

# **НАСОКИ ЗА ДОБРА ПРАКТИКА В ПСИХОСОЦИАЛНАТА РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА ЗАВИСИМОСТИ**

София 2009

**Материалът е изготвен в изпълнение на Националната стратегия за борба с наркотиците 2003-2008 година.**

Насоките за добра практика в психосоциалната рехабилитация имат за цел подобряване на качеството и ефективността на работа в областта на психосоциалната рехабилитация в Република България.

Те са предназначени за ползване от :

- Екипите на лечебни програми за психосоциална рехабилитация;
- Лекарите, психолози, социални работници и други специалисти, работещи в областта на лечението на зависимост към психоактивни вещества;
- Организации на лицата, зависими от наркотични вещества и техните семейства;
- Експерти от Министерство на здравеопазването и Министерство на труда и социалната политика и други ведомства, ангажирани с проблема;
- Преподаватели и студенти.

Насоките са изготвени от екип в състав:

Д-р Цвета Райчева, Директор, Национален център по наркомании

Росица Рачева, Клиничен психