

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN RUHIY SALOMATLIK ILMIY-
AMALIY TIBBIYOT MARKAZI
TIBBIYOT XODIMLARINING KASBIY MALAKASINI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI

NARKOLOGIK BEMORLARNING TIBBIY-
IJTIMOY REABILITATSIYASI BO'YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI

Toshkent-2025

«TASDIQLAYMAN»
Respublika ixtisoslashtirilgan
ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi direktori
Z.Sh. Ashurov



Z. Sh. Ashurov

2025 y.

**NARKOLOGIK BEMORLARNING TIBBIY-IJTIMOIIY
REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
BAYONNOMA**

Toshkent-2025

Toshkent-2025

Mundarija

«NARKOLOGIK BEMORLARNING TIBBIY-IJTIMOY REABILITATSIYASI» BO'YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMA	5
«TIBBIY-IJTIMOY REABILITATSIYA DASTURLARINI TUZISH» BO'YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMA	23

**NARKOLOGIK BEMORLARNING TIBBIY-IJTIMOYIY
REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
BAYONNOMA**

Toshkent-2025

KIRISH QISMI

KXT-10 bo'yicha kodlanishi

F10.3	Alkogolga tobelik sindromi
F11.3	Opioidlarga tobelik sindromi
F12.3	Kannabinoidlarga tobelik sindromi
F13.3	Sedativ yoki uyqu chaqiruvchi moddalarga tobelik sindromi
F14.3	Kokainga tobelik sindromi
F15.3	Boshqa stimulyatorlarga, shu jumladan kofeinga tobelik sindromi
F16.3	Gallyusinogenlarga tobelik sindromi
F18.3	Uchuvchan erituvchilarga tobelik sindromi
F19.3	Bir vaqtini o'zida bir nechta narkotik vositalar va boshqa psixofaol moddalarga tobelik sindromi
	https://icd.who.int/browse10/2010/en#

KXT-11 bo'yicha kodlanishi

6C40.2	Alkogolga qaramlik
6C41.2	Kannabisga qaramlik
6C42.2	Sintetik kannabinoidlarga qaramlik
6C43.2	Opioidlarga qaramlik
6C44.2	Sedativ, uxlatuvchi yoki anksiolitik ta'sirga ega vositalarga qaramlik
6C45.2	Kokainga qaramlik
6C46.2	Stimulyatorlar, shu jumladan amfetaminlar, metamfetaminlar yoki metkatinonga qaramlik
6C47.2	Sintetik katinonlarga qaramlik
6C49.2	Gallyusinogenlarga qaramlik
6C4B.2	Uchuvchan ingalyantlarga qaramlik
6C4C.2	MDMA yoki uning analoglari yoki shu jumladan MDAGA qaramlik
6C4D.2	Dissotsiativ narkotik moddalar, shu jumladan ketamin yoki PCPGA qaramlik
6C4E.2	Boshqa aniqlangan psixoaktiv moddaga qaramlik
6C4F.2	Bir nechta aniqlangan psixoaktiv moddalarga qaramlik
6C4G.2	Noma'lum, yoki aniqlanmagan psixoaktiv moddaga qaramlik

Bayonnomani ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:

2025 yil ishlab chiqildi, yangi muhim dalillar aniqlanganda qayta ko'rib chiqish 2028 y. Taqdim etilgan tavsiyalarga barcha o'zgartirishlar tegishli xujjatlarda chop etiladi.

Mazkur klinik bayonnoma va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul tashkilot:

Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RIRSIATM).

Klinik bayonnoma va standartni ishlab chiqishda o‘z xissalarini qo‘shganlar:

Narkologiya yo‘nalishi bo‘yicha jarayonni tashkil qilishda ishtirok etgan ishchi guruh a‘zolari:

Ashurov Z.Sh.	t.f.d., professor, RIRSIATM direktori, O‘zR SSV bosh psixiatr va narkologi
Xayredinova I.I.	RIRSIATM Ilmiy kotibi, PhD
Chembaev B.R.	RIRSIATM direktor o‘rinbosari, PhD

Mualliflar ro‘yxati:

Tursunxodjaeva L.A.	t.f.d., professor, TXKMRM Narkologiya va o‘smirlar psixopatologiyasi kafedrasida professori
Baxramov F.Sh.	t.f.n. (PhD), RIRSIATM direktor o‘rinbosari, TXKMRM Narkologiya va o‘smirlar psixopatologiyasi kafedrasida mudiri
Baymirova L.T.	t.f.n. (PhD), TXKMRM Narkologiya va o‘smirlar psixopatologiyasi kafedrasida assistenti
Azizova D.K.	TXKMRM Narkologiya va o‘smirlar psixopatologiyasi kafedrasida assistenti

Taqrizchilar

Imamov A.X.	t.f.d., professor, Samarqand viloyati ruhiy kasalliklar shifoxonasi konsultanti
Sivolap Yu.P.	t.f.d., professor, Patris Lumumba nomli RXDU uzluksiz tibbiy ta‘lim fakulteti psixiatriya, psixoterapiya va psixosomatik patologiya kafedrasida professori

Klinik bayonnoma oliy ta‘lim muassasalari professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston psixiatrlar assotsiatsiyasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (RIRSIATM filiallari direktorlari va o‘rinbosarlari) ishtirokidagi ishchi guruhning 2025 yil 13 martdagi onlayn-formatda yakuniy yig‘ilishida norasmiy kelishuvga erishish yo‘li bilan muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari – Tursunxodjaeva L.A. - t.f.d., professor, TXKMRM narkologiya va o‘smirlar psixopatologiyasi kafedrasida professori.

Klinik bayonnoma Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Ilmiy kengashining 2025 yil 15 maydagi yig‘ilishida ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi. №3-sonli bayonnomadan ko‘chirma.

Ilmiy kengash raisi – Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori, t. f. d., professor Z.Sh.Ashurov.

Texnik ko‘rib chiqish va tahrirlash:

1. Nurxadjaev Sobir Nasirxadjaevich - Toshkent pediatriya tibbiyot instituti
2. Sulaymonov Sunatilla Raximovich - Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Annotatsiya

Mazkur bayonnomada tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiyani amalga oshirish bo'yicha kompleks yondoshish taqdim etilgan. Narkologik kasalliklarni reabilitatsiya qilish masalalari har tomonlama yoritilgan. Tavsiyalar narkologik kasalliklarni zamonaviy sharoitlarda tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya qilishning dolzarb masalalarini, xususan, tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya dasturini ishlab chiqishda narkologik bemorlarning reabilitatsiya potentsiali, reabilitatsiya bosqichlari, reabilitatsiya (terapevtik) muhitini hisobga olib uning asosiy davolash omillariga e'tibor qaratishni o'z ichiga oladi. Shuningdek, davolash-reabilitatsiya jarayonining ketma-ket bosqichlarida psixologning turli psixoterapevtik usullarni qo'llagan holda bajaradigan vazifalari keng yoritilgan. Reabilitatsiya dasturida ishtirok etuvchi barcha mutaxassislar uchun motivatsion maslahat berish metodologiyasi batafsil ko'rsatilgan. Reabilitatsiya yordamini ko'rsatishda ambulator va statsionar sharoitlarda amalga oshiriladigan tibbiy xizmatlar ro'yxati ham keltirilgan.

Qisqartmalar ro'yxati:

PAM	–	psixoaktiv modda
TIR	–	tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya
TIRD	–	tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya dasturi
IRD	–	individual reabilitatsiya dasturi
DRJ	–	davolash-reabilitatsiya jarayoni
RPD	–	reabilitatsiya potentsiali darajasi
RP	–	reabilitatsiya potentsiali
RM	–	reabilitatsiya muhiti

Bayonnomadan foydalanuvchilar:

1. narkolog-shifokorlar
2. psixiatrlar
3. oilaviy shifokorlar
4. terapevtlar
5. sog'liqni saqlash tashkilotchilari
6. umumiy amaliyot shifokorlari
7. OTM talabalari, klinik ordinatorlari va magistrantlari.

Mazkur nozologiya bo'yicha bemorlar kategoriyasi:

Alkogolga, giyohvand va zaharvand, shuningdek kuchli ta'sir qiluvchi moddalarga qaramlikka chalingan bemorlar

Klinik bayonoma ishlab chiqish metodologiyasi

Diagnostika usullari uchun dalillarning ishonchliligi (DID) darajasini baholash

DID	
1	Meta-tahlil yordamida mos yozuvlar bilan boshqariladigan sinovlarni tizimli ko‘rib chiqish yoki randomizatsiyalangan klinik sinovlarni (RKS) tizimli ko‘rib chiqish
2	Yo‘naltiruvchi usulni boshqarish yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va tadqiqotlarning tizimli sharhlari bilan alohida tadqiqotlar
3	Meta-tahlil yordamida klinik tadqiqotlar
4	Yo‘naltiruvchi usul bilan ketma-ket nazorat qilinmasdan tadqiqotlar yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo‘lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
5	Qiyosiy tadqiqotlar, klinik ishning tavsifi

Profilaktika, davolash va reabilitatsiya usullari uchun dalillarning ishonchliligi darajasini baholash

DID	
1	Meta-tahlilyordamida (RST)larni tizimli ko‘rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida (RST)lar bundan mustasno, har qanday dizayndagi tadqiqotlarni alohida (RST)lar va tizimli sharhlar
3	Tasodifiy bo‘lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat yoki qator holatlar tavsifi, amaliy nazorat ishlari
5	Faqat aralashuvning ta’sir mexanizmini asoslash (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki mutaxassislarning fikr mavjud

Tavsiyalarning ishonchlilik darajalarini baholash ko‘lami

TID	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari izchil)
V	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilgan barcha ishlash mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari izchil emas)
S	Zaif tavsiya (tegishli sifat dalillarining yetishmasligi (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari izchil emas)

Kirish

Umumiy masalalar

PAMlarga tobelik bilan bog‘liq kasalliklarning barchasi, turli xil klinik shakllarga ega bo‘lgani bilan, bitta butunpatologik jarayondir:alkogolga, narkotik vositalarga va psixotrop moddalarga tobeliklar.PAMlarga tobelik bilan bog‘liq kasalliklar patogenezing biologik asosini etiologik jihatdan bosh miyaning biokimyoviy (nasliy moyillik, turli jarohatlar, ruhiy va somatik kasalliklar)buzilishlari, psixologik disgarmoniya, ijtimoiy-madaniy va etnik nomuvofiqlik, shuningdek, egri axborot muhitidan kelib chiqqan ruhiy dizontogenez tashkil etadi.

PAMlarga tobelikning polietiologik va biopsixosotsial-ma‘naviy tabiatini inobatga olgan holdagiPAMlarga tobe bo‘lgan bemorlarga tibbiy yordam ko‘rsatish,ularning individual ruhiy holatini korreksiyalashning ijtimoiy-madaniy va axborot jihatlarini hisobga olgan holda davolash va tibbiy-ijtimoiy rehabilitatsiya(TIR) qilish bo‘yicha tibbiy xizmatlarni o‘z ichiga oladi.PAMlarga tobelikning remissiyasini shakllantirishda va kasallik jarayonini to‘xtatishdako‘pincha PAMni yana qayta iste‘mol qilishini qo‘zg‘atuvchi omillar saqlanib qoladi, bu esa uzoq muddatli tibbiy kuzatuv va residivga qarshi davolashzarurligini taqozo etadi.

Atamalar

- **Narkologik bemorlarning tibbiy-ijtimoiy rehabilitatsiyasi** – bu narkologik kasallikka chalingan shaxslarning hayotidagi cheklovlarni bartaraf etishga yoki ularni kompensatsiyalashga, yo‘qotilgan ijtimoiy aloqalarni va ijtimoiy mavqeini tiklashga, mehnat va turmush sharoitlariga moslashishni ta‘minlashga yo‘naltirilgan tibbiy, psixologik, tarbiyaviy, ta‘limiy, ijtimoiy va huquqiy chora-tadbirlar tizimidir.
- **Narkologik kasallikka chalingan shaxs** – narkolog-shifokor tomonidan narkologik kasallik to‘g‘risida tashhis qo‘yilgan shaxsdir.
- **Tibbiy ko‘rik** - patologik holatlar, kasalliklar va ularning rivojlanishiga olib keladigan xavf omillarini aniqlashga qaratilgan tibbiy aralashuvlar majmuasi.
- **Tibbiy ekspertiza** - fuqaroning mehnat yoki boshqa faoliyatni bajarish qobiliyatini baholash uchun uning sog‘lig‘i holatini aniqlashga, shuningdek, har qanday hodisalar, omillarning ta‘siri bilan fuqaroning sog‘lig‘i o‘rtasidagi o‘zaro sabab-oqibatiy bog‘liqlikni aniqlashga qaratilgan, belgilangan tartibda o‘tkaziladigan tekshiruv.
- **Shaxsning tibbiy tekshiruvi**–inson sog‘lig‘ining yuridik ahamiyatga ega bo‘lgan oqibatlarga olib kelishi bilan bog‘liq bo‘lgan holatini tasdiqlashga qaratilgan tibbiy ko‘rik va tibbiy tekshiruv usullarining majmui.
- **Davolovchi shifokor** bemorni har taraflama tekshirish natijalari asosida tashhis qo‘yadi hamda tibbiy atamalardan foydalangan holdabemorning kasalligi (holati) to‘g‘risidaxulosa chiqaradi, shu bilan birga, bemorning o‘limiga olib kelgan sabablar to‘g‘risida ham tibbiy xulosa tuzadi.
- **Tashhis** odatda asosiy kasallik yoki holat, yondosh kasalliklar yoki holatlar, shuningdek, asosiy kasallik va yondosh kasalliklarning asoratlari to‘g‘risidagi ma‘lumotlarni o‘z ichiga oladi.
- **Davolash**–kasallik belgilarini yoki bemorning kasalligi yoki holatini bartaraf etish yoki yengillashtirish, uning sog‘lig‘ini, mehnat qobiliyatini va hayot sifatini tiklash yoki yaxshilash maqsadida shifokorning tavsiyasiga muvofiq belgilangan tartibda amalga oshiriladigantibbiy aralashuvlar majmuidir.

Narkologik bemorlarga ko'rsatiladigan tibbiy xizmatlar

Shifokor-narkologning birlamchi qabuli (ko'rik, maslahat) bemorning narkologik bo'limga kelgan birinchi kunining o'zida amalga oshiriladi. Shaxsning premorbiddagi rivojlanish xususiyatlari, kasallik klinikasiva dinamikasining o'ziga xos jihatlari, shuningdek, oxirgi vaqtlarda PAMni iste'mol qilgan yoki qilmaganligi, bemorning shaxsiy va ijtimoiy statusi (biror kasbga egaligi yoki yo'qligi, qiziqishlar doirasi, sport seksiyalariga, madaniy tadbirlarga borishi, ijtimoiy moslashish darajasi, jinoiy tuzilmalar bilan aloqasi), davolash-reabilitatsiya jarayonida ishtirok etishga bo'lgan motivatsiyasi aniqlanadi. Bemor haqida ob'ektiv va to'liq ma'lumotlar olish maqsadida uning qarindoshlari va u uchun ahamiyatli bo'lgan boshqa shaxslar (bemorning o'qituvchisi, yashash joyidagi mahalla ma'muriyati vakillari, yaqin insonlari va b.) bilan suhbat o'tkaziladi. Narkotik vositalarni yaqindagina in'eksiya yo'li bilan iste'mol qilinganligini aniqlash uchun bemorning terisi va shilliq pardalarini tekshirishga alohida e'tibor qaratiladi. Arterial qon bosimi, yurak urishi tezligi, yurak, o'pka va qorin (jigar chegaralari aniqlanadi) sohalari tekshiriladi.

Aniqlanadi:

- PAMlarga patologik moyillikning zo'rayish belgilari:
- astenik buzilishlar;
- emotsional va affektiv buzilishlar;
- intellektual-mnestik buzilishlar;
- xulq-atvor buzilishlari;
- abstinensiya sindromi: umumiy holsizlik, terlash, rinoreya, aksirish, ko'z yoshlanishi, mushaklarda og'riqlar yoki tortishishlar, abdominal spazmlar, ko'ngil aynishi yoki qayt qilish, diareya, "g'oz terisi", vaqt-vaqti bilan et uvishishi, taxikardiya, esnash, uyquning bezovtaligi, disforiya;
- abstinensiyadan keyingi sindrom;
- PAMlarni iste'mol qilganlik belgilari: eyforiya, ko'z qorachiqklarining kengayishi yoki torayishi va b., zarur hollarda –narkotiklarni yoki ularning metabolitlarini aniqlash uchun peshobning tashhisiy tekshiruvi.

Bemorning anamnezi, shikoyatlari, fizikal tekshiruvlari to'g'risidagi ma'lumotlarni har tomonlama baholash natijasida shifokor-narkolog shkalaga muvofiq RPDni aniqlaydi. Reabilitatsiya brigadasi a'zolari (tibbiy psixolog, ijtimoiy xodim va b.) bilan birgalikda IRD tuzishda ishtirok etadi.

Shifokor-narkologning takroriy qabuli (ko'rik, maslahat) - kuzatuvning butun davri davomida (ayniqsa, ambulatoriya sharoitidagi TIRda) adaptatsiya bosqichida haftasiga kamida ikki marta, integratsiya bosqichida – haftasiga bir marta va stabilizatsiya (mustahkamlash) boqichidabir oyda bir marta amalga oshiriladi (reabilitatsiya jarayonining dastlabki 3 oyida o'rtacha – kamida 12-14 marta va keyingi har 3 oyida kamida 6-8 marta). Ushbu ko'riklar davomida bemorning ahvolidagi o'zgarishlar dinamikasi baholanadi. Reabilitatsiya dasturi bo'yicha amalga oshirilgan ishlarning natijalari muntazam ravishdahr oy baholanib boriladi.

Shifokor-narkolog qabuli (ko'rik, maslahat) davomida – psixoterapiyani (psixokorreksiyan) amalga oshirishi shart. Psixoterapiya (psixokorreksiya) TIRning barcha bosqichlarida amalga oshiriladi va shaxs hamda xulq-atvor buzilishlarini bartaraf etishga, davolanishning erishilgan natijalarini mustahkamlashga va bemorlarni reabilitatsiya dasturlarida ishtirok etishi uchun motivatsiya qilishga qaratilgan bo'ladi. Psixoterapiya usullari va texnikalarini tanlash hamda ularning davomiyligi PAMlarga tobelik sindromi klinikasining xususiyatlari, bemorning shaxsiy va ijtimoiy holatidan kelib chiqib belgilanadi. Individual yoki gruppaviy psixoterapiyaning sanab o'tilgan usullaridan hech bo'lmaganda

bittasi qo'llaniladi: kognitiv, bixevioral (xulq-atvor), psixodinamik, gumanistik, tizimli va albatta – oilaviy psixoterapiya usullari.

Tana vaznini o'lchash ozib ketib toliqib qolgan shaxslarda rehabilitatsiya jarayonining samaradorligini baholash uchunlarda yondosh kasalliklar, jumladan yurak-tomir, endokrinologik va boshqa kasalliklarkelib chiqish xavfini baholashga imkon beradigan tana massasi indeksini hisoblash maqsadida amalga oshiriladi.

Reabilitatsiya potentsiali va uning darajalari

Reabilitatsiya potentsiali - bu ko'p omilli klinik, psixologik va ijtimoiy tashhislash, hamdanarkologik bemorlarning uzoq muddatli remissiya va resotsializatsiya, oilaga va ijtimoiy foydali faoliyatga qaytish qobiliyati va imkoniyatlarini prognoz qilishdir. U nasliy moyillik, premorbid xususiyatlar, somatik holat, narkologik kasallikning turi, og'irlik darajasi va oqibatlari, shaxsiy (ma'naviy) rivojlanish xususiyatlari va bemorlarning ijtimoiy holati to'g'risidagi ob'ektiv ma'lumotlarni o'z ichiga oladi.

Reabilitatsiya potentsialining darajalari - PAMga tobelikka chalingan bemorning psixoaktiv moddalar iste'mol qilishdan voz kechishi, oilasiga qaytishi, tobelikdan sog'aydi deb hisoblash mumkin bo'lgan ijtimoiy foydali faoliyatga qaytishi turli klinik va noklinik omillar bilan belgilanadigan potentsial imkoniyatidir. Jumladan, shaxsning nasliy moyilligi, uning premorbiddagi jismoniy va ruhiy rivojlanish xususiyatlari, ijtimoiy holati hamda PAMga tobelikning shakli va og'irlik darajasi, PAMlar suiiste'molining tibbiy va ijtimoiy asoratlari, individual kognitiv, emotsional, kommunikativlik, ahloqiy-odobiy xususiyatlari, shaxsiy va ijtimoiy rivojlanishi, shuningdekshaxsning qadriyatlar tizimiga bog'liq. Ushbu klinik va noklinik omillarning yig'indisi bemorning reabilitatsiya potentsialini tashkil qiladi, bu PAMga tobelik sindromi shakllanishining barcha keyingi bosqichlarining ajralmas xarakteristikasi sifatida tushuniladi.

PAMga tobelik sindromi bo'lgan bemorlarning reabilitatsiya potentsialiklinik va noklinik omillarning og'irlik darajasidan kelib chiqibuchturga bo'linadi: yuqori, o'rta va past darajadagi reabilitatsiya potentsiali (RPD).

Yuqori RPDquyidagi umumiy belgilarning yig'indisi bilan tavsiflanadi:

- avlodida narkologik yoki ruhiy kasallikka chalinganlik bo'yicha nasliy moyillikning past darajada ekanligi, ruhiy va jismoniy rivojlanishda normativ xususiyatlarning ustunligi.
- shaxsni yaxshi yoki qoniqarli sharoitlarda tarbiyalanganligi;
- shaxsdagi tobelikningKXT-10 bo'yicha boshlang'ich (birinchi) bosqichda ekanligi;
- PAM miqdorini haddan ziyod oshirib yuborish va suiqasd holatlarining yo'qligi;
- PAMlar iste'molini nisbatan kechroq yoshda boshlaganligi;
- spontan remissiyalar mavjudligi;
- alkogol yoki narkotiklardan abstinensiya sindromining yengil darajasi (2-3 kunda o'tib ketadigan); postabstinent sindrominingsezilarsizligi yoki kam sezilarliligi;
- normal oilaviy munosabatlarning yetarli darajada turg'unligi, o'qish yoki ishlashga, egallangan yoki egallanmoqchi bo'lgan kasbga jalb etish, ijtimoiy-madaniy manfaatlarining nisbiy xilma-xilligi (san'at, sport, biznes va boshqalar), jinoiy yoki yarim jinoiy tuzilmalarga aloqadorlikning yo'qligi;
- ijtimoiy dezadaptatsiyaning dastlabki belgilarining endigina paydo bo'lganligi;
- axloqiy-odobiy buzilishlarning yengil darajasi (normativ qadriyatlarining, mas'uliyat, burch va isnod hissining qisman pasayishi, yolg'onchilik, qo'pollik, manmanlik, o'zgaruvchanlik, egotsentrizm va o'g'rilikning paydo bo'lishi);
- intellektual-mnestik buzilishlarning yengil darajasi (xotiraning, diqqatni jamlashning, aqliy ish qobiliyatining biroz pasayishi, tezda ruhiy toliqib qolish, o'z kasalligiga bo'lgan tanqidning

pasayishi, o'ziga yuqori baho berish, davolanishga bo'lgan ishtiyoqning asosan ijobiy shaxsiy va ijtimoiy rejalarga bog'liqligi va b.)

- emotsional buzilishlarning yengil darajasi (emotsional labillik, ichki taranglik, o'ta jizzakilik, janjalkashlik, vahima va distimiyalarning paydo bo'lishi, nozik his-tuyg'ularni yo'qolishi va b.)
- degradatsiyaning yengil darajasi, ya'ni bemorlarda xali turg'un shaxs o'zgarishlarining yo'qligi (intellektual-mnestik pasayish va dag'al emotsional buzilishlar deyarli yuzaga kelmagan, axloqiy-odobiy buzilishlar tranzitor ko'rinishga ega);
- PAMlarga tobelikdan xalos bo'lish istagi bo'lgani tufayli rehabilitatsiya jarayonida ixtiyoriy ishtirok etishga motivatsiyaning mavjudligi. Bunda shaxsning o'sishga bo'lgan motivatsiyasi, ya'ni o'qishga, sifatli ta'lim olishga, xizmat zinapoyasi bo'yicha yuqori lavozimga ko'tarilishga, muvaffaqiyatli bo'lishga, jamiyatning axloq-odob tamoyillariga rioya etishgabo'lgan intilish ustunlik qiladi.

Yuqori RPDning xususiy belgilari:

Alkogolizmga chalingan bemorlar uchun:

- alkogol ichimliklar iste'mol qilishni nisbatan kech yoshlarda boshlaganligi (14-15 yoshda);
- kasallik davomiyligining 2-3 yildan oshmaganligi;
- anamnezida alkogol psixozlarining bo'lmaganligi;
- alkogolga bo'lgan yuqori tolerantlik;
- tobelik kechishida ichkilikbozlikning davriy shaklining ustunlik qilishi.

Opiy narkomaniyasiga chalingan bemorlar uchun:

- kasallik davomiyligining 1 yildan oshmaganligi;
- narkotiklar iste'mol qilishning noin'eksion shakllari (asosan intranazal, peroral yoki ingalyatsiya yo'li bilan);
- narkotiklarga patologik mayilning davriy shakli;
- mononarkomaniya.

Rehabilitatsiya potentsiali yuqori darajada bo'lgan shaxslarning psixologik xususiyatlari:

1. Hayot sifatining pasayishi sog'lig'i bilan bog'liq bo'lganligi (jismoniy holati rollarning ishlashiga deyarli ta'sir qilmaydi, hozirgi paytda sog'lig'ining umumiy holati va davolash istiqbollari yetarli darajada ijobiy baholanadi, hayotiylik ko'pincha ijobiy baholanadi, jismoniy yoki hissiy holat amalda ijtimoiy faollikni (muloqotni) cheklamaydi, hissiy holat ko'pincha ish yoki boshqa kundalik faoliyatni bajarishga xalaqit bermaydi, kayfiyat ko'pincha salbiydan ko'ra ijobiydir).
2. Koping-strategiyalarning past yoki o'rta darajadagi intensivligi (konfrontativ koping, uzoqlashish, o'zini tuta bilish, ijtimoiy yordam izlash, mas'uliyatni qabul qilish, reallikdan qochish, muammolarni hal qilishni rejalashtirish, ijobiy qayta baholash). Taranglikning biroz ko'tarilishigaeng adaptiv koping-strategiyaga - muammolarni hal qilishni rejalashtirishga muvofiq yo'l qo'yiladi.
3. Ma'noli hayot yo'nalishlarining unchalik darajada ifodalanmagan deformatsiyasi (hayotning umumiy mazmunliligining o'rtacha yoki o'rtacha darajasidan pastligi, kelajak uchun maqsadlarning mavjudligi, hayotning hissiy to'yinganligining o'rtacha darajasi, o'zini o'zi anglashdan qoniqish, o'z hayotini boshqarishga qodir kuchli shaxs sifatida o'zi haqidagi g'oyalarning ma'lum darajada biroz pasayishi).
4. Muhim shaxsiy munosabatlarning sezilarli buzilishining yo'qligi (o'rtacha darajadagi xudbinlik, tajovuzkorlik, shubhalilik, altruizm).

5. Makiavelizm darajasi normal chegarada, uning pastki chegarasiga yaqinroq joylashganligi (odamlar bilan muloqot qilishda aniq manipulyatsiyaning yo'qligi, egoistlikning yo'qligi yoki past darajada ekanligi).
6. Empatiya darajasi biroz pasaygan, me'yor chegarasida saqlangan (odamlar bilan muloqot o'rnatishda qiyinchiliklarning yo'qligi, boshqalarni yetarlicha tushunish).
7. Kasallikning ichki manzarasini tasavvur etish deyarli o'zgarmagan (kasallikni yengish uchun yetarli motivatsiya mavjud).
8. O'z irodasini nazorat qilish darajasining biroz pasayishi (o'z-o'zini nazorat qilishning rivojlanish darajasi, qat'iyatlilik va ixtiyoriy o'zini o'zi nazorat qilishning normachegaralarda ekanligi yoki biroz pasayganligi, ya'ni bemordaemotsional o'zgaruvchanlikning yo'qligi, zaiflik, o'ziga ishonchsizlik, past reflekslik, impulsivlik va niyatlarning turg'unsizligi, xafaqonlik, xatti-harakatlarning nomuvofiqligi, o'zini o'zi boshqarishning pasayishi).
9. Giyohvandlik vositalarini qabul qilishning ijtimoiy-psixologik motivlarining mavjudligi (narkotiklar iste'mol qilishning submissiv motivlari) va psixofaol moddalarni iste'mol qilish uchun shakllangan motivatsiyaning yo'qligi, ayniqsa narkotiklar iste'mol qilishning shaxsiy, personal motivlari (gedonistik, ataraktiv, xulq-atvorning giperaktivatsiyasi) va giyohvand moddalarni iste'mol qilishning patologik (abstinent, addiktiv, o'ziga jarohat yetkazish motivlari) motivatsiyasi.
10. Psixologik vaqtni idrok etishdagi nozik o'zgarishlar bilan bog'liq yengil buzilishlar (o'tmishni salbiy deb his qilish tendensiyasi mavjudligi, ammo o'tmish tajribasiga nisbatan aniq ijobiy munosabat, kelajakka mo'tadil ifodalangan yo'nalishning mavjudligi, kelajakka qat'iy ishonchning yo'qligi, zavq olishga nisbatan aniq yo'nalishning yo'qligi).

O'rta RPD quyidagi umumiy belgilarning yig'indisi bilan tavsiflanadi:

- avlodida narkologik yoki ruhiy kasallikka chalinganlik bo'yicha to'g'ridan to'g'ri (ota-onasidan) yoki yuqori chiziqdagi (buvisi, bobosi) nasliy moyillikning o'rta darajada ekanligi;
- to'liq bo'lmagan oilalarda tarbiyalanganlik, o'rtacha yoki yomon moddiy sharoitlarda o'sganlik, ko'pincha oila a'zolari orasidagi notekis yoki janjalli munosabatlar mavjudligi;
- jismoniy yoki ruhiy rivojlanishda ortda qolishlik, deviant xulq-atvor, jinsiy doiradagi buzilishlar, tashqi ta'sirga oson berilib qolishlik;
- kasallik kechishining KXT-10 bo'yicha o'rta (ikkinchi) bosqichi;
- qichqacha (3 oygacha) va o'rta qisqacha (6 oygacha) terapevtik remissiyalar;
- kam holatlarda uchraydigan spontan remissiyalar, agar kuzatilsa ham, odatda qisqa vaqt va noturg'un kechadi;
- alkogolli va narkotikli (geroinli) abstinensiya sindromivapostabstinensiya buzilishlarining o'ta sezilarli va turg'un klinik ifodalanganligi (abstinensiya sindromi 7-10 kun, postabstinensiya buzilishlari 1,5-2 oygacha davom etadi);
- ota-onaga va boshqa yaqin insonlarga nisbatan badjahllik va shavqatsizlik, postabstinensiya va remissiya davrida distimiya va depressiyalar va b.;
- shaxs degradatsiyasining o'rta darajasi – o'rta darajadagi intellektual-mnestik vaahloqiy-odobiy o'zgarishlar (egotsentrizm, yolg'onchilik, ikkiyuzlamachilik, o'g'rilik, mas'uliyatsizlik, sinizm, qaysarlik, tajovuzkorlik va b.). Shu bilan birga, bemorlar o'zlarini kam taniydigan odamlarda yaxshi taassurot qoldirishga, ulardan narkotiklar/alkogolni suiiste'mol qilishlarini yashirishgaintiladilar.
- ota-onalar, turmush o'rtog'i (xotini, eri), bolalari va boshqa qarindoshlari bilan ziddiyatli munosabatlar;
- tajovuzkorlik, asabiylashish, murosasizlik, ba'zan muloqotga kirishmaslik, motivatsion turg'unsizlik bilan namoyon bo'ladigan korreksiya qilish qiyin bo'lgan xulq-atvor;

- birxil yoki past doiradagi ijtimoiy manfaatlar;
- kasbiy ko'nikmalarni va "mahoratlarni" yo'qotish, mehnatga befarq, passiv munosabat;
- qisman ijtimoiy dezadaptatsiya va sotsiofobiya;
- o'rta darajadagi axloqiy-odobiylar buzilishlar (normativ qadriyatlar yo'nalishini sezilarli darajada buzilishi, yolg'onchilik, uyatsizlik, qo'pollik, tartibsizlik, mulohaza qabul qilishni buzilishi, jinsiy tarbiyasizlik, egotsentrizm, o'g'irlik, bezorilik, kriminogenlik, onalik/otalik instinktining pasayishi, jamiyatsizlik yoki antisotsiallik va b.);
- O'rtacha og'irlikdagi intellektual-mnestik buzilishlar (xotiraning, diqqatni jamlashning, aqliy faoliyatning yaqqol buzilishi, assotsiativ jarayonning sekinlashishi, yuqori darajadagi kognitiv funksiyalarning pasayishi (abstraksiya, rejalashtirish, bilishning moslashuvchanligi, idrok va b.) va manfaatlar doirasi, mulohazalarning yuzakiligi, o'z kasalligiga tanqidning yuzakiligi yoki deyarli yo'qligi, o'ziga noadekvat baho berish (yuqori yoki past baholash), davolanish motivlari asosan pragmatik va b.);

O'rta darajadagi affektiv buzilishlar (o'zini ushlab tutolmaslik, emotsional sovuqlik).

O'rta RPDning xususiy belgilari:

Alkogolizmga chalingan bemorlar uchun:

- alkogol ichimliklarni iste'mol qilishni nisbatan erta yoshda (12-13 yoshda) boshlaganligi;
- kasallikning kamida 3-5 yildan ortiq davom etayotganligi;
- alkogolga tolerantlikning turg'unligi yoki biroz pasayishni boshlaganligi;
- alkogol palimpsestlarining mavjudligi;
- ichkilikbozlikning davriy (zapoyli) turi;
- alkogolga doimiy o'rtacha intensiv moyillikning ustunligi;

Narkomaniyaga chalingan bemorlar uchun:

- narkotiklar iste'mol qilishni nisbatan erta yoshda (15-16 yoshda) boshlaganligi;
- kasallikning 1 yildan 3 yilgacha davom etayotganligi;
- narkotiklarni asosan tomir ichiga yuborish va parallel ravishda yana boshqa PAMlarni ham suiiste'mol qilishlik;
- ayniqsa kasallikning residiv davrlarida kuzatiladigan narkotiklarga bo'lgan patologik mayilning doimiy turi;
- narkotiklar miqdorini haddan ziyod oshirib yuborish holatlarining vanarkotiklardan abstinensiya sindromi davrida suitsidal fikrlarning gohida uchrab turishi;

Reabilitatsiya potentsiali o'rta darajada bo'lgan shaxslarning psixologik xususiyatlari:

1. Hayot sifatining pasayishi bemorning sog'lig'i bilan bog'liq bo'lganligi (jismoniy holat rolli fuksiyaga ta'sir qiladi, umumiy salomatlikni baholash, davolash istiqbollari va hayotiylik biroz pasayadi, jismoniy yoki emotsional holat tomonidan ijtimoiy faollikning (mulohaza qabul qilish) cheklanishi yuzaga keladi, emotsional holat ko'pincha ish yoki boshqa kundalik faoliyatni bajarishga xalaqit bermaydi, kayfiyat ijobiydan ko'ra salbiyroq).
2. Koping-strategiyalar tarangligi oshadi (konfrontativkoping, uzoqlashish, o'zini tuta bilish, ijtimoiy yordam izlash, mas'uliyatni qabul qilish, javobgarlikdan qochish, muammolarni hal qilishni rejalashtirish, ijobiy qayta baholash).
3. Ma'noli hayot yo'nalishlarining o'rtacha darajadagi deformatsiyasi (hayotning umumiy mazmunligining o'rtacha darajasidan pastligi, kelajakka e'tibor darajasining pasayishi, hayotning emotsional to'yinganligi va o'zini realizatsiya qilishdan qoniqishning past darajasi, o'zini boshqarishga qodir kuchli shaxs sifatida o'zi haqidagi tasavvurlarning pasayishi).

4. Shaxs uchun muhim bo'lgan munosabatlarining buzilganligi (etarlicha yuqori darajadagi psevdualtruizm bilan xudbinlik, tajovuzkorlik, shubhalilik darajasining oshishi).
5. Makiavelizm darajasi me'yor doirasida, uning yuqori chegarasiga yaqinroq (odamlar bilan muloqot qilishda yengil manipulyatsiya mavjudligi, xudbinlik darajasining oshishi).
6. Empatiya darajasining pasayganligi (odamlar bilan aloqa o'rnatishda yengil qiyinchiliklar mavjudligi, boshqalarni tushuna olishlik amalda buzilmaganligi).
7. Kasallikning ichki manzarasini idrok etish birozgina o'zgarganligi (kasallikni yengish uchun o'rta darajada ifodalangan motivatsiya).
8. Irodaviy nazorat darajasining pasayganligi (o'ziga ishonchning yetarli darajada emasligi, niyatlar barqarorligining pasayishi, emotsional turg'unlikning pastligi, turli vaziyatlarda o'zini tuta bilish qobiliyatining pastligi, ichki burch hissining deyarli yo'qligi, boshlangan ishni oxiriga yetkazish istagi yetarli emasligi).
9. Narkotiklar iste'mol qilishdajtimoiy-psixologik motivlar (narkotiklar iste'mol qilishning submissiv motivlari) va narkotiklar iste'mol qilishning shaxsiy, personal motivlari (gedonistik, ataraktiv, xulq-atvorning giperaktivligi) mavjudligi, agar bunda narkotiklar iste'mol qilish uchun shakllangan yoki yengil darajadagi patologik motivatsiya (abstinent, addiktiv va o'ziga jarohat yetkazish) bo'lmasa.
10. Psixologik vaqtni idrok etishdagi o'zgarishlar bilan bog'liq buzilishlarning mavjudligi (o'z o'tmishini qabul qilishning past darajasi, o'tmishdagi voqealar hozirgi narsaga olib kelganligini anglash qobiliyatining pasayishi, kelajak uchun maqsad va rejalarning yo'qligi, kelajakka qat'iy ishonchning yo'qligi yoki uning zaifligi, zavqlanishga intilish).

Past RPD quyidagi umumiy belgilarning yig'indisi bilan tavsiflanadi:

- avlodida narkologik yoki ruhiy kasallikka chalinganlik bo'yicha to'g'ridan to'g'ri (ota-onasidan) yoki yaqin qarindoshlaridan (buvisi, bobosi, tog'asi, xolasi, ukasi, singlisi) nasliy moyillikning yuqori darajada ekanligi;
- to'liq bo'lmagan oilalarda tarbiyalanganlik, o'rtacha yoki yomon moddiy sharoitlarda o'sganlik, ko'pincha oila a'zolari orasidagi notekis yoki janjalli munosabatlar mavjudligi;
- bitta yoki ikkala ota-onaning ham alkogol suiiste'mol qilishi, ota-ona (yoki ajrashgan ona) tomonidan farzandini haddan tashqari himoya qilishi;
- jismoniy, ayniqsa ruhiy rivojlanishning ortda qolishi yoki patologiyasi, infantilizm, nevrotik rivojlanish, psixopatiya, anamnezidagi deviant (ba'zida delikvent) xulq-atvorning kuzatilishi;
- odatda maktabda (ayniqsa o'rta va yuqori sinflarda) o'qishning o'rtachaligi;
- ijtimoiy manfaatlarning nihoyatda cheklangan va noturg'un doirasi;
- kasallikning KXT-10 bo'yicha oxirigi(uchinchi) bosqichi;
- spontan remissiyalarning kuzatilmasliligi;
- o'z shaxsiy oilasining yo'qligi;
- interpersonal adovat yoki tajovuzkorlik ustunligi bilan o'ta ziddiyatli yoki ziddiyatli oilaviy munosabatlar;
- ko'pincha o'rta ma'lumotlilik, kamdan-kam hollarda - to'liq bo'lmagan o'rta texnik yoki oliy ma'lumotlilik;
- mehnat qilishga va o'qishga bo'lgan ijtimoiy ijobiy munosabatning pasayishi (odatda, bemorlar ishlamaydi va o'qimaydi, ishlashga yoki o'qishga munosabati asosan befarq, passiv yoki salbiy, aksariyat bemorlarda kasbiy mahorat va o'qish qobiliyati qisman yoki to'liq yo'qoladi);
- deyarli to'liq total ijtimoiy dezadaptatsiya va sotsiofobiya kuzatilishi;
- qo'pol ahloqiy-odobiy buzilishlar (me'yoriy qadriyatlar yo'nalishini qo'pol, ba'zan qaytarib bo'lmaydigan buzilishlari, mas'uliyatsizlik, yolg'onchilik, uyatsizlik, qo'pollik, tartibsizlik,

kriminogenlik, egotsentrizm, dushmanlik, tajovuzkorlik, parazitizm, onalik/otalik instinktining pasayishi va b.);

- o'ta ifodalangan intellektual-mnestik buzilishlar(turg'un darajadagi xotira, diqqatni jamlashning, aqliy faoliyatning, assotsiativ jarayonlarning buzilishi, qiziqishlar doirasining kognitiv funksiyalarining keskin pasayishi, ba'zi hollarda psixorganik sindrom, asosan o'zini past baholash, tanqidning yo'qligi, kasallikdan davolanish uchun pragmatik (fiziologik) motivlar va b.);
- o'ta ifodalangan affektiv buzilishlar (affektini ushlab turolmaslik, emotsional dag'allik, shafqatsizlik, distimiyalar, depressiyalar, disforiyalar va b.);
- o'ta ifodalangan shaxs degradatsiyasi (ahloqiy-odobiy va intellektual-mnestik pasayish, yolg'onchilik, mas'uliyatsizlik, antisotsiallik, gomoseksual va sadomazoxistik tendensiyalar, o'z shaxsiy tajribasidan foydalana olmaslik, o'z kasalligidagi hamma ayibni boshqalar zimmasiga ag'darish);
- fikrlashning torpidligi, umumlashtirish, diqqatni jamlash qobiliyatining pasayishi, tez aqliy toliqib qolishlik, samarasizlik, xotiraning barcha turlarining buzilishi, qiziqishlar doirasi faqat narkotiklar yoki alkogolga qaratilgan;
- gepatitlar, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar, tuberkulyoz yoki OIV-infeksiyasi;
- libido va jinsiy potensiyaning pasayishi, jinsiy aloqalarning kamayib ketishi yoki umuman yo'qolishi;
- o'z kasalligini tan olishiga qaramasdan o'z xulq-atvoriga va asotsial yurish-turishiga tanqidining pasayishi yoki yo'qligi;
- tuzalib ketishga va ijtimoiy holatini normallashtirish imkoniyatiga ishonchning yo'qligi, rehabilitatsiya jarayonida ishtirok etish uchun anglagan holdagi ixtiyoriy rozilikmotivatsiya asosida emas, balki pragmatik motivlarga asosida: ta'qibdan, jazodan qutilib qolish, "qo'llab-quvvatlash", imtiyozlar olish va hokazo.

Past RPDning xususiy belgilari:

Alkogolizmga chalingan bemorlar uchun:

- ko'pincha alkogol iste'molini ancha erta 11-12 yoshda boshlash;
- kasallikning kamida 5 yildan ortiq davom etayotganligi;
- alkogolga tolerantlikning sezilarli darajada pasayishi;
- anamnezida alkogol psixozlarning mavjudligi;
- alkogol ensefalopatiyalari mavjudligi;
- alkogolga bo'lgan doimiy patologik moyillik;

Narkomaniyaga chalingan bemorlar uchun:

- narkotiklar suiiste'molini ancha erta 12-14 yoshda boshlaganligi;
- odatda narkotiklar iste'molini boshlashdan oldin tugallanmagan o'rta ma'lumotlilik;
- kasallikning 3 yildan ortiq davom etayotganligi;
- narkotiklarni asosan tomir ichiga yuborish va parallel ravishda yana boshqa PAMlarni (kannabinoidlar, psixostimulyatorlar, gallyusinogenlar, trankvilizatorlar va b.) ham suiiste'mol qilishlik;
- narkotiklarga doimiy patologik moyillik;
- chuqur affektiv buzilishlar, psixopatsimon va asotsial xulq-atvor bilan kechuvchi narkotiklardan (opiy, heroin) abstinensiya sindromining (9-12 kun davom etuvchi) og'ir darajasi;
- 2-3 oygacha davom etadigan uzoq muddatli postabstinent buzilishlar;

- narkotiklar miqdorini haddan ziyod oshirib yuborishlar (ko'p marta),narkotiklardan abstinensiya davrida yoki remissiya davrida yuzaga keladigan suitsidal fikrlar va xatti-harakatlar (barcha bemorlarning yarmidan ko'pida);
- bemorlar orasidan (59%) narkotiklarning noqonuniy aylanishi bilan bog'liq bo'lgan jinoiy javobgarlikka tortilganlik yoki sudlanganlik;

Reabilitatsiya potentsiali past darajada bo'lgan shaxslarning psixologik xususiyatlari:

1. Hayot sifatining pasayishi bemorning sog'lig'i bilan bog'liq bo'lganligi (jismoniy holat roli fuksiyaga kuchli ta'sir qiladi, umumiy salomatlikni baholash, davolash istiqbollari va hayotiylik keskin pasayadi, jismoniy yoki emotsional holat tomonidan ijtimoiy faollikning (muloqotning) cheklanishi yuzaga keladi, emotsional holat ko'pincha ish yoki boshqa kundalik faoliyatni bajarishga xalaqit beradi). O'zining jismoniy holatini noadekvat baholaydi.
2. koping-strategiyalar tarangligining oshishi dezadaptiv shaklgacha yetib keladi (konfrontativ koping, uzoqlashish, o'zini tuta bilish, ijtimoiy yordam izlash, mas'uliyatni qabul qilish, javobgarlikdan qochish, muammolarni hal qilishni rejalashtirish, ijobiy qayta baholash).
3. Ma'noli hayot yo'nalishlarining jiddiy deformatsiyasi (hayotning mazmunini anglashning past darajasi, kelajakka e'tibor qaratmaslik, hozirgi hayotdan, shuningdek, hayotning o'tgan qismidan qoniqmaslik, o'zini ancha zaif shaxs sifatida tasavvur qilish, past o'zini tuta bilish, o'z kelajagiga ta'sir qilish qobiliyatiga ishonmaslik).
4. Shaxs uchun muhim bo'lgan munosabatlarining jiddiy buzilganligi (yuqori darajadagi psevdoyaltruizm bilan xudbinlik, tajovuzkorlik, shubhalilik darajasining oshishi).
5. Makiavelizmning yuqori darajasi (boshqa odamlar bilan muloqot qilishda ularni manipulyatsiya qilish mumkin va hatto kerak, degan e'tiqod, boshqalarga ishonchsizlik, boshqalar bilan tez-tez, lekin yuzaki aloqalar, mavzuga yo'naltirilganlik, xudbinlik).
6. Empatiyali munosabatlarning buzilishi (odamlar bilan muloqot o'rnatishni qiyinligi, emotsional ishtiroksizlik, atrofdagilar bilan o'zaro bir-birini tushunishni yo'qolganligi).
7. Kasallikning ichki manzarasini to'g'ri idrok etishning buzilganligi (kasallikni yengishga motivatsiyaning, narkomaniyaga xos xulq-atvorni modifikatsiyalashning va ijobiy o'zgarishlarning yo'qligi).
8. O'z-o'zini irodaviy tartibga solishning buzilishi (boshlangan ishni oxiriga yetkazish istagi yo'qligi, yuqori labillik, o'ziga ishonchsizlik, impulsivlik nomuvofiq xatti-harakatlarga, ijtimoiy me'yorlarning ta'siri etmasligiga olib kelishi mumkin).
9. Narkotiklar iste'mol qilishning barcha motivlari shakllanganligi: narkotiklar iste'mol qilishning ijtimoiy-psixologik motivlari (narkotiklar iste'mol qilishning bo'ysunuvchi motivlari), narkotiklar iste'mol qilishning shaxsiy, personal motivlari (gedonistik, ataraktiv, xatti-harakatlarning giperaktivligi), narkotik iste'mol qilishga patologik (abstinensiya, addiktiv, o'ziga zarar yetkazish motivlari)motivatsiya.
10. Psixologik vaqtni idrok etishdagi o'zgarishlar bilan bog'liq buzilishlarning o'ta ifodalanganligi (o'zining jirkanch o'tmishidan voz kechish, kelajak uchun maqsad va rejalarning yo'qligi, zavq olishga yo'naltirilganlik, oqibatlar haqida qayg'urmaslik, hozirgi kunga ojiz va umidsiz munosabat, kelajak aniq belgilab berilganligiga va hozirgi kunga kamtarlik bilan chidash kerak degan qat'iy ishonch).

Tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiyaning maqsadi, vazifalari va tamoyillari

TIRning maqsadibemorning intellektual, axloqiy, emotsional, ijodiy salohiyatini ochish berish va rivojlantirish asosida uning normativ shaxs va ijtimoiy maqomini tiklash (shakllantirish).

TIRning vazifalari:

1. bemorda PAMdan voz kechishga va DRJda ishtirok etishga bo'lgan ongli va turg'un motivatsiyani (yo'nalishni) shakllantirish;
2. PAMlar iste'moli natijasida yuzaga kelgan ruhiy va xulq-atvor buzilishlarni bartaraf etishga hamda kasallik residivlarini oldini olishga yo'naltirilgan davolash chora-tadbirlarini amalga oshirish;
3. yuzaga kelgan somatik va nevrologik buzilishlar va kasalliklarni davolash;
4. bemor shaxsining strukturasi korreksiyalash va ijobiy shaxs rivojlanishini ta'minlash uchun sharoitlar yaratish;
5. bemorning ijtimoiy faoliyat darajasini oshirish (oila va jamiyat resurslaridan foydalangan holda);
6. bemorda haqiqiy ijtimoiy bandlikni (o'qish, ish) ta'minlash.

TIRni tashkil etishda narkologik kasalliklarga chalingan shaxslarga tibbiy yordam ko'rsatishning umumiy tamoyillari hisobga olinadi:

1. ixtiyoriylik (DRJ ishtirok etishga ma'lumot olgan holdagi rozi bo'lishlik);
2. davolash va rehabilitatsiya chora-tadbirlarining kompleksligi, bosqichliligi va uzluksizligi, ularning yetarli darajada uzoq muddatligi, ambulator va statsionar yordamning o'zaro uzviyligi;
3. rehabilitatsiya ishlari shakllarining (modellarining) xilma-xilligi va individualligi.

PAMga tobelikka chalingan bemorlarda TIR jarayonini murakkablashtiradigan muammolardan biri shundaki, ularning ba'zi ruhiy funksiyalari PAMni iste'molini boshlash natijasida yuzaga kelmaydi, boshqa ruhiy funksiyalar esa PAM iste'moli natijasida buziladi. Shu sababdan rehabilitatsiya dasturini tuzishda TIRning nafaqat rehabilitatsiya omillarini, qolaversa abilitatsiya omillarini ham inobatga olish lozim. Shu bilan birga, abilitatsiya deganda bemorlarda u yoki bu sabablarga ko'ra yetishmayotgan va shakllanmagan funksiyalarni shakllantirishga qaratilgan tibbiy, psixologik, pedagogik, yuridik, kasbiy va ijtimoiy chora-tadbirlar tizimi tushuniladi.

PAMga tobelikka chalingan bemorlarni, PAMga qaramlikning biopsixosotsial-ma'naviy tabiatini hisobga olgan holda TIR tamoyillari:

1. TIR jarayonida bemorni faol hamkorlikka jalb qilish, sheriklik tamoyili;
2. ko'p tarmoqlilik tamoyili, sa'y-harakatlarning ko'p qirraliligi, ularning bemorlar faoliyatining turli sohalariga: psixologik, kasbiy, oilaviy, ijtimoiy, bo'sh vaqtga yo'naltirilishi;
3. biologik va psixosotsial ta'sir usullarining yaxlitligiga (komplekslikka) rioya qilish tamoyili;
4. rehabilitatsiya jarayonining turli elementlarini qo'llashda ma'lum ketma-ketlikka rioya qilgan holda ko'rsatiladigan xizmatlarning (tadbirlarning) bosqichlilik tamoyili.

TIR samaradorligini belgilaydigan shartlar:

1. bemorni DRJda ishtirok etishga undaydigan shaxsiy rehabilitatsiya potensialining mavjudligi;
2. rehabilitatsiya jarayonini muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun bemorning shaxsiy javobgarligi;
3. bemor uchun ijobiy, shaxsan muhim ijtimoiy qadriyatlariga tayanish;
4. DRJni huquqiy va tashkiliy jihatdan reglamentlashni ta'minlash;
5. rehabilitatsiya bo'limida mutaxassislarining yagona "brigadasini" (jamoasini) yaratish: vrach-narkolog, vrach-psixoterapevt, vrach-tibbiy psixolog, ijtimoiy xodim (o'rta tibbiy xodim).

Rehabilitatsiya jarayonining samaradorligi DRJ texnologiyasini to'g'ri tashkil etish va qo'llaniladigan yondashuv va usullarni maksimal darajada individuallashtirishga bog'liq. Shunga ko'ra, tobelik sindromi bo'lgan bemorlarning TIRsi quyidagita**shakiliy tamoyillarga** asoslanishi kerak:

TIR tizimida bemorlarni dinamik guruhlash tamoyili

PAMga tobelik sindromining remissiyasini shakllantirishning asosiy va muhim prognostik omili bemorning PAM iste'molini rad etishga yo'nalishidir. Bemorlarning ushbu toifasi, ayniqsa, tobelik

sindromining faol bosqichidagi bemor bilan o'zaro aloqada bo'lganida (PAMga patologik moyillik sindromi, xulq-atvor stereotipining, narkotiklarni iste'mol qiluvchilar subkulturasini ta'siri ostida) PAM iste'molidan voz kechish motivatsiyasining (yo'nalishi) turg'unsizligi bilan tavsiflanadi. DRJni tashkil etishning eng muhim vazifasi – davolanishga va TIR o'tashga yo'nalishi bo'lgan bemorlarni, induksiya ta'sirini bartaraf etish uchun hali bunday yo'nalish shakllanmagan bemorlardan alohida ajratish.

