

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН РУҲИЙ САЛОМАТЛИК
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

**НАРКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИНГ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

Тошкент-2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Республика
ихтисослаштирилган руҳий
саломатлик илмий-амалий
тиббийёт маркази директори
З.Ш. Ашуров



2025 й.

**НАРКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИНГ ТИББИЙ-
ИЖТИМОЙ РЕАБИЛИТАТСИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

Тошкент-2025

Мундарижа

| | |
|--|----|
| «НАРКОЛОГИК БЕМОЛЛАРИНИГ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ» БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА | 5 |
| «ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАСТУРЛАРИНИ ТУЗИШ» БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА | 23 |

**НАРКОЛОГИК БЕМОЛЛАРИНИГ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
БАЁННОМА**

Тошкент-2025

КИРИШ ҚИСМИ

КХТ-10 бўйича кодланиши

| | |
|--------------|--|
| F10.3 | Алкоголга тобелик синдроми |
| F11.3 | Опиоидларга тобелик синдроми |
| F12.3 | Каннабиноидларга тобелик синдроми |
| F13.3 | Седатив ёки уйқу чақирувчи моддаларга тобелик синдроми |
| F14.3 | Кокаинга тобелик синдроми |
| F15.3 | Бошқа стимуляторларга, шу жумладан кофеинга тобелик синдроми |
| F16.3 | Галлюциногенларга тобелик синдроми |
| F18.3 | Учувчан эритувчиларга тобелик синдроми |
| F19.3 | Бир вақтни ўзида бир нечта наркотик воситалар ва бошқа психофаол моддаларга тобелик синдроми |
| | https://icd.who.int/browse10/2010/en# |

КХТ-11 бўйича кодланиши

| | |
|---------------|--|
| 6C40.2 | Алкоголга қарамлик |
| 6C41.2 | Каннабисга қарамлик |
| 6C42.2 | Синтетик каннабиноидларга қарамлик |
| 6C43.2 | Опиоидларга қарамлик |
| 6C44.2 | Седатив, ухлатувчи ёки анксиолитик таъсирга эга воситаларга қарамлик |
| 6C45.2 | Кокаинга қарамлик |
| 6C46.2 | Стимуляторлар, шу жумладан амфетаминлар, метамфетаминлар ёки меткатинонга қарамлик |
| 6C47.2 | Синтетик катинонларга қарамлик |
| 6C49.2 | Галлюциногенларга қарамлик |
| 6C4B.2 | Учувчан ингалянтларга қарамлик |
| 6C4C.2 | МДМА ёки унинг аналоглари ёки шу жумладан МДАга қарамлик |
| 6C4D.2 | Диссоциатив наркотик моддалар, шу жумладан кетамин ёки РСРга қарамлик |
| 6C4E.2 | Бошқа аниқланган психоактив моддага қарамлик |
| 6C4F.2 | Бир нечта аниқланган психоактив моддаларга қарамлик |
| 6C4G.2 | Номаълум, ёки аниқланмаган психоактив моддага қарамлик |

Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:

2025 йил ишлаб чиқилди, янги муҳим далиллар аниқланганда қайта кўриб чиқиш 2027 й. Тақдим этилган тавсияларга барча ўзгартиришлар тегишли хужжатларда чоп этилади.

Мазкур клиник баённома ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул ташкилот:

Республика ихтисослаштирилган руҳий саломатлик илмий-амалий тиббиёт маркази (РИРСИАТМ).

Клиник баённома ва стандартни ишлаб чиқишда ўз хиссаларини қўшганлар:

Наркология йўналиши бўйича жараёни ташкил қилишда иштирок этган ишчи гуруҳ аъзолари:

| | |
|------------------|---|
| Ашуров З.Ш. | т.ф.д., профессор, РИРСИАТМ директори, ЎЗР ССВ бош психиатр ва наркологи |
| Хайрединова И.И. | РИРСИАТМ Илмий котиби, PhD |
| Чембаев Б.Р. | РИРСИАТМ директор ўринбосари, PhD |

Муаллифлар рўйхати:

| | |
|---------------------|--|
| Турсунходжаева Л.А. | т.ф.д., профессор, ТХКМРМ Наркология ва ўсмирлар психопатологияси кафедраси профессори |
| Бахрамов Ф.Ш. | т.ф.н. (PhD), РИРСИАТМ директор ўринбосари, ТХКМРМ Наркология ва ўсмирлар психопатологияси кафедраси мудири |
| Баймирова Л.Т. | т.ф.н. (PhD), ТХКМРМ Наркология ва ўсмирлар психопатологияси кафедраси ассистенти |
| Азизова Д.К. | ТХКМРМ Наркология ва ўсмирлар психопатологияси кафедраси ассистенти |

Такризчилар

| | |
|--------------|--|
| Имамов А.Х. | т.ф.д., профессор, Самарқанд вилояти руҳий касалликлар шифохонаси консультанти |
| Сиволап Ю.П. | т.ф.д., профессор, Патрис Лумумба номли РХДУ узлуксиз тиббий таълим факультети психиатрия, психотерапия ва психосоматик патология кафедраси профессори |

Клиник баённома олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон психиатрлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИРСИАТМ филиаллари директорлари ва ўринбосарлари) иштирокидаги ишчи гуруҳнинг 2025 йил 13 мартдаги онлайн-форматда якуний йиғилишида норасмий келишувга эришиш йўли билан муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари – Турсунходжаева Л.А. - т.ф.д., профессор, ТХКМРМ наркология ва ўсмирлар психопатологияси кафедраси профессори.

Клиник баённома Республика ихтисослаштирилган руҳий саломатлик илмий-амалий тиббиёт маркази Илмий кенгашининг 2025 йил 15 майдаги йиғилишида кўриб чиқилди ва тасдиқланди. №3-сонли баённомадан кўчирма.

Илмий кенгаш раиси – Республика ихтисослаштирилган руҳий саломатлик илмий-амалий тиббиёт маркази директори, т. ф. д., профессор З.Ш.Ашуров.

Техник кўриб чиқиш ва таҳрирлаш:

1. Нурхаджаев Собир Насирхаджаевич - Тошкент педиатрия тиббиёт институти
2. Сулаймонов Сунатилла Рахимович - Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Аннотация

Мазкур баённомада тиббий-ижтимоий реабилитацияни амалга ошириш бўйича комплекс ёндошиш тақдим этилган. Наркологик касалликларни реабилитация қилиш масалалари ҳар томонлама ёритилган. Тавсиялар наркологик касалликларни замонавий шароитларда тиббий-ижтимоий реабилитация қилишнинг долзарб масалаларини, хусусан, тиббий-ижтимоий реабилитация дастурини ишлаб чиқишда наркологик беморларнинг реабилитация потенциали, реабилитация босқичлари, реабилитация (терапевтик) муҳитини ҳисобга олиб унинг асосий даволаш омилларига эътибор қаратишни ўз ичига олади. Шунингдек, даволаш-реабилитация жараёнининг кетма-кет босқичларида психологнинг турли психотерапевтик усулларни қўллаган ҳолда бажарадиган вазифалари кенг ёритилган. Реабилитация дастурида иштирок этувчи барча мутахассислар учун мотивацион маслаҳат бериш методологияси батафсил кўрсатилган. Реабилитация ёрдамини кўрсатишда амбулатор ва стационар шароитларда амалга ошириладиган тиббий хизматлар рўйхати ҳам келтирилган.

Қисқартмалар рўйхати:

| | | |
|------|---|--------------------------------------|
| ПАМ | – | психоактив модда |
| ТИР | – | тиббий-ижтимоий реабилитация |
| ТИРД | – | тиббий-ижтимоий реабилитация дастури |
| ИРД | – | индивидуал реабилитация дастури |
| ДРЖ | – | даволаш-реабилитация жараёни |
| РПД | – | реабилитация потенциали даражаси |
| РП | – | реабилитация потенциали |
| РМ | – | реабилитация муҳити |

Баённомадан фойдаланувчилар:

1. нарколог-шифокорлар
2. психиатрлар
3. оилавий шифокорлар
4. терапевтлар
5. соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
6. умумий амалиёт шифокорлари
7. ОТМ талабалари, клиник ординаторлари ва магистрантлари.

Мазкур нозология бўйича беморлар категорияси:

Алкоголга, гиёҳванд ва заҳарванд, шунингдек кучли таъсир қилувчи моддаларга қарамликка чалинган беморлар

Клиник баённома ишлаб чиқиш методологияси

Диагностика усуллари учун далилларнинг ишончлилиги (ДИД) даражасини баҳолаш

| ДИД | |
|-----|--|
| 1 | Мета-таҳлил ёрдамида мос ёзувлар билан бошқариладиган синовларни тизимли кўриб чиқиш ёки рандомизацияланган клиник синовларни (РКС) тизимли кўриб чиқиш |
| 2 | Йўналтирувчи усулни бошқариш ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари билан алоҳида тадқиқотлар |
| 3 | Мета-таҳлил ёрдамида клиник тадқиқотлар |
| 4 | Йўналтирувчи усул билан кетма-кет назорат қилинмасдан тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари |
| 5 | Қиёсий тадқиқотлар, клиник ишнинг тавсифи |

Профилактика, даволаш ва реабилитация усуллари учун далилларнинг ишончлилиги даражасини баҳолаш

| ДИД | |
|-----|--|
| 1 | Мета-таҳлил ёрдамида (РСТ)ларни тизимли кўриб чиқиш |
| 2 | Мета-таҳлил ёрдамида (РСТ)лар бундан мустасно, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни алоҳида (РСТ)лар ва тизимли шарҳлар |
| 3 | Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари |
| 4 | Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки қатор ҳолатлар тавсифи, амалий назорат ишлари |
| 5 | Фақат аралашувнинг таъсир механизмини асослаш (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассисларнинг фикр мавжуд |

Тавсияларнинг ишонччилик даражаларини баҳолаш кўлами

| ТИД | |
|-----|--|
| А | Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил) |
| В | Шартли тавсия (кўриб чиқилган барча ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас) |
| С | Заиф тавсия (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас) |

Кириш

Умумий масалалар

ПАМларга тобелик билан боғлиқ касалликларнинг барчаси, турли хил клиник шаклларга эга бўлгани билан, битта бутун патологик жараёндир: алкоғолга, наркотик воситаларга ва психотроп моддаларга тобеликлар. ПАМларга тобелик билан боғлиқ касалликлар патогенезининг биологик асосини этиологик жиҳатдан бош мианинг биокимёвий (наслий мойиллик, турли жароҳатлар, рухий ва соматик касалликлар) бузилишлари, психологик дисгармония, ижтимоий-маданий ва этник номувофиқлик, шунингдек, эгри ахборот муҳитидан келиб чиққан рухий дизонтогенез ташкил этади.

ПАМларга тобеликнинг полиэтиологик ва биопсихосоциал-маънавий табиатини инобатга олган ҳолдаги ПАМларга тобе бўлган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш, уларнинг индивидуал рухий ҳолатини коррекциялашнинг ижтимоий-маданий ва ахборот жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда даволаш ва тиббий-ижтимоий реабилитация (ТИР) қилиш бўйича тиббий хизматларни ўз ичига олади. ПАМларга тобеликнинг ремиссиясини шакллантиришда ва касаллик жараёнини тўхтатишдақўпинча ПАМни яна қайта истеъмол қилишини қўзғатувчи омиллар сақланиб қолади, бу эса узок муддатли тиббий кузатув ва рецидивга қарши даволаш зарурлигини тақозо этади.

Атамалар

- **Наркологик беморларнинг тиббий-ижтимоий реабилитацияси** – бу наркологик касалликка чалинган шахсларнинг ҳаётидаги чекловларни бартараф этишга ёки уларни компенсациялашга, йўқотилган ижтимоий алоқаларни ва ижтимоий мавқеини тиклашга, меҳнат ва турмуш шароитларига мослашишни таъминлашга йўналтирилган тиббий, психологик, тарбиявий, таълимий, ижтимоий ва ҳуқуқий чора-тадбирлар тизимидир.
- **Наркологик касалликка чалинган шахс** – нарколог-шифокор томонидан наркологик касаллик тўғрисида ташҳис қўйилган шахсдир.
- **Тиббий кўрик** - патологик ҳолатлар, касалликлар ва уларнинг ривожланишига олиб келадиган хавф омилларини аниқлашга қаратилган тиббий аралашувлар мажмуаси.
- **Тиббий экспертиза** - фуқаронинг меҳнат ёки бошқа фаолиятни бажариш қобилиятини баҳолаш учун унинг соғлиғи ҳолатини аниқлашга, шунингдек, ҳар қандай ҳодисалар, омилларнинг таъсири билан фуқаронинг соғлиғи ўртасидаги ўзаро сабаб-оқибатий боғлиқликни аниқлашга қаратилган, белгиланган тартибда ўтказиладиган текширув.
- **Шахснинг тиббий текшируви** – инсон соғлиғининг юридик аҳамиятга эга бўлган оқибатларга олиб келиши билан боғлиқ бўлган ҳолатини тасдиқлашга қаратилган тиббий кўрик ва тиббий текширув усулларининг мажмуи.
- **Даволовчи шифокор** беморни ҳар тарафлама текшириш натижалари асосида ташҳис қўяди ҳамда тиббий атамалардан фойдаланган ҳолда беморнинг касаллиги (ҳолати) тўғрисида ҳулоса чиқаради, шу билан бирга, беморнинг ўлимига олиб келган сабаблар тўғрисида ҳам тиббий ҳулоса тузади.
- **Ташҳис** одатда асосий касаллик ёки ҳолат, ёндош касалликлар ёки ҳолатлар, шунингдек, асосий касаллик ва ёндош касалликларнинг асоратлари тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига олади.
- **Даволаш** – касаллик белгиларини ёки беморнинг касаллиги ёки ҳолатини бартараф этиш ёки енгиллаштириш, унинг соғлиғини, меҳнат қобилиятини ва ҳаёт сифатини тиклаш ёки яхшилаш мақсадида шифокорнинг тавсиясига мувофиқ белгиланган тартибда амалга ошириладиган тиббий аралашувлар мажмуидир.

Наркологик беморларга кўрсатиладиган тиббий хизматлар

Шифокор-наркологнинг бирламчи қабули (кўрик, маслаҳат) беморнинг наркологик бўлимга келган биринчи кунининг ўзида амалга оширилади. Шахснинг преморбиддаги ривожланиш хусусиятлари, касаллик клиникасига динамикасининг ўзига хос жиҳатлари, шунингдек, охириги вақтларда ПАМни истеъмол қилган ёки қилмаганлиги, беморнинг шахсий ва ижтимоий статуси (бирор касбга эгаллиги ёки йўқлиги, қизиқишлар доираси, спорт секцияларига, маданий тадбирларга бориши, ижтимоий мослашиш даражаси, жиноий тузилмалар билан алоқаси), даволаш-реабилитация жараёнида иштирок этишга бўлган мотивацияси аниқланади. Бемор ҳақида объектив ва тўлиқ маълумотлар олиш мақсадида унинг қариндошлари ва у учун аҳамиятли бўлган бошқа шахслар (беморнинг ўқитувчиси, яшаш жойидаги маҳалла маъмурияти вакиллари, яқин инсонлари ва б.) билан суҳбат ўтказилади. Наркотик воситаларни яқиндагина инъекция йўли билан истеъмол қилинганлигини аниқлаш учун беморнинг териси ва шиллиқ пардаларини текширишга алоҳида эътибор қаратилади. Артериал қон босими, юрак уриши тезлиги, юрак, ўпка ва қорин (жигар чегаралари аниқланади) соҳалари текширилади.

Аниқланади:

- ПАМларга патологик мойилликнинг зўрайиш белгилари:
- астеник бузилишлар;
- эмоционал ва аффективбузилишлар;
- интеллектуал-мнестикбузилишлар;
- хулқ-атвор бузилишлари;
- абстиненция синдроми: умумий ҳолсизлик, терлаш, ринорея, аксириш, кўз ёшланиши, мушакларда оғриқлар ёки тортишишлар, абдоминал спазмлар, кўнгил айниши ёки қайт қилиш, диарея, "ғоз териси", вақт-вақти билан эт увишиши, тахикардия, эснаш, уйқунинг безовталиги, дисфория;
- абстиненциядан кейинги синдром;
- ПАМларни истеъмол қилганлик белгилари: эйфория, кўз қорачиқларининг кенгайиши ёки торайиши ва б., зарур ҳолларда –наркотикларни ёки уларнинг метаболитларини аниқлаш учун пешобнинг ташҳисий текшируви.

Беморнинг анамнези, шикоятлари, физикал текширувлари тўғрисидаги маълумотларни ҳар томонлама баҳолаш натижасида шифокор-нарколог шкалага мувофиқ РПДни аниқлайди. Реабилитация бригадаси аъзолари (тиббий психолог, ижтимоий ходим ва б.) билан биргаликда ИРД тузишда иштирок этади.

Шифокор-наркологнинг такрорий қабули (кўрик, маслаҳат) - кузатувнинг бутун даври давомида (айниқса, амбулатория шароитидаги ТИРда) адаптация босқичида ҳафтасига камида икки марта, интеграция босқичида – ҳафтасига бир марта ва стабилизация (мустаҳкамлаш) боқичида бир ойда бир марта амалга оширилади (реабилитация жараёнининг дастлабки 3 ойида ўртача – камида 12-14 марта ва кейинги ҳар 3 ойида камида 6-8 марта). Ушбу кўриклар давомида беморнинг аҳолидаги ўзгаришлар динамикаси баҳоланади. Реабилитация дастури бўйича амалга оширилган ишларнинг натижалари мунтазам равишда ҳар ой баҳоланиб борилади.

Шифокор-нарколог қабули (кўрик, маслаҳат) давомида – психотерапияни (психокоррекцияни) амалга ошириши шарт. Психотерапия (психокоррекция) ТИРнинг барча босқичларида амалга оширилади ва шахс ҳамда хулқ-атвор бузилишларини бартараф этишга, даволанишнинг эришилган натижаларини мустаҳкамлашга ва беморларни реабилитация дастурларида иштирок этиши учун мотивация қилишга қаратилган бўлади. Психотерапия усуллари ва техникаларини танлаш ҳамда уларнинг давоийлиги ПАМларга тобалик синдроми клиникасининг хусусиятлари,

беморнинг шахсий ва ижтимоий ҳолатидан келиб чиқиб белгиланади. Индивидуал ёки группавий психотерапиянинг санаб ўтилган усулларида ҳеч бўлмаганда биттаси қўлланилади: когнитив, бихевиорал (хулқ-атвор), психодинамик, гуманистик, тизимли ва албатта – оилавий психотерапия усуллари.

Тана вазнини ўлчаш озиб кетиб толиқиб қолган шахсларда реабилитация жараёнининг самарадорлигини баҳолаш учунларда ёндош касалликлар, жумладан юрак-томир, эндокринологик ва бошқа касалликлар келиб чиқиш хавфини баҳолашга имкон берадиган тана массаси индексини ҳисоблаш мақсадида амалга оширилади.

Реабилитация потенциали ва унинг даражалари

Реабилитация потенциали - бу кўп омилли клиник, психологик ва ижтимоий ташҳислаш, ҳамданаркологик беморларнинг узоқ муддатли ремиссия ва ресоциализация, оилага ва ижтимоий фойдали фаолиятга қайтиш қобилияти ва имкониятларини прогноз қилишдир. У наслий мойиллик, преморбид хусусиятлар, соматик ҳолат, наркологик касалликнинг тури, оғирлик даражаси ва оқибатлари, шахсий (маънавий) ривожланиш хусусиятлари ва беморларнинг ижтимоий ҳолати тўғрисидаги объектив маълумотларни ўз ичига олади.

Реабилитация потенциалининг даражалари - ПАМга тобеликка чалинган беморнинг психоактив моддалар истеъмол қилишдан воз кечиши, оиласига қайтиши, тобеликдан соғайди деб ҳисоблаш мумкин бўлган ижтимоий фойдали фаолиятга қайтиши турли клиник ва ноклиник омиллар билан белгиланадиган потенциал имкониятидир. Жумладан, шахснинг наслий мойиллиги, унинг преморбиддаги жисмоний ва руҳий ривожланиш хусусиятлари, ижтимоий ҳолати ҳамда ПАМга тобеликнинг шакли ва оғирлик даражаси, ПАМлар суиистеъмолининг тиббий ва ижтимоий асоратлари, индивидуал когнитив, эмоционал, коммуникативлик, ахлоқий-одобий хусусиятлари, шахсий ва ижтимоий ривожланиши, шунингдек шахснинг қадриятлар тизимига боғлиқ. Ушбу клиник ва ноклиник омилларнинг йиғиндиси беморнинг реабилитация потенциалини ташкил қилади, бу ПАМга тобелик синдроми шаклланишининг барча кейинги босқичларининг ажралмас характеристикаси сифатида тушунилади.

ПАМга тобелик синдроми бўлган беморларнинг реабилитация потенциаликлини ва ноклиник омилларнинг оғирлик даражасидан келиб чиқиб ушбу турга бўлинади: юқори, ўрта ва паст даражадаги реабилитация потенциали (РПД).

Юқори РПД қуйидаги умумий белгиларнинг йиғиндиси билан тавсифланади:

- авлодида наркологик ёки руҳий касалликка чалинганлик бўйича наслий мойилликнинг паст даражада эканлиги, руҳий ва жисмоний ривожланишда норматив хусусиятларнинг устунлиги.
- шахсни яхши ёки қониқарли шароитларда тарбияланганлиги;
- шахсдаги тобеликнинг КХТ-10 бўйича бошланғич (биринчи) босқичда эканлиги;
- ПАМ миқдорини ҳаддан зиёд ошириб юбориш ва суиқасд ҳолатларининг йўқлиги;
- ПАМлар истеъмолини нисбатан кечроқ ёшда бошлаганлиги;
- спонтан ремиссиялар мавжудлиги;
- алкоголь ёки наркотиклардан абстиненция синдромининг енгил даражаси (2-3 кунда ўтиб кетадиган); постабстинент синдромининг сезиларсизлиги ёки кам сезиларлилиги;
- нормал оилавий муносабатларнинг етарли даражада турғунлиги, ўқиш ёки ишлашга, эгалланган ёки эгалланмоқчи бўлган касбга жалб этиш, ижтимоий-маданий манфаатларнинг нисбий хилма-хиллиги (санъат, спорт, бизнес ва бошқалар), жиноий ёки ярим жиноий тузилмаларга алоқадорликнинг йўқлиги;
- ижтимоий дезадаптациянинг дастлабки белгиларининг эндигина пайдо бўлганлиги;

- ахлоқий-одобий бузилишларнинг энгил даражаси (норматив қадриятларнинг, масъулият, бурч ва иснод ҳиссининг қисман пасайиши, ёлғончилик, қўполлик, манманлик, ўзгарувчанлик, эгоцентризм ва ўғрилиқнинг пайдо бўлиши);
- интеллектуал-мнестик бузилишларнинг энгил даражаси (хотиранинг, диққатни жамлашнинг, ақлий иш қобилятининг бироз пасайиши, тезда руҳий толиқиб қолиш, ўз касаллигига бўлган танқиднинг пасайиши, ўзига юқори баҳо бериш, даволанишга бўлган иштиёқнинг асосан ижобий шахсий ва ижтимоий режаларга боғлиқлиги ва б.);
- эмоционал бузилишларнинг энгил даражаси (эмоционал лабиллик, ички таранглик, ўта жиззакилик, жанжалкашлик, ваҳима ва дистимияларнинг пайдо бўлиши, нозик ҳис-туйғуларни йўқолиши ва б.);
- деградациянинг энгил даражаси, яъни беморларда хали турғун шахс ўзгаришларининг йўқлиги (интеллектуал-мнестик пасайиш ва дағал эмоционал бузилишлар деярли юзага келмаган, ахлоқий-одобий бузилишлар транзитор кўринишга эга);
- ПАМларга тобеликдан халос бўлиш истаги бўлгани туфайли реабилитация жараёнида ихтиёрий иштирок этишга мотивациянинг мавжудлиги. Бунда шахснинг ўсишга бўлган мотивацияси, яъни ўқишга, сифатли таълим олишга, хизмат зинапояси бўйича юқори лавозимга кўтарилишга, муваффақиятли бўлишга, жамиятнинг ахлоқ-одоб тамойилларига риоя этишга бўлган интилиш устунлик қилади.

Юқори РПДнинг хусусий белгилари:

Алкоголизмга чалинган беморлар учун:

- алкоголь ичимликлар истеъмол қилишни нисбатан кеч ёшларда бошлаганлиги (14-15 ёшда);
- касаллик давомийлигининг 2-3 йилдан ошмаганлиги;
- анамнезида алкоголь психозларининг бўлмаганлиги;
- алкогольга бўлган юқори толерантлик;
- тобелик кечишида ичкиликбозликнинг даврий шаклининг устунлик қилиши.

Опий наркоманиясига чалинган беморлар учун:

- касаллик давомийлигининг 1 йилдан ошмаганлиги;
- наркотиклар истеъмол қилишнинг ноинъекцион шакллари (асосан интраназал, перорал ёки ингаляция йўли билан);
- наркотикларга патологик майилнинг даврий шакли;
- мононаркомания.

Реабилитация потенциали юқори даражада бўлган шахсларнинг психологик хусусиятлари:

1. Ҳаёт сифатининг пасайиши соғлиғи билан боғлиқ бўлганлиги (жисмоний ҳолати ролларнинг ишлашига деярли таъсир қилмайди, ҳозирги пайтда соғлиғининг умумий ҳолати ва даволаш истиқболлари етарли даражада ижобий баҳоланади, ҳаётийлик кўпинча ижобий баҳоланади, жисмоний ёки ҳиссий ҳолат амалда ижтимоий фаолликни (мулоқотни) чекламайди, ҳиссий ҳолат кўпинча иш ёки бошқа кундалик фаолиятни бажаришга халақит бермайди, кайфият кўпинча салбийдан кўра ижобийдир).
2. Копинг-стратегияларнинг паст ёки ўрта даражадаги интенсивлиги (конфронтатив копинг, узоқлашиш, ўзини тута билиш, ижтимоий ёрдам излаш, масъулиятни қабул қилиш, реалликдан қочиш, муаммоларни ҳал қилишни режалаштириш, ижобий қайта баҳолаш). Тарангликнинг бироз кўтарилишига энг адаптив копинг-стратегияга - муаммоларни ҳал қилишни режалаштиришга мувофиқ йўл қўйилади.

3. Маъноли ҳаёт йўналишларининг унчалик даражада ифодаланмаган деформацияси (ҳаётнинг умумий мазмунлигининг ўртача ёки ўртача даражасидан пастлиги, келажак учун мақсадларнинг мавжудлиги, ҳаётнинг ҳиссий тўйинганлигининг ўртача даражаси, ўзини ўзи англашдан қониқиш, ўз ҳаётини бошқаришга қодир кучли шахс сифатида ўзи ҳақидаги ғояларнинг маълум даражада бироз пасайиши).
4. Муҳим шахсий муносабатларнинг сезиларли бузилишининг йўқлиги (ўртача даражадаги худбинлик, тажовузкорлик, шубҳалилик, альтруизм).
5. Макиавелизм даражаси нормал чегарада, унинг пастки чегарасига яқинроқ жойлашганлиги (одамлар билан мулоқот қилишда аниқ манипуляциянинг йўқлиги, эгоистликнинг йўқлиги ёки паст даражада эканлиги).
6. Эмпатия даражаси бироз пасайган, меъёр чегарасида сақланган (одамлар билан мулоқот ўрнатишда қийинчиликларнинг йўқлиги, бошқаларни етарлича тушуниш).
7. Касалликнинг ички манзарасини тасаввур этиш деярли ўзгармаган (касалликни енгиш учун етарли мотивация мавжуд).
8. Ўз иродасини назорат қилиш даражасининг бироз пасайиши (ўз-ўзини назорат қилишнинг ривожланиш даражаси, қатъиятлик ва ихтиёрий ўзини ўзи назорат қилишнинг нормачегараларда эканлиги ёки бироз пасайганлиги, яъни бемордаэмоционал ўзгарувчанликнинг йўқлиги, заифлик, ўзига ишончсизлик, паст рефлекслик, импульсивлик ва ниятларнинг турғунсизлиги, хафақонлик, хатти-ҳаракатларнинг номувофиқлиги, ўзини ўзи бошқаришнинг пасайиши).
9. Гиёҳвандлик воситаларини қабул қилишнинг ижтимоий-психологик мотивларининг мавжудлиги (наркотиклар истеъмол қилишнинг субмиссив мотивлари) ва психофаол моддаларни истеъмол қилиш учун шакланган мотивациянинг йўқлиги, айниқса наркотиклар истеъмол қилишнинг шахсий, персонал мотивлари (гедонистик, атарактив, хулқ-атворнинг гиперактивацияси) ва гиёҳванд моддаларни истеъмол қилишнинг патологик (абстинент, аддиктив, ўзига жароҳат етказиш мотивлари) мотивацияси.
10. Психологик вақтни идрок этишдаги нозик ўзгаришлар билан боғлиқ енгил бузилишлар (ўтмишни салбий деб ҳис қилиш тенденцияси мавжудлиги, аммо ўтмиш тажрибасига нисбатан аниқ ижобий муносабат, келажакка мўътадил ифодаланган йўналишнинг мавжудлиги, келажакка қатъий ишончнинг йўқлиги, завқ олишга нисбатан аниқ йўналишнинг йўқлиги).

Ўрта РПД қуйидаги умумий белгиларнинг йиғиндиси билан тавсифланади:

- авлодида наркологик ёки руҳий касалликка чалинганлик бўйича тўғридан тўғри (ота-онасидан) ёки юқори чизиқдаги (бувиси, бобоси) наслий мойилликнинг ўрта даражада эканлиги;
- тўлиқ бўлмаган оилаларда тарбияланганлик, ўртача ёки ёмон моддий шароитларда ўсганлик, кўпинча оила аъзолари орасидаги нотекис ёки жанжалли муносабатлар мавжудлиги;
- жисмоний ёки руҳий ривожланишда ортда қолишлик, девиант хулқ-атвор, жинсий доирадаги бузилишлар, ташқи таъсирга осон берилиб қолишлик;
- касаллик кечишининг КХТ-10 бўйича ўрта (иккинчи) босқичи;
- қичқача (3 ойгача) ва ўрта қисқача (6 ойгача) терапевтик ремиссиялар;
- кам ҳолатларда учрайдиган спонтан ремиссиялар, агар кузатилса ҳам, одатда қисқа вақт ва нотурғун кечади;
- алкогольли ва наркотикли (героинли) абстиненция синдромивапостабстиненция бузилишларининг ўта сезиларли ва турғун клиник ифодаланганлиги (абстиненция синдроми 7-10 кун, постабстиненция бузилишлари 1,5-2 ойгача давом этади);

- ота-онага ва бошқа яқин инсонларга нисбатан баджаҳллик ва шавқатсизлик, постабстиненция ва ремиссия даврида дистимия ва депрессиялар ва б.;
- шахс деградациясининг ўрта даражаси – ўрта даражадаги интеллектуал-мнестик ваахлоқий-одобий ўзгаришлар (эгоцентризм, ёлғончилик, иккиюзламачилик, ўғрилиқ, масъулиятсизлик, цинизм, қайсарлик, тажовузкорлик ва б.). Шу билан бирга, беморлар ўзларини кам танийдиган одамларда яхши таассурот қолдиришга, улардан наркотиклар/алкоголни суиистеъмол қилишларини яширишгаинтиладилар.
- ота-оналар, турмуш ўртоғи (хотини, эри), болалари ва бошқа қариндошлари билан зиддиятли муносабатлар;
- тажовузкорлик, асабийлашиш, мурасасизлик, баъзан мулоқотга киришмаслик, мотивацион турғунсизлик билан намоён бўладиган коррекция қилиш қийин бўлган хулқ-атвор;
- бирхил ёки паст доирадагиижтимоий манфаатлар;
- касбий кўникмаларни ва "маҳоратларни" йўқотиш, меҳнатга бефарқ, пассив муносабат;
- қисман ижтимоий дезадаптация ва социофобия;
- ўрта даражадагиахлоқий-одобий бузилишлар (норматив қадриятлар йўналишини сезиларли даражада бузилиши, ёлғончилик, уятсизлик, қўполлик, тартибсизлик, мулоқотга киришишни бузилиши, жинсий тарбиясизлик, эгоцентризм, ўғирлик, безорилик, криминогенлик, оналик/оталик инстинктининг пасайиши, жамиятсизлик ёки антисоциаллик ва б.);
- Ўртача оғирликдаги интеллектуал-мнестик бузилишлар (хотиранинг, диққатни жамлашнинг, ақлий фаолиятнинг яққол бузилиши, ассоциатив жараённинг секинлашиши, юқори даражадаги когнитив функцияларнинг пасайиши (абстракция, режалаштириш, билишнинг мослашувчанлиги, идрок ва б.) ва манфаатлар доираси, мулоҳазаларнинг юзакилиги, ўз касаллигига танқиднинг юзакилиги ёки деярли йўқлиги, ўзига ноадекват баҳо бериш (юқори ёки паст баҳолаш), даволаниш мотивлари асосан прагматик ва б.);

Ўрта даражадаги аффектив бузилишлар (ўзини ушлаб туролмаслик, эмоционалсовуқлик).

Ўрта РПДнинг хусусий белгилари:

Алкоголизмга чалинган беморлар учун:

- алкоголь ичимликларни истеъмол қилишни нисбатан эрта ёшда (12-13 ёшда) бошлаганлиги;
- касалликнинг камида 3-5 йилдан ортиқ давом этаётганлиги;
- алкогольга толерантликнинг турғунлиги ёки биров пасайишни бошланганлиги;
- алкоголь палимпсестларининг мавжудлиги;
- ичкиликбозликнинг даврий (запойли) тури;
- алкогольга доимий ўртача интенсив мойилликнинг устунлиги;

Наркоманияга чалинган беморлар учун:

- наркотиклар истеъмол қилишни нисбатан эрта ёшда (15-16 ёшда) бошланганлиги;
- касалликнинг 1 йилдан 3 йилгача давом этаётганлиги;
- наркотикларни асосан томир ичига юбориш ва параллел равишда яна бошқа ПАМларни ҳам суиистеъмол қилишлик;
- айниқса касалликнинг рецидив даврларида кузатиладиган наркотикларга бўлган патологик майилнинг доимий тури;
- наркотиклар миқдорини ҳаддан зиёд ошириб юбориш ҳолатларининг ванаркотиклардан абстиненция синдроми даврида суицидал фикрларнинг гоҳида учраб туриши;

Реабилитация потенциали ўрта даражада бўлган шахсларнинг психологик хусусиятлари:

1. Ҳаёт сифатининг пасайиши беморнинг соғлиғи билан боғлиқ бўлганлиги (жисмоний ҳолат ролли функцияга таъсир қилади, умумий саломатликни баҳолаш, даволаш истиқболлари ва ҳаётийлик бироз пасаяди, жисмоний ёки эмоционал ҳолат томонидан ижтимоий фаолликнинг (мулоқотнинг) чекланиши юзага келади, эмоционал ҳолат кўпинча иш ёки бошқа кундалик фаолиятни бажаришга ҳалақит бермайди, кайфият ижобийдан кўра салбийроқ).
2. Копинг-стратегиялар таранглиги ошади (конфронтативкопинг, узоқлашиш, ўзини тута билиш, ижтимоий ёрдам излаш, масъулиятни қабул қилиш, жавобгарликдан қочиш, муаммоларни ҳал қилишни режалаштириш, ижобий қайта баҳолаш).
3. Маъноли ҳаёт йўналишларининг ўртача даражадаги деформацияси (ҳаётнинг умумий мазмунлигининг ўртача даражасидан пастлиги, келажакка эътибор даражасининг пасайиши, ҳаётнинг эмоционал тўйинганлиги ва ўзини реализация қилишдан қониқишнинг паст даражаси, ўзини бошқаришга қодир кучли шахс сифатида ўзи ҳақидаги тасавурларнинг пасайиши).
4. Шахс учун муҳим бўлган муносабатларининг бузилганлиги (етарлича юқори даражадаги псевдоальтруизм билан худбинлик, тажовузкорлик, шубҳалилик даражасининг ошиши).
5. Макиавелизм даражаси меъёр доирасида, унинг юқори чегарасига яқинроқ (одамлар билан мулоқот қилишда энгил манипуляция мавжудлиги, худбинлик даражасининг ошиши).
6. Эмпатия даражасининг пасайганлиги (одамлар билан алоқа ўрнатишда энгил қийинчиликлар мавжудлиги, бошқаларни тушуна олишлик амалда бузилмаганлиги).
7. Касалликнинг ички манзарасини идрок этиш бирозгина ўзгарганлиги (касалликни энгиш учун ўрта даражада ифодаланган мотивация).
8. Иродавий назорат даражасининг пасайганлиги (ўзига ишончнинг етарли даражада эмаслиги, ниятлар барқарорлигининг пасайиши, эмоционал турғунликнинг пастлиги, турли вазиятларда ўзини тута билиш қобилиятининг пастлиги, ички бурч ҳиссининг деярли йўқлиги, бошланган ишни охирига етказиш истаги етарли эмаслиги).
9. Наркотиклар истеъмол қилишда ижтимоий-психологик мотивлар (наркотиклар истеъмол қилишнинг субмиссив мотивлари) ва наркотиклар истеъмол қилишнинг шахсий, персонал мотивлари (гедонистик, атарактив, хулқ-атворнинг гиперактивлиги) мавжудлиги, агар бунда наркотиклар истеъмол қилиш учун шаклланган ёки энгил даражадаги патологик мотивация (абстинент, аддиктив ва ўзига жароҳат етказиш) бўлмаса.
10. Психологик вақтни идрок этишдаги ўзгаришлар билан боғлиқ бузилишларнинг мавжудлиги (ўз ўтмишини қабул қилишнинг паст даражаси, ўтмишдаги воқеалар ҳозирги нарсага олиб келганлигини англаш қобилиятининг пасайиши, келажак учун мақсад ва режаларнинг йўқлиги, келажакка қатъий ишончнинг йўқлиги ёки унинг заифлиги, завқланишга интилиш).

Паст РПД қуйидаги умумий белгиларнинг йиғиндиси билан тавсифланади:

- авлодида наркологик ёки руҳий касалликка чалинганлик бўйича тўғридан тўғри (ота-онасидан) ёки яқин қариндошларидан (бувиси, бобоси, тоғаси, холаси, укаси, синглиси) наслий мойилликнинг юқори даражада эканлиги;
- тўлиқ бўлмаган оилаларда тарбияланганлик, ўртача ёки ёмон моддий шароитларда ўсганлик, кўпинча оила аъзолари орасидаги нотекис ёки жанжалли муносабатлар мавжудлиги;

- битта ёки иккала ота-онанинг ҳам алкоголь суиистеъмом қилиши, ота-она (ёки ажрашган она) томонидан фарзандини ҳаддан ташқари ҳимоя қилиши;
- жисмоний, айниқса руҳий ривожланишнинг ортда қолиши ёки патологияси, инфантилизм, невротик ривожланиш, психопатия, анамнезидаги девиант (баъзида деликвент) хулқ-атворнинг кузатилиши;
- одатда мактабда (айниқса ўрта ва юқори синфларда) ўқишнинг ўртачалиги;
- ижтимоий манфаатларнинг ниҳоятда чекланган ва нотурғун доираси;
- касалликнинг КХТ-10 бўйича охириги(учинчи) босқичи;
- спонтан ремиссияларнинг кузатилмаслиги;
- ўз шахсий оиласининг йўқлиги;
- интерперсонал адоват ёки тажовузкорлик устунлиги билан ўта зиддиятли ёки зиддиятли оилавий муносабатлар;
- кўпинча ўрта маълумотлилиқ, камдан-кам ҳолларда - тўлиқ бўлмаган ўрта техник ёки олий маълумотлилиқ;
- меҳнат қилишга ва ўқишга бўлган ижтимоий ижобий муносабатнинг пасайиши (одатда, беморлар ишламайди ва ўқимайди, ишлашга ёки ўқишга муносабати асосан бепарқ, пассив ёки салбий, аксарият беморларда касбий маҳорат ва ўқиш қобилияти қисман ёки тўлиқ йўқолади);
- деярли тўлиқ тотал ижтимоий дезадаптация ва социофобия кузатилиши;
- қўпол ахлоқий-одобий бузилишлар (меъёрий қадриятлар йўналишини қўпол, баъзан қайтариб бўлмайдиган бузилишлари, масъулиятсизлик, ёлғончилик, уятсизлик, қўполлик, тартибсизлик, криминогенлик, эгоцентризм, душманлик, тажовузкорлик, паразитизм, оналик/оталик инстинктининг пасайиши ва б.);
- ўта ифодаланган интеллектуал-мнестик бузилишлар(турғун даражадаги хотира, диққатни жамлашнинг, ақлий фаолиятнинг, ассоциатив жараёнларнинг бузилиши, қизиқишлар доирасининг когнитив функцияларининг кескин пасайиши, баъзи ҳолларда психоорганик синдром, асосан ўзини паст баҳолаш, танқиднинг йўқлиги, касалликдан даволаниш учун прагматик (физиологик) мотивлар ва б.);
- ўта ифодаланган аффектив бузилишлар (аффектни ушлаб туролмаслик, эмоционал дағаллик, шафқатсизлик, дистимиялар, депрессиялар, дисфориялар ва б.);
- ўта ифодаланган шахс деградацияси (ахлоқий-одобий ва интеллектуал-мнестик пасайиш, ёлғончилик, масъулиятсизлик, антисоциаллик, гомосексуал ва садомазохистик тенденциялар, ўз шахсий тажрибасидан фойдалана олмаслик, ўз касаллигидаги ҳамма айибни бошқалар зиммасига ағдариш);
- фикрлашнинг торпидлиги, умумлаштириш, диққатни жамлаш қобилиятининг пасайиши, тез ақлий толиқиб қолишлиқ, самарасизлик, хотиранинг барча турларининг бузилиши, қизиқишлар доираси фақат наркотиклар ёки алкогольга қаратилган;
- гепатитлар, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар, туберкулёз ёки ОИВ-инфекцияси;
- либидо ва жинсий потенциянинг пасайиши, жинсий алоқаларнинг камайиб кетиши ёки умуман йўқолиши;
- ўз касаллигини тан олишига қарамасдан ўз хулқ-атвориغا ва асоциал юриш-туришига танқидининг пасайиши ёки йўқлиги;
- тузалиб кетишга ва ижтимоий ҳолатини нормаллаштириш имкониятига ишончнинг йўқлиги, реабилитация жараёнида иштирок этиш учун англаган ҳолдаги ихтиёрий розиликмотивация асосида эмас, балки прагматик мотивларга асосида: таъқибдан, жазодан қутилиб қолиш, "қўллаб-қувватлаш", имтиёзлар олиш ва ҳоказо.

Паст РПДнинг хусусий белгилари:

Алкоголизмга чалинган беморлар учун:

- кўпинча алкоголь истеъмолини анча эрта 11-12 ёшда бошлаш;
- касалликнинг камида 5 йилдан ортиқ давом этаётганлиги;
- алкогольга толерантликнинг сезиларли даражада пасайиши;
- анамнезида алкоголь психозларнинг мавжудлиги;
- алкоголь энцефалопатиялари мавжудлиги;
- алкогольга бўлган доимий патологик мойиллик;

Наркоманияга чалинган беморлар учун:

- наркотиклар суиистеъмолини анча эрта 12-14 ёшда бошлаганлиги;
- одатда наркотиклар истеъмолини бошлашдан олдин тугалланмаган ўрта маълумотлиги;
- касалликнинг 3 йилдан ортиқ давом этаётганлиги;
- наркотикларни асосан томир ичига юбориш ва параллел равишда яна бошқа ПАМларни (каннабиноидлар, психостимуляторлар, галлюциногенлар, транквилизаторлар ва б.) ҳам суиистеъмол қилишлик;
- наркотикларга доимий патологик мойиллик;
- чуқур аффектив бузилишлар, психопатсимон ва асоциал хулқ-атвор билан кечувчи наркотиклардан (опий, героин) абстиненция синдромининг (9-12 кун давом этувчи) оғир даражаси;
- 2-3 ойгача давом этадиган узоқ муддатли постабстинент бузилишлар;
- наркотиклар миқдорини ҳаддан зиёд ошириб юборишлар (кўп марта), наркотиклардан абстиненция даврида ёки ремиссия даврида юзага келадиган суицидал фикрлар ва хатти-ҳаракатлар (барча беморларнинг ярмидан кўпида);
- беморлар орасидан (59%) наркотикларнинг ноқонуний айланиши билан боғлиқ бўлган жиноий жавобгарликка тортилганлик ёки судланганлик;

Реабилитация потенциали паст даражада бўлган шахсларнинг психологик хусусиятлари:

1. Ҳаёт сифатининг пасайиши беморнинг соғлиғи билан боғлиқ бўлганлиги (жисмоний ҳолат ролли функцияга кучли таъсир қилади, умумий саломатликни баҳолаш, даволаш истиқболлари ва ҳаётийлик кескин пасаяди, жисмоний ёки эмоционал ҳолат томонидан ижтимоий фаолликнинг (мулоқотнинг) чекланиши юзага келади, эмоционал ҳолат кўпинча иш ёки бошқа кундалик фаолиятни бажаришга халақит беради). Ўзининг жисмоний ҳолатини ноадекват баҳолайди.
2. копинг-стратегиялар таранглигининг ошиши дезадаптив шаклгача етиб келади (конфронтатив копинг, узоқлашиш, ўзини тута билиш, ижтимоий ёрдам излаш, масъулиятни қабул қилиш, жавобгарликдан қочиш, муаммоларни ҳал қилишни режалаштириш, ижобий қайта баҳолаш).
3. Маъноли ҳаёт йўналишларининг жиддий деформацияси (ҳаётнинг мазмунини англашнинг паст даражаси, келажакка эътибор қаратмаслик, ҳозирги ҳаётдан, шунингдек, ҳаётнинг ўтган қисмидан қониқмаслик, ўзини анча заиф шахс сифатида тасаввур қилиш, паст ўзини тута билиш, ўз келажакига таъсир қилиш қобилиятига ишонмаслик).
4. Шахс учун муҳим бўлган муносабатларининг жиддий бузилганлиги (юқори даражадаги псевдоальтруизм билан худбинлик, тажовузкорлик, шубҳалилик даражасининг ошиши).
5. Макиавелизмнинг юқори даражаси (бошқа одамлар билан мулоқот қилишда уларни манипуляция қилиш мумкин ва ҳатто керак, деган эътиқод, бошқаларга ишончсизлик, бошқалар билан тез-тез, лекин юзаки алоқалар, мавзуга йўналтирилганлик, худбинлик).

6. Эмпатияли муносабатларнинг бузилиши (одамлар билан мулоқот ўрнатишни қийинлиги, эмоционал иштироксизлик, атрофдагилар билан ўзаро бир-бирини тушунишни йўқолганлиги).
7. Касалликнинг ички манзарасини тўғри идрок этишнинг бузилганлиги (касалликни енгишга мотивациянинг, наркоманияга хос хулқ-атвори модификациялашнинг ва ижобий ўзгаришларнинг йўқлиги).
8. Ўз-ўзини иродавий тартибга солишнинг бузилиши (бошланган ишни охирига етказиш истаги йўқлиги, юқори лабиллик, ўзига ишончсизлик, импульсивлик номувофиқ хатти-ҳаракатларга, ижтимоий меъёрларнинг таъсири этмаслигига олиб келиши мумкин).
9. Наркотиклар истеъмол қилишнинг барча мотивлари шаклланганлиги: наркотиклар истеъмол қилишнинг ижтимоий-психологик мотивлари (наркотиклар истеъмол қилишнинг бўйсунувчи мотивлари), наркотиклар истеъмол қилишнинг шахсий, персонал мотивлари (гедонистик, атарактив, хатти-ҳаракатларнинг гиперактивлиги), наркотик истеъмол қилишга патологик (абстиненция, аддиктив, ўзига зарар етказиш мотивлари) мотивация.
10. Психологик вақтни идрок этишдаги ўзгаришлар билан боғлиқ бузилишларнинг ўта ифодаланганлиги (ўзининг жирканч ўтмишидан воз кечиш, келажак учун мақсад ва режаларнинг йўқлиги, завқ олишга йўналтирилганлик, оқибатлар ҳақида қайғурмаслик, ҳозирги кунга ожиз ва умидсиз муносабат, келажак аниқ белгилаб берилганлигига ва ҳозирги кунга камтарлик билан чидаш керак деган қатъий ишонч).

Тиббий-ижтимоий реабилитациянинг мақсади, вазифалари ва тамойиллари

ТИРнинг мақсади беморнинг интеллектуал, ахлоқий, эмоционал, ижодий салоҳиятини очиш бериш ва ривожлантириш асосида унинг норматив шахс ва ижтимоий мақомини тиклаш (шакллантириш).

ТИРнинг вазифалари:

1. беморда ПАМдан воз кечишга ва ДРЖда иштирок этишга бўлган онгли ва турғун мотивацияни (йўналишни) шакллантириш;
2. ПАМлар истеъмоли натижасида юзага келган руҳий ва хулқ-атвор бузилишларни бартараф этишга ҳамда касаллик рецидивларини олдини олишга йўналтирилган даволаш чора-тадбирларини амалга ошириш;
3. юзага келган соматик ва неврологик бузилишлар ва касалликларни даволаш;
4. бемор шахсининг структурасини коррекциялаш ва ижобий шахс ривожланишини таъминлаш учун шароитлар яратиш;
5. беморнинг ижтимоий фаолият даражасини ошириш (оила ва жамият ресурсларидан фойдаланган ҳолда);
6. беморда ҳақиқий ижтимоий бандликни (ўқиш, иш) таъминлаш.

ТИРни ташкил этишда наркологик касалликларга чалинган шахсларга **тиббий ёрдам кўрсатишнинг умумий тамойиллари** ҳисобга олинади:

1. ихтиёрийлик (ДРЖ иштирок этишга маълумот олган ҳолдаги рози бўлишлик);
2. даволаш ва реабилитация чора-тадбирларининг комплекслиги, босқичлилиги ва узлуксизлиги, уларнинг етарли даражада узоқ муддатлилиги, амбулатор ва стационар ёрдамнинг ўзаро узвийлиги;

3. реабилитация ишлари шаклларининг (моделларининг) хилма-хиллиги ва индивидуаллиги.

ПАМга тобеликка чалинган беморларда ТИР жараёнини мураккаблаштирадиган муаммолардан бири шундаки, уларнинг баъзи руҳий функциялари ПАМни истеъмолини бошлаш натижасида юзага келмайди, бошқа руҳий функциялар эса ПАМ истеъмоли натижасида бузилади. Шу сабабдан реабилитация дастурини тузишда ТИРнинг нафақат реабилитация омилларини, қолаверса абилитация омилларини ҳам инобатга олиш лозим. Шу билан бирга, абилитация деганда беморларда у ёки бу сабабларга кўра етишмаётган ва шаклланмаган функцияларни шакллантиришга қаратилган тиббий, психологик, педагогик, юридик, касбий ва ижтимоий чоратadbирлар тизими тушунилади.

ПАМга тобеликка чалинган беморларни, ПАМга қарамликнинг биопсихосоциал-маънавий табиатини ҳисобга олган ҳолда ТИР тамойиллари:

1. ТИР жараёнида беморни фаол ҳамкорликка жалб қилиш, шериклик тамойили;
2. кўп тармоқлилиқ тамойили, саъй-ҳаракатларнинг кўп қирраллиги, уларнинг беморлар фаолиятининг турли соҳаларига: психологик, касбий, оилавий, ижтимоий, бўш вақтга йўналтирилиши;
3. биологик ва психосоциал таъсир усулларининг яхлитлигига (комплексликка) риоя қилиш тамойили;
4. реабилитация жараёнининг турли элементларини қўллашда маълум кетма-кетликка риоя қилган ҳолда кўрсатиладиган хизматларнинг (тадбирларнинг) босқичлилиқтамойили.

ТИР самарадорлигини белгилайдиган шартлар:

1. беморни ДРЖда иштирок этишга ундайдиган шахсий реабилитация потенциалининг мавжудлиги;
2. реабилитация жараёнини муваффақиятли амалга ошириш учун беморнинг шахсий жавобгарлиги;
3. бемор учун ижобий, шахсан муҳим ижтимоий қадриятларига таяниш;
4. ДРЖни ҳуқуқий ва ташкилий жиҳатдан регламентлашни таъминлаш;
5. реабилитация бўлимида мутахассисларнинг ягона "бригадасини" (жамоасини) яратиш: врач-нарколог, врач-психотерапевт, врач-тиббийпсихолог, ижтимоий ходим (ўрта тиббий ходим).

Реабилитация жараёнининг самарадорлиги ДРЖ технологиясини тўғри ташкил этиш ва қўлланиладиган ёндашув ва усулларни максимал даражада индивидуаллаштиришга боғлиқ. Шунга кўра, тобелик синдроми бўлган беморларнинг ТИРси қуйидагиташкилий тамойилларга асосланиши керак:

ТИР тизимида беморларни динамик гуруҳлаш тамойили

ПАМга тобелик синдромининг ремиссиясини шакллантиришнинг асосий ва муҳим прогностик омили беморнинг ПАМ истеъмолини рад этишга йўналишидир. Беморларнинг ушбу тоифаси, айниқса, тобелик синдромининг фаол босқичидаги бемор билан ўзаро алоқада бўлганида (ПАМга патологик мойиллик синдроми, хулқ-атвор стереотипининг, наркотикларни истеъмол қилувчилар субкультурасини таъсири остида) ПАМ истеъмолидан воз кечиш мотивациясининг (йўналиши) турғунсизлиги билан тавсифланади. ДРЖни ташкил этишнинг энг муҳим вазифаси – даволанишга ва ТИР ўташга йўналиши бўлган беморларни, индукция таъсирини бартараф этиш учун ҳали бундай йўналиш шаклланмаган беморлардан алоҳида ажратиш.

Беморнинг ижтимоий фаоллиги векторига қараб мослашувчан ижтимоий босим тизими

ПАМни истеъмом қилишни рад этиш йўналишида бўлган беморлар учун ихтиёрийлик ва беморларнинг ижтимоий ҳолатига юмшоқ муносабатда бўлган бошқа тамойилларни ҳисобга олган ҳолда даволаш дастурларининг ташкилий шакллари тақдим этилади. Ижтимоий босим шаклларида тўғри ташкил этилган гиёҳвандликка қарши ташвиқот ва беморларни тегишли даволаш дастурлари ҳақида хабардор қилиш етарли бўлади.

ДРЖ тизимида ушланиб қололмайдиган ва наркотикларни суиистеъмом қилишни давом эттирадиган беморлар учун “истеъмомчи-жамият” муносабатлари янада қатъий тартибга солиниши ва ДРЖни ташкил этишнинг янада қатъий шакллари назарда тутилиши керак: очиқ, ярим очиқ ва ёпиқ реабилитация муҳити.

Ижтимоий босим ва беморларни динамик гуруҳлаш тизими беморларнинг максимал сонига ижтимоий зарар етказмасдан тиббий, психологик ва ижтимоий ёрдам кўрсатиш, шунингдек, моддий ресурслар ва тиббий (психологик, ижтимоий) ходимларни оқилona тақсимлаш имконини беради.

ТИР ташкил этишда дастурий-мақсадли ёндашув

ДРЖнинг ташкилий асосларини ишлаб чиқиш доирасида беморларнинг руҳий ривожланиши ва ижтимоий фаолияти жараёнини тиклашга қаратилган технологик ўзаро боғлиқ тадбирлар (дастурлар) кетма-кетлиги - реабилитация жараёнининг алгоритми ишлаб чиқилган.

ТИР алгоритми қуйидаги чора-тадбирларни ўз ичига олади:

1. Дастлабки маслаҳат ва мотивацион интервью кўринишидаги аралашув (беморлар, уларнинг қариндошлари билан бирламчи маслаҳат ва беморни ДРЖга киритиш учун мотивация).
2. Беморнинг клиник, психологик ва ижтимоий ҳолати ва РПД диагностикаси: реабилитация тадбирлари учун хавф омилларини аниқлаш; реабилитация тадбирларини амалга оширишни чекловчи омиллар; организмнинг морфологик параметрлари ва функционал захиралари; юқори руҳий функциялар ва эмоционал доиранинг ҳолатлари; кундалик ва касбий кўникмаларни сақланганлик даражаси; реабилитация жараёнининг натижасига таъсир қилувчи агрессив ва қўллаб-қувватловчи атроф-муҳит омиллар.
3. ПАМ истеъмом қилиш билан боғлиқ бўлган ўткир, яримўткир ва резидуалруҳий ва хулқ-атвор бузилишларининг психофармакотерапияси.
4. ТИРнинг мақсади ва вазифаларини шакллантириш, ИРДни ишлаб чиқиш, даволаш ва ТИРга мувофиқликни шакллантириш билан медикаментоз ва номедикаментоз терапияни комплекс қўллаш.
5. Тиббий назорат ва реабилитация муҳитини шакллантириш, оила, манфаатдор ташкилот ва идоралар билан ўзаро ҳамкорлик.
6. Психотерапиянинг ижтимоий йўналтирилган усулларидадан фойдаланган ҳолда беморларнингреадаптациясига қаратилган ижтимоий йўналтирилган фаолият: хулқ-атвор психотерапияси (“рағбатлантириш-жазолаш” тизими, ижтимоий кўникмалар тренинги, вазиятли тренинг), группавий дискуссияли психотерапия, оилавий психотерапия. Психофизиологик, эмоционал ҳолатни ва хулқ-атворнинг ўзини ўзи бошқариш даражасини ошириш учун махсус усуллардан фойдаланиш мумкин, жумладан, аутоген тренировкиси, даволаш физкультураси, спорт машғулоти.
7. Беморларнинг ўзлари ташкил қилган ёки жамоат нодавлат ташкилотларини жалб қилган ҳолда соғайиб кетаётган беморларнинг тиббий субкультурасини шакллантириш.
8. ТИР самарадорлигини баҳолаш ва унинг прогнози.

ТИРнинг ҳар бир босқичи муаммоларни дифференциаллашган тарзда ҳал қилиш учун тиббий ташкилотнинг таркибий бўлинмаларини ташкил этишни, шунингдек, даволаш ва ТИР учун аниқ дастурлар амалга ошириладиган ишларнинг изчиллиги ва узлуксизлигини таъминлашни ўз ичига олади.

ТИР самарадорлиги кўп жиҳатдан беморнинг ижобий ўзгаришларга тайёрлиги ва унинг тиббий даволаниш ва реабилитация тадбирларига кириш имконияти билан белгиланади, бу қуйидаги шартларга боғлиқ:

1. беморда РПДнинг етарли даражадаги мавжудлиги;
2. беморнинг реабилитация жараёнида ихтиёрий иштирок этиши;
3. беморнинг ПАМ истеъмолидан воз кечишга розилиги;
4. реабилитация жараёнининг муваффақиятиликни яқун топиши учун бемор томонидан шахсий жавобгарликни тан олиши;
5. мутахассислар билан ишончли ва ҳамкорлик муносабатларда бўлиш.

Шу билан бирга, ТИР самарадорлиги тиббий ташкилот томонидан кўрсатиладиган ТИР хизматларининг ҳажми ва сифатига боғлиқ бўлиб, у қуйидаги шартлар билан белгиланади:

1. беморга таъсир қилишнинг ижтимоий-психологик ва тиббий-биологик усулларининг бирлиги;
2. реабилитация ишларининг шакллари (моделлари) хилма-хиллиги ва уларнинг индивидуал қўлланилиши;
3. ДРЖни босқичма-босқич амалга оширилиши;
4. ДРЖнинг ҳуқуқий ва ташкилий тартибга солинишини таъминлаш;
5. реабилитация бўлимида (марказида) кўп тармоқли мутахассислар жамоасини яратиш: психиатр - нарколог - тиббий психолог - ижтимоий ходим ва керак бўлганда бошқа тиббий мутахассислик бўйича маслаҳатчи шифокор;

ТИРихтисослаштирилган тиббий ёрдам доирасида режалаштирилган шаклда амалга оширилади.

Беморнинг руҳий ва жисмоний ҳолатларининг хусусиятларига, унинг ижтимоий ҳолатига, реабилитация ўташга бўлган иштиёқи мавжудлигига қараб ТИР қуйидаги шароитларда амалга оширилади:

- кўп йиллик ремиссияси бўлмаган, РПДси ва ижтимоий фаолият даражаси паст бўлган беморларни стационар ёки ярим стационар (кечаю-кундузёки кундузи тиббий кузатув ва даволанишни таъминлайдиган) шароитларда;
- юқори ва ўрта РПДбўлган беморлар учун амбулатор (касалхонадан кейинги, кечаю-кундуз тиббий назоратни ва даволанишни кўзда тутмайдиган) шароитларда. РПД даражаси паст бўлган беморларнинг стационар ТИР дастурларидан амбулатор ТИР дастурларига ўтказилиши РПДнинг ортганидан кейин амалга ошиши мумкин.

**«ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ДАСТУРЛАРИНИ ТУЗИШ» БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК БАЁННОМА**

Тошкент 2025

Тиббий-ижтимоий реабилитация дастури

Тиббий-ижтимоий реабилитация дастури (ТИРД) энг қисқа вақт ичида мумкин бўлган максимал самарага эришиш учун даволаш-реабилитация жараёнининг ташкилий-услубий асосини ифодалайди.

ТИРД бир нечта асосий блокларни ўз ичига олади: тиббий, психологик (психокоррекция), психотерапевтик ва ижтимоий.

Тиббий блок беморнинг клиник ва ижтимоий ҳолатини диагностика қилишни ва кўрсатмаларга мувофиқ фармако- ва психофармакотерапияни ўз ичига олади.

Психологик блок беморлар ва уларнинг қариндошлари билан нейро- ва патопсихологик диагностикани, психологик маслаҳат, психокоррекция, психотаълимий ишларни ўз ичига олади, шунингдек, реабилитация хизматларини кўрсатувчи ходимлар орасидасупервизияни амалга оширади. Беморларнинг индивидуал, жинси ва ёши омилларини ҳисобга олган ҳолда ривожлантирувчи ва психокоррекцияловчи дастурларни ишлаб чиқади ва амалиётга татбиқ этади, беморларнинг хоҳиш-истаклари, қобилиятлари ва вазиятий имкониятларини ҳисобга олган ҳолда касбга йўналтириш бўйича ишларни амалга оширади. Амалга оширилаётган психологик ва профилактик чора-тадбирларнинг самарадорлигини баҳолайди.

Психотерапевтик блок психотерапевтик аралашувнинг адекват усулларига мувофиқ психотерапевтик жараённинг группавий ва индивидуал шаклларини ўз ичига олади.

Психологик ва психотерапевтик таъсирлар ягона мақсадларга қаратилган бўлади: беморларнинг эмоционал, когнитив, ҳулқ-атвор, мотивацион доираларига.

Психологик ва психотерапевтик таъсир этиш беморлар ва уларнинг қариндошлари билан куйидаги вазифаларни бажаришга қаратилган бўлади:

- ўз касаллигини инкор этишни (анозогнозияни) енгишга;
- касалликнинг мавжудлиги фактини тушуниш ва қабул қилиш;
- ПАМдан воз кечишга шахсий муносабатни шакллантириш;
- ПАМга патологик мойилликни енгиш кўникмаларини шакллантириш ва психологик ҳимоя воситаларини тан олиш, касалликнинг зўрайиши белгиларини англаш;
- иррационал муносабатларни, дезадаптив шахсий хатти-ҳаракатлар моделларини, аддикцияни қўллаб-қувватловчи автоматик фикрларни англаб етиш;
- касаллик зўрайишининг энг типик когнитив механизмларини билиш.

Психологик ва психотерапевтик таъсирлар тиббий-ижтимоий реабилитациянинг барча босқичларида амалга оширилади.

Психологик таъсир - бу психологик жараён ва психотерапия ва психологик маслаҳат доирасидаги шахслараро ўзаро таъсир жараёни бўлиб, унинг давомида беморда ўзига ва ўз қобилиятига ижобий ишонч ҳисси пайдо бўлади, бунда шахснинг ижобий томонлари ва афзалликларига эътибор қаратилади. Меҳнат қилиш, касбий, ижтимоий фаолиятини амалга оширишга тўсқинлик қиладиган психологик муаммоларни тўлиқ ҳал қилиш ёки долзарблигини камайтириш натижасида ўз-ўзини ҳурмат қилиш кучайтирилади, инсоннинг психологик ҳолатини оптималлаштирилади. ТИРДда психологик ёрдамдан фойдаланишнинг асосий вазифаси инсонга ички захираларини аниқлашга ёрдам бериш ва улардан фойдаланишга тўсқинлик қилувчи омилларни бартараф этишдир.

Психологик ёрдам психотерапия ўрнини босмаслиги керак, чунки у шахсиятнинг чуқур ўзгаришига тўсқинлик қилиши мумкин.

Психотерапевтик таъсир (психотерапия)- психологик воситалар ёрдамида организмнинг бузилган фаолиятини ўзгартириш ва соғлом ҳолатга қайтаришда мақсадли профессионал ёрдам бўлиб, шахсият ва ҳулқ-атвор бузилишларини бартараф этишга, беморнинг шахслараро муносабатларини оптималлаштиришга, ТИРДда иштирок этиш мотивларини кучайтиришга, ПАМлар истеъмолидан воз кечишга ва ресоциализацияга қаратилгандир.

Психотерапевтик усуллар ва психологик ёрдам усулларини танлаш ва уларнинг давомийлиги РПД, асосий касаллик клиникасининг хусусиятлари, беморнинг шахсий ва ижтимоий ҳолати билан белгиланади. Санаб ўтилган психотерапия усулларида камда биттасини амалга ошириш мажбурийдир: когнитив, бихевиорал (ҳулқ-атвор), психодинамик, гуманистик, тизимли, шунингдек, оилавий психотерапия. Наркологияда реабилитация вазифаларини ҳал қилиш оилавий муаммоларни ташхислаш ва коррекциялаш, шунингдек, оила ичидаги реабилитация муҳитини яратиш учун оилавий психотерапиядан албатта фойдаланишни назарда тутди. Бутун оила бемор сифатида ишлайди, унинг аъзолари психотерапевтик таъсир туфайли оила ичидаги алоҳида мулоқотни ўрганадилар, ота-оналар қўшимча равишда бемор фарзадлари билан ўзаро муносабатда бўлиш кўникмаларига, ПАМлар истеъмоли қилишнинг ва касаллик рецидивларининг олдини олиш ва аниқлаш қобилиятига эга бўладилар.

Социал блок беморнинг ижтимоий (оилавий) тизими билан ишлашни, шу жумладан психологик ва психотерапевтик усулларни ва реабилитация ижтимоий хизматларини кўрсатишни назарда тутди. Ижтимоий ёрдам бўйича мутахассис ва ижтимоий ходим ПАМга тобеликка чалинган беморларнинг ижтимоий ҳолатини, шу жумладан таълим даражаси, меҳнатга тайёргарлик даражаси, аниқ касбий билимлари, ишлаган манзиллари, иш ва ўқишга бўлган муносабати, иш стажининг давомийлигини ўрганади. Айниқса ишлаб чиқариш жамоаси ва раҳбарият билан муносабатлари, оилавий аҳволи, оила аъзолари билан шахслараро муносабатлар сифати ҳақида маълумотлар йиғади. Олинган маълумотлар ижтимоий йўналиш, ижтимоий дезадаптация, оилавий муаммолар ва муайян оиланинг деструктивлик даражаси ҳақида объектив хулоса чиқариш имконини беради. Маълумотлар блоки ижтимоий йўналишни тўғрилаш, интраперсонал муносабатларни психокоррекция қилиш учун оилавий реабилитация муҳитини яратиш учун ишлатилиши мумкин, уларсиз беморларнинг тиббий-ижтимоий тикланиш муаммоларини ҳал этиб бўлмайди.

ПАМга тобелик билан касалланган шахсларга реабилитация ижтимоий хизматлари - бу ПАМга тобеликдан халос бўлиш йўли билан ижтимоий саломатлик ва жамиятда ишлаш (реинтеграция) қобилиятини тиклашга қаратилган психологик, тарбиявий, педагогик, психологик, ҳуқуқий ва ижтимоий чора-тадбирлар мажмуи, шахсият ва ижтимоий мавқени тиклаш, соғлом турмуш тарзига риоя қилишни ўзгартириш ва тиклаш, ПАМ истеъмолидан воз кечган шахс учун мақбул яшаш муҳитини яратиш.

Ижтимоий реабилитация ТИРнинг албатта бажарилиши лозим бўлган компоненти ҳисобланади.

Ижтимоий реабилитация чора-тадбирлари қуйидаги йўналишларда амалга оширилади, уларнинг ҳар бири мустақил аҳамиятга эга:

1. Беморларга ёрдам беришнинг ҳуқуқий шакллари, шифокор сирга риоя қилиш, даволанишга розиликни расмийлаштириш.
2. Вақтинчалик ишга лаёқатсизлик бўйича экспертиза ўтказиш: рўйхатга олиш, нафақа тўлаш, ишга қайтганидан кейин иш жойининг сақланишини таъминлаш.
3. Ишга лаёқатнинг турғун йўқолиши бўйича экспертизани ўтказиш: ногиронликнинг III ёки II гуруҳини ҳисобга олиш ва меҳнат шароитларининг керакли йўналишини сақлаб қолиш ёки

Ўзгартириш, I гуруҳни рўйхатга олиш ва беморни парвариш қилишни ташкил этиш, ногиронликни расмийлаштириш.

4. Ишлаб чиқаришда ногирон бўлмаган беморларнинг манфаатларини ҳимоя қилиш: вазиятни эксперт баҳолаш, олдинги иш шароитларини сақлаш чоралари, уларни зарур йўналишга ўзгартириш чоралари, маъмурият билан низоларни ҳал қилиш.
5. Беморнинг муайян турдаги фаолиятни амалга оширишига қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун экспертиза ўтказиш: экспертиза тайёрлаш, текширув вақтида беморларнинг манфаатларини ҳимоя қилиш ва уларнинг меҳнат шароитларини кейинчалик ўзгартириш, муайян фаолият билан шуғулланиш учун қарши кўрсатмаларнинг ўз вақтида бекор қилинишини назорат қилиш.
6. Оилада беморларнинг манфаатларини ҳимоя қилиш: оилавий низоларни ҳал қилиш, беморларнинг моддий аҳволини яхшилаш, ажралишда ёрдам бериш.
7. Беморларда аввалги қизиқиш ва севимли машғулотларини тиклаш ва янги қизиқиш, севимли машғулотларини шакллантириш чора-тадбирлари.
8. Терапевтик жамоалар билан ишлаш: уларни ташкил қилиш, беморлар ўртасида норасмий алоқаларни ўрнатиш, бўш вақтларини биргаликда ўтказиш, "ҳимоя" мафкурасини тарбиялаш.
9. ПАМга тобеликка чалинган беморларга ёрдам кўрсатувчи давлат органлари ва корхоналар, жамоат ташкилотлари ва шахслар билан ўзаро ҳамкорлик.

ТИР доирасидаги реабилитация тадбирлари қуйидаги мутахассисларнинг ўзаро ҳамкорлиги орқали амалга оширилади:

1. Кўрсатиладиган тиббий ёрдам профилидаги шифокор-мутахассислар: нарколог, психотерапевт, тиббий психолог, даволаш физкультураси шифокори, физиотерапевт, стационар ёрдам кўрсатадиган тиббий муассасаларнинг палатавий ихтисослаштирилган бўлимлари ҳамширалари; амбулатория шароитида тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббиёт ташкилотлари кабинетларининг ҳамширалари;
2. Реабилитация тадбирларининг хавфсизлиги ва самарадорлигини назорат қилувчи терапевтлар, ултратовуш диагностикаси шифокори, клиник лаборатория диагностикаси шифокори, невропатолог, гинеколог (қўшимча равишда, кўрсатмалар бўйича);
3. Олий нотиббий маълумотга эга бўлган мутахассислар (даволаш физкультураси бўйича инструктор-методистлар, ижтимоий иш бўйича мутахассислар, турли профилдаги ўқитувчилар);

ТИР нарколог, тиббий психолог, психотерапевт, ижтимоий иш бўйича мутахассис ва (ёки) ижтимоий ходимдани борат мультидисциплинар мутахассислар бригадаси томонидан амалга оширилади. Бригада аъзолари ТИРнинг ҳар бир босқичида ўзларининг касбий бурчлари чегараларини аниқ тушунадилар ва реабилитация қилинганларнинг тиббий-психологик тадбирлардан асосан ижтимоий дастурларга босқичма-босқич ўтишлари учун замин яратадилар.

ТИРДнинг координацияси: тиббий блок - нарколог, психологик блок - тиббий психолог, ижтимоий блок - ижтимоий иш мутахассиси (ижтимоий ходим).

Тиббий кўрсатмалар. ПАМга тобеликка чалинган беморлар, агар уларда тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлса, даволаниш тугагандан сўнг ТИРга юборилади.

ТИР касалликнинг давомийлигидан қатъи назар, беморнинг клиник ҳолатининг турғунлигини ҳисобга олган ҳолда ва РПДга қараб, ТИРнинг баъзи усулларига қарши кўрсатмалар бўлмаса,

лекин баъзи усулларга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса ҳам, бу ТИР учун қарши кўрсатма бўлиб хизмат қилмайди, ТИР барибир амалга оширилади.

ПАМга тобеликги бўлган бемор учун индивидуал реабилитация дастури –бемор учун оптимал бўлган реабилитация тадбирларининг мажмуаси, шу жумладан организмнинг бузилган ёки йўқолган функцияларини тиклашга, компенсация қилишга, беморнинг муайян турдаги фаолиятни амалга ошириш (ўқитиш, иш) бўйича қобилиятини тиклашга, компенсация қилишга қаратилган тиббий, профессионал ва бошқа реабилитация тадбирларини амалга оширишнинг ҳар хил турлари, ҳажмлари, муддатлари ва тартиблари. ИРД бемор билан келишилган бўлиб, бу унинг психотерапевтик аҳамиятини оширишга ва беморнинг уни амалга ошириш учун масъулиятини оширишга имкон беради. Реабилитация хизматларини кўрсатишнинг ҳар бир босқичи ва тури хизматлар истеъмолчиси (бемор) ва реабилитация муассасаси ўртасидаги шартномада акс эттирилган, у билиши ва эришишга интилиши керак бўлган аниқ реал эришиш мумкин бўлган мақсадга қаратилгандир.

Беморнинг клиник ва ижтимоий хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда, реабилитация бригадасининг мутахассислари ПАМга тобелик бўлган беморни комплекс ҳолда жисмоний, психологик ва ижтимоий тиклаш учун ТИРнинг ўзига хос воситалари ва усулларини (яъни, медикаментоз/номедикаментоз (психотерапевтик) даволаш усулларини шакллантирадilar.

Реабилитация тадбирлари босқичга қараб тиббий ташкилотнинг қуйидаги биноларида кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилади:

1. бемор жойлашган палатада;
2. ихтисослаштирилган бўлимнинг психотерапия, тиббий психология, физиотерапия ва бошқа хоналарида (залларида);
3. реабилитация, психотерапия, даволаш физкультураси, физиотерапия, рефлексотерапия, тиббий психология бўлимларида (хоналарида).

Тиббий-ижтимоий реабилитация дастурининг асосий терапевтик омиллари

1. ТИРДгақўшилиш, иштирок этиш ва ундан чиқишнинг **ихтиёрийлиги**.
2. ТИРДдаиштирок этишнинг **махфийлиги**.
3. Реабилитация бўлими (маркази) ходимлари ва бемор ўртасидаги ўзаро ҳурмат ва тушунишга асосланган **муносабатларнинг ҳамкорлик модели**.Юзага келган муаммолар барча беморлар ва ходимларнинг умумий йиғилишида ҳал қилинади, бу беморларга ўз ҳис-туйғуларини ифода этиш, ёрдам сўраш ва олиш, низоларни ҳал қилишга имкон беради ва ҳ.к.
4. **Медикаментоз терапия** кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилади, беморга бу ҳақда маълумот берилади, бу унинг аҳволининг мумкин бўлган ёмонлашувидан қўрқилишини камайтиради.
5. **ДРЖ тадбирларининг изчиллиги ва узлуксизлигини** таъминлаш учунрежалаштирилаётган тадбирларни муҳокама қилишда беморнинг фаол иштироки таъминланади, бу эса ўз навбатида кучли таъсир этувчи омил бўлиб хизмат қилади.
6. **Группавий психотерапия ва гуруҳ динамикаси** меҳнатни ташкил этиш шакллари сифатида энг муҳим терапевтик омил ҳисобланади.Гуруҳ ишининг асосий йўналишлари: ўз-ўзини англаш, ўзини намоён қилиш, ҳис-туйғулар ва уларнинг намоён бўлиши билан ишлаш, шахслараро мулоқотни ўрнатиш тренинги, чуқур ҳиссий кечинмаларга муносабат билдириш кўникмаларини эгаллаш, экстремал вазиятларда хатти-ҳаракатларни ўргатиш тренинги, топшириқлар бўйича мустақил ишларни группавий таҳлили.

7. **Индивидуал маслаҳатлар.** Шахсий психотерапия машғулотида ишлаш стресс ва ўз ҳис-туйғуларини енгишнинг самарасиз усулларини (инкор қилиш, муаммолардан қочиш, девальвация ва б.) енгиш, шахсий муаммоларни тушуниш, уларни ҳал қилиш йўлларини топишга қаратилган. Сессия давомидаги иш мустақил иш учун топшириқлар билан тўлдирилади, бемор билан биргаликда соғайиш ва шахсий ўсишнинг индивидуал дастури тузилади. Бу унинг ўзини ўзи ҳурмат қилишига, ўзи самарадорлигини оширишга, ўзига бўлганбаҳони ошишигаолиб келади, яъни кучли ҳимоя ва шифо омилига айланади.
8. Наркологик касалликнинг табиати, ўзига хос хусусиятлари, ривожланиши ва оқибатлари, наркологик касалликка чалинган беморнинг ва унинг оила аъзоларининг психологик ва шахсий хусусиятлари, аноним алкогольликлар ва аноним наркоманлар (АА/АН) ва бошқа кўплаб масалалар тўғрисидаги маърузалар давомида беморнинг **назарий тайёргарлиги** ҳушёрликни сақлаш, тобеликка чалинган беморнинг шахсиятини ўзгартириш, стрессни енгиш, касалликнинг мумкин бўлган қайталанишининг олдини олиш учун зарур бўлган билимларни беради.
9. Ҳар хил медитация (ўзини бошқариш) усулларини қўллаш асосида **ўзхулқ-атвор ва руҳий ҳолатни ўзи тартибга солишга ўргатиш**, унинг ривожланиши беморга кайфиятни назорат қилиш воситаларидан бирини беради, дам олиш кўникмаларини эгаллашга, стресс билан курашишга имкон беради;
10. Бемор ўзлаштирган **рефлексия техникалари** ва мониторинг қилиш усуллари унга кун натижаларини сарҳисоб қилиш имконини беради (беморга ўз ҳис-туйғуларини, кайфиятини, кун давомида бошдан кечирган ҳаракатларини ўзи таҳлил қилиш имкониятини берадиган кундалик процедуралар). Бироқ, бундан ҳам муҳими, бундай усуллар ўз ҳолатини назорат қилиш, пайдо бўлган муаммоларни ва исталмаган аффектив реакцияларни бартараф этиш учун ўз ҳаракатларини онгли равишда режалаштириш имконини беради.
11. Бемор учун "буфер" вазифасини ўтайдиган, стрессни енгиллаштирадиган, касалликнинг рецидивларини олдини оладиган ижтимоий тармоқни ташкил қилиш мақсадида яқинлари билан муносабатларни тиклаш ва уйғунлаштириш, оилавий муносабатларнинг дисфункционал шаклларини бартараф этишга қаратилган **беморнинг оиласи билан ишлаш**.
12. **Даволанишдан кейинги гуруҳлар** терапевтик таъсир омили сифатида катта аҳамиятга эга, чунки уларда беморлар ТИРД давомида олган билим ва кўникмаларини кенгайтирадилар. Бундай гуруҳлар, шунингдек, бемор учун ижтимоий қўллаб-қувватлаш манбаи, янги ижтимоий тармоқ бўлиб, инқирозли вазиятларни бартараф этиш воситаларидан бири бўлиб хизмат қилади. ТИР ўтиши учун даволашдан кейинги гуруҳлар амбулатория шароитида амалга оширилади.

Даволаш-реабилитация жараёнининг даврлари ва тиббий-ижтимоий реабилитациянинг босқичлари

ДРЖ бир қатор даврларни ўз ичига олади: 1. тикловчи (реабилитациядан олдинги) давр; 2. бевосита реабилитация даври; 3. профилактика (реабилитациядан кейинги) давр.

ДРЖнинг тикловчи (реабилитациядан олдинги) даври ПАМлар истеъмоли натижасида юзага келган ўткир ва яримўткир бузилишларни бартараф этишни ўз ичига олади.

ПАМлардан ўткир ёки сурункали захарланиш натижасида юзага келган ўткир ва яримўткир бузилишларни бартараф этиш наркологик беморларни ташхислаш, даволаш ва тиббий-ижтимоий реабилитация қилиш Стандартларига, тобелик синдромини ташхислаш ва даволаш бўйича клиник тавсияларга ва баённомаларга мувофиқ давлат ва хусусий наркология муассасалари томонидан амалга оширилади.

Бемор стационар шароитда ёрдам олиш учун тиббиёт муассасасига келиб тушган вақтдан бошлаб фаол психотерапевтик муолажалар бошланиб кетади.

Ушбу босқичда бемор ва унинг оила аъзолари ТИР дастурининг тамойиллари ва вазифалари билан танишадилар, ушбу муассасада амалга ошириладиган ТИР дастури имкониятларидан, ундан кутаётган натижаларни муҳокама қилиб, ўз манфаатларини келишиб оладилар, **мутахассислар маслаҳатини** оладилар. Зарур ҳолларда шундай маслаҳатлар бир неча марта амалга оширилади.

Бажарувчилар: врач-нарколог, врач - тиббий психолог, ижтимоий ходим. Ушбу босқичда амалга оширилган ишларнинг самарадорлиги беморнинг ТИР дастурида иштирок этишга тайёрлиги ва дастурда иштирок этиш тўғрисидаги келишув шартномасига розилик имзосини қўйиши билан баҳоланади.

Бевосита реабилитация босқичи (интенсив реабилитация дастури) ДРЖнинг энг асосий даври ҳисобланади. ТИРнинг ушбу босқичи ўз навбатида шартли равишда бир-бири билан ўзаро боғлиқ ва кетма-кет бўлган учта босқичга бўлинади: адаптация, интеграция ва стабилизация.

ТИР биринчи босқичи – адаптация босқичи.

Босқичнинг мақсади: имкон борича беморининг юқори даражадаги жисмоний, руҳий ва ижтимоий саломатлигига ҳамда максимал даражада реабилитация муҳитига ва тиббиёт муассасасининг иш режимига мослашишига эришиш.

Босқичнинг вазифалари:

- 1) Беморга ИРДга мувофиқ тиббий (фармакотерапевтик, физиотерапевтик ва б.), психологик ва психотерапевтик ёрдам кўрсатиш.
- 2) Беморни реабилитация дастурига жалб этиш ва унга мослаштириш, реабилитация дастурида иштирок этувчи тиббий ходимлар ва бошқа беморлар билан таништириш.
- 3) Реабилитация дастурида иштирок этиши учун мотивацияни шакллантириш ва уни яна ҳам кучайтириш.
- 4) Беморларда ПАМга тобеликнинг сабаблари кўпомилли эканлиги тўғрисида тушунчаларни шакллантириш, касалликнинг салбий тиббий ва ижтимоий асоратларини тан олишига эришиш.
- 5) ДРЖни амалга оширишда ва соғайиб кетишда шахсий жавобгарлик беморларнинг ўзларига юклатилиши аҳамияти тўғрисида тушунчани шакллантириш.
- 6) Агар бемор амбулатор реабилитация дастурини ўтаётган бўлса, ижтимоий саломатлик сақланган (ПАМлар истеъмол қилинмайдиган) муҳитда коммуникативлик ва ҳулқ-атвор кўникмаларини тиклаш, оила аъзолари билан ижобий муносабатларни шакллантириш, барча ўзининг оилавий вазифаларини бажаришга эришиш.
- 7) Беморнинг қариндошлари билан психотерапевтик ишларни амалга ошириш.

Ушбу босқичнинг чора-тадбирлари асосан тиббий-психологик йўналишда амалга оширилади ва қуйидагиларни ўз ичига олади:

- врач-нарколог, тиббий психолог ва ижтимоий ходим томонидан беморларга маслаҳат бериш, уларни кўриқдан ва текширувдан ўтказиш;
- беморни ТИР дастурида иштирок этиши учун психокоррекция ва мотивациялаш чора-тадбирларини амалга ошириш;
- рецидивга қарши чора-тадбирлар (психофармакотерапевтик, психологик, психотерапевтик, физиотерапевтик, ижтимоий) комплексини амалга ошириш;

- беморнинг қариндошлари билан психотерапевтик ва психокоррекция ишларини амалга ошириш.

Кўпчилик беморларда гепатитлар, юрак-томир тизими патологияси, туберкулёз, жинсий доирасида либидо ва потенциянинг бузилишлари учрагани туфайли **тегишли мутахассисларнинг** маслаҳатларини амалга ошириш лозим бўлади. Барча терапевтик чоралар беморни даволашнинг самдорлигини оширишга ва уни ТИР дастурида имкон борича максимал даражада иштирок этишини таъминлаш мақсадида, унинг хулқ-атворини, мотивациясини, иқрорликларини, эмоционал реакциясини ўзгартиришга йўналтирилган.

Дастлабки аралашувлардан бири, бу беморни ТИР ўташга етаклаб келган муаммоларнинг мазмун моҳиятини батафсил тушунтириб бериш. Бемордан бирламчи маълумот тўплашда тиббий психолог ундан олган маълумотни шу қадар сифатли тузиши лозим бўладики, бунда бемор унинг ҳаётида юзага келган муаммоларни аниқ равшан англаб етиши керак бўлади. Бирламчи маълумот беморнинг нафақат тиббий ёки психологик муаммоларини, қолаверса қонунбузарлик билан боғлиқ бўлган, молиявий ҳолати ва меҳнат билан таъминланганлик муаммоларини ҳам ёритиши керак.

Кўпинча беморнинг аҳволи биринчи куннинг ўзидаёқ унинг ҳолати тўғрисидаги маълумотларни батафсил ёритишга имкон бермайди. Шунинг учун бемор билан ишлаш кейинги кунлар ҳам давом этади.

Ушбу босқичда тиббий психологнинг вазифаси наркологик беморда ТИРда иштирок этишга ишонч ва иштиёқ шакллантиришдан иборат бўлади. Бу жараёнда тиббий психолог биринчи навбатда ҳамдардлик билдирувчи шахс сифатида ўзини тутиши керак бўлади.

Бемор билан раппорт ўрнатишда тиббий психологдан бемор учун тушунарли сўзлар, тушунчалар, яъни беморнинг “тилида” гаплашиш талаб этилади. Бунда албатта беморга бўйсунуш, у билан “кўча тилида” гаплашишга йўл қўйилмайди. Шу билан бирга нутқ бу ўзаро алоқа воситаси эканлиги, муомала маданияти ҳақида ҳам унутмаслик керак. Эмпатия — бу ҳамдардлик дегани. Бунда сўхбатдошлардан бири иккинчисининг ҳиссиётларига киришиб кетиш даражасида бир-бирини тушуниб етади. Бу ҳолатда ўзаро тушуниш муносабатлари пайдо бўлади. Бемор билан раппорт ўрнатиш орқали тиббий психолог кейинги маслаҳатларни амалга ошириш ва ТИР дастурининг мақсадига эришиш учун замин яратади. Наркоманияга чалинган беморларнинг асосий психологик ҳимоя шакллари кўпинча инкор этиш, регрессия ва компенсациядан ташкил топади. Шунини таъкидлаш лозимки, соғлом инсонларга қараганда ПАМга тобеликка чалинган беморларда ўз шахсий манфаатларига эришиш мақсадида бошқа одамларни манипуляция қилиб бошқаришга мойиллик кўпроқ бўлади. Бу ҳолатни ПАМ истеъмол қилиш билан боғлиқ бўлган вазиятларда беморларнинг нақадар фаоллашиб, куч-қудратга тўлиб, мақсадга интилувчан бўлиб қолишини кўришимиз мумкин. Бироқ, ушбу фаоллик фақат бир томонлама, ПАМ истеъмоли билан боғлиқ, қисқа муддатли, тўлқинсимон кўринишда бўлади. Шунинг учун тиббий психолог беморлардаги ушбу фаолликни, энергияни фойдали тарафга, ўз оиласи ва соғлиғи тўғрисида қайғуришга, яъни наркотикдан йироқ бўлган фаолиятга йўналтириш лозим.

Координатор – врач - нарколог.

Бемор модели. ТИРнинг адаптацион босқичида беморларда абстинент ва абстиненциядан кейинги синдромларнинг ўткир кўринишлари кузатилмайди, улар психоактив моддаларни суиистеъмол қилишмайди, реабилитация муҳитида психоактив моддаларни қабул қилмасдан ҳаётга мослашишади ва психоактив моддалардан сақланиш шароитида ўзларини қулай ҳис қилишни ўрганишади. Кайфият ўзгарувчан бўлади, кўпинча асабийлашиш, жанжалкашлик, йиғлоқилик кузатилади (кўпинча аёлларда). "Мен соғломман" ва "мен касалман" ўртасидаги

қарама-қаршилик давом этади, яъни беморларнинг кўпчилиги, айниқса ўрта ва паст РПД билан, кўп ҳолларда қилинган танловнинг ўз вақтида ва тўғрилигига амин эмаслар, ўтмишдаги "ширин" туйғулар ва улар билан боғлиқ бепарво ҳаёт ҳақида қайғули хотиралар мавжуд. Кўп жиҳатдан феъл-атворпсихоактив моддаларни истеъмол қилганда врига ўхшайди: дангасалик, иғво ва нопокликка мойиллик, ўз-ўзига хизмат қилиш паст даражаси, оилага оид вазифаларини истамай бажариш, ўқиш жойида дарслар ёки ишни ўзини ўтказиб юборилиши, меҳнатга бўлган бефарқ, бепарвомуносабат ва бошқалар. Бундан ташқари, тез чарчаш, хотира, диққат тўпланиши, иш қобилияти ва бошқаларни бирмунча пасайиши характерлидир.

Шу билан бирга, ижобий шахсий ва ижтимоий фазилатларни босқичма-босқич тикланиши мавжуд. Мослашув ва қайта социализация жараёни норматив ахлоқий хатти-ҳаракатларнинг пайдо бўлиши билан бошланади: беморлар шахсий гигиенага риоя қилишга, дўстона муносабатда бўлишга, рухсат сўрашга, ҳақиқатни айтишга интилишга, оилавий муаммоларни чуқур ўрганишга ва кундалик муаммоларни ҳал қилишда қисман иштирок этишга ҳаракат қилишга, реабилитация дастурига ва ўзини соғлиғини сақлашга қизиқиш билдирадидлар, реабилитация бригадаси аъзолари билан мамнуният билан гаплашишадидлар. Психотерапевтик гуруҳларда улар мактабдаги ва ишдаги муваффақиятлари, ҳиссий ҳолатини яхшиланиши, санъат, спорт ва бошқаларга қизиқишнинг пайдо бўлиши ҳақида батафсил гапириб беришга, бу қиймат тизимининг маълум бир тикланишини ва хулқ-атвор функцияларини такомиллаштиришини кўрсатади.

ТИРнинг адаптацион босқичининг давомийлиги: юқори РПД бўлган беморлар учун 2 ҳафтадан ва ўрта ва паст РПД бўлган беморлар учун 4 ҳафтагача.

ТИРнинг иккинчи босқичи-бу интеграцион босқич.

Мақсад-беморни реабилитация тадбирларида фаол иштирок этишга, беморнинг психофизик ҳолатини барқарорлаштиришга, меъерий шахсий ва ижтимоий фазилатларни шакллантиришга, оилавий муносабатларни тиклашга жалб қилишдир.

Ушбу босқичда муаммони етарлича чуқур тушунишга эришиш учун беморни хабардор қилиш жараёнидан муаммоларни ҳал қилиш усуллари ўргатиш (ўрганиш) жараёнига, касалликка ва касалликнинг қайталанишига олиб келадиган стресс вазиятларига қарши туриш босқичма-босқич ўтиш амалга оширилмоқда.

Вазифалар:

- 1) Беморларни реабилитация бўлимининг (марказининг) иш режимига интеграциялаш.
- 2) Умумий қизиқишлар доираси билан бирлаштирилган ва бир-бирига ижобий таъсир кўрсатадиган барқарор беморлар гуруҳини шакллантириш ва мустаҳкамлаш.
- 3) Реабилитация жараёнида беморларнинг узоқ муддатли иштироки учун мотивацияни ошириш. Ўқиш, иш, бўш вақтни беморлар билан биргаликда режалаштириш.
- 4) Беморларнинг ҳиссий ва когнитив фаолиятини тиклаш.
- 5) Мақсадли фаолиятни ва уларнинг хатти-ҳаракатлари учун жавобгарликни шакллантириш.
- 6) Норматив даъволар ва ижтимоий қизиқишларнинг даражасини ошириш.
- 7) Реал ҳаёт истиқболини шакллантириш.
- 8) Стресс вазиятларига қарши туриш ва гиёҳванд моддаларга "йўқ" дейиш кўникмаларига ўргатиш.
- 9) Спиртли ичимликлар ёки гиёҳванд моддаларга бўлган иштиёқнинг кучайишини аниқлаш ва касалликнинг қайталанишини енгиш қобилиятига ўргатиш.
- 10) Реабилитация гуруҳи аъзолари билан доимий ҳамкорлиги учун мотивация қилиш.
- 11) Оилавий муносабатларни тиклаш.

- 12) Беморларнинг оилаларида реабилитация муҳитини яратиш.
- 13) Қариндошлар билан психотерапевтик иш ва ҳамкор тобелик терапиясини ўтказиш.
- 14) Амалга оширилган ишлар самарадорлигини назорат қилиш ва баҳолаш.

Ушбу босқичда беморларнинг умумий қизиқишлар доираси билан, бир-бирига ижобий таъсир кўрсатишга қодир бўлган, ўқишга иштиёқманд, касб эгаллашга интилаётган, спорт, санъат, ҳайвонларни севадиган ва бошқаларни бирлашган барқарор гуруҳлари шаклланади.

Касалликнинг ички кўринишини ўзгартириш ва коррекциялаш учун наркологик саводсизликни бартараф этиш бўйича ишлар олиб борилади- психоактив моддаларнинг биологик таъсири ва уларни истеъмол қилишнинг тиббий-ижтимоий оқибатлари, психоактив моддаларга тобелик синдромини даволаш тамойиллари тўғрисидабилимлар кенгайтирилади, ҳолатига танқид шаклланади, анозогнозия бартараф этилади.

Ушбу босқичда даволаш ва реабилитация таъсирининг асосий воситаси беморларнинг кичик гуруҳларида (10 кишигача) психотерапевтик машғулотлардир. Гуруҳ психотерапияси психоактив моддаларига тобелик бўлган беморларга таъсир қилишнинг энг яхши усуллари билан бири ҳисобланади, чунки гуруҳ ўзаро таъсирида ўзларини етарли даражада англашни ва "мен" нинг янги қиёфасини шакллантиришни яхшилайдди, психологик ҳимоя барбод бўлади, ҳушёрликка муносабат яратилади ва мустақамланади. Психотерапевтик гуруҳларда беморлар даволанишга эҳтиёж сезадилар, психоактив моддалар истеъмолини рад этишга муносабат билдирадилар. Психотерапевтик гуруҳлар умумий қизиқишларасосида ташкил этилади. ТИР дастурида узоқроқ бўлган 1-2 беморни гуруҳга мураббий сифатида киритиш ижобий таъсир кўрсатади.

Психотерапевтик таъсирнинг асосий усули когнитив ҳулқ-атвор психотерапияси бўлиб, унинг мақсади беморнинг хаотик когнитив тузилишини когнитив фаолиятнинг етарли намуналари билан тўлдириш билан қайта ташкил этишдир. Келажакдаги касалликнинг қайталанишини олдини олишнинг муҳим шарти психоактив моддаларга тобелик бўлган беморларга хос бўлган алекситимияни енгиш, уларнинг ҳис-туйғуларини аниқлаш ва оғзаки баён қилиш қобилиятини шакллантиришдир. Ўз-ўзини англаш ва ўз-ўзини тартибга солишни ўргатишнинг энг самарали усули бу шахсий кундаликни оборишдир, унда бемор ўзининг кундалик кечинмаларини акс эттиради.

Шу билан бирга, барча мулоқот, меҳнат, ўз соғлиғи, оиласи, овқатланиши ва бошқа ҳаётий вазиятларда воситачилик қиладиган ҳулқ-атвор психотерапияси қўлланилади. Жисмоний ва ақлий юкларнинг барқарор режими билан танишиш орқали ҳаёт тартибининг янги тизими моделлаштирилади. Уларнинг хатти-ҳаракатлар натижалари учун шахсий жавобгарликни, хатоларини таҳлил қилиш ва тузатиш қобилиятини ривожлантиради. Ўзи ва бошқа одамлар ҳақида адекват фикр, бошқаларга қизиқиш ва бефарқ бўлмалик, психологик кузатувчанлик шаклланади. Асоциал тенденциялар, гедонизм, худбинликхусусиятлари енгилади. Янада фаол ижтимоий позиция ишлаб чиқилади. Шу мақсадда роллар репертуарини кенгайтириш психотерапия усули ва реабилитация воситаси сифатида қўлланилади ва индивидуал директив когнитив-ҳулқ-атвор психотерапиясининг нисбати камаяди, улардан адекват бўлмаган фойдаланишда иттикорлик, шифокор ва реабилитация жамоасига боғлиқлик, мустақилликнинг етишмаслиги, даволашга онгли ва онгсиз қаршиликларга инонтириш хавфи кучаяди.

ТИР дастурида ижтимоий фаолликни ошириш ва беморларни кўпроқ жалб қилиш учун ўз-ўзини бошқариш тизими жорий этилади. Вақтинчалик ёки доимий равишда танланган беморлар ёки уларнинг вакиллари интизомий низоларни ҳал қилишда, ҳар бир беморнинг хатти-ҳаракатларини (балларда) ва унинг ТИР кечиши, интизомий чораларни қўллаш, жамоавий

тадбирларни ташкил этиш ва ҳоказоларни баҳолашда иштирок этадилар. Танланган вакиллар тизими реабилитация бўлими (маркази) ходимлари ва беморлар ўртасида қайтарув алоқани таъминлайди.

Беморлар билан ишлашдан ташқари, уларнинг қариндошлари ва ҳамкортобелик терапияси бўйича психотерапевтик ишлар олиб борилади. Психотерапевтик муҳитни яратишда оилавий психотерапия асосий роль ўйнайди, чунки ТИР доирасида амалга ошириладиган тадбирлар самарадорлигига оила ва қариндошларнинг таъсири жуда катта. ТИРнинг барча босқичларида беморнинг қариндошлари биргаликда психотерапевтик ишларда фаол иштирок этадилар, уларнинг вазифаларига психоактив моддаларга тобелликни ривожланиши учун жамоавий жавобгарлик ҳиссини шакллантириш, беморнинг тобе хатти-ҳаракатларини оилавий муносабатлар тизимининг таркибий қисмларидан бири сифатида тушуниш, психоактив моддалардан сақланишни оилавий муносабатини ва хатти-ҳаракатларнинг конструктларидан психоактив моддаларни истеъмол қилмасдан, уларни муаммони ҳал қилишнинг конструктив усулларини топиш учун созлашдир.

Босқич координаторлари – врач-нарколог ва тиббий психолог.

Бемор модели. Беморларнинг аксарияти (75%) клиник ўзгаришларнинг динамикасига эга жисмоний ва руҳий ҳолат жуда қониқарли. Уйқу, иштаҳа, асосий хулқ-атвор функциялари тикланади, касаллик ва ижтимоий мавқега танқид пайдо бўлади. Психоактив моддалар таъсири ҳақида хотиралар ва вақти-вақти билан гиёҳвандлик мазмунитушлардасакланса ҳам беморлар психоактив моддаларга энг бўлмайдиган мойилликни ҳис қилишмайди. Реабилитациянинг ушбу босқичида юқори РПД (31%) бўлган беморларнинг кўпчилиги психоактив моддалар ҳақида салбий билдиришлари характерлидир. Ўрта ва паст РПДли беморларда психоактив моддаларга танқидий муносабат ҳали шаклланмаган. Уларнинг аксарияти ҳали ҳам психоактив моддаларга руҳий боғлиқлик белгиларига эга. Руҳий тобеллик белгиларини текислаш жараёни кетма - кет бир нечта ҳолатларни ўз ичига олади: севиб қолиш (эҳтирос, "севги") - совуш - ёқтирмаслик (баъзан нафрат) - тобелликнинг қийин йиллари ва унинг оқибатлари ҳақида афсусланиш ёки афсусланмаслик билан бефарқлик.

Реабилитациянинг интеграция босқичи натижаларига кўра, кўпчилик беморларда оила аъзолари ва психоактив моддаларни истеъмол қилмайдиган дўстлари билан дўстона муносабатлар тикланади. Улар психоактив моддалар билан боғлиқ муаммоларга дуч келмайдиган одамлар билан тенг ва дўстона муносабатда бўлишни ўрганадилар. Коммуникация стереотипи ўзгариб бормоқда. Юқори РПД билан оғриган беморлар, қоида тариқасида, ушбу мақомни қадрлашади ва ўзларини жуда дадил ҳис қилишади.

Ушбу босқичда ўрта ва паст РПД билан беморлар кўпинча ДРП муваффақиятига ишончни шакллантирмаганлар, улар касалликни қайталаниши эҳтимолини тан олишади, вақти-вақти билан уларда ҳавотир ва мумкин бўлган касаллик қайталанишидан қўрқиш ҳисси пайдо бўлади. Беморларнинг руҳий ҳолати ўзгарувчан бўлиб қолмоқда, касалликнинг қайталаниши эҳтимоли аввалги босқичга қараганда камроқ бўлса ҳам, аммо барибир жуда юқоридир. Юқори РПДли беморларнинг тахминан 12%, ўрта РПДли 43% ва паст РПДли 70% психоактив моддаларга патологик мойилликни кучайиши, астеник, аффектив (саёз депрессия ва дистимиялар шаклида), хулқ-атвор ва интеллектуал-мнестик бузилишларнинг турли даражаларига эга. Кўпинча, беморларда (юқори РПДли бўлган беморларнинг 7% ҳамда ўрта ва паст РПДли бўлган беморларнинг 20%) индивидуал адаптив қобилятлари ориқланади, масалан, мунтазам равишда таълим муассасасида маърузалар ва амалий машғулотларда қатнашиш, мавжуд академик қарзларни йўқ қилиш, ўз вақтида имтиҳон ёки синовлардан ўтиш,

иш билан шуғулланиш ёки доимий равишда иш режимида бўлиш-эрта туриш, ишга бориш, ўз вақтида оилага қайтиш, ётиш ва ҳ.к. дастур томонидан белгиланган вазифаларни бажаришни тўхтатадилар. Натижада, энг кам барқарор бўлганахлоқий ва этик шахсий тузилмалар биринчи бўлиб "бузилади": ўз мажбуриятларига масъулиятсиз муносабат, ёлғонлик, бепарволик, сурбетлик, бошқа касал ва соғлом одамларга ҳурматсизлик, ўз кучига ва соғайишга ишонмаслик тикланади. Ҳиссий ва сомник бузилишлар пайдо бўлади.

Юқори РПДли бўлган беморлар учун ушбу босқичнинг давомийлиги 1-1,5 ой, ўрта ва паст РПДли бўлган беморлар учун – 2-3 ой.

ТИРнинг барқарорлайдиган учинчи босқичи.

Мақсад- психоактив моддаларни истеъмол қилмасдан жамиятда яшашга имкон берадиган, эгалланган шахсий барқарорлик ва етуклик асосида очиқ муҳитда янада мустақил фаолият юритишга босқичма-босқич ўтиш.

Вазифалар:

- 1) Интеграция босқичида олинган кўникма ва билимларни такомиллаштириш ва барқарорлаштириш.
- 2) Психоактив моддаларга тобелик натижасида орттирилган шахсий хусусиятларни коррекциялаш.
- 3) Ўқув (махсус ва ижтимоий), ўзини намоён қилиш ва ўзини англаш қобилиятларини мустаҳкамлаш.
- 4) Самарали алоқа қилиш усулини ва зиддиятли вазиятлардан чиқиш йўллариини ўргатиш.
- 5) Қиймат нормалари ва қиймат йўналишининг йўқотилган тизимини қайтариш (шакллантириш).
- 6) Оилавий муносабатлар ва мулоқот қобилиятларини тўлиқ нормаллаштириш.

Асосий мақсадга эришиш – беморнинг меъёрий шахсий ва ижтимоий фазилатларини тиклаш, тузатиш ёки шакллантириш, унинг оила ва жамиятга қайтишини кўзлайдиган ТИРД психосоциал томонига эътибор қаратилади.

Бемор шахсининг ички ва психосоциал муаммоларини коррекциялаш учун, тобелик билан шахсининг клиник полиморфизми ва типологик хилма-хиллигини ҳисобга олган ҳолда, психотерапевтик иш янада индивидуал ва дифференциацияланган бўлиши лозим. Психотерапевтик даволаш таъсирнинг асосий усули қисқа муддатли шахсга йўналтирилган терапия бўлиб, у эрта шахсий низолар ва заиф шахсий хусусиятларни, патологик хулқ-атвор нақшларини аниқлашга, шунингдек тобеликги бўлган бемор хусусиятларини тузатишга қаратилган. У индивидуал ва гуруҳ психотерапияси доирасида амалга оширилиши мумкин. Ишнинг гуруҳ шакллари афзалроқдир, чунки гуруҳларда шахсий низоларни иш шерикларига ўтказиш тармоғи туфайли травматизация юмшоқроқ давом этади, объектив муносабатларни параллел таҳлил қилиш ва ўзларининг ижтимоий алоқаларини батафсил таҳлил қилиш имконияти учун шароитлар яратилади, бошқа беморлар мисолида уларнинг шахсий ва шахслараро низолар, шу жумладан тобелик хулқ-атворни шакллантириш билан боғлиқ бўлган низолар моделлаштирилади. Трансферлар тармоғини кенгайтириш ва ўз муаммоларини янада объектив равишда қайта тиклаш учун жинси бошқа ко-терапевтни ишга киритиш мақсадга мувофиқдир.

Шу билан бирга, психосоциал иш фаол равишда ташкил этилади, унинг мақсади беморларнинг меъёрий шахсий ва ижтимоий фазилатларини тиклаш, тузатиш ёки шакллантириш, оилавий муносабатларни тиклаш ёки уйғунлаштиришдир. Бунинг учун беморларни жисмоний ва ақлий

иш билан таъминлаш ҳажми ошади, уларнинг касбий йўналиши рағбатлантирилади, ҳушёрлик режими шароитида ижтимоий кўникмалар бўйича тренинглари ўтказилади. Агар керак бўлса, беморнинг мавжуд касалликларини даволашга қаратилган терапевтик тадбирлар амалга оширилади.

Индивидуал ва гуруҳли маслаҳат бериш мавзулари:

- 1) Даволаш концепцияси ва кимёвий тобеликнинг тегишли белгилари.
- 2) Беморни психоактив моддалар истеъмоли хоҳишини чақирувчи одамлар, жойлар, нарсалар.
- 3) Шахсий вақтнинг тузилиши.
- 4) Суиистеъмолга мойиллик.
- 5) Юқори хавfli вазиятлар.
- 6) Истеъмол қилиш учун ижтимоий босим.
- 7) Одатдаги препаратни қўллашдан воз кечгандан кейин пайдо бўладиган ўткир аломатлар, уларни бартараф этиш йўллари.
- 8) Бошқа наркотик моддалар (спиртли ичимликлар, шифокор буюрмаган дорилар ва бошқаларни қўллаш) суиистеъмоли.

Ҳар бир машғулота муҳокама қилинадиган мавзу психотерапевт ёки тиббий психолог томонидан белгиланиши ёки ТИРнинг ушбу босқичида беморнинг индивидуалэҳтиёжларига қараб танланиши мумкин. Бироқ, маслаҳат пайтида ушбу мавзуларнинг барчасини кўриб чиқиш лозим.

Таълим дастури қуйидаги йўналишларни қамраб олади:

- касаллик ва тикланиш концепцияси бўйича ахборот дарслари;
- оилавий таълим;
- манавият фалсафаси;
- стрессга қарши дастур;
- юқумли касалликларнинг олдини олиш (гепатит, ОИВ ва бошқалар.).

Таълим дастурларининг мақсади беморнинг психоактив моддалар истеъмолига бўлган муносабатини ўзгартириш ва психоактив моддалар истеъмолининг тиббий ва ижтимоий оқибатлари тўғрисида тасаввур ҳосил қилишдир.

Касаллик ва тикланиш концепцияси бўйича ахборот дарсларининг асосий мавзулари:

- Гиёҳвандлик, алкоголизм-бу касаллик.
- Тобеликнинг табиати.
- Тобеликнинг хулқий белгилари.
- Тобеликнинг тиббий белгилари.
- Тобеликги бўлган беморларда психологик ҳимоя шакллари.
- Тобеликги бўлган инсонларнинг хулқ-атвор психологияси.
- Тобеликнинг нейробиологик назарияси.
- Салбий шахсий хусусиятлар ва уларнинг тобеликдаги намоён бўлиши.
- Рецидивлар (бузилишлар) ва уларнинг олдини олиш стратегиялари.
- Тобеликни шаклантиришнинг психологик омиллари.
- Уятга ва айбга иқрорлик.

Оила таълими бўйича асосий мавзулар:

- Алкоголизм ва гиёҳвандлик оилавий касалликдир.
- Дисфункционал оилалар. Бу нима?

- Тобелик: белгилари ва аломатлари.

Маънавий фалсафаси: маънавий фалсафаси бўйича дарсларни ўтказишдан мақсад беморнинг маънавий қадриятлари ва эҳтиёжларини, шунингдек, ўз кучидан каттароқ кучга тегишли бўлиш туйғусини шакллантиришдир, бу унга гиёҳванд моддаларсиз турмуш тарзини ривожлантиришга ёрдам беради.

Мавзулар:

- Маънавий тушунчаси.
- Тикланишнинг учта асосий компоненти: ҳалоллик, очиқлик, синаб кўришга тайёрлик.
- Маънавий эҳтиёжлар ва қадриятлар.
- Қайта тикланиш жараёнида Юқори куч концепцияси.

Стрессга қарши дастур: стрессга қарши дастурнинг мақсади беморларни стрессли ҳаётини вазиятларни енгишга ўргатиш, психоактив моддаларни истеъмол қилмасдан ўзини ўзи бошқариш усуллари жорий этишдир.

Юқумли касалликларнинг олдини олиш бўйича дарслар: ушбу дарсларнинг мақсади беморларни психоактив моддалар истеъмоли билан боғлиқ юқумли касалликлар ва олдини олиш усуллари, беморларнинг соғлиги ва бошқа одамларнинг соғлиги учун жавобгарлигини шакллантириш тўғрисида хабардор қилишдир.

Меҳнат терапияси (меҳнат устахоналари, ошхонада навбатчилик қилиш, бўлимни тозалашда ходимларга ёрдам бериш вазифалари) муҳим ёрдамчи роль ўйнайди, у гуманистик йўналишга (масалан, хайрия фаолиятининг турли шаклларида иштирок этиш) ва беморларнинг ижодий маълумотларини ҳисобга олиш (бўлимни безаш, санитария бюллетенларини тайёрлаш, маърузалар пайтида шифокорга ёрдам бериш) эга бўлиши керак. Гуманистик ва маънавий йўналтирилган психотерапия психотерапевтик муҳитнинг режимини ташкил қилиш учун онгли равишда ижобий ҳамкорликни шакллантириш ва шахснинг ўз қадр-қимматини ошириш учун ишлатилади. Ушбу босқичда руҳий-ижтимоий реабилитация тадбирлари билан бир қаторда қолдиқ руҳий ва сомато-неврологик бузилишларни даволаш давом этмоқда.

Шундай қилиб, стабилизацион босқичига қўйидагилар киради:

- касб-ҳунарга йўналтиришни рағбатлантириш ёки танлаш, жисмоний ва ақлий меҳнат ҳажмини ошириш;
- реабилитация муассасасидан чиқишга тайёргарлик ва очиқ ижтимоий муҳитда фаолият юритиш.

Босқич координаторлари – тиббий психолог ва ижтимоий ходим.

ТИР стабилизацион босқичининг давомийлиги беморнинг РПД билан белгиланади ва фарқланади:

- юқори РПДли беморлар учун– 3-4 ой;
- ўрта РПД билан беморлар учун – 8-10 ой
- РПДси паст бўлган беморлар учун– 20-22 ой

Давомийлигига кўра ТИР дастурининг учта варианты мавжуд бўлиб, улар ўз навбатида ТИР дастурининг стабилизацион босқичининг давомийлигига боғлиқ:

- 6 ойли ТИР дастурида 3-4 ойни;
- бир йиллик ТИР дастурида - 8-10 ойни;
- икки йиллик ТИР дастурида - 20-21 ойни ташкил этади.

ТИРнинг реабилитацион даври тадбирларининг самарадорлиги беморнинг психоактив моддаларни қабул қилишдан тийилиши ва ТИР дастурида иштирок этишни давом эттиришга тайёрлиги, ТИР жараёнига жалб қилиш даражаси, беморнинг шахсияти (фикрлаш, ҳиссий муносабат, хулқ-атвор, жисмоний саломатлик) билан боғлиқ ўзгаришлар билан баҳоланади.

1. ДРДнинг (ТИР қўллаб-қувватлаш дастури) реабилитациядан кейинги (профилактик) даври.

Мақсад – жисмоний ва руҳий фаровонлик ва психоактив моддалар истеъмолидан воз кечиш шарти билан тўлиқ ва барқарор ижтимоий интеграцияга эришишдир.

Вазифалар:

- Касалликнинг қайталанишининг олдини олиш, бемор ва унинг оила аъзоларини ижтимоий ва психологик қўллаб-қувватлашни ташкил этиш.
- Жисмоний ва руҳий фаровонликни сақлаб қолиш.
- Хулқ-атворнинг нормативлиги.
- Шахсий ва ижтимоий масъулият.
- Атроф-муҳит ва реабилитация муассасаси билан самарали функционал ўзаро таъсири.
- Ўз-ўзини ҳурмат ва шахсий муваффақиятни ёки муваффақиятсизликниидрок қилишни коррекциялаш. Ижтимоий талаб қилинганлик.
- Реабилитациядан кейинги тадбирларда ўз-ўзини назорат қилиш.

Ушбу даврда бемор амбулатория шароитида ТИР режимида бўлиб, беморнинг гуруҳ терапиясида иштирок этишини, ҳиссий ҳолатларнинг кундалигини юритишини таъминлайди.

Беморга ходимлардан ёрдам олиш, унинг хулқ-атвори ва ҳиссий реакцияларининг оқибатлари тўғрисида маслаҳатлашиш ва ўтмишдагидан фарқ қиладиган ижтимоий алоқаларни ривожлантириш имконияти берилади.

Босқич охирига келиб, бемор тиббий психолог билан биргаликда қўллаб-қувватловчи терапиянинг батафсил режасини тайёрлаши ва даволаниш пайтида аниқланган психологик муаммолар билан кейинги ишлаши керак.

Бемор модели. Бемор аста-секин оила ва ижтимоий муҳитга киради. Терапевтик уюшма ходимлари ва аъзолари ёрдамида у шахслараро мулоқотнинг янги ёки унутилган усулларини, ҳиссий жавобни, юзага келиши мумкин бўлган низоларни ҳал қилиш кўникмаларини, ҳушёр хатти-ҳаракатларнинг моделларини ўзлаштиради, психоактив моддалар истеъмоли билан боғлиқ бўлмаган янги ижтимоий алоқаларни ўрнатади.

Ушбу давр **координатори** тиббий психолог ёки ижтимоий ходим бўлиши мумкин. Кўрсатмаларга кўра, врач-нарколог маслаҳат, диагностика ва терапевтик ёрдам кўрсатади.

Тиббий-ижтимоий реабилитация босқичларининг ҳар бирининг ўзлуксизлиги ва юқори самарадорлигини таъминлашга имкон берадиган ТИРнинг барча босқичлари ва даврларини кетма-кет амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. ТИР дастурини амалга оширишнинг аниқ муддатлари беморнинг РПД ва ТИРнинг ҳар бир кейинги босқичида эришилган натижалар билан белгиланади.

ТИРнинг ҳар бир даври ва босқичи тугагандан сўнг, реабилитация гуруҳи аъзолари ва беморнинг старостат вакиллари беморнинг аҳволини баҳолайдилар ва биргаликда уни ТИРнинг кейинги босқичига ёки даврига ўтказиш тўғрисида қарор қабул қиладилар ёки ҳозирги босқич ёки ТИРдавридаги фаолиятини давом эттириш тўғрисида қарор қабул қиладилар.

Реабилитация гуруҳи аъзолари ва старостат томонидан ДРД самарадорлигини биргаликда баҳолаш беморлар учун катта ишончлик ва объективликка эга, одатда беморларнинг асосий

этирозларини келтириб чиқармайди ва муҳим таълим салоҳиятига эга бўлади. Баҳолашни расмийлаштириш баллар тизимида амалга оширилиши мумкин ва ТИРдастурида иштирок этишнинг тўлиқлиги ва сифатини акс эттирувчи баллар индивидуал беморнинг картасида қайд этилади.

ТИРнинг ҳар бир босқичи охирида ва беморни ТИРнинг кейинги босқичига ўтказиш тўғрисида қарор қабул қилишда реабилитация гуруҳи аъзолари қуйидаги соҳаларда иш натижаларини (беморнинг ютуқлари) сертификатлашни (баҳолашни): реабилитация бўлимида (марказда) хулқ-атвор этикаси, ўз-ўзига хизмат қилиш, меҳнатга муносабат, касбий кўникмаларни эгаллаш ва такомиллаштириш, оилавий муносабатлар, коммуникатив кўникмалар, шахслараро муносабатларнинг хусусиятлари, касаллигига танқид, келажакни идрок этиш ва келажак реал режаларини амалга оширадиган. Натижада, беморни ТИРнинг кейинги босқичига ўтказиш ёки беморни олдинги босқичда қолдириш тўғрисида биргаликда қарор қабул қилинади. ТИРнинг кейинги босқичига ўтиш тўғрисидаги қарор беморга расмий шароитда, бемор бўлим (марказ) бошлиғига мурожаат қилиб ариза ёзиш каби расмиятчиликка мажбурий риоя қилган ҳолда етказилади.

Агар бемор баҳолаш натижалари асосида ТИРнинг кейинги босқичига ўтказилмаса, у билан индивидуал реабилитация ишлари режасига зарур ўзгартириш ва қўшимчалар киритилади. ТИРнинг узайтирилган босқичи такрорий тиббий – реабилитацион баҳоланиши билан яқунланади.

Учинчи (стабилизацион) босқичининг охирига келиб, реабилитация бўлимида (марказдан) чиқишдан олдин бемор текширилади ва унинг якуний аттестацияси ўтказилади, бу беморнинг соматик ва руҳий ҳолати тўғрисидаги маълумотларни таҳлил қилиш, ёзма тест (имтиҳон) ва суҳбатни ўз ичига олади.

Аттестация: а) реабилитация бригаданинг аъзолари; б) бемор бўлган психотерапевтик гуруҳларнинг аъзолари томонидан амалга оширилади.

Аттестация имтиҳоннинг саволларга ёзма жавоблар ва компьютер синовлари киради, ушбу "синов" нинг асосий мавзуларига қуйидагилар киради: тобеликни касаллик сифатида тушуниш (тиббий, психологик, ижтимоий белгилари); тобелик хатти-ҳаракатларнинг оқибатлари; касалликнинг кучайиши белгилари; рецидивлар ва инқироз ҳолатларининг олдини олиш кўникмалари; тикланишда меҳнат ва ўқишнинг роли; ўз-ўзини баҳолаш; касаллигига танқиди, ирода, дўстлик, масъулият, виждон, бурч, ростгўйлик, меҳнатсеварлик, мақсад, мансаб, оила, маънавият каби тушунчаларнинг таърифлаши.

Оғзаки суҳбат дўстона тарзда олиб борилади. Чиқариш учун тайёрланган бемор бошқа беморлар ва реабилитация бригадаси аъзоларининг саволларига жавоб беради.

Ўзиҳақида, касаллиги, тикланиш динамикаси, ўзини ижобий ютуқлари, оиласи билан муносабатлар, реабилитация муассасасидан чиққандан кейин аниқ режалар ҳақида айтиб бериш жуда зарурдир. Якуний аттестация (яхшиси қариндошлар ҳузурда) меҳрибон хайрлашув сўзлари ва реабилитация дастурининг бажарилиши тўғрисида ўзига хос "сертификат" шаклида беморга эсдалик совғасини тақдим этиш билан яқунланади.

ТИРнинг ҳар бир кетма-кет даври ва босқичи вазифаларни дифференциал ҳал қилиш учун бир қатор таркибий бўлинмаларни ташкил қилишни, шунингдек, муайян профилактика, даволаш ва реабилитация дастурлари амалга ошириладиган ишларнинг изчиллиги ва ўзлуксизлигини таъминлашни ўз ичига олади.

ДРД кетма - кет босқичларини амалга ошириш пайтида **беморларнинг ҳаракати оптимал алгоритми:**

- 1) Психоактив моддалар истеъмоли туфайли руҳий ва хулқ-атвор бузилишларини даволаш; шошинч наркологик ёрдам бўлими ёки наркологик шифохонанинг (диспансернинг) наркология бўлими.
- 2) ТИР стационар шароитида: наркология шифохонаси (диспансер) ёки реабилитация наркология марказининг тиббий-ижтимоий реабилитация бўлими.
- 3) ТИР амбулатория шароитида: тиббий-ижтимоий реабилитация бўлими (кундузги наркологик стационар ёки наркологик диспансернинг амбулатория бўлими).
- 4) Худудий наркологнинг диспансер кузатуви.

Даволаш ва реабилитация жараёнининг кетма-кет босқичларида тиббий психологнинг иши

Мослашув босқичида тиббий психологнинг иши қуйидаги вазифаларни ҳал қилишни таъминлайди:

1. Бемор билан ишончли муносабатларни ўрнатиш ва мустаҳкамлаш.
2. Беморнинг эътиборини ҳозирги пайтда содир бўлаётган нарсаларга фаоллаштириш.
3. ДРДда иштирок этиш учун мотивацион маслаҳат бериш ва мотивацияни кучайтириш.
4. Беморнинг даволаниш истиқболлари ва унинг шахсий имкониятлари тўғрисида психологик хабардорлик устида ишлаш.
5. Бандликни таъминлаш, алекситимияни коррекциялаш, ҳиссий идрок спектрини кенгайтириш.
6. Психологик бузилишлар синдром мажмуаси (ПБСМ) ва клиник - психологик функционал ташҳиси (КПФТ) ни яратиш. КПФТ-бу психологик текширув орқали бемор ҳақида маълумот олиш, беморнинг қариндошлари ва унга аҳамиятли бўлган шахслар, клиника ходимлари билан суҳбатлар (такрорий) ёки ҳозирги пайтдадаволанишида, тиббий психологнинг кузатувлари орқали аниқланадиган бир нечта консультациялар давомида психологик ташҳисдир. Тиббий психолог шахсий психологик бузилишларнинг (когнитив, ҳиссий, хулқ-атвор соҳаларида) объектив расмини яратишга, тобеликнинг шаклланишига ёрдам берадиган муаммолар ва уларнинг сабабларини аниқлашга, касаллик туфайли оиладаги дисфункционал вазиятни баҳолашга, шунингдек беморларни мослаштириш ва қайта социализация қилиш усулларини топишга ёрдам беради.
7. Психокоррекция ишининг индивидуал режасини тузиш.
8. Беморга унинг касаллигининг моҳиятини тушунишга ёрдам бериш.
9. Беморга реабилитациянинг шахсий ва мазмунли мақсадлари ва вазифаларини аниқлаштириш ва шакллантиришда ёрдам бериш.
10. Ўз-ўзини интизомини (ирода кучини) ривожлантириш.

Реабилитация даврининг интеграция босқичида тиббий психологнинг иши қуйидаги вазифаларни ўз ичига олади:

1. ПБСМни қайта аниқлаш (айниқса аффектив, хулқ-атвор, мотивацион, ахлоқий ва этик соҳалар).
2. КПФТ натижаларининг динамикасига қараб тузатишларни киритиш. Психокоррекция ишларнинг индивидуал режасини тузиш (индивидуал ва гуруҳли), шу жумладан психотерапевтик машғулотлар сони, уларнинг давомийлиги ва тез - тез ўтказилиши.
3. Беморга бериладиган психокоррекция ишлари жадвалига тузатишлар киритиш.

4. Даволаниш учун мотивацияни кучайтириш, реабилитация дастурида иштирок этиш ва психоактив моддаларни рад этиш учун психокоррекция ишларни олиб бориш. Жисмоний, рухий ва психологик ҳолатни яхшилаш жараёнида ДРДда иштирок этиш учун мавжуд бўлган ва янги мотивларни яратиш бўйича ишларни давом эттириш.

5. Самарали копинг хулқ-атворни шакллантириш, ўз-ўзини бошқариш, ўз-ўзини ҳурмат қилиш ва ўз-ўзини қадрлаш кўникмаларини ривожлантириш.

Ҳаёт фалсафаси соҳасида когнитив омиллар сезиларли ўзгаришларга учрайди: бегоналаштиришдан – мажбуриятлар ва садоқатларни англашгача; жазодан-виждонлиликка; кескинликни дарҳол камайтириш ва уни тўғридан – тўғри хатти-ҳаракатларда амалга ошириш истагидан - ўз қадр-қимматини тартибга солиш, ўзини ўзи бошқариш ва ўз-ўзини ҳурмат қилиш; муносабатлар ва қадриятлар, эътиқодлар ва мақсадлар тизимини танқидий қабул қилишдан – барқарор ва доимий ўз позициясига қадар. Шахсининг психосоциал мослашуви жараёнларида иштирок этадиган когнитив омилларни таҳлил қилиш асосида копинг хулқ-атвор модели концепцияси ишлаб чиқилган.

6. Ижтимоий фобияни аниқлаш ва енгил.

Наркологик беморларга, айниқса гиёҳванд моддаларга тобелик бўлганларга, кўпинча "ижтимоий фобия синдроми" ташҳис и қўйилади. Унинг тузилишида қуйидагилар устунлик қилади:

- а) танқид қилинишга, айбланишга, кузатув ва назорат қилинишга қўрқув;
- б) гиёҳванд моддалар/спиртли ичимликларни истеъмол қилиш фактлари ва беҳушликнинг салбий томонлари аниқланиши мумкин бўлган ижтимоий ўзаро таъсир ҳолатларида рухий ноқулайлик;
- в) ривожланаётган реаллик олдида хавотирлик, қулаш ҳисси ва кучсизлик, улар ривожланишда музлагандек ҳис қилишади.

Ижтимоий фобия билан ўз-ўзини бошқарилиши бузилади, бу беморга ўз хатти-ҳаракатларини бошқаришга, энг ноқулай шароитларда фаолиятни амалга ошириш қобилиятини сақлашга ёрдам беради. Ушбу хусусиятнинг асосий мазмуни иккита психологик механизмнинг иши – ўз-ўзини бошқариш ва коррекциялашдир.

Ўз-ўзини бошқариш ёрдамида субъект ҳиссий ҳолатни кузатиб боради, унинг бориши табиатидаги мумкин бўлган оғишларни (фонга нисбатан нормал ҳолатни) аниқлайди. Шу мақсадда у ўзига назорат саволларини беради: "Ҳозир хавотирланган кўринмайманми?", "Мен аҳмоққа ўхшамайманми?", "Мен жуда паст ёки аксинча, баланд овозда гапираманми, жуда тез, чалкашиб кетаманми?" ва ҳоказо.

Агар ўз-ўзини бошқариш номувофиқлик фактини қайд этса, унда бу натижа ҳиссий "портлаш" ни бостириш, чеклаш ва меъерий оқимга нормал жавобни қайтаришга қаратилган тузатиш механизмининг ишга туширишга тўртки бўлади. Ижтимоий фобия билан бемор шубҳалар ихтиёрида бўлади.

7. Беморларнинг қариндошлари ва аҳамиятли шахслар билан психокоррекция ишни давом эттириш. Уларни ҳамкор тобеликги бўлганлар дастурига жалб қилиш.

Реабилитация даврининг барқарорлаштириш босқичида тиббий психологнинг иши қуйидаги вазифаларни ҳал қилишни ўз ичига олади:

1. Психологик бузилишлар синдром-мажмуасини (ПБСМ) қайта ўтказиш ва клиник - психологик функционал ташҳисни (КПФТ) таърифлаш. Ушбу муаммони ҳал қилиш бир босқич билан чекланиб бўлмайди, касаллик динамикасининг ўзига хос хусусиятлари ва психологик ҳолати туфайли муаммоларнинг устида ишлаш бир босқичдан бошқасига ўтади. Бу когнитив, ҳиссий, иродавий соҳалар ва мотивацияга тегишлидир. Олдинги босқичларда қўлланилган

диагностика усулларида ташқари, беморнинг тикланиш динамикасини ва унинг ҳолатини аниқлайдиган усулларни қўшимча равишда қўллаш керак.

2. Психокорректив ишларнинг индивидуал режасига (индивидуал ва гуруҳли), шу жумладан психотерапевтик машғулотлар сонига, уларнинг давомийлиги ва тез тез ўтказилишига тузатишлар киритиш. Касалликнинг ижобий динамикаси аниқланган ҳолларда "шахсий ўсиш" технологияларидан фойдаланган ҳолда психокоррекция ишнинг янги режаси тузилади. Психокоррекция иш жадвалига ўзгартиришлар киритилади ва у беморга берилади.

3. Даволанишга мотивацияни кучайтириш, реабилитация дастурида иштирок этиш ва психоактив моддаларни рад этиш учун психокоррекция ишларни бажариш. Ушбу вазифани ҳал қилиш ДРДда иштирок этиш учун мавжуд ва янги мотивларни яратишга қаратилган.

4. Шаклланган самарали копинг хулқ-атворини, ўз-ўзини бошқариш, ўз-ўзини ҳурмат қилиш ва ўз қадр-қимматини англаш кўникмаларини кучайтириш.

5. Жамиятда психосоциал мослашув кўникмаларини ўргатиш.

6. Ижтимоий ва асоциал интеллектни ривожлантириш, ижобий "Мен-концепция" ни шакллантириш ва "Макиавеллиан интелекти"ни коррекцияси.

7. Ижтимоий фобияни енгитиш.

8. Беморнинг индивидуал психологик динамикаси ва реабилитация потенциалини баҳолаш, прогноз қилиш ва коррекциялаш.

9. Беморларнинг қариндошлари ва улар учун аҳамиятли шахслар билан психокоррекция ишини давом эттириш. Символдрама усулидан фойдаланган ҳолда мотивларни қайта ишлаб чиқиш (кататим-имажинатив психотерапия техникаси):

- ҳақиқий ёки рамзий кийимда (хайвон, дарахт ва бошқалар тасвирида) ўзгача муҳим шахс (она, ота, ака-ука ва опа-сингиллар, пири, устоз ва бошқалар) билан учрашув.
- уй шароитида бўлган реал вазиятни акс эттириш;
- оила аъзоси билан очиқ суҳбат.

10. Касалликнинг рецидиви ва қайталанишининг олдини олиш.

Тақдим этилган моделда рецидивнинг моҳияти ҳақида беморни тўғри қабул қилиш, тушуниш ва тобеликдан кейинги даволаниш тажрибаси сифатида фойдаланиши керак бўлган хато сифатида нуқтаи назарни таклиф этади. Ушбу моделнинг энг муҳим асоси нафақат бузилиш ва рецидивнинг олдини олиш, балки бемор билан муваффақиятли психосоциал мослашув кўникмаларини шакллантириш бўйича ишлашдир.

Алоҳида эътибор абстиненция даври давомида ва узилиб тушиш хавфи юқори бўлган вазиятларда, шунингдек шакллантириш ва муваффақиятли психологик мослашиш кўникмаларидан самарали фойдаланиш (ижтимоий атроф-муҳит билан самарали ўзаро кўникмаларини ривожлантириш, шу жумладан, ҳамдардликни ривожлантириш, ижобий "Мен-тушунча"ни ва мулоқот қобилиятларини шакллантириш) хавфли вазиятларни бартараф этишда ривожланадиган ўз-ўзини самарадорлигига қаратилмоқда. Агар бемор хавфли вазиятларга дуч келганда самарали курашиш хатти-ҳаракатларидан фойдалана олмаса, натижада касалликни енгитиш жараёнида ўз-ўзини самарадорлиги ҳисси пасаяди ва муаммони олдини олиш учун зарарли кураш механизми сифатида гиёҳванд моддаларни истеъмол қилади. Агар тобеликни бартараф этиш бўйича ишларнинг натижалари бемор томонидан самарали деб баҳоланса, гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш эҳтимоли камроқ бўлади.

Когнитив хулқ-атвор моделига кўра, рецидив жараёни қуйидагича содир бўлади. Бузилиш хавфи юқори бўлган вазиятда шахс ўз мойиллигини энгишга қаратилган самарали кураш жавобини бериши мумкин. Натижада, у ўз-ўзини самарадорлигини оширади ва бузилиш хавфини камайтиради. Агар шахс самарали кураш жавобини бермаса, унинг касалликни энгишда ўз-ўзини самарадорлиги ҳисси пасаяди ва гиёҳванд моддани қабул қилишдан ижобий кутилиши кучаяди. У гиёҳванд моддани истеъмол қилади, сўнгра абстиненция таъсири ва интрапсихик зиддият пайдо бўлади, булар ўзига нисбатан керакли муносабат ва ўзини назоратдан ташқарида деб билиш ўртасидаги когнитив диссонанс туфайли келиб чиқади. Натижада рецидив муаммолари ортиб боради.

Рецидивларнинг олдини олиш учун юқори хавfli вазиятлар тўғрисида билим даражасини ошириш бўйича зарур ишлар олиб борилади (юқори хавfli вазиятларни энгиш кўникмаларини ўргатиш); ўз-ўзини малакасини ошириш ва ўз-ўзидан юқори хавfli соҳадаги ўзгаришлар билан боғлиқ жараёнларни тушуниш ва бошқариш қобилиятини ошириш; ўз ҳис-туйғулари ва ҳиссий ҳолатидан хабардор бўлиш, ўз ҳис-туйғуларини очиқ ифода этиш кўникмаларини ривожлантириш устида ишлаш; гиёҳвандликни самарали равишда энгиб чиқадиган шахс сифатида ўзини ўзи аниқлаш билан ишлаш; муаммоли стрессли вазиятларни ва юқори хавfli вазиятларни когнитив баҳолашни ўрганиш.

Бўлиб ўтадиган ва ривожланаётган рецидив ҳолатида, рецидив жараёнини тушуниш ва уни бартараф этишда когнитив, аффектив ва хулқ-атвор манбаларини қидиришда абстиненцияни бартараф этиш ва когнитив қайта тиклаш учун тиббий дастур қўлланилади.

Рецидивни олдини олишнинг ўзига хос психотехнологиялари беморнинг нима ривожланиши кераклигини тушунишга асосланган:

- бузилиш ва рецидив хавфи бўлган вазиятларни муваффақиятли бартараф этишда **ижобий тажрибаларини муҳокама қилиш** ва бузилиш ва рецидив хавфи юқори бўлган вазиятларни таҳлил қилиш ва баҳолаш қобилияти;
- турли вазиятларни англаш даражасини оширишда ўз-ўзини назорат қилиш воситаси сифатида **ўз-ўзини кузатиш** қобилияти;
- ўзига хос таваккалчилик вазиятларини уй вазифаси сифатида **таҳлил қилиш** қобилияти — копинг хулқ-атворнинг ўзига хос шакллари (ўзига хос таваккалчилик вазиятларининг индивидуал рўйхатини иерархик кетма-кетликда камроқ таваккалчиликдан хавфлироқгача тузиш ва ўзи учун таваккалчиликнинг оғирлигини балл тизимида баҳолаш муҳимдир) шу тарзда ўргатилади;
- хавfli вазиятларни камроқ хавfli, энг қийин вазиятларга қадар кетма-кетликда **бартараф этиш вариантларини ишлаб чиқиш қобилиятлари**; бемор уларни энгишга ҳақиқий тайёрлигини ва унинг даражасини билиши, ўзини самарали ҳис қилиши керак - шунинг учун рецидив хавфини энгишда ўз-ўзини самарадорлиги шаклланади;
- **беҳушлик билан курашиш муқобил стратегияларидан фойдаланиш вариантларини ишлаб чиқиш қобилиятлари** (беҳушликка қарши туриш ёки ундан қочишга ёрдам берадиган хатти-ҳаракатлар);
- ўзини, фикрларини, ҳис—туйғуларини ва ҳаракатларини **етарлича баҳолаш ва таҳлил қилиш** ва ўз-ўзини самарадорлигини ошириш, стрессли ва хавfli вазиятларни энгиш учун муваффақиятли қабул қилинган ва ривожланган кўникмаларнинг натижаси эканлигини тушуниш қобилияти;
- **бузилиш ёки рецидивнинг микроанализини ўтказиш қобилияти** (агар у содир бўлган бўлса): бемор ўзини тутиш вариантини танлаш имкониятига эга эканлигини тушуниши керак. Бемор билан биргаликда ушбу вариантни танлаш сабабларини таҳлил қилиш

лозим. Рецидив таҳлили бузилишларга олиб келадиган хулқ-атвор занжирини қуриш орқали амалга оширилади. Таҳлилнинг терапевтик маъноси шундаки, бемор ўзининг рецидив динамикаси тўғрисида янги маълумотларни олиши ва унинг олдини олиш учун етарли стратегияларни— ҳушёрликка эришиш ва сақлаш учун ўзига хос кўникмаларни ўрганиши керак.

Рецидивни олдини олиш учун зарур бўлган **адаптив копинг хатти-ҳаракатларини** аниқлайлик:

- муаммоларни ҳал қилиш ва ижтимоий қўллаб-қувватлаш учун ёшга мос стратегиялардан мувозанатли фойдаланиш;
- мувозанатли когнитив-баҳолаш механизмини, шунингдек ҳиссий ва хулқ-атвор таркибий қисмларини етарли даражада ривожлантириш;
- муваффақиятга эришишга мотивациянинг муваффақиятсизликдан қочиш мотивацияга нисбатан устунлиги;
- салбий муҳит омилларига фаол қаршилик кўрсатишга тайёрлик ва уларнинг хатти-ҳаракатларини стресс манбаига онгли равишда йўналтириш;
- ижобий психологик фонни таъминлаш ва самарали психосоциал мослашиш кўникмаларини ривожлантиришга муайян шахсий адаптив ресурслар мавжудлиги (ижобий "Мен-тушунчаси", ижтимоий қўллаб-қувватлаш идрокни ривожланганлиги, атроф-муҳит устидан ички назорат локуси, ҳамдардлик ва мансублик, ва ҳоказо).

Когнитив хулқ-атвор психотерапиясининг ушбу модели, шунингдек, ижтимоий қўллаб-қувватлаш ва уни идрок этиш, шахсий кураш манбасини топиш учун асосий копинг стратегиясини ишлаб чиқиш билан таъминланган самарали ижтимоий қўллаб-қувватловчи жараённинг мавжудлиги билан тавсифланади; унинг манбасини мустақил фаол танлаш; қўллаб-қувватлашнинг турини ва миқдорини аниқлаш; унинг муваффақиятли имкониятларини башорат қилиш.

Реабилитациядан кейинги (профилактика) даврда тиббий психологнинг иши қуйидаги вазифаларни ўз ичига олади:

1. Клиник ва психологик функционал диагностика орқали кузатишни давом эттириш.
2. Психокоррекция ишларнинг индивидуал режасига (индивидуал ва гуруҳли), шу жумладан психотерапевтик машғулотлар сонига, уларнинг давомийлиги ва тез-тез қайталанишига тузатишлар киритиш.
3. Беморга бериладиган психокорректив ишлар жадвалига тузатишлар киритиш.
4. Даволаш учун мотивацияни кучайтириш, реабилитация дастурида иштирок этиш ва психоактив моддаларни рад этиш учун психокоррекция ишларни бажариш. Жисмоний, руҳий ва психологик ҳолатни яхшилаш жараёнида ДРДда иштирок этиш учун мавжуд бўлган ва янги мотивларни яратиш бўйича ишлар давом эттириш.
5. Шаклланган самарали ёндошиш хулқ-атворини, ўз-ўзини бошқариш, ўз-ўзини ҳурмат қилиш ва ўз қадр-қимматини англаш кўникмаларини мустаҳкамлаш.
6. Жамиятда руҳий ижтимоий мослашув, ижтимоий фобияни енгиш кўникмаларига ўргатиш.
7. Имидж бўйича маслаҳат орқали тобеликдан холи бўлган муваффақиятли одам қиёфасини шакллантириш.
8. Ижтимоий ва ҳиссий интеллектнинг ривожланиши, ижобий "Мен-концепция" ни шакллантириш ва "Макиавеллиан интеллект"ни коррекциялаш.

Ижтимоий интеллект одамларнинг хулқ-атворини тўғри тушуниш қобилияти сифатида тавсифланади, бу самарали шахсларро ўзаро таъсири ва муваффақиятли психосоциал мослашиш учун зарурдир.

"Макиавеллиан интеллект" - бу субъектнинг бошқа мавзунни билиш ва шахсий даромад олиш учун манипулятив хатти-ҳаракатлар билан уни йўлдан оздириш қобилиятидир. "Макиавеллизм" тушунчаси-бу " Макиавеллиан интеллект " ни амалга ошириш ва одамнинг шахсларро муносабатларда бошқа одамларни худбин мақсадларда бошқаришга мойиллигида намоён бўлади.

Гиёҳванд моддалар ва алкогольга тобелик бўлганларнинг манипулятив хатти-ҳаракатлари шифокорларга таниш бўлган ҳодиса.

Ҳиссий интеллект - бу " ўзини ва бошқаларни рағбатлантириш учун ўз ҳис-туйғулари ва бошқаларнинг ҳис-туйғуларидан хабардор бўлиш, ҳиссиётларни яқка ўзи ва бошқалар билан мулоқот қилишда яхши бошқариш қобилиятидир."

Ҳиссий интеллект қуйидаги ақлий қобилиятларни ўз ичига олади:

- ҳис-туйғуларнинг онгли тартибга солиниши;
- ҳис-туйғуларни тушуниш (англаш);
- тафаккурда ҳиссиётларни ўзлаштирилиши;
- ҳис-туйғуларнинг ажратилиши ва ифодаланиши.

Касаллик пайтида алкоголизм ва гиёҳвандликка чалинган беморларда "макиавеллиан интеллект" функцияси ошиб кетади, ҳиссий ва ижтимоий интеллект даражаси эса сезиларли даражада пасаяди.

9. Беморнинг индивидуал психологик динамикаси ва реабилитация салоҳиятини баҳолаш, прогноз қилиш ва коррекциялаш.
10. Беморларнинг қариндошлари ва уларга аҳамиятли бўлган шахслар билан психокоррекция ишини давом эттириш.
11. Касалликнинг бузилиши ва қайталанишини олдини олиш.

Реабилитация (терапевтик) муҳити

ТИРнинг ажралмас шарти реабилитация дастурига киритилган ва беморларнинг фазилатларини шакллантиришга боғлиқ бўлган функционал ва ташкилий омиллар тўплами сифатида **реабилитация (терапевтик) муҳити**дир.

Наркологияда РМ ташкилий (реабилитация маркази, шифохона, амбулатория, уюшма, реабилитация ётоқхонаси, тегишли штатлар ва б.) функционал (тиббий, меҳнат, психологик ва психотерапевтик, таълим, тарбиявий, микромуҳит, оилавий)омилларнинг реабилитация дастури билан бирлаштирилган комбинацияси билан таъминланади. ДРДни амалга ошириш муҳити, унда меъерий хатти-ҳаракатлар ва гиёҳвандликсиз ҳаётни доимий равишда рағбатлантирадиган микросоциал муҳит қурилиб, наркологик беморларнинг жисмоний ва руҳий саломатлигини босқичма-босқич тиклаш ва уларни жамиятга қайтариш вазифаларини ҳал қилишда жуда муҳимдир.

Беморларни ташқи муҳитнинг агрессив таъсиридан ҳимоя қилиш даражасига қараб, РМнинг учта варианты мавжуд:

1. Очиқ: наркология диспансери, амбулатория бўлими, ҳушёрлик клублари ва бошқалар. Ушбу турдаги реабилитация муҳити, шунингдек, ўқиш, иш ва дам олиш жойини, беморнинг реабилитация жараёнига жалб қилинган оиласини ўз ичига олади.
2. Ярим ёпиқ: наркология диспансери / шифохона қошидаги кундузги стационар.

3. Ёпиқ: реабилитация бўлимлари ва доимий яшаш марказлари ва тиббий муассасаларнинг стационар бўлимлари.

ТИР ҳар қандай реабилитация муҳотида реабилитация гуруҳининг аъзоси ёки маслаҳатчи сифатида ишлайдиган наркологининг мажбурий иштирокида, масалан, уюшмаларда, ўзаро ёрдам гуруҳларида, профессионал муассасаларда амалга оширилади.

Беморларни психоактив моддаларига тобелик синдромининг қайталанишидан ҳимоя қилиш даражаси ёпиқ РМ да ишончлироқдир, шунинг учун бундай шароитлар паст ёки ўрта РПД бўлган беморлар учун қўлланилади. Ярим ёпиқ ва очиқ шароитда беморларни психоактив моддаларнинг кириб келишидан ҳимоя қилиш ва даволаш ҳамда истеъмолини тўхтатишга ундайдиган беморларнинг таъсири сезиларли даражада камроқ. Бундай шароитлар юқори РПДли беморлар учун ва камроқ ўрта РПДли беморлар учун мақбулдир. Беморнинг очиқ РМда қолиши учун унинг аҳволи, агрессив муҳит таъсирларга қарши туриш истаги ва қобилияти учун етарли масъулият бўлиши керак. Шунинг учун касалликнинг функционал белгиларини тиклаш динамикасига қараб, ТИР даврида босқичма-босқич амалга оширилишини таъминлаш ва беморларни ёпиқ ва ярим ёпиқ ва очиқ РМга ўз вақтида ўтказиш муҳимдир. Керак бўлса, агар бемор очиқ РМда тураолмаса, у ҳолда унинг розилиги билан у ярим ёпиқ ва ёпиқ РМга ўтказилиши мумкин.

Оптимал РМни яратилиши ходимлар учун беморлар билан ижтимоий ва тиббий ишларни тўғри олиб боришда махсус ўқув дастурини ишлаб чиқишни талаб қилади. Ушбу дастурга қуйидагилар киради:

- 1) Ахборот қисми – гиёҳвандликнинг намоён бўлиши ва уни даволаш ва реабилитация қилиш усуллари мавзуларида суҳбатлар ўтказиш.
- 2) Оғир ҳолатдаги беморларни парвариш қилиш, махсус реабилитация (меҳнат, маданий терапия, соғломлаштириш) тадбирларини ўтказиш, беморлар ва уларнинг қариндошлари билан тўғри муносабатда бўлиш кўникмаларига ўргатиш.
- 3) Назорат қисми – билим, кўникма ва тайинланган вазифаларни бажарилишини текшириш, беморлардан тиббий ходимлар ишини баҳолашда аноним сўраш.

Беморларнинг ТИРни амалга оширувчи ҳамширалар ўзаро тушуниш ва ўзаро қўллаб-қувватлаш муҳитини яратишга қаратилган тадбирларда кўпроқ мустақилликка эришишлари керак. Улар бир томондан беморлар ва ижтимоий ходимлар билан, бошқа томондан шифокорлар билан доимий алоқада бўлишлари лозим. Тиббиёт муассасадаги бир қатор РМ функциялари ҳамширалар, ижтимоий ходимлар ва беморлар ўртасида ўзаро алмашилиши керак.

Реабилитация режими

ТИР учун зарур шарт-бу беморларнинг доимий бандлигини таъминлайдиган мақбулкун тартибини ташкил этиб, тиббий, психотерапевтик муолажаларни касбий терапия, индивидуал машғулотлар, маданий терапия, спорт, уюшган бўш вақт ва бошқалар билан бирлаштириш.

Шаклланган кун тартиби реабилитация жараёнига беморларни фаол реабилитация фаолиятига жалб қиладиган ўзига хос мазмунли ритмни кучайтиради. Реабилитация бўлими (маркази) ҳаётининг бу ритми бузилмаслиги ва кераксиз равишда ўзгармаслиги керак, чунки бир неча ой давомида беқарор руҳий ҳолат, ўзини паст англаш, аниқ деиндивидуализация даволаш-реабилитация мутаносиблигини (уйғунлигини) жуда осон йўқ қилиши мумкин.

Ўткир ва ярим ўткир руҳий ва хулқ-атвор бузилишларини даволашга қаратилган ва қатъий назорат, тиббий кузатув ва ётиб даволаниш режими (чеклов режими) ни ўз ичига олган

реабилитациядан олдинги даврнинг терапевтик тадбирлари тугагандан сўнг, беморга ўртача жисмоний ва руҳий юкламалар билан иш ва таълим фаолиятининг тежамкор, аммо беморни жамоавий фаолиятда иштирок этишни рағбатлантирадиган: реабилитация бўлими (маркази), кундалик тартиб қоидаларига риоя қилиш, меҳнат терапияси, ТИРД жадвалида кўзда тутилган оммавий тадбирларда, тиббий ходимларга бўлимда хизмат кўрсатишда ёрдам бериш, режими тайинланиши лозим.

ТИРнинг интеграция босқичида **реабилитация (фаоллаштириш)** режими долзарб бўлиб, жамиятдан минимал равишда ажратилган ҳолда қадриятлар ва қизиқишларнинг индивидуал тизимини ҳисобга олган ҳолда беморларни ўз-ўзига хизмат кўрсатиш тизимига асосланган ҳолда тўлиқ ҳажми ва тўлиқ иш вақти ичида жисмоний ва руҳий юкламаларга ундайди, беморнинг ижтимоий фаоллигини рағбатлантиради, унинг бўлим ичида эркин ҳаракатланишига халақит бермайди, уни фойдали иш билан таъминлайди.

Реабилитация режимининг муҳим таркибий қисми бўлим (марказ) да беморларни ўз-ўзини бошқаришни жорий этишдир. Беморларни ўз-ўзини бошқариш бўлим бошлиғи ва беморлар кенгашини (марказ) сайлашни; бўлимда (марказда) содир бўлаётган воқеалар учун беморларнинг жамоавий жавобгарлиги элементларини жорий этиш; салбий йўл бошчиларнинг таъсирини чеклаш; беморлардан фаолларни ички қисми (марказ) ҳаётини ва интерьерини яхшилаш чораларига жалб қилиш, меҳнат терапия, маданий терапия, ижодкорлик, спорт ва бошқаларни, ходимлар беморларга муносабатини коррекциялашни назарда тутди.

Реабилитация режимининг таркибий қисми сифатида меҳнат терапияни ташкил этиш бўлим (марказ) даги беморларнинг ходимларига ёрдам беришни ўз ичига олади. Иш билан бандлик терапияси-бу беморларни доимий иш билан таъминлаш учун реабилитация ишларининг асосий элементи бўлиб, мустақил ҳаёт ва ўзини ўзи таъминлаш кўникмаларини мустаҳкамлашга қаратилган тобора мураккаб ижтимоий ва меҳнат таълимидир.

ТИР дастури реабилитация бўлимида (марказда) ёпиқ, ярим ёпиқ ёки очиқ РМ яратишга имкон берадиган режимларини, тиббиёт ходимларни танлаш ва ўқитишнинг турли хил вариантларини ҳисобга олган ҳолда қурилади.

Стационар шароитидаги тиббий реабилитация

Стационар шароитда ТИРга қуйидагилар юборилади:

- даволаш чора-тадбирларининг тиклаш (реабилитациядан олдинги) мажмуасини тугаллаган юқори, ўрта ва паст РПДли психоактив моддаларига тобелик синдроми бўлган беморларни;
- очиқ ва ярим ёпиқ турдаги реабилитация муассасаларида самарасиз даволаш ва реабилитациядан сўнг психоактив моддаларига тобелик синдроми билан беморлар.

Стационар шароитида тиббий реабилитация дастурларини амалга ошириш вақти беморнинг РПДига ва шифохонада фаолият юритишга мослашиш тезлигига боғлиқ.

Стационар шароитидаги ТИРнинг вазифалари:

1. Психоактив моддалар истеъмолини рад этиш ва ДРДда иштирок этиш йўл -йўриғини шакллантириш.
2. Руҳий касалликлар ва ҳулқ-атвор бузилишларини фармакологик, физиотерапевтик, психотерапевтик ва бошқа чоралар мажмуаси ёрдамида даволаш ва олдини олиш.
3. Шахсий ва ижтимоий вазифаларни ҳал қилишда ҳиссий ўзини ўзи бошқариш ва низоли вазиятларни бартараф этиш кўникмаларини тиклаш ва (ёки) шакллантириш.

4. Беморнинг субъектив идрокига асосланиб баҳоланадиган жисмоний, психологик, ижтимоий ва ҳиссий ҳолатидан қониқишини оптималлаштириш орқали беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш, шу жумладан қуйидагиларга асосан:

- норматив қиймат йўналишини ва ижобий ахлоқий-этик йўл-йўриқларни шакллантириш ва мустаҳкамлаш;
- реал ҳаёт келажагини шакллантириш;
- соғлом турмуш тарзи моделини, ўз хатти-ҳаракати учун жавобгарликни ва ҳушёрлик сақлашни шакллантириш;
- тизимли иш ва ўқиш малакаларини шакллантириш (ёки қайта тиклаш)ни ташкил этиш;
- оилавий ёки бошқа муҳим шахслараро муносабатларни тиклаш.

5. Соғлом турмуш тарзини ва самарали ижтимоий фаолиятни сақлашга ҳисса қўшадиган хулқ-атвор моделларини шакллантириш, шу жумладан қуйидагиларга асосан:

- хулқ-атвор бузилишларини психокоррекцияси;
- касбий фаолиятда, оилавий муносабатларда ва норасмий шахслараро алоқада зарур бўлган мулоқот қобилиятларини тиклаш;
- аутоагрессив (ўз-ўзини бузувчи) хатти-ҳаракатларни таҳлил қилиш ва конструктив хатти-ҳаракатлар моделини ўрганиш;
- даво ва ижтимоий қизиқишларнинг меъёрий даражаларини ошириш ва мақсадли фаолиятни шакллантириш.

6. Бузилишларнинг (ремиссия фонида психоактив моддаларни бир ёки икки марта истеъмол қилиш) ва касалликнинг қайталаниш тиббий профилактикаси, шу жумладан қуйидагиларга асосан:

- бир қатор психотерапевтик когнитив хулқ-атворусулларидан фойдаланган ҳолда ПАМларга бўлган мойилликни кучайишининг белгиларини аниқлаш ва касаллик қайталанишини енгиш кўникмасига ўргатиш;
- қийин вазиятларга қарши туриш ва ПАМларга "йўқ" дейиш кўникмаларига ўргатиш.

7. Беморларнинг қариндошлари психоактив моддаларни истеъмолининг тиббий ва ижтимоий оқибатлари тўғрисида билимларини кенгайтириш, касалликнинг қайталанишини олдини олиш учун беморларга психологик ёрдам кўрсатиш ва уларнинг ҳолатини назорат қилиш кўникмаларига ўргатиш.

8. Психотерапевтик иш жараёнида қариндошлар томонидан ҳамкор тобеликни бартараф этиш.

Қувватловчи терапия-бу ҳаётини тонусни ошириш, фаол жисмоний фаолиятга қизиқиш, соғайишга интилиш ва иш қобилиятини тиклаш, ўз-ўзига хизмат кўрсатиш кўникмаларини ўзлаштириш ва мустаҳкамлаш учун энг энгил операцияларни бажаришдир.

Тиклаш меҳнат терапияси реабилитация муассасасида ҳаёт шароитларига мослашиш даврида беморнинг бузилган меҳнат қобилиятини тиклаш, жисмоний ва ҳаракат бузилишларининг олдини олишга қаратилган.

Кўрсатилган ҳаракатлар турлари беморларнинг (реабилитантларнинг) психофизик тикланишига ва таълимига ижтимоий масъулият ҳиссини қўшиши, муваффақият ва ижтимоий фойдалилик туйғусини келтириб чиқариши, шунингдек беморнинг кейинги ижтимоий мослашувига ҳисса қўшиши лозим.

Стационар шароитида ТИРга қўйиладиган ижтимоий талабларга қуйидагилар киреди:

1. Меҳнат, спорт, ижодий фаолият, маданий ва мазмунли дам олиш учун шароитларни ташкил этиш. Доимий иш билан таъминлаш ва меҳнат жараёнлари учун шароит яратиш,

беморларнинг мунтазам ишлашга бўлган истагини ривожлантириш ТИРнинг асосий тамойилларидан биридир.

Бадий студияни (расм чизиш, скульптура дарси, фотосурат ва бошқалар), спорт ва дам олиш мажмуасини (очиқ спорт майдончаси, спорт ўйинлари, машғулотларзали, тематик филмлар, телешоуларни томоша қилиш хонаси ва бошқалар) ташкил қилиш тавсия этилади.

- ижтимоий иш бўйича мутахассиснинг ижтимоий-психологик, коррекцион ва ўқув ишларини амалга ошириш;
- беморни меҳнат, ўқиш ва ижодий фаолиятларига иштирок эттириш;
- реабилитациянинг ҳар бир босқичида беморларни реабилитация муассасаси шароитларига мослаштиришни коррекциялаш;
- хулқ-атвор, меҳнат технологияларини ўзлаштириш, ишда, ўқишда муваффақият қозониш ва бошқаларни устидан назорат қилиш;
- бузилган оилавий муносабатлар ва ижтимоий алоқаларни тиклашда, ижтимоий маиший муаммоларни ҳал этишда ёрдамлашиш;
- реабилитация шифохонасидан чиққандан кейин ёки амбулатория шароитида реабилитация пайтида иш билан таъминлаш, касбий тайёргарликда, ўқишни давом эттиришда ёрдам бериш;
- юридик саволлар бўйича маслаҳатларни олиш;
- даволаш ва реабилитацион наркологиқ муассасалар; реабилитация дастурлари; тобелиқ муаммолари билан шуғулланадиган жамоат ташкилотлари ва диний конфессиялар; гиёҳвандликка қарши мавзулар бўйича оммабоп адабиётлар ва услубий материалларни олиш имкониятлари; алкоголь ва гиёҳвандликка қарши маданий тадбирлар ва бошқалар тўғрисида маълумотлар билан таъминлаш;
- маданий, спорт ва дам олиш, беморларни реабилитация қилишга кўмаклашувчи комплекс тадбирларини ўтказиш.

ТИР дастурини стационар шароитда (реабилитация бўлими, реабилитация маркази, кундузги реабилитация стационари) тугатгандан сўнг, беморларни амбулатория шароитида ТИР дастурларида иштирок этишга ундашади (ва тавсия этишади).

Амбулатор шароитидаги тиббий-ижтимоий реабилитация

Амбулатория шароитида ТИРнинг мақсади – беморнинг жисмоний ва руҳий ҳолатини тиклаш ва барқарорлаштириш, унинг ижтимоий мавқеини тиклаш, яъни беморнинг меъёрий шахсий ва ижтимоий фазилатларини тиклаш, коррекциялаш ёки шакллантириш, унинг оила ва жамиятга қайтишидир.

Амбулатория шароитида ТИРнинг вазифалари:

- ДРДда иштирок этишга беморларни мотивациялаш;
- тиббий психолог ва ижтимоий ходимларнинг маслаҳатлари;
- кейинчалик малакали тиббий ёрдам кўрсатиш ва текшириш учун, яъни ДРДнинг тикловчи (асосан терапевтик) даврини амалга ошириш учун беморларни наркологиқ муассасасига юбориш билан врач-наркологиқнинг ихтисослаштирилган диагностик маслаҳати;
- алкоголь ёки гиёҳванд генезликам ифодаланган абстинент ва абстиненциядан кейинги бузилишларни даволаш;
- қўллаб-қувватловчи касаллик қайталанишига қарши реабилитация дастурларини ташкил этиш;

Бундан ташқари, амбулатория бўлимларида функционал бузилишлари (ҳамкор тобелиқ ва астеноневротик бузилишлар ва бошқалар) бўлган наркологиқ беморларнинг маслаҳат,

психологик ёрдам ва психокоррекцияга муҳтож бўлган қариндошларига даволаш-реабилитация ёрдами кўрсатилиши мумкин.

Беморнинг модели:

- юқори, ўрта ва паст даражадаги реабилитация салоҳиятига эга бўлган, тиббий чора-тадбирларнинг тикланиш (реабилитациядан олдинги) даврини қисман ёки тўлиқ яқунлаган ва амбулаторияда ТИРД ўтказиш истагини билдирганлар;
- реабилитация марказларида ижтимоий реабилитация дастурларини тамомлаган ва қўллаб-қувватловчи ТИРДга муҳтож бўлганлар;
- қамоқдан озод қилинган ва ихтиёрий равишда амбулатория шароитида реабилитация дастурларида иштирок этишга розилик берганлар;
- суд қарори билан мажбурий амбулатор даволаш ва реабилитацияга йўналтирилганлар.

Стационар шароитда ТИРДни ўтказган барча беморлар тўлиқ текширувдан сўнг, барқарор руҳий ва соматик ҳолатида, туну кун тиббий назорат ва парвариш қилишни талаб қилмайдиган, ўз-ўзига хизмат қилиш қобилиятига эга бўлганлар амбулатория шароитида ТИРДга юборилади.

Амбулатория шароитида ТИРДга қабул қилингандан сўнг, бемор тегишли тавсияномани, стационар тиббий картасидан кўчирмасида асосий ва қўшма касалликлар, клиник диагностика, бактериологик ва бошқа тадқиқотлар натижаларини, ўтказилган даволашни, РПД хусусиятларини ва амбулатория шароитида ТИРД кўрсатмаларини кўрсатиб беради.

Амбулатория шароитида ТИРДни амалга оширилиши беморларга ишлашни ёки ўқишни давом эттиришга, оиласи билан ўйда яшашга имкон беради. Шу билан бирга, пухта ишлаб чиқилган ва бошқариладиган тадбирлар дастурига мувофиқ беморга бир қатор талаблар қўйилади, шу жумладан психоактив моддаларни суистеъмолидан бош тортиш, интизомли ва қабул қилинган мажбуриятлар учун жавобгар бўлиш учун юқори мотивацияни сақлашга ва б. имкон беради.

Амбулатория шароитида ТИРДқўйидаги мутахассислар билан: туман наркологлари, психотерапевтлар, тиббий психологларнинг тиббий реабилитациянинг бошқа мутахассислари (ижтимоий ишчи) ўзаро ҳамкорлиги асосида амалга оширилади.

Амбулатория шароитида туман наркологлари амбулатор ТИРД ўтказиш учун беморларда тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар мавжудлигини ва ТИРДни ўтказадиган тиббиёт муассаларини аниқлайдилар.

Тиббий кўрсатмалар бўлганида ва ИРД ишлаб чиқиш учун врач-нарколог беморларни психотерапевт, тиббий психолог ва бошқа мутахассисларга мурожаат қилишга йўналтиради.

Амбулатория шароитида ТИРД учун ижтимоий талаблар стационар шароитда тиббий ва ижтимоий реабилитация талаблари билан бир хил бўлиб, беморларни фаол рағбатлантириш ва ишга жалб қилиш, касбий тайёргарлик, спорт, ижодий фаолият ва бошқаларни ўз ичига олади.

Юқори РПД бўлган беморлар учун амбулатория шароитида ТИРД давомийлиги уч ойдан олти ойгача (агар керак бўлса, улар узайтирилиши мумкин), ўрта ва паст РПД бўлган беморлар учун - камида бир йил бўлиши мумкин. Агар керак бўлса, беморнинг розилиги билан ТИР дастури беморнинг аҳволини тўлиқ тиклаш учун зарур бўлган муддатга узайтирилиши мумкин.

Агар беморнинг клиник ҳолати ёмонлашса, такрорий "бузилишлар" аниқланса, беморлар наркологик касалхонага (ёки кундузги касалхонага) касаллик қайталанишига қарши ёки тиклаш терапиясига даволанишга юборилади ва кейинчалик ихтиёрий розилик билан стационар ёки амбулатория шароитидаги реабилитация бўлимига ўтказилади.

Касалликни даволаш, даволаш ҳолати ва назорати бўйича тиббий хизматлар

ТИРдоирасида психоактив моддалар суистеъмоли туфайли пайдо бўлган ўткир, ярим ўткир ва қолдиқ руҳий, хулқ-атвор ва соматоневрологик бузилишларни даволаш ва олдини олиш учун ишлатилади. Улар "Наркологик беморларни ташҳислаш, даволаш ва тиббий-ижтимоий реабилитация стандартлари" га мувофиқ таъминланади, қайталанишига қарши ва умумий тикловчи воситалар билан бир қаторда ўзига хос дориларни ўз ичига олади:

1. ацеталдегиддегидрогеназани блокировка қилувчи сенсibiliзациялаштирувчи воситалар- дисульфирам, цианамид, метронидазол ва бошқалар;
2. налтрексон -опиат рецепторларни блокатори;
3. никотин тобеликгини енгиллаштириш учун ишлатиладиган дорилар-никотин ва цитизин.

Сенсibiliзация қилувчи воситалар алкогольга тобеликги, шунингдек алкогольга тобелик билан бирлаштирилган бошқа тобелик шакллари учун ишлатилади.

Сенсibiliзациялаш терапияси сирка альдегидини (токсик хусусиятларга эга этанол метаболизмнинг биологик фаол маҳсулоти) фаол бўлмаган сирка эфирига айлантирадиган альдегиддегидрогеназа ферментини блокировка қилувчи воситалардан фойдаланишга асосланган. Бундай воситаларга дисульфирам, цианамид, метронидазол ва бошқалар киради.

Дисульфирамни қабул қилишнинг 3 ёки ундан кўп кунидан сўнг, алкоголь 10-20 дақиқа давомида истеъмом қилинса, қондаацетальдегид даражаси 5-10 маротабага ошади, у бир қатор субъектив равишда жуда ёқимсиз аломатларни: юқори қон босими, тахикардия, кўнгил айниши ва қайт қилиш, юракдаги оғриқ, тегиб урадиган бош оғриғи, цианотик ранг билан гиперемия ва юзнинг шишиши, қулоқда шовқинлар, бош айланиши, кўриш ноаниқлиги, ҳавотир ва ўлим қўрқувини келтириб чиқаради ва алкоголь истеъмолини давом эттиришнинг иложиси бўлмайди. Дисульфирам-алкогол реакциясининг оғир кечиши билан артериал гипертензия қон босимининг пасайиши ва коллапс ҳолатининг ривожланиши билан алмашиши мумкин. Дисульфирам кунига 0,25 дан 2 маротаба 2 ҳафта давомида буюрилади, сўнгра кунлик миқдор 0,25 гача камаяди. Бир ойдан сўнг, кейинги 10-20 кунлик танаффуслар амалга оширилади ёки аксинча, миқдор вақтинча оширилади-вазиятга (байрамлар ва бошқалар) ва беморнинг аҳволига қараб.

Дисульфирам кокаин тобеликгида, шунингдек опиоидга тобе бўлган одамларда кокаинни суистеъмом қилишда самарали фармакологик восита деб ҳисобланади. Дисульфирамнинг бу таъсири унинг β-дофамингидроксилазаниингибция қила олиш қобилияти билан изоҳланади, бу эса эркин дофаминнинг кўпайишигава норадреналин синтезининг камайишига олиб келади. Кокаин катехоламинларни қайтариб олишнинг кучли ингибитори бўлганлиги сабабли, дисульфирам кокаинга бўлган патологик мойилликни камайтириши мумкин.

Шундай қилиб, ҳозирги вақтда дисульфирамдан фойдаланиш кўрсаткичлари кенгайган ва нафақат алкогольга тобелик, балки кокаинга тобелик, шунингдек кокаин ва алкоголь бирликдаги истеъмоли киради.

Худди дисульфирамга ўхшабалкогол метаболизмгацианамид таъсир қилади, у кунига 12 дан 24 томчи миқдорида қабул қилинади. Цианамид таъсир механизми бўйича ўзига хос дори ҳисобланади, чунки у фақат ацетальдегиддегидрогеназага таъсир қилади (дисульфирам, бу механизмдан ташқари, β--дофамингидроксилазани ҳам тўсиб қўяди). Даволаш курси узоқ муддатли -3-6 ой ёки ундан ҳам кўп. Спиртли ичимликларга "сезгирлик" воситаси сифатида ишлатиладиган метронидазол дисульфирамга қараганда камроқ заҳарлидир ва шунинг учун

махсус эҳтиёт чораларини талаб қилмайди. Уни 2-3 ҳафта давомида 0,75 г дан 3 марта кунигабуюрилади.

Наркология амалиётида фойдаланиш учун тавсия этиладиган махсус дорилар

| Дори воситаси | Кўрсатмалар | Миқдор ва қўллаш |
|--------------------|---|--|
| Дисульфирам | <ul style="list-style-type: none"> – Даволаш пайтида касаллик қайталанишини олдини олиш; даволаш – Алкоголга мойилликни пасайтириш – шартли-рефлектор жавобни ишлаб чиқиш – Алкоголга нафрат | Бошланғич миқдори 500 мг/кун, миқдорни секин секин 250/125 мг/кунгача пасайтириш |
| Цианамид | <ul style="list-style-type: none"> – Касалликни қайталанишини олдини олиш ва даволаш | 12-24 томчи/кун |
| Налоксон | <ul style="list-style-type: none"> – Опиоид анальгетиклардан ўткир заҳарланиш, алкоголь комаси – гиёҳвандликдан азоб чекаётганларда налоксон киритилиши АСнингўзига хос белгилари намоён бўлади, у диагностика мақсадида ишлатилади | Ўртача миқдори 0,4 - 0,8 мг |
| Налтрексон | <ul style="list-style-type: none"> – опиоид тобеликги (ОАСбартараф этилгандан кейин) – алкогольга бўлган эҳтиёжни камайтириш ва сурункали алкоголизмнинг қайталанишини олдини олиш | 50 мг (ичга буюриладиган шакл) 380 мг (инъекцион узоқ муддатли шакл) |
| Никотин | <ul style="list-style-type: none"> – никотинга бўлган эҳтиёжни камайтириш орқали никотинга тобеликни даволаш; чекишни ташлашда юзага келадиган абстиненция аломатларини бартараф этиш. | 7-21 мг, ҳар куни 3 ойгача |
| Цитизин | <ul style="list-style-type: none"> – Никотинга тобеликни даволаш | Йўриқномага асосан |

Налтрексон опий ва алкоголь тобеликгида ишлатилади. Ҳозирги вақтда кокаин, стимуляторлар ва ўйинларгатобеликдаги опият рецепторлар блокаторларининг терапевтик самарадорлигини кўрсатадиган тадқиқотлар мавжуд. Кўп ҳолларда налтрексон кунига бир марта оғиз орқали 50 мгдан буюрилади. У бошқа барча усуллар ва даволаш воситалари билан биргаликда ишлатилиши лозим. Баъзи беморларда (аёллар; ёшлар; яқиндагина спиртли ичимлик истеъмол қилган беморлар) налтрексонни қабул қилиниши кўнгил айнаши ва бош оғриғига сабаб бўлади. Бундай ҳолларда даволашни 12,5-25 мг миқдорда бошлаш мумкин, бир неча кун ичида 50 мг га ўтиш мумкин.

Ичга буюришдан ташқари, кўпинча 380 мг миқдорда узоқ муддатли таъсир кўрсатадиган налтрексоннинг парентерал (мушак ичига) инъекция шакли ишлатилади. Ушбу шакл таъсирининг давомийлиги 4 ҳафта. Даволашнинг давомийлиги спиртли ичимликларга тобелик учун 6 ойдан, опиоидга тобелик учун 12 ойдан иборат бўлиб, ундан кейин препаратни узайтириш масаласи ҳал қилинади. Спиртли ичимликлардан бутунлай воз кечиш налтрексонни даволашнинг мақсади бўлса-да, уни шартсиз талаб сифатида илгари сурмаслик керак; агар бемор даволанишга рози бўлса, лекин вақти-вақти билан ичишни давом эттирса, бу даволанишни тўхтатиш керак дегани эмас: баъзи беморлар, айниқса дастлабки, налтрексонга тўхташ билан эмас, балки фақат спиртли ичимликларни истеъмол қилишни камайтириш орқали таъсир қилишади. Амбулатория ва

стационар тиббий - ижтимоий реабилитация доирасида психотерапевтик даволаниш билан биргаликда 380 мг узоқ муддатли таъсир кўрсатадиган Налтрексоннинг инъекцион шаклидан фойдаланиш тавсия этилади.

Профилактика, даволаш ва тиббий-ижтимоий реабилитациянинг номедикаментоз (физиотерапевтик) усуллари

Физиотерапия процедураларидан фойдаланиш мураккаб фармакотерапияга фойдали қўшимча ҳисобланади, чунки бу унинг самарадорлигини оширишга имкон беради.

Физиотерапевтик усуллар стационар шароитда қўлланилади, физиотерапевт билан маслаҳатлашгандан сўнг кўрсатмаларга мувофиқ белгиланади.

Наркология амалиётида қўлланиладиган физиотерапия усуллари

| | |
|---|--|
| 1 | марказий асаб тизими ва бош мия касалликларида дориларнинг электрофорези |
| 2 | марказий асаб тизими ва мия касалликларида тубжой дарсонвализацияси |
| 3 | периферик асаб тизими касалликлари учун гальванотерапия |
| 4 | периферик асаб тизими касалликларида Бернар тоқлари |
| 5 | периферик асаб тизими касалликлари учун тубжой дарсонвализацияси |
| 6 | периферик асаб тизими касалликлари учун дори электрофорези |
| 7 | электроуйқу |
| 8 | ультра юқори частотали электр майдони билан таъсир қилиш (ЭМ УЮЧ) |
| 9 | ўзгарувчан магнит майдон билан таъсир қилиш (ЎММ) |

Тиббий-ижтимоий реабилитация дастурларидаги психотерапия

Психотерапия ўтказишда психотерапевтик таъсирнинг мақсадга мувофиқлиги (нозологик, симптоматик, шахсий) муҳимдир. ИРДни ишлаб чиқишда ҳар бир бемор учун психотерапевтик таъсирининг индивидуал "нишонларини" шакллантириш лозим.

Психотерапевтик таъсир учун нишонларни танлаш беморнинг индивидуал имкониятлари ва хусусиятларига боғлиқ: таълим, ақл, когнитив хусусиятлар, ижодий фикрлаш ва тушуниш қобилияти, шахсий хусусиятлар, руҳий жараёнларнинг шахс ичидаги суръати. Даволашга психоактив моддаларга боғлиқ бўлган ва психоактив моддаларни истеъмолидан бош тортишга беморларнинг ўта беқарор мотивациясини ҳисобга олган ҳолда, ДРЖнинг барча босқичларида психотерапиянинг асосий усули мотивацион психотерапия ҳисобланади.

Психоактив моддаларга тобелик бўлган беморларда психотерапевтик таъсирнинг асосий нишонлари:

- психоактив моддаларга патологик мойиллик (психоактив моддаларни қабул қилиш мотивациясини, шу жумладан патологик мойилликнинг ўзини, унинг аломатлари ва тобелик генезининг патогенетик элементи бўлган ва шахсият патологияси билан ҳамбарчас боғлиқ бўлган беморларнинг "асосий, онгсиз" мотивациясининг намоён бўлишини тан олиш қобилияти);
- нозогнозия бузилишлари, касалликни қисман англаниши; беморнинг шахсий дисфункциялари (акцентуация, шахснинг бузилиши);
- даволаш ҳақидаги бузилган тасаввурлар (ва/ёки хавфсираш);
- бузилган коммуникатив йўл - йўриқлар;
- беморнинг ўз-ўзини баҳолашнинг бузилиши;

- заиф рефлексив қобилиятлар, уларнинг ҳозирги ҳолатини баҳолай олмаслик;
- чуқур алоқа ўрнатиш (терапевтик альянс доирасида), шу жумладан мутахассисдан ҳиссий ёрдам олишқобилиятининг бузилиши;
- интрапсихик тўқнашувлар кучли, аммо ёмон англанаётган ҳиссиётлар билан бирга келади;
- беморнинг "келажак қиёфасини" бузадиган "ўрганилган ночорлик" нинг пессимистик йўл - йўриклари ва паттернлари ;
- объектга оид муносабатларнинг типик бузилишлари.

Психотерапия, психологик маслаҳат ва психотерапевтик динамикани баҳолаш бўйича тиббий хизматлар

| 1. Мутахассис қабул қилиши (текшириш, маслаҳат) ва назорат қилиш (стационар шароитида) | |
|---|---|
| Мажбурий | Кўрсатмаларга кўра |
| <ul style="list-style-type: none"> – врач-психотерапевт қабул қилиши (текшириш, маслаҳат) – тиббий психолог қабул қилиши (тестлардан ўтиш, маслаҳат) – врач-психотерапевт такроран қабул қилиши(текшириш, маслаҳат) – тиббий психолог такроран қабул қилиши (тестлардан ўтиш, маслаҳат) | <ul style="list-style-type: none"> – йўқ |
| 2. Психотерапевтик даволаш (стационар шароитида) | |
| Мажбурий | Кўрсатмаларга кўра |
| <ul style="list-style-type: none"> – Психологик мослашув – Атвор- муҳит терапияси – Психологик маслаҳат – Индивидуал психологик маслаҳати – Гуруҳ психологик маслаҳати – Оилавий психологик маслаҳати – Психологик коррекция – Индивидуал психологик коррекция – Ижтимоий-реабилитацион иш – Гуруҳ психологик коррекция – Психотерапия | <ul style="list-style-type: none"> – Меҳнаттерапияси – Арттерапия – Аутоген тренировкаси |
| 3. Мутахассис қабул қилиши (текшириш, маслаҳат) ва назорат қилиш (амбулатор шароитида) | |
| Мажбурий | Кўрсатмаларга кўра |
| <ul style="list-style-type: none"> – врач-психотерапевт қабул қилиши(текшириш, маслаҳат) – тиббий психолог қабул қилиши (тестлардан ўтиш, маслаҳат) – врач-психотерапевт такроран қабул қилиши(текшириш, маслаҳат) – тиббий психолог такроран қабул қилиши (тестлардан ўтиш, маслаҳат) | <ul style="list-style-type: none"> – йўқ |
| 4. Психотерапевтик даволаш (амбулатор шароитида) | |

| Мажбурий | Кўрсатмаларга кўра |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Психологик мослашув – Психологик маслаҳат – Индивидуал психологик маслаҳати – Гуруҳпсихологик маслаҳати – Оилавий психологик маслаҳати – Психологик коррекция – Индивидуал психологик коррекция – Гуруҳ психологик коррекция – Психотерапия – Атвор- муҳит терапияси – Ижтимоий-реабилитацион иш | <ul style="list-style-type: none"> – Меҳнаттерапияси – Арттерапия – Аутоген тренировкаи – Когнитив-ҳулқ атвор психотерапияси – Ижодий ўзини намоён қилиш терапияси (Бурно бўйича) – Гипнотерапия – НЛП |

Психотерапия, психологик маслаҳат ва психотерапевтик динамикани баҳолаш бўйича тиббий хизматлар

| Тиббий хизмат | Қўллаш |
|---|---|
| Патопсихологик ва нейрпсихологик диагностика | <p>Бу шахсининг ўзига ҳос психологик хусусиятларини аниқлаш усулларини ўз ичига оладиган ижтимоий-психологик аралашувлар мажмуаси. Соғлиқни сақлаш муассасасида қуйидаги психологик диагностика турлари тиббий психолог томонидан амалга оширилади:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нейрпсихологик диагностика (топик ташҳис қўйиш, ақлий фаолиятнинг сақланиб қолган ва бузилган алоқаларини ўрганиш, асосан неврологик касалликларга чалинган беморларда терапия ва реабилитация фонида ақлий функцияларнинг бузилиш динамикасини баҳолаш), 2) патопсихологик диагностика (асосан руҳий беморлардакогнитив ва ҳиссий-шахсий соҳанинг бузилган ва сақланиб қолган таркибий қисмларини ва динамикасини баҳолаш), 3) шахсий диагностика (касалликларнинг кенг доирасидаги шахсий ўзгаришларни баҳолаш учун проектив усуллар ва стандартлаштирилган сўровномалар ёрдамида ўтказилади). |
| Психологик мослашув | <p>Жамиятнинг меъёрлари ва қадриятларини эгаллаш орқали шахсни жамиятда мавжуд бўлган талаблар ва баҳолаш мезонларига мослаштириш. Тобеликка чалинган одамларда психологик мослашув тўлиқ дезадаптацияга қадарбузилган. Даволаш жараёнида ишнинг муҳим йўналишларидан бири бу соғлом турмуш тарзигапсихологик мослашувни қайта тиклашдир.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Психологик маслаҳат бериш</p> <ul style="list-style-type: none"> – индивидуал психологик маслаҳат – гуруҳ психологик маслаҳат – оилавий психологик маслаҳат | <p>Касбий мартабанинг йўқорилашувига, никоҳ, оила, шахсий ривожланиш ва шахслараро муносабатлар билан боғлиқ муаммоларни ҳал қилиш ва қарорлар қабул қилишга инсонга ёрдам беришга қаратилган процедуралар тўплами. У индивидуал тарзда ва гуруҳда амалга оширилиши мумкин. Алоҳида оилавий маслаҳат ажратилади: бу нафақат қариндошлар билан тўғридан-тўғри ишлашни, балки тобелик синдроми бўлган беморларга, шу жумладан уларнинг хотинлари (эрлари) билан маслаҳат беришни, никоҳгача бўлган даврда, шунингдек ажрашиш даврида маслаҳат беришни ҳам ўз ичига олади. Бунга болалар ва ота-оналар муносабатлари, шунингдек, ота-оналар ва эр/хотиннинг қариндошлари билан муносабатлар бўйича маслаҳат ҳам киради, чунки оила аъзоларидан бирида қарамлик мавжудлигида бутун оилага ва унинг ҳар бир аъзосига таъсир қилади.</p> <p>Психологик маслаҳатнинг мақсадлари муайян психологик муаммога боғлиқ.</p> |
| <p>Психологик коррекция</p> <ul style="list-style-type: none"> – индивидуал психологик коррекция – гуруҳли психологик коррекция | <p>Бу психологик маслаҳат, психотерапия каби психологик ёрдам турларидан бири, психологик таъсирнинг психологик коррекция махсус воситалари ёрдамида оптимал моделга мос келмайдиган психологик ривожланиш хусусиятларини тузатишга қаратилган; шунингдек—бу инсонга керак бўлган психологик хусусиятларини хушёрликни сақлаб қолиш, унинг ижтимоий мослашуви ва ўзгарувчан ҳаёт шароитларига мослашишини оширишга йўналтирилган. У индивидуал ва гуруҳда амалга оширилиши мумкин.</p> |
| <p>Меҳнат терапияси</p> | <p>Наркологияда меҳнат терапиянинг асосий мақсади: беморларга жуда содда асосий иш, кундалик ишларни адекватравишда идрок этиш қобилиятларининг диришдир. Меҳнат терапияси одамга ўз меҳнати билан ижобий муносабатда бўлишга ва ишлаш маҳоратини ривожлантиришга, иш фаолиятига мотивацияни оширишга, ўртача меҳнатга ўргатишда ёрдам беради. Инсон ўзини жамиятнинг тўлақонли аъзоси, муҳим, талабга жавоб берадиган, фойдали деб ҳис қила бошлайди. Ўз ишининг қиймати бошқа одамнинг ишига ҳурматни ривожлантиради, бу эса умуман фаолиятга тўғри муносабатни яқинлаштиради ва ривожлантиради. Усулнинг марказий вазифаси касалхона ёки иш жойида моделлаштирилган актив иш фаолиятига қўшилган тақдирда беморни жамиятга мослаштиришдир. Усул динамикдир, чунки индивидуал топшириқлар ва иш учун жавобгарлик ошади, беморга оқилона кўрсатма берилади, уй вазифаларини ҳамкасблар ўртасида тақсимлаш ва вазифани бажаришда намуна кўрсатиш учун ушбу усул беморга мустақиллик ва шахслараро мулоқотни ривожлантиришга ёрдам беради.</p> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>Атроф-муҳит терапияси</p> | <p>Беморнинг атроф, муҳитбиланўзаро таъсиридаги терапевтик потенциалидан фойдаланишдир. Бу беморларнинг ҳаракат қилиш учун терапевтик дастур амалга оширилиши билан сунъий равишда яратилган муҳит, унда назорат қилиш, рағбатлантириш ёки танқид қилиш, масъулият ва психологик ёрдамтизимини ўз ичига олади, бу асосан касалликнинг бузилиши ёки қайталанишининг олдини олишни кафолатлайди. Атроф-муҳит терапияси қайта мослашув васоциализациянинг терапевтик воситаси бўлиб, гиёҳванд/алкогол атроф-муҳитнинг (субкультура)салбий таъсиридан беморларни ҳимоялайди ва, авваламбор, гиёҳванд моддалар/спиртли ичимликларистеъмолидан, шунингдек, уларнинг очиқ жамиятдаги фаолиятини моделлаштиради.</p> |
| <p>Арттерапия</p> | <p>Бу санъат ва ижодкорликка асосланган психотерапия ва психологик коррекциялаш тури. Кўпинча арт-терапия беморнинг руҳий ҳиссий ҳолатига таъсир қилувчи визуал ижодкорлик терапияни англатади. Ушбу усул ҳолатнинг динамикасини баҳолаш учун ижодий маҳсулотлардан фойдаланишга имкон беради. Арт-терапевтик иши беморнинг ижодий салоҳиятини ошқор қилишга ёрдам беради. У ифодаланган алекситимия билан оғриган беморларда, шунингдек зарур бўлгандапатоген, кечиктирилган ҳиссиётларнинг таъсирига самарали хавфсиз ҳиссий жавоб беришда қўлланилади.</p> |
| <p>Ижтимоий-реабилитацияши</p> | <p>Гиёҳвандликка олиб келадиган психоактив моддаларни ишлатишдан бош тортган беморларни шахсий қайта мослашуви, уларни қайта социализация ва жамиятга реинтеграцияга қаратилган тиббий, психологик, маърифий, тарбиявий, ижтимоий, ҳуқуқий, меҳнат чоралари тизими. Ижтимоий реабилитация ишининг мақсади беморнинг интеллектуал, ахлоқий, ҳиссий, ижодий салоҳиятини очиш ва ривожлантириш асосида меъёрий шахсий ва ижтимоий мавқеини тиклашдир (шакллантириш).</p> |
| <p>Аутоген тренировкаси</p> | <p>Стресс натижасида бузилган инсон танасининг гомеостатик механизмларининг динамик мувозанатини тиклашга йўналтирилганпсихотерапевтик усул. Аутоген машғулотлар техникасимушакларнинг бўшашиш, ихлос қилиш ва мустақил равишда ўрганишлардан (автодидактика) фойдаланишга асосланган. Терапевтик самарасиавтоном асаб тизимининг парасимпатик қисми тонусининг ошиши билан бирга бўшашишдан келиб чиқадиган трофотроп реакцияга боғлиқ, бу эса ўз навбатида тананинг салбий стресс реакциясини зарарсизлантиришга ёрдам беради. Баъзи бир тадқиқотчилар аутоген машғулотларнинг таъсирини миянинг лимбик ва гипоталамус доиралари фаолиятининг заифлашиши билан боғлашади. Усуллар индивидуал равишда ҳам гуруҳларда қўлланилади.</p> |

Наркологияда қўлланиладиган психотерапия усуллари

| Усул | Характеристикаси | Қўлланилиши |
|--|---|--|
| <p>Мотивацион интервью</p> | <p>Бемор билан мулоқот қилиш давомида балансни ўзгартирадиган усул. Асосий тушунча - бу "ўзгаришга тайёрлик", бу ташқи омиллар таъсирига сезгир бўлган ички ҳолат беморни рағбатлантириш босқичи деб ҳисобланади.</p> | <p>Мутахассислар ишидаги асосий ёндашув. Наркологнинг (психотерапевт, тиббий психолог) бемор билан ҳар бир психотерапевтик ўзаро таъсиридаги усул, шунингдек, тиббий-ижтимоий реабилитация давомида индивидуал равишда ёки гуруҳда психотерапевтик машғулотлар билан алоҳида танланган ёндашув. Мутахассислар фақат тўғри, танқидсиз, профессионал позицияни эгаллаши, кўникмаларни малакали қўллаши ва беморни ўзгаришларга тайёрлайдиган аралашувларни амалга ошириши шарти билан самарадорлик юқори бўлади.</p> |
| <p>Когнитив хулқ-атвор психотерапияси</p> | <p>Бу ўрганиш назарияси тамойилларига асосланган хулқ-атворнинг керакли, мослашувчан шаклларини тузишга йўналтирилган жараён. Психоактив моддаларни истеъмол қилиш билан боғлиқ хатти-ҳаракатларни ўзгартириш учун ишлатиладиган усуллар тўплами.</p> | <p>Усулни қўллаш фикрлар мазмунига таъсир этиш орқали ҳиссиёт ва хулқ-атворни ўзгартириш мумкинлигига асосланади, бундай ўзгаришлар эҳтимоли билим ва ҳиссий соҳаларнинг боғлиқлигига асосланади. Усул тиббий-ижтимоий реабилитация пайтида самарали ишлатилади. 20 дан 40 гача психотерапия машғулотларини ўтказиш тавсия этилади.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Комплайенс психотерапия</p> | <p>Бу усул хулқ-атвор ёндашувига асосланади, мотивацион интервьюни фаол терапевтик кўрсатмалари билан жорий этиш, муаммоларни ҳал қилиш билан, таълим ва когнитив таркибий қисмларни бирлаштирадиган усуллардан фойдаланади.</p> | <p>Психотерапевтик иш беморларнинг ўзлари, касаллик ҳақидаги иррационал эътиқодларини аниқлашга, келажакда ПАМлар истеъмолини прогноз қилишга, касаллик билан курашиш учун ўз ресурсларини баҳолашга ва кейин беморнинг иррационал эътиқодларини ўзгартиришга қаратилган. Усул, шунингдек, тобелик ривожланиш механизмларини, тобелик таъсирини ва тобеликни даволаш усулларини тушунтиришга қаратилган таълим дастурлардан фойдаланишни назарда тутди. 4 дан 8 гача психотерапия машғулоти (индивидуал ёки гуруҳда) ўтказилиши тавсия этилади.</p> |
| <p>Рационал психотерапия</p> | <p>Шифокорнинг касаллик ҳақидаги касбий билимларидан фойдаланилади, беморнинг мантикий хатолари таҳлил қилинади. Терапия жараёнида даволанишга муносабатни шакллантириш ва ПАМ истеъмолидан бош тортиш, "рецидивга қарши" кўникмаларни ўргатиш амалга оширилади. Психотерапия ўтказишда беморларнинг шахсий хусусиятларини ҳисобга олиш лозим.</p> | <p>Бу нарколог ишининг кенг қўлланадиган бажарилиши шарт бўлган қисмидир. 20 дан 40 гача психотерапия машғулоти ўтказилиши тавсия этилади.</p> |
| <p>Гипносуггестив психотерапия (бевосита предметли усуллар, эмоционал-стресс психотерапия, предмет орқали ишонтириш усули)</p> | <p>Инонтиришга асосланган усуллар. Терапевтик инонтиришнинг самарадорлигини ошириш беморни гипноз ҳолатига ёки "транс" ҳолатига - бўшашиш, тинчлик ва ҳоказоларга ботириш орқали эришилади. Сессия давомида "юмшоқ" ухлатувчи формулалар ҳиссий императив инонтириш билан алмашинади. Ҳар бир усул ўтказишни ўзига хос хусусиятларга эга. Ушбу усулларни қўллаш натижасида бемор ҳиссий жиҳатдан очиқ бўлади, бу зарур терапевтик таъсирга эришиш учун</p> | <p>Усуллар индивидуал ишларда ҳам, гуруҳларда ҳам қўлланилади. Ҳар бир беморнинг хусусиятларига қараб инонтириш формулаларини индивидуал тарзда ишлатиш керак. 4 дан 12гача психотерапия машғулоти ўтказилиши тавсия этилади.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>ишлатилади. Айрим усуллар кенг қўлланилади, айримлари ҳозирги вақтда ўз аҳамиятини йўқотмоқда. Улар алкоголизм билан беморларни даволаш учун кўпроқ қўлланилади.</p> | |
| <p>Психодрама</p> | <p>Бу усул терапевтик гуруҳ жараёни бўлиб, унда беморнинг ички дунёсини ўрганиш учун драматик импровизация воситаси қўлланилади. Психодрама хаёлий саҳна тасаввурларини эмас, балки беморнинг долзарб муаммоларини акс эттиради. Вербаллаштириш билан такқослаганда ҳаётга жуда яқин бўлган ҳаракатлардан фойдаланганда, ҳис-туйғуларни ўрганиш, янги муносабатлар ва ҳулқ-атвор намуналарини шакллантиришда самаралироқ бўлади. Психодрамада анъанавий театрнинг сунъий характери иштирокчиларнинг спонтан хатти-ҳаракатлари билан алмаштирилади.</p> | <p>20 дан 40 гача психотерапия машғулотлари ўтказиш тавсия этилади.</p> |
| <p>Гуруҳ усулидаги психотерапия</p> | <p>Бу гуруҳнинг ўзаро таъсири имкониятига асосланади. Гуруҳда психотерапевтик жараённи ўтказишда гуруҳ аъзоларининг микросоциал муҳит билан муносабатлари ва ўзаро муносабатларини тузатиш учун ҳиссий ва психологик жиҳатдан кучли ижобий ўзаро таъсирини шакллантиришга эътибор қаратилади.</p> | <p>Гуруҳ психотерапия усуллари ёрдамида психологик химояни енгиш, касалликни "рад этиш" муаммолари самарали ишлаб чиқилади. Гуруҳнинг турли хил техника ва шакллари қўлланилади. Уларнинг барчасини даволаш жараёнининг қатор асосий хусусиятлари бирлаштиради:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ҳис-туйғуларни ифодалашни осонлаштириш; 2) гуруҳга мансублик ҳиссини шакллантириш; 3) ўз-ўзини ошкор қилишнинг муқаррарлиги; 4) янги хатти-ҳаракатларни синаб кўриш; 5) шахслараро такқослашлардан фойдаланиш; 6) гуруҳни бошқариш учун жавобгарликни раҳбар билан бўлиниш. <p>20 дан 40 гача психотерапия машғулотлари ўтказилиши тавсия этилади.</p> |

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| <p>Трансакт анализ</p> | <p>Трансакт анализ -бу шахсий ўсиш ва шахсий ўзгаришлар учун психотерапия усули бўлиб, ўз фалсафаси, назарияси ва ўзгаришнинг (шу жумладан тобелик хатти-ҳаракатларни ўзгартиришни ҳам) турли технологияларини ўз ичига олади. Трансакт анализнинг айрим техникалари наркологида юқори самарадорлигини кўрсатди: Э. Берн бўйича ўйинларнинг ўзаро таъсирини таҳлил қилиш усули, Стивен Карпманнинг драматик учбурчагини таҳлил қилиш усули, суикасдга қарши шартномаси, тобелик шахснинг фожиали сценарийсини таҳлил қилиш ва даволаш, диагностика усули ва беморнинг шахсиятининг кучли ва заиф томонларини ҳисобга олган ҳолда терапияни ўтказиш.</p> | <p>Усул вазифаларга қараб мослашувчан бўлиб, қисқа муддатли ва узоқ муддатли фойдаланишни ўз ичига олади, 10 дан 40 гача психотерапевтик машғулотлар ўтказилади.</p> |
| <p>Оилавий психотерапия</p> | <p>Юқорида тавсифланган турли хил техникалар қўлланилади, бу гуруҳ ва индивидуал тарзда бўлиши мумкин. Асосий мақсад - оиланинг патологик муносабатларини коррекциялашдир. Бемор ва унинг оилавий атрофдагилари психотерапевтик таъсирнинг объекти бўлади. Бундан ташқари, оилавий психотерапия ҳамкор тобеликни коррекция қилиш учун ҳам ишлатилади.</p> | <p>Мутахассислар 10 дан 30 гача учрашувларни оилавий маслаҳат шаклида, оила аъзоларидан камида биттасини ёки бошқасини жалб қилиб ўтказишлари керак.</p> |

Тиббий-ижтимоий реабилитациянинг барча босқичларида мажбурий тарзда беморларни ДРДга жалб қилиш ва уларни даволаш ҳамда тиббий-ижтимоий реабилитация дастурларида ушлаб қолишга қаратилган.

Мотивацион терапиянинг асосий усули мотивацион интервьюдир (МИ). МИ даволашнинг барча босқичларида ПАМга тобелик бўлган беморлар билан ишлаш учун мўлжалланган бўлиб, беморни ПАМ истеъмолини рад этишга, терапевтик ва реабилитация тадбирларида иштирок этишга ундайди. МИ кўп тармокли реабилитация бригаданинг барча аъзолари томонидан амалга оширилади (психотерапевт, нарколог, тиббий психолог, ижтимоий ходим).

МИ - бу беморнинг рухий, жисмоний ва ижтимоий мавқеини ўзгартириш, мотивациясини оширишга ва бундай ўзгаришга бўлган эҳтиёжга амбивалент муносабатни енгишга қаратилган, директив бўлмаган, беморга йўналтирилган усулдир.

Тиббий-ижтимоий реабилитацияда реабилитация бригада аъзолари ва бемор ўртасидаги турли хил муносабатлар қўлланилади.

Қарама-қаршилик турида шифокор беморга унинг турмуш тарзининг, шу жумладан ПАМ истеъмоли зарарли ва унга йўл қўймаслигини намоиш қилганда, қарама-қаршилик, зиддият

алгоритми мавжуд бўлади. Қарама-қарши муносабатлар услуби доирасида тобеликга нисбатан салбий муносабат беморнинг шахсиятига ўтказилади, стигматизация таъсирини келтириб чиқаради ва ҳамкорликни қийинлаштиради. Ушбу турдаги муносабатлар МИда ишлатилмаслиги лозим.

Директив муносабатлар тури қарама-қаршилиқнинг юмшатиқан вариантидир. Шунингдек, у шифокор ва беморнинг ҳамкорлигини истисно қилади ва шифокорлар учун анъанавий муносабатларга асосланган бўлиб, касаллик туфайли заифлашган беморда тикланиш учун жавобгарликни мутахассисга топшириш билан ҳимоя тўйғусини яратишга қаратилган. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, анъанавий муносабатлар (патернализм) инонтириш усулларидадан фойдаланиш учун зарурий шартдир.

Патерналистик муносабатлар тури замонавий беморлар аксарияти, шу жумладан наркологик касалликларга чалинган беморлар қабул қилишмайди. Бундан ташқари, ДРД самарадорлиги шифокор ва беморнинг тикланиш учун биргалиқдаги жавобгарлигига асосланади, бу патернализмга бўлган даволарни рад этишни талаб қилади.

Директив бўлмаган ёки клиентга йўналтирилган тури терапевт беморга ижобий эътибор беришини, унинг ички дунёсини эмпатик тушуниш орқали ўз-ўзидан (биринчи навбатда реал МЕН ва идеал МЕН ўртасида) номувофиқлик тизимида қабул қилишнинг етишмаётган даражасини таъминлашини аниқлатади.

МИ учта асосий элементга асосланган:

- бемор ва мутахассис ўртасидаги ҳамкорликга,
- зарур ўзгариш ҳақида беморнинг табиий фикрларини ишлаб чиқиш ва аниқлаш,
- давом этаётган ўзгаришлар жараёнида беморнинг автономиясини (ва жавобгарлигини) таъкидлаш.

МИ техникаларига қўйидагилар кирди:

- эмпатиянинг ифодаланиши;
- раппорт ўрнатилиши;
- очиқ саволлардан фойдаланиш;
- рефлексив тинглаш;
- ўзгартишлар дастурини шакллантириш;
- ўзгартириш дастурларни қўллаб-қувватлаш;
- беморнинг ўз-ўзини ундовчи формулаларини ўзгартириш;
- амбивалентлиқни аниқлаш;
- ечимлар баланси;
- беморга маълумот ва маслаҳат бериш;
- ўзгаришларни режалаштириш;
- авторитетларни ажратиш;
- фарқланишларни таҳлил қилиш;
- ўз-ўзини самарадорлигини қўллаб-қувватлаш;
- саъй-ҳаракатларини қўллаб-қувватлаш;
- қаршилиқ билан ишлаш;
- баҳс-мунозарадан қочиш.

Беморни ПАМ истеъмол қилишни тўхтатишга ундайдиган психотерапия ўтказишда шифокор мавжуд бўлмаган дори ёки плацебо таъсирига эга препаратни ишлатиш ёки имплантация қилиш

хақида гапириб, беморни йўлдан оздирмаслиги, илмий атамалар билан ишлаши ва плацебо эффекти билан процедуралар ёки дориларни қўллаш тўғрисида атайлаб ёлғон маълумот бермаслиги керак. Агар плацебо эффекти деб аталадиган бошқа дорилар ёки усуллардан (масалан, магний сульфат ва бошқалар) фойдаланилса, ҳар қандай дорилар ёки усуллардан (масалан, дисульфирам инъекциялари, мушак ичига имплантация қилиш учун налтрексон, мушак ичига юбориш ёки электростимуляцияси учун) фойдаланишга йўл қўйилмайди.

Тиббий ва ижтимоий реабилитация даврида тобелик синдроми бўлган беморлар учун мактаб

Беморлар учун мактаб - бу касалликни оқилона даволаш, асоратларнинг олдини олиш ва ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган билим, тушунча ва амалий кўникмаларни ошириш учун беморларга индивидуал ва гуруҳли маслаҳат бериш воситалари ва усуллари тўпламидир.

Беморлар учун мактаб - бу ахборот ва мотивацион технология бўлиб, беморларга ҳушёр турмуш тарзини олиб бориш ва энг узоқ муддатли ремиссияларга эришиш учун онгли эҳтиёжни шакллантириш учун ўқув дастурларида иштирок этишга имкон беради.

Соғлиқ мактабларини ташкил этишнинг мақсади беморларнинг тобелик хавфи омиллари, бузилишлар ва рецидивлар хавфи омиллари тўғрисида хабардорлигини ошириш, беморда ўз соғлиғини сақлаб қолиш истагини шакллантириш, шифокор тавсияларини амалга оширишга жиддий муносабатда бўлишдир.

Ўқув гуруҳларига тобелик синдромининг ўхшаш хусусиятларига эга беморларни киритиш тавсия этилади. Гуруҳларни шакллантиришда тингловчиларнинг ёшини ҳам ҳисобга олиш керак, ёши каттароқ беморлар кўпинча индивидуал ишлашни талаб қиладилар, ўспиринлар учун эса гуруҳ машғулотлар дастурлари уларнинг билим қобилиятлари, ҳаётий тажрибаси ва ҳоказоларнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда мослаштирилиши керак.

Ўқув дастури ҳар бири 60-90 дақиқа давом этадиган тузилган машғулотлар циклидан иборат. Бошланғич машғулотлар тобелик муаммоси, унинг асосий белгилари, асосий бузилиши – патологик мойилик, касалликнинг соматик, неврологик ва руҳий асоратлари тўғрисида умумий билимларга бағишланиши мумкин. ПАМ салбий таъсири ҳақида билим берилади. Беморлар тўлиқ циклни ўташлари мақсадга мувофиқдир.

Ҳамкор тобеликнинг терапияси (беморларнинг қариндошларига тиббий ва ижтимоий-психологик ёрдам)

Беморларнинг қариндошларига таъсир кўрсатишнинг асосий усули психокоррекция бўлиб, у қуйидаги чораларни ўз ичига олади: оила аъзолари билан индивидуал суҳбатлар, беморлар ва оила аъзолари билан биргаликдаги суҳбатлар, оила аъзоларини оилавий клубларда ва беморларнинг оилаларини қўллаб-қувватлайдиган бошқа психотерапевтик гуруҳларда иштирок этишга жалб қилиш. Оилавий психокоррекция психотерапевтик ва реабилитация усуллари ўртасида оралиқ позицияни эгаллайди, бу беморларнинг ПАМ истеъмолидан воз кечишга бўлган муносабатини чуқурлаштиришга ва шифохонадан чиққандан кейинги даврларда уларнинг ижтимоий мослашувини яхшилашга ёрдам беради.

Оила психокоррекциясига ёндашув ҳамкор тобелик тушунчасига асосланади. Кўп йиллар давомида давом этаётган оила аъзоларининг ўзаро таъсирининг бузилиши оила ҳаётини чуқур нуқсонли, аммо шу билан бирга ўта инертли, вазиятни яхши томонга ўзгартиришга қаратилган

ташки уринишларга чидамли муносабатлар тизимини яратишга олиб келади. Хусусан, ушбу муносабатлар тизими парадоксал равишда тобеликнинг давом этишига ёрдам беради ва ПАМ қабул қилишдан тийилишга эришиш қийинлашади. Беморларнинг оила аъзолари (одатда ота-оналар билан) билан сўхбат чоғида психотерапевт ПАМ тобелик бўлмаган оила аъзонинг хатти-ҳаракати ва турмуш тарзига таъсир қилиш орқали оиладаги вазиятни умуман яхши томонга ўзгартиришга ҳаракат қилади, аммо ҳамкор тобелик бўлган ота-она ва зарарли алоқа усулларидадан воз кечиш учун зарур шарт-шароитларни яратади.

Яқин атрофдагилар томонидан мустаҳкамлаш усули хулқ-атвор, эр-хотинликка оид ва оилавий терапия шаклларида биридир. Ушбу усулга мувофиқ, оила аъзоларида бири, одатда турмуш ўртоғи ёки онаси, кучайтирувчи имтиёзлардан фойдаланади (улар олдиндан келишилган) ёки тийилиш даврлари учун мукофотлаш ёки гиёҳванд моддаларни истеъмол қилганлик учун жазолаш учун уларни ишлатади. Мустаҳкамловчи стимулларга қуйидагилар киради: биргаликда бўш вақтни ўтказиш, машина ҳайдашга рўхсат олиш, маблағларнинг маълум қисмини бошқариш имконлари ва бошқалар. Шу билан бирга, қариндошлар беморга сурункали руҳий касалликка чалинган одам сифатида қарашлари, даволанишни бошлаш ёки давом эттиришга энг кўп тўртки бўлган дақиқаларни таниб олишга ва улардан фойдаланишга ўргатилади. Улар беморга ПАМ истеъмол қилмасдан ҳаётга мослашишига ёрдам беришлари ва ПАМ истеъмол қилиш қайта тикланган тақдирда ҳеч қандай ҳаракат қилмасликка таклиф берилади. Усулнинг самарадорлигини ошириш учун қариндошлар, дўстларнинг максимал сонини жалб қилиниши, шунингдек, шифокор томонидан мунтазам кузатув қўлланилади.

ПАМдан тобелик бўлган беморларда оилавий психотерапия усулидан фойдаланиш қуйидаги асосий вазифани ҳал қилишга ёрдам беради: ПАМ тобеликнинг суиистеъмол қилиш табиати тўғрисида ахлоқий, психологик ёки бошқа индивидуал мулоҳазалар эмас, балки бузилишлар жараёнида наркологик касаллик ҳақидаги ғояларни бирлаштиришдир. Аслида, оилавий психотерапия қариндошларнинг анозогнозиясини енгиб ўтиш ва касаллик билан курашиш тактикасини ишлаб чиқиш учун барча оила аъзолари ва шифокор ўртасида конструктив бирлашишга эришишдан иборат. Кўпгина оила аъзолари беморни шифохонадан чиқарилишидан кўрқишади, бу беморнинг касалхонага ётқизилишидан олдин ва терапия бошланишидан олдин кузатган деструктив хатти-ҳаракатлари билан бевосита боғлиқдир. Шунинг учун беморнинг қариндошларини, шунингдек атрофдаги одамларни (қўшнилар, танишларни) мунтазам равишда ишонтириш талаб қилинади, агар у ҳушёрлик режимига риоя қилса, бемор хавfli бўлмайди. Оилавий психотерапия доирасида ҳуқуқий маслаҳатлар, оилавий низоларни ҳал қилиш, маиший масалаларни ҳал қилишда ҳам (ижтимоий ходимлар томонидан амалга оширилади) ёрдам берилади.

Беморларнинг қариндошлари тайёрланган мутахассислар (нарколог, тиббий психолог, ижтимоий ходим ва бошқалар) билан тиббий-ижтимоий реабилитациянинг барча кетма-кет даврлари ва босқичларида мунтазам равишда (ойига камида бир марта) қуйидаги йўналишлар бўйича махсус машғулотлар олиб боришади:

- ПАМ истеъмолининг ва тобеликнинг тиббий-ижтимоий оқибатлари;
- беморлар билан мулоқот қилиш кўникмасига ўргатиш, оилада ўзига хос хусусиятлари билан реабилитацион муҳитни яратиш;
- касалликнинг рецидивларини олдини олиш ва психологик ёрдам кўрсатиш мақсадида беморларнинг аҳолини мониторинг қилиш;
- ҳамкор тобеликни енгиш.

Клиник тавсияларни бажаришда талабларни ўзгартириш қоидалари

Касалликнинг кучайиши ("кайталаниши", рецидив) кузатилса, беморга ПАМ тобелик синдроми бўлган беморларни даволашга мос келадиган клиник тавсияларга мувофиқ тиббий хизмат кўрсатилади.

Агар диагностика ва даволаш чораларини талаб қиладиган бошқа касаллик белгилари мавжуд бўлса, беморга аниқланган касаллик ёки синдромга мос тиббий хизмат кўрсатилади.

Реабилитация бўлими (маркази) режими бемор томонидан қўпол равишда бузилган тақдирда, тиббий-ижтимоий реабилитациядан воз кечганда, белгиланган хулқ-атвор қоидаларини ва бошқаларни бузганда, бемор тиббий-ижтимоий реабилитация дастуридан чиқарилади, бу ҳақида беморнинг яшаш жойидаги наркология диспансерига хабар берилади.

Беморнинг тиббий-ижтимоий реабилитация дастурида иштирок этиши асосли равишда бемор қилинган тақдирда, бемор реабилитация бўлимига (марказга) қайтиш ҳуқуқини сақлаб қолади.

Мумкин бўлган натижалар ва уларнинг хусусиятлари

| ТИР натижалари тури | Ривожланиш частотаси, % | Мезон ва белгилар | Натижага эришиш учун тахминий вақт | Тиббий ёрдамнинг узлуксизлиги ва босқичма-босқичлиги |
|-----------------------------------|-------------------------|---|------------------------------------|---|
| Стабилланиш | 50 | ПАМга бўлган ифодаланган мойилликнинг йўқлиги, фойдали ижтимоий фаолиятда иштирок этиш (ўқиш, иш). Шахсий ва ижтимоий фаровонликка интилиш. Ахлоқий муносабатларни нормаллаштириш | 6 - 12 ой | Наркологик диспансерда кузатувида |
| Касалликнинг ривожланиши | 48,5 | ПАМга бўлган мойилликнинг кучайиши (рецидив, касалликнинг қайталаниши), аффектив ва хулқ-атвор бузилишлари | ТИРнинг ҳар қандай босқичида | Тобелик синдромини даволашга ўтиш |
| Ятроген асоратларнинг ривожланиши | 1 | Терапия натижасида келиб чиқадиган касалликлар ёки асоратларнинг пайдо бўлиши (масалан, аллергия реакция) | ТИРнинг ҳар қандай босқичида | Тегишли касалликнинг клиник тавсияларига мувофиқ ёрдам кўрсатиш |
| Асосий касаллик билан боғлиқ янги | 0,4 | ПАМ истеъмоли касаллик қўшилиб келиши | ТИРнинг ҳар қандай босқичида | Тегишли касалликнинг клиник |

| | | | | |
|--------------------------|-----|--|------------------------------|-------------------------------------|
| касалликнинг ривожланиши | | (масалан, вирусли гепатит, ОИТС, юқумли эндокардит ва бошқалар.) | | тавсияларига мувофиқ ёрдам кўрсатиш |
| Ўлим билан тугаш | 0,1 | Касаллик натижасида ўлим (тўсатдан ўлим, ўз жонига қасд қилиш) | ТИРнинг ҳар қандай босқичида | |

Прогноз

Агар ҳушёр турмуш тарзи, танқидий қобилиятлар, шахсият тузилиши ва мослашувчан қобилиятлар сақланиб қолса, шунингдек ТИРнинг барча босқичларини ўтказиш учун кучли мотивация мавжуд бўлса – ижобий.

Адабиётлар рўйхати

1. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАРМедиа, 2016; 944с.
2. O’Hanlon S., O’Regan N., MacLulich A.M. et al. Improving delirium care through early intervention: from bench to bedside to boardroom. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Published online 2013 Jan 25. doi:10.1136/jnnp-2012-304334
3. Организация наркологической помощи. Национальное руководство. Под редакцией проф. А.В.Алимова. – Ташкент, 2014 – 476 с.
4. World Health Organization. ICD-10 diagnostic guidelines of harmful use. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/en/.
5. 41. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association. URL: <https://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/providers/dsm-5-coding-update.pdf>. (дата обращения 04.02.2019).
6. Thiamine deficiency, oxidative metabolic pathways and ethanol-induced neurotoxicity: how poor nutrition contributes to the alcoholic syndrome, as Marchiafava-Bignami disease. *European Journal of Clinical Nutrition* advance online publication, 22 February 2017; doi:10.1038/ejcn.2016.267.
7. Karila L., Zarndini R., Lejoyeux M. Delirium tremens//*Rev Prat*. - 2014. - № 10. - P.1349-52.
8. Stagno D., Gibson C., Breitbart W. The delirium subtypes: a review of prevalence, phenomenology, pathophysiology, and treatment response. *Palliat Support Care*. 2004 Jun; 2(2):171-9.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.; DSM–5; American Psychiatric Association, 2013.- С. 598.
10. Sanford A.M., Flaherty J.H. Do nutrients play a role in delirium? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2014 Jan;17(1):45- 50. doi: 10.1097/MCO.000000000000022.
11. Galvin R., Brathen G., Ivashynka A., Hillbom M. et al. EFNS Guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur. J. Neurol*. 2010; 17: 1408–1418.
12. Thomson A.D., Guerrini I, Marshall E.J. The evolution and treatment of Korsakoff's syndrome: out of sight, out of mind? //*Neuropsychol Rev*. 2012 Jun; 22(2):81-92. doi: 10.1007/s11065-012-9196-z.
13. TekwaniParmanand H. Marchiafava–Bignami disease in chronic alcoholic patient //*Radiol Case Rep*. 2016 Sep; 11(3): 234–237. doi: 10.1016/j.radcr.2016.05.015.
14. Wenz H., Eisele P., Artemis D., Forster A., Brockmann M.A. Acute Marchiafava-Bignami

- Disease with Extensive Diffusion Restriction and Early Recovery: Case Report and Review of the Literature *J Neuroimaging*. 2014 Jul- Aug;24(4):421-4. doi: 10.1111/j.1552-6569.2012.00755.
15. Hillbom M., Saloheimo P., Fujioka S., Wszolek Z.K, Juvela S., Leone M.A. Diagnosis and management of Marchiafava- Bignami disease: a review of CT/MRI confirmed cases *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2014 Feb; 85(2): 168–173. doi: 10.1136/jnnp-2013-305979.
 16. Ghio L., Cervetti A., Respino M., BelvederiMurri M., Amore M. Management and treatment of gamma butyrolactone withdrawal syndrome: a case report and review. *J Psychiatr. Pract.* 2014; Jul;20(4):294-300. doi: 10.1097/01.pra.0000452567.84825.07.
 17. Sivilotti M.L., Burns M.J., Aaron C.K., Greenberg M.J. Pentobarbital for severe gamma-butyrolactone withdrawal. *Annals of Emergency Medicine*, 2001, 38: 660-665.
 18. Kamal R.M., van Noorden M.S., Wannet W., Beurmanjer H., Dijkstra B.A., Schellekens A. Pharmacological Treatment in γ -Hydroxybutyrate (GHB) and γ -Butyrolactone (GBL) Dependence: Detoxification and Relapse Prevention. *CNS Drugs*. 2017; Jan;31(1):51-64. doi: 10.1007/s40263-016-0402-z.
 19. Tietz C., Strang C.M. The addicted patient in anaesthesia – benzodiazepine dependence. *AnesthesiolIntensivmedNotfallmedSchmerzther*. 2015; № 50(6):426-33; quiz 434. doi: 10.1055/s-0041-102700.
 20. Das S., Sah D., Nandi S., Das P. Opioid Withdrawal Presenting as Delirium and Role of Buprenorphine: A Case Series. *Indian J. Psychol. Med.* 2017; Sep-Oct;39(5):665-667. doi: 10.4103/0253-7176.217027.
 21. Horacek R., Krnacova B., Prasko J., Latalova K. Delirium as a complication of the surgical intensive care// *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Sep 22;12:2425-2434.
 22. Rodrigo C., Seneviratne D., Sriram G., Jayasinghe S. Acute coronary ischemia during alcohol withdrawal: a case report // *J Med Case Reports*. 2011; 5: 369. doi: 10.1186/1752-1947-5-369.
 23. Cuculi F., Kobza R., Ehmann T., Erne P. ECG changes amongst patients with alcohol withdrawal seizures and delirium tremens.// *Swiss Med Wkly*. 2006 Apr 1;136(13-14):223-7.
 24. Sand T., Bräthen G., Michler R., et al. Clinical utility of EEG in alcohol-related seizures.// *Acta Neurol Scand.* - 2002. 105:18–24.
 25. Bräthen G., Ben-Menachem E., Brodtkorb E., et al. EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol- related seizures:report of an EFNS task force.// *Eur J Neurol*. 2005;12(8):575-81.
 26. Sullivan E.V., Pfefferbaum A. Neuroimaging of the Wernicke-Korsakoff syndrome.// *Alcohol Alcohol.* – 2009. - № 44(2). – P. 155-65. doi: 10.1093/alcalc/agn103. Epub 2008 Dec 9.
 27. Jung Y., Chanraud S., Sullivan E.V. Neuroimaging of Wernicke's Encephalopathy and Korsakoff's Syndrome// *Neuropsychol Rev.* - 2012 - № 22 (2) P. 170–180. doi: 10.1007/s11065-012-9203-4.
 28. Schuckit M.A. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens)// *N Engl J Med*. 2014 Nov 27;371 (22):2109-13. doi: 10.1056/NEJMra1407298.
 29. Long D. et al. The emergency medicine management of severe alcohol withdrawal// *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 35, no. 7, 2017, pp. 1005–1011., doi:10.1016/j.ajem.2017.02.002.
 30. Sessler C.N., Gosnell M.S., Grap M.J., Brophy G.M., O'Neal P.V., Keane K.A., Tesoro E.P., Elswick R.K. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002; 166 (10): 1338–1344.
 31. Meagher D., Maeve L. The active management of delirium: improving detection and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment* (2008), vol. 14, 292–301doi: 10.1192/apt.bp.107.003723.
 32. Han J.H., Vasilevskis E.E., Schnelle J.F., Shintani A., Dittus R.S., Wilson A., Ely E.W., The Diagnostic Performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for Detecting Delirium in Older Emergency Department Patients//*AcadEmerg Med.* - 2015. - 22(7): 878–882. doi:

- 10.1111/acem.12706.
33. Oldham M., Ivkovic A. Pellagrous encephalopathy presenting as alcohol withdrawal delirium: A case series and literature review // *Addict Sci Clin Pract.* 2012; 7(1): 12.
 34. Brust J.C.M. Acute withdrawal: diagnosis and treatment / *Handbook of Clinical Neurology.* - 2014. - Vol. 125. - P.123- 131. doi: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00008-2.
 35. Trivedi M., Shelly M., Park G. Advances in patient comfort: awake, delirious, or restrained. *British Journal of Anaesthesia* 2009; 103 (1): 2–5 doi:10.1093/bja/aep127.
 36. Sachdeva A., Choudhary M., Chandra M. Alcohol Withdrawal Syndrome: Benzodiazepines and Beyond // *J. Clin.Diagn. Res.* – 2015.
 37. Mayo-Smith M.F., Beecher L.H., Fischer T.L., Gorelick D.A., Guillaume J.L., Hill A., Jara G., Kasser C., Melbourne J. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine. *Arch Intern Med.* 2004 Jul 12;164(13):1405-12.
 38. Ntais C., Pakos E., Kyzas P., Ioannidis J.P. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jul 20;(3):CD005063. DOI:10.1002/14651858.CD005063.pub2.
 39. Amato L., Minozzi S., Vecchi S., Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Mar 17;(3):CD005063. doi: 10.1002/14651858.CD005063.pub3.
 40. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 1636.
 41. Hoffman R.S., Weinhouse G.L. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. - 2017.
 42. Michael F. Weaver M.F. Prescription Sedative Misuse and Abuse // *Yale J Biol Med.* 2015 Sep; 88(3): 247–256.
 43. el-Guebaly N.A., Carra`G., Galanter M. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* // Springer Milan Heidelberg New York Dordrecht London/ - 2015. DOI 10.1007/978-88-470-5322-9.
 44. Robinson GM, Sellers EM, Janecek E. Barbiturate and hypnosedative withdrawal by a multiple oral phenobarbital loading dose technique *Clin Pharmacol Ther.* 1981 Jul;30(1):71-6.
 45. Hammond D.A., Rowe J.M., Wong A., Wiley T.L., Lee K.C., Kane-Gil S.L. Patient Outcomes Associated With Phenobarbital Use With or Without Benzodiazepines for Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review // *Hospital Pharmacy.* - 2017, Vol. 52(9). - P. 607–616. DOI: 10.1177/0018578717720310.
 46. Gold J.A., MD, Rimal B., Nolan A., Nelson L.S. A strategy of escalating doses of benzodiazepines and phenobarbital administration reduces the need for mechanical ventilation in delirium tremens // *Crit Care Med.* Author manuscript; available in PMC 2012 Vol.35, № 3; 724–730. doi: 10.1097/01.CCM.0000256841.28351.80.
 47. Jain R., Arun P., Sidana A., Sachdev A. Comparison of efficacy of haloperidol and olanzapine in the treatment of delirium // *Indian J Psychiatry.* 2017 Oct-Dec; 59(4): 451–456.
 48. Meagher D.J. Delirium: optimising management // *BMJ.* - 2001. Jan 20; 322(7279): 144–149. doi: 10.1136/bmj.322.7279.144.
 49. Trzepacz P., William Breitbart W., Franklin J., Levenson J., Martini R., Wang P. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American psychiatric association steering committee on practice guidelines. American Psychiatric Association, 1999.
 50. Barrons R., Roberts N. The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther.* 2010 Apr;35(2):153-67. doi: 10.1111/j.1365-2710.2009.01098.x.
 51. Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal // *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Mar 17;(3):CD005064. doi: 10.1002/14651858.CD005064.pub3.
 52. Mariani J.J., Rosenthal R.N., Tross S., Singh P., Anand O.P. A randomized, open-label,

- controlled trial of gabapentin and phenobarbital in the treatment of alcohol withdrawal. //Am J Addict. – 2006. - 15(1); 76-84.
53. Frank L.L., Thiamin in Clinical Practice. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition 2015; 39 (5): 503-520.
 54. Schneider P., Nejtek V.A., Hurd C.L., A case of mistaken identity: alcohol withdrawal, schizophrenia, or central pontine myelinolysis? //Neuropsychiatr Dis Treat. 2012; 8: 49–54. doi: 10.2147/NDT.S27634.
 55. Soupart A., Decaux G. Therapeutic recommendations for management of severe hyponatremia: current concepts on pathogenesis and prevention of neurologic complications. Clin Nephrol. 1996 Sep;46(3):149-69.
 56. Sarai M., Tejani A.M., Chan A.H., Kuo I.F., Li J. Magnesium for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 5;(6):CD008358. doi: 10.1002/14651858.CD008358.pub2.
 57. Robakis T.K., Hirsch L.J. Literature review, case report, and expert discussion of prolonged refractory status epilepticus. Neurocrit Care. 2006;4(1):35-46
 58. Nechifor M. Magnesium in addiction - a general view. Magnes Res. 2018 Aug 1;31(3):90-98. doi: 10.1684/mrh.2018.0443.