения я в себе отмечаю, по сферам:

- Биологическая (здоровье, соматика);
- Психологическая (чувства, эмоции, черты характера, способствующие выздоровлению, поведение);
- Социальная (отношения с резидентами, сотрудниками);
- Духовная (этика, мораль, нравственность, отношения с Высшей силой (Богом), как каждый понимает)?

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ПРАВИЛА И СИСТЕМА ЗАМЕЧАНИЙ

► Правила, нарушение которых влечёт немедленное исключение из программы

В случае нарушения одного из этих правил участник программы автоматически исключается из программы и обязан покинуть помещение отделения (Центра) в течении 30 минут с момента принятия решения.

1) Хранение и употребление любых видов наркотических и наркотически действующих веществ и алкоголя.

2) Насилие (в терапевтическом сообществе ЗАПРЕЩАЕТСЯ любое проявление агрессии: физическое, вербальное (словесное), невербальное (угрожающие позы, жесты, мимика)).

3) Сексуальные отношения. (в терапевтическом сообществе ЗАПРЕЩАЮТСЯ любые проявления сексуальных и романтических отношений между членами терапевтического сообщества).

4) Кража и порча программной литературы, материальных ценностей, принадлежащих реабилитационному центру.

5) Утаивание и использование сотовых телефонов, денег, драгметаллов; хранение любых видов оружия.

6) Самовольное покидание территории реабилитационного центра.

7) Открытое сопротивление персоналу или отказ от мероприятий.

8) Покровительство нарушений вышеуказанных правил.

9) Накопление 10 замечаний.

► Правила, нарушение которых влечёт получение замечания

1) Нарушение конфиденциальности других членов сообщества, сплетни в их отношении.

2) Невыполнение индивидуальных заданий.

3) Не написание дневника чувств.

4) Халатное отношение к исполнению микросоциальных служений.

5) Опоздание на мероприятия.

6) Нарушение дисциплины на мероприятии.

7) Курение в непопозженном месте.

8) Перемещение по реабилитационному центру после 24.00.

9) Нахождение у лиц противоположного пола в комнатах.

10) Вызывающая или вульгарная одежда.

11) Несанкционированное включение музыки, телевизора, невыключение света, электроприборов.

12) Нарушение правил звонков (при звонке присутствует консультант или медсестра).

13) Эйфорические воспоминания об употреблении.

14) Нецензурные выражения в высказываниях.

15) Неопрятный внешний вид.

16) Незаправленная кровать.

17) Отсутствие на мероприятиях бейджа с именем пациента.

Зависимые люди очень упрямы и сложно признают свою болезнь. Ведь им кажется, что если они ее признают, то тут же окажутся в положении слабого человека, проигравшего. Именно поэтому они продолжают свою обычную жизнь, опираясь только на себя и отказываясь от помощи извне. Это и есть своеволие, которое разрушающе действует на жизни и самого зависимого и его близких. Отработка замечаний включает припоминание и проработку проявлений данного качества поведения в жизни пациента.

Все ответственности выдаются после обсуждения с медицинским психологом

► Проработка замечания

Имя резидента: _____ выдал: _____

1. Напиши: за что получены замечания?

2. Напиши: какие твои действия привели к получению замечаний?

3. Напиши: почему эти действия неприемлемы для твоего выздоровления?

4. Опиши свои чувства в момент получения замечания:

5. Напиши план конкретных действий по изменению своего поведения:

6. Для аннулирования замечания предлагается:

Задание принял консультант: _____ (подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ/ПЕРЕВОДА С ЭТАПА ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИИ

Этап Предреабилитации	КРИТЕРИИ ПЕРЕВОДА	ВРЕМЯ ОЦЕНКИ
Компетенция врача	1. Синдром отмены ПАВ купирован в соответствии с Клиническими рекомендациями 2. Коморбидные состояния компенсированы в соответствии с Клиническими Рекомендациями 3. Соматические заболевания компенсированы в соответствии с Клиническими Рекомендациями 4. Синдром патологического влечения к ПАВ редуцирован до «слабо выраженного» по шкале тяжести патологического влечения	1. По состоянию 2. Ежедневно 3. Ежедневно 4. Опросник Альтшуллер /Винникова перед выпиской.
Компетенция психолога	1. Патопсихологическая диагностика проведена с заключением по всем психическим функциям, определением личности, МПЗ. 2. Анозгнозия снизилась до 0 баллов и ниже по шкалам №1, №2, №3 и №4 (опросник НИПИ Бехтерева с результатом по шкалам) 3. Уровень включенности в ЛРП.	1. После установления диагноза FXX.2 2. При выписке из отделения 3. По результату каждого мероприятия по шкале Лайкерта.
Компетенция социально-психологической службы (СПС)	1. Встречи первичная с сотрудниками СПС. Мотивация на реабилитацию. Проведение презентации терапевтического сообществ само и взаимопомощи АА/АН. Первичное тестирование по Шкале «готовность к изменению поведения и стремления к лечению»SOCRATES 2. Встречи повторная с сотрудниками СПС. Мотивация. Проведение тестирования по Шкале «готовность к изменению поведения и стремления к лечению»SOCRATES с оценкой	1. После установления диагноза FXX.2 2. Перед выпиской из отделения

	по шкалам признание от 32; амбивалентность от 15; активные действия от 33 баллов	
--	--	--

Заключение: Возможный суммарный терапевтический эффект на этапе 100% (9 баллов по 9 критериям). Пациент выписывается для продолжения ЛРП в условиях ОМР КФ при достижении не менее 80% возможного эффекта (7 баллов и выше).

► **Критерии перевода с этапа предреабилитации**

1. Синдром отмены купирован /Клинические Рекомендации/
2. Сопутствующие заболевания компенсированы /Клинические Рекомендации/
3. Патологическое влечение «слабо выражено» /опросники Альтшуллер/Винникова/
4. Анозогнозия от 0 баллов и ниже по шкалам №1, №2, №3 и №4 /опросник НИПИ Бехтерева/
5. Готовность к изменению поведения:
 - шкала «Признание» от 32 баллов (средняя)
 - шкала «амбивалентность» от 15 баллов (средняя)
 - шкала активные действия» от 33 баллов (средняя)
6. Уровень включенности в ЛРП от 5 баллов /аналоговая шкала Лайкерта/
7. Посещение всех проводимых реабилитационных мероприятий не менее 80% объема ЛРП этапа.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ/ПЕРЕВОДА С ЭТАПА АДАПТАЦИИ

ЭТАП АДАПТАЦИИ	КРИТЕРИИ ПЕРЕВОДОВ	Время оценки
Компетенция врача	1. Синдром отмены ПАВ купирован в соответствии с Клиническими Рекомендациями 2. Коморбидные состояния компенсированы в соответствии с Клиническими рекомендациями 3. Соматические заболевания компенсированы в соответствии с Клиническими Рекомендациями 4. Синдром патологического влечения к ПАВ редуцирован до «слабо выраженного» по шкале тяжести патологического влечения	1. При поступлении 2. Ежедневно 3. Ежедневно 4. Опросник Альтшуллер /Винникова при поступлении и переводе на этап интеграции/выписке;
Компетенция психолога	1. Оценка уровня стресса 2. Анозогнозия опросник НИПИ Бехтерева от 0 баллов и ниже по шкалам №1, №2, №3, №4 и №5. 3. Тестирование по Шкале «готовность к изменению поведения и стремления к лечению» «SOCRATES» с оценкой по	1. Тест Люшера при переводе в РЦ (в динамике при высоких показателях) 2. При переводе на этап интеграции 3. При переводе на интеграционный этап

	шкалам: признание (33 балла); амбивалентность (16 баллов): активные действия – (34 балла) 4. Уровень включенности в ЛРП (от 5 баллов по шкале Лайкерта ежедневно последние 7 дней перед переводом на этап интеграции)	4. При переводе на этап интеграции
Компетенция социальной службы	1. Социальная паспортизация проведена 2. Оценка уровня социально-психологической адаптации (СПА) (не ниже 5 баллов) 3. Оценка уровня эмоционально-деятельностной адаптации (ЭДА) не выше 10 баллов 4. Опросник принятия норм и правил при переводе на этап собственно адаптации 5. Исполнение социальных служений (от 5 баллов по шкале Лайкерта) 6. Ведение дневника чувств (от 5 баллов по шкале Лайкерта)	1. Однократно при поступлении на этап адаптации 2. При переводе на этап интеграции 3. При переводе на этап интеграции 4. Однократно при переводе с этапа адаптационного стресса на этап собственно адаптации 5. Ежедневно с фиксацией средней оценки за неделю по аналоговой шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни 6. Ежедневно с фиксацией средней оценки за неделю по аналоговой шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни

Заключение: Возможный суммарный терапевтический эффект на этапе 100% (13 баллов по 13 критериям). Пациент переводится на этап интеграции/выписывается для продолжения ЛРП в условиях РЦ/ГРЦ, ДНС/НД при достижении не менее 80% возможного эффекта (10 баллов и выше).

► Критерии перевода с этапа адаптации

1. Синдром отмены купирован /Клинические Рекомендации/ (проверка при поступлении)
2. Сопутствующие сомато-психические заболевания компенсированы /Клинические рекомендации/
3. Патологическое влечение «слабо выражено» /опросники Альтшуллер/Винникова/
4. Анозогнозия (от 0 баллов и ниже по шкалам №1, №2, №3, №4 и №5.) /опросник НИПИ Бехтерева/
5. Готовность к изменению поведения:
 - шкала «Признание» от 33 баллов (выше средней)
 - шкала «амбивалентность» от 16 баллов (выше средней)
 - шкала активные действия» от 34 баллов (выше средней)
6. Оценка психологом уровня включенности в ЛРП от 5 баллов /аналоговая шкала Лайкерта/
7. Уровень социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации /не ниже 5 баллов СПА и не выше 10 баллов ЭДА/ шкала СПА, ЭДА (Фетискин Н.П.)
8. Оценка специалистом по социальной работе исполнения социальных служений и ведения дневника чувств от 5 баллов /аналоговая шкала Лайкерта/

9. Посещение всех проводимых реабилитационных мероприятий не менее 80% объема ЛРП этапа.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ/ПЕРЕВОДА С ЭТАПА ИНТЕГРАЦИИ

ЭТАП ИНТЕГРАЦИИ	КРИТЕРИИ ПЕРЕВОДОВ	Время оценки
Компетенция врача	<p>1. Коморбидные состояния компенсированы в соответствии с Клиническими рекомендациями</p> <p>2. Соматические заболевания компенсированы в соответствии с Клиническими Рекомендациями</p> <p>3. Синдром патологического влечения к ПАВ редуцирован до «слабо выраженного» по шкале тяжести патологического влечения</p>	<p>1. Ежедневно</p> <p>2. Ежедневно</p> <p>3. По шкале Альтшуллер /Винникова при переводе на этап стабилизации/выписке;</p>
Компетенция психолога	<p>1. Анозогнозия (опросник НИПИ Бехтерева) от 0 баллов и ниже по шкалам №1, №2, №3, №4, №5 и №6.</p> <p>2. Тестирование по Шкале «готовность к изменению поведения и стремления к лечению» «SOCRATES» с оценкой по шкалам: признание (от 34 балла); амбивалентность (от 17 баллов); активные действия – (от 35 баллов)</p> <p>3. Уровень включенности в ЛРП (от 7 баллов по шкале Лайкерта ежедневно последние 7 дней пред переводом на этап стабилизации)</p>	<p>1. При переводе на этап стабилизации</p> <p>2. При переводе на этап стабилизации</p> <p>3. При переводе на этап стабилизации</p>
Компетенция социальной службы	<p>1. Оценка уровня социально-психологической адаптации (СПА) (не ниже 6-7 баллов)</p> <p>2. Оценка уровня эмоционально-деятельностной адаптации (ЭДА) (не выше 3 баллов)</p> <p>3. Исполнение социальных служений (от 7 баллов по шкале Лайкерта)</p> <p>4. Ведение дневника чувств (от 7 баллов по шкале Лайкерта)</p> <p>5. Посещение групп АА/АН по расписанию</p>	<p>1. При переводе на этап стабилизации/выписке.</p> <p>2. При переводе на этап стабилизации/ выписке.</p> <p>3. Еженедельно с фиксацией средней оценки за неделю по шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни</p> <p>4. Еженедельно с фиксацией средней оценки за неделю по шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни</p> <p>5. Еженедельно с фиксацией средней оценки за неделю по</p>

		шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни
--	--	---

Заключение: Возможный суммарный терапевтический эффект на этапе 100% (11баллов по 11 критериям). Пациент переводится на этап амбулаторной стабилизации/выписывается для продолжения ЛРП на этапе амбулаторной стабилизации в условиях ГРЦ/ОМР НДпри достижении не менее 80% возможного эффекта (8 баллов и выше).

► **Критерии выписки/перевода с этапа интеграции:**

1. Сопутствующие сомато-психические заболевания компенсированы /Клинические Рекомендации/
2. Патологическое влечение «слабо выражено» или «отсутствует» /опросники Альтшуллер/Винникова/
3. Анозогнозия от 0 баллов и ниже по шкалам №1, №2, №3, №4, №5 и №6 (опросник НИПИ Бехтерева)
4. Готовность к изменению поведения:
 - шкала «Признание» от 34 баллов (высокий)
 - шкала «амбивалентность» от 17 баллов (высокий)
 - шкала активные действия» от 35 баллов (высокий)
5. Оценка психологом уровня включенности в ЛРП от 7 баллов /аналоговая шкала Лайкерта/
6. Уровень социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации /не ниже 6-7 баллов СПА и не выше 3 баллов ЭДА/ шкала СПА, ЭДА (Фетискин Н.П, 2002)
7. Оценка специалистом по социальной работе исполнения социальных служений и ведения дневника чувств от 7 баллов /аналоговая шкала Лайкерта/
8. Посещение всех проводимых реабилитационных мероприятий не менее 80% объема ЛРП этапа.

Приложение 7. КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ/ПЕРЕВОДА С ЭТАПА СТАБИЛИЗАЦИИ

ЭТАП СТАБИЛИЗАЦИИ Переход на амбулаторный этап	КРИТЕРИИ ПЕРЕВОДОВ	Время оценки
Компетенция врача	1. Коморбидные состояния компенсированы в соответствии с Клиническими рекомендациями 2. Соматические заболевания компенсированы в соответствии с Клиническими Рекомендациями 3. Синдром патологического влечения к ПАВ редуцирован по шкале тяжести патологического влечения	1. При визите 2. При визите 3. При визите По шкале Альтшуллер /Винникова
Компетенция психолога	1. Анозогнозия (опросник НИПИ Бехтерева) от 0 баллов и ниже по всем 7-ми шкалам 2. Тестирование по Шкале «готовность к изменению поведения и стремления к лечению» «SOCRATES» с оценкой по	1. Ежемесячно 2. Ежемесячно

	шкалам: признание (выше 35 балла); амбивалентность (18-20 баллов): активные действия – (37-40 балла) 3. Локус контроля (метолика Дж. Роттер) (Интернальность преобладает над экстернальностью) 4. Уровень включенности в ЛРП (от 9 баллов по шкале Лайкерта)	3. Ежемесячно с повышением показателей 4. Ежемесячно с повышением уровня интернальности.
Компетенция социально-психологической службы	1. Оценка уровня социально-психологической адаптации (СПА) (не ниже 8 баллов) 2. Оценка уровня эмоционально-деятельностной адаптации (ЭДА) (от 0 до 3 баллов) 3. Социальный интеллект (Опросник Басса-Дарки (модификация Г. Резапкиной) все шкалы не ниже 3-4 баллов) 4. Посещение групп АА/АН по программе 90 дней/90 групп 5. Исполнение социальных служений (от 9 баллов по шкале Лайкерта) 6. Эффективность коммуникаций (от 9 баллов по шкале Лайкерта) 7. Ведение дневника чувств (от 9 баллов по шкале Лайкерта) 8. Уровень расширения социальных ролевых функций за счёт интересов и увлечений за пределами употребления. (от 9 баллов по шкале Лайкерта)	1. Ежемесячно до достижения высоких показателей 2. Ежемесячно до достижения высоких показателей 3. Ежемесячно с повышением показателей 4. При визите отметка о посещении. 5. При визите оценка по шкале Лайкерта 6. При визите оценка по шкале Лайкерта 7. При визите оценка по шкале Лайкерта 8. Каждое посещение по результатам мотивационной беседы по шкале Лайкерта

Заключение: Возможный суммарный терапевтический эффект на этапе 100% (15 баллов по 15 критериям). Пациент переводится на этап амбулаторной стабилизации/выписывается для продолжения ЛРП на этапе амбулаторной стабилизации в условиях ГРЦ/ОМР НД, направляется на снятие с диспансерного наблюдения при достижении не менее 80% возможного эффекта (12 баллов и выше).

► **Критерии выписки/перевода с этапа стабилизации:**

1. Сопутствующие сомато-психические заболевания компенсированы /Клинические рекомендации/
2. Патологическое влечение «отсутствует» /Альтшуллер/Винникова/
3. Анозогнозия от 0 баллов и ниже по всем 7-ми шкалам /опросник НИПИ Бехтерева/
4. Готовность к изменению поведения:
 - шкала «Признание» от 35 баллов (высокий)
 - шкала «амбивалентность» от 18 баллов (очень высокий)
 - шкала активные действия» от 37 баллов (очень высокий)
5. Оценка психологом уровня включенности в ЛРП от 9 баллов /аналоговая шкала Лайкерта/

6. Уровень социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации / не ниже 8 баллов СПА, от 0 до 3 баллов ЭДА / шкала СПА, ЭДА (Фетискин Н.П.)
7. Исследование локус контроля (методика Дж. Роттер) (Преобладание интернальности над экстернальностью)
8. Социальный интеллект (Опросник Басса-Дарки (модификация Г. Резапкиной) все шкалы не ниже 3-4 баллов.
9. Оценка специалистом по социальной работе регулярности посещения сообщества само и взаимопомощи, регулярности ведения дневника чувств, уровень расширения социальных ролевых функций - от 9 баллов /аналоговая шкала Лайкерта/
10. Посещение всех запланированных реабилитационных мероприятий не менее 80% объёма индивидуальной программы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8. ТЕСТ «НОРМЫ И ПРАВИЛА» РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ ОМР/РЦ

- 1) Сколько человек одновременно могут говорить во время малой группы?
 - а. один
 - б. несколько
- 2) Что такое обратная связь?
 - а. средство помощи, свой опыт – способ помочь другому участнику группы задуматься о возможности изменить свое поведение
 - б. совет
- 3) Про кого можно рассказывать на малой группе?
 - а. про себя
 - б. про всех
- 4) Может ли участник покинуть группу?
 - а. нет, только развернуться на стуле
 - б. может
- 5) Можно ли на группе рассказывать о криминальном прошлом?
 - а. только раскрытый криминал
 - б. нераскрытый криминал
- 6) Самое главное правило малой группы?
 - а. конфиденциальность
 - б. анонимность
 - в. вышперечисленное
- 7) Какой совет ты дашь новичку на группе?
 - а. напутствие
 - б. мы не даем советов
- 8) Как мы готовим задания для малой группы?
 - а. не обращаемся за помощью, пишем сами
 - б. обращаемся за помощью, пишем, сдаем во время
- 9) Кому можно задать вопрос на группе?
 - а. тому, кто сдает задание
 - б. всем
- 10) Можно ли на группе использовать нецензурные выражения?
 - а. да
 - б. нет
- 11) Что можно (крутить) держать в руках на группе?
 - а. посторонние предметы
 - б. ничего нельзя

12) Как задать вопрос или дать обратную связь?

а. поднять руку

б. перебить высказывания других и сказать

ПРИЛОЖЕНИЕ 9. РАСПОРЯДОК ДНЯ И ТАЙМИНГ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ОМР КФ и ОМР РЦ

► Распорядок дня и тайминг работы специалистов ОМР РЦ в будние дни

Пациенты Понедельник -пятница	Заведующий ОМР	Врачи	Медицинские психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
	1 человек	2 сотрудника на 2 посту, 1 на первом	5 человек, 2 в первом отделении, 3 во втором), пятидневная рабочая неделя	3 сотрудника, 1 на первом посту, 2 на втором), пятидневная рабочая неделя	всего 16 социальных работников, график согласно таблице тринадцать сотрудников 08:00-08:00, три сотрудника 08:00-16:30) понедельник -пятница ¹
07:00-07:30 Подъем					07:00-07:30 Контроль выдачи кофе и сигарет. Контроль пациентов в корпусе
07:30-07:45 Зарядка Проводят: социальные работники. Участвуют: все пациенты РЦ					07:30-08:00 Зарядка. Организация мероприятия, контроль пациентов в корпусе, передача информации о динамике и состоянии пациентов другой смене.
07:45-08:00 Утренний туалет, прогулка					Контроль дисциплины в корпусе/сопровождение на прогулку/утренняя термометрия.
08:00-08:45 Утреннее собрание Участвуют: все пациенты РЦ	08:00-08:45 Утреннее собрание персонала РЦ. Планирование рабочего дня. Обсуждение переводов пациентов на другие этапы реабилитации, Планирование выписки, консультаций.	08:00-08:45 Утреннее собрание персонала РЦ. Планирование рабочего дня. Обсуждение переводов пациентов на другие этапы реабилитации, Планирование выписки, консультаций.	08:00-09:00 Утреннее собрание персонала РЦ. Планирование рабочего дня (подготовка к индивидуальной и групповой работе), ознакомление с историей болезни, обсуждение индивидуальной программы реабилитации пациентов.	08:00-08:45 Утреннее информационное собрание	08:00-08:45 Утреннее собрание персонала РЦ Утреннее информационное собрание.
				08:45-09:15 Планирование рабочего дня (подготовка к индивидуальной и групповой работе), составление расписания работы социальных работников, обсуждение индивидуальной программы реабилитации пациентов, отчет волонтеров о проделанной работе.	08:45-09:15 Суточные сотрудники: контроль дисциплины в корпусе, мотивационные беседы, помощь в написании заданий. Дневные сотрудники: сопровождение пациентов в/из КФ, КФ1, КФ2/ трудотерапия/ контроль пациентов в корпусе

Пациенты Понедельник -пятница	Заведующий ОМР	Врачи	Медицинские психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
08:45-09:15 Завтрак, Прием лекарств	9.00-9.45 ВКС	9.00-9.45 ВКС	09:00-10:00 Индивидуальная клиничко-психологическая коррекция, индивидуальное психологическое консультирование, (мотивационные беседы).	09:15-10:15 Выполнение назначений/лекция	09:15-10:15 Контроль дисциплины в корпусе/сопровождение на лекцию.
09:15-10:15 Лекция Участвуют: все пациенты РЦ	9.45-10.15 Оформление выписки.	9.45-10.15 Оформление выписки.			
10:15-11:00 Врачебный обход Врачи: врачи психиатры-наркологи, врач-терапевт, медицинские психологи. средний медицинский персонал,	- Проведение совместных осмотров с занесением в ЕМИАС. - Составление выписных эпикризов. Участие в совместном врачебном обходе.	Врачебный обход	10:00-11:00 Участие в совместном врачебном обходе.	10:15--11:30 Индивидуальная работа с пациентами (социальное обследование, консультирование, мотивационное интервью), работа с документацией, заполнение социальных анкет, тестирование на профориентацию./ВКС с КФ. Проведение ВКС мотивации пациентов.	10:15-11:00 Индивидуальная работа с пациентами, проведение трудотерапии,. Дневные сотрудники: сопровождение пациентов в/из КФ, КФ1, КФ2 / трудотерапия /контроль пациентов в корпусе
11:00-11:30 Второй завтрак	Прием поступивших пациентов/проведение совместных осмотров с занесением в ЕМИАС	11:00-13:00 Оформление медицинской документации	11:00-11:30 Подготовка к проведению малой психотерапевтической группы, выбор мишени психотерапевтического воздействия на пациентов согласно программе реабилитации.		11:00-11:30 Контроль выдачи кофе и сигарет. Контроль пациентов в корпусе Дневные сотрудники: сопровождение пациентов в/из КФ, КФ1, КФ2 / трудотерапия /контроль пациентов в корпусе.
11:30-13:00 Малая психотерапевтическая группа Проводят: медицинские психологи, специалисты по социальной работе. Участвуют: все пациенты РЦ	Прием поступивших пациентов/ проведение совместных осмотров с занесением в ЕМИАС		11:30-13:00 Малая психотерапевтическая группа (психологический тренинг, групповое психологическое консультирование; когнитивно-поведенческая психотерапия, рациональная психотерапия, групповая психотерапия, трансакционный анализ и другие методы)	11:30-13:00 Малая психокоррекционная группа Заменяет специалистов и психологов, находящихся в отпуске/ взаимодействие с органами опеки, УФСИН, выписка пациентов. Передача информации в наркологические диспансеры	11:30-13:00 Малая психотерапевтическая группа. Помощь в проведении.

Пациенты Понедельник -пятница	Заведующий ОМР	Врачи	Медицинские психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
13:00-13:30 Обед	13:00-13:30 Обед	13:00-13:30 Обед	13:00-13:30 Обед	13:00-13:30 Обед	13:00-13:30 Обед. Контроль дисциплины в корпусе. Дневные сотрудники: сопровождение пациентов в/из КФ, КФ1, КФ2 / трудотерапия/ контроль пациентов в корпусе.
13:30-14:00 Прием лекарств	13:30-15:00 Административная работа в отделении ОМР - Индивидуальная работа с пациентами, осмотр, консультация пациентов ОМР и ДНС с фиксацией в ЕМИАС - Анализ истории болезни, определение тактики терапии - Индивидуальные консультации пациентов из наркологических отделений планируемых на перевод в ОМР совместно с одним специалистом по социальной работе и психологом -Телефонные и индивидуальные консультации с родственниками пациентов.	13:30-14:00 Обсуждение с медицинскими психологами, специалистами по социальной работе результатов диагностических исследований.	13:30-15:00 Патопсихологическое исследование (для оценки сохранных и нарушенных звеньев психической деятельности, оценки динамики нарушений психических функций, компонентов познавательной и эмоционально-личностной сферы на фоне терапии и реабилитации), исследование личностных особенностей пациентов (проводится с использованием проективных методов и стандартизированных опросников для оценки изменений личности), интерпретация и заключение по результатам психодиагностики, психологическое консультирование: пациентов, созависимых.	13:30-14.30 Индивидуальная работа с пациентами (социальное обследование, консультирование, мотивационное интервью), работа с документацией, заполнение социальных анкет, тестирование, взаимодействие с наркологическими диспансерами, органами опеки, сбор информации по ремиссии бывших пациентов.	13:30-14:00 Два работника – обед Два работник – контроль дисциплины в корпусе. Дневные сотрудники: сопровождение пациентов в/из КФ, КФ1, КФ2 / трудотерапия /контроль пациентов в корпусе.
14:00-15.00 Врачебные консультации, выполнение заданий/ трудотерапия. Трудотерапию проводят социальные работники. Участвуют: все пациенты РЦ и волонтеры	15:00-15:40 Обсуждение групповой и индивидуальной динамики пациентов ОМР (врачебный, психологический и социальный блоки).	14:00-15:00 Индивидуальные врачебные консультации			14:00-15:00 Проведение трудотерапии, контроль дисциплины в корпусе, помощь в написании заданий, мотивационные беседы. Дневные работники - сопровождение пациентов в приемном отделении /трудотерапия/контроль пациентов в корпусе
15:00-16:00 Пн-Ср: Лекция Проводят: медицинские психологи, специалисты по социальной работе, врачи		15:00-15:45 Коррекция медицинской документации	15:00-16:00 Пн, чт Шаговая группа: группа по разбору заданий 12-ти шаговой программы – проведение. Вт., ср., пт. тренинги	15.00-16.00 Пн, чт Шаговая группа: группа по разбору заданий 12-ти шаговой программы – проведение. Вт., ср., пт. тренинги	15:00-16:00 Пн-Ср: помощь в проведении лекции, контроль пациентов, освобожденных от занятий Дневные работники - сопровождение пациентов в

Пациенты Понедельник -пятница	Заведующий ОМР	Врачи	Медицинские психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
отделений (согласно утверждённому плану лекций). Участвуют: все пациенты РЦ и волонтеры Чт-Пт: Шаговая группа: Группа по разбору заданий 12-ти шаговой модели реабилитации - проведение					приемном отделении / трудотерапия/ контроль пациентов в корпусе/ осуществление звонков вновь прибывших пациентов Чт-Пт: Шаговая группа: проведение группы по разбору заданий 12-ти шаговой программы.
16:00-16:15 Полдник			16:00-16:30 Оформление документации (заполнение электронной истории болезни в ЕМИАС, 37-я форма отчетности).	16.00-16.20 Оформление документации (заполнение электронной истории болезни в ЕМИАС, 37-я форма отчетности).	16:00-17:00 Контроль пациентов в прогулочном дворике, тренажёрном зале/на арт-терапии, контроль пациентов в корпусе, мотивационные беседы.
16:15-17:00 Спорт-час Проводят: социальные работники. Арт-терапия Проводит специалист по социальной работе Участвуют: все пациенты РЦ и волонтеры					
17:00-18:00 Отдых, Звонки Проводят: социальные работники. Участвуют: пациенты РЦ (со сроком пребывания более 14 дней) по заранее утвержденному списку, волонтеры			-	-	17:00-18:00 Проведение звонков, контроль пациентов в корпусе, мотивационные беседы, помощь в написании заданий
18:00-18:30 Ужин			-	-	18:00-18:45 Ужин, контроль пациентов в корпусе.
18:30-18:45 Прием лекарств			-	-	
18:45-20:00 Вечернее собрание по модели групп АА и АН (Большой круг) Проводят: социальные работники. Участвуют: все пациенты РЦ и волонтеры			-	-	18:45-20:00 Проведение мероприятия Вечернее собрание по модели групп АА и АН (Большой круг), контроль пациентов в корпусе, мотивационные беседы, помощь в написании заданий.

Пациенты Понедельник -пятница	Заведующий ОМР	Врачи	Медицинские психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
20:00-21:00 Выполнение заданий, звонки. Проводят: социальные работники (согласно графику). Участвуют: пациенты РЦ (со сроком пребывания более 14 дней) по заранее утвержденному списку, волонтеры			-	-	20:00-21:00 Проведение звонков, контроль пациентов в корпусе, мотивационные беседы, помощь в написании заданий
21:00-22:00 Итоги дня (Анализ чувств) Проводят: социальные работники. Участвуют: Все пациенты РЦ и волонтеры			-	-	21:00-22:00 Проведение мероприятия - Итоги дня.
22:00-22:15 Кефир			-	-	22:00-22:15 Контроль пациентов в корпусе
22:15-22:30 Медитация Проводят: социальные работники (согласно графику). Участвуют: все пациенты РЦ и волонтеры			-	-	22:15-22:30 Проведение мероприятия - Медитация
23:00 Отбой			-	-	23:00-7:00 Индивидуальная беседа по запросу, контроль пациентов в корпусе, оформление документации (37-я форма отчетности, коррекция списков отделения).

► **Распорядок дня и тайминг работы специалистов ОМР РЦ в выходные дни**

Пациенты суббота	Дежурный врач психиатр-нарколог	Социальные работники	Пациенты воскресенье	Социальные работники
08:00-08:15 Подъем		Контроль выдачи кофе и сигарет. Контроль пациентов в корпусе. Передача информации о динамике и состоянии пациентов другой смене.	08:00-08:15 Подъем	Контроль выдачи кофе и сигарет. Контроль пациентов в корпусе Передача информации о динамике и состоянии пациентов другой смене.
08:15-08:30 Утренний туалет		Контроль пациентов в корпусе.	08:15-08:30 Утренний туалет.	Контроль пациентов в корпусе.
08:30-09:00 Зарядка		Зарядка. Организация мероприятия, контроль пациентов в корпусе.	08:30-09:00 Зарядка	Зарядка. Организация мероприятия, контроль пациентов в корпусе,
09:00-09:30 Завтрак		Контроль дисциплины в корпусе, мотивационные беседы, помощь в написании заданий.	09:00-09:30 Завтрак	Контроль дисциплины в корпусе, мотивационные беседы, помощь в написании заданий.
09:30-09:45 Прием лекарств		Контроль пациентов в корпусе.	09:30-09:45 Прием лекарств	Контроль пациентов в корпусе.
09:45-10:00 Медитация Проводят социальные работники Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры		Проведение мероприятия – Медитация.	09:45-10:00 Медитация Проводят социальные работники Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры	Проведение мероприятия – Медитация.
10:00-11:00 Утреннее собрание Проводят социальные работники Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры		Утреннее информационное собрание.	10:00-12:00 Утреннее собрание, смена микросоциальных функций. Проводят социальные работники Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры	Утреннее информационное собрание.
11:00-11:30 Второй завтрак		Контроль пациентов в корпусе. Контроль выдачи кофе и сигарет.	12:00-12:30 Второй завтрак	Контроль пациентов в корпусе. Контроль выдачи кофе и сигарет.
11:30-12:30 Трудотерапия Проводят: социальные работники (согласно графику). Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры		Проведение трудотерапии, контроль дисциплины в корпусе.	12:30-13:30 Беседа по программной литературе. Проводят: социальные работники (согласно графику). Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры	Проведение мероприятия, разъяснение программной литературы пациентам, обсуждение. Контроль дисциплины в корпусе.
13:30-14:00 Обед		Обед. Контроль дисциплины в корпусе.	13:30-14:00 Обед	Обед. Контроль дисциплины в корпусе.
14:00-14:15 Прием лекарств		Контроль дисциплины в корпусе.	14:00-14:15 Прием лекарств	Контроль дисциплины в корпусе.

Пациенты суббота	Дежурный врач психиатр-нарколог	Социальные работники	Пациенты воскресенье	Социальные работники
14:15-16:00 Профилактика сопротивления лечению Проводят: социальные работники (согласно графику). Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры		Организация и проведение группы по разбору заданий по профилактике сопротивления лечению.	14:15-16:00 Посещение родственников, выполнение заданий, написание прогресса за неделю, чтение программной литературы. Проводят: социальные работники, медицинский персонал. Участствуют: все пациенты.	Контроль дисциплины в корпусе. Консультация родственников по вопросам созависимости, помощь в написании заданий, мотивационные беседы.
16:00-16:15 Поддник		Контроль дисциплины в корпусе	16:00-16:15 Поддник	Контроль дисциплины в корпусе
16:15-17:00 Спорт-час Проводят: Социальные работники. Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры		Контроль пациентов в прогулочном дворике и тренажёрном зале, контроль пациентов в корпусе, мотивационные беседы.	16:15-17:45 Прогресс за неделю Проводят: Социальные работники. Участствуют: все пациенты	Проведение мероприятия –Прогресс за неделю
17:00-18:00 Звонки. Проводят: Социальные работники. Участствуют: пациенты РЦ (со сроком пребывания более 14 дней) по заранее утвержденному списку, волонтеры		Проведение звонков, контроль пациентов в корпусе, мотивационные беседы, помощь в написании заданий		
18:00-18:30 Ужин		Ужин, контроль пациентов в корпусе.	18:00-18:30 Ужин	Ужин, контроль пациентов в корпусе.
18:30-18:45 Прием лекарств		Контроль пациентов в корпусе.	18:30-18:45 Прием лекарств	Контроль пациентов в корпусе.
18:45-20:00 Вечернее собрание по модели групп АА и АН (Большой круг) Проводят: социальные работники. Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры		Проведение мероприятия Вечернее собрание по модели групп АА и АН (Большой круг), контроль пациентов в корпусе, мотивационные беседы, помощь в написании заданий.	18:45-20:00 Вечернее собрание по модели групп АА и АН (Большой круг) Проводят: Социальные работники. Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры	Проведение мероприятия Вечернее собрание по модели групп АА и АН (Большой круг), контроль пациентов в корпусе, мотивационные беседы, помощь в написании заданий.
20:00-20:45 Итоги дня (Анализ чувств) Проводят: социальные работники. Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры		Проведение мероприятия - Итоги дня.	20:00-21:00 Выполнение заданий, консультации Проводят: социальные работники. Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры	Контроль пациентов в корпусе, мотивационные беседы, помощь в написании заданий.
20:45-21:10 Кефир		Контроль пациентов в корпусе.		
21:00-23:00 Просмотр программного фильма		Проведение мероприятия - Просмотр программного фильма.	21:00-22:00 Итоги дня (Анализ чувств) Проводят: социальные работники. Участствуют: все пациенты РЦ и волонтеры	Проведение мероприятия - Итоги дня.
			22:00-22:15 Кефир	Контроль пациентов в корпусе.

Пациенты суббота	Дежурный врач психиатр-нарколог	Социальные работники	Пациенты воскресенье	Социальные работники
			22:15-22:30 Медитация Проводят: социальные работники (согласно графику). Участвуют: все пациенты РЦ и волонтеры	Проведение мероприятия – Медитация.
24:00 Отбой		24:00-8:00 Индивидуальная беседа по запросу, контроль пациентов в корпусе, оформление документации (37-я форма отчетности, коррекция списков отделения).	23:00 Отбой	23:00-7:00 Индивидуальная беседа по запросу, контроль пациентов в корпусе, оформление документации (37-я форма отчетности, коррекция списков отделения).

► **Распорядок дня и тайминг работы специалистов ОМР КФ (1,2,3) в будние дни**

Пациенты понедельник-пятница	Заведующий ОМР/ДНС	Врач психиатр-нарколог	Психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
			5 сотрудников, 4 в ОМР постоянно, 1 в ДС постоянно, пятидневная рабочая неделя	2 в ОМР и ДС пятидневная рабочая неделя	4 социальных работника в режиме 2/2, в смене 2 социальных работника. График с 9:00 до 19:00/с 9:00 до 21:00
07:30-07:45 Подъем					
07:45-8:00 Зарядка					
08:00-08:30 Утренний туалет					
08:30-9:00 Медитация (проводят пациенты)	08:30-08:50 Присутствие на утренней планерке. Постановка задач на день. Планирование выписки, поступлений, переводов в амбулаторный режим лечения.	08:30-08:50 Присутствие на утренней планерке. Постановка задач на день. Планирование выписки, поступлений, переводов в амбулаторный режим лечения.	Присутствие на утренней планерке. Постановка задач на день. Планирование выписки, поступлений, переводов в амбулаторный режим лечения.	Присутствие на утренней планерке. Постановка задач на день. Планирование выписки, поступлений, переводов в амбулаторный режим лечения.	Присутствие на утренней планерке. Постановка задач на день. Планирование выписки, поступлений, переводов в амбулаторный режим лечения.
09:00-09:30 Завтрак, Прием лекарств	Участие в общебольничной ВКС	Участие в общебольничной ВКС	Работа с назначениями (ЕМИАС), планирование рабочего времени на день	-Работа с назначениями (ЕМИАС)/Работа с внутренней документацией, подготовка бланков для работы соц.работников. -Планирование рабочего времени на день.	-Контроль порядка в отделении во время приема пищи и лекарств. (оба соцработника)
09:30-10:00 Утреннее собрание.	Участие в общебольничной ВКС	Участие в общебольничной ВКС	Работа с выписными заключениями (ЕМИАС), консультация выписных	-Присутствует на рабочем собрании пациентов	Присутствует на рабочем собрании пациентов (служения, фокус дня, общая

Пациенты понедельник-пятница	Заведующий ОМР/ДНС	Врач психиатр-нарколог	Психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
			больных из ОМР.	-Работа с выписными заключениями -Консультация выписывающихся больных из ОМР и ДНС.	молитва), контролируя его проведение (один соцработник) Второй помогает в приеме пациентов (врачи на ВКС)
10:00-10:30 Обход	Участие в совместном врачебном обходе.	Участие в совместном врачебном обходе.	Участие в совместном врачебном обходе по средам, в остальные дни работа в ЕМИАС	Участие в совместном врачебном обходе по средам, в остальные дни работа в ЕМИАС	Участие в совместном врачебном обходе по средам, в остальные дни планирование и согласование выхода в линейные отделения.
10:30-11:15 Информационное мероприятие (лекция/тренинг)	- Проведение совместных осмотров с занесением в ЕМИАС - Составление выписных эпикризов	- Проведение совместных осмотров с занесением в ЕМИАС - Составление выписных эпикризов	-Один психолог проводит мероприятие (по графику лекций) -Индивидуальная работа с пациентами, в том числе, с имеющими трудности в адаптации или с личностными особенностями, затрудняющими их интеграцию в общий процесс (решение вопросов по состоянию, по актуальным проблемам) – по 1-2 пациента на психолога. Примечание: лекцию в ОМР могут посещать до 5 пациентов линейных отделений по предварительному согласованию с завотд. ОМР	-Оформление рекомендаций к выписке -Связь с внешними службами (по запросу или распоряжению заведующего) - работа с линейными отделениями - мероприятия заранее согласованный заведующим ОМР (экскурсия, встреча пришедших на лекцию) -Взаимодействие с РЦ «Остров» (ВКС, формирование таблицы переводов, координация переводов , координация встреч с волонтерами) -Работа в ДС, беседы с вновь поступившими пациентами (по запросу) -По четвергам проводит групповое мероприятие с участием членов сообществ самопомощи	-Контроль порядка в отделении - Контролирует выписанных пациентов, обсуждает выписные рекомендации - Индивидуальная мотивационная работа с пациентами ОМР не присутствующими на групповом мероприятии -Помощь в приеме пациентов(ознакомление с отделением)
11:15-11:30 Второй завтрак (перекус фрукты)?	Прием поступивших пациентов/проведение совместных осмотров с занесением в ЕМИАС	Прием поступивших пациентов/ проведение совместных осмотров с занесением в ЕМИАС	Работа в ЕМИАС	Работа в ЕМИАС	-Контроль порядка в отделении в момент приема пищи.
11:30-13:00	Прием поступивших	Прием поступивших	Проведение малой	-Заполнение статистических	

Пациенты понедельник-пятница	Заведующий ОМР/ДНС	Врач психиатр-нарколог	Психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
Малая коррекционная группа	пациентов/ проведение совместных осмотров с занесением в ЕМИАС	пациентов/проведение совместных осмотров с занесением в ЕМИАС	коррекционной группы	таблиц для внутреннего пользования, журналов выписок и сопровождений, журнала учета индивидуальной и групповой работы -Взаимодействие с внешними службами (СПС, ЦПЗП, некоммерческими фондами, связь с различными службами УФСИН, Опекa и пр. (по запросу), подбор вакансий (<u>по запросу</u>). -Взаимодействие с выпускниками ОМР и сообществами самопомощи -Логистика сопровождения пациентов для решения социально-правовых и врачебных вопросов (заказ машины до места назначения: НД, ПНД, ГРЦ, поликлиника, КФ и КФ2, КИБ2 и т.д.), определение сопровождающего. -Телефонные консультации с родственниками пациентов	- Групповые информационно-мотивационные беседы в наркологических отделениях (один сотрудник). -Введение вновь поступивших пациентов в правила программы реабилитации (поступившими в ОМР пациентами, которые не присутствуют на плановых мероприятиях) -Сопровождение пациентов для решения социально-правовых и врачебных вопросов
13:00-14:00 Обед / Прием лекарств	13:00-13:30 Обед 13:30-14:00 Административная работа в отделении ОМР/ДНС	13:00-13:30 Обед Работа в ЕМИАС, оформление документации, аналитика истории болезни, определение тактики терапии	13:00-13:30 Обед 13:30-14:00 Индивидуальная работа с пациентами, продолжающими лечение в ДС после выписки из ОМР: -консультации -отслеживание динамики психологического состояния -мотивационная беседа -работа по заданиям -Психолог ДС-проведение индивидуальных мотивационных консультаций в линейных отделениях (по запросу врачей линейных отделений, по предварительной	13:00-13:30 Обед 13:30-14:00 Индивидуальная работа с пациентами, продолжающими лечение в ДС после выписки из ОМР по запросу: - консультации - отслеживание динамики социальной адаптации - отслеживание динамики семейных взаимоотношений - мотивационные беседы -проведение индивидуальных мотивационных консультаций в линейных отделениях.	- Контроль порядка в отделении в момент приема пищи и лекарств. Индивидуальная работа с пациентами ОМР -консультации по состоянию, - помощь по индивидуальным заданиям - мотивационные беседы Примечание: В промежутке с 13:00 до 14:00 по очереди обед у соцработников в течении 30

Пациенты понедельник-пятница	Заведующий ОМР/ДНС	Врач психиатр-нарколог	Психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
			договоренности 3 пациента в день)		минут, описанную работу выполняют поочередно
14:00-15:00 Лечебные мероприятия	- Индивидуальная работа с пациентами, осмотр, консультация пациентов ОМР и ДНС с фиксацией в ЕМИАС - Анализ истории болезни, определение тактики терапии	- Индивидуальная работа с пациентами, осмотр, консультация пациентов ОМР с фиксацией в ЕМИАС - Анализ истории болезни, определение тактики терапии	-Индивидуальное клинико-психологическое консультирование пациентов стационара ОМР: -Проработка тем по заданиям -Тестирование на уровень реабилитационного потенциала -Психодиагностика -Индивидуальная клинико-психологическая коррекция (мотивационные беседы).	Индивидуальная работа с пациентами стационара ОМР/ДС -консультирование по социальным вопросам, мотивационное интервью, -сбор социально-анамнестических данных вновь поступивших, -повторные консультации -отслеживание социально-реабилитационной динамики пациента внутри отделения	-Встреча с выпускниками ОМР и представителями групп сообщества АА/АН. Индивидуальная работа с пациентами ОМР -консультации по состоянию, - помощь по индивидуальным заданиям - мотивационная беседа
15:00-15:45 Информационное мероприятие (лекция/тренинг,арттерапия-через день)	- Индивидуальные консультации пациентов из наркологических отделений планируемых на перевод в ОМР совместно с одним специалистом по социальной работе и психологом	- Связь с докторами НД (участковыми/заведующими диспансерными отделениями/заведующими НД) передача информации по выписным пациентам, обсуждение текущих пациентов - Связь с ПНД при наличии коморбидных пациентов в отделении, выработка совместной тактики лечения и преемственности -Телефонные и индивидуальные консультации с родственниками пациентов	Психолог ДС-проведение индивидуальных мотивационных консультаций в линейных отделениях (по запросу врачей линейных отделений, по предварительной договоренности 3 пациента в день) -Проведение семейных консультаций или семейных сессий с родственниками по предварительной договоренности -Подготовка необходимой документации для обращения в различные службы (ЦПЗП, поликлиника, УФСиН, прокуратура) -Каждый психолог занимается с 2-3 пациентами, не присутствующими на лекции, в связи с запланированной консультацией или ушедшими с мероприятия в силу сопротивления --Индивидуальная клинико-психологическая коррекция	-Проводит мероприятие (тренинг, арт-терапия) - Индивидуальная мотивационная работа с пациентами ОМР не присутствующими на групповом мероприятии - Индивидуальные информационно-мотивационные беседы в наркологических отделениях (один сотрудник). -Подготовка необходимой документации для обращения в различные службы (ЦПЗП, поликлиника, УФСиН, прокуратура) - Индивидуальные консультации пациентов из наркологических отделений планируемых на перевод в ОМР совместно с заведующим ОМР и психологом	-Проводит мероприятие (лекция) - Индивидуальная мотивационная работа с пациентами ОМР не присутствующими на групповом мероприятии (второй сотрудник) - Фиксация по проделанной работы в наркологических отделениях в ЕМИАСе/внутренней документации (один сотрудник осуществляющий выход в наркологические отделения) - Обсуждение групповой и индивидуальной динамики пациентов ОМР (врачебный, психологический и социальный блоки) - Контроль порядка в отделении в момент приема пищи (второй сотрудник)
15:45-16:00 Полдник	-Телефонные и индивидуальные консультации с родственниками пациентов				

Пациенты понедельник-пятница	Заведующий ОМР/ДНС	Врач психиатр-нарколог	Психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
<p>16:00-17:00 Посещение родственников/ Посещение спортзала/консультации по заданиям</p> <p>16:00-17:30 амбулаторная программа пн/чт</p>	<p>16:00-16:40 Обсуждение групповой и индивидуальной динамики пациентов ОМР (врачебный, психологический и социальный блоки)</p>	<p>16:00-16:40 Обсуждение групповой и индивидуальной динамики пациентов ОМР (врачебный, психологический и социальный блоки)</p>	<p>16:00-16:40 Обсуждение групповой и индивидуальной динамики пациентов ОМР (врачебный, психологический и социальный блоки)</p> <p>16:40-17:00Закрытие назначений в ЕМИАС</p> <p>Понедельник, четверг – группа для пациентов, продолжающих лечение после ОМР в амбулаторном формате.</p> <p>Понедельник, среда, пятница – группа для пациентов, продолжающих лечение после в дневном стационаре в формате через день (проводит психолог д\с)</p>	<p>16:00-16:40 Обсуждение групповой и индивидуальной динамики пациентов ОМР (врачебный, психологический и социальный блоки)</p> <p>16:40-17:00 Фиксация проделанной работы в ЕМИАС/Закрытие внутренней документации, отчетов</p> <p>-Подготовка необходимой документации для обращения в различные службы (ЦПЗП, поликлиника, УФСИН, прокуратура)</p> <p>-Семейное консультирование</p>	<p>-Контроль звонков пациентов</p> <p>- Помощь в сопровождении пациентов (по необходимости) среднему медперсоналу в спортзал к 16:00</p> <p>Второй соцработник: -Контроль дисциплины в отделении во время посещения родственников</p>
<p>17:00-17:30 Ужин</p>			<p>17:00-17:18 Закрытие назначений в ЕМИАС</p>	<p>17:00-17:30Закрытие назначений в ЕМИАС</p>	<p>Задействованы оба социальных работника: -Контроль дисциплины в отделении во время приема пищи и выдачи лекарств</p>
<p>17:30-18:00 Прогулка</p>					<p>Один соцработник: -Сопровождение во время прогулки и АЭТ (дыхательные упражнения, отработка навыков релаксации на улице на специально оборудованной площадке на территории филиала)</p> <p>Второй соцработник: проводит социализирующие игры и беседы с пациентами оставшимися в отделении</p> <p>-Консультации по психотерапевтическим заданиям</p>
<p>18:00-21:00 Социально-</p>					<p>18:00-19:00 Оба соцработника</p>

Пациенты понедельник-пятница	Заведующий ОМР/ДНС	Врач психиатр-нарколог	Психологи	Специалисты по социальной работе	Социальные работники
психологические мероприятия 20:15-21:00 Самоанализ					присутствуют на вечернем собрании по модели группы самопомощи - «Большой Круг» и контролируют его проведение 19:00-20:15 Группа самопомощи на территории (сопровождает один сотрудник) Второй сотрудник в это время проводит мотивационную беседу с новичками, индивидуальные консультации по психотерапевтическим заданиям. 20:15-21:00– Самоанализ (при условии рабочего графика до 21:00)
21:00-21:30 Второй ужин, прием лекарств					
21:30-22:00 Личное время 22:00-22:30 Вечерняя медитация (проводят пациенты) 22:30-23:00 Личное время					
23:00 Отбой					

ПРИМЕЧАНИЯ:

1). При графике социальных работников 2/2 выходят 2 в смену, в самый большой месяц – июль – 184 часа. Смена составляет 11,5-12 часов, а при самом маленьком – май – смена составляет 10-11 часов. В связи с этим, график социальных работников составляется с наложением и учетом рабочего времени.

2). Еженедельно (понедельник КФ1, вторник КФ2, четверг КФ) проводятся групповые мероприятия совместно с сотрудниками ГРЦ (1 раз в две недели – лекция (проводят сотрудники ГРЦ) направленная на мотивацию к продолжению прохождения амбулаторных программ реабилитации; 1 раз в 2 недели видеоконференция с волонтерами ГРЦ – передача опыта выздоровления с помощью амбулаторных программ реабилитации).

► **Распорядок дня и тайминг работы специалистов ОМР КФ (1,2,3) в будние дни**

Распорядок дня	Социальный работник (на смене 2 социальных работника с 9:00 до 19:00/с 9:00 до 20:30)	Средний медперсонал (на смене 2 палатных м/с и 1 усл.)
07:00-07:30 Проверка холодильников (время соответствует требованиям САНПИН)		- Проверка холодильников и продуктов питания пациентов вместе с отметкой.
07:30-07:45 Подъем		- Подъем, Измерение АД, пульса, температуры
07:45-08:00 Зарядка		07:30-08:00 Сбор и утилизация отходов класса «Б» -проветривание палат 07:45 – Зарядка, контроль проведения
08:00-08:30 Утренний туалет		-выдача средств личной гигиены - подготовка документов к передаче смены. - утренний забор крови пациентов при наличии их назначений (второй сотрудник)
08:30-09:00 Утренняя медитация (проводят пациенты)		- Передача смены
09:00-09:30 Завтрак, прием лекарств	-Передача смены - Контроль порядка в отделении во время приема пищи.	- Контроль приема пищи - Выдача лекарств, списание лекарственных средств в ЕМИАС
09:30-10:00 Утреннее собрание	- Присутствует на рабочем собрании пациентов (служения, фокус дня, общая молитва), контролируя его проведение (оба соцработника)	- Обход отделения, проветривание палат
10:00-11:00 Общее собрание по 12 шаговой литературе.	-Работа по 12шаговой литературе. (4 дня-1,2,3 шаг по Синей Книге, 4 дня-Желтая книга) Проводят оба соц. работника	-Работа с историями болезни -Проверка журналов назначений -Подготовка к выдаче лекарств
11:00-12:00 Посещение родственниками/время консультаций	- Контроль посещения родственниками -один соц.раб - Индивидуальные консультации по терапевтическим заданиям и психо-эмоциональному состоянию	- Контроль посещения родственниками - Осмотри и прием передач с записью в дневнике наблюдения
11:15-11:30 Второй завтрак	- Контроль порядка в отделении во время приема пищи-один соц.работник	- Контроль приема пищи
12:00-13:00 Информационное мероприятие Очно/ВКС	- Совместная групповая беседа с представителями сообществ АА/АН. В случае отказа пациентом посетить данное мероприятие, проводится индивидуальная мотивационная работа одним из соцработников	- Контроль дисциплины и соматического состояния пациентов в отделении -Раскладка лекарственных препаратов для выдачи пациентам
13:00-14:00 Обед, прием лекарств	- Контроль дисциплины в отделении во время приема пищи и выдачи лекарств	- Контроль приема пищи - Выдача лекарств, списание лекарственных средств в ЕМИАС

Распорядок дня	Социальный работник	Средний медперсонал
14:00-15:45 Информационное мероприятие (просмотр программного фильма)	- Просмотр и обсуждение программного фильма Примечание: В промежутке с 14:00 до 15:00 по очереди обед у соцработников в течении 30 мин	- Заполнение текущей документации Примечание: В промежутке с 14:00 до 15:00 по очереди обед у медицинских сестёр в течении 30 мин
15:45-16:00 Полдник	Контроль дисциплины в отделении во время приема пищи	Контроль приема пищи
16:00-17:00 Посещение родственников, прием передач, спортзал	Один соцработник: - Помощь в контроле посещения спортивного зала - Консультации по психотерапевтическим заданиям. Второй соцработник: - Контроль дисциплины в отделении во время посещения родственников	Один сотрудник: - Осуществляет контроль дисциплины, соматического состояния пациентов в спортивном зале Второй сотрудник: - Осуществляет контроль посещения родственниками - Осмотр и прием передач с записью в дневнике наблюдения
17:00-17:30 Ужин	-Контроль дисциплины в отделении во время приема пищи и выдачи лекарств	- Контроль приема пищи - Выдача лекарств, списание лекарственных средств в ЕМИАС
17:30-18:00 Прогулка/социализирующие мероприятия	Один соцработник: -Сопровождение во время прогулки Второй соцработник: проводит социализирующие игры и беседы с пациентами оставшимися в отделении -Консультации по психотерапевтическим заданиям	- Заполнение документации - Работа с историями болезни пациентов, снятие назначений врача и сверка с ЕМИАС
18:00-18:30		
18:30-21:00 Социально-психологические мероприятия При условии окончания рабочего дня в 21:00	18:30-20:30 - Оба соц.работника присутствуют на вечернем собрании по модели группы самопомощи - «Большой Круг» и контролируют его проведение 20:30-20:55 - Самоанализ в двух группах (проводят оба сотрудника) 20:30-21:00 -Завершение рабочей смены.	- Работа с историями болезни пациентов. 19:00 - Измерение АД, пульса, температуры с занесением данных в ЕМИАС
21:00-21:30 Второй ужин на ночь		- Проветривание палат - Контроль приема пищи, выдача лекарств, списание лекарственных средств в ЕМИАС
21:30-22:00 Личное время 22:00-22:30 Вечерняя медитация (проводят пациенты)		- Контроль дисциплины и соматического состояния пациентов в отделении
23:00 Отбой		

Приложение 10. План культурно-массовых мероприятий на год (пример)

Мероприятия	Формыреализации	Срок	Исполнитель
I квартал			
Арт-терапия Что ?Где?, Когда?	– восстановление психического здоровья и коррекция личности пациента; – психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения. – арт-терапия	Январь	Медицинские психологи
Турнир по настольному теннису	– психопрофилактика, – групповая психокоррекция зависимого поведения – тренинг – профилактика рецидива заболевания	Январь	Медицинские психологи
Самоуправление/ На ошибках учатся	– восстановление психического здоровья и коррекция личности пациента; – психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения. – арт-терапия	Февраль	Все медицинские психологи
Арт-терапия (Масленица, психологическое «расхламление» (выработка навыков инвентаризации))	– восстановление психического здоровья и коррекция личности пациента; – психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения. – арт-терапия	Февраль	Медицинские психологи, Специалисты по социальной работе
Конкурс стенгазет	– групповая коррекция зависимого поведения. – арт -терапия – мотивация выздоровления	Март	Все медицинские психологи
Весь мир театр. Театротерапия по произведениям русской классики.	– групповая коррекция зависимого поведения. – арт -терапия	Март	Медицинские психологи, Специалист по социальной работе
II квартал			

Мероприятия	Формы реализации	Срок	Исполнитель
Юбилей РЦ. 10 лет Концерт, конференция.	– групповая коррекция зависимого поведения. – арт-терапия – семинары – доклады – лекции – спикерские	Апрель	Все медицинские психологи Все специалисты по социальной работе.
Танцевально-двигательная/ трудотерапия	– восстановление психического здоровья и коррекция личности пациента; – психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения. – арт-терапия	Апрель	Медицинский психолог, Специалист по социальной работе
Самоуправление/ На ошибках учатся	– психопрофилактика, – групповая психокоррекция зависимого поведения – тренинг – профилактика рецидива заболевания	Апрель	Все медицинские психологи
9 мая патриотический концерт	– психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения – арт-терапия	Май	Все медицинские психологи, все специалисты по социальной работе
100 к 1 «Программа выздоровления»	– арт-терапия	Май	Медицинские психологи
Турнир по волейболу	– психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения – формирование ЗОЖ	Июнь	Специалисты по социальной работе
Культура народов России (День России)	– психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения – формирование образовательный и культурных потребностей	Июнь	Медицинский психолог, Специалист по социальной работе.
Стенограмма реабилитационного процесса (рисунки на бетоне и асфальте)	– арт-терапия	Июнь	Медицинские психологи
III квартал			

Мероприятия	Формы реализации	Срок	Исполнитель
Сказкотерапия	– восстановление психического здоровья и коррекция личности пациента; – психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения. – арт-терапия	Июль	Медицинский психолог, Специалист по социальной работе
Самоуправление/ На ошибках учатся	– психопрофилактика, – групповая психокоррекция зависимого поведения – тренинг – профилактика рецидива заболевания	Июль	Все медицинские психологи
Веселые старты (спортивное мероприятие)	– психопрофилактика, – групповая психокоррекция зависимого поведения – тренинг – формирование ЗОЖ	Август	Медицинские психологи
Конкурс профессионального мастерства социальных работников.	– профилактика профессионального выгорания; – сплочение коллектива сотрудников	Август	Специалисты по социальной работе
Кинофестиваль	– психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения – арт-терапия	Сентябрь	Медицинские психологи
Шоу талантов	– психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения, – трудотерапия; – арт -терапия	Сентябрь	Все медицинские психологи
IV квартал			
День психического здоровья (квест выздоровления)	– восстановление психического здоровья и коррекция личности пациента; – психопрофилактика, – групповая коррекция зависимого поведения – арт-терапия	Октябрь	Медицинские психологи, Специалисты по социальной работе
КВН	– групповая коррекция зависимого поведения – арт-терапия – восстановление психического здоровья и коррекция личности пациента;	Октябрь	Медицинские психологи Специалисты по социальной работе

Мероприятия	Формы реализации	Срок	Исполнитель
Перепевки хитов XX века	– групповая коррекция зависимого поведения – арт-терапия – восстановление психического здоровья и коррекция личности пациента;	Ноябрь	Специалисты по социальной
День самоуправления /На ошибках учатся	– психопрофилактика, – групповая психокоррекция зависимого поведения – тренинг – профилактика рецидива заболевания	Декабрь	Все медицинские психологи
Арт-терапия/Новогоднее представление.	– групповая коррекция зависимого поведения – арт-терапия	Декабрь	Члены реабилитационной бригады

ПРИЛОЖЕНИЕ 11. СПИСКИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ИНСТРУМЕНТОВ

► Темы лекций

Медицинские аспекты химической зависимости

1. Клиника расстройств, связанных с употреблением ПАВ (клинические критерии, стадии заболевания, наблюдение у нарколога).
2. Клинические последствия употребления ПАВ.
3. Биопсихосоциодуховная модель болезни и реабилитации (медицинские аспекты).
4. Вирусные гепатиты. Пути передачи, профилактика, лечение, прогноз.
5. СПИД, ВИЧ. Профилактика, лечение, прогноз, некоторые правовые аспекты.
6. Заболевания, передающиеся половым путём. Профилактика, лечение, прогноз, некоторые правовые аспекты.

Психологические аспекты химической зависимости

1. Биопсихосоциодуховная модель болезни.
2. Навязчивое влечение к ПАВ.
3. Срыв (предвестники).
4. Психологические механизмы формирования химической зависимости.
5. Стрессоустойчивость.
6. Зрелость.
7. Чувство неполноценности.
8. Механизмы психологической защиты.
9. Горе, утрата.
10. Конфликты.
11. Эмоции.
12. Темперамент.
13. Выражение чувств.
14. Чувства в процессе лечения.
15. Комппульсивное поведение.

16. Ранняя трезвость.
17. Малые психотерапевтические группы.
18. Зрелость и самодисциплина.
19. Способы психологической защиты зависимого поведения.

Дефекты характера

1. Дефекты характера.
2. Своеволие.
3. Честность, нечестность.
4. Здравомыслие.
5. Отрицание.
6. Своеволие; Обида.
7. Перфекционизм.
8. Вина, угрызения совести.

Созависимость

1. Созависимость.
2. Семейная система при наличии в ней химической зависимости.
3. Отстранение с любовью.
4. Навыки построения здоровых отношений.

Лекционный курс о природе, симптомах, и течении заболевания

1. Границы.
2. Послелечебный план.
3. Напряжение.
4. Лечебный процесс.
5. Обычные симптомы выздоровления.
6. 15 причин для трезвости.
7. История алкоголя.
8. Выбор вверх, выбор вниз.
9. Стадии выздоровления.
10. Сопротивление лечению.
11. Иллюзии зависимых.
12. Потребности.
13. Секс и трезвость.
14. Зависимость и насилие.
15. Как помочь наркоману?
16. Процесс переживания утраты.
17. Концепция болезни.
18. Эмоциональные особенности зависимости.
19. Зависимость и созависимость как болезнь.
20. Маски и роли.
21. Дисфункциональная семья.

Лекции по принятию 12 шаговой программы

1. Два уровня принятия первого шага
2. Инвентаризация
3. Десятый шаг

4. Реабилитационный центр и сообщество АА/АН
5. Принципы к убеждению
6. Духовность
7. 12 шаговая модель
8. Шаг второй. Пришли к вере
9. Честность, открытость готовность
10. Полное согласие в отличии от уступчивости
11. Воля
12. Неуправляемость
13. Бессилие
14. Любовь к себе

►► Подбор лекционного материала

Подбор лекционного материала для составления план лекций составляется с учетом включения тем из каждого лекционного блока. Основание: реализации комплексного подхода по передаче оптимального объема знаний о проблеме зависимого поведения на разных этапах лечебно-реабилитационного процесса. В зависимости от содержания и характера излагаемого материала предлагаются следующие виды проведения лекций: информационная лекция, лекция-беседа, лекция-дискуссия, лекция-визуализация, лекция вдвоем, лекция-консультация, лекция с применением техники обратной связи.

№	Лекционные блоки				
	<i>Медицинские аспекты химической зависимости</i>	<i>Психологические аспекты</i>	<i>Социальные аспекты химической зависимости</i>	<i>Лекции по принятию 12-шаговой программы</i>	<i>Лекции о природе, симптомах, и течении химической зависимости</i>
1.	Клиника расстройств, связанных с употреблением ПАВ (клинические критерии, стадии заболевания, наблюдение у нарколога)	Био-психо-социо-духовная модель болезни	Созависимость	Два уровня принятия первого шага	Послелечебный план
2.	Клинические последствия употребления ПАВ	Навязчивое влечение к ПАВ	Семейная система при наличии в ней химической зависимости	Инвентаризация	Напряжение
3.	Биопсихосоцио-духовная модель болезни и реабилитации (медицинские аспекты)	Срыв (предвестники)	Отстранение с любовью	Десятый шаг	Обычные симптомы выздоровления

№	Лекционные блоки				
	<i>Медицинские аспекты химической зависимости</i>	<i>Психологические аспекты</i>	<i>Социальные аспекты химической зависимости</i>	<i>Лекции по принятию 12-шаговой программы</i>	<i>Лекции о природе, симптомах, и течении химической зависимости</i>
4.	Вирусные гепатиты. Пути передачи, профилактика, лечение, прогноз	Психологические механизмы формирования химической зависимости.	Навыки построения здоровых отношений	Реабилитационный центр и сообщество АА/АН	15 причин для трезвости
5.	СПИД, ВИЧ. Профилактика, лечение, прогноз, некоторые правовые аспекты	Стрессоустойчивость	Дисфункциональная семья	Пришли к убеждению	История алкоголя
6.	Заболевания, передающиеся половым путём. Профилактика, лечение, прогноз, некоторые правовые аспекты	Зрелость		Духовность	Выбор вверх, выбор вниз
7.	Лечебный процесс	Чувство неполноценности.		12 шаговая модель	Стадии выздоровления.
8.		Механизмы психологической защиты		Шаг второй. Пришли к вере	Соппротивление лечению
9.		Горе, утрата		Честность, открытость, готовность	Потребности
10.		Конфликты		Полное согласие в отличии от уступчивости	Секс и трезвость
11.		Эмоции		Воля	Зависимость и насилие
12.		Темперамент		Неуправляемость	Процесс переживания утраты
13.		Выражение чувств.		Бессилие	Границы
14.		Чувства в процессе лечения		Любовь к себе	Маски и роли

№	Лекционные блоки				
	<i>Медицинские аспекты химической зависимости</i>	<i>Психологические аспекты</i>	<i>Социальные аспекты химической зависимости</i>	<i>Лекции по принятию 12-шаговой программы</i>	<i>Лекции о природе, симптомах, и течении химической зависимости</i>
15.		Компульсивное поведение		Здравомыслие	Вина, угрызания совести
16.		Ранняя трезвость			Своеволие
17.		Малые психотерапевтические группы			Честность, нечестность
18.		Зрелость и самодисциплина			Своеволие
19.		Способы психологической защиты зависимого поведения			Обида
20.		Эмоциональные особенности зависимости			Перфекционизм
21.		Зависимость и созависимость как болезнь			
22.		Дефекты характера			

► Тренинги самопознания

1.Цель: Формирование здорового образа жизни, развитие навыков общения, уверенности в себе, умения принимать решения, справляться с трудностями.

Тренинги: «Имя-качество», «Молекулы и атомы», «Интервью», «Ассоциации», «Общий рисунок».

2.Цель: Формирование навыков изменения себя; развитие умения ставить реальные цели и добиваться их.

Тренинги: «Поменяйся по признаку», «Солнце радости», «Преодолей препятствие», «Луковица»

3.Цель: Развитие представлений о самом себе, развитие положительного отношения к себе; знакомство с понятием образа «Я», как он формируется и как связан с поведением.

Тренинги: «Комплимент», «Рисование автопортрета», «Разговор субличностей», «Роза и чертополох», «Карта моей личности».

4.Цель: Выработка у участников уверенности в себе. Отработка умения анализировать ситуации. Выработка умения выявлять ошибочные суждения, которые могут привести к неуверенности.

Тренинги: «Пожелание», «Что такое уверенность в себе?», «Прорвись в круг», «Самооценка»

5.Цель: Отработка навыка принятия решения; Формирование чувства ответственности за принятое решение; Формирование уверенности в достижении поставленной цели.

Тренинги: Немые картины», Мозговой штурм, «Ответственность», «Арифмометр», «Идеальная модель»

6.Цель: Научиться идентифицировать собственные чувства; осознание важности выражения чувств и понимание того, что любые эмоции – это нормально.

Тренинги: «Антоним – чувство», «Какие бывают эмоции», Мозговой штурм, «Надо ли подавлять свои эмоции», «Эмоциональная гимнастика», «Поза», «Цвет – состояние», «Смех»

7.Цель: Осознание признаков тревожности, ситуаций, которые ее порождают; формирование навыков преодоления тревожности; выработка навыков устойчивости к стрессу.

Тренинги: «Саймон сказал», Мозговой штурм, «Эксперимент», «Хлопки»

8.Цель: Знакомство с видами общения; формирование навыков конструктивного общения, а также умения начинать, поддерживать и завершать разговор.

Тренинги: «Автобус», «Испорченный телефон», «Слово», «Разговор», «Пересели бабушку в комнату».

9.Цель: Знакомство с понятием конфликта; формирование навыков конструктивного поведения в конфликтной ситуации.

Тренинги: «Перетягивание каната», «Третий лишний», «Да – нет»

10.Цель: Отработка навыка принятия решения; формирование чувства ответственности за принятое решение; формирование уверенности в достижении поставленной цели.

Тренинги: Немые картины», Мозговой штурм, «Ответственность», «Арифмометр», «Идеальная модель».

11.Цель: Формирование навыков успешного делового сотрудничества; развитие умения добиваться поставленной цели социально приемлемыми способами.

Тренинги: «Полонез», «Печатная машинка», «Устройство на работу»

12.Цель: Познакомить участников тренинга с понятием «здоровье»; помочь осознать необходимость сохранения и поддержания здоровья.

Тренинги: «Подарок».

13.Цель: Выработка негативного отношения к употреблению алкоголя; выработка умения находить альтернативные замены употреблению алкоголя.

Тренинги: «Слепой и поводырь», «Репка», «Рассказ», «Конференция: Жизнь без алкоголя»

14.Цель: Познакомить участников с понятием эпизодического употребления алкоголя, злоупотребления и болезни, как результата злоупотребления и развития зависимости; сформировать представление о том, что зависимость деструктивная (разрушающая) форма защиты личности, иллюзорный способ избавления от проблем.

Тренинги: «Твое достоинство», «Измени настроение», «Дерево печалей и радостей», «Твое достоинство», «Разговор со свечой»

15.Цель: Познакомить участников с понятием эпизодического употребления алкоголя, злоупотребления и болезни, как результата злоупотребления и развития зависимости; сформировать представление о том, что зависимость деструктивная (разрушающая) форма защиты личности, иллюзорный способ избавления от проблем.

Тренинги: «Путаница», «Личность алкоголика», «Пантомима», «Клубок»

16.Цель: Осознание участниками группы своих морально-нравственных жизненных ценностей; формирование основ активной жизненной позиции.

Тренинги: «Колпак», «Ценности», «Донорское сердце»

17.Цель: Обсуждение результатов совместной деятельности, подведение итогов, мотивация на работу в будущем.

Тренинги: «Групповой рисунок», «Ладонка», «Чемодан», «С тобой я бы хотел».

18. Цель: Арт-терапевтический тренинг самопознания и рефлексии.

Тренинги: «Рисунок имен», «Рисунок руки», «Образ Я», рисунок «То, каким меня видят окружающие и то, каким я себя вижу», «Маска», «Эмоции» (рисунки эмоций, угадывание), рисунок «Внутреннее животное», рисунки правой и левой руками, рисунки противоположных понятий (радость-грусть; детство-взрослость; Я реальное – Я идеальное, Я сейчас – Я в будущем и т.п.), поиск внутреннего ресурса (Настройка «Путешествие к мудрому старцу»), «Импровизация», «Мандалы».

► Тренинги познавательных процессов

1. «Знакомство»

Цель: знакомство участников между собой, формирование мотивации к совместной деятельности, создание положительного настроения на последующие занятия.

2. Тренинг выражения чувств и состояний

Цель: научиться расшифровывать внешние проявления основных эмоций и чувств у других людей, а также развить собственную эмоциональную экспрессивность.

3. «Сплочение и доверие»

Цель: продолжение работы по групповому сплочению, формирование доверительной обстановки.

4. «Суд над болезнью»

Цель: осознание и преодоление анозогнозии и алекситимии.

5. «Сходства и различия»

Цель: формирование интереса к групповым занятиям и сплочение коллектива.

6. «Строим мост»

Цель: актуализация потребности в совместной деятельности.

7. Тренинг общения

Цель: сформировать представление об общении как о психологическом явлении (продемонстрировать искажения информации при ее передаче от человека к человеку, важность обратных связей в общении и навыков эффективного слушания).

8. «Лодки»

Цель: научиться просить о помощи, говорить о себе прямо.

9. «Учимся взаимопониманию» / «Манипуляции»

Цель: познакомить участников с основными способами психологических манипуляций и путями защиты от них / развитие социальной наблюдательности, вербального взаимодействия, расстановка границ.

10. «Общение без слов»

Цель: развитие навыков невербальной коммуникации, экспрессивности, умения расшифровывать невербальные сигналы других участников общения.

11. «Кино» / «Цели и дела»

Цель: развитие умения планировать свои дела, ставить реальные выполнимые цели и достигать их / развитие умения прогнозировать и актуализировать свои жизненные перспективы.

12. Тренинг по разрешению конфликтных ситуаций / Ролевая игра «Конфликты»

Цель: отработка навыков выхода из конфликтных ситуаций / изучение и закрепление на конкретных примерах стили конструктивного поведения в конфликтных ситуациях.

► Индивидуальные задания по этапам реабилитации

Адаптация:

1. 10 болезненных последствий.
2. 10 «+», 10 «-» употребления.
3. Кризис, приведший на лечение.
4. Мотивация базовой программы (для повторных пациентов – мотивация возвращения).
5. Страх и унижение.
6. Попытки достичь трезвости.
7. Жертвенная плаха.
8. Борьба.

Интеграция:

1. Биография вины.
2. Чувства.
3. Наркомания.
4. Наркоманическая личность.
5. Трезвое и зависимое я.
6. Как я предавал себя и других.
7. Биография обиды, страхов и злости.
8. Письмо маме (жене, детям, папе, Богу).
9. Письмо зависимости.
10. Безумие и здравомыслие.

Стабилизация:

1. Я и мир.
2. Срыв с летальным исходом.
3. Отношения с родными и близкими.
4. Границы безопасности.
5. Итоги базы.
6. Карта поддержки.
7. Анализ роли и вежливое прощание с ней.
8. Духовные принципы.

Для срывников:

1. Мотивация «Возвращение».
2. Рецидивный процесс.
3. Закономерности в рецидивах.
4. Ужасающая трезвостью.
5. Причины рецидивах.
6. Виды сопротивления и противодействие им.
7. 10 причин благодаря, которым я обратился к лечению.
8. Описание срыва.
9. 20 примеров того, как я саботировал срыв.
10. 15 примеров своеволия, которые привели меня к срыву.
11. 10 способов остаться трезвым в провоцирующей ситуации.
12. 5 примеров к чему приводило одно единственное употребление.
13. 10 ресурсов, на которые будешь опираться в выздоровлении.

ПРИЛОЖЕНИЕ 12. ОТЧЕТ ПО СЛУЖЕНИЯМ

1. С какими чувствами заступил?(3 чувства).
2. Что сделал для функций?(минимум 5 дел, направленных на качество, оптимизацию взаимодействие и продуктивность).
3. С какими трудностями внутренними и внешними столкнулся и как удалось решить? (минимум 2 примера(события, мысли, чувства, итог))
4. Какие дефекты проявились и как проработал?(3 примера (события, мысли, чувства, коррекция, итог))
5. Что не сделал и почему?(3 примера).
6. Чтобы хотел изменить?(пожелания сотрудникам центра, минимум 1 пункт).
7. С какими чувствами сдаю? (минимум 3 чувства).
8. Мой взгляд.
9. Пожелание следующему функциональному.

Приложение 13. СПИСОК СЛУЖЕНИЙ ПО ЭТАПАМ ЛРП

Адаптационный стресс:

1. Хранитель зеленой книги
2. Художник

Адаптация:

1. Хранитель времени
2. Хранитель зеленой книги
3. Ответственные за столы
4. Шкафчики
5. Раздевалка
6. Стулья
7. Полы коридор
8. Цветочник
9. Полы БК
10. Художник
12. ФизОрг
11. Носильщик
12. Водонос
13. Полы столовая

Интеграция:

1. Староста
2. Зам. Старосты
3. Медитация
4. Дворник
5. Ответственные за мужские палаты
6. Ответственные за женские палаты
7. Полы коридор
8. Айболит
9. Кусто
10. Полы БК
11. Художник
12. Гид

13. Секретарь
14. ФизОрг
15. Носильщик
16. Водонос
17. Полы столовая
18. Чайханщик
19. Кальянщик
20. Ответственный за доску
21. Помощник сестры хозяйки
22. Завхоз мужской
23. Завхоз женский
24. Дисциплина

Стабилизация:

1. Староста
2. Заместитель старосты
3. Ответственные за мужские палаты
4. Ответственные за женские палаты
5. Полы коридор
6. Кусто
7. Полы БК
8. Художник
9. Гид
10. Секретарь
11. ФизОрг
12. Носильщик
13. Водонос
14. Полы столовая
15. Чайханщик
16. Кальянщик
17. Ответственный за доску
18. Помощник сестры хозяйки
19. Завхоз мужской

ПРИЛОЖЕНИЕ 14. РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ ПАЦИЕНТА ПО 12-ШАГОВОЙ ПРОГРАММЕ**► Двенадцать шагов АА/АН**

1. Мы признали, что мы бессильны перед нашей зависимостью, признали, что наши жизни стали неуправляемы.
2. Мы пришли к убеждению, что Сила, более могущественная, чем наша собственная, может вернуть нам здравомыслие.
3. Приняли решение препоручить нашу волю и наши жизни заботе Бога, как мы Его понимали.
4. Мы глубоко и бесстрашно исследовали себя с нравственной точки зрения.
5. Мы признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений.
6. Мы полностью подготовились к тому, чтобы Бог избавил нас от всех этих дефектов характера.
7. Мы смиренно просили Его избавить нас от наших недостатков.
8. Мы составили список всех тех людей, которым мы причинили зло, и преисполнились желанием возместить им всем ущерб.
9. Мы лично возмещали причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Мы продолжали самоанализ и когда допускали ошибки, сразу признавали это.
11. Путем молитвы и размышления мы старались улучшить свой осознанный контакт с Богом, как мы Его понимали, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и даровании силы для этого.
12. Достигнув духовного пробуждения в результате выполнения этих Шагов, мы стремились нести весть об этом другим зависимым и применять эти принципы во всех наших делах.

► Ты и рабочая тетрадь

Изменения станут возможными при условии открытости и честности во время работы над вопросами и заданиями. Многие зависит от твоих стремлений и приложенных усилий.

В своих ответах будь конкретен, описывая реальные события из личной жизни. Если в тетради не хватает места, пиши на чем попало, лишь бы выразить на бумаге все, что ты чувствуешь в данный момент.

► Химическая зависимость***Определение химической зависимости***

Понятие химическая зависимость или зависимость подразумевает зависимость от алкоголя, наркотиков, медицинских препаратов, а также любых других химических веществ, вызывающих привыкание.

Человек становится химически зависим, когда у него или у нее развивается одержимое стремление к употреблению веществ, изменяющих сознание, с целью поднять настроение или почувствовать себя лучше, или избежать дискомфортных чувств, в том числе и чувств, вызванных неупотреблением веществ, изменяющих сознание. Нужда в алкоголе и/или наркотиках всегда имеет психологические причины, несмотря на вполне физиологические ее проявления. 1

Химически зависимые люди по-разному описывают собственную зависимость:

«Мой мозг постоянно искал ответ на вопрос: чем похмелиться и где взять на это денег? Это было то, чем я занимался целыми днями».

«Когда я выпил первую кружку пива, то не чувствовал никакой нужды напиваться. Часто так и было. Но еще чаще я просто набирался до беспамятства».

«Алкоголь дружил со мной 20 лет. В течение этого времени я ни разу не отсутствовал на работе по причине пьянства, никогда не обижал своих детей и жену, никогда не имел конфликты с Законом. Наконец, однажды я осознал, что потерял контроль над собой. Водка и пиво распорядились, как хотели и мной, и моей жизнью».

«Я стала ненавидеть родителей, брата, всех и все, что удерживало меня или просто мешало мне пить пиво и курить анашу».

«Ничем не описать ощущение кокаинового кайфа. Ничем. Что может иметь значение в мире по сравнению с этим ощущением?»

«Я всегда была готова врать и обманывать семью по поводу того, что мне было на самом деле нужно... Иногда мне были нужны наркотики».

«Никогда я не пил алкоголь и не курил гашиш, чтобы поднять настроение, я делал это, чтобы просто почувствовать себя живым».

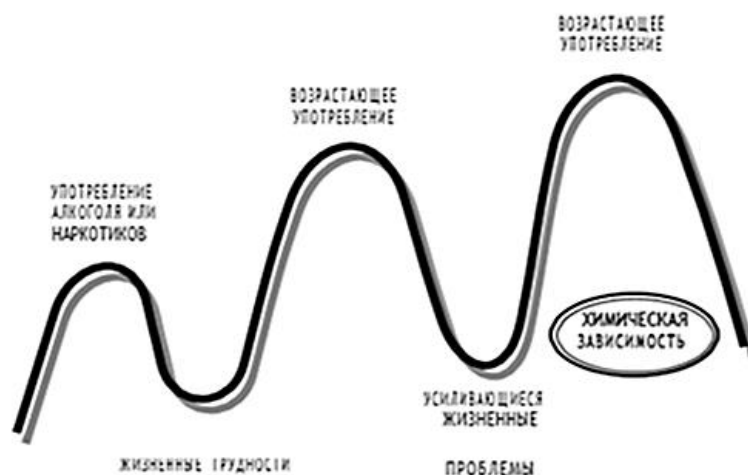
Опиши твои отношения с алкоголем и наркотиками

Какую, по-твоему, роль играли алкоголь и наркотики в твоей жизни?

«Американские горки» зависимости

Находишься ли ты на этих горках зависимости? Сталкивался(ась) ли ты с жизненными трудностями, вызванными употреблением алкоголя или наркотиков, но все же недостаточными для того, чтобы прекратить их употребление? Чувствовал(а) ли ты, что жизнь состоит из одних неприятностей и бед?

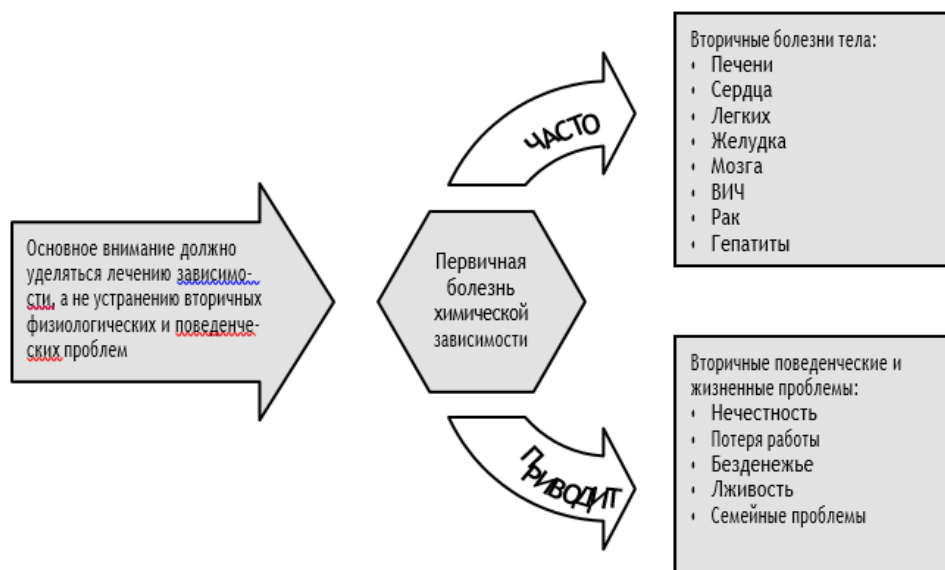
Химически зависимые люди часто не могут связать факт употребления алкоголя и наркотиков с жизненными проблемами, возникающими в их жизни в результате этого употребления. Они отрицают, что появление проблем с деньгами, на работе, в семье, со здоровьем или с законом, постоянно возникающие в их жизни, напрямую связаны с употреблением наркотиков и алкоголя.



Опиши твои «приключения» на «горках» зависимости

Химическая зависимость – первичная болезнь

Химическая зависимость не является результатом других болезней или факторов. Химическая зависимость первична. Другие физические или социальные проблемы вызываются этой болезнью. Никакое лечение зависимости не является эффективным без полного прекращения употребления алкоголя или наркотиков.



► ПЕРВЫЙ ШАГ

Дорога к трезвости и чистоте начинается с Первого Шага. До тех пор, пока ты не примешь этот Шаг, ты не сможешь обрести устойчивую трезвость.

Анонимные Алкоголики – «Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что потеряли контроль над собой».

Анонимные Наркоманы – «Мы признали свое бессилие перед зависимостью, признали, что потеряли контроль над собой».

Сущность Первого Шага заключается в том, чтобы признать, что вы не можете контролировать свою зависимость, и что эта зависимость делает вашу жизнь неуправляемой. Для этого вы должны ясно понять, что употребление алкоголя или наркотиков является причиной многих ваших проблем. Это сделать довольно трудно, поскольку многие алкоголики или наркоманы считают, что именно их жизненные проблемы виноваты в том, что они пьют или употребляют наркотики, и что если бы они могли справиться с этими проблемами, то проблема с алкоголем отпала бы сама собой. Задача первого шага, таким образом, помочь вам увидеть истинные причинно-следственные отношения между употреблением спиртного или наркотиков и жизненными проблемами. Химическая зависимость ведет к проблемам. И, чтобы решить эти проблемы, необходимо сначала прекратить пить или употреблять наркотики.

Отец Мартин говорит по этому поводу: «Чтобы решить проблему, вы сначала должны признать, что она существует. А то, что вызывает проблемы, само является проблемой». Если употребление алкоголя или наркотиков ведет к проблемам, значит у вас проблема с алкоголем или наркотиками. Если вы игнорируете эту связь и пытаетесь решить вторичные проблемы, вы не достигнете успеха.

Первый Шаг подразумевает, что вы должны ясно, логически и рационально подумать о своем употреблении алкоголя или наркотиков. Вы должны понять причинно-следственную связь между употреблением алкоголя и проблемами в вашей жизни.

Под ясным мышлением имеется в виду то, что вы в состоянии высказать свои мысли другим людям. Большинство химически зависимых совсем не думают о своем употреблении алкоголя или наркотиков. Они научились избегать мыслей об этом. Этот процесс называется отрицанием.

Первый Шаг также призывает думать логически. Это значит, что вы не должны вступать в спор и борьбу с самим собой, пытаясь думать на эту тему. Когда на этой стадии выздоровления большинство химически зависимых людей начинают думать о своем употреблении алкоголя или наркотиков, у них в голове разгорается внутренняя борьба. Зависимое «я» вырывается вперед и требует: «Не думай об этом», тогда как трезвое «я» говорит: «Ты бы лучше подумал, потому что это убивает тебя». Таким образом, существует внутреннее противоречие, борьба между зависимым и трезвым «я».

В Первом Шаге вы признаете, что не можете контролировать свое употребление алкоголя или наркотиков, и что из-за этого бессилия ваша жизнь вышла из-под контроля. Этот Шаг предназначен помочь химически зависимому осознать главный и неоспоримый факт: когда вы употребляете алкоголь или наркотики, вы никогда не можете быть уверены в том, что может произойти. В этом сущность потери контроля.

Иногда алкоголик или наркоман употребляет умеренно, без неприятных последствий. В другой раз, ни с того ни с сего, он употребляет гораздо больше и своими действиями причиняет вред, как себе, так и своим близким. Такие случаи потери контроля делают жизнь зависимого неуправляемой и приводят к чувству стыда, вины и болезненным переживаниям. Человек пытается остановиться, но не может. Тогда он пытается снова, и снова терпит неудачу. С каждой новой неудачей его боль и чувства вины и стыда возрастают. Стыд и вина ведут к отрицанию. Он обманывает себя относительно того, что происходит, и пытается обманывать других. Он испробовал все, что только мог, чтобы остановиться, но ничего не помогло. И человек потерял надежду. Он понимает, что не может справиться сам, используя старый образ мышления, но он не знает ничего другого. В А.А. и в А.Н. это называется «опустился на дно». Зависимость одержала победу, и человек готов бросить попытки употреблять умеренно и попробовать что-то другое.

Ключом к прохождению Первого Шага является признание проблемы и того, что вы испробовали все, что только знали, чтобы ее решить, но ничего не помогло. Таким образом, вы честно признаете, что не можете разрешить проблему известными вам способами. Другими словами: *«вы не можете сделать это в одиночку»*.

Как проработать первый шаг

От прохождения Первого Шага зависит твое возвращение к здоровью. Без Первого Шага невозможно достичь настоящей трезвости.

Письменно проработав свой Первый Шаг, не подходи к нему как к очередному признанию своих пороков и убеждению в собственном несовершенстве. Попробуй честно взглянуть на то, что алкоголь и наркотики сделали с твоей жизнью.

Пренебрежение или преуменьшение значения этого Шага показывает, что ты не слишком серьезно относишься к своей нынешней ситуации. Это означает, что в глубине души ты отрицаешь то, что алкоголь и наркотики являются причиной твоих нынешних проблем.

Пока у тебя нет твердого осознания того, какую роль играли и продолжают играть алкоголь и наркотики в твоей жизни, у тебя нет ни малейшего шанса на выздоровление и возврат к нормальной жизни.

Не сделав своего Первого Шага к выздоровлению, ты неизбежно отступаешь назад и, тем самым, вступаешь на путь, ведущий к поражению

Напиши здесь свое определение Первого Шага

Зависимость – это болезнь

Зависимыми нас делает наша болезнь. Зависимость – не наркотики, не наше поведение, а наша болезнь. Что-то внутри нас не дает нам удержать контроль над употреблением наркотиков. И это же «что-то» склоняет нас к одержимости и компульсивности при иных жизненных обстоятельствах. Как мы можем определить, когда болезнь активизируется? Когда мы становимся одержимыми навязчивой идеей, поведение становится компульсивным и эгоцентричным, и мы начинаем без конца хитрить, то наступает физическое, психическое, духовное и эмоциональное расстройство.

Что для меня означает болезнь зависимость? Напиши свое определение и пять примеров

Когда во мне зарождается какая-то мысль, то я начинаю немедленно действовать или сначала представляю себе возможные последствия? Как иначе проявляется мое компульсивное поведение?

Как моя болезнь подействовала на меня в физическом плане?

Как моя болезнь подействовала на меня в психическом плане?

Как моя болезнь подействовала на меня в духовном плане?

Как моя болезнь подействовала на меня в эмоциональном плане?

Наша болезнь может заявить о себе по-разному. Когда мы только в начале нашего выздоровления то, конечно, нашей проблемой будут наркотики или алкоголь. Позднее мы узнаем, что наша болезнь разрушает нашу жизнь во всех сферах.

Каким конкретно было самое недавнее проявление моей болезни?

Был(а) ли я одержим(а) мыслями о каком-то человеке, месте или предмете? Если да, то как это повлияло на мои отношения с другими людьми? Как еще эта навязчивая идея повлияла на меня психически, физически, духовно и эмоционально?

Почему так трудно принятие?

Для любого человека принятия бессилия и неуправляемости в чем-то или перед чем-либо, достаточно трудно. Для химически зависимого человека задача усложняется многократно, так как его способности к здравому мышлению и поведению много лет находились под контролем алкоголя и наркотиков. Носителям зависимости часто трудно в это поверить. Они начинают защищаться. Их способность к правдивой оценке своего поведения разрушена. Чувства стыда, страха и злости

окончательно изолируют их от правды. Разнообразные неосознаваемые психологические процессы, навязываемые болезнью, «помогают» им находить «разумные» объяснения своего неразумного поведения, оправдываться, теоретизировать, преуменьшать ущерб и т.д. Не удивительно, почему для защищающихся людей принятие болезни становится столь трудным обстоятельством.

Своеволие – дорога к поражению

Принятие – путь к трезвости

Что такое отрицание?

Отрицание – это часть нашей болезни, которая твердит нам, что мы не больны. Отрицание означает нашу неспособность увидеть реальность нашей болезни. Мы преуменьшаем ее влияние. Мы обвиняем других людей, ссылаясь на то, что наши семьи, наши друзья и работодатели слишком многого от нас ожидали. Мы сравниваем себя с другими наркоманами, чья зависимость кажется нам «хуже» нашей. Мы можем винить какой-то один конкретный наркотик. Если мы какое-то время воздерживались от наркотиков, то мы можем сравнивать теперешнее проявление нашей болезни с тем, какое у нас было, когда мы принимали наркотики, и уговаривать себя, что ничто из того, что мы делаем сегодня, не может быть так же плохо, как это было тогда! Правдоподобные, но в действительности ложные, объяснения нашего поведения – это самые простые доказательства нашего отрицания.

Элементы механизма «отрицания и иллюзии»

На пути принятия своей зависимости выстраивается ряд защитных барьеров:

1. Простое отрицание – поддержание убеждения, что чего-то вообще нет, хотя в реальности есть. Типовым примером может быть то, что человек утверждает, что у него проблемы с зависимостью от алкоголя и (или) наркотиков нет, несмотря на очевидные доводы окружающих (я не алкоголик (наркоман), у меня нет проблемы с алкоголем (наркотиками)).

2. Обвинение – отрицание своей ответственности за некоторые поступки и утверждение, что кто-то или что-то другое отвечает за это (я пью (употребляю) потому что виновата жена (шеф, родители, теща), если бы жена (шеф, родители, теща) относилась ко мне лучше, мне не пришлось бы пить (употреблять)).

3. Рационализация – нахождение алиби, оправданий и других объяснений своего поведения, уменьшающих свою ответственность и представляющих в позитивном свете мотивы своего поведения. Это служит тому, чтобы всем окружающим доставить такие доводы или факты, которые оправдают его поведение. Очень часто не выступает простое отрицание, но зато человек представляет фиктивные или выдуманные выяснения причин (оправдание – повод (рождение ребенка, праздник)).

4. Интеллектуализация, философия – избегание конкретных и личных алкогольных проблем, подход к ним абстрактным способом при помощи интеллектуальных спекуляций и теоретических анализов. Например: «Я прочитал в медицинском журнале, что наркотики...»; «Я из семьи алкоголиков, поэтому у меня гены ненормальные...»; «У меня было такое несчастливое детство, что теперь я, таким образом, стараюсь преодолеть подсознательные чувства...»

5. Колоризация – украшение прошедших действий.

6. Уменьшение – признание проблемы с алкоголем (наркотиками, но таким способом, что эти проблемы кажутся значительно меньшими, не такими серьезными, как в реальности (я не пьян (я не употребил наркотик), я выпил одно пиво; выпил всего сто грамм).

7. Прерванный фильм – провалы памяти (нет плохих воспоминаний).

8. Откладывание (брошу с понедельника, с Нового Года, после юбилея).

9. Избегание – избегание разговоров на тему зависимости, реальной ситуации, изменение темы разговора с целью избежать неприятной темы, связанной с употреблением. Например: «Ну да, вчера

я напился (употребил), так что у нас на ужин?»; «Тебе не нравится, что я пью (употребляю)? А мне не нравится, что ты такая толстая!»

10. «Мечтательный план» – создание планов своих действий, которые нужны, чтобы справиться с конкретными проблемами, но в действительности все ограничивается переживанием приятных чувств, связанных с этим планированием, а реализации плана не происходит.

11. Торговля – заключение сделок. Например: «Я брошу пить, если ты бросишь курить»; «Я брошу пить, когда на работе станет поспокойнее».

12. Пассивность – игнорирование проблемы или выбор роли жертвы. Например: «Я пытался бросить, но эта привычка сильнее меня»; «Я ничего не могу поделать»; «Если бы у меня была сила воли...»

13. Враждебность – прибегание к угрозам, чтобы заставить других перестать обсуждать проблему. Например: «Я тебе противен в постели, пьяный (употребивший)? Прекрасно, сексом больше не занимаемся»; «Отвяжись от меня!»; «А тебе нравится, что я приношу домой зарплату?»

Отрицание – это не ложь

Люди, которые врут, понимают, что говорят неправду, но сознательно делают это.

Люди, пребывающие в отрицании приходят в замешательство и от правды, и от фальши. Они неспособны отличить одно от другого и искренне верят в свою «ложь», как в правду. Они честно заблуждаются.

Причины отрицания зависимости

1. Главная причина заключается в том, что отказ от наркотика или алкоголя – это утрата. В голове зависимого звучит голос самой болезни: «Не расставайся со мной, мы так хорошо жили до сих пор. Наркотик (алкоголь) давал тебе забвение, утешение, позволял расслабиться, свободно общаться с другими людьми, заниматься сексом...» И этот голос говорит правду. Действительно, в начальном периоде употребления наркотик (алкоголь) помогает справиться с трудностями жизни. Ни один человек, находящийся в здравом рассудке, не начинает употреблять для того, чтобы причинить себе зло, он употребляет ради тех удовольствий и выгод, которые дает наркотик (алкоголь). И когда зло, причиняемое зависимому употреблением, начинает превышать эти выгоды, они исчезают сразу. Примириться с их потерей крайне трудно. Поэтому голос болезни заставляет употребляющего закрывать глаза на тяжесть своего положения, заставляет искать лазейку в мысли о том, что он когда-нибудь сможет пить или употреблять, как «нормальный человек».

2. Признать себя алкоголиком или наркоманом для многих людей означает опуститься на низшую ступень социальной лестницы, признаться в позорном пороке. Кроме того, если ты признаешь себя больным, то из этого исходит необходимость лечения и, значит, отказ от алкоголя и наркотика. Отсюда расхожая фраза, которой утешают себя многие алкоголики и наркоманы: «Да, я пью (употребляю) много, но я не алкоголик (наркоман)».

Чем сильнее стыд, вина и угрызения совести за свое употребление, тем сильнее эти защиты. Таким образом, алкоголик (наркоман) попадает в порочный круг.

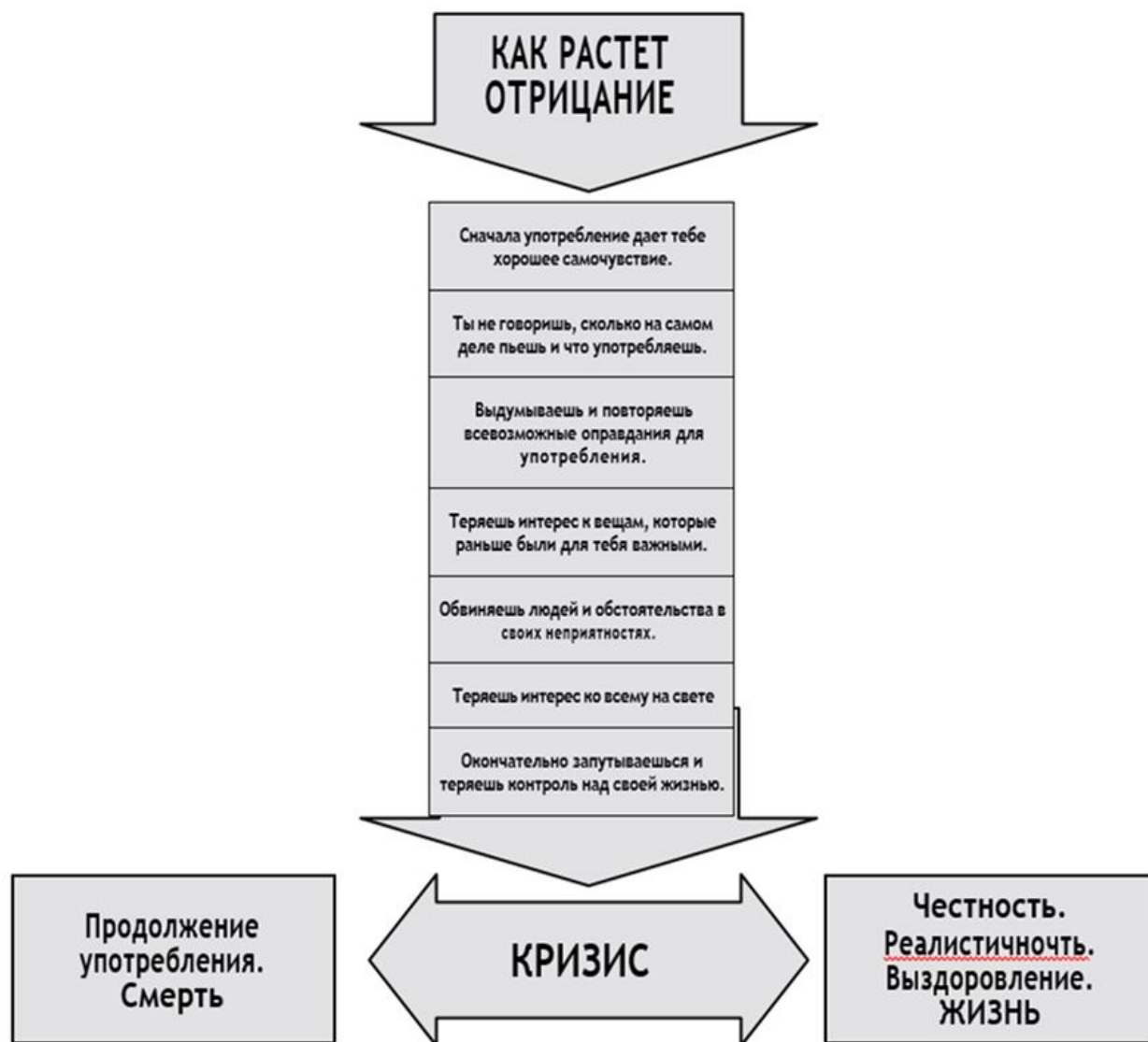
Слушание и принятие

Увидеть собственное отрицание без самораскрытия непросто. Ты не осознаешь собственных искажений правды. Решение проблемы состоит в слушании того, что говорят другие. Начав лечиться, ты начинаешь слушать консультантов, беседовать с членами семьи, другими выздоравливающими, участвуешь в работе терапевтических групп, все это даст тебе ключи к пониманию своего отрицания. Но ты сам должен побуждать себя слушать и принимать то, что слышишь.

Как только тебе удастся преодолеть первую часть своего отрицания, тебе станет проще осознавать и другие его части.

Эти открытия несут собой позитивные чувства и новое понимание. Нет причин стыдиться этого. Сейчас ты получаешь знания, которые позволяют измениться, а также получить достоверный портрет себя и мира вокруг.

Ты на пути к выздоровлению



Опиши, как проявлялось отрицание в твоей жизни

Скрывал(а) ли я от других сколько, и как часто я пью или употребляю?

Искал(а) ли я причины или поводы, чтобы употребить? Как я их объяснял(а)?

Давал(а) ли я правдоподобные, но нечестные объяснения своим поступкам? Какие именно?

Поступал(а) ли я компульсивно, будучи одержимым(ой) какой-либо идеей, а затем делал(а) вид, будто я на самом деле планировал(а) поступить именно? Когда это было со мной?

Как именно я перекладывал(а) вину за свои поступки на других людей?

Сравнивал(а) ли я свою зависимость с зависимостью других людей?

Если я перестану сравнивать свою зависимость с зависимостью других людей то «достаточно ли пагубна» моя зависимость?

Бессилие

Бессилие – это осознание и принятие невозможности собственными силами изменить, проконтролировать или повлиять на болезнь.

«Сколько раз я говорил себе по утрам, что сегодня я не буду пить, что сегодня я останусь трезвым, но вечером моя рука привычно нашаривала бутылку...»

«Я даже не задумывалась над тем, чтобы прекратить курить анашу в школе. Я просто курила ее и все. Она была частью меня...»

«Начальник предупреждал меня, что уволит, если я буду продолжать пить. Это означало, что теперь я должен был пить осторожнее...»

«Я придумывала причины, по которым не смогу выйти к обеду, пойти по магазинам или на родительское собрание. Я запирала дверь на замок, задерживала шторы и откупоривала бутылки вина...».

Будучи наркоманами, мы по-разному реагируем на слово «бессилие». Некоторые из нас считают, что более точного описания нашей ситуации просто невозможно подобрать, и мы признаем свое бессилие с чувством облегчения. Другие с отвращением отвергают это слово, отождествляя его со слабостью или другими недостатками характера. Понимание бессилия, а также того, насколько естественно для выздоровления признание нашего собственного бессилия, поможет нам преодолеть те негативные ощущения, которые могут у нас возникнуть в связи с принятием этой концепции.

Мы бессильны, когда наша движущая жизненная сила находится вне контроля. Наша зависимость, конечно же, квалифицируется как неподвластная контролю движущая сила. Мы не можем умерить или проконтролировать наше употребление наркотиков или другое компульсивное поведение, даже если в результате нам грозят невосполнимые потери. Мы не можем остановиться, даже если знаем наверняка, что в результате нас ждет невосстановимое физическое увечье. Мы сами видим, что делаем то, чего бы никогда не сделали, если бы не наша наркомания, то, что наполняет нас чувством стыда, когда мы задумываемся об этом. Мы даже можем решить, что мы не хотим употреблять, что мы не собираемся употреблять, но обнаруживаем, что мы просто не в состоянии остановиться, если подворачивается случай

У нас даже могли быть попытки воздержаться от употребления наркотиков или других компульсивных поступков (возможно более или менее успешные) в течение какого-то времени и без программы, но они приводили лишь к тому, что наша зависимость при случае толкала нас

обратно туда, где мы были раньше. Чтобы проработать Первый Шаг, мы должны крепко усвоить, что мы лично бессильны перед самими собой.

Честный взгляд на свое бессилие является началом к Первому Шагу. Это потребует мужества и работы. Напиши обращение к себе, жене, детям, другу или Высшей Силе. Опиши всю твою решимость и желание быть честным в этой работе, насколько это возможно.

Напиши примеры бессилия перед алкоголем или наркотиками (по 5 примеров на каждый вопрос).

Внимание! Указывай только конкретные примеры из собственной жизни! Конкретный пример отвечает на следующие вопросы: что, где, когда, с кем, что чувствовал(а) тогда, что чувствуешь сейчас, когда думаешь об этой ситуации. Если в тетради не хватает места, используй дополнительные листы.

Под влиянием своей зависимости я совершал(а) такие поступки, которых никогда не совершил(а) если бы в выздоровлении? Какие это были поступки?

Делал(а) ли я в угоду своей зависимости такие вещи, которые полностью шли вразрез со всеми моими убеждениями и ценностями?

Как меняется моя личность, когда проявляется зависимость? Например, я становлюсь высокомерным(ой), самонадеянным(ой), эгоцентричным(ой), подлым(ой), манипулирующим(ей), занимающим(ей)ся нытьем, твердолобым(ой) и т. д.

Манипулирую ли я другими людьми в угоду моей зависимости? Как именно?

Пытался(ась) ли я прекратить употребление самостоятельно и безуспешно? Прекратив употребление самостоятельно, я обнаружил(а), что моя жизнь без наркотиков так мучительна, что мое воздержание длилось недолго? На что было похоже это время?

Как проявлялось мое возбуждение от предвкушения употребления? Например, нетерпеливое ожидание конца работы, желание начать употреблять раньше остальных, безразличие к тому, что будет происходить за столом, изменение настроения от предвкушения, отсутствие интереса к другим до выпивки (употребления), безразличие к мнению близких по поводу моего употребления, встречи с друзьями, как повод для выпивки (употребления) и т.д.

Как в результате моей зависимости я причинял(а) боль себе и другим?

Что в моем поведении больше всего не нравится моим близким и друзьям?

Каково состояние моего здоровья в настоящее время?

Что убеждает меня в том, что безопасно употреблять наркотики и алкоголь больше невозможно?

Являюсь ли я алкоголиком(чкой) или наркоманом(кой)? (да нет)

Обоснуй это утверждение

Неуправляемость

Химически зависимому человеку практически невозможно функционировать, как здоровому. Кажется, что спокойных дней в его жизни просто не бывает.

Повседневные житейские вопросы, с которыми легко справляется подавляющее большинство людей, выглядят полностью разрушенными в жизни зависимого. Окружающие химически зависимого люди иногда пытаются помочь ему, и в результате он сваливает всю вину на них. Чувства злости, неприязни, страха и стыда постоянно присутствуют в его душе и определяют его взаимоотношения. Те, кто находятся рядом с зависимым, сбиты с толку. Они начинают реагировать на его поведение способами, делающими его жизнь еще более неуправляемой. Зависимый может цепко держаться за только одну часть своей жизни (например, работу) игнорируя разрушение остальных. Несмотря на множество фактов, он не в состоянии увидеть, что его жизнь неуправляема. И чем больше он пьет или употребляет, пытаясь привести дела в порядок, тем меньше это у него получается.

Шаг Первый призывает нас признать две вещи: во-первых, что мы бессильны перед нашей наркоманией, а во-вторых, что наша жизнь стала неуправляемой. Вообще-то трудно признавать одно, отвергая другое. Наша неуправляемость – это внешнее проявление нашего бессилия. Есть два типа неуправляемости: внешняя (видимая) неуправляемость – она заметна другим людям, и внутренняя или личностная неуправляемость.

Внешняя неуправляемость отождествляется с арестами, потерей работы, семейными проблемами. Кое-кто из наших товарищей побывал в тюрьме. Некоторым никогда не удавалось удержаться на одном месте дольше, чем пару месяцев. А кого-то вышвыривали из семей и велели никогда больше не появляться.

Внутренняя или личностная неуправляемость часто отождествляется с нездоровой или ложной системой представлений о самом себе, о том мире, в котором мы живем, и о людях, которые окружают нас в нашей жизни. Мы можем думать, что мы никчемные и никудышные. Мы можем верить, что мир вертится вокруг нас, и что так не только должно быть, но так и есть. Мы можем быть уверены, что это не наше дело – заботиться о себе, кто-то другой должен этим заниматься. Мы можем считать, что ответственность, которую берет на себя обычный человек, конечно же, слишком велика для нас. Мы можем слишком бурно или вообще не реагировать на события в нашей жизни. Эмоциональное непостоянство – это наиболее характерный признак личностной неуправляемости.

Какие области моей жизни разрушили алкоголь и наркотики?

Что для меня означает неуправляемость? Что я подразумеваю под «невозможностью управлять своей жизнью»?

Примеры ситуаций, с которыми я не могу справиться даже в трезвом состоянии:

Каковы мои цели в жизни?

Каким образом я пытался достичь этих целей до лечения?

Напиши честно, насколько возможно, по пять примеров неуправляемости в областях жизни, связанной с употреблением тобой алкоголя и наркотиков.

Внимание! Указывай только конкретные примеры из собственной жизни! Конкретный пример отвечает на следующие вопросы: что, где, когда, с кем, что чувствовал тогда, что чувствуешь сейчас, когда думаешь об этой ситуации. Если в тетради не хватает места, используй дополнительные листы.

Арестовывали ли меня когда-либо? Были ли у меня проблемы с законом из-за моей наркомании? Когда-нибудь я совершал(а) что-то такое, за что меня могли бы арестовать, если бы поймали? Что это были за дела?

Какие проблемы у меня были (или есть) на работе или в школе из-за моей зависимости?

Какие проблемы у меня были (или есть) с семьей, близкими мне людьми и друзьями из-за моей зависимости?

Какие финансовые проблемы у меня были (или есть) из-за моей зависимости?

Какие сексуальные проблемы у меня были (или есть) из-за моей зависимости?

Принимаю ли я ответственность за свою жизнь и свои поступки? В состоянии ли я выполнять мои ежедневные обязанности, не сдавая своих позиций? Как это сказывается на моей жизни?

Является ли для меня любое возражение личным оскорблением? Как это сказывается на моей жизни?

Игнорирую ли я сигналы, предупреждающие меня о том, что что-то серьезное может случиться с моим здоровьем или с моими детьми, думая, что все как-нибудь обойдется? Описание этих сигналов.

Бывают ли у меня вспышки ярости или другие какие-то реакции, из-за которых понижается чувство собственного достоинства самоуважения? Описание этих реакций.

Принимал(а) ли я наркотики, чтобы изменить или подавить свои чувства? Что именно я пытался(ась) изменить или подавить?

Как я пытался(ась) изменить свой облик (физический и моральный) до лечения? Какие меры я принимал(а) для этого?

Какие кризисы, кроме приведшего меня к лечению, могли бы произойти со мной со временем?

Что отличает меня от других людей?

Оговорки

«Конечно, я брошу пить и употреблять, но почему мне нельзя видаться со старыми друзьями?...»

«Ну да, я – алкоголик и наркоман, но я не собираюсь до конца дней просиживать штаны на этих собраниях...»

«Я согласен, что потерял контроль над употреблением наркотиков и алкоголя, но я могу контролировать их продажу...»

«Мои проблемы не такие крутые как у всех этих несчастных. Кое-что из Программы ко мне не относится...»

«Я люблю свою жену больше жизни. Если она умрет – я точно начну употреблять снова...»

«Через 15 лет, я буду достаточно здоров и богат, чтобы позволить себе немного хорошего испанского вина за обедом...»

Оговорки – это то место в нашей программе, которое мы оставили для срыва. Они образуются вокруг идеи о том, что мы можем сохранять какой-то контроль. Например: «Ну ладно, я согласен, что не могу контролировать употребление наркотиков, но продавать-то их я могу?» Или мы можем думать, что можем продолжать дружить с теми людьми, с кем вместе принимали или у кого покупали наркотики. Мы можем думать, что какие-то разделы программы к нам не относятся. Мы можем думать, что в каких-то случаях мы просто не сможем удержаться, например, заболеем серьезно или любимый человек умрет, и даже планируем принять наркотик тогда. Мы можем думать, что, достигнув какой-то цели, заработав определенное количество денег или прожив сколько-то лет чистыми, мы после этого сможем контролировать наше употребление наркотиков. Обычно эти оговорки прячутся на задворках нашего сознания, и мы к ним не очень серьезно относимся. Это естественно, что мы предполагаем какие-то отступления, которые мы можем себе позволить или можем запретить, прямо здесь и сейчас.

В полной ли мере я осознаю степень своей болезни?

Я думаю, что я все еще могу общаться с людьми, которые так или иначе связаны с моей наркоманией (пьянством)? Если да, то почему?

Можно ли мне посещать те места, где я обычно употреблял(а)? Какие это места (конкретно)? Если да, то почему?

Разумно ли мне хранить наркотики (алкоголь) или их атрибуты, просто чтобы «напоминать себе» или чтобы испытать свое выздоровление на прочность? Если да, то почему?

Есть ли что-нибудь такое, что мне не пережить без наркотиков (алкоголя)? Например, произойдет что-нибудь в высшей степени неприятное и мне придется принять наркотик (выпить), чтобы заглушить боль?

Не думаю ли я, что, оставаясь какое-то время чистым(ой), или при каких-то особых жизненных обстоятельствах, я смог(ла) бы контролировать свое употребление?

Какие еще оговорки я делаю в своей программе выздоровления?

Признание поражения – капитуляция

Это большая разница – покориться и признать поражение. Покорность – это то, что мы чувствуем, когда осознаем, что мы зависимые, но еще не желаем искать решение этой проблемы. Многие из нас ловили себя на этом еще задолго до того, как заглянули к Анонимным Наркоманам. Мы могли думать, что нам судьбой предназначено быть наркоманами, жить и умереть от нашей зависимости. А вот признание поражения (капитуляция)– это именно то, что происходит с нами, когда мы воспринимаем Первый Шаг, как нечто необходимое для нас, и настраиваемся на выздоровление. Мы не хотим жить так, как жили раньше. Мы не хотим больше испытывать те же чувства, что и раньше.

Что самого страшного произойдет со мной, если я соглашусь со своим поражением от алкоголя и наркотиков?

Что убеждает меня, что я больше не могу по-прежнему пить (принимать наркотики)?

Понимаю ли я, что никогда не смогу восстановить контроль над употреблением, даже после длительного воздержания?

Могу ли я начать выздоравливать, не признав полностью свое поражение?

На что будет похожа моя жизнь, если я полностью признаю свое поражение?

Что я напишу в акте о моей полной и безоговорочной капитуляции (признании поражения)?

Подведем итоги

Суммируя написанное выше, ответь на следующие вопросы:

Могу ли я продолжать употреблять без последствий? _____

Делают ли алкоголь и наркотики мою жизнь неуправляемой? _____

Ты алкоголик(чка)? Наркоман(ка)? _____

Мне следует продолжать программу лечения? _____

Если «да», назови пять причин, почему.

ПРИЛОЖЕНИЕ 15. СПИСОК ПРОГРАММНЫХ ФИЛЬМОВ

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. 28 дней | 35. Малыш |
| 2. Меня зовут Билл В | 36. Чёрный шар |
| 3. Меня зовут Сара | 37. В погоне за счастьем |
| 4. Чистый и трезвый | 38. А в душе я танцую... |
| 5. В хлам | 39. Бойцовский клуб |
| 6. Вокруг огня | 40. Ангел-А |
| 7. На следующее утро | 41. Погребённый заживо |
| 8. То, что мы потеряли | 42. Если я останусь |
| 9. Джиа | 43. Семь жизней |
| 10. Далласский клуб покупателей | 44. Август Раш |
| 11. Дневники Баскетболиста | 45. Не отпускай меня |
| 12. До последней черты | 46. Мальчик в полосатой пижаме |
| 13. Когда любви недостаточно | 47. Достучаться до небес |
| 14. Экипаж | 48. Планета К-Пэкс |
| 15. Кэнди | 49. Ошибка в нашей звезде |
| 16. Выход Есть | 50. Остров |
| 17. Нерв | 51. Я Сэм |
| 18. Заплати другому | 52. Равные |
| 19. Пьяницы | 53. Люди как мы |
| 20. День Сурка | 54. Одержимость |
| 21. Когда мужчина любит женщину | |
| 22. Подвалы Дыбенко | |
| 23. Субмарино | |
| 24. Час теней | |
| 25. Убей меня | |
| 26. Где живет мечта | |
| 27. Спешите любить | |
| 28. Друг | |
| 29. Головоломка | |
| 30. Призрачная красота | |
| 31. Машинист | |
| 32. Мирный воин | |
| 33. Море внутри | |
| 34. Город Ангелов | |

ПРИЛОЖЕНИЕ 16. ОПРОСНИК-ПАСПОРТИЗАЦИЯ (СОЦИАЛЬНЫЙ ПАСПОРТ)

- 1) Где родился, в какой семье воспитывался;
- 2) Образование;
- 3) Работа и/или учёба;
- 4) Служба в армии;
- 5) Средства к существованию (источник, достаточность);
- 6) Условия проживания;
- 7) Препятствия к проживанию;
- 8) Семейное положение;
- 9) Состав семьи;
- 10) Взаимоотношения в семье;
- 11) Круг общения;
- 12) Круг интересов;
- 13) Наличие судимости;
- 14) Социально значимые заболевания;
- 15) Анамнез обращений в наркологическое учреждение;
- 16) Употребление алкоголя;
- 17) Употребление наркотических веществ;
- 18) Ремиссии;
- 19) В реабилитационный центр обратился (первично/повторно, цель)
- 20) Социальные проблемы, требующие решения;
- 21) Контакт с родственниками для получения информации;
- 22) Посещения (кто посещает, как часто).

ПРИЛОЖЕНИЕ 17. МЕТОДИКИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

► Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом (НИПИ Бехтерева)

Описание метода

Методика оценки анозогнозии представляет собой опросник, содержащий 46 утверждений, относящихся к семи субшкалам. Утверждения расположены в произвольном порядке.

Процедура исследования

Согласно инструкции (см. ниже), испытуемый отвечает, насколько он согласен с каждым из приведенных утверждений. Перед заполнением опросника больного информируют о целях проведения исследования. Время заполнения не ограничивается, в среднем время заполнения опросника составляет 20 — 25 минут. Исследование можно проводить одновременно с несколькими испытуемыми, при условии, что они не будут совещаться друг с другом.

Регистрационный лист опросника «Алкогольная/наркотической анозогнозия»

Инструкция: Просим Вас выразить свое согласие или несогласие с данными утверждениями. В опроснике не существует «правильных» или «неправильных ответов». Старайтесь отвечать искренне. Не раздумывайте долго, поскольку «плохих» или «хороших» ответов здесь не существует. Поставьте «+» в графе, соответствующей Вашему мнению.

№		Не согласен	Не уверен	Согласен
1	Мое употребление алкоголя/наркотиков плохо влияет на отношения в моей семье			

№		Не согласен	Не уверен	Согласен
2	Если я начинаю употреблять алкоголь/наркотики, мне зачастую бывает трудно остановиться			
3	У меня есть потребность в опохмелении/приёме ПАВ для облегчения состояния отмены			
4	Мои алкоголизации/наркотизации не отражаются плохо на моей работе			
5	Я скорее нуждаюсь в некотором уменьшении дозы алкоголя/наркотиков, чем в полном отказе от них			
6	Из-за употребления алкоголя/наркотиков я совершаю поступки, несовместимые с моими принципами			
7	Я считаю, что родственники и врачи преувеличивают мою зависимость от алкоголя/наркотиков			
8	Цель моего лечения — добиться полной трезвости			
9	Я не предвижу никаких трудностей в осуществлении своего желания бросить употребление алкоголя/наркотиков			
10	Напрасно родственники и врачи считают меня алкоголиком/наркоманом			
11	Не алкоголизм/наркомания послужило основной причиной того, что я попал в больницу			
12	Мне необходимо полностью отказаться от алкоголя/наркотиков			
13	Я готов лечиться столько, сколько нужно, длительно контактировать с врачом, чтобы достичь трезвости			
14	У меня нет проблем из-за моего употребления алкоголя/наркотиков			
15	У меня пока нет серьезных причин полностью отказываться от алкоголя/наркотиков			
16	Я всегда, когда хочу этого, могу контролировать дозу употребляемого алкоголя/наркотиков			
17	Из-за моих употреблений алкоголя/наркотиков не страдает никто из моих родных			
18	У меня нет потребности в опохмелении/приёме ПАВ для облегчения состояния отмены			
19	Мое физическое и психическое здоровье ухудшилось из-за моего употребления ПАВ			

№		Не согласен	Не уверен	Согласен
20	Главная причина моей госпитализации — чрезмерное употребление алкоголя/наркотиков			
21	Я готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать свою трезвость			
22	Я признаю себя больным алкоголизмом/наркоманией			
23	Я не нуждаюсь в лечении по поводу алкоголизма/наркомании			
24	Мое употребление ПАВ создает много проблем			
25	Сомневаюсь, что мне необходимо лечение, целью которого является полная трезвость			
26	Мое здоровье не пострадало из-за моего употребления алкоголя/наркотиков			
27	Я не готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать трезвость			
28	У меня есть серьезные причины сохранять полную трезвость			
29	Я не признаю себя больным алкоголизмом/наркоманией			
30	Моя работа страдает из-за моего употребления алкоголя/наркотиков			
31	Пребывание в больнице поможет мне разрешить проблемы в семье и на работе, связанные с моей алкоголизацией/наркотизацией			
32	Меня тревожит, что я попал в зависимость от алкоголя/наркотиков			
33	Одна из главных целей наркологического лечения – добиться, чтобы больной полностью отказался от алкоголя/наркотиков			
34	Алкоголизм/наркомания является болезнью			
35	Я огорчен конфликтами в семье и на работе, возникшими из-за моей алкоголизации/наркотизации			
36	Я не доволен тем, что родные и врачи считают меня больным алкоголизмом/наркоманией			
37	Меня раздражает, что близкие мне люди требуют уменьшить или прекратить алкоголизации/наркотизации			

№		Не согласен	Не уверен	Согласен
38	Зависимый от алкоголя/наркотиков человек не может контролировать дозу употребляемого им алкоголя/наркотиков			
39	Напрасно мои родные (коллеги) уговорили меня обратиться за наркологическим лечением			
40	Я недоволен тем, что меня поместили в наркологическую больницу			
41	Потребность в алкоголе/наркотиках на следующий день после выпивки – признак алкоголизма/наркомании			
42	Я огорчен тем, что попал в зависимость от алкоголя/наркотиков			
43	Я не обращаю внимания на просьбы родственников прекратить пьянство/наркоотизации			
44	Если после лечения долго не употреблять алкоголь/ПАВ, то после такого перерыва опять можно вернуться к умеренному употреблению алкоголя/ПАВ — без последствий и проблем			
45	Меня тревожат проблемы в семье и на работе, которые вызваны моей алкоголизацией/наркоотизацией			
46	Алкоголизм/наркомания — это не болезнь, а скорее слабоволие			

Анализ данных и их интерпретация

За каждый ответ «согласен» на прямой вопрос начисляется три балла, за ответ «не согласен» – один балл. За каждый ответ «согласен» на обратный вопрос начисляется один балл, за ответ «не согласен» — три балла. Ответы «не уверен» как на прямые, так и на обратные вопросы оцениваются в два балла.

Для получения оценки по каждой из субшкал необходимо суммировать баллы, соответствующие ответам испытуемого на все утверждения, относящиеся к каждой из субшкал. Распределение утверждений на прямые и обратные и по субшкалам проводится с помощью таблицы «ключей» (табл. 1).

Ключи к опроснику «Алкогольная анозогнозия»

№	Субшкалы	Номера утверждений опросника
1.	Неинформированность (НИ)	33*, 34*, 38*, 41*, 44, 46
2.	Непризнание симптомов заболевания (НС)	2*, 3*, 16, 18
3.	Непризнание заболевания (НЗ)	7, 10, 22*, 29
4.	Непризнание последствий заболевания (НПЗ)	1*, 6*, 14, 17, 19*, 24*, 26, 30*
5.	Эмоциональное неприятие заболевания (ЭНЗ)	32*, 35*, 36, 37, 40, 42, 45*
6.	Несогласие с лечением (НЛ)	11, 20*, 23*, 31*, 39

7.	Непринятие трезвости (НТ)	5, 8*, 9, 12*, 13*, 15, 21*, 25, 27, 28*, 43
----	---------------------------	--

* Обратные вопросы

3. На данном этапе анализа проводится перевод «сырых» баллов каждой субшкалы опросника в шкальные. Для этих целей применяется специальная таблица (табл. 2), указывающая диапазоны первичных оценок, которые соответствуют низкому (–2), пониженному (–1), среднему (0), повышенному (1), высокому (2) уровням алкогольной анозогнозии. В частности, для каждой из субшкал удалось выделить следующие уровни выраженности анозогнозии.

Для субшкал № 1 «Неинформированность» и № 2 «Непризнание симптомов заболевания» шкальная оценка «0» соответствует среднему уровню, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии.

Для субшкалы № 3 «Непризнание заболевания» шкальная оценка «–1» соответствует отсутствию анозогнозии, шкальная оценка «0» — среднему уровню анозогнозии.

Для субшкал № 4 «Непризнание последствий заболевания» и № 5 «Эмоциональное неприятие заболевания» шкальная оценка «–1» соответствует отсутствию анозогнозии, шкальная оценка «0» — среднему уровню, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии.

Для субшкалы № 6 «Несогласие с лечением» шкальная оценка «0» соответствует среднему уровню выраженности анозогнозии, «1» — повышенному уровню, «2» — высокому уровню.

Для субшкалы № 7 «Непринятие трезвости» шкальная оценка «–2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «–1» — пониженному, «0» — среднему, «1» — повышенному, «2» — высокому уровню анозогнозии.

Интерпретация оценок диагностических субшкал опросника «Алкогольная анозогнозия»

«Неинформированность» (НИ) — может варьировать от полного отсутствия знаний у больного о медицинских критериях алкогольной зависимости, сопровождающегося наличием разнообразных заблуждений относительно причин возникновения алкоголизма и способов его лечения, до информированности о медицинской модели алкогольной зависимости.

«Непризнание симптомов заболевания» (НС) — непризнание двух основных симптомов алкогольной зависимости: утраты контроля за потреблением алкоголя и наличия алкогольной абстиненции. Может быть выраженным, когда больной с уверенностью отрицает наличие абстинентных расстройств и утрату количественного контроля; невыраженным (отсутствующим) — когда пациент признает существование симптомов заболевания; промежуточным — в случае неуверенности в наличии данных признаков.

Перевод сырых баллов опросника «Алкогольная анозогнозия» в шкальные баллы

Шкальные баллы	Сырые баллы						
	Субшкалы опросника						
	1 (НИ)	2 (НС)	3 (НЗ)	4 (НПЗ)	5 (ЭНЗ)	6 (НЛ)	7 (НТ)
–2							11–12
–1			4	9	7		13
0	6–11	4–6	5–12	10–17	8–12	5–8	14–22
1	12–14	7		18–21	13–16	9–11	23–28
2	15–18	8–12		22–27	18–21	12–15	29–33

«Непризнаниезаболевания» (НЗ)—может колебаться от полного отрицания существования алкогольной зависимости больным до безоговорочного принятия факта заболевания. Промежуточный вариант регистрируется в случае признания себя больным в порядке уступок врачу, окружающим.

«Непризнание последствийзаболевания» (НПЗ)— может варьировать от выраженного нежелания или неспособности анализировать характер имеющихся проблем и их связи со злоупотреблением алкоголем до полного развернутого признания медицинских, психологических и социальных проблем, связанных с алкоголизацией. Промежуточный вариант фиксируется при недооценке больным существующих алкогольных проблем и/или при попытках отнести часть создаваемых алкоголизмом проблем за счет других обстоятельств.

«Эмоциональноенепринятие заболевания» (ЭНЗ) — может встречаться в следующих вариантах: выраженное ЭНЗ, в случае безразличия или возмущения по отношению к своему наркологическому диагнозу или факту обращения за наркологической помощью; промежуточное — при наличии недостаточной эмоциональной озабоченности по поводу своего заболевания в целом или отдельных его аспектов; невыраженное (отсутствующее) — если больной выказывал адекватную эмоциональную озабоченность, обеспокоенность фактом заболевания и его последствиями.

«Несогласие с лечением» (НЛ). Выраженное НЛ наблюдается при негативном отношении к лечению, отказе от предлагаемой терапии; промежуточное — если имеется пассивное отношение к лечению; невыраженное (отсутствующее) — когда фиксировалось активное отношение к лечению.

«Непринятие трезвости» (НТ). Выраженное НТ — при отсутствии готовности вести трезвый образ жизни; промежуточное — в случаях высказывания необходимости трезвости, но без попыток решения связанных с этим проблем; невыраженное — если фиксировалось желание вести трезвую жизнь с пониманием сложности проблемы и готовностью ее решать.

Субшкалы №№ 1 (НИ), 2 (НС), 3 (НЗ), 4 (НПЗ) являются когнитивными; № 5 (ЭНЗ) — эмоциональной; № 6 (НЛ) и № 7 (НТ) — мотивационными.

Рекомендации по использованию результатов исследования

Название шкал	При диагностических значимых средний, повышенный, высокий уровни
Неинформированность	Проводят психообразовательные занятия для больных и их родственников, обеспечивающие восполнение знаний о медицинских критериях алкогольной зависимости, механизмах ее возникновения и развития, способах лечения, а также опровержение, разнообразных заблуждений, имеющих как у больных, так и у их родственников по проблемам связанным с алкогольной зависимостью
Непризнание симптомов заболевания;	Проводят рациональную психотерапию, в ходе которой обсуждают проявления основных симптомов алкогольной зависимости у конкретного больного: утрата количественного контроля над потреблением алкоголя и наличие синдрома отмены.
Непризнание заболевания в целом	В процессе рациональной психотерапии делают акцент на наличие алкогольной зависимости с подчеркиванием ее хронического течения.
Непризнание последствий заболевания	Проводят рациональную психотерапию, в ходе которой обсуждают, какое влияние злоупотребление алкоголем у конкретного больного оказывает на семейную, профессиональную сферу и на состояние психического и соматического здоровья.

Эмоциональное неприятие заболевания	Психотерапевтическое воздействие выполняют через актуализацию непосредственных переживаний пациента, связанных с заболеванием, при этом используют различные виды эмоционально ориентированной психотерапии.
Несогласие с лечением	Проводят мотивационное вмешательство – мотивационное интервью, направленное на формирование мотивации к лечению, как к приему лекарственных средств, так и к участию в психотерапевтических мероприятиях.
Неприятие трезвости	Проводят когнитивно-поведенческую психотерапию, направленную на формирование мотивации к отказу от алкоголя, выработку и фиксацию трезвого поведения.

При диагностически значимых – средний, повышенный, высокий уровни выраженности – показателях по когнитивным субшкалам – проводят опосредованную психофармакологическую коррекцию алкогольной анозогнозии путем применения лекарственных препаратов из группы ноотропов;

при диагностически значимых – средний, повышенный, высокий уровни выраженности – показателях по субшкале «эмоциональное неприятие заболевания» – проводят опосредованную психофармакологическую коррекцию алкогольной анозогнозии путем приема лекарственных препаратов, обладающих нормотимическим эффектом.

► Опросник готовности к изменению в употреблении алкоголя/наркотиков (SOCRATES – The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)

Имя пациента: _____ № пациента: _____ Дата: _____

Инструкция

Пожалуйста, прочитайте внимательно каждое из приведенных внизу утвердительных высказываний. Каждое из них описывает то, что Вы, возможно, думаете (или не думаете) об употреблении Вами алкоголя/наркотиков. Для каждого утверждения обведите одну из цифр на шкале справа для того, чтобы указать то, насколько Вы согласны или не согласны с этим утверждением на данный момент. Пожалуйста, обведите только одну цифру для каждого утверждения.

1. Я действительно хочу внести изменения, связанные с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в свой образ жизни.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
2. Я уже начал вносить изменения, связанные с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в свой образ жизни.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
3. Одно время я употреблял слишком много <i>алкоголя/наркотиков</i> , но	1 Полностью	2 Не	3 Не	4 Согласен	5 Полностью

мне удалось с этим справиться.	не согласен	согласен	уверен		согласен
4. Иногда я задумываюсь, действительно ли я <i>алкоголик/наркоман</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
5. Я не только думаю об изменениях в образе жизни, связанных с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , но уже кое-что делаю.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
6. Я уже изменил свой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , и ищу способы, как удержаться от возвращения к старым привычкам.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
7. У меня серьезные проблемы с <i>алкоголем/наркотиками</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
8. Иногда я задумываюсь, приношу ли я, употребляя <i>алкоголь/наркотики</i> , вред другим людям.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
9. Сейчас я предпринимаю активные попытки сократить или прекратить употребление <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
10. Если я не изменю свой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в ближайшее время, мои проблемы могут усугубиться.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
11. Я знаю, что у меня проблемы с <i>алкоголем/наркотиками</i>	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
12. Я хочу получить помощь, чтобы не возвращаться к	1	2	3	4	5

проблемам, которые я ранее имел из-за <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
13. Иногда я задаю себе вопрос, контролирую ли я свое употребление <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
14. Я – <i>алкоголик/наркоман</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
15. Я стараюсь изо всех сил, чтобы изменить свой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
16. Иногда я задаю себе вопрос, не употребляю ли я слишком много <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
17. У меня проблемы с <i>алкоголем/наркотиками</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
18. Я уже внес изменения, связанные с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в мой образ жизни, и я нуждаюсь в помощи, чтобы двигаться в этом направлении дальше	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
19. Мой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , приносит много вреда.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

В шаблоне совмещены варианты теста для употребления алкоголя и наркотических веществ. При тестировании следует предлагать пациентам заполнять бланк с одним из вариантов, набранных курсивом, то есть при подозрении на ПУ алкоголя оставлять только *«алкоголь»* из пары *«алкоголь/наркотики»*.

Подсчет баллов и интерпретация:

1 балл – «Полностью не согласен»; 2 балла – «Не согласен»; 3 балла – «Не уверен»; 4 балла – «Согласен»; 5 баллов – «Полностью согласен». Общее количество суммируется, показатели готовности к изменениям оцениваются с помощью нижеприведенной таблицы

ДЕСЯТИЧНЫЙ БАЛЛ	Признание	Амбивалентность	Активные действия
90 Очень высокий		19-20	39-40
80		18	37-38
70 Высокий	35	17	36
60	34	16	34-35
50 Средний	32-33	15	33
40	31	14	31-32
30 Низкий	29-30	12-13	30
20	27-28	9-11	26-29
10 Очень низкий	7-26	4-8	8-25
СЫРЫЕ БАЛЛЫ	29	13	32

ПРИЗНАНИЕ	АМБИВАЛЕНТНОСТЬ	АКТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ
ВЫСОКИЙ БАЛЛ Свидетельствует о признании проблем, связанных с приемом ПАВ, склонности выразить желание измениться и понимают, что, если они не изменятся, заболевание будет по-прежнему причинять много вреда.	ВЫСОКИЙ БАЛЛ Показывает определенную открытость для рефлексии, что можно особенно ожидать на стадии изменения «Размышление».	ВЫСОКИЙ БАЛЛ по этой шкале предсказывает успешное изменение
НИЗКИЕ БАЛЛЫ Свидетельствуют об отрицании того, что ПАВ причиняют им серьезные проблемы.	НИЗКИЕ БАЛЛЫ Пациенты, набравшие низкий балл, говорят. Что они не спрашивают себя, принимают ли они слишком много ПАВ; причиняют ли боль другим людям и/или являются зависимыми. Пациент может набрать меньше баллов либо из-за того, что он «знает», что прием ПАВ приносит ему проблемы (высокий уровень Признания), либо из-за того, что он «знает», что у него нет проблем с наркотиками	НИЗКИЕ БАЛЛЫ Пациенты говорят, что в данный момент они ничего не делают, чтобы изменить прием ПАВ, и не делали таких изменений давно

	(низкий уровень Признания)	
	<i>*Интерпретация баллов по Амбивалентности должна проводиться с учетом баллов по Признанию</i>	

► Методика «Когнитивная ориентация (локус контроля)»(Дж. Роттер, модификация О. П. Елисеева).

Инструкция

Приводится ряд парных утверждений. Решите, с какими из них вы согласны в большей степени, и обведите кружком соответствующую ему букву – «а» или «б».

Текст опросника

1.
 - а) дети попадают в беду потому, что родители слишком часто их наказывают;
 - б) в наше время неприятности происходят с детьми чаще всего потому, что родители слишком мягко относятся к ним;
2.
 - а) многие неудачи происходят от невезения;
 - б) неудачи людей являются результатом их собственных ошибок;
3.
 - а) одна из главных причин, почему совершаются аморальные поступки, состоит в том, что окружающие мирятся с ними;
 - б) аморальные поступки будут происходить всегда, независимо от того, насколько усердно окружающие пытаются их предотвратить;
4.
 - а) в конце концов к людям приходит заслуженное признание;
 - б) к сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными;
5.
 - а) мнение, что преподаватели несправедливы к учащимся, неверно;
 - б) многие учащиеся не понимают, что их отметки могут зависеть от случайных обстоятельств;
6.
 - а) успех руководителя во многом зависит от удачного стечения обстоятельств;
 - б) способные люди, которые не стали руководителями, сами не использовали свои возможности;
7.
 - а) как бы вы ни старались, некоторые люди все равно не будут симпатизировать вам;
 - б) тот, кто не сумел завоевать симпатии окружающих, просто не умеет ладить с другими людьми;
8.
 - а) наследственность играет главную роль в формировании характера и поведения человека;
 - б) только жизненный опыт определяет характер и поведение;
9.
 - а) я часто замечал справедливость поговорки: «Чему быть – того не миновать»;
 - б) по-моему, лучше принять решение и действовать, чем надеяться на судьбу;

10.
а) для хорошего специалиста даже проверка с пристрастием не представляет затруднений;
б) даже хорошо подготовленный специалист обычно не выдерживает проверки с пристрастием;
11.
а) успех является результатом усердной работы и мало зависит от везения;
б) чтобы добиться успеха, нужно не упустить удобного случая;
12.
а) каждый гражданин может оказывать влияние на важные государственные решения;
б) обществом управляют люди, которые выдвинуты на общественные посты, а рядовой человек мало что может сделать;
13.
а) когда я строю планы, то всегда убежден, что смогу осуществить их;
б) не всегда благоразумно планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства;
14.
а) есть люди, о которых можно смело сказать, что они нехорошие;
б) в каждом человеке есть что-то хорошее;
15.
а) осуществление моих желаний не связано с везением;
б) когда не знают, как быть, подбрасывают монету, по-моему, в жизни часто можно прибегать к этому;
16.
а) руководителем становятся благодаря счастливому стечению обстоятельств;
б) чтобы стать руководителем, нужно уметь управлять людьми – везение здесь ни при чем;
17.
а) большинство из нас не может влиять сколько-нибудь серьезно на мировые события;
б) принимая активное участие в общественной жизни, люди могут управлять событиями в мире;
18.
а) большинство людей не понимают, насколько их жизнь зависит от случайных обстоятельств;
б) на самом деле такой вещи, как везение, не существует;
19.
а) всегда нужно уметь признавать свои ошибки;
б) как правило, лучше не подчеркивать своих ошибок;
20.
а) трудно узнать, действительно ли вы нравитесь человеку;
б) число ваших друзей зависит от того, насколько вы располагаете к себе других;
21.
а) в конце концов неприятности, которые случаются с вами, уравниваются приятными событиями;
б) большинство неудач являются результатом отсутствия способностей, незнания, лени;
22.
а) если приложить достаточно усилий, то формализм и бездушиеможно искоренить;
б) есть вещи, с которыми трудно бороться, поэтому формализм и бездушие не искоренить;
23.
а) иногда трудно понять, на чем основываются руководители, когда выдвигают человека на повышение;

б) поощрения зависят от того, насколько усердно человек трудится;

24.

а) хороший руководитель ожидает от подчиненных, чтобы они сами решали, что должны делать;

б) хороший руководитель ясно дает понять, в чем состоит работа каждого подчиненного;

25.

а) я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной;

б) не верю, что случай или судьба могут играть важную роль в моей жизни;

26.

а) люди одиноки из-за того, что не проявляют дружелюбия ко окружающим;

б) бесполезно слишком стараться расположить к себе людей: если ты им нравишься, то нравишься;

27

а) характер человека зависит, главным образом, от его силы воли;

б) характер человека формируется, в основном, в коллективе;

28

а) то, что со мной случается, – это дело моих собственных рук;

б) иногда я чувствую, что моя жизнь развивается независимо от меня;

29

а) я часто не могу понять, почему руководители поступают так, а не иначе;

б) в конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.

Форма бланка для ответов по шкале Дж. Роттера

№	А	Б	№	А	Б	№	А	Б
1			11			21		
2			12			22		
3			13			23		
4			14			24		
5			15			25		
6			16			26		
7			17			27		
8			18			28		
9			19			29		
10			20					

Обработка результатов

Используются два трафарета, такие же как бланк для ответов, с вырезанными в соответствующих местах окошечками. Утверждения на экстернальность соответствуют пунктам проспекта: 2а, 3б, 4б, 5б, 6а, 7а, 9а, 10б, 11б, 12б, 13б, 15б, 16а, 17а, 18а, 20а, 21а, 22б, 23а, 25а, 26б, 28б, 29а.

Утверждения на интернальность соответствуют пунктам: 2б, 3а, 4а, 5а, 6б, 7б, 9б, 10а, 11а, 12а, 13а, 15а, 16б, 17б, 18б, 20б, 21б, 22а, 23б, 25б, 26а, 28а, 29б.

Согласие с любым утверждением оценивается в 1 балл. Суммы баллов подсчитываются по количеству обведенных кружочками букв «а» и «б», появившихся в окошечках соответствующего трафарета при накладывании его на бланк для ответов (строчки и колонки трафаретов и бланка

должны строго совпадать). Максимальные суммы по интернальности и экстернальности равны 23, поскольку 6 утверждений являются фоновыми.

Выводы

О соответствующей направленности локуса контроля испытуемого следует судить по относительному превышению суммарных баллов по интернальности или экстернальности.

► Опросник «Социальный интеллект»(тест Басса-Дарки в модификации Г. Резапкиной)

Инструкция

Если высказывание отражает ваше отношение к себе, людям и событиям – поставьте в бланке ответов рядом справа от номера вопроса плюс (+), если не отражает – минус (-).

1. Мне дороги все мои чувства, как положительные, так отрицательные.
2. Когда я испытываю давление со стороны, то обычно сопротивляюсь.
3. Я обычно терпеливо выслушиваю других людей, иногда в ущерб своим интересам.
4. В общественных местах или транспорте я с интересом рассматриваю незнакомых людей.
5. Когда я занимаюсь любимым делом, все остальное отходит на второй план.
6. Отрицательные эмоции помогают мне понять, что мне нужно изменить в своей жизни.
7. Я отслеживаю свои эмоциональные реакции.
8. Мне легко понять переживания даже незнакомых людей.
9. Мне нравится работа, связанная с интенсивным общением.
10. Я не могу успокоиться, пока не доведу свою работу до совершенства.
11. Мне интересно наблюдать изменение своего эмоционального состояния.
12. Если меня что-то расстроило, я быстро прихожу в себя.
13. Я хорошо понимаю эмоции других людей, даже если они их стараются скрыть.
14. Мне нетрудно попросить незнакомого человека о помощи.
15. Когда я берусь за новое дело, я не сомневаюсь в его успехе.
16. Когда есть время, я обращаюсь к своим переживаниям, чтобы понять их причину.
17. Я не застаиваюсь на отрицательных эмоциях.
18. Я чувствую настроение человека по выражению его лица.
19. Обычно я чувствую себя комфортно даже в компании незнакомых людей.
20. Профессиональная успешность во многом зависит от отношения человека к своей работе.
21. Знание своих истинных чувств необходимо мне для поддержания «хорошей формы».
22. Я обычно быстро прихожу в себя после неожиданного огорчения.
23. Я замечаю зависимость своего настроения от настроения окружающих меня людей.
24. В долгой дороге мне интереснее общаться с попутчиками, чем читать книгу.
25. Препятствия на пути к цели делают меня сильнее.
26. Люди, осознающие свои чувства, лучше управляют своей жизнью.
27. Я могу влиять на свое настроение.
28. Я обычно внимательно отношусь к просьбам незнакомых людей о помощи.
29. У меня много друзей, которые всегда поддержат меня в сложной ситуации.
30. Я работаю не ради денег.

Бланк ответов

Само- сознание	Само- регуляция	Эмпатия	Коммуни- кабельность	Само- мотивация
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30

Обработка результатов

Подсчитайте число плюсов в каждом столбце категории социального интеллекта и впишите получившееся суммарное количество баллов в соответствующую клетку нижней строки.

Самосознание – способность осознавать свои эмоции, мотивы и потребности.

0 – 2 балла – низкий уровень. Это означает несформированную способность осознания своих эмоций, мотивов и потребностей, препятствующую профессиональной успешности в профессиях, связанных с управлением, общением, обслуживанием, воспитанием, обучением.

3 – 4 балла – средний уровень. Это означает недостаточно сформированную способность осознания своих эмоций, мотивов и потребностей, затрудняющую профессиональное и личностное развитие человека.

5 – 6 баллов – высокий уровень. Это означает высокую способность осознания своих эмоций, мотивов и потребностей, дающую возможность прогнозировать успешность в профессиях, связанных с управлением, общением, обслуживанием, воспитанием, обучением.

Саморегуляция – способность управлять своими эмоциями.

0 – 2 балла – низкий уровень. Это может проявляться в виде низкой эмоциональной устойчивости, тревожности, утомляемости, что может осложнить профессиональную деятельность, связанную с управлением, общением, обслуживанием, воспитанием, обучением.

3 – 4 балла – средний уровень. Недостаточная способность управлять своими эмоциями может вызвать затруднения в профессиональной и социальной адаптации человека.

5 – 6 баллов – высокий уровень. Высокий уровень саморегуляции позволяет людям контролировать свое эмоциональное состояние, что является профессионально важным качеством в профессиях, связанных с управлением, общением, обслуживанием, воспитанием, обучением.

Эмпатия – умение ставить себя на место другого, учитывать в процессе принятия решений чувства и эмоции других людей.

0 – 2 балла – низкий уровень. Это свидетельствует о слабой способности понимать чувства, мотивы и потребности других людей и может препятствовать эффективному выполнению работы, связанной с управлением, общением, обслуживанием, воспитанием, обучением.

3 – 4 балла – средний уровень. Это может осложнять профессиональную деятельность в сферах, связанных с управлением, общением, обслуживанием, воспитанием, обучением.

5 – 6 баллов – высокий уровень. Высокий уровень эмпатии является профессионально важным качеством для профессий, связанных с управлением, общением, обслуживанием, воспитанием, обучением.

Коммуникабельность – общительность, доброжелательный интерес к людям, готовность к сотрудничеству.

0 – 2 балла – низкий уровень. Низкий уровень коммуникабельности может негативно повлиять на профессиональную деятельность, связанную с управлением, общением, обслуживанием, воспитанием, обучением.

3 – 4 балла – средний уровень. Это может осложнять профессиональную деятельность в сферах, связанных с управлением, общением, обслуживанием, воспитанием, обучением.

5 – 6 баллов – высокий уровень. Это способствует эффективному взаимодействию с другими людьми и является профессионально важным качеством для профессий, связанных с управлением, общением, обслуживанием, воспитанием, обучением.

Самотивация – способность ставить перед собой цели и достигать их.

0 – 2 балла – низкий уровень. Низкий уровень самотивации может негативно влиять на профессиональную успешность в различных сферах.

3 – 4 балла – средний уровень. Средний уровень самотивации может осложнять профессиональную деятельность.

5 – 6 баллов – высокий уровень. Высокий уровень самотивации способствует достижению поставленных целей и позволяет прогнозировать профессиональную успешность в различных сферах.

► Методика СПА Роджерса-Даймонд (электронная версия)

Авторы выделили 6 интегральных показателей, позволяющих анализировать результаты опроса:

- 1) Адаптация;
- 2) Принятие других;
- 3) Интернальность (уровень субъективного контроля);
- 4) Самовосприятие;
- 5) Эмоциональный комфорт;
- 6) Стремление к доминированию.

Каждый из приведенных показателей рассчитывается по эмпирически выведенной формуле. Интерпретация результатов опроса осуществляется по нормативам, отличающимся в зависимости от возраста тестируемого.

► Диагностика ЭДА эмоционально-деятельностной адаптивности (электронная версия)

Текст опросника

1. Работая, я устаю.
2. Я не могу сосредоточиться на чем-нибудь одном.
3. Я беспокоюсь по всякому поводу.
4. Когда я что-нибудь делаю, мои руки трясутся.
5. Я часто волнуюсь.
6. Я потею даже в холодную погоду.
7. Я все время ощущаю холод.
8. У меня часто болит желудок.
9. Периодами из-за беспокойства я теряю сон.
10. Меня легко вывести из себя.
11. Я чувствительнее, чем другие.
12. Я часто о чем-то беспокоюсь.
13. Как жаль, что я не так счастлив, как другие.
14. Я легко могу заплакать.
15. Когда мне нужно ждать, я нервничаю.
16. Периодами я чувствую себя таким счастливым, что не могу усидеть на месте.
17. Я сильно пасую перед трудностями.
18. Временами я чувствую свою бесполезность.
19. Я застенчивый человек.
20. Я считаю, что во всем для меня есть трудности.
21. Я всегда напряжен.

22. Временами я чувствую себя разбитым.

23. Я уклоняюсь от трудностей.

Оценка результата

Если сумма всех ответов «да» не превышает 3, адаптивность высокая; если 3-10 — средняя; свыше 20-25 — очень низкая.

► Цветовой тест М. Люшера

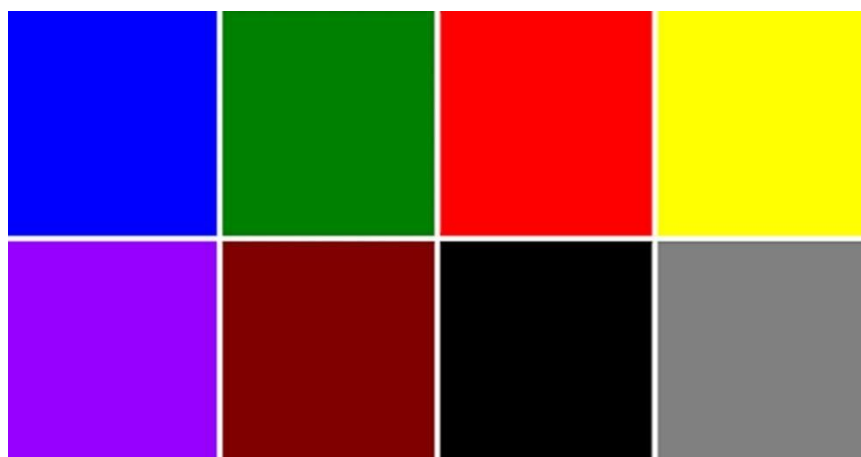
Цветовой тест М. Люшера (далее – Тест Люшера) основан на экспериментально установленной зависимости между предпочтением человеком определенных цветов (оттенков) и его текущим психологическим состоянием.

Тест Люшера также основан на предположении о том, что выбор цвета отражает нередко направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности. Тест Люшера характерен тем, что может за короткое время (время проведения – меньше 10 мин) дать глубокую и обширную, причем свободную от сознательного контроля испытуемого, характеристику его психологического состояния.

Инструкция при проведении:

Выберите, цвет, который сейчас наиболее Вам приятен. Просьба к Вам при этом не связывать цвет карточки с цветом Вашей одежды или машины, отвлекаться от них. Затем из оставшихся семи цветов выберите наиболее приятный. Повторите процедуру с оставшимися шестью цветами, затем пятью и так до конца. Записывайте цвета в том порядке, котором они были выбраны от наиболее приятного до наименее. Через 2-3 мин опять вернитесь к 8 цветовым карточкам и сделайте то же самое. При этом не нужно ориентироваться на порядок раскладки в первом выборе, выбирайте цвета, как будто впервые.

Стимульный материал:



Ключ к тесту Люшера

Характеристика цветов (по М. Люшеру) включает в себя 4 основных и 4 дополнительных цвета.

Основные цвета:

синий — символизирует спокойствие, удовлетворенность;

зеленый — чувство уверенности, настойчивость, иногда упрямство;

красный — символизирует силу волевого усилия, агрессивность, наступательные тенденции, возбуждение;

желтый — активность, стремление к общению, экспансивность, веселость.

При отсутствии конфликта в оптимальном состоянии основные цвета должны занимать преимущественно первые пять позиций.

Дополнительные цвета:

фиолетовый — впечатлительность, эмоциональная выразительность, чувствительность, интуитивное понимание, мечтательность, восхищение.

коричневый — комфорт телесных ощущений, физическая легкость, сенсорная удовлетворенность.

черный — отрицание, окончание, отказ, отречение, неприятие, протест, небытие.

серый — нейтральность, неучастие, социальная отгороженность, свобода от обязательств.

Символизируют негативные тенденции: тревожность, стресс, переживание страха, огорчения. Значение этих цветов (как и основных) в наибольшей степени определяется их взаимным расположением, распределением по позициям, что будет показано ниже.

Первый выбор в тесте Люшера характеризует желаемое состояние, второй — действительное. В зависимости от цели исследования можно интерпретировать результаты соответствующего тестирования».

В результате тестирования получаем восемь позиций; первая и вторая — явное предпочтение (обозначаются ++); третья и четвертая — предпочтение (обозначаются х х); пятая и шестая — безразличие к цвету (обозначаются ==); седьмая и восьмая — антипатия к цвету (обозначаются — —) На основании анализа более 36 000 результатов исследований М. Люшер дал примерную характеристику выбранных позиций:

1-я позиция отражает средства достижения цели (например, выбор синего цвета говорит о намерении действовать спокойно, без излишнего напряжения);

2-я позиция показывает цель, к которой стремится испытуемый; 3-я и 4-я позиции характеризуют предпочтение цвету и отражают ощущение испытуемым истинной ситуации, в которой он находится, или же образ действий, который ему подсказывает ситуация;

5-я и 6-я позиции характеризуют безразличие к цвету, нейтральное к нему отношение. Они как бы свидетельствуют, что испытуемый не связывает свое состояние, настроение, мотивы с данными цветами.

Однако в определенной ситуации эта позиция может содержать резервную трактовку цвета, например, синий цвет (цвет покоя) откладывается временно как неподходящий в данной ситуации;

7-я и 8-я позиции характеризуют негативное отношение к цвету, стремление подавить какую-либо потребность, мотив, настроение, отражаемые данным цветом. ++ X X = = - - 3 4 1 0 2 5 6 7
Запись выбранных цветов осуществляется перечнем номеров в порядке предпочтения с указанием позиций. Например, при выборе красного, желтого, синего, серого, зеленого, фиолетового, коричневого и черного цветов записывается:

Зоны (++; х х; ==; — —) образуют 4 функциональные группы.

Интерпретация результатов тестирования

Как отмечалось, одним из приемов трактовки результатов выбора является оценка положения основных цветов. Если они занимают позицию далее пятой, значит, характеризуемые ими свойства, потребности не удовлетворены, следовательно, имеют место тревожность, негативное состояние.

Основные цвета, по мнению Макса Люшера, символизируют следующие психологические потребности:

№ 1 (синий) — потребность в удовлетворении, спокойствии, устойчивой положительной привязанности;

№ 2 (зеленый) — потребность в самоутверждении;

№ 3 (красный) — потребность активно действовать и добиваться успеха;

№ 4 (желтый) — потребность в перспективе, надеждах на лучшее, мечтах.

Если основные цвета находятся в 1-й — 5-й позициях, считается, что эти потребности в известной мере удовлетворяются, воспринимаются как удовлетворяемые; если они в 6-й — 8-й позициях, имеет место какой-либо конфликт, тревожность, неудовлетворенность из-за неблагоприятных обстоятельств.

Отвергаемый цвет может рассматриваться как источник стресса. Например, отвергаемый синий цвет означает неудовлетворенность отсутствием покоя, привязанности.

Анализируя и интерпретируя результаты теста Люшера, полученную психодиагностическую информацию следует сопоставлять с материалами анкетирования, наблюдения, бесед, изучения документов об испытуемых. Только при таком разностороннем изучении личности можно делать какие-то серьезные заключения о чертах личности, ее психологических особенностях.

То же самое следует сказать о перспективах использования результатов теста для оценки состояния, в частности эмоционального состояния, напряженности, тревожности. Однако совпадение показателей цветового теста (выбор цветов № 6, 7, 0 в первой позиции) и данных анкетирования и наблюдения позволяет с большей уверенностью судить о развитии у испытуемых различных негативных состояний.

Интерпретация (расшифровка) цветных пар по Люшера Позиции «+ +».

Первый цвет синий

+1+2 (синий и зеленый) — чувство удовлетворенности, спокойствия, стремление к спокойной обстановке, нежелание участвовать в конфликтах, стрессе.

+1 +3 (синий и красный) — чувство целостности, активное и не всегда осознанное стремление к тесным отношениям. Потребность во внимании со стороны других.

+1 +5 (синий и фиолетовый) — небольшое беспокойство, потребность в тонком окружении, стремление к эстетическому.

+1 +6 (синий и коричневый) — чувство беспокойства, страх одиночества, стремление уйти от конфликтов, избежать стресса.

+1 +7 (синий и черный) — негативное состояние, стремление к покою, отдыху, неудовлетворенность отношением к себе, негативное отношение к ситуации.

+1 +0 (синий и серый) — негативное состояние, потребность освободиться от стресса, стремление к покою, отдыху.

Первый цвет зеленый

+2 +1 (зеленый и синий) — позитивное состояние, стремление к признанию, к деятельности, обеспечивающей успех.

+2 +3 (зеленый и красный) — активное стремление к успеху, к самостоятельным решениям, преодолению преград в деятельности.

+2 +4 (зеленый и желтый) — небольшое беспокойство, стремление к признанию, популярности, желание произвести впечатление.

+2 +5 (зеленый и фиолетовый) — небольшое беспокойство, стремление к признанию, популярности, желание супер впечатлений, повышенное внимание к реакциям окружающих на свои поступки.

+2 +6 (зеленый и коричневый) — чувство неудовлетворенности, усталости, переоценка значимости отношения к себе со стороны окружающих.

+2 +7 (зеленый и черный) — чувство обиды, злости, стремление к жесткости, авторитетности в отношениях.

+2 +0 (зеленый и серый) — чувство неудовлетворенности, стремление к признанию, желание произвести впечатление.

Первый цвет красный

+3 +1 (красный и синий) — деловое возбуждение, активное стремление к деятельности, впечатлениям, удовольствиям.

+3 +2 (красный и зеленый) — деловое возбуждение, активное стремление к цели, преодолению всех трудностей, стремление к высокой оценке своей деятельности.

+3 +4 (красный и желтый) — деловое, слегка повышенное возбуждение, увлеченность, оптимизм, стремление к контактам, расширение сферы деятельности.

+3 +5 (красный и фиолетовый) — повышенное возбуждение, не всегда адекватная увлеченность, стремление произвести впечатление.

+3 +6 (красный и коричневый) — негативное настроение, огорчение из-за неудачи, нежелание лишиться благ приятной ситуации.

+3 +7 (красный и черный) — негативное настроение злость, стремление уйти из неблагоприятной ситуации.

+3 +0 (красный и серый) — чувство неудовлетворенности, направленность на рискованное действие.

Первый цвет желтый

+4 +1 (желтый и синий) — настроение в общем положительное, стремление к позитивному эмоциональному состоянию, выдержке.

+4 +2 (желтый и зеленый) — настроение в общем положительное, желание поиска первых путей решения стоящих задач, стремление к самоутверждению.

+4 +3 (желтый и красный) — несколько повышенное деловое возбуждение, стремление к широкой активной

+4 +5 (желтый и фиолетовый) — небольшая эйфория, стремление к ярким событиям, желание произвести впечатление.

+4 +6 (желтый и коричневый) — негативное настроение, огорчение и потребность в эмоциональной разрядке и отдыхе.

+4 +7 (желтый и черный) — весьма негативное настроение, стремление уйти от любых проблем, склонность к необходимым, малоадекватным решениям.

+4 +0 (желтый и серый) — негативное угнетенное состояние, стремление выйти из неприятной ситуации, четкое представление о том, как это сделать.

Первый цвет фиолетовый

+5 +1 (фиолетовый и синий) — неопределенное настроение, стремление к согласию и гармонии.

+5 +2 (фиолетовый и зеленый) — настороженность, желание произвести впечатление.

+5 +3 (фиолетовый и красный) — некоторое возбуждение, увлеченность, активное стремление произвести впечатление.

+5 +4 (фиолетовый и желтый) — возбуждение, фантазирование, стремление к ярким событиям.

+5 +6 (фиолетовый и коричневый) — возбуждение, направленность на сильные эмоциональные переживания.

+5 +7 (фиолетовый и черный) — негативное состояние.

+5 +0 (фиолетовый и серый) — напряжение, стремление оградить себя от конфликтов, стресса.

Первый цвет коричневый

+6 +1 (коричневый и синий) — напряжение, страх одиночества, желание уйти из неблагоприятной ситуации.

+6 +2 (коричневый и зеленый) — чувство беспокойства, стремление к строгому контролю над собой, чтобы избежать ошибки.

+6 +3 (коричневый и красный) — активное стремление к эмоциональной разрядке.

+6 +4 (коричневый и желтый) — утрата веры в положительные перспективы, вероятность необдуманных решений («мне все равно»).

+6 +5 (коричневый и фиолетовый) — чувство неудовлетворенности, стремление к комфорту.

+6 +7 (коричневый и черный) — негативное состояние, разочарованность, стремление к покою, желание уйти от активности.

+6 +0 (коричневый и серый) — весьма негативное состояние, стремление уйти от сложных проблем, а не бороться с ними.

Первый цвет черный

+7 +1 (черный и синий) — весьма негативное состояние, стремление уйти от проблем («оставили бы в покое»).

+7 +2 (черный и зеленый) — возбуждение, гневное отношение к окружающим, не всегда адекватное упрямство.

+7 +3 (черный и красный) — сильное возбуждение, возможны аффективные поступки.

+7+4 (черный и желтый) — весьма негативное состояние, отчаяние, суицидные мысли.

+7 +5 (черный и фиолетовый) — напряженность, мечты о гармонии.

+7 +6 (черный и коричневый) — возбуждение, постановка нереальных задач, стремление уйти от беспокойных мыслей, неблагоприятных ситуаций.

+7 +0 (черный и серый) — чувство безнадежности, обреченности, стремление сопротивляться всему, неадекватность.

Первый цвет серый

+0 +1 (серый и синий) — негативное состояние, желание спокойной ситуации.

+0 +2 (серый и зеленый) — негативное состояние, ощущение враждебности окружающих и желание оградиться от среды.

+0 +3 (серый и красный) — негативное состояние, возвышенные требования к окружающим, не всегда адекватная активность.

+0 +4 (серый и желтый) — негативное состояние, стремление уйти от проблем, а не решать их.

+0 +5 (серый и фиолетовый) — чувство беспокойства и настороженности, стремление скрыть это чувство.

+0 +6 (серый и коричневый) — весьма негативное состояние, стремление уйти от всего сложного, трудного, от волнения.

+0 +7 (серый и черный) — весьма негативное состояние, обида, чувство угнетенности, вероятность неадекватных решений.

Позиции «— —».

Первый цвет серый

—0 —1 (серый и синий) — чувство неудовлетворенности, эмоциональной напряженности.

—0 —2 (серый и зеленый) — эмоциональная напряженность, желание выйти из неблагоприятной ситуации.

—0 —3 (серый и красный) — раздраженность, чувство беспомощности. —0 —4 (серый и желтый) — тревожность, неуверенность в своих силах.

—0 —5 (серый и фиолетовый) — небольшое контролируемое возбуждение.

—0 —6 (серый и коричневый) — тревожность, неуверенность в своих силах, но при этом завышенная требовательность, желание достичь признания своей личности.

—0 —7 (серый и черный) — отрицание каких-либо ограничений своей личности, активное стремление к деятельности.

Первый цвет синий

—1 —2 (синий и зеленый) — сильное напряжение, стремление избавиться от негативного стрессового состояния.

1 —3 (синий и красный) — сильное напряжение, чувство беспомощности, желание выйти из эмоциональной ситуации.

—1 —4 (синий и желтый) — состояние, близкое к стрессу, эмоциональные негативные переживания, чувство беспомощности.

—1 —5 (синий и фиолетовый) — состояние, близкое к стрессу, сложность взаимоотношений, чувство ограниченности в возможностях, нетерпеливость.

—1 —6 (синий и коричневый) — эмоциональная неудовлетворенность, самоограничение, поиск поддержки.

—1 —7 (синий и черный) — состояние, близкое к стрессу, эмоциональная неудовлетворенность, стремление уйти из психогенной ситуации.

—1 —0 (синий и серый) — несколько угнетенное состояние, тревожность, ощущение бесперспективности.

Первый цвет зеленый

—2 —1 (зеленый и синий) — угнетенное состояние не верие в свои силы, стремление уйти из неприятной ситуации.

—2 —3 (зеленый и красный) — сильное возбуждение, тягостные переживания, отношения со средой считает для себя враждебными, возможны аффективные поступки.

—2 —4 (зеленый и красный) — состояние, близкое к фрустрации, чувство разочарования, нерешительность.

—2 —5 (зеленый и фиолетовый) — состояние, близкое к стрессовому, чувство оскорбленного достоинства, не верие в свои силы.

—2 —6 (зеленый и коричневый) — состояние, близкое к стрессовому, неадекватно повышенный самоконтроль необоснованное стремление к признанию.

—2 —7 (зеленый и черный) — состояние фрустрации за ограничения амбициозных требований, недостаточная целеустремленность.

—2 —0 (зеленый и серый) — состояние фрустрации, раздраженность из-за ряда неудач, снижение волевых качеств.

Первый цвет красный

—3 —1 (красный и синий) — подавляемое возбуждение, раздражительность, нетерпеливость, поиск выхода из негативных отношений, сложившихся с близкими людьми

3 —2 (красный и зеленый) — состояние стресса из-за неадекватной самооценки.

—3 —4 (красный и желтый) — мнительность, тревожность, неадекватная оценка среды, стремление к самооправданию.

—3 —5 (красный и фиолетовый) — состояние стресса из-за за неудачными попытками достичь взаимопонимания, чувство неуверенности, беспомощности, желание сочувствия.

—3 —6 (красный и коричневый) — сильное напряжение, вызванное иногда самоограничением либидо, отсутствие дружеских контактов, неуверенность в своих силах.

—3 —7 (красный и черный) — состояние стресса из-за глубокого разочарования, фрустрация, чувство тревожности, бессилия решить конфликтную проблему, желание выйти из фрустрирующей ситуации любым путем, сомнение в том, что это удастся.

—3 —0 (красный и серый) — сдерживаемое возбуждение, чувство утрачиваемой перспективы, вероятность нервного истощения.

Первый цвет желтый

—4 —1 (желтый и синий) — чувство разочарования, состояние, близкое к стрессу, стремление подавить негативные эмоции.

—4 —2 (желтый и зеленый) — состояние нерешительности, тревожности, разочарования.

—4 —3 (желтый и красный) — состояние стресса, сопровождаемое возбуждением, сомнения в успехе, претензии, не подкрепляемые реальными возможностями, самооправдание.

—4 —5 (желтый и фиолетовый) — эмоциональное разочарование и чувство беспокойства, тревоги, разочарования.

—4 —7 (желтый и черный) — напряженность, чувство неуверенности, настороженности, стремление избежать контроля извне.

—4—0 (желтый и серый) — напряженность, чувство боязни потерять что-то важное, упустить возможности, напряженное ожидание.

Первый цвет фиолетовый

—5 —1 (фиолетовый и синий) — чувство неудовлетворенности, стимулирующее к активности, стремление к сотрудничеству.

—5 —2 (фиолетовый и зеленый) — стрессовые состояния из-за неосуществившегося самоутверждения.

5 —3 (фиолетовый и красный) — стрессовое состоя из-за неудач в активных, иногда необдуманных действий.

—5 —4 (фиолетовый и желтый) — настороженность, подозрительность, разочарование, замкнутость.

—5 —6 (фиолетовый и коричневый) — стресс, вызванный нарушением желательных взаимоотношений, повышенная взыскательность к другим.

—5 —7 (фиолетовый и черный) — напряжение из-за ограничения в самостоятельных решениях, стремление к взаимопониманию, откровенному выражению мыслей.

—5 —0 (фиолетовый и серый) — проявление нетерпения, но в то же время стремление к самоконтролю, вызывает некоторое эмоциональное возбуждение.

Первый цвет коричневый

—6 —1 (коричневый и синий) — негативное состояние, чувство неудовлетворенности из-за недостаточного признания заслуг (реальных и предполагаемых), стремление к самоограничению и самоконтролю.

—6 —2 (коричневый и зеленый) — негативное состояние из-за чрезмерного самоконтроля, упрямое желание выделиться, сомнения в том, что это удастся.

—6 —3 (коричневый и красный) — стрессовое состояние из-за подавленности эротических и других биологических потребностей, стремление к сотрудничеству для выхода из стресса.

—6 —4 (коричневый и желтый) — напряженность стремления скрыть тревогу под маской уверенности и беспечности.

—6 —5 (коричневый и фиолетовый) — негативное состояние из-за неудовлетворенного стремления к чувственной гармонии.

—6 —7 (коричневый и черный) — стремление уйти из подчинения, негативное отношение к различным запретам.

—6 —0 (коричневый и серый) — стрессовое состояние из-за подавления биологических, потребностей либидо.

Первый цвет черный

—7 —1 (черный и синий) — состояние беспокойства в связи со скрываемым желанием получить помощь, поддержку.

—7 —2 (черный и зеленый) — состояние, близкое к фрустрации из-за ограничения свободы желаемых действий, стремление избавиться от помех.

—7 —3 (черный и красный) — стрессовое состояние, вызванное разочарованием в ожидаемой ситуации, эмоциональное возбуждение.

—7 —4 (черный и желтый) — стрессовое состояние из-за боязни дальнейших неудач, отказ от разумных компромиссов.

—7 —5 (черный и фиолетовый) — поиски идеализированной ситуации.

—7 —6 (черный и коричневый) — стрессовое состояние из-за неприятных ограничений, запретов, стремление сопротивляться ограничениям, уйти от заурядности.

—7 —0 (черный и серый) — стремление уйти из неблагоприятной ситуации.

Первый цвет серый

—0 —1 (серый и синий) — некоторое напряжение, стремление противостоять негативным чувствам.

—0 —2 (серый и зеленый) — негативное состояние в связи с перенапряжением, переутомлением.

—0 —3 (серый и красный) — подавляемое беспокойство, возможность аффективных действий, раздражительность.

—0 —4 (серый и желтый) — чувства тревожности, неуверенности.

—0 —5 (серый и фиолетовый) — напряжение в связи с подавлением чувственных переживаний.

—0 —6 (серый и коричневый) — стремление выйти из неблагоприятной ситуации, несколько завышенная самооценка.

—0 —7 (серый и черный) — стремление выйти из неблагоприятной ситуации, надежда на хорошие перспективы в будущем.

► Шкала патологического влечения к наркотику (Винникова М.А., 1999)

Текст опросника

Мысли о наркотике

- Нет (0 б.)
- Периодически возникающие (2 б.)
- Постоянные, настойчивые, не поддающиеся волевому усилию (3 б.)

Сниженное настроение

- Нет (0 б.)
- Скука, вялость, пассивность, неразговорчивость, медлительность (1 б.)
- Заметное снижение настроения, диагностируемое и на невербальном уровне (2 б.)
- Тоска, пациент сам предъявляет жалобы (3 б.)

Тревога

- Нет (0 б.)
- Аморфная настороженность, беспричинные опасения, озабоченность (1 б.)
- Нервозность, напряженность, неспособность расслабиться, раздражительность — пациент сам предъявляет жалобы (2 б.)
- Неусидчивость, тревожная ажитация (3 б.)

Дисфория

- Нет (0 б.)
- Высказывание недовольства, брюзгливость (1 б.)
- Раздражительность, злобность (2 б.)
- Агрессивность, напряжённость (3 б.)

Эмоциональная лабильность

- Нет (0 б.)
- Перепады настроения с ухудшением к вечеру (2 б.)
- Обидчивость, слезливость (3 б.)

Нарушения сна

- Нет (0 б.)
- Позднее мучительное засыпание (2 б.)
- Многократные пробуждения в течение ночи с последующим быстрым/долгим засыпанием (2 б.)
- Ранние пробуждения с последующим быстрым засыпанием или невозможностью в дальнейшем заснуть (2 б.)
- Длительно существующие нарушения сна, трудно поддающиеся медикаментозной коррекции (3 б.)

Поведенческие/психопатоподобные расстройства

- Нет (0 б.)

- Просьбы о дополнительных назначениях или каких-либо процедурах, недовольство режимом в отделении, оговаривание сроков выписки (1 б.)
- Враждебность, агрессивность, негативизм (2 б.)
- Возбуждение, двигательная ажитация (3 б.)

Сновидения на наркотическую тематику

- Нет (0 б.)
- Единичные (2 б.)
- Многократно повторяющиеся (3 б.)

Установка на лечение

- Положительная (1 б.)
- Формальная и формально-вынужденная (2 б.)
- Отрицательная (3 б.)

Критика к болезни

- Полная (1 б.)
- Частичная (2 б.)
- Отсутствует (3 б.)

Интерпретация

Выше 11 баллов – выраженное влечение,

8 – 11 баллов – средне выраженное влечение

Менее 8 баллов – слабо выраженное влечение

► **Шкала патологического влечения к алкоголю (Альтшулер В.Б., 1992)**

Компоненты и клинические признаки ПВА

Идеаторный компонент:

- 1 балл – эпизодически возникающие мысли (воспоминания) о спиртном, формальная критика болезни, сомнения в необходимости лечения;
- 2 балла – частые возвращающиеся мысли о спиртном, частичная критика болезни, пациент считает дальнейшее лечение нецелесообразным;
- 3 балла – постоянные размышления о спиртном, отсутствие критики к болезни, уверенность в ненужности и бессмысленности лечения

Аффективный компонент

1) Депрессивная симптоматика:

- 1 балл – пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость;
- 2 балла – необщительность, отсутствие интересов, бездеятельность, медлительность, вялость, фиксация на жизненных невзгодах и перенесённых обидах, жалобы на скуку, однообразие жизни;
- 3 балла – подавленность, жалобы на плохое настроение, безразличие к окружающему и утрату эмоциональных контактов, нежелание чем-либо заниматься, стремление лежать в постели, неряшливость

2) Тревога:

- 1 балл – озабоченность по различным поводам
- 2 балла – мрачные предчувствия, пугающая неопределённость будущего, неуверенность в собственных силах
- 3 балла – напряжённое ожидание надвигающегося «срыва», ощущение беспомощности; пациент не находит себе места, неусидчив, беспокоен, назойлив

3) Эмоциональная лабильность:

- 1 балл – слёзы и мрачность только при обсуждении неприятных для пациента вопросов; перепады настроения незначительны и непродолжительны;

- 2 балла – взволнованность, слёзы в течение всей беседы, некоторое время поленеё;
- 3 балла – обидчивость, ворчливость, капризность в течение всего дня

4) Дисфория:

- 1 балл – недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачно настроение;
- 2 балла – напряжённость, раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетённости;
- 3 балла – подавленность, напряжённость, непредсказуемость, агрессивность

Вегетативный компонент

1) Алкогольные сновидения:

- 1 балл – спокойная констатация сновидения алкогольной тематикой, возможны трудности при его воспроизведении;
- 2 балла – яркое алкогольное сновидение, оставляющее сильное впечатление, оживление мимических реакций при воспроизведении сновидения;
- 3 балла – яркие будоражащие алкогольные сновидения, поверхностный сон, частые просыпания

2) Мимические реакции:

- 0 баллов – нет;
- 1 балл – есть

3) Изменение аппетита:

- 1 балл – неустойчивость аппетита;
- 2 балла – стойкое снижение или повышение аппетита;
- 3 балла – анорексия, булимия, жажда

Поведенческий компонент:

- 1 балл – смакование алкогольной тематики в беседах, гиперактивность и хлопотливость как способ отвлечься от мыслей о спиртном, просьбы о дополнительном лечении, горячность, показной пафос в осуждении пьянства, несобранность, забывчивость, непоседливость;
- 2 балла – стремление уклониться от лечения, недовольство режимом, желание ускорить выписку из больницы, изменение круга общения – предпочтение тех пациентов, которые не настроены на лечение, непоследовательность и переменчивость в повседневных делах, суетливость, рассеянность, пациент не сразу включается в беседу, медленно осмысливает вопросы;
- 3 балла – враждебность и оппозиционность к лицам, навязывающим трезвость, попытки принять спиртное, «эксперименты» с алкоголем, жалобы на тягу к спиртному

Интерпретация

ниже 7 баллов – легкая степень выраженности ПВА;

7-10 баллов – средняя степень;

свыше 10 – тяжелая степень.

► Шкалы Лайкерта для измерения динамики в реабилитации медицинскими психологами

Шкалы Лайкерта представляет собой порядковую шкалу измерения: она позволяет оценить выраженность установки, сравнивать установки разных людей по интенсивности. В основе Шкалы Лайкерта лежит допущение о том, что каждое утверждение, включенное в шкалу, – это функция одного и того же параметра аттитюда. Именно это позволяет использовать для измерения параметров (аттитюда) сумму оценок по отдельным пунктам шкалы.

Процедура измерения заключается в оценке степени выраженности психологических параметров реабилитационной динамики с набором утверждений с помощью градуированного

набора высказываний (1 – 4 минимальная выраженность включенности или активности в процессе реабилитации. 5 – 7 умеренная выраженность включенности или активности в процессе реабилитации. 8 – 10 выраженная включенность или активность в процессе реабилитации.)

К преимуществам Шкалы Лайкерта относится сравнительная легкость конструирования: утверждения отбираются лишь на основе динамики и внутренней согласованности с оценкой; кроме того, не требуется экспертной группы. Еще один плюс – сравнительная простота процедуры для оценки измеряемых параметров в рамках структуры (компоненты: когнитивный - осознание выражаемое обычно в убеждении или мнении; аффективный - эмоциональная оценка; поведенческий мотивационный и волевой компонент, процесс регуляции поведения).

Интерпретация результатов:

1 – 4 минимальная выраженность включенности или активности в процессе медицинской реабилитации.

5 – 7 умеренная выраженность включенности или активности в процессе медицинской реабилитации.

8 – 10 выраженная включенность или активность в процессе медицинской реабилитации.

1 балл, пациент не включён или неактивен в процессе медицинской реабилитации.

2 балла, слабая включенность или активность в процессе медицинской реабилитации.

3 балла, периодическая включенность или активность в процессе медицинской реабилитации.

4 балла, регулярно снижается включенность или активность в процессе медицинской реабилитации.

5 баллов, умеренное снижение включенности или активности в процессе медицинской реабилитации, но может повыситься, когда чем-то увлечён.

6 баллов, умеренное эпизодическое, непродолжительное снижение включенности или активности в процессе медицинской реабилитации.

7 баллов, хорошая включенность или активность в процессе медицинской реабилитации.

8 баллов, достаточно высокая включенность или активность в процессе медицинской реабилитации.

9 баллов, высокая включенность или активность в процессе медицинской реабилитации.

10 баллов, очень высокая включенность или активность в процессе медицинской реабилитации.

► Шкалы Лайкерта для измерения динамики в реабилитации специалистами по социальной работе.

Шкалы Лайкерта представляет собой порядковую шкалу измерения: она позволяет оценить выраженность установки, сравнивать установки разных людей по интенсивности. В основе Шкалы Лайкерта лежит допущение о том, что каждое утверждение, включенное в шкалу, – это функция одного и того же параметра аттитюда. Именно это позволяет использовать для измерения параметров (аттитюда) сумму оценок по отдельным пунктам шкалы.

Процедура измерения заключается в оценке степени выраженности параметров реабилитационной динамики в процессе проводимой социальной терапии с набором утверждений с помощью градуированного набора высказываний (1 – 4 минимальная выраженность включенности или активности в процессе социальной терапии; 5 – 7 умеренная выраженность включенности или активности в процессе социальной терапии; 8 – 10 выраженная включенность или активность в процессе социальной терапии). Социальная терапия – это комплексное долговременное воздействие социально-психологического характера на отдельную личность или группу лиц в процессе медицинской реабилитации с целью обеспечения социальной адаптации, интеграции, социализации и ресоциализации.

К преимуществам Шкалы Лайкерта относится сравнительная легкость конструирования: утверждения отбираются лишь на основе динамики и внутренней согласованности с оценкой; кроме

того, не требуется экспертной группы. Еще один плюс – сравнительная простота процедуры для оценки измеряемых параметров в рамках структуры (компоненты: когнитивный - осознание выражаемое обычно в убеждении или мнении; аффективный - эмоциональная оценка; поведенческий мотивационный и волевой компонент, процесс регуляции поведения).

Интерпретация результатов:

1 – 4 минимальная выраженность включенности или активности в процессе социальной терапии.

5 – 7 умеренная выраженность включенности или активности в процессе социальной терапии

8 – 10 выраженная включенность или активность в процессе реабилитации.

1 балл, пациент не включён или неактивен в процессе социальной терапии.

2 балла, слабая включенность или активность в процессе социальной терапии.

3 балла, периодическая включенность или активность в процессе социальной терапии.

4 балла, регулярно снижается включенность или активность в процессе социальной терапии.

5 баллов, умеренное снижение включенности или активности в процессе социальной терапии, но может повыситься, когда чем-то увлечён.

6 баллов, умеренное эпизодическое, непродолжительное снижение включенности или активности в процессе социальной терапии.

7 баллов, хорошая включенность или активность в процессе реабилитации

8 баллов, достаточно высокая включенность или активность в процессе социальной терапии.

9 баллов, высокая включенность или активность в процессе социальной терапии.

10 баллов, очень высокая включенность или активность в процессе социальной терапии.