Bemorning ijtimoiy faolligi vektoriga qarab moslashuvchan ijtimoiy bosim tizimi

PAMni iste'mol qilishni rad etish yo'nalishida bo'lgan bemorlar uchun ixtiyoriylik va bemorlarning ijtimoiy holatiga yumshoq munosabatda bo'lgan boshqa tamoyillarni hisobga olgan holda davolash dasturlarining tashkiliy shakllari taqdim etiladi. Ijtimoiy bosim shakllaridan to'g'ri tashkil etilgan giyohvandlikka qarshi tashviqot va bemorlarni tegishli davolash dasturlari haqida xabardor qilish yetarli bo'ladi.

DRJ tizimida ushlanib qololmaydigan va narkotiklarni suiiste'mol qilishni davom ettiradigan bemorlar uchun "iste'molchi-jamiyat" munosabatlari yanada qat'iy tartibga solinishi va DRJni tashkil etishning yanada qat'iy shakllari nazarda tutilishi kerak: ochiq, yarim ochiq va yopiq reabilitatsiya muhiti.

Ijtimoiy bosim va bemorlarni dinamik guruhlash tizimi bemorlarning maksimal soniga ijtimoiy zarar yetkazmasdan tibbiy, psixologik va ijtimoiy yordam ko'rsatish, shuningdek, moddiy resurslar va tibbiy (psixologik, ijtimoiy) xodimlarni oqilona taqsimlash imkonini beradi.

TIR tashkil etishda dasturiy-maqсадli yondashuv

DRJning tashkiliy asoslarini ishlab chiqish doirasida bemorlarning ruhiy rivojlanishi va ijtimoiy faoliyati jarayonini tiklashga qaratilgan texnologik o'zaro bog'liq tadbirlar (dasturlar) ketma-ketligi - reabilitatsiya jarayonining algoritmi ishlab chiqilgan.

TIR algoritmi quyidagi chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi:

1. Dastlabki maslahat va motivatsion intervyu ko'rinishidagi aralashuv (bemorlar, ularning qarindoshlari bilan birlamchi maslahat va bemorni DRJga kiritish uchun motivatsiya).
2. Bemorning klinik, psixologik va ijtimoiy holati va RPD diagnostikasi: reabilitatsiya tadbirlari uchun xavf omillarini aniqlash; reabilitatsiya tadbirlarini amalga oshirishni cheklovchi omillar; organizmning morfologik parametrlari va funksional zahiralari; yuqori ruhiy funksiyalar va emotsional doiraning holatlari; kundalik va kasbiy ko'nikmalarni saqlanganlik darajasi; reabilitatsiya jarayonining natijasiga ta'sir qiluvchi agressiv va qo'llab-quvvatlovchi atrof-muhit omillar.
3. PAM iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lgan o'tkir, yarimo'tkir va rezidualruhiy va xulq-atvor buzilishlarining psixofarmakoterapiyasi.
4. TIRning maqsadi va vazifalarini shakllantirish, IRDni ishlab chiqish, davolash va TIRga muvofiqlikni shakllantirish bilan medikamentoz va nomedikamentoz terapiyani kompleks qo'llash.
5. Tibbiy nazorat va reabilitatsiya muhitini shakllantirish, oila, manfaatdor tashkilot va idoralar bilan o'zaro hamkorlik.
6. Psixoterapiyaning ijtimoiy yo'naltirilgan usullaridan foydalangan holda bemorlarning readaptatsiyasiga qaratilgan ijtimoiy yo'naltirilgan faoliyat: xulq-atvor psixoterapiyasi ("rag'batlantirish-jazolash" tizimi, ijtimoiy ko'nikmalar treningi, vaziyatli trening), gruppaviy diskussiyali psixoterapiya, oilaviy psixoterapiya. Psixofiziologik, emotsional holatni va xulq-atvorning o'zini o'zi boshqarish darajasini oshirish uchun maxsus usullardan

foydalanish mumkin, jumladan, autogen trenirovkasi, davolash fizkulturasini, sport mashg'ulotlari.

7. Bemorlarning o'zlari tashkil qilgan yoki jamoat nodavlat tashkilotlarini jalb qilgan holda sog'ayib ketayotgan bemorlarning tibbiy subkulturasini shakllantirish.
8. TIR samaradorligini baholash va uning prognozi.

TIRning har bir bosqichi muammolarni differensiallashgan tarzda hal qilish uchun tibbiy tashkilotning tarkibiy bo'linmalarini tashkil etishni, shuningdek, davolash va TIR uchun aniq dasturlar amalga oshiriladigan ishlarning izchilligi va uzluksizligini ta'minlashni o'z ichiga oladi.

TIR samaradorligi ko'p jihatdan bemorning ijobiy o'zgarishlarga tayyorligi va uning tibbiy davolanish va reabilitatsiya tadbirlariga kirish imkoniyati bilan belgilanadi, bu quyidagi shartlarga bog'liq:

1. bemorda RPDning yetarli darajadagi mavjudligi;
2. bemorning reabilitatsiya jarayonida ixtiyoriy ishtirok etishi;
3. bemorning PAM iste'molidan voz kechishga roziligi;
4. reabilitatsiya jarayonining muvaffaqiyatli yakun topishi uchun bemor tomonidan shaxsiy javobgarlikni tan olishi;
5. mutaxassislar bilan ishonchli va hamkorlik munosabatlarda bo'lish.

Shu bilan birga, TIR samaradorligi tibbiy tashkilot tomonidan ko'rsatiladigan TIR xizmatlarining hajmi va sifatiga bog'liq bo'lib, u quyidagi shartlar bilan belgilanadi:

1. bemorga ta'sir qilishning ijtimoiy-psixologik va tibbiy-biologik usullarining birligi;
2. reabilitatsiya ishlarining shakllari (modellari) xilma-xilligi va ularning individual qo'llanilishi;
3. DRJni bosqichma-bosqich amalga oshirilishi;
4. DRJning huquqiy va tashkiliy tartibga solinishini ta'minlash;
5. reabilitatsiya bo'limida (markazida) ko'p tarmoqli mutaxassislar jamoasini yaratish: psixiatr - narkolog - tibbiy psixolog - ijtimoiy xodim va kerak bo'lganda boshqa tibbiy mutaxassislik bo'yicha maslahatchi shifokor;

TIRixtisoslashtirilgan tibbiy yordam doirasida rejalashtirilgan shaklda amalga oshiriladi.

Bemorning ruhiy va jismoniy holatlarining xususiyatlariga, uning ijtimoiy holatiga, reabilitatsiya o'tashga bo'lgan ishtiyoqi mavjudligiga qarab TIR quyidagi sharoitlarda amalga oshiriladi:

- ko'p yillik remissiyasi bo'lmagan, RPDsi va ijtimoiy faoliyat darajasi past bo'lgan bemorlarni statsionar yoki yarim statsionar (kechayu-kunduziyoki kunduzi tibbiy kuzatuv va davolanishni ta'minlaydigan) sharoitlarda;
- yuqori va o'rta RPDbo'lgan bemorlar uchun ambulator (kasalxonadan keyingi, kechayu-kunduz tibbiy nazoratni va davolanishni ko'zda tutmaydigan) sharoitlarda. RPD darajasi past bo'lgan bemorlarning statsionar TIR dasturlaridan ambulator TIR dasturlariga o'tkazilishi RPDning ortganidan keyin amalga oshishi mumkin.

**«TIBBIY-IJTIMOIIY REABILITATSIYA
DASTURLARINI TUZISH» BO‘YICHA MILLIY
KLINIK BAYONNOMA**

Toshkent 2025

Tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya dasturi

Tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya dasturi (TIRD) eng qisqa vaqt ichida mumkin bo'lgan maksimal samaraga erishish uchun davolash-reabilitatsiya jarayonining tashkiliy-uslubiy asosini ifodalaydi.

TIRD bir nechta asosiy bloklarni o'z ichiga oladi: tibbiy, psixologik (psixokorreksiya), psixoterapevtik va ijtimoiy.

Tibbiy blok bemorning klinik va ijtimoiy holatini diagnostika qilishni va ko'rsatmalarga muvofiq farmako- va psixofarmakoterapiyani o'z ichiga oladi.

Psixologik blok bemorlar va ularning qarindoshlari bilan neyro- va patopsixologik diagnostikani, psixologik maslahat, psixokorreksiya, psixota'limiy ishlarni o'z ichiga oladi, shuningdek, reabilitatsiya xizmatlarini ko'rsatuvchi xodimlar orasidasuperviziyani amalga oshiradi. Bemorlarning individual, jinsi va yoshi omillarini hisobga olgan holda rivojlantiruvchi va psixokorreksiyalovchi dasturlarni ishlab chiqadi va amaliyotga tatbiq etadi, bemorlarning xohish-istaklari, qobiliyatlari va vaziyatli imkoniyatlarini hisobga olgan holda kasbga yo'naltirish bo'yicha ishlarni amalga oshiradi. Amalga oshirilayotgan psixologik va profilaktik chora-tadbirlarning samaradorligini baholaydi.

Psixoterapevtik blok psixoterapevtik aralashuvning adekvat usullariga muvofiq psixoterapevtik jarayonninggruppaviy va individual shakllarini o'z ichiga oladi.

Psixologik va psixoterapevtik ta'sirlar yagona maqsadlarga qaratilgan bo'ladi: bemorlarning emotsional, kognitiv, xulq-atvor, motivatsion doiralariga.

Psixologik va psixoterapevtik ta'sir etish bemorlar va ularning qarindoshlari bilan quyidagi vazifalarni bajarishga qaratilgan bo'ladi:

- o'z kasalligini inkor etishni (anozognoziyani) yengishga;
- kasallikning mavjudligi faktini tushunish va qabul qilish;
- PAMdan voz kechishga shaxsiy munosabatni shakllantirish;
- PAMga patologik moyillikniengish ko'nikmalarini shakllantirish va psixologik himoya vositalarini tan olish, kasallikning zo'rayishi belgilarini anglash;
- irratsional munosabatlarni, dezadaptiv shaxsiy xatti-harakatlar modellarini, addiksiyani qo'llab-quvvatlovchi avtomatik fikrlarni anglab yetish;
- kasallik zo'rayishining eng tipik kognitiv mexanizmlarini bilish.

Psixologik va psixoterapevtik ta'sirlar tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiyaning barcha bosqichlarida amalga oshiriladi.

Psixologik ta'sir - bu psixologik jarayon va psixoterapiya va psixologik maslahat doirasidagi shaxslararo o'zaro ta'sir jarayoni bo'lib, uning davomida bemorda o'ziga va o'z qobiliyatiga ijobiy ishonch hissi paydo bo'ladi, bunda shaxsning ijobiy tomonlari va afzalliklariga e'tibor qaratiladi. Mehnat qilish, kasbiy, ijtimoiy faoliyatini amalga oshirishga to'sqinlik qiladigan psixologik muammolarni to'liq hal qilish yoki dolzarbligini kamaytirish natijasida o'z-o'zini hurmat qilish kuchaytiriladi, insonning psixologik holatini optimallashtiriladi. TIRDda psixologik yordamdan foydalanishning asosiy vazifasi insonga ichki xaziralarini aniqlashga yordam berish va ulardan foydalanishga to'sqinlik qiluvchi omillarni bartaraf etishdir.

Psixologik yordam psixoterapiya o'rnini bosmasligi kerak, chunki u shaxsiyatning chuqur o'zgarishiga to'sqinlik qilishi mumkin.

Psixoterapevtik ta'sir (psixoterapiya)- psixologik vositalar yordamida organizmning buzilgan faoliyatini o'zgartirish va sog'lom holatga qaytarishda maqsadli professional yordam bo'lib, shaxsiyat va xulq-atvor

buzilishlarini bartaraf etishga, bemorning shaxslararo munosabatlarini optimallashtirishga, TIRDa ishtirok etish motivlarini kuchaytirishga, PAMlar iste'molidan voz kechishga va resotsializatsiyaga qaratilgandir.

Psixoterapevtik usullar va psixologik yordam usullarini tanlash va ularning davomiyligi RPD, asosiy kasallik klinikasining xususiyatlari, bemorning shaxsiy va ijtimoiy holati bilan belgilanadi. Sanab o'tilgan psixoterapiya usullaridan kamida bittasini amalga oshirish majburiydir: kognitiv, bixevioral (xulq-atvor), psixodinamik, gumanistik, tizimli, shuningdek, oilaviy psixoterapiya. Narkologiyada rehabilitatsiya vazifalarini hal qilish oilaviy muammolarni tashhislash va korreksiyalash, shuningdek, oila ichidagi rehabilitatsiya muhitini yaratish uchun oilaviy psixoterapiyadan albatta foydalanishni nazarda tutadi. Butun oila bemor sifatida ishlaydi, uning a'zolari psixoterapevtik ta'sir tufayli oila ichidagi alohida muloqotni o'rganadilar, ota-onalar qo'shimcha ravishda bemor farzadlari bilan o'zaro munosabatda bo'lish ko'nikmalariga, PAMlar iste'mol qilishning va kasallik residivlarining oldini olish va aniqlash qobiliyatiga ega bo'ladilar.

Sotsial blok bemorning ijtimoiy (oilaviy) tizimi bilan ishlashni, shu jumladan psixologik va psixoterapevtik usullarni va rehabilitatsiya ijtimoiy xizmatlarini ko'rsatishni nazarda tutadi. Ijtimoiy yordam bo'yicha mutaxassis va ijtimoiy xodim PAMga tobelikka chalingan bemorlarning ijtimoiy holatini, shu jumladan ta'lim darajasi, mehnatga tayyorgarlik darajasi, aniq kasbiy bilimlari, ishlagan manzillari, ish va o'qishga bo'lgan munosabati, ish stajining davomiyligini o'rganadi. Ayniqsa ishlab chiqarish jamoasi va rahbariyat bilan munosabatlari, oilaviy ahvoli, oila a'zolari bilan shaxslararo munosabatlar sifati haqida ma'lumotlar yig'adi. Olingan ma'lumotlar ijtimoiy yo'nalish, ijtimoiy dezadaptatsiya, oilaviy muammolar va muayyan oilaning destruktivlik darajasi haqida ob'ektiv xulosa chiqarish imkonini beradi. Ma'lumotlar bloki ijtimoiy yo'nalishni to'g'rilash, intrapersonal munosabatlarni psixokorreksiya qilish uchun oilaviy rehabilitatsiya muhitini yaratish uchun ishlatilishi mumkin, ularsiz bemorlarning tibbiy-ijtimoiy tiklanish muammolarini hal etib bo'lmaydi.

PAMga tobelik bilan kasallangan shaxslarga rehabilitatsiya ijtimoiy xizmatlari - bu PAMga tobelikdan xalos bo'lish yo'li bilan ijtimoiy salomatlik va jamiyatda ishlash (reintegratsiya) qobiliyatini tiklashga qaratilgan psixologik, tarbiyaviy, pedagogik, psixologik, huquqiy va ijtimoiy chora-tadbirlar majmui, shaxsiyat va ijtimoiy mavqeni tiklash, sog'lom turmush tarziga rioya qilishni o'zgartirish va tiklash, PAM iste'molidan voz kechgan shaxs uchun maqbul yashash muhitini yaratish.

Ijtimoiy rehabilitatsiya TIRning albatta bajarilishi lozim bo'lgan komponenti hisoblanadi.

Ijtimoiy rehabilitatsiya chora-tadbirlari quyidagi yo'nalishlarda amalga oshiriladi, ularning har biri mustaqil ahamiyatga ega:

1. Bemorlarga yordam berishning huquqiy shakllari, shifokor sirga rioya qilish, davolanishga rozilikni rasmiylashtirish.
2. Vaqtinchalik ishga layoqatsizlik bo'yicha ekspertiza o'tkazish: ro'yxatga olish, nafaqa to'lash, ishga qaytganidan keyin ish joyining saqlanishini ta'minlash.
3. Ishga layoqatning turg'un yo'qolishi bo'yicha ekspertizani o'tkazish: nogironlikning III yoki II guruhini hisobga olish va mehnat sharoitlarining kerakli yo'nalishini saqlab qolish yoki o'zgartirish, I guruhni ro'yxatga olish va bemorni parvarish qilishni tashkil etish, nogironlikni rasmiylashtirish.
4. Ishlab chiqarishda nogiron bo'lmagan bemorlarning manfaatlarini himoya qilish: vaziyatni ekspert baholash, oldingi ish sharoitlarini saqlash choralari, ularni zarur yo'nalishga o'zgartirish choralari, ma'muriyat bilan nizolarni hal qilish.
5. Bemorning muayyan turdagi faoliyatni amalga oshirishiga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash uchun ekspertiza o'tkazish: ekspertiza tayyorlash, tekshiruv vaqtida bemorlarning manfaatlarini

himoya qilish va ularning mehnat sharoitlarini keyinchalik o'zgartirish, muayyan faoliyat bilan shug'ullanish uchun qarshi ko'rsatmalarining o'z vaqtida bekor qilinishini nazorat qilish.

6. Oilada bemorlarning manfaatlarini himoya qilish: oilaviy nizolarni hal qilish, bemorlarning moddiy ahvolini yaxshilash, ajralishda yordam berish.
7. Bemorlarda avvalgi qiziqish va sevimli mashg'ulotlarini tiklash va yangi qiziqish, sevimli mashg'ulotlarini shakllantirish chora-tadbirlari.
8. Terapevtik jamoalar bilan ishlash: ularni tashkil qilish, bemorlar o'rtasida norasmiy aloqalarni o'rnatish, bo'sh vaqtlarini birgalikda o'tkazish, "himoya" mafkurasini tarbiyalash.
9. PAMga tobelikka chalingan bemorlarga yordam ko'rsatuvchi davlat organlari va korxonalar, jamoat tashkilotlari va shaxslar bilan o'zaro hamkorlik.

TIR doirasidagi rehabilitatsiya tadbirlari quyidagi mutaxassislarining o'zaro hamkorligi orqali amalga oshiriladi:

1. Ko'rsatiladigan tibbiy yordam profilidagi shifokor-mutaxassislar: narkolog, psixoterapevt, tibbiy psixolog, davolash fizkulturasi shifokori, fizioterapevt, statsionar yordam ko'rsatadigan tibbiy muassasalarning palataviy ixtisoslashtirilgan bo'limlari hamshiralari; ambulatoriya sharoitida tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiyot tashkilotlari kabinetlarining hamshiralari;
2. Rehabilitatsiya tadbirlarining xavfsizligi va samaradorligini nazorat qiluvchiterapevtlar, ultratovush diagnostikasi shifokori, klinik laboratoriya diagnostikasi shifokori, nevropatolog, ginekolog (qo'shimcha ravishda, ko'rsatmalar bo'yicha);
3. Oliy notibbiy ma'lumotga ega bo'lgan mutaxassislar (davolash fizkulturasi bo'yicha instruktor-metodistlar, ijtimoiy ish bo'yicha mutaxassislar, turli profildagi o'qituvchilar);

TIR narkolog, tibbiy psixolog, psixoterapevt, ijtimoiy ish bo'yicha mutaxassis va (yoki) ijtimoiy xodimdan iborat multidissiplinarmutaxassislar brigadasi tomonidan amalga oshiriladi. Brigada a'zolari TIRning har bir bosqichida o'zlarining kasbiy burchlari chegaralarini aniq tushunadilar va rehabilitatsiya qilinganlarning tibbiy-psixologik tadbirlardan asosan ijtimoiy dasturlarga bosqichma-bosqich o'tishlari uchun zamin yaratadilar.

TIRDning koordinatsiyasi: tibbiy blok - narkolog, psixologik blok - tibbiy psixolog, ijtimoiy blok - ijtimoiy ish mutaxassisi (ijtimoiy xodim).

Tibbiy ko'rsatmalar. PAMga tobelikka chalingan bemorlar, agar ularda tibbiy ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, davolanish tugagandan so'ng TIRga yuboriladi.

TIRkasallikning davomiyligidan qat'i nazar, bemorning klinik holatining turg'unligini hisobga olgan holda va RPDga qarab, TIRning ba'zi usullariga qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, lekin ba'zi usullarga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa ham, bu TIR uchun qarshi ko'rsatma bo'lib xizmat qilmaydi, TIR baribir amalga oshiriladi.

PAMga tobelikgi bo'lgan bemor uchun individual rehabilitatsiya dasturi –bemor uchun optimal bo'lgan rehabilitatsiya tadbirlarining majmuasi, shu jumladan organizmning buzilgan yoki yo'qolgan funksiyalarini tiklashga, kompensatsiya qilishga, bemorning muayyan turdagi faoliyatni amalga oshirish (o'qitish, ish) bo'yicha qobiliyatini tiklashga, kompensatsiya qilishga qaratilgan tibbiy, professional va boshqa rehabilitatsiya tadbirlarini amalga oshirishning har xil turlari, hajmlari, muddatlari va tartiblari. IRD bemor bilan kelishilgan bo'lib, bu uning psixoterapevtik ahamiyatini oshirishga va bemorning uni amalga oshirish uchun mas'uliyatini oshirishga imkon beradi. Rehabilitatsiya xizmatlarini ko'rsatishning har bir bosqichi va turi xizmatlar iste'molchisi (bemor) va rehabilitatsiya muassasasi o'rtasidagi shartnomada aks ettirilgan, u bilishi va erishishga intilishi kerak bo'lgan aniq real erishish mumkin bo'lgan maqsadga qaratilgandir.

Bemorning klinik va ijtimoiy xususiyatlaridan kelib chiqqan holda, reabilitatsiya brigadasining mutaxassisleri PAMga tobelik bo'lgan bemorni kompleks holda jismoniy, psixologik va ijtimoiy tiklash uchun TIRning o'ziga xos vositalari va usullarini (ya'ni, medikamentoz/nomedikamentoz (psixoterapevtik) davolash usullarini shakllantiradilar.

Reabilitatsiya tadbirlari bosqichga qarab tibbiy tashkilotning quyidagi binolarida ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi:

1. bemor joylashgan palatada;
2. ixtisoslashtirilgan bo'limning psixoterapiya, tibbiy psixologiya, fizioterapiya va boshqa xonalarida (zallarida);
3. reabilitatsiya, psixoterapiya, davolash fizkulturasi, fizioterapiya, refleksoterapiya, tibbiy psixologiya bo'limlarida (xonalarida).

Tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya dasturining asosiy terapevtik omillari

1. TIRDga qo'shilish, ishtirok etish va undan chiqishning **ixtiyoriyligi**.
2. TIRDda ishtirok etishning **maxfiyligi**.
3. Reabilitatsiya bo'limi (markazi) xodimlari va bemor o'rtasidagi o'zaro hurmat va tushunishga asoslangan **munosabatlarning hamkorlik modeli**. Yuzaga kelgan muammolar barcha bemorlar va xodimlarning umumiy yig'ilishida hal qilinadi, bu bemorlarga o'z his-tuyg'ularini ifoda etish, yordam so'rash va olish, nizolarni hal qilishga imkon beradi va h.k.
4. **Medikamentoz terapiya** ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi, bemorga bu haqda ma'lumot beriladi, bu uning ahvolidan mumkin bo'lgan yomonlashuvdan qo'rqishini kamaytiradi.
5. **DRJ tadbirlarining izchilligi va uzluksizligini** ta'minlash uchun rejalashtirilayotgan tadbirlarni muhokama qilishda bemorning faol ishtiroki ta'minlanadi, bu esa o'z navbatida kuchli ta'sir etuvchi omil bo'lib xizmat qiladi.
6. **Gruppaviy psixoterapiya va guruh dinamikasi** mehnatni tashkil etish shakllari sifatida eng muhim terapevtik omil hisoblanadi. Guruh ishining asosiy yo'nalishlari: o'z-o'zini anglash, o'zini namoyon qilish, his-tuyg'ular va ularning namoyon bo'lishi bilan ishlash, shaxslararo muloqotni o'rnatish treningi, chuqur hissiy kechinmalarga munosabat bildirish ko'nikmalarini egallash, ekstremal vaziyatlarda xatti-harakatlarni o'rgatish treningi, topshiriqlar bo'yicha mustaqil ishlarni gruppaviy tahlili.
7. **Individual maslahatlar**. Shaxsiy psixoterapiya mashg'ulotlarida ishlash stress va o'z his-tuyg'ularini yengishning samarasiz usullarini (inkor qilish, muammolardan qochish, devalvatsiya va b.) yengish, shaxsiy muammolarni tushunish, ularni hal qilish yo'llarini topishga qaratilgan. Sessiya davomidagi ish mustaqil ish uchun topshiriqlar bilan to'ldiriladi, bemor bilan birgalikda sog'ayish va shaxsiy o'sishning individual dasturi tuziladi. Bu uning o'zini o'zi hurmat qilishiga, o'zi samaradorligini oshirishga, o'ziga bo'lgan bahoni oshirishga olib keladi, ya'ni kuchli himoya va shifo omiliga aylanadi.
8. Narkologik kasallikning tabiati, o'ziga xos xususiyatlari, rivojlanishi va oqibatlari, narkologik kasallikka chalingan bemorning va uning oila a'zolarining psixologik va shaxsiy xususiyatlari, anonim alkogoliklar va anonim narkomanlar (AA/AN) va boshqa ko'plab masalalar to'g'risidagi ma'ruzalar davomida bemorning **nazariy tayyorgarligi** hushyorlikni saqlash, tobelikka chalingan bemorning shaxsiyatini o'zgartirish, stressni yengish, kasallikning mumkin bo'lgan qaytalanishining oldini olish uchun zarur bo'lgan bilimlarni beradi.
9. Har xil meditatsiya (o'zini boshqarish) usullarini qo'llash asosida **o'zxulq-atvor va ruhiy holatni o'zi tartibga solishga o'rgatish**, uning rivojlanishi bemorga kayfiyatni nazorat qilish vositalaridan birini beradi, dam olish ko'nikmalarini egallashga, stress bilan kurashishga imkon beradi;
10. Bemor o'zlashtirgan **refleksiya texnikalari** va monitoring qilish usullari unga kun natijalarini sarhisob qilish imkonini beradi (bemorga o'z his-tuyg'ularini, kayfiyatini, kun davomida boshdan kechirgan

harakatlarini o'zi tahlil qilish imkoniyatini beradigan kundalik protseduralar). Biroq, bundan ham muhimi, bunday usullar o'z holatini nazorat qilish, paydo bo'lgan muammolarni va istalmagan affektiv reaksiyalarni bartaraf etish uchun o'z harakatlarini ongli ravishda rejalashtirish imkonini beradi.

11. Bemor uchun "bufer" vazifasini o'taydigan, stressni yengillashtiradigan, kasallikning residivlarini oldini oladigan ijtimoiy tarmoqni tashkil qilish maqsadida yaqinlari bilan munosabatlarni tiklash va uyg'unlashtirish, oilaviy munosabatlarning disfunktsional shakllarini bartaraf etishga qaratilgan **bemorning oilasi bilan ishlash**.
12. **Davolanishdan keyingi guruhlar** terapevtik ta'sir omili sifatida katta ahamiyatga ega, chunki ularda bemorlar TIRD davomida olgan bilim va ko'nikmalarini kengaytiradilar. Bunday guruhlar, shuningdek, bemor uchun ijtimoiy qo'llab-quvvatlash manbai, yangi ijtimoiy tarmoq bo'lib, inqirozli vaziyatlarni bartaraf etish vositalaridan biri bo'lib xizmat qiladi. TIR o'tishi uchun davolashdan keyingi guruhlar ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi.

Davolash-reabilitatsiya jarayonining davrlari va tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiyaning bosqichlari

DRJ bir qator davrlarni o'z ichiga oladi: 1. tiklovchi (reabilitatsiyadan oldingi) davr; 2. bevosita reabilitatsiya davri; 3. profilaktika (reabilitatsiyadan keyingi) davr.

DRJning tiklovchi (reabilitatsiyadan oldingi) davri PAMlar iste'moli natijasida yuzaga kelgan o'tkir va yarimo'tkir buzilishlarni bartaraf etishni o'z ichiga oladi.

PAMlardan o'tkir yoki surunkali zaharlanish natijasida yuzaga kelgan o'tkir va yarimo'tkir buzilishlarni bartaraf etish narkologik bemorlarni tashhislash, davolash va tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya qilish Standartlariga, tobelik sindromini tashhislash va davolash bo'yicha klinik tavsiyalarga va bayonnomalarga muvofiq davlat va xususiy narkologiya muassasalari tomonidan amalga oshiriladi.

Bemor statsionar sharoitda yordam olish uchun tibbiyot muassasasiga kelib tushgan vaqtdan boshlab faol psixoterapevtik muolajalar boshlanib ketadi.

Ushbu bosqichda bemor va uning oila a'zolari TIR dasturining tamoyillari va vazifalari bilan tanishadilar, ushbu muassasada amalga oshiriladigan TIR dasturi imkoniyatlaridan, undan kutayotgan natijalarni muhokama qilib, o'z manfaatlarini kelishib oladilar, **mutaxassislar maslahatini** oladilar. Zarur hollarda shunday maslahatlar bir necha marta amalga oshiriladi.

Bajaruvchilar: vrach-narkolog, vrach - tibbiy psixolog, ijtimoiy xodim. Ushbu bosqichda amalga oshirilgan ishlarning samaradorligi bemorning TIR dasturida ishtirok etishga tayyorligi va dasturda ishtirok etish to'g'risidagi kelishuv shartnomasiga rozilik imzosini qo'yishi bilan baholanadi.

Bevosita reabilitatsiya bosqichi (intensiv reabilitatsiya dasturi) DRJning eng asosiy davri hisoblanadi. TIRning ushbu bosqichi o'z navbatida shartli ravishda bir-biri bilan o'zaro bog'liq va ketma-ket bo'lgan uchta bosqichga bo'linadi: adaptatsiya, integratsiya va stabilizatsiya.

TIR birinchi bosqichi – adaptatsiya bosqichi.

Bosqichning maqsadi: imkon boricha bemorning yuqori darajadagi jismoniy, ruhiy va ijtimoiy salomatligiga hamda maksimal darajada reabilitatsiya muhitiga va tibbiyot muassasasining ish rejimiga moslashishga erishish.

Bosqichning vazifalari:

- 1) Bemorga IRDga muvofiq tibbiy (farmakoterapevtik, fizioterapevtik va b.), psixologik va psixoterapevtik yordam ko'rsatish.

- 2) Bemorni reabilitatsiya dasturiga jalb etish va unga moslashtirish, reabilitatsiya dasturida ishtirok etuvchi tibbiy xodimlar va boshqa bemorlar bilan tanishtirish.
- 3) Reabilitatsiya dasturida ishtirok etishi uchun motivatsiyani shakllantirish va uni yana ham kuchaytirish.
- 4) Bemorlarda PAMga tobelikning sabablari ko'pomilli ekanligi to'g'risida tushunchalarni shakllantirish, kasallikning salbiy tibbiy va ijtimoiy asoratlarini tan olishiga erishish.
- 5) DRJni amalga oshirishda va sog'ayib ketishda shaxsiy javobgarlik bemorlarning o'zlariga yuklatilishi ahamiyati to'g'risida tushunchani shakllantirish.
- 6) Agar bemor ambulator reabilitatsiya dasturini o'tayotgan bo'lsa, ijtimoiy salomatlik saqlangan (PAMlar iste'mol qilinmaydigan) muhitda kommunikativlik va hulq-atvor ko'nikmalarini tiklash, oila a'zolari bilan ijobiy munosabatlarni shakllantirish, barcha o'zining oilaviy vazifalarini bajarishga erishish.
- 7) Bemorning qarindoshlari bilan psixoterapevtik ishlarni amalga oshirish.

Ushbu bosqichning chora-tadbirlari asosan tibbiy-psixologik yo'nalishda amalga oshiriladi va quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- vrach-narkolog, tibbiy psixolog va ijtimoiy xodim tomonidan bemorlarga maslahat berish, ularni ko'rikdan va tekshiruvdan o'tkazish;
- bemorni TIR dasturida ishtirok etishi uchun psixokorreksiya va motivatsiyalash chora-tadbirlarini amalga oshirish;
- residivga qarshi chora-tadbirlar (psixofarmakoterapevtik, psixologik, psixoterapevtik, fizioterapevtik, ijtimoiy) kompleksini amalga oshirish;
- bemorning qarindoshlari bilan psixoterapevtik va psixokorreksiya ishlarini amalga oshirish.

Ko'pchilik bemorlarda gepatitlar, yurak-tomir tizimi patologiyasi, tuberkulyoz, jinsiy doirasida libido va potensiyaning buzilishlari uchragani tufayli **tegishli mutaxassislarning** maslahatlarini amalga oshirish lozim bo'ladi. Barcha terapevtik choralar bemorni davolashning samadorligini oshirishga va uni TIR dasturida imkon boricha maksimal darajada ishtirok etishini ta'minlash maqsadida, uning xulq-atvorini, motivatsiyasini, iqrorliklarini, emotsional reaksiyasini o'zgartirishga yo'naltirilgan.

Dastlabki aralashuvlardan biri, bu bemorni TIR o'tashga yetaklab kelgan muammolarning mazmun mohiyatini batafsil tushuntirib berish. Bemordan birlamchi ma'lumot to'plashda tibbiy psixolog undan olgan ma'lumotni shu qadar sifatli tuzishi lozim bo'ladiki, bunda bemor uning hayotida yuzaga kelgan muammolarni aniq ravshan anglab yetishi kerak bo'ladi. Birlamchi ma'lumot bemorning nafaqat tibbiy yoki psixologik muammolarini, qolaversa qonunbuzarlik bilan bog'liq bo'lgan, moliyaviy holati va mehnat bilan ta'minlanganlik muammolarini ham yoritishi kerak.

Ko'pincha bemorning ahvoli birinchi kunning o'zidayoq uning holati to'g'risidagi ma'lumotlarni batafsil yoritishga imkon bermaydi. Shuning uchun bemor bilan ishlash keyingi kunlar ham davom etadi.

Ushbu bosqichda tibbiy psixologning vazifasi narkologik bemorda TIRda ishtirok etishga ishonch va ishtiyoq shakllantirishdan iborat bo'ladi. Bu jarayonda tibbiy psixolog birinchi navbatda hamdardlik bildiruvchi shaxs sifatida o'zini tutishi kerak bo'ladi.

Bemor bilan rapport o'rnatishda tibbiy psixologdan bemor uchun tushunarli so'zlar, tushunchalar, ya'ni bemorning "tilida" gaplashish talab etiladi. Bunda albatta bemorga bo'ysunish, u bilan "ko'cha tilida" gaplashishga yo'l qo'yilmaydi. Shu bilan birga nutq bu o'zaro aloqa vositasi ekanligi, muomala madaniyati haqida ham unutmazlik kerak. Empatiya — bu hamdardlik degani. Bunda suhbatdoshlardan biri ikkinchisining hissiyotlariga kirishib ketish darajasida bir-birini tushunib yetadi. Bu holatda o'zaro tushunish munosabatlari paydo bo'ladi. Bemor bilan rapport o'rnatish orqali tibbiy psixolog keyingi maslahatlarni amalga oshirish va TIR dasturining maqsadiga erishish uchun zamin yaratadi.

Narkomaniyaga chalingan bemorlarning asosiy psixologik himoya shakllari ko'pincha inkor etish, regressiya va kompensatsiyadan tashkil topadi. Shuni ta'kidlash lozimki, sog'lom insonlarga qaraganda PAMga tobeklikka chalingan bemorlarda o'z shaxsiy manfaatlariga erishish maqsadida boshqa odamlarni manipulyatsiya qilib boshqarishga moyillik ko'proq bo'ladi. Bu holatni PAM iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lgan vaziyatlarda bemorlarning naqadar faollashib, kuch-qudratga to'lib, maqsadga intiluvchan bo'lib qolishini ko'rishimiz mumkin. Biroq, ushbu faollik faqat bir tomonlama, PAM iste'moli bilan bog'liq, qisqa muddatli, to'liqsimon ko'rinishda bo'ladi. Shuning uchun tibbiy psixolog bemorlardagi ushbu faollikni, energiyani foydali tarafga, o'z oilasi va sog'lig'i to'g'risida qayg'urishga, ya'ni narkotikdan yiroq bo'lgan faoliyatga yo'naltirish lozim.

Koordinator – vrach - narkolog.

Bemor modeli. TIRning adaptatsion bosqichida bemorlarda abstinent va abstinensiyadan keyingi sindromlarning o'tkir ko'rinishlari kuzatilmaydi, ular psixoaktiv moddalarni suiiste'mol qilishmaydi, rehabilitatsiya muhitida psixoaktiv moddalarni qabul qilmasdan hayotga moslashishadi va psixoaktiv moddalardan saqlanish sharoitida o'zlarini qulay his qilishni o'rganishadi. Kayfiyat o'zgaruvchan bo'ladi, ko'pincha asabiylashish, janjalkashlik, yig'loqlik kuzatiladi (ko'pincha ayollarda). "Men sog'lomman" va "men kasalman" o'rtasidagi qarama-qarshilik davom etadi, ya'ni bemorlarning ko'pchiligi, ayniqsa o'rta va past RPD bilan, ko'p hollarda qilingan tanlovning o'z vaqtida va to'g'riligiga amin emaslar, o'tmishdagi "shirin" tuyg'ular va ular bilan bog'liq beparvo hayot haqida qayg'uli xotiralar mavjud. Ko'p jihatdan fe'l-atvorpsixoaktiv moddalarni iste'mol qilgandavriga o'xshaydi: dangasalik, ig'vo va nopoklikka moyillik, o'z-o'ziga xizmat qilishpast darajasi, oilaga oid vazifalarini istamay bajarish, o'qish joyida darslaryoki ishni o'zini o'tkazib yuborilishi, mehnatga bo'lgan befarq, beparvomunosabat va boshqalar. Bundan tashqari, tez charchash, xotira, diqqat to'planishi, ish qobiliyati va boshqalarnibirmuncha pasayishi xarakterlidir.

Shu bilan birga, ijobiy shaxsiy va ijtimoiy fazilatlarni bosqichma-bosqich tiklanishi mavjud. Moslashuv va qayta sotsializatsiya jarayoni normativ axloqiy xatti-harakatlarning paydo bo'lishi bilan boshlanadi: bemorlar shaxsiy gigienaga rioya qilishga, do'stona munosabatda bo'lishga, ruxsat so'rashga, haqiqatni aytishga intilishga, oilaviy muammolarni chuqur o'rganishga va kundalik muammolarni hal qilishda qisman ishtirok etishga harakat qilishadi, rehabilitatsiya dasturiga va o'zini sog'lig'ini saqlashga qiziqish bildiradilar, rehabilitatsiyabrigadasi a'zolari bilan mamnuniyat bilan gaplashishadilar. Psixoterapevtik guruhlarda ular maktabdagi va ishdagi muvaffaqiyatlari, hissiy holatini yaxshilanishi, san'at, sport va boshqalarga qiziqishning paydo bo'lishi haqida batafsil gapirib berishadi, bu qiymat tizimining ma'lum bir tiklanishini va xulq-atvor funksiyalarini takomillashtirishini ko'rsatadi.

TIRning adaptatsion bosqichining davomiyligi: yuqori RPD bo'lgan bemorlar uchun 2 haftadan va o'rta va past RPD bo'lgan bemorlar uchun 4 haftagacha.

TIRning ikkinchi bosqichi-bu integratsion bosqich.

Maqsad-bemorni rehabilitatsiya tadbirlarida faol ishtirok etishga, bemorning psixofizik holatini barqarorlashtirishga, me'yoriy shaxsiy va ijtimoiy fazilatlarni shakllantirishga, oilaviy munosabatlarni tiklashga jalb qilishdir.

Ushbu bosqichda muammoni yetarlicha chuqur tushunishga erishish uchun bemorni xabardor qilish jarayonidan muammolarni hal qilish usullarini o'rgatish (o'rganish) jarayoniga, kasallikka va kasallikning qaytalanishiga olib keladigan stress vaziyatlariga qarshi turish bosqichma-bosqich o'tish amalga oshirilmoqda.

Vazifalar:

- 1) Bemorlarni rehabilitatsiya bo'limining (markazining) ish rejimiga integratsiyalash.

- 2) Umumiy qiziqishlar doirasi bilan birlashtirilgan va bir-biriga ijobiy ta'sir ko'rsatadigan barqaror bemorlar guruhini shakllantirish va mustahkamlash.
- 3) Reabilitatsiya jarayonida bemorlarning uzoq muddatli ishtiroki uchun motivatsiyani oshirish. O'qish, ish, bo'sh vaqtni bemorlar bilan birgalikda rejalashtirish.
- 4) Bemorlarning hissiy va kognitiv faoliyatini tiklash.
- 5) Maqsadli faoliyatni va ularning xatti-harakatlari uchun javobgarlikni shakllantirish.
- 6) Normativ da'volar va ijtimoiy qiziqishlarning darajasini oshirish.
- 7) Real hayot istiqbolini shakllantirish.
- 8) Stress vaziyatlariga qarshi turish va giyohvand moddalarga "yo'q" deyish ko'nikmalariga o'rgatish.
- 9) Spirtli ichimliklar yoki giyohvand moddalarga bo'lgan ishtiyoqning kuchayishini aniqlash va kasallikning qaytalanishini yengish qobiliyatiga o'rgatish.
- 10) Reabilitatsiya guruhi a'zolari bilan doimiy hamkorligi uchun motivatsiya qilish.
- 11) Oilaviy munosabatlarni tiklash.
- 12) Bemorlarning oilalarida reabilitatsiya muhitini yaratish.
- 13) Qarindoshlar bilan psixoterapevtik ish va hamkor tobelik terapiyasini o'tkazish.
- 14) Amalga oshirilgan ishlar samaradorligini nazorat qilish va baholash.

Ushbu bosqichda bemorlarning umumiy qiziqishlar doirasi bilan, bir-biriga ijobiy ta'sir ko'rsatishga qodir bo'lgan, o'qishga ishtiyoqmand, kasb egallashga intilayotgan, sport, san'at, hayvonlarni sevadigan va boshqalarni birlashtirgan barqaror guruhlar shakllanadi.

Kasallikning ichki ko'rinishini o'zgartirish va korreksiyalash uchun narkologik savodsizlikni bartaraf etish bo'yicha ishlar olib boriladi- psixoaktiv moddalarning biologik ta'siri va ularni iste'mol qilishning tibbiy-ijtimoiy oqibatlarini, psixoaktiv moddalarga tobelik sindromini davolash tamoyillari to'g'risidagi bilimlar kengayadi, holatiga tanqid shakllanadi, anozognoziya bartaraf etiladi.

Ushbu bosqichda davolash va reabilitatsiya ta'sirining asosiy vositasi bemorlarning kichik guruhlarida (10 kishigacha) psixoterapevtik mashg'ulotlardir. Guruh psixoterapiyasi psixoaktiv moddalarga tobelik bo'lgan bemorlarga ta'sir qilishning eng yaxshi usullaridan biri hisoblanadi, chunki guruh o'zaro ta'sirida o'zlarini yetarli darajada anglashni va "men" ning yangi qiyofasini shakllantirishni yaxshilaydi, psixologik himoya barbod bo'ladi, hushyorlik munosabat yaratiladi va mustahkamlanadi. Psixoterapevtik guruhlarda bemorlar davolanishga ehtiyoj sezadilar, psixoaktiv moddalar iste'molini rad etishga munosabat bildiradilar. Psixoterapevtik guruhlar umumiy qiziqishlar asosida tashkil etiladi. TIRDasturida uzoqroq bo'lgan 1-2 bemorni guruhga murabbiy sifatida kiritish ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Psixoterapevtik ta'sirning asosiy usuli kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasi bo'lib, uning maqsadi bemorning xotik kognitiv tuzilishini kognitiv faoliyatning yetarli namunalarini bilan to'ldirish bilan qayta tashkil etishdir. Kelajakdagi kasallikning qaytalanishini oldini olishning muhim sharti psixoaktiv moddalarga tobelik bo'lgan bemorlarga xos bo'lgan aleksitimiyaning yengilishi, ularning his-tuyg'ularini aniqlash va og'zaki bayon qilish qobiliyatini shakllantirishdir. O'z-o'zini anglash va o'z-o'zini tartibga solishni o'rgatishning eng samarali usuli bu shaxsiy kundalikni o'zgartirishdir, unda bemor o'zining kundalik kechinmalarini aks ettiradi.

Shu bilan birga, barcha muloqot, mehnat, o'z sog'lig'i, oilasi, ovqatlanishi va boshqahayotiy vaziyatlarda vositachilik qiladigan xulq-atvor psixoterapiyasi qo'llaniladi. Jismoniy va aqliy yuklarning barqaror rejimi bilan tanishish orqali hayot tartibining yangi tizimi modellashtiriladi. Ularning xatti-harakatlar natijalari uchun shaxsiy javobgarlikni, xatolarini tahlil qilish va tuzatish qobiliyatini rivojlantiradi. O'zi va boshqa odamlar haqida adekvat fikr, boshqalarga qiziqish va befarq bo'lmaslik, psixologik kuzatuvchanlik shakllanadi. Asotsial tendensiyalar, gedonizm, xudbinlik xususiyatlari yengiladi. Yanada faol ijtimoiy

pozitsiya ishlab chiqiladi. Shu maqsadda rollar repertuarini kengaytirish psixoterapiya usuli va rehabilitatsiya vositasi sifatida qo'llaniladi va individual direktiv kognitiv-xulq-atvor psixoterapiyasining nisbati kamayadi, ulardan adekvat bo'lmagan foydalanishda itoatkorlik, shifokor va rehabilitatsiya jamoasiga bog'liqlik, mustaqillikning yetishmasligi, davolashga ongli va ongsiz qarshiliklarga inontirish xavfi kuchayadi.

TIR dasturida ijtimoiy faollikni oshirish va bemorlarni ko'proq jalb qilish uchun o'z-o'zini boshqarish tizimi joriy etiladi. Vaqtinchalik yoki doimiy ravishda tanlangan bemorlar yoki ularning vakillari intizomiy nizolarni hal qilishda, har bir bemorning xatti-harakatlarini (ballarda) va uning TIR kechishi, intizomiy choralarni qo'llash, jamoaviy tadbirlarni tashkil etish va hokazolarni baholashda ishtirok etadilar. Tanlangan vakillar tizimi rehabilitatsiya bo'limi (markazi) xodimlari va bemorlar o'rtasida qaytaruv aloqani ta'minlaydi.

Bemorlar bilan ishlashdan tashqari, ularning qarindoshlari va hamkortobelik terapiyasi bo'yicha psixoterapevtik ishlar olib boriladi. Psixoterapevtik muhitni yaratishda oilaviy psixoterapiya asosiy rol o'ynaydi, chunki TIR doirasida amalga oshiriladigan tadbirlar samaradorligiga oila va qarindoshlarning ta'siri juda katta. TIRning barcha bosqichlarida bemorning qarindoshlari birgalikda psixoterapevtik ishlarda faol ishtirok etadilar, ularning vazifalarigapsixoaktiv moddalarga tobelikni rivojlanishi uchun jamoaviy javobgarlik hissini shakllantirish, bemorning tobe xatti-harakatlarini oilaviy munosabatlar tizimining tarkibiy qismlaridan biri sifatida tushunish, psixoaktiv moddalardan saqlanishni oilaviy munosabatini va xatti-harakatlarning konstruktlaridan psixoaktiv moddalarni iste'mol qilmasdan, ularni muammoni hal qilishning konstruktiv usullarini topish uchun sozlashdir.

Bosqich koordinatorlari – vrach-narkolog va tibbiy psixolog.

Bemor modeli. Bemorlarning aksariyati (75%) klinik o'zgarishlarning dinamikasiga ega jismoniy va ruhiy holat juda qoniqarli. Uyqu, ishtaha, asosiy xulq-atvor funksiyalari tiklanadi, kasallik va ijtimoiy mavqega tanqid paydo bo'ladi. Psixoaktiv moddalar ta'siri haqida xotiralar va vaqti-vaqti bilan giyohvandlik mazmunitushlardasaqlansa ham bemorlar psixoaktiv moddalargaengib bo'lmaydigan moyillikni his qilishmaydi. Rehabilitatsiyaning ushbu bosqichida yuqori RPD (31%) bo'lgan bemorlarning ko'pligi psixoaktiv moddalar haqida salbiy bildirishlari xarakterlidir. O'rta va past RPDli bemorlarda psixoaktiv moddalarga tanqidiy munosabat hali shakllanmagan. Ularning aksariyati hali ham psixoaktiv moddalarga ruhiy bog'liqlik belgilariga ega. Ruhiy tobelik belgilarini tekislash jarayoni ketma - ket bir nechta holatlarni o'z ichiga oladi: sevib qolish (ehtiros, "sevgi") - sovush - yoqtirmaslik (ba'zan nafrat) - tobelikning qiyin yillari va uning oqibatlari haqida afsuslanish yoki afsuslanmaslik bilanbefarqlik.

Rehabilitatsiyaning integratsiya bosqichi natijalariga ko'ra, ko'pchilik bemorlarda oila a'zolari va psixoaktiv moddalarni iste'mol qilmaydigando'stlari bilan do'stona munosabatlar tiklanadi. Ular psixoaktiv moddalar bilan bog'liq muammolarga duch kelmaydigan odamlar bilan teng va do'stona munosabatda bo'lishni o'rganadilar. Kommunikatsiya stereotipi o'zgarib bormoqda. Yuqori RPD bilan og'rigan bemorlar, qoida tariqasida, ushbu maqomni qadrlashadi va o'zlarini juda dadil his qilishadi.

Ushbu bosqichda o'rta va past RPD bilan bemorlar ko'pincha DRP muvaffaqiyatiga ishonchni shakllantirmaganlar, ular kasallikni qaytalanishiehtimolini tan olishadi, vaqti-vaqti bilan ularda havotir va mumkin bo'lgan kasallik qaytalanishidan qo'rqish hissi paydo bo'ladi. Bemorlarning ruhiy holati o'zgaruvchan bo'lib qolmoqda, kasallikning qaytalanishiehtimoli avvalgi bosqichga qaraganda kamroq bo'lsa ham, ammo baribir juda yuqoridir. Yuqori RPDli bemorlarning taxminan 12%, o'rta RPDli 43% va past RPDli 70% psixoaktiv moddalarga patologik moyillikni kuchayishi, astenik, affektiv (sayoz depressiya va distimiyalar shaklida), xulq-atvor va intellektual-mnestik buzilishlarning turli darajalariga ega. Ko'pincha, bemorlarda (yuqori RPDli bo'lgan bemorlarning 7% hamda o'rta va past RPDli bo'lgan bemorlarning 20%) individual adaptiv qobiliyatlari oriqlanadi, masalan, muntazam ravishda ta'lim

muassasasida ma'ruzalar va amaliy mashg'ulotlarda qatnashish, mavjud akademik qarzlarni yo'q qilish, o'z vaqtida imtihon yoki sinovlardan o'tish, ish bilan shug'ullanish yoki doimiy ravishda ish rejimida bo'lish-erta turish, ishga borish, o'z vaqtida oilaga qaytish, yotish va h.k. dastur tomonidan belgilangan vazifalarni bajarishni to'xtatadilar. Natijada, eng kam barqaror bo'lgan axloqiy va etik shaxsiy tuzilmalar birinchi bo'lib "buziladi": o'z majburiyatlariga mas'uliyatsiz munosabat, yolg'onlik, beparvolik, surbetlik, boshqa kasal va sog'lom odamlarga hurmatsizlik, o'z kuchiga va sog'ayishga ishonmaslik tiklanadi. Hissiy va somnik buzilishlar paydo bo'ladi.

Yuqori RPDli bo'lgan bemorlar uchun ushbu bosqichning davomiyligi 1-1,5 oy, o'rta va past RPDli bo'lgan bemorlar uchun – 2-3 oy.

TIRning barqarorlaydigan uchinchi bosqichi.

Maqsad- psixoaktiv moddalarni iste'mol qilmasdan jamiyatda yashashga imkon beradigan, egallangan shaxsiy barqarorlik va yetuklik asosida ochiq muhitda yanada mustaqil faoliyat yuritishga bosqichma-bosqich o'tish.

Vazifalar:

- 1) Integratsiya bosqichida olingan ko'nikma va bilimlarni takomillashtirish va barqarorlashtirish.
- 2) Psixoaktiv moddalarga tobeklik natijasida orttirilgan shaxsiy xususiyatlarni korreksiyalash.
- 3) O'quv (maxsus va ijtimoiy), o'zini namoyon qilish va o'zini anglash qobiliyatlarini mustahkamlash.
- 4) Samarali aloqa qilish usulini va ziddiyatli vaziyatlardan chiqish yo'llarini o'rgatish.
- 5) Qiymat normalari va qiymat yo'nalishining yo'qotilgan tizimini qaytarish (shakllantirish).
- 6) Oilaviy munosabatlar va muloqot qobiliyatlarini to'liq normalashtirish.

Asosiy maqsadga erishish – bemorning me'yoriy shaxsiy va ijtimoiy fazilatlarini tiklash, tuzatish yoki shakllantirish, uning oila va jamiyatga qaytishini ko'zlaydigan TIRD psixosotsial tomoniga e'tibor qaratiladi.

Bemor shahsining ichki va psixosotsial muammolarini korreksiyalash uchun, tobeklik bilan shaxsning klinik polimorfizmi va tipologik xilma-xilligini hisobga olgan holda, psixoterapevtik ish yanada individual va differentsiyalangan bo'lishi lozim. Psixoterapevtik davolash ta'sirning asosiy usuli qisqa muddatli shaxsga yo'naltirilgan terapiya bo'lib, u erta shaxsiy nizolar va zaif shaxsiy xususiyatlarni, patologik xulq-atvor naqshlarini aniqlashga, shuningdek tobeklik bo'lgan bemor xususiyatlarini tuzatishga qaratilgan. U individual va guruh psixoterapiyasi doirasida amalga oshirilishi mumkin. Ishning guruh shakllari afzalroqdir, chunki guruhlarda shaxsiy nizolarni ish sheriklariga o'tkazish tarmog'i tufayli travmatizatsiya yumshoqroq davom etadi, ob'ektiv munosabatlarni parallel tahlil qilish va o'zlarining ijtimoiy aloqalarini batafsil tahlil qilish imkoniyati uchun sharoitlar yaratiladi, boshqa bemorlar misolida ularning shaxsiy va shaxslararo nizolar, shu jumladan tobeklik xulq-atvorni shakllantirish bilan bog'liq bo'lgan nizolar modellashtiriladi. Transferlar tarmog'ini kengaytirish va o'z muammolarini yanada ob'ektiv ravishda qayta tiklash uchun jinsi boshqa ko-terapevtik ishga kiritish maqsadga muvofiqdir.

Shu bilan birga, psixosotsial ish faol ravishda tashkil etiladi, uning maqsadi bemorlarning me'yoriy shaxsiy va ijtimoiy fazilatlarini tiklash, tuzatish yoki shakllantirish, oilaviy munosabatlarni tiklash yoki uyg'unlashtirishdir. Buning uchun bemorlarni jismoniy va aqliy ish bilan ta'minlash hajmi oshadi, ularning kasbiy yo'nalishi rag'batlantiriladi, hushyorlik rejimi sharoitida ijtimoiy ko'nikmalar bo'yicha treninglar o'tkaziladi. Agar kerak bo'lsa, bemorning mavjud kasalliklarini davolashga qaratilgan terapevtik tadbirlar amalga oshiriladi.

Individual va guruhli maslahat berish mavzulari:

- 1) Davolash konsepsiyasi va kimyoviy tobeklikning tegishli belgilari.

- 2) Bemorni psixoaktiv moddalar iste'moli xohishini chaqiruvchi odamlar, joylar, narsalar.
- 3) Shaxsiy vaqtning tuzilishi.
- 4) Suiiste'molga moyillik.
- 5) Yuqori xavfli vaziyatlar.
- 6) Iste'mol qilish uchun ijtimoiy bosim.
- 7) Odatdagi preparatni qo'llashdan voz kechgandan keyin paydo bo'ladigan o'tkir alomatlar, ularni bartaraf etish yo'llari.
- 8) Boshqa narkotik moddalar (spirtli ichimliklar, shifokor buyurmagan dorilar va boshqalarni qo'llash) suiiste'moli.

Har bir mashg'ulotda muhokama qilinadigan mavzu psixoterapevt yoki tibbiy psixolog tomonidan belgilanishi yoki TIRning ushbu bosqichida bemorning individualehtiyojlariga qarab tanlanishi mumkin. Biroq, maslahat paytida ushbu mavzularning barchasini ko'rib chiqish lozim.

Ta'lim dasturi quyidagi yo'nalishlarni qamrab oladi:

- kasallik va tiklanish konsepsiyasi bo'yicha axborot darslari;
- oilaviy ta'lim;
- manaviyat falsafasi;
- stressga qarshi dastur;
- yuqumli kasalliklarning oldini olish (gepatit, OIV va boshqalar.).

Ta'lim dasturlarining maqsadi bemorning psixoaktiv moddalar iste'moliga bo'lgan munosabatini o'zgartirish va psixoaktiv moddalar iste'molining tibbiy va ijtimoiy oqibatlari to'g'risida tasavvur hosil qilishdir.

Kasallik va tiklanish konsepsiyasi bo'yicha axborot darslarining asosiy mavzulari:

- Giyohvandlik, alkogolizm-bu kasallik.
- Tobelikning tabiati.
- Tobelikning xulqiy belgilari.
- Tobelikning tibbiy belgilari.
- Tobelikgi bo'lgan bemorlarda psixologik himoya shakllari.
- Tobelikgi bo'lgan insonlarning xulq-atvor psixologiyasi.
- Tobelikning neyrobiologik nazariyasi.
- Salbiy shaxsiy xususiyatlar va ularning tobelikdagi namoyon bo'lishi.
- Residivlar (buzilishlar) va ularning oldini olish strategiyalari.
- Tobelikni shakllantirishning psixologik omillari.
- Uyatga va aybga iqrorlik.

Oila ta'limi bo'yicha asosiy mavzular:

- Alkogolizm va giyohvandlik oilaviy kasallikdir.
- Disfunktsional oilalar. Bu nima?
- Tobelik: belgilari va alomatlari.

Ma'naviyat falsafasi: ma'naviyat falsafasi bo'yicha darslarni o'tkazishdan maqsad bemorning ma'naviy qadriyatlarini va ehtiyojlarini, shuningdek, o'z kuchidan kattaroq kuchga tegishli bo'lish tuyg'usini shakllantirishdir, bu unga giyohvand moddalarsiz turmush tarzini rivojlantirishga yordam beradi.

Mavzular:

- Ma'naviyat tushunchasi.
- Tiklanishning uchta asosiy komponenti: halollik, ochiqlik, sinab ko'rishga tayyorlik.
- Ma'naviy ehtiyojlar va qadriyatlar.

- Qayta tiklanish jarayonida Yuqori kuch konsepsiyasi.

Stressga qarshi dastur: stressga qarshi dasturning maqsadi bemorlarni stressli hayotiy vaziyatlarni yengishga o'rgatish, psixoaktiv moddalarni iste'mol qilmasdan o'zini o'zi boshqarish usullarini joriy etishdir.

Yuqumli kasalliklarning oldini olish bo'yicha darslar: ushbu darslarning maqsadi bemorlarni psixoaktiv moddalar iste'moli bilan bog'liq yuqumli kasalliklar va oldini olish usullari, bemorlarning sog'ligi va boshqa odamlarning sog'ligi uchun javobgarligini shakllantirish to'g'risida xabardor qilishdir.

Mehnat terapiyasi (mehnat ustaxonalari, oshxonada navbatchilik qilish, bo'limni tozalashda xodimlarga yordam berish vazifalari) muhim yordamchi rol o'ynaydi, u gumanistik yo'nalishga (masalan, xayriya faoliyatining turli shakllarida ishtirok etish) va bemorlarning ijodiy ma'lumotlarini hisobga olish (bo'limni bezash, sanitariya byulletenlarini tayyorlash, ma'ruzalar paytida shifokorga yordam berish) ega bo'lishi kerak. Gumanistik va ma'naviy yo'naltirilgan psixoterapiya psixoterapevtik muhitning rejimini tashkil qilish uchun ongli ravishda ijobiy hamkorlikni shakllantirish va shaxsning o'z qadr-qimmatini oshirish uchun ishlatiladi. Ushbu bosqichda ruhiy-ijtimoiy rehabilitatsiya tadbirlari bilan bir qatorda qoldiq ruhiy va somato-nevrologik buzilishlarni davolash davom etmoqda.

Shunday qilib, stabilizatsion bosqichiga quyidagilar kiradi:

- kasb-hunarga yo'naltirishni rag'batlantirish yoki tanlash, jismoniy va aqliy mehnat hajmini oshirish;
- rehabilitatsiya muassasasidan chiqishga tayyorgarlik va ochiq ijtimoiy muhitda faoliyat yuritish.

Bosqich koordinatorlari – tibbiy psixolog va ijtimoiy xodim.

TIR stabilizatsion bosqichining davomiyligi bemorning RPD bilan belgilanadi va farqlanadi:

- yuqori RPDli bemorlar uchun– 3-4 oy;
- o'rta RPD bilan bemorlar uchun – 8-10 oy
- RPDsi past bo'lgan bemorlar uchun– 20-22 oy

Davomiyligiga ko'ra TIR dasturining uchta varianti mavjud bo'lib, ular o'z navbatida TIR dasturining stabilizatsion bosqichining davomiyligiga bog'liq:

- 6 oyli TIR dasturida 3-4 oyni;
- bir yillik TIR dasturida - 8-10 oyni;
- ikki yillik TIR dasturida - 20-21 oyni tashkil etadi.

TIRning rehabilitatsion davri tadbirlarining samaradorligi bemorning psixoaktiv moddalarni qabul qilishdan tiyilishi va TIR dasturida ishtirok etishni davom ettirishga tayyorligi, TIR jarayoniga jalb qilish darajasi, bemorning shaxsiyati (fikrlash, hissiy munosabat, xulq-atvor, jismoniy salomatlik) bilan bog'liq o'zgarishlar bilan baholanadi.

1. DRDning (TIR qo'llab-quvvatlash dasturi) rehabilitatsiyadan keyingi (profilaktik) davri.

Maqsad – jismoniy va ruhiy farovonlik va psixoaktiv moddalar iste'molidan voz kechish sharti bilan to'liq va barqaror ijtimoiy integratsiyaga erishishdir.

Vazifalar:

- Kasallikning qaytalanishining oldini olish, bemor va uning oila a'zolarini ijtimoiy va psixologik qo'llab-quvvatlashni tashkil etish.
- Jismoniy va ruxiy farovonlikni saqlab qolish.
- Xulq-atvorning normativligi.
- Shaxsiy va ijtimoiy mas'uliyat.

- Atrof-muhit va rehabilitatsiya muassasasi bilan samarali funksional o'zaro ta'siri.
- O'z-o'zini hurmat va shaxsiy muvaffaqiyatni yoki muvaffaqiyatsizlikni idrok qilishni korreksiyalash. Ijtimoiy talab qilinganlik.
- Rehabilitatsiyadan keyingi tadbirlarda o'z-o'zini nazorat qilish.

Ushbu davrda bemor ambulatoriya sharoitida TIR rejimida bo'lib, bemorning guruh terapiyasida ishtirok etishini, hissiy holatlarning kundaligini yuritishini ta'minlaydi.

Bemorga xodimlardan yordam olish, uning xulq-atvori va hissiy reaksiyalarining oqibatlari to'g'risida maslahatlashish va o'tmishdagidan farq qiladigan ijtimoiy aloqalarni rivojlantirish imkoniyati beriladi.

Bosqich oxiriga kelib, bemor tibbiy psixolog bilan birgalikda qo'llab-quvvatlovchi terapiyaning batafsil rejasini tayyorlashi va davolanish paytida aniqlangan psixologik muammolar bilan keyingi ishlashi kerak.

Bemor modeli. Bemor asta-sekin oila va ijtimoiy muhitga kiradi. Terapevtik uyushma xodimlari va a'zolari yordamida u shaxslararo muloqotning yangi yoki unutilgan usullarini, hissiy javobni, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nizolarni hal qilish ko'nikmalarini, hushyor xatti-harakatlarning modellarini o'zlashtiradi, psixoaktiv moddalar iste'moli bilan bog'liq bo'lmagan yangi ijtimoiy aloqalarni o'rnatadi.

Ushbu davr **koordinatori** tibbiy psixolog yoki ijtimoiy xodim bo'lishi mumkin. Ko'rsatmalarga ko'ra, vrach-narkolog maslahat, diagnostika va terapevtik yordam ko'rsatadi.

Tibbiy-ijtimoiy rehabilitatsiya bosqichlarining har birining uzluksizligi va yuqori samaradorligini ta'minlashga imkon beradigan TIRning barcha bosqichlari va davrlarini ketma-ket amalga oshirish maqsadga muvofiqdir. TIR dasturini amalga oshirishning aniq muddatlari bemorning RPD va TIRning har bir keyingi bosqichida erishilgan natijalar bilan belgilanadi.

TIRning har bir davri va bosqichi tugagandan so'ng, rehabilitatsiya guruhi a'zolari va bemorning starostat vakillari bemorning ahvolini baholaydilar va birgalikda uni TIRning keyingi bosqichiga yoki davriga o'tkazish to'g'risida qaror qabul qiladilar yoki hozirgi bosqich yoki TIR davridagi faoliyatini davom ettirish to'g'risida qaror qabul qiladilar.

Rehabilitatsiya guruhi a'zolari va starostat tomonidan DRD samaradorligini birgalikda baholash bemorlar uchun katta ishonchlilik va ob'ektivlikka ega, odatda bemorlarning asosiy e'tirozlarini keltirib chiqarmaydi va muhim ta'lim salohiyatiga ega bo'ladi. Baholashni rasmiylashtirish ballar tizimida amalga oshirilishi mumkin va TIR dasturida ishtirok etishning to'liqligi va sifatini aks ettiruvchi ballar individual bemorning kartasida qayd etiladi.

TIRning har bir bosqichi oxirida va bemorni TIRning keyingi bosqichiga o'tkazish to'g'risida qaror qabul qilishda rehabilitatsiya guruhi a'zolari quyidagi sohalarida ish natijalarini (bemorning yutuqlari) sertifikatlashni (baholashni): rehabilitatsiya bo'limida (markazda) xulq-atvor etikasi, o'z-o'ziga xizmat qilish, mehnatga munosabat, kasbiy ko'nikmalarni egallash va takomillashtirish, oilaviy munosabatlar, kommunikativ ko'nikmalar, shaxslararo munosabatlarning xususiyatlari, kasalligiga tanqid, kelajakni idrok etish va kelajak real rejalarini amalga oshiradilar. Natijada, bemorni TIRning keyingi bosqichiga o'tkazish yoki bemorni oldingi bosqichda qoldirish to'g'risida birgalikda qaror qabul qilinadi. TIRning keyingi bosqichiga o'tish to'g'risidagi qaror bemorga rasmiy sharoitda, bemor bo'lim (markaz) boshlig'iga murojaat qilib ariza yozish kabi rasmiyatchilikka majburiy rioya qilgan holda yetkaziladi.

Agar bemor baholash natijalari asosida TIRning keyingi bosqichiga o'tkazilmasa, u bilan individual rehabilitatsiya ishlari rejasiga zarur o'zgartirish va qo'shimchalar kiritiladi. TIRning uzaytirilgan bosqichi takroriy tibbiy – rehabilitatsion baholanishi bilan yakunlanadi.

Uchinchi (stabilizatsion) bosqichining oxiriga kelib, reabilitatsiya bo'limidan (markazdan) chiqishdan oldin bemor tekshiriladi va uning yakuniy attestatsiyasi o'tkaziladi, bu bemorning somatik va ruhiy holati to'g'risidagi ma'lumotlarni tahlil qilish, yozma test (imtihon) va suhbatni o'z ichiga oladi.

Attestatsiya: a) reabilitatsiya brigadaning a'zolari; b) bemor bo'lgan psixoterapevtik guruhlarining a'zolari tomonidan amalga oshiriladi.

Attestatsiya imtihonning savollarga yozma javoblar va kompyuter sinovlari kiradi, ushbu "sinov" ning asosiy mavzulariga quyidagilar kiradi: tobelikni kasallik sifatida tushunish (tibbiy, psixologik, ijtimoiy belgilari); tobelik xatti-harakatlarning oqibatlarini; kasallikning kuchayishi belgilari; residivlar va inqiroz holatlarining oldini olish ko'nikmalari; tiklanishda mehnat va o'qishning roli; o'z-o'zini baholash; kasalligiga tanqidi, iroda, do'stlik, mas'uliyat, vijdon, burch, rostgo'ylik, mehnatsevarlik, maqsad, mansab, oila, ma'naviyat kabi tushunchalarning ta'riflashi.

Og'zaki suhbat do'stona tarzda olib boriladi. Chiqarish uchun tayyorlangan bemor boshqa bemorlar va reabilitatsiya brigadasi a'zolarining savollariga javob beradi.

O'zohaqida, kasalligi, tiklanish dinamikasi, o'zini ijobiy yutuqlari, oilasi bilan munosabatlar, reabilitatsiya muassasasidan chiqqandan keyin aniq rejalar haqida aytib berish juda zarurdir. Yakuniy attestatsiya (yaxshisi qarindoshlar huzurida) mehribon xayrlashuv so'zlari va reabilitatsiya dasturining bajarilishi to'g'risida o'ziga xos "sertifikat" shaklida bemorga esdalik sovg'asini taqdim etish bilan yakunlanadi.

TIRning har bir ketma-ket davri va bosqichi vazifalarni differensial hal qilish uchun bir qator tarkibiy bo'linmalarni tashkil qilishni, shuningdek, muayyan profilaktika, davolash va reabilitatsiya dasturlari amalga oshiriladigan ishlarning izchilligi va uzluksizligini ta'minlashni o'z ichiga oladi.

DRD ketma - ket bosqichlarini amalga oshirish paytida **bemorlarning harakati optimal algoritmi:**

- 1) Psixoaktiv moddalar iste'moli tufayli ruhiy va xulq-atvor buzilishlarini davolash; shoshilinch narkologik yordam bo'limi yoki narkologik shifoxonaning (dispanserning) narkologiya bo'limi.
- 2) TIR stasionar sharoitida: narkologiya shifoxonasi (dispanser) yoki reabilitatsiya narkologiya markazining tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya bo'limi.
- 3) TIR ambulatoriya sharoitida: tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya bo'limi (kunduzgi narkologik stasionar yoki narkologik dispanserning ambulatoriya bo'limi).
- 4) Xududiy narkologning dispanser kuzatuvini.

Davolash va reabilitatsiya jarayonining ketma-ket bosqichlarida tibbiy psixologning ishi

Moslashuv bosqichida tibbiy psixologning ishi quyidagi vazifalarni hal qilishni ta'minlaydi:

1. Bemor bilan ishonchli munosabatlarni o'rnatish va mustahkamlash.
2. Bemorning e'tiborini hozirgi paytda sodir bo'layotgan narsalarga faollashtirish.
3. DRDda ishtirok etish uchun motivatsion maslahat berish va motivatsiyani kuchaytirish.
4. Bemorning davolanish istiqbollari va uning shaxsiy imkoniyatlari to'g'risida psixologik xabardorlik ustida ishlash.
5. Bandlikni ta'minlash, aleksitimiyaning korreksiyalash, hissiy idrok spektrini kengaytirish.
6. Psixologik buzilishlar sindrom majmuasi (PBSM) va klinik - psixologik funksional tashhisi (KPFT) ni yaratish. KPFT-bu psixologik tekshiruv orqali bemor haqida ma'lumot olish, bemorning qarindoshlari va unga ahamiyatli bo'lgan shaxslar, klinika xodimlari bilan suhbatlar (takroriy) yoki hozirgi paytda davolanishida, tibbiy psixologning kuzatuvlari orqali aniqlanadigan bir nechta konsultatsiyalar davomida psixologik tashhisdir. Tibbiy psixolog shaxsiy psixologik buzilishlarning (kognitiv, hissiy, xulq-atvor sohalarida) ob'ektiv rasmini yaratishga, tobelikning

shakllanishiga yordam beradigan muammolar va ularning sabablarini aniqlashga, kasallik tufayli oiladagi disfunktsional vaziyatni baholashga, shuningdek bemorlarni moslashtirish va qayta sotsializatsiya qilish usullarini topishga yordam beradi.

7. Psixokorreksiya ishining individual rejasini tuzish.
8. Bemorga uning kasalligining mohiyatini tushunishga yordam berish.
9. Bemorga reabilitatsiyaning shaxsiy va mazmunli maqsadlari va vazifalarini aniqlashtirish va shakllantirishda yordam berish.
10. O'z-o'zini intizomini (iroda kuchini) rivojlantirish.

Reabilitatsiya davrining integratsiya bosqichida tibbiy psixologning ishi quyidagi vazifalarni o'z ichiga oladi:

1. PBSMni qayta aniqlash (ayniqsa affektiv, xulq-atvor, motivatsion, axloqiy va etik sohalar).
2. KPFT natijalarining dinamikasiga qarab tuzatishlarni kiritish. Psixokorreksiya ishlarning individual rejasini tuzish (individual va guruhli), shu jumladan psixoterapevtik mashg'ulotlar soni, ularning davomiyligi va tez - tez o'tkazilishi.
3. Bemorga beriladigan psixokorreksiya ishlari jadvaliga tuzatishlar kiritish.
4. Davolanish uchun motivatsiyani kuchaytirish, reabilitatsiya dasturida ishtirok etish va psixoaktiv moddalarni rad etish uchun psixokorreksiya ishlarni olib borish. Jismoniy, ruhiy va psixologik holatni yaxshilash jarayonida DRDda ishtirok etish uchun mavjud bo'lgan va yangi motivlarni yaratish bo'yicha ishlarni davom ettirish.
5. Samarali koping xulq-atvorni shakllantirish, o'z-o'zini boshqarish, o'z-o'zini hurmat qilish va o'z-o'zini qadrlash ko'nikmalarini rivojlantirish.

Hayot falsafasi sohasida kognitiv omillar sezilarli o'zgarishlarga uchraydi: begonalashtirishdan – majburiyatlar va sadoqatlarni anglashgacha; jazodan-vijdonlilikka; keskinlikni darhol kamaytirish va uni to'g'ridan – to'g'ri xatti-harakatlarda amalga oshirish istagidan - o'z qadr-qimmatini tartibga solish, o'zini o'zi boshqarish va o'z-o'zini hurmat qilish; munosabatlar va qadriyatlar, e'tiqodlar va maqsadlar tizimini tanqidiy qabul qilishdan – barqaror va doimiy o'z pozitsiyasiga qadar. Shaxsning psixosotsial moslashuvi jarayonlarida ishtirok etadigan kognitiv omillarni tahlil qilish asosida koping xulq-atvor modeli konsepsiyasi ishlab chiqilgan.

6. Ijtimoiy fobiyani aniqlash va yengish.

Narkologik bemorlarga, ayniqsa giyohvand moddalarga tobek bo'lganlarga, ko'pincha "ijtimoiy fobiya sindromi" tashhis i qo'yiladi. Uning tuzilishida quyidagilar ustunlik qiladi:

- a) tanqid qilinishga, ayblanishga, kuzatuv va nazorat qilinishga qo'rquv;
- b) giyohvand moddalar/spirtli ichimliklarni iste'mol qilish faktlari va behushlikning salbiy tomonlari aniqlanishi mumkin bo'lgan ijtimoiy o'zaro ta'sir holatlarida ruhiy noqulaylik;
- c) rivojlanayotgan reallik oldida xavotirlik, qulash hissi va kuchsizlik, ular rivojlanishda muzlagandek his qilishadi.

Ijtimoiy fobiya bilan o'z-o'zini boshqarilishi buziladi, bu bemorga o'z xatti-harakatlarini boshqarishga, eng noqulay sharoitlarda faoliyatni amalga oshirish qobiliyatini saqlashga yordam beradi. Ushbu xususiyatning asosiy mazmuni ikkita psixologik mexanizmning ishi – o'z-o'zini boshqarish va korreksiyalashdir.

O'z-o'zini boshqarish yordamida sub'ekt hissiy holatni kuzatib boradi, uning borishi tabiatidagi mumkin bo'lgan og'ishlarni (fonga nisbatan normal holatni) aniqlaydi. Shu maqsadda u o'ziga nazorat savollarini beradi: "Hozir xavotirlangan ko'rinmaymanmi?", "Men ahmoqqa o'xshamaymanmi?", "Men juda past yoki aksincha, baland ovozda gapiramanmi, juda tez, chalkashib ketamanmi?" va hokazo.

Agar o'z-o'zini boshqarish nomuvofiqlik faktini qayd etsa, unda bu natija hissiy "portlash" ni bostirish, cheklash va me'yoriy oqimga normal javobni qaytarishga qaratilgan tuzatish

mexanizmini ishga tushirishga turtki bo'ladi. Ijtimoiy fobiya bilan bemor shubhalar ixtiyorida bo'ladi.

7. Bemorlarning qarindoshlari va ahamiyatli shahslar bilan psixokorreksiya ishni davom ettirish. Ularni hamkor tobelikgi bo'lganlar dasturiga jalb qilish.

Reabilitatsiya davrining barqarorlashtirish bosqichida tibbiy psixologning ishi quyidagi vazifalarni hal qilishni o'z ichiga oladi:

1. Psixologik buzilishlar sindrom-majmuasini (PBSM) qayta o'tkazish va klinik - psixologik funksional tashhisni (KPFT) ta'riflash. Ushbu muammoni hal qilish bir bosqich bilan cheklanib bo'lmaydi, kasallik dinamikasining o'ziga xos xususiyatlari va psixologik holati tufayli muammolarning ustida ishlash bir bosqichdan boshqasiga o'tadi. Bu kognitiv, hissiy, irodaviy sohalar va motivatsiyaga tegishlidir. Oldingi bosqichlarda qo'llanilgan diagnostika usullaridan tashqari, bemorning tiklanish dinamikasini va uning holatini aniqlaydigan usullarni qo'shimcha ravishda qo'llash kerak.

2. Psixokorrektiv ishlarning individual rejasiga (individual va guruhli), shu jumladan psixoterapevtik mashg'ulotlar soniga, ularning davomiyligi va tez tez o'tkazilishiga tuzatishlar kiritish. Kasallikning ijobiy dinamikasi aniqlangan hollarda "shaxsiy o'sish" texnologiyalaridan foydalangan holda psixokorreksiya ishning yangi rejasi tuziladi. Psixokorreksiya ish jadvaliga o'zgartirishlar kiritiladi va u bemorga beriladi.

3. Davolanishga motivatsiyani kuchaytirish, reabilitatsiya dasturida ishtirok etish va psixoaktiv moddalarni rad etish uchun psixokorreksiya ishlarni bajarish. Ushbu vazifani hal qilish DRDda ishtirok etish uchun mavjud va yangi motivlarni yaratishga qaratilgan.

4. Shakllangan samarali koping xulq-atvorini, o'z-o'zini boshqarish, o'z-o'zini hurmat qilish va o'z qadr-qimmatini anglash ko'nikmalarini kuchaytirish.

5. Jamiyatda psixosotsial moslashuv ko'nikmalarini o'rgatish.

6. Ijtimoiy va asotsial intellektni rivojlantirish, ijobiy "Men-konsepsiya" ni shakllantirish va "Makiavellian intellekti"ni korreksiyasi.

7. Ijtimoiy fobiyaning yengish.

8. Bemorning individual psixologik dinamikasi va reabilitatsiya potensialini baholash, prognoz qilish va korreksiyalash.

9. Bemorlarning qarindoshlari va ular uchun ahamiyatli shahslar bilan psixokorreksiya ishini davom ettirish. Simvoldrama usulidan foydalangan holda motivlarni qayta ishlab chiqish (katatim-imajinativ psixoterapiya texnikasi):

- haqiqiy yoki ramziy kiyimda (hayvon, daraxt va boshqalar tasvirida) o'zgacha muhim shaxs (ona, ota, aka-uka va opa-singillar, piri, ustoz va boshqalar) bilan uchrashuv.
- uy sharoitida bo'lgan real vaziyatni aks ettirish;
- oila a'zosi bilan ochiq suhbat.

10. Kasallikning residivi va qaytalanishining oldini olish.

Taqdim etilgan modelda residivning mohiyati haqida bemorni to'g'ri qabul qilish, tushunish va tobelikdan keyingi davolanish tajribasi sifatida foydalanishi kerak bo'lgan xato sifatida nuqtai nazarni taklif etadi. Ushbu modelning eng muhim asosi nafaqat buzilish va residivning oldini olish, balki bemor bilan muvaffaqiyatli psixosotsial moslashuv ko'nikmalarini shakllantirish bo'yicha ishlashdir.

Alohida e'tibor abstinensiya davri davomida va uzilib tushish xavfi yuqori bo'lgan vaziyatlarda, shuningdek shakllantirish va muvaffaqiyatli psixologik moslashish ko'nikmalaridan samarali foydalanish

(ijtimoiy atrof-muhit bilan samarali o'zaro ko'nikmalarini rivojlantirish, shu jumladan, hamdardlikni rivojlantirish, ijobiy "Men-tushuncha"ni va muloqot qobiliyatlarini shakllantirish) xavfli vaziyatlarni bartaraf etishda rivojlanadigan o'z-o'zini samaradorligiga qaratilmoqda. Agar bemor xavfli vaziyatlarga duch kelganda samarali kurashish xatti-harakatlaridan foydalana olmasa, natijada kasallikni yengish jarayonida o'z-o'zini samaradorligi hissi pasayadi va muammoni oldini olish uchun zararli kurash mexanizmi sifatida giyohvand moddalarni iste'mol qiladi. Agar tobelikni bartaraf etish bo'yicha ishlarning natijalari bemor tomonidan samarali deb baholansa, giyohvand moddalarni iste'mol qilish ehtimoli kamroq bo'ladi.

Kognitiv xulq-atvor modeliga ko'ra, residiv jarayoni quyidagicha sodir bo'ladi. Buzilish xavfi yuqori bo'lgan vaziyatda shaxs o'z moyilligini yengishga qaratilgan samarali kurash javobini berishi mumkin. Natijada, u o'z-o'zini samaradorligini oshiradi va buzilish xavfini kamaytiradi. Agar shaxs samarali kurash javobini bermasa, uning kasallikni yengishda o'z-o'zini samaradorligi hissi pasayadi va giyohvand moddani qabul qilishdan ijobiy kutilishi kuchayadi. U giyohvand moddani iste'mol qiladi, so'ngra abstinensiya ta'siri va intrapsixik ziddiyat paydo bo'ladi, bular o'ziga nisbatan kerakli munosabat va o'zini nazoratdan tashqarida deb bilish o'rtasidagi kognitiv dissonans tufayli kelib chiqadi. Natijada residiv muammolari ortib boradi.

Residivlarning oldini olish uchun yuqori xavfli vaziyatlar to'g'risida bilim darajasini oshirish bo'yicha zarur ishlar olib boriladi (yuqori xavfli vaziyatlarni yengish ko'nikmalarini o'rgatish); o'z-o'zini malakasini oshirish va o'z-o'zidan yuqori xavfli sohadagi o'zgarishlar bilan bog'liq jarayonlarni tushunish va boshqarish qobiliyatini oshirish; o'z his-tuyg'ulari va hissiy holatidan xabardor bo'lish, o'z his-tuyg'ularini ochiq ifoda etish ko'nikmalarini rivojlantirish ustida ishlash; giyohvandlikni samarali ravishda yengib chiqadigan shaxs sifatida o'zini o'zi aniqlash bilan ishlash; muammoli stressli vaziyatlarni va yuqori xavfli vaziyatlarni kognitiv baholashni o'rganish.

Bo'lib o'tadigan va rivojlanayotgan residiv holatida, residiv jarayonini tushunish va uni bartaraf etishda kognitiv, affektiv va xulq-atvor manbalarini qidirishda abstinensiyani bartaraf etish va kognitiv qayta tiklash uchun tibbiy dastur qo'llaniladi.

Residivni oldini olishning o'ziga xos psixotexnologiyalari bemorning nima rivojlanishi kerakligini tushunishga asoslangan:

- buzilish va residiv xavfi bo'lgan vaziyatlarni muvaffaqiyatli bartaraf etishda **ijobiy tajribalarini muhokama qilish** va buzilish va residiv xavfi yuqori bo'lgan vaziyatlarni tahlil qilish va baholash qobiliyati;
- turli vaziyatlarni anglash darajasini oshirishda o'z-o'zini nazorat qilish vositasi sifatida **o'z-o'zini kuzatish** qobiliyati;
- o'ziga xos tavakkalchilik vaziyatlarini uy vazifasi sifatida **tahlil qilish** qobiliyati — koping xulq-atvorning o'ziga xos shakllari (o'ziga xos tavakkalchilik vaziyatlarining individual ro'yxatini ierarxik ketma-ketlikda kamroq tavakkalchilikdan xavfliroqgacha tuzish va o'zi uchun tavakkalchilikning og'irligini ball tizimida baholash muhimdir) shu tarzda o'rgatiladi;
- xavfli vaziyatlarni kamroq xavfli, eng qiyin vaziyatlarga qadar ketma-ketlikda **bartaraf etish variantlarini ishlab chiqish qobiliyatlari**; bemor ularni yengishga haqiqiy tayyorligini va uning darajasini bilishi, o'zini samarali his qilishi kerak - shuning uchun residiv xavfini yengishda o'z-o'zini samaradorligi shakllanadi;
- **behushlik bilan kurashish muqobil strategiyalaridan foydalanish variantlarini ishlab chiqish qobiliyatlari** (behushlikka qarshi turish yoki undan qochishga yordam beradigan xatti-harakatlar);

- o'zini, fikrlarini, his—tuyg'ularini va harakatlarini **yetarlicha baholash va tahlil qilish** va o'z-o'zini samaradorligini oshirish, stressli va xavfli vaziyatlarni yengish uchun muvaffaqiyatli qabul qilingan va rivojlangan ko'nikmalarning natijasi ekanligini tushunish qobiliyati;
- **buzilish yoki residivning mikroanalizini o'tkazish qobiliyati** (agar u sodir bo'lgan bo'lsa): bemor o'zini tutish variantini tanlash imkoniyatiga ega ekanligini tushunishi kerak. Bemor bilan birgalikda ushbu variantni tanlash sabablarini tahlil qilish lozim. Residiv tahlili buzilishlarga olib keladigan xulq-atvor zanjirini qurish orqali amalga oshiriladi. Tahlilning terapevtik ma'nosi shundaki, bemor o'zining residiv dinamikasi to'g'risida yangi ma'lumotlarni olishi va uning oldini olish uchun yetarli strategiyalarni— hushyorlikka erishish va saqlash uchun o'ziga xos ko'nikmalarni o'rganishi kerak.

Residivni oldini olish uchun zarur bo'lgan **adaptiv koping xatti-harakatlarini** aniqlaylik:

- muammolarni hal qilish va ijtimoiy qo'llab-quvvatlash uchun yoshga mos strategiyalardan muvozanatli foydalanish;
- muvozanatli kognitiv-baholash mexanizmini, shuningdek hissiy va xulq-atvor tarkibiy qismlarini yetarli darajada rivojlantirish;
- muvaffaqiyatga erishishga motivatsiyaning muvaffaqiyatsizlikdan qochish motivatsiyaga nisbatan ustunligi;
- salbiy muhit omillariga faol qarshilik ko'rsatishga tayyorlik va ularning xatti-harakatlarini stress manbaiga ongli ravishda yo'naltirish;
- ijobiy psixologik fonni ta'minlash va samarali psixosotsial moslashish ko'nikmalarini rivojlantirishga muayyan shaxsiy adaptiv resurslar mavjudligi (ijobiy "Men-tushunchasi", ijtimoiy qo'llab-quvvatlash idroqni rivojlanganligi, atrof-muhit ustidan ichki nazorat lokusi, hamdardlik va mansublik, va hokazo).

Kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasining ushbu modeli, shuningdek, ijtimoiy qo'llab-quvvatlash va uni idrok etish, shaxsiy kurash manbasini topish uchun asosiy koping strategiyasini ishlab chiqish bilan ta'minlangan samarali ijtimoiy qo'llab-quvvatlovchi jarayonning mavjudligi bilan tavsiflanadi; uning manbasini mustaqil faol tanlash; qo'llab-quvvatlashning turini va miqdorini aniqlash; uning muvaffaqiyatli imkoniyatlarini bashorat qilish.

Reabilitatsiyadan keyingi (profilaktika) davrda tibbiy psixologning ishi quyidagi vazifalarni o'z ichiga oladi:

1. Klinik va psixologik funksional diagnostika orqali kuzatishni davom ettirish.
2. Psixokorreksiya ishlarning individual rejasiga (individual va guruhli), shu jumladan psixoterapevtik mashg'ulotlar soniga, ularning davomiyligi va tez-tez qaytalanishiga tuzatishlar kiritish.
3. Bemorga beriladigan psixokorrektiv ishlar jadvaliga tuzatishlar kiritish.
4. Davolash uchun motivatsiyani kuchaytirish, reabilitatsiya dasturida ishtirok etish va psixoaktiv moddalarni rad etish uchun psixokorreksiya ishlarni bajarish. Jismoniy, ruhiy va psixologik holatni yaxshilash jarayonida DRDda ishtirok etish uchun mavjud bo'lgan va yangi motivlarni yaratish bo'yicha ishlar davom ettirish.
5. Shakllangan samarali yondoshish xulq-atvorini, o'z-o'zini boshqarish, o'z-o'zini hurmat qilish va o'z qadr-qimmatini anglash ko'nikmalarini mustahkamlash.
6. Jamiyatda ruhiy ijtimoiy moslashuv, ijtimoiy fobiyani yengish ko'nikmalariga o'rgatish.
7. Imidj bo'yicha maslahat orqali tobelikdan xoli bo'lgan muvaffaqiyatli odam qiyofasini shakllantirish.

8. Ijtimoiy va hissiy intellektning rivojlanishi, ijobiy "Men-konsepsiya" ni shakllantirish va "Makiavellian intellekti"ni korreksiyalash.

Ijtimoiy intellekt odamlarning xulq-atvorini to'g'ri tushunish qobiliyati sifatida tavsiflanadi, bu samarali shaxslararo o'zaro ta'siri va muvaffaqiyatli psixosotsial moslashish uchun zarurdir.

"Makiavellian intellekti" - bu sub'ektning boshqa mavzuni bilish va shaxsiy daromad olish uchun manipulyativ xatti-harakatlar bilan uni yo'ldan ozdirish qobiliyatidir. "Makiavellizm" tushunchasi-bu " Makiavellian intellekti " ni amalga oshirish va odamning shaxslararo munosabatlarda boshqa odamlarni xudbin maqsadlarda boshqarishga moyilligida namoyon bo'ladi.

Giyohvand moddalar va alkogolga tobeklik bo'lganlarning manipulyativ xatti-harakatlari shifokorlarga tanish bo'lgan hodisa.

Hissiy intellekt - bu " o'zini va boshqalarni rag'batlantirish uchun o'z his-tuyg'ulari va boshqalarning his-tuyg'ularidan xabardor bo'lish, hissiyotlarni yakka o'zi va boshqalar bilan muloqot qilishda yaxshi boshqarish qobiliyatidir."

Hissiy intellekt quyidagi aqliy qobiliyatlarni o'z ichiga oladi:

- his-tuyg'ularning ongli tartibga solinishi;
- his-tuyg'ularni tushunish (anglash);
- tafakkurda hissiyotlarni o'zlashtirilishi;
- his-tuyg'ularning ajratilishi va ifodalanishi.

Kasallik paytida alkogolizm va giyohvandlikka chalingan bemorlarda "makiavellian intellekti" funksiyasi oshib ketadi, hissiy va ijtimoiy intellekt darajasi esa sezilarli darajada pasayadi.

9. Bemorning individual psixologik dinamikasi va rehabilitatsiya salohiyatini baholash, prognoz qilish va korreksiyalash.
10. Bemorlarning qarindoshlari va ularga ahamiyatli bo'lgan shaxslar bilan psixokorreksiya ishini davom ettirish.
11. Kasallikning buzilishi va qaytalanishini oldini olish.

Reabilitatsiya (terapevtik) muhiti

TIRning ajralmas sharti reabilitatsiya dasturiga kiritilgan va bemorlarning fazilatlarini shakllantirishga bog'liq bo'lgan funksional va tashkiliy omillar to'plami sifatida **reabilitatsiya (terapevtik)** muhitidir.

Narkologiyada RM tashkiliy (reabilitatsiya markazi, shifoxona, ambulatoriya, uyushma, reabilitatsiya yotoqxonasi, tegishli shtatlar va b.) funksional (tibbiy, mehnat, psixologik va psixoterapevtik, ta'lim, tarbiyaviy, mikromuhit, oilaviy)omillarning reabilitatsiya dasturi bilan birlashtirilgan kombinatsiyasi bilan ta'minlanadi. DRDni amalga oshirish muhiti, unda me'yoriy xatti-harakatlar va giyohvandliksiz hayotni doimiy ravishda rag'batlantiradigan mikrosotsial muhit qurilib, narkologik bemorlarning jismoniy va ruhiy salomatligini bosqichma-bosqich tiklash va ularni jamiyatga qaytarish vazifalarini hal qilishda juda muhimdir.

Bemorlarni tashqi muhitning agressiv ta'siridan himoya qilish darajasiga qarab, RMning uchta varianti mavjud:

1. Ochiq: narkologiya dispanseri, ambulatoriya bo'limi, hushyorlik klublari va boshqalar. Ushbu turdagi reabilitatsiya muhiti, shuningdek, o'qish, ish va dam olish joyini, bemorning reabilitatsiya jarayoniga jalb qilingan oilasini o'z ichiga oladi.
2. Yarim yopiq: narkologiya dispanseri / shifoxona qoshidagi kunduzgi statsionar.
- 3.Yopiq: reabilitatsiya bo'limlari va doimiy yashash markazlari va tibbiy muassasalarning statsionar bo'limlari.

TIR har qanday rehabilitatsiya muhitida rehabilitatsiya guruhining a'zosi yoki maslahatchi sifatida ishlaydigan narkologning majburiy ishtirokida, masalan, uyushmalarda, o'zaro yordam guruhlarida, konfessional muassasalarda amalga oshiriladi.

Bemorlarni psixoaktiv moddalariga tobeklik sindromining qaytalanishidan himoya qilish darajasi yopiq RM da ishonchliroqdir, shuning uchun bunday sharoitlar past yoki o'rta RPD bo'lgan bemorlar uchun qo'llaniladi. Yarim yopiq va ochiq sharoitda bemorlarni psixoaktiv moddalarning kirib kelishidan himoya qilish va davolash hamda iste'molini to'xtatishga undaydigan bemorlarning ta'siri sezilarli darajada kamroq. Bunday sharoitlar yuqori RPDli bemorlar uchun va kamroq o'rta RPDli bemorlar uchun maqbuldir. Bemorning ochiq RMda qolishi uchun uning ahvoli, agressiv muhit ta'sirlarga qarshi turish istagi va qobiliyati uchun yetarli mas'uliyat bo'lishi kerak. Shuning uchun kasallikning funksional belgilarini tiklash dinamikasiga qarab, TIR davrida bosqichma-bosqich amalga oshirilishini ta'minlash va bemorlarni yopiq va yarim yopiq va ochiq RMga o'z vaqtida o'tkazish muhimdir. Kerak bo'lsa, agar bemor ochiq RMda turaolmasa, u holda uning roziligi bilan u yarim yopiq va yopiq RMga o'tkazilishi mumkin.

Optimal RMni yaratilishi xodimlar uchun bemorlar bilan ijtimoiy va tibbiy ishlarni to'g'ri olib borishda maxsus o'quv dasturini ishlab chiqishni talab qiladi. Ushbu dasturga quyidagilar kiradi:

- 1) Axborot qismi – giyohvandlikning namoyon bo'lishi va uni davolash va rehabilitatsiya qilish usullari mavzularida suhbatlar o'tkazish.
- 2) Og'ir holatdagi bemorlarni parvarish qilish, maxsus rehabilitatsiya (mehnat, madaniy terapiya, sog'lomlashtirish) tadbirlarini o'tkazish, bemorlar va ularning qarindoshlari bilan to'g'ri munosabatda bo'lish ko'nikmalariga o'rgatish.
- 3) Nazorat qismi – bilim, ko'nikma va tayinlangan vazifalarni bajarilishini tekshirish, bemorlardan tibbiy xodimlar ishini baholashda anonim so'rash.

Bemorlarning TIRni amalga oshiruvchi hamshiralar o'zaro tushunish va o'zaro qo'llab-quvvatlash muhitini yaratishga qaratilgan tadbirlarda ko'proq mustaqillikka erishishlari kerak. Ular bir tomondan bemorlar va ijtimoiy xodimlar bilan, boshqa tomondan shifokorlar bilan doimiy aloqada bo'lishlari lozim. Tibbiyot muassasadagi bir qator RM funksiyalari hamshiralar, ijtimoiy xodimlar va bemorlar o'rtasida o'zaro almashinishi kerak.

Rehabilitatsiya rejimi

TIR uchun zarur shart-bu bemorlarning doimiy bandligini ta'minlaydigan maqbulkun tartibini tashkil etib, tibbiy, psixoterapevtik muolajalarni kasbiy terapiya, individual mashg'ulotlar, madaniy terapiya, sport, uyushgan bo'sh vaqt va boshqalar bilan birlashtirish.

Shakllangan kun tartibi rehabilitatsiya jarayoniga bemorlarni faol rehabilitatsiya faoliyatiga jalb qiladigan o'ziga xos mazmunli ritmni kuchaytiradi. Rehabilitatsiya bo'limi (markazi) hayotining bu ritmi buzilmasligi va keraksiz ravishda o'zgarmasligi kerak, chunki bir necha oy davomida beqaror ruhiy holat, o'zini past anglash, aniq deindividualizatsiya davolash-rehabilitatsiya mutanosibligini (uyg'unligini) juda oson yo'q qilishi mumkin.

O'tkir va yarim o'tkir ruhiy va xulq-atvor buzilishlarini davolashga qaratilgan va qat'iy nazorat, tibbiy kuzatuv va yotib davolanish rejimi (cheklov rejimi) ni o'z ichiga olgan rehabilitatsiyadan oldingi davrning terapevtik tadbirlari tugagandan so'ng, bemorga o'rtacha jismoniy va ruhiy yuklamalar bilan ish va ta'lim faoliyatining tejamkor, ammo bemorni jamoaviy faoliyatda ishtirok etishni rag'batlantiradigan: rehabilitatsiya bo'limi (markazi), kundalik tartib qoidalariga rioya qilish, mehnat terapiyasi, TIRD jadvalida ko'zda tutilgan ommaviy tadbirlarda, tibbiy xodimlarga bo'limda xizmat ko'rsatishda yordam berish, rejimi tayinlanishi lozim.

TIRning integratsiya bosqichida **reabilitatsiya (faollashtirish)** rejimi dolzarb bo'lib, jamiyatdan minimal ravishda ajratilgan holda qadriyatlar va qiziqishlarning individual tizimini hisobga olgan holda bemorlarni o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish tizimiga asoslangan holda to'liq hajmi va to'liq ish vaqti ichida jismoniy va ruhiy yuklamalarga undaydi, bemorning ijtimoiy faolligini rag'batlantiradi, uning bo'lim ichida erkin harakatlanishiga xalaqit bermaydi, uni foydali ish bilan ta'minlaydi.

Reabilitatsiya rejimining muhim tarkibiy qismi bo'lim (markaz) da bemorlarni o'z-o'zini boshqarishni joriy etishdir. Bemorlarni o'z-o'zini boshqarish bo'lim boshlig'i va bemorlar kengashini (markaz) saylashni; bo'limda (markazda) sodir bo'layotgan voqealar uchun bemorlarning jamoaviy javobgarligi elementlarini joriy etish; salbiy yo'l boshchilarning ta'sirini cheklash; bemorlardan faollarni ichki qismi (markaz) hayotini va intererini yaxshilash choralarga jalb qilish, mehnat terapiya, madaniy terapiya, ijodkorlik, sport va boshqalarni, xodimlar bemorlarga munosabatini korreksiyalashni nazarda tutadi.

Reabilitatsiya rejimining tarkibiy qismi sifatida mehnat terapiyani tashkil etish bo'lim (markaz) dagi bemorlarning xodimlariga yordam berishni o'z ichiga oladi. Ish bilan bandlik terapiyasi-bu bemorlarni doimiy ish bilan ta'minlash uchun reabilitatsiya ishlarining asosiy elementi bo'lib, mustaqil hayot va o'zini o'zi ta'minlash ko'nikmalarini mustahkamlashga qaratilgan tobora murakkab ijtimoiy va mehnat ta'limidir.

TIR dasturi reabilitatsiya bo'limida (markazda) yopiq, yarim yopiq yoki ochiq RM yaratishga imkon beradigan rejimlarini, tibbiyot xodimlarni tanlash va o'qitishning turli xil variantlarini hisobga olgan holda quriladi.

Statsionar sharoitidagi tibbiy reabilitatsiya

Statsionar sharoitda TIRga quyidagilar yuboriladi:

- davolash chora-tadbirlarining tiklash (reabilitatsiyadan oldingi) majmuasini tugallagan yuqori, o'rta va past RPDli psixoaktiv moddalariga tobelik sindromi bo'lgan bemorlarni;
- ochiq va yarim yopiq turdagi reabilitatsiya muassasalarida samarasiz davolash va reabilitatsiyadan so'ng psixoaktiv moddalariga tobelik sindromi bilan bemorlar.

Statsionar sharoitida tibbiy reabilitatsiya dasturlarini amalga oshirish vaqti bemorning RPDiga va shifoxonada faoliyat yuritishga moslashish tezligiga bog'liq.

Statsionar sharoitidagi TIRning vazifalari:

1. Psixoaktiv moddalar iste'molini rad etish va DRDda ishtirok etish yo'l -yo'rig'ini shakllantirish.
2. Ruhiy kasalliklar va xulq-atvor buzilishlarini farmakologik, fizioterapevtik, psixoterapevtik va boshqa choralar majmuasi yordamida davolash va oldini olish.
3. Shaxsiy va ijtimoiy vazifalarni hal qilishda hissiy o'zini o'zi boshqarish va nizoli vaziyatlarni bartaraf etish ko'nikmalarini tiklash va (yoki) shakllantirish.
4. Bemorning sub'ektiv idrokiga asoslanib baholanadigan jismoniy, psixologik, ijtimoiy va hissiy holatidan qoniqishini optimallashtirish orqali bemorning hayot sifatini yaxshilash, shu jumladan quyidagilarga asosan:
 - normativ qiymat yo'nalishini va ijobiy axloqiy-etik yo'l-yo'riqlarni shakllantirish va mustahkamlash;
 - real hayot kelajagini shakllantirish;
 - sog'lom turmush tarzi modelini, o'z xatti-harakati uchun javobgarlikni va hushyorlik saqlashni shakllantirish;
 - tizimli ish va o'qish malakalarini shakllantirish (yoki qayta tiklash)ni tashkil etish;
 - oilaviy yoki boshqa muhim shaxslararo munosabatlarni tiklash.

5. Sog'lom turmush tarzini va samarali ijtimoiy faoliyatni saqlashga hissa qo'shadigan xulq-atvor modellarini shakllantirish, shu jumladan quyidagilarga asosan:

- xulq-atvor buzilishlarini psixokorreksiyasi;
- kasbiy faoliyatda, oilaviy munosabatlarda va norasmiy shaxslararo aloqada zarur bo'lgan muloqot qobiliyatlarini tiklash;
- autoagressiv (o'z-o'zini buzuvchi) xatti-harakatlarni tahlil qilish va konstruktiv xatti-harakatlar modelini o'rganish;
- davo va ijtimoiy qiziqishlarning me'yoriy darajalarini oshirish va maqsadli faoliyatni shakllantirish.

6. Buzilishlarning (remissiya fonida psixoaktiv moddalarni bir yoki ikki marta iste'mol qilish) va kasallikning qaytalanish tibbiy profilaktikasi, shu jumladan quyidagilarga asosan:

- bir qator psixoterapevtik kognitiv xulq-atvorusullaridan foydalangan holda PAMlarga bo'lgan moyillikni kuchayishining belgilarini aniqlash va kasallik qaytalanishini yengish ko'nikmasiga o'rgatish;
- qiyin vaziyatlarga qarshi turish va PAMlarga "yo'q" deyish ko'nikmalariga o'rgatish.

7. Bemorlarning qarindoshlari psixoaktiv moddalarni iste'molining tibbiy va ijtimoiy oqibatlarini to'g'risida bilimlarini kengaytirish, kasallikning qaytalanishini oldini olish uchun bemorlarga psixologik yordam ko'rsatish va ularning holatini nazorat qilish ko'nikmalariga o'rgatish.

8. Psixoterapevtik ish jarayonida qarindoshlar tomonidan hamkor tobelikni bartaraf etish.

Quvvatlovchi terapiya-bu hayotiy tonusni oshirish, faol jismoniy faoliyatga qiziqish, sog'ayishga intilish va ish qobiliyatini tiklash, o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish ko'nikmalarini o'zlashtirish va mustahkamlash uchun eng yengil operatsiyalarni bajarishdir.

Tiklash mehnat terapiyasi reabilitatsiya muassasasida hayot sharoitlariga moslashish davrida bemorning buzilgan mehnat qobiliyatini tiklash, jismoniy va harakat buzilishlarining oldini olishga qaratilgan.

Ko'rsatilgan harakatlar turlari bemorlarning (reabilitantlarning) psixofizik tiklanishiga va ta'limiga ijtimoiy mas'uliyat hissini qo'shishi, muvaffaqiyat va ijtimoiy foydalilik tuyg'usini keltirib chiqarishi, shuningdek bemorning keyingi ijtimoiy moslashuviga hissa qo'shishi lozim.

Statsionar sharoitida TIRga qo'yiladigan ijtimoiy talablarga quyidagilar kiradi:

1. Mehnat, sport, ijodiy faoliyat, madaniy va mazmunli dam olish uchun sharoitlarni tashkil etish. Doimiy ish bilan ta'minlash va mehnat jarayonlari uchun sharoit yaratish, bemorlarning muntazam ishlashga bo'lgan istagini rivojlantirish TIRning asosiy tamoyillaridan biridir.

Badiiy studiyani (rasm chizish, skulptura darsi, fotosurat va boshqalar), sport va dam olish majmuasini (ochiq sport maydonchasi, sport o'yinlari, mashg'ulotlarzali, tematik filmlar, teleshoularni tomosha qilish xonasi va boshqalar) tashkil qilish tavsiya etiladi.

- ijtimoiy ish bo'yicha mutaxassisning ijtimoiy-psixologik, korreksion va o'quv ishlarini amalga oshirish;
- bemorni mehnat, o'qish va ijodiy faoliyatlariga ishtirok ettirish;
- reabilitatsiyaning har bir bosqichida bemorlarni reabilitatsiya muassasasi sharoitlariga moslashtirishni korreksiyalash;
- xulq-atvor, mehnat texnologiyalarini o'zlashtirish, ishda, o'qishda muvaffaqiyat qozonish va boshqalarni ustidannazorat qilish;
- buzilgan oilaviy munosabatlar va ijtimoiy aloqalarni tiklashda, ijtimoiy maishiy muammolarni hal etishda yordamlashish;

- reabilitatsiya shifoxonasidan chiqqandan keyin yoki ambulatoriya sharoitida reabilitatsiya paytida ish bilan ta'minlash, kasbiy tayyorgarlikda, o'qishni davom ettirishda yordam berish;
- yuridik savollar bo'yicha maslahatlarni olish;
- davolash va reabilitatsion narkologik muassasalar; reabilitatsiya dasturlari; tobelik muammolari bilan shug'ullanadigan jamoat tashkilotlari va diniy konfessiyalar; giyohvandlikka qarshi mavzular bo'yicha ommabop adabiyotlar va uslubiy materiallarni olish imkoniyatlari; alkogol va giyohvandlikka qarshi madaniy tadbirlar va boshqalarto'g'risida ma'lumotlar bilan ta'minlash;
- madaniy, sport va dam olish, bemorlarni reabilitatsiya qilishga ko'maklashuvchi kompleks tadbirlarini o'tkazish.

TIR dasturini statsionar sharoitda (reabilitatsiya bo'limi, reabilitatsiya markazi, kunduzgi reabilitatsiya statsionari) tugatgandan so'ng, bemorlarni ambulatoriya sharoitida TIR dasturlarida ishtirok etishga undashadi (va tavsiya etishadi).

Ambulator sharoitidagi tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya

Ambulatoriya sharoitida TIRning maqsadi -bemorning jismoniy va ruhiy holatini tiklash va barqarorlashtirish, uning ijtimoiy mavqeini tiklash, ya'ni bemorning me'yoriy shaxsiy va ijtimoiy fazilatlarini tiklash, korreksiyalash yoki shakllantirish, uning oila va jamiyatga qaytishidir.

