

---

---

мощи зависимым от опиоидов, предусматривает три варианта: 1) ППТ после завершения стандартных курсов стационарной МСР; 2) ППТ после завершения стандартных курсов амбулаторной МСР; 3) ППТ после прохождения детоксикации и комплекса мероприятий, включаемых в программу первичной наркологической помощи. Каждый из обозначенных вариантов ППТ содержит обязательный комплекс диагностических, терапевтических (используемых в случае срыва - детоксификация, медикаментозная терапия), собственно противорецидивных (консультативных, тренинговых, психотерапевтических) технологий, реализуемых по специальной схеме. Кроме того, проводится системная и последовательная работа с конструктивно-настроенным ближайшим окружением пациентов. Специфика каждого из приведенных вариантов ППТ заключается в объеме и технологическом оформлении мотивационной терапии и наркологического консультирования.

Предварительные результаты, полученные при анализе прохождения ППТ общей группы из 120 зависимых от опиоидов, показывает, что наибольшие риски срывов и рецидивов присутствует у пациентов первой подгруппы, не проходивших соответствующие курсы амбулаторной и стационарной МСР. Наиболее опасной, с точки зрения реализации данных рисков, - период со 2 по 5 неделю пребывания в

программе, когда полностью редуцируются остаточные абстинентные проявления, но еще не сформированы адекватные представления о наркологической болезни, здоровье и маршрутах прохождения от состояния болезни (зависимости) к здоровью (полноценному освобождению от зависимости) с максимальными шансами на успех, и соответствующие уровни мотивации.

Соотношение рисков срывов и рецидивов для двух следующих подгрупп (анализируется лишь период проведения ППТ) достоверно не различается. Однако при этом следует иметь ввиду, что исходный уровень реабилитационного потенциала в подгруппе зависимых от опиоидов, завершивших стандартные курсы амбулаторной МСР, был существенно выше.

Наиболее востребованным видом психотерапии и других развивающих практик в программах ППТ (особенно в первых двух подгруппах) были технологии формирования устойчивых ресурсных состояний с ощущением энергии, уверенности и совладания, технологии по выработке стрессоустойчивости.

По завершению данного исследования и анализа комплексной эффективности каждого из приведенных вариантов ППТ планируется утверждение соответствующего стандарта организации наркологической помощи на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.

## **НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ – РЕАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ**

К.О. Иманбеков

По данным многоуровневого мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан только лишь около 25-30% от реальной популяции наркозависимых вовлекаются в какие-либо формы оказания наркологической помощи и являются учитываемым контингентом в системе наркологических учреждений Министерства здравоохранения Казахстана. Такая ситуация объясняется, в том числе и тем, что до последних лет комплексная (т.е. предусматривающая использование развивающих реабилитационных технологий) наркологическая помощь, оказываемая в системе МЗ РК, являлась стационарной. А значит – высокопороговой и связанной с необходимостью длительной изоляции от родных, близких и других значимых лиц. Между тем, лица с относительно высоким уровнем реабилитационного потенциала и отсутствием проблемных форм наркопотребления, скорее всего, в такого рода изоляции не нуждаются. В то же время остается множество неясных вопросов относительно огра-

ничений, содержания и комплексных оценок эффективности амбулаторной медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ, как самостоятельного этапа наркологической помощи.

Экспериментальная программа амбулаторной МСР зависимых от опиоидов, апробируемая в шести регионах РК, содержит комплекс диагностических (включая обязательную оценку уровней реабилитационного потенциала и актуальных мишеней МСР), терапевтических (детоксификация, медикаментозная терапия), развивающих (консультативных, тренинговых, психотерапевтических) и собственно реабилитационных (механизмы терапевтического сообщества) технологий, реализуемых по специальной схеме. Параллельно заключался терапевтический контракт с конструктивно настроенными родными и близкими на активное участие в данной программе, в том числе – курацию так называемой вечерней ленты (времени с 17 до 23 часов) пациентов.

---

---

Предварительные результаты исследования группы из 150 пациентов показывают, что основным мотивирующим стимулом для участия зависимых от опиоидов в программах полноценной амбулаторной реабилитации являются факторы анонимности (безопасности), качества оказываемых услуг и возможности находиться в окружении родных и близких в определенную часть суток. Основными предикторами удержания пациентов в программе являются высокий или средний уровень реабилитационного потенциала, сформированная мотивация на действия по освобождению от зависимости, конструктивная позиция и качество «опеки» со стороны родных и близких. Основными условиями, обеспечивающими удовлетворительную терапевтическую динамику, являются квалифицированная диагностика

и адекватное формирование группы на предварительном этапе, качество подготовки персонал и успешность в решении как осознаваемых (т.е. активно заявляемых) проблем пациента, так и в достижении универсальных целей амбулаторной МСР по форсированному развитию свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

По завершению эксперимента и результатам комплексного анализа эффективности программ амбулаторной МСР, планируется разработка и утверждение системы профессиональных стандартов для амбулаторного этапа наркологической помощи (стандарты услуг; спецификации, квалификации и подготовки персонала; организационный стандарт, включая систему мониторинга эффективности).

## **НАРКОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ**

К.О. Иманбеков

Амбулаторная медико-социальная реабилитация зависимых от ПАВ, будучи широко распространенной в странах Западной Европы, США, Канады и других, практически не представлена в странах Центральной Азии. Между тем, правильная организация программ амбулаторной МСР повышает доступность, качество и снижает себестоимость наркологической помощи.

Такое осторожное отношение к амбулаторной форме МСР зависимых от ПАВ, связано, на наш взгляд, с дефицитом информации о надлежащем технологическом оформлении данного этапа наркологической помощи.

По нашему опыту, введение технологии наркологического консультирования (НК) надежно профилактирует массовый отсев резидентов амбулаторной МСР в связи с нарушениями режима, срывами, рецидивами.

Наркологическое консультирование, проводимое на этапе амбулаторной МСР, включает следующие обязательные компоненты: 1) диагностику уровня анозогнозии; диагностику стадии мотивационных изменений и оценку (выводимую по пер-

вым двум критериям) вероятности удержания пациента в программе амбулаторной МСР; 2) реализацию собственно технологического блока НК – мотивационного информирования; элементов когнитивно-поведенческой терапии; элементов МЕТ (экспресс-технологий мотивационной терапии); 3) реализацию специального технологического блока НК, ориентированного на работу с конструктивно-настроенными родными и близкими резидентов амбулаторной МСР (результатом реализации последнего блока НК на данном этапе, является заключение контракта с ЗДЛ по контролю и занятости пациента в вечернее время на период нахождения в программе).

Результаты экспериментальной апробации программ амбулаторной МСР, с активным использованием технологии НК, показывают возможность: 1) адекватного отбора пациентов для участия в соответствующих программах; 2) снижения отсева по причинам нарушений режима, срывов, рецидивов у зависимых от ПАВ; 3) существенного повышения длительности и качества последующих ремиссий.