Ambulatoriya sharoitida TIRning vazifalari:

- DRDda ishtirok etishga bemorlarni motivatsiyalash;
- tibbiy psixolog va ijtimoiy xodimlarning maslahatlari;
- keyinchalik malakali tibbiy yordam ko'rsatish va tekshirish uchun, ya'ni DRDing tiklovchi (asosan terapevtik) davrini amalga oshirish uchun bemorlarni narkologiya muassasasiga yuborish bilan vrach-narkologning ixtisoslashtirilgan diagnostik maslahati;
- alkogol yoki giyohvand genezlikam ifodalangan abstinents va abstinensiyadan keyingi buzilishlarni davolash;
- qo'llab-quvvatlovchi kasallik qaytalanishiga qarshi reabilitatsiya dasturlarini tashkil etish;

Bundan tashqari, ambulatoriya bo'limlarida funksional buzilishlari (hamkor tobelik va astenonevrotik buzilishlar va boshqalar) bo'lgan narkologik bemorlarning maslahat, psixologik yordam va psixokorreksiyaga muhtoj bo'lgan qarindoshlariga davolash-reabilitatsiya yordami ko'rsatilishi mumkin.

Bemorning modeli:

- yuqori, o'rta va past darajadagi reabilitatsiya salohiyatiga ega bo'lgan, tibbiy chora-tadbirlarning tiklanish (reabilitatsiyadan oldingi) davrini qisman yoki to'liq yakunlagan va ambulatoriyada TIRD o'tkazish istagini bildirganlar;
- reabilitatsiya markazlarida ijtimoiy reabilitatsiya dasturlarini tamomlagan va qo'llab-quvvatlovchi TIRDga muhtoj bo'lganlar;
- qamoqdan ozod qilingan va ixtiyoriy ravishda ambulatoriya sharoitida reabilitatsiya dasturlarida ishtirok etishga rozilik berganlar;
- sud qarori bilan majburiy ambulator davolash va reabilitatsiyaga yo'naltirilganlar.

Statsionar sharoitda TIRDni o'tkazgan barcha bemorlar to'liq tekshiruvdan so'ng, barqaror ruhiy va somatik holatida, tunu kun tibbiy nazorat va parvarish qilishni talab qilmaydigan, o'z-o'ziga hizmat qilish qobiliyatiga ega bo'lganlar ambulatoriya sharoitida TIRDga yuboriladi.

Ambulatoriya sharoitida TIRDga qabul qilingandan so'ng, bemor tegishli tavsiyanomani, statsionar tibbiy kartasidan ko'chirmasida asosiy va qo'shma kasalliklar, klinik diagnostika, bakteriologik va boshqa

tadqiqotlar natijalarini, o'tkazilgan davolashni, RPD xususiyatlarini va ambulatoriya sharoitida TIRD ko'rsatmalarini ko'rsatib beradi.

Ambulatoriya sharoitida TIRDni amalga oshirilishi bemorlarga ishlashni yoki o'qishni davom ettirishga, oilasi bilan uyda yashashga imkon beradi. Shu bilan birga, puxta ishlab chiqilgan va boshqariladigan tadbirlar dasturiga muvofiq bemorga bir qator talablar qo'yiladi, shu jumladan psixoaktiv moddalarni suiste'molidan bosh tortish, intizomli va qabul qilingan majburiyatlar uchun javobgar bo'lish uchun yuqori motivatsiyani saqlashga va b. imkon beradi.

Ambulatoriya sharoitida TIRD quyidagi mutaxassislar bilan: tuman narkologlari, psixoterapevtlar, tibbiy psixologlarning tibbiy reabilitatsiyaning boshqa mutaxassislari (ijtimoiy ishchi) o'zaro hamkorligi asosida amalga oshiriladi.

Ambulatoriya sharoitida tuman narkologlari ambulator TIRD o'tkazish uchun bemorlarda tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar mavjudligini va TIRDni o'tkazadigan tibbiyot muassalarini aniqlaydilar.

Tibbiy ko'rsatmalar bo'lganida va IRD ishlab chiqish uchun vrach-narkolog bemorlarni psixoterapevt, tibbiy psixolog va boshqa mutaxassislarga murojaat qilishga yo'naltiradi.

Ambulatoriya sharoitida TIRD uchun ijtimoiy talablar statsionar sharoitda tibbiy va ijtimoiy reabilitatsiya talablari bilan bir xil bo'lib, bemorlarni faol rag'batlantirish va ishga jalb qilish, kasbiy tayyorgarlik, sport, ijodiy faoliyat va boshqalarni o'z ichiga oladi.

Yuqori RPD bo'lgan bemorlar uchun ambulatoriya sharoitida TIRD davomiyligi uch oydan olti oygacha (agar kerak bo'lsa, ular uzaytirilishi mumkin), o'rta va past RPD bo'lgan bemorlar uchun - kamida bir yil bo'lishi mumkin. Agar kerak bo'lsa, bemorning roziligi bilan TIR dasturi bemorning ahvolini to'liq tiklash uchun zarur bo'lgan muddatga uzaytirilishi mumkin.

Agar bemorning klinik holati yomonlashsa, takroriy "buzilishlar" aniqlansa, bemorlar narkologik kasalxonaga (yoki kunduzgi kasalxonaga) kasallik qaytalanishiga qarshi yoki tiklash terapiyasiga davolanishga yuboriladi va keyinchalik ixtiyoriy rozilik bilan statsionar yoki ambulatoriya sharoitidagi reabilitatsiya bo'limiga o'tkaziladi.

Kasallikni davolash, davolash holati va nazorati bo'yicha tibbiy xizmatlar

TIRD oirasida psixoaktiv moddalar suiste'moli tufayli paydo bo'lgan o'tkir, yarim o'tkir va qoldiq ruhiy, xulq-atvor va somatonevrologik buzilishlarni davolash va oldini olish uchun ishlatiladi. Ular "Narkologik bemorlarni tashhislash, davolash va tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya standartlari" ga muvofiq ta'minlanadi, qaytalanishiga qarshi va umumiy tiklovchi vositalar bilan bir qatorda o'ziga xos dorilarni o'z ichiga oladi:

1. asetaldegiddehidrogenazani blokirovka qiluvchi sensibilizatsiyalashtiruvchi vositalar-disulfiram, sianamid, metronidazol va boshqalar;
2. naltrekson -opiat retseptorlarni blokatori;
3. nikotin tobelikgini yengillashtirish uchun ishlatiladigan dorilar-nikotin va sitizin.

Sensibilizatsiya qiluvchi vositalar alkogolga tobelikgi, shuningdek alkogolga tobelik bilan birlashtirilgan boshqa tobelik shakllari uchun ishlatiladi.

Sensibilizatsiyalash terapiyasi sirka aldegidini (toksik xususiyatlarga ega etanol metabolizmining biologik faol mahsuloti) faol bo'lmagan sirka efiriga aylantiradigan aldegiddehidrogenaza fermentini blokirovka qiluvchi vositalardan foydalanishga asoslangan. Bunday vositalarga disulfiram, sianamid, metronidazol va boshqalar kiradi.

Disulfiramni qabul qilishning 3 yoki undan ko'p kunidan so'ng, alkogol 10-20 daqiqa davomida iste'mol qilinsa, qondaasetaldegid darajasi 5-10 marotabaga oshadi, u bir qator sub'ektiv ravishda juda yoqimsiz alomatlarni: yuqori qon bosimi, taxikardiya, ko'ngil aynishi va qayt qilish, yurakdagi og'riq, tepib uradigan bosh og'rig'i, sianotik rang bilan giperemiya va yuzning shishishi, quloqda shovqinlar, bosh aylanishi, ko'rish noaniqligi, havotir va o'lim qo'rquvini keltirib chiqaradi va alkogol iste'molini davom ettirishning ilojisi bo'lmaydi. Disulfiram-alkogol reaksiyasining og'ir kechishi bilan arterial gipertenziya qon bosimining pasayishi va kollaps holatining rivojlanishi bilan almashishi mumkin. Disulfiram kuniga 0,25 dan 2 marotaba 2 hafta davomida buyuriladi, so'ngra kunlik miqdor 0,25 gacha kamayadi. Bir oydan so'ng, keyingi 10-20 kunlik tanaffuslar amalga oshiriladi yoki aksincha, miqdor vaqtincha oshiriladi-vaziyatga (bayramlar va boshqalar) va bemorning ahvoriga qarab.

Disulfiram kokain tobelikgida, shuningdek opioidga tobe bo'lgan odamlarda kokainni suiiste'mol qilishda samarali farmakologik vosita deb hisoblanadi. Disulfiramning bu ta'siri uning β -dofamingidroksilazaniingibitsiya qila olish qobiliyati bilan izohlanadi, bu esa erkin dofaminning ko'payishigava noradrenalin sintezining kamayishiga olib keladi. Kokain katexolaminlarni qaytarib olishning kuchli ingibitori bo'lganligi sababli, disulfiram kokainga bo'lgan patologik moyillikni kamaytirishi mumkin.

Shunday qilib, hozirgi vaqtda disulfiramdan foydalanish ko'rsatkichlari kengaygan va nafaqat alkogolga tobelik, balki kokainga tobelik, shuningdek kokain va alkogol birlikdagi iste'moli kiradi.

Xuddi disulfiramga o'hshabalkogol metabolizmigatsianamid ta'sir qiladi, u kuniga 12 dan 24 tomchi miqdorida qabul qilinadi. Sianamid ta'sir mexanizmi bo'yicha o'ziga xos dori hisoblanadi, chunki u faqat asetaldegiddehidrogenazaga ta'sir qiladi (disulfiram, bu mexanizmdan tashqari, β -dofamingidroksilazani ham to'sib qo'yadi). Davolash kursi uzoq muddatli -3-6 oy yoki undan ham ko'p. Spirtli ichimliklarga "sezgirlik" vositasi sifatida ishlatiladigan metronidazol disulfiramga qaraganda kamroq zaharlidir va shuning uchun maxsus ehtiyot choralarini talab qilmaydi. Uni 2-3 hafta davomida 0,75 g dan 3 marta kunigabuyuriladi.

Narkologiya amaliyotida foydalanish uchun tavsiya etiladigan maxsus dorilar

Dori vositasi	Ko'rsatmalar	Miqdor va qo'llash
Disulfiram	<ul style="list-style-type: none"> - Davolash paytida kasallik qaytalanishini oldini olish; davolash - Alkogolga moyillikni pasaytirish - shartli-reflektor javobni ishlab chiqish - Alkogolga nafrat 	Boshlang'ich miqdori 500 mg/kun, miqdorni sekin sekin 250/125 mg/kungacha pasaytirish
Sianamid	<ul style="list-style-type: none"> - Kasallikni qaytalanishini oldini olish va davolash 	12-24 tomchi/kun
Nalokson	<ul style="list-style-type: none"> - Opioid analgetiklardan o'tkir zaharlanish, alkogol komasi - giyohvandlikdan azob chekayotganlarda nalokson kiritilishi ASningo'ziga xos belgilari namoyon bo'ladi, u diagnostika maqsadida ishlatiladi 	O'rtacha miqdori 0,4 - 0,8 mg
Naltrekson	<ul style="list-style-type: none"> - opioid tobelikgi (OASbartaraf etilgandan keyin) - alkogolga bo'lgan ehtiyojni kamaytirish va surunkali alkogolizmning qaytalanishini oldini olish 	50 mg (ichga buyuriladigan shakl) 380 mg (in'eksion uzoq muddatli shakl)

Nikotin	– nikotinga bo'lgan ehtiyojni kamaytirish orqali nikotinga tobelikni davolash; chekishni tashlashda yuzaga keladigan abstinensiya alomatlarini bartaraf etish.	7-21 mg, har kuni 3 oygacha
Sitizin	– Nikotinga tobelikni davolash	Yo'riqnomaga asosan

Naltrekson opiy va alkohol tobelikgida ishlatiladi. Hozirgi vaqtda kokain, stimulyatorlar va o'yinlargatobelikdagi opiat retseptorlar blokatorlarining terapevtik samaradorligini ko'rsatadigan tadqiqotlar mavjud. Ko'p hollarda naltrekson kuniga bir marta og'iz orqali 50 mgdan buyuriladi. U boshqa barcha usullar va davolash vositalari bilan birgalikda ishlatilishi lozim. Ba'zi bemorlarda (ayollar; yoshlar; yaqindagina spirtli ichimlik iste'mol qilgan bemorlar) naltreksonni qabul qilinishi ko'ngil aynishi va bosh og'rig'iga sabab bo'ladi. Bunday hollarda davolashni 12,5-25 mg miqdorda boshlash mumkin, bir necha kun ichida 50 mg ga o'tish mumkin.

Ichga buyurishdan tashqari, ko'pincha 380 mg miqdorda uzoq muddatli ta'sir ko'rsatadigan naltreksonning parenteral (mushak ichiga) in'eksiya shakli ishlatiladi. Ushbu shakl ta'sirining davomiyligi 4 hafta. Davolashning davomiyligi spirtli ichimliklarga tobelik uchun 6 oydan, opioidga tobelik uchun 12 oydan iborat bo'lib, undan keyin preparatni uzaytirish masalasi hal qilinadi. Spirtli ichimliklardan butunlay voz kechish naltreksonni davolashning maqsadi bo'lsa-da, uni shartsiz talab sifatida ilgari surmaslik kerak; agar bemor davolanishga rozi bo'lsa, lekin vaqti-vaqti bilan ichishni davom ettirsa, bu davolanishni to'xtatish kerak degani emas: ba'zi bemorlar, ayniqsa dastlabki, naltreksonga to'xtash bilan emas, balki faqat spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni kamaytirish orqali ta'sir qilishadi. Ambulatoriya va statsionartibbiy - ijtimoiy reabilitatsiya doirasida psixoterapevtik davolanish bilan birgalikda 380 mg uzoq muddatli ta'sir ko'rsatadigan Naltreksonning in'eksion shaklidan foydalanish tavsiya etiladi.

Profilaktika, davolash va tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiyaning nomedikamentoz (fizioterapevtik)usullari

Fizioterapiya protseduralaridan foydalanish murakkab farmakoterapiyaga foydali qo'shimcha hisoblanadi, chunki bu uning samaradorligini oshirishga imkon beradi.

Fizioterapevtik usullar statsionar sharoitda qo'llaniladi, fizioterapevt bilan maslahatlashgandan so'ng ko'rsatmalarga muvofiq belgilanadi.

Narkologiya amaliyotida qo'llaniladigan fizioterapiya usullari

1	markaziy asab tizimi va bosh miya kasalliklarida dorilarning elektroforezi
2	markaziy asab tizimi va miya kasalliklarida tubjoy darsonvalizatsiyasi
3	periferik asab tizimi kasalliklari uchun galvanoterapiya
4	periferik asab tizimi kasalliklaridaBernar toklari
5	periferik asab tizimi kasalliklari uchun tubjoy darsonvalizatsiyasi
6	periferik asab tizimi kasalliklari uchundori elektroforezi
7	elektrouyqu
8	ultra yuqori chastotali elektr maydoni bilan ta'sir qilish (EM UYuCh)
9	o'zgaruvchan magnit maydon bilan ta'sir qilish (O'MM)

Tibbiy-ijtimoiy rehabilitatsiya dasturlaridagi psixoterapiya

Psixoterapiya o'tkazishda psixoterapevtik ta'sirning maqsadga muvofiqligi (nozologik, simptomatik, shaxsiy) muhimdir. IRDni ishlab chiqishda har bir bemor uchun psixoterapevtik ta'sirining individual "nishonlarini" shakllantirish lozim.

Psixoterapevtik ta'sir uchun nishonlarni tanlash bemorning individual imkoniyatlari va xususiyatlariga bog'liq: ta'lim, aql, kognitiv xususiyatlar, ijodiy fikrlash va tushunish qobiliyati, shaxsiy xususiyatlar, ruhiy jarayonlarning shaxs ichidagi sur'ati. Davolashgapsixoaktiv moddalarga bog'liq bo'lgan va psixoaktiv moddalarni iste'molidan bosh tortishga bemorlarning o'ta beqaror motivatsiyasini hisobga olgan holda, DRJning barcha bosqichlarida psixoterapiyaning asosiy usuli motivatsion psixoterapiya hisoblanadi.

Psixoaktiv moddalarga tobeklik bo'lgan bemorlarda psixoterapevtik ta'sirning asosiy nishonlari:

- psixoaktiv moddalarga patologik moyillik (psixoaktiv moddalarni qabul qilish motivatsiyasini, shu jumladan patologik moyillikning o'zini, uning alomatlari va tobeklik genezining patogenetik elementi bo'lgan va shaxsiyat patologiyasi bilan chambarchas bog'liq bo'lgan bemorlarning "asosiy, ongsiz" motivatsiyasining namoyon bo'lishini tan olish qobiliyati);
- nozognoziya buzilishlari, kasallikni qisman anglanishi; bemorning shaxsiy disfunktsiyalari (aksentuatsiya, shaxsning buzilishi);
- davolash haqidagi buzilgan tasavvurlar (va/yoki xavfsirash);
- buzilgan kommunikativ yo'l - yo'riklar;
- bemorning o'z-o'zini baholashning buzilishi;
- zaif refleksiv qobiliyatlar, ularning hozirgi holatini baholay olmaslik;
- chuqur aloqa o'rnatish (terapevtik alyans doirasida), shu jumladan mutaxassisdan hissiy yordam olishqobiliyatining buzilishi;
- intrapsixik to'qnashuvlar kuchli, ammo yomon anglanayotgan hissiyotlar bilan birga keladi;
- bemorning "kelajak qiyofasini" buzadigan "o'rganilgan nochorlik" ning pessimistik yo'l - yo'riklari va patternlari ;
- ob'ektga oid munosabatlarning tipik buzilishlari.

Psixoterapiya, psixologik maslahat va psixoterapevtik dinamikani baholash bo'yicha tibbiy xizmatlar

1. Mutaxassis qabul qilishi (tekshirish, maslahat) va nazorat qilish (statsionar sharoitida)	
Majburiy	Ko'rsatmalarga ko'ra
<ul style="list-style-type: none">– vrach-psixoterapevt qabul qilishi (tekshirish, maslahat)– tibbiy psixolog qabul qilishi (testlardan o'tish, maslahat)– vrach-psixoterapevt takroran qabul qilishi (tekshirish, maslahat)– tibbiy psixolog takroran qabul qilishi (testlardan o'tish, maslahat)	<ul style="list-style-type: none">– yo'q
2. Psixoterapevtik davolash (statsionar sharoitida)	
Majburiy	Ko'rsatmalarga ko'ra
<ul style="list-style-type: none">– Psixologik moslashuv– Atvor- muhit terapiyasi– Psixologik maslahat– Individual psixologik maslahati– Guruh psixologik maslahati	<ul style="list-style-type: none">– Mehnatterapiyasi– Artterapiya– Autogen trenirovkasi

<ul style="list-style-type: none"> – Oilaviy psixologik maslahati – Psixologik korreksiya – Individual psixologik korreksiya – Ijtimoiy-reabilitatsion ish – Guruh psixologik korreksiya – Psixoterapiya 	
3. Mutaxassis qabul qilishi (tekshirish, maslahat) va nazorat qilish (ambulator sharoitida)	
Majburiy	Ko'rsatmalarga ko'ra
<ul style="list-style-type: none"> – vrach-psixoterapevt qabul qilishi (tekshirish, maslahat) – tibbiy psixolog qabul qilishi (testlardan o'tish, maslahat) – vrach-psixoterapevt takroran qabul qilishi (tekshirish, maslahat) – tibbiy psixolog takroran qabul qilishi (testlardan o'tish, maslahat) 	<ul style="list-style-type: none"> – yo'q
4. Psixoterapevtik davolash (ambulator sharoitida)	
Majburiy	Ko'rsatmalarga ko'ra
<ul style="list-style-type: none"> – Psixologik moslashuv – Psixologik maslahat – Individual psixologik maslahati – Guruhpsixologik maslahati – Oilaviy psixologik maslahati – Psixologik korreksiya – Individual psixologik korreksiya – Guruh psixologik korreksiya – Psixoterapiya – Atvor- muhit terapiyasi – Ijtimoiy-reabilitatsion ish 	<ul style="list-style-type: none"> – Mehnatterapiyasi – Artterapiya – Autogen trenirovkasi – Kognitiv-hulq atvor psixoterapiyasi – Ijodiy o'zini namoyon qilish terapiyasi (Burno bo'yicha) – Gipnoterapiya – NLP

Psixoterapiya, psixologik maslahat va psixoterapevtik dinamikani baholash bo'yicha tibbiy xizmatlar

Tibbiy xizmat	Qo'llash
Patopsixologik va neyropsixologik diagnostika	<p>Bu shahsning o'ziga hos psixologik xususiyatlarini aniqlash usullarini o'z ichiga oladigan ijtimoiy-psixologik aralashuvlar majmuasi. Sog'liqni saqlash muassasasida quyidagi psixologik diagnostika turlari tibbiy psixolog tomonidan amalga oshiriladi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) neyropsixologik diagnostika (topik tashhis qo'yish, aqliy faoliyatning saqlanib qolgan va buzilgan aloqalarini o'rganish, asosan nevrologik kasalliklarga chalingan bemorlarda terapiya va reabilitatsiya fonida aqliy funksiyalarning buzilish dinamikasini baholash), 2) patopsixologik diagnostika (asosan ruhiy bemorlardakognitiv va hissiy-shaxsiy sohaning buzilgan va saqlanib qolgan tarkibiy qismlarini va dinamikasini baholash),

	3) shaxsiy diagnostika (kasalliklarning keng doirasidagi shaxsiy o'zgarishlarni baholash uchun proektiv usullar va standartlashtirilgan so'rovnomalar yordamida o'tkaziladi).
Psixologik moslashuv	Jamiyatning me'yorlari va qadriyatlarini egallash orqali shaxsni jamiyatda mavjud bo'lgan talablar va baholash mezonlariga moslashtirish. Tobelikka chalingan odamlarda psixologik moslashuv to'liq dezadaptatsiyaga qadar buzilgan. Davolash jarayonida ishning muhim yo'nalishlaridan biri bu sog'lom turmush tarziga psixologik moslashuvni qayta tiklashdir.
Psixologik maslahat berish <ul style="list-style-type: none"> – individual psixologik maslahat – guruh psixologik maslahat – oilaviy psixologik maslahat 	Kasbiy martabaning yuqorilashuviga, nikoh, oila, shaxsiy rivojlanish va shaxslararo munosabatlar bilan bog'liq muammolarni hal qilish va qarorlar qabul qilishga insonga yordam berishga qaratilgan protseduralar to'plami. U individual tarzda va guruhda amalga oshirilishi mumkin. Alohida oilaviy maslahat ajratiladi: bu nafaqat qarindoshlar bilan to'g'ridan-to'g'ri ishlashni, balki tobelik sindromi bo'lgan bemorlarga, shu jumladan ularning xotinlari (erlari) bilan maslahat berishni, nikohgacha bo'lgan davrda, shuningdek ajrashish davrida maslahat berishni ham o'z ichiga oladi. Bunga bolalar va ota-onalar munosabatlari, shuningdek, ota-onalar va er/xotinning qarindoshlari bilan munosabatlar bo'yicha maslahat ham kiradi, chunki oila a'zolaridan birida qaramlik mavjudligida butun oilaga va uning har bir a'zosiga ta'sir qiladi. Psixologik maslahatning maqsadlari muayan psixologik muammoga bog'liq.
Psixologik korreksiya <ul style="list-style-type: none"> – individual psixologik korreksiya – guruhli psixologik korreksiya 	Bu psixologik maslahat, psixoterapiya kabi psixologik yordam turlaridan biri, psixologik ta'sirning psixologik korreksiya maxsus vositalari yordamida optimal modelga mos kelmaydigan psixologik rivojlanish xususiyatlarini tuzatishga qaratilgan; shuningdek—bu insonga kerak bo'lgan psixologik xususiyatlarini hushyorlikni saqlab qolish, uning ijtimoiy moslashuvi va o'zgaruvchan hayot sharoitlariga moslashishini oshirishga yo'naltirilgan. U individual va guruhda amalga oshirilishi mumkin.
Mehnat terapiyasi	Narkologiyada mehnat terapiyaning asosiy maqsadi: bemorlarga juda sodda asosiy ish, kundalik ishlarni adekvat ravishda idrok etish qobiliyatlarini singdirishdir. Mehnat terapiyasi odamga o'z mehnati bilan ijobiy munosabatda bo'lishga va ishlash mahoratini rivojlantirishga, ish faoliyatiga motivatsiyani oshirishga, o'rtacha mehnatga o'rgatishda yordam beradi. Inson o'zini jamiyatning to'laqonli a'zosi, muhim, talabga javob beradigan, foydali deb his qila boshlaydi. O'z ishining qiymati boshqa odamning ishiga hurmatni rivojlantiradi, bu esa umuman faoliyatga to'g'ri munosabatni yaqinlashtiradi va rivojlantiradi. Usulning markaziy vazifasi kasalxona yoki ish joyida modelashtirilgan aktiv ish faoliyatiga qo'shilgan taqdirda bemorni jamiyatga moslashtirishdir. Usul dinamikdir, chunki individual topshiriqlar va ish uchun javobgarlik oshadi, bemorga oqilona ko'rsatma beriladi, uy vazifalarini hamkasblar o'rtasida taqsimlash va vazifani bajarishda namuna ko'rsatish uchun ushbu usul

	bemorga mustaqillik va shaxslararo muloqotni rivojlantirishga yordam beradi.
Atrof-muhit terapiyasi	Bemorning atrof, muhitbilano'zaro ta'siridagi terapevtik potensialidan foydalanishdir. Bu bemorlarning harakat qilish uchun terapevtik dastur amalga oshirilishi bilan sun'iy ravishda yaratilgan muhit, unda nazorat qilish, rag'batlantirish yoki tanqid qilish, mas'uliyat va psixologik yordamtizimini o'z ichiga oladi, bu asosan kasallikning buzilishi yoki qaytalanishining oldini olishni kafolatlaydi. Atrof-muhit terapiyasi qayta moslashuv vasotsializatsiyaning terapevtik vositasi bo'lib, giyohvand/alkogol atrof-muhitning (subkultura)salbiy ta'siridan bemorlarni himoyalaydi va, avvalambor, giyohvand moddalar/spirtli ichimliklariste'molidan, shuningdek, ularning ochiq jamiyatdagi faoliyatini modellashtiradi.
Artterapiya	Bu san'at va ijodkorlikka asoslangan psixoterapiya va psixologik korreksiyalash turi. Ko'pincha art-terapiya bemorning ruhiy hissiy holatiga ta'sir qiluvchi vizual ijodkorlik terapiyani anglatadi. Ushbu usul holatning dinamikasini baholash uchun ijodiy mahsulotlardan foydalanishga imkon beradi. Art-terapevtik ishi bemorning ijodiy salohiyatini oshkor qilishga yordam beradi. U ifodalangan aleksitimiya bilan og'rigan bemorlarda, shuningdek zarur bo'lgandapatogen, kechiktirilgan hissiyotlarning ta'siriga samarali xavfsiz hissiy javob berishda qo'llaniladi.
Ijtimoiy-reabilitatsiyaishi	Giyohvandlikka olib keladigan psixoaktiv moddalarni ishlatishdan bosh tortgan bemorlarni shaxsiy qayta moslashuvi, ularni qayta sotsializatsiya va jamiyatga reintegratsiyaga qaratilgan tibbiy, psixologik, ma'rifiy, tarbiyaviy, ijtimoiy, huquqiy, mehnat choralari tizimi. Ijtimoiy reabilitatsiya ishining maqsadi bemorning intellektual, axloqiy, hissiy, ijodiy salohiyatini ochish va rivojlantirish asosida me'yoriy shaxsiy va ijtimoiy mavqeini tiklashdir (shakllantirish).
Autogen trenirovkasi	Stress natijasida buzilgan inson tanasining gomeostatik mexanizmlarining dinamik muvozanatini tiklashga yo'naltirilganpsixoterapevtik usul. Autogen mashg'ulotlar texnikasimushaklarning bo'shshish, ixlos qilish va mustaqil ravishda o'rganishlardan (avtodidaktika) foydalanishga asoslangan. Terapevtik samarasiavtonom asab tizimining parasimpatik qismi tonusining oshishi bilan birga bo'shshishdan kelib chiqadigan trofotrop reaksiyaga bog'liq, bu esa o'z navbatida tananing salbiy stress reaksiyasini zararsizlantirishga yordam beradi. Ba'zi bir tadqiqotchilar autogen mashg'ulotlarning ta'sirini miyaning limbik va gipotalamus doiralari faoliyatining zaiflashishi bilan bog'lashadi. Usullar individual ravishda ham guruhlarda qo'llaniladi.

Narkologiyada qo'llaniladigan psixoterapiya usullari

Usul	Xarakteristikasi	Qo'llanilishi
Motivatsion intervyu	Bemor bilan muloqot qilish davomida balansni o'zgartiradigan usul. Asosiy tushuncha - bu "o'zgarishga tayyorlik", bu tashqi omillar ta'siriga sezgir bo'lgan ichki holat bemorni rag'batlantirish bosqichi deb hisoblanadi.	Mutaxassislar ishidagi asosiy yondashuv. Narkologning (psixoterapevt, tibbiy psixolog) bemor bilan har bir psixoterapevtik o'zaro ta'siridagi usul, shuningdek, tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya davomida individual ravishda yoki guruhda psixoterapevtik mashg'ulotlar bilan alohida tanlangan yondashuv. Mutaxassislar faqat to'g'ri, tanqidsiz, professional pozitsiyani egallashi, ko'nikmalarni malakali qo'llashi va bemorni o'zgarishlarga tayyorlaydigan aralashuvlarni amalga oshirishi sharti bilan samaradorlik yuqori bo'ladi.
Kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasi	Bu o'rganish nazariyasi tamoyillariga asoslangan xulq-atvorning kerakli, moslashuvchan shakllarini tuzishga yo'naltirilgan jarayon. Psixoaktiv moddalarni iste'mol qilish bilan bog'liq xatti-harakatlarni o'zgartirish uchun ishlatiladigan usullar to'plami.	Usulni qo'llash fikrlar mazmuniga ta'sir etish orqali hissiyot va xulq-atvorni o'zgartirish mumkinligiga asoslanadi, bunday o'zgarishlar ehtimoli bilim va hissiy sohalarning bog'liqligiga asoslanadi. Usul tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya paytida samarali ishlatiladi. 20 dan 40 gacha psixoterapiya mashg'ulotlarini o'tkazish tavsiya etiladi.

<p>Komplayens psixoterapiya</p>	<p>Bu usul xulq-atvor yondashuviga asoslanadi, motivatsion intervyuni faol terapevtik ko'rsatmalari bilan joriy etish, muammolarni hal qilish bilan, ta'lim va kognitiv tarkibiy qismlarni birlashtiradigan usullardan foydalanadi.</p>	<p>Psixoterapevtik ish bemorlarning o'zlari, kasallik haqidagi irratsional e'tiqodlarini aniqlashga, kelajakda PAMlar iste'molini prognoz qilishga, kasallik bilan kurashish uchun o'z resurslarini baholashga va keyin bemorning irratsional e'tiqodlarini o'zgartirishga qaratilgan. Usul, shuningdek, tobelik rivojlanish mexanizmlarini, tobelik ta'sirini va tobelikni davolash usullarini tushuntirishga qaratilgan ta'lim dasturlardan foydalanishni nazarda tutadi. 4 dan 8 gacha psixoterapiya mashg'ulotlari (individual yoki guruhda) o'tkazilishi tavsiya etiladi.</p>
<p>Ratsional psixoterapiya</p>	<p>Shifokorning kasallik haqidagi kasbiy bilimlaridan foydalaniladi, bemorning mantiqiy xatolari tahlil qilinadi. Terapiya jarayonida davolanishga munosabatni shakllantirish va PAM iste'molidan bosh tortish, "residivga qarshi" ko'nikmalarni o'rgatish amalga oshiriladi. Psixoterapiya o'tkazishda bemorlarning shaxsiy xususiyatlarini hisobga olish lozim.</p>	<p>Bu narkolog ishining keng qo'llanadigan bajarilishi shart bo'lgan qismidir. 20 dan 40 gacha psixoterapiya mashg'ulotlari o'tkazilishi tavsiya etiladi.</p>
<p>Gipnosuggestiv psixoterapiya (bevosita predmetli usullar, emotsional-stress psixoterapiya, predmet orqali ishonirish usuli)</p>	<p>Inontirishga asoslangan usullar. Terapevtik inontirishning samaradorligini oshirish bemorni gipnoz holatiga yoki "trans" holatiga - bo'shashish, tinchlik va hokazolarga botirish orqali erishiladi. Sessiya davomida "yumshoq" uxlatuvchi formulalar hissiy imperativ inontirish bilan almashinadi. Har bir usul o'tkazishni o'ziga xos xususiyatlarga ega. Ushbu usullarni qo'llash natijasida bemor hissiy jihatdan ochiq bo'ladi, bu zarur terapevtik ta'sirga erishish uchun ishlatiladi. Ayrim usullar keng qo'llaniladi, ayrimlari hozirgi vaqtda o'z ahamiyatini yo'qotmoqda. Ular</p>	<p>Usullar individual ishlarda ham, guruhlarda ham qo'llaniladi. Har bir bemorning xususiyatlariga qarab inontirish formulalarini individual tarzda ishlatish kerak. 4 dan 12gacha psixoterapiya mashg'ulotlari o'tkazilishi tavsiya etiladi.</p>

	alkogolizm bilan bemorlarni davolash uchun ko'proq qo'llaniladi.	
Psixodrama	Bu usul terapevtik guruh jarayoni bo'lib, unda bemorning ichki dunyosini o'rganish uchun dramatik improvizatsiya vositasi qo'llaniladi. Psixodrama xayoliy sahna tasavvurlarini emas, balki bemorning dolzarb muammolarini aks ettiradi. Verballashtirish bilan taqqoslaganda hayotga juda yaqin bo'lgan harakatlardan foydalanganda, his-tuyg'ularni o'rganish, yangi munosabatlar va xulq-atvor namunalari shakllantirishda samaraliroq bo'ladi. Psixodramada an'anaviy teatrning sun'iy xarakteri ishtirokchilarning spontan xatti-harakatlari bilan almashtiriladi.	20 dan 40 gacha psixoterapiya mashg'ulotlari o'tkazish tavsiya etiladi.
Guruh usulidagi psixoterapiya	Bu guruhning o'zaro ta'siri imkoniyatiga asoslanadi. Guruhda psixoterapevtik jarayonni o'tkazishda guruh a'zolarining mikrosotsial muhit bilan munosabatlari va o'zaro munosabatlarini tuzatish uchun hissiy va psixologik jihatdan kuchli ijobiy o'zaro ta'sirini shakllantirishga e'tibor qaratiladi.	Guruh psixoterapiya usullari yordamida psixologik himoyani yengish, kasallikni "rad etish" muammolari samarali ishlab chiqiladi. Guruhning turli xil texnika va shakllari qo'llaniladi. Ularning barchasini davolash jarayonining qator asosiy xususiyatlari birlashtiradi: 1) his-tuyg'ularni ifodalashni osonlashtirish; 2) guruhga mansublik hissini shakllantirish; 3) o'z-o'zini oshkor qilishning muqarrarligi; 4) yangi xatti-harakatlarni sinab ko'rish; 5) shaxslararo taqqoslashlardan foydalanish; 6) guruhni boshqarish uchun javobgarlikni rahbar bilan bo'linish. 20 dan 40 gacha psixoterapiya mashg'ulotlari o'tkazilishi tavsiya etiladi.
Transakt analiz	Transakt analiz -bu shaxsiy o'sish va shaxsiy o'zgarishlar uchun psixoterapiya usuli bo'lib, o'z falsafasi, nazariyasi va o'zgarishning (shu jumladan tobeklik xatti-harakatlarni o'zgartirishni ham)	Usul vazifalarga qarab moslashuvchan bo'lib, qisqa muddatli va uzoq muddatli foydalanishni o'z ichiga oladi, 10

	turli texnologiyalarini o'z ichiga oladi. Transakt analizning ayrim texnikalari narkologiyada yuqori samaradorligini ko'rsatdi: E. Bern bo'yicha o'yinlarning o'zaro ta'sirini tahlil qilish usuli, Stiven Karpmaning dramatik uchburchagini tahlil qilish usuli, suiqasdga qarshi shartnomasi, tobelik shaxsning fojiali ssenariysini tahlil qilish va davolash, diagnostika usuli va bemorning shaxsiyatining kuchli va zaif tomonlarini hisobga olgan holda terapiyani o'tqazish.	dan 40 gacha psixoterapevtik mashg'ulotlar o'tkaziladi.
Oilaviy psixoterapiya	Yuqorida tavsiflangan turli xil texnikalar qo'llaniladi, bu guruh va individual tarzda bo'lishi mumkin. Asosiy maqsad - oilaning patologik munosabatlarini korrektsiyalashdir. Bemor va uning oilaviy atrofdagilari psixoterapevtik ta'sirning ob'ekti bo'ladi. Bundan tashqari, oilaviy psixoterapiya hamkor tobelikni korrektsiya qilish uchun ham ishlatiladi.	Mutaxassislar 10 dan 30 gacha uchrashuvlarni oilaviy maslahat shaklida, oila a'zolaridan kamida bittasini yoki boshqasini jalb qilib o'tkazishlari kerak.

Tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiyaning barcha bosqichlarida majburiy tarzda bemorlarni DRDga jalb qilish va ularni davolash hamda tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya dasturlarida ushlab qolishga qaratilgan.

Motivatsion terapiyaning asosiy usuli motivatsion intervyudir (MI). MI davolashning barcha bosqichlarida PAMga tobelik bo'lgan bemorlar bilan ishlash uchun mo'ljallangan bo'lib, bemorni PAM iste'molini rad etishga, terapevtik va reabilitatsiya tadbirlarida ishtirok etishga undaydi. MI ko'p tarmoqli reabilitatsiya brigadaning barcha a'zolari tomonidan amalga oshiriladi (psixoterapevt, narkolog, tibbiy psixolog, ijtimoiy xodim).

MI - bu bemorning ruhiy, jismoniy va ijtimoiy mavqeini o'zgartirish, motivatsiyasini oshirishga va bunday o'zgarishga bo'lgan ehtiyojga ambivalent munosabatni yengishga qaratilgan, direktiv bo'lmagan, bemorga yo'naltirilgan usuldir.

Tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiyada reabilitatsiya brigada a'zolari va bemor o'rtasidagi turli xil munosabatlar qo'llaniladi.

Qarama-qarshilik turida shifokor bemorga uning turmush tarzining, shu jumladan PAM iste'moli zararli va unga yo'l qo'ymasligini namoyish qilganda, qarama-qarshilik, ziddiyat algoritmi mavjud bo'ladi. Qarama-qarshi munosabatlar uslubi doirasida tobelikga nisbatan salbiy munosabat bemorning shaxsiyatiga o'tkaziladi, stigmatizatsiya ta'sirini keltirib chiqaradi va hamkorlikni qiyinlashtiradi. Ushbu turdagi munosabatlar MI da ishlatilmasligi lozim.

Direktiv munosabatlar turi qarama-qarshilikning yumshatilgan variantidir. Shuningdek, u shifokor va bemorning hamkorligini istisno qiladi va shifokorlar uchun an'anaviy munosabatlarga asoslangan bo'lib, kasallik tufayli zaiflashgan bemorda tiklanish uchun javobgarlikni mutaxassisga topshirish bilan himoya tuyg'usini yaratishga qaratilgan. Shuni alohida ta'kidlash kerakki, an'anaviy munosabatlar (paternalizm) inontirish usullaridan foydalanish uchun zaruriy shartdir.

Paternalistik munosabatlar turi zamonaviy bemorlar aksariyati, shu jumladan narkologik kasalliklarga chalingan bemorlar qabul qilishmaydi. Bundan tashqari, DRD samaradorligi shifokor va bemorning tiklanish uchun birgalikdagi javobgarligiga asoslanadi, bu paternalizmga bo'lgan davolarni rad etishni talab qiladi.

Direktiv bo'lmagan yoki klientga yo'naltirilgan turi terapevt bemorga ijobiy e'tibor berishini, uning ichki dunyosini empatik tushunish orqali o'z-o'zidan (birinchi navbatda real MEN va ideal MEN o'rtasida) nomuvofiqlik tizimida qabul qilishning yetishmayotgan darajasini ta'minlashini anglatadi.

MI uchta asosiy elementga asoslangan:

- bemor va mutaxassis o'rtasidagi hamkorlikga,
- zarur o'zgarish haqida bemorning tabiiy fikrlarini ishlab chiqish va aniqlash,
- davom etayotgan o'zgarishlar jarayonida bemorning avtonomiyasini (va javobgarligini) ta'kidlash.

MI texnikalariga quyidagilar kiradi:

- empatiyaning ifodalanishi;
- rapport o'rnatilishi;
- ochiq savollardan foydalanish;
- refleksiv tinglash;
- o'zgartishlar dasturini shakllantirish;
- o'zgartirish dasturlarni qo'llab-quvvatlash;
- bemorning o'z-o'zini undovchi formulalarini o'zgartirish;
- ambivalentligini aniqlash;
- yechimlar balansi;
- bemorga ma'lumot va maslahat berish;
- o'zgarishlarni rejalashtirish;
- avtoritetlarni ajratish;
- farqlanishlarni tahlil qilish;
- o'z-o'zini samaradorligini qo'llab-quvvatlash;
- sa'y-harakatlarini qo'llab-quvvatlash;
- qarshilik bilan ishlash;
- bahs-munozaradan qochish.

Bemorni PAM iste'mol qilishni to'xtatishga undaydigan psixoterapiya o'tkazishda shifokor mavjud bo'lmagan dori yoki plasebo ta'siriga ega preparatni ishlatish yoki implantatsiya qilish haqida gapirib, bemorni yo'ldan ozdirmasligi, ilmiy atamalar bilan ishlashi va plasebo effekti bilan protseduralar yoki dorilarni qo'llash to'g'risida ataylab yolg'on ma'lumot bermasligi kerak. Agar plasebo effekti deb ataladigan boshqa dorilar yoki usullardan (masalan, magniy sulfat va boshqalar) foydalanilsa, har qanday dorilar yoki usullardan (masalan, disulfiram in'eksiyalari, mushak ichiga implantatsiya qilish uchun naltrekson, mushak ichiga yuborish yoki elektrostimulyatsiyasi uchun) foydalanishga yo'l qo'yilmaydi.

Tibbiy va ijtimoiy rehabilitatsiya davrida tobelik sindromi bo'lgan bemorlar uchun maktab

Bemorlar uchun maktab - bu kasallikni oqilona davolash, asoratlarning oldini olish va hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan bilim, tushuncha va amaliy ko'nikmalarni oshirish uchun bemorlarga individual va guruhli maslahat berish vositalari va usullari to'plamidir.

Bemorlar uchun maktab - bu axborot va motivatsion texnologiya bo'lib, bemorlarga hushyor turmush tarzini olib borish va eng uzoq muddatli remissiyalarga erishish uchun ongli ehtiyojni shakllantirish uchun o'quv dasturlarida ishtirok etishga imkon beradi.

Sog'liq maktablarini tashkil etishning maqsadi bemorlarning tobelik xavfi omillari, buzilishlar va residivlar xavfi omillari to'g'risida xabardorligini oshirish, bemorda o'z sog'lig'ini saqlab qolish istagini shakllantirish, shifokor tavsiyalarini amalga oshirishga jiddiy munosabatda bo'lishdir.

O'quv guruhlariga tobelik sindromining o'xshash xususiyatlariga ega bemorlarni kiritish tavsiya etiladi. Guruhlarni shakllantirishda tinglovchilarning yoshini ham hisobga olish kerak, yoshi kattaroq bemorlar ko'pincha individual ishlashni talab qiladilar, o'spirinlar uchun esa guruh mashg'ulotlar dasturlari ularning bilim qobiliyatlari, hayotiy tajribasi va hokazolarning o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda moslashtirilishi kerak.

O'quv dasturi har biri 60-90 daqiqa davom etadigan tuzilgan mashg'ulotlar siklidan iborat. Boshlang'ich mashg'ulotlar tobelik muammosi, uning asosiy belgilari, asosiy buzilishi – patologik moyilik, kasallikning somatik, nevrologik va ruhiy asoratlari to'g'risida umumiy bilimlarga bag'ishlanishi mumkin. PAM salbiy ta'siri haqida bilim beriladi. Bemorlar to'liq siklni o'tashlari maqsadga muvofiqdir.

Hamkor tobelikning terapiyasi (bemorlarning qarindoshlariga tibbiy va ijtimoiy-psixologik yordam)

Bemorlarning qarindoshlariga ta'sir ko'rsatishning asosiy usuli psixokorreksiya bo'lib, u quyidagi choralarni o'z ichiga oladi: oila a'zolari bilan individual suhbatlar, bemorlar va oila a'zolari bilan birgalikdagi suhbatlar, oila a'zolarini oilaviy klublarda va bemorlarning oilalarini qo'llab-quvvatlaydigan boshqa psixoterapevtik guruhlarda ishtirok etishga jalb qilish. Oilaviy psixokorreksiya psixoterapevtik va rehabilitatsiya usullari o'rtasida oraliq pozitsiyani egallaydi, bu bemorlarning PAM iste'molidan voz kechishga bo'lgan munosabatini chuqurlashtirishga va shifoxonadan chiqqandan keyingi davrlarda ularning ijtimoiy moslashuvini yaxshilashga yordam beradi.

Oila psixokorreksiyasiga yondashuv hamkor tobelik tushunchasiga asoslanadi. Ko'p yillar davomida davom etayotgan oila a'zolarining o'zaro ta'sirining buzilishi oila hayotini chuqur nuqsonli, ammo shu bilan birga o'ta inertli, vaziyatni yaxshi tomonga o'zgartirishga qaratilgan tashqi urinishlarga chidamli munosabatlar tizimini yaratishga olib keladi. Xususan, ushbu munosabatlar tizimi paradoksal ravishda tobelikning davom etishiga yordam beradi va PAM qabul qilishdan tiyilishga erishish qiyinlashadi. Bemorlarning oila a'zolari (odatda ota-onalar bilan) bilan suhbat chog'ida psixoterapevt PAM tobelik bo'lmagan oila a'zoning xatti-harakati va turmush tarziga ta'sir qilish orqali oiladagi vaziyatni umuman yaxshi tomonga o'zgartirishga harakat qiladi, ammo hamkor tobelik bo'lgan ota-ona va zararli aloqa usullaridan voz kechish uchun zarur shart-sharoitlarni yaratadi.

Yaqin atrofdagilar tomonidan mustahkamlash usuli xulq-atvor, er-xotinlikka oid va oilaviy terapiya shakllaridan biridir. Ushbu usulga muvofiq, oila a'zolaridan biri, odatda turmush o'rtog'i yoki onasi, kuchaytiruvchi imtiyozlardan foydalanadi (ular oldindan kelishilgan) yoki tiyilish davrlari uchun mukofotlash yoki giyohvand moddalarni iste'mol qilganlik uchun jazolash uchun ularni ishlatadi. Mustahkamlovchi stimullarga quyidagilar kiradi: birgalikda bo'sh vaqtni o'tkazish, mashina haydashga ruxsat olish, mablag'larning ma'lum qismini boshqarish imkonlari va boshqalar. Shu bilan birga, qarindoshlar bemorga surunkali ruhiy kasallikka chalingan odam sifatida qarashlari, davolanishni boshlash yoki davom ettirishga eng ko'p turtki bo'lgan daqiqalarni tanib olishga va ulardan

foydalanishga o'rgatiladi. Ular bemorga PAM iste'mol qilmasdan hayotga moslashishiga yordam berishlari va PAM iste'mol qilish qayta tiklangan taqdirda hech qanday harakat qilmaslikka taklif beriladi. Usulning samaradorligini oshirish uchun qarindoshlar, do'stlarning maksimal sonini jalb qilinishi, shuningdek, shifokor tomonidan muntazam kuzatuv qo'llaniladi.

PAMdan tobelik bo'lgan bemorlarda oilaviy psixoterapiya usulidan foydalanish quyidagi asosiy vazifani hal qilishga yordam beradi: PAM tobelikning suiiste'mol qilish tabiati to'g'risida axloqiy, psixologik yoki boshqa individual mulohazalar emas, balki buzilishlar jarayonida narkologik kasallik haqidagi g'oyalarni birlashtirishdir. Aslida, oilaviy psixoterapiya qarindoshlarning anozognoziyasini yengib o'tish va kasallik bilan kurashish taktikasini ishlab chiqish uchun barcha oila a'zolari va shifokor o'rtasida konstruktiv birlashishga erishishdan iborat. Ko'pgina oila a'zolari bemorni shifoxonadan chiqarilishidan qo'rqishadi, bu bemorning kasalxonaga yotqizilishidan oldin va terapiya boshlanishidan oldin kuzatgan destruktiv xatti-harakatlari bilan bevosita bog'liqdir. Shuning uchun bemorning qarindoshlarini, shuningdek atrofdagi odamlarni (qo'shnilar, tanishlarni) muntazam ravishda ishortirish talab qilinadi, agar u hushyorlik rejimiga rioya qilsa, bemor xavfli bo'lmaydi. Oilaviy psixoterapiya doirasida huquqiy maslahatlar, oilaviy nizolarni hal qilish, maishiy masalalarni hal qilishda ham (ijtimoiy xodimlar tomonidan amalga oshiriladi) yordam beriladi.

Bemorlarning qarindoshlari tayyorlangan mutaxassislar (narkolog, tibbiy psixolog, ijtimoiy xodim va boshqalar) bilan tibbiy-ijtimoiy rehabilitatsiyaning barcha ketma-ket davrlari va bosqichlarida muntazam ravishda (oyiga kamida bir marta) quyidagi yo'nalishlar bo'yicha maxsus mashg'ulotlar olib borishadi:

- PAM iste'molining va tobelikning tibbiy-ijtimoiy oqibatlarini;
- bemorlar bilan muloqot qilish ko'nikmasiga o'rgatish, oilada o'ziga xos xususiyatlari bilan rehabilitatsion muhitni yaratish;
- kasallikning residivlarini oldini olish va psixologik yordam ko'rsatish maqsadida bemorlarning ahvolini monitoring qilish;
- hamkor tobelikni yengish.

Klinik tavsiyalarni bajarishda talablarni o'zgartirish qoidalari

Kasallikning kuchayishi ("qaytalanishi", residiv) kuzatilsa, bemorga PAM tobelik sindromi bo'lgan bemorlarni davolashga mos keladigan klinik tavsiyalarga muvofiq tibbiy xizmat ko'rsatiladi.

Agar diagnostika va davolash choralarini talab qiladigan boshqa kasallik belgilari mavjud bo'lsa, bemorga aniqlangan kasallik yoki sindromga mos tibbiy xizmat ko'rsatiladi.

Reabilitatsiya bo'limi (markazi) rejimi bemor tomonidan qo'pol ravishda buzilgan taqdirda, tibbiy-ijtimoiy rehabilitatsiyadan voz kechganda, belgilangan xulq-atvor qoidalarini va boshqalarni buzganda, bemor tibbiy-ijtimoiy rehabilitatsiya dasturidan chiqariladi, bu haqida bemorning yashash joyidagi narkologiya dispanseriga xabar beriladi.

Bemorning tibbiy-ijtimoiy rehabilitatsiya dasturida ishtirok etishi asosli ravishda bekor qilingan taqdirda, bemor rehabilitatsiya bo'limiga (markazga) qaytish huquqini saqlab qoladi.

Mumkin bo'lgan natijalar va ularning xususiyatlari

TIR natijalari turi	Rivojlanish chastotasi, %	Mezon va belgilar	Natijaga erishish uchun taxminiy vaqt	Tibbiy yordamning uzluksizligi va bosqichma-bosqichligi
---------------------	---------------------------	-------------------	---------------------------------------	---

Stabillanish	50	PAMga bo'lgan ifodalangan moyillikning yo'qligi, foydali ijtimoiy faoliyatda ishtirok etish (o'qish, ish). Shaxsiy va ijtimoiy farovonlikka intilish. Axloqiy munosabatlarni normallashtirish	6 - 12 oy	Narkologik dispanserda kuzatuvida
Kasallikning rivojlanishi	48,5	PAMga bo'lgan moyillikning kuchayishi (residiv, kasallikning qaytalanishi), affektiv va xulq-atvor buzilishlari	TIRning har qanday bosqichida	Tobelik sindromini davolashga o'tish
Yatrogen asoratlarning rivojlanishi	1	Terapiya natijasida kelib chiqadigan kasalliklar yoki asoratlarning paydo bo'lishi (masalan, allergik reaksiya)	TIRning har qanday bosqichida	Tegishli kasallikning klinik tavsiyalariga muvofiq yordam ko'rsatish
Asosiy kasallik bilan bog'liq yangi kasallikning rivojlanishi	0,4	PAM iste'moli natijasida kasallik qo'shilib kelishi (masalan, virusli gepatit, OITS, yuqumli endokardit va boshqalar.)	TIRning har qanday bosqichida	Tegishli kasallikning klinik tavsiyalariga muvofiq yordam ko'rsatish
O'lim bilan tugash	0,1	Kasallik natijasida o'lim (to'satdan o'lim, o'z joniga qasd qilish)	TIRning har qanday bosqichida	

Prognoz

Agar hushyor turmush tarzi, tanqidiy qobiliyatlar, shaxsiyat tuzilishi va moslashuvchan qobiliyatlar saqlanib qolsa, shuningdek TIRning barcha bosqichlarini o'tkazish uchun kuchli motivatsiya mavjud bo'lsa – ijobiy.

Adabiyotlar ro'yxati

1. Narkologiya: natsionalnoe rukovodstvo. Pod red. N.N. Ivansa, I.P. Anoxinoy, M.A. Vinnikovoy. M.: GEOTARMedia, 2016; 944s.
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 on-line 2013 Jan 25. doi:10.1136/jnnp-2012-304334
3. Organizatsiya narkologicheskoy pomoshchi. Natsionalnoe rukovodstvo. Pod redaksiyey prof. A.V.Alimova. – Tashkent, 2014 – 476 s.
4. World Health Organization. ICD-10 diagnostic guidelines of harmful use. [Elektronnyy resurs]. 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>. (data obrasheniya 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., Zarmidini R., Lejoyeux M. Delirium tremens//*Rev Prat.* - 2014. - № 10. - R.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.- S. 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.0000000000000022.
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., Bråthen G., Michler R., et al. Clinical utility of EEG in alcohol-related seizures.// *Acta Neurol Scand.* - 2002. 105:18–24.
25. Bråthen 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). – R. 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) R. 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. OldhamM., IvkovicA. Pellagrous encephalopathy presenting as alcohol withdrawal delirium: A case series and literature review//*Addict SciClinPract.* 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 *ClinPharmacolTher.* 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). - R. 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. NechiforM.Magnesium in addiction - a general view.Magnes Res. 2018 Aug 1;31(3):90-98. doi: 10.1684/mrh.2018.0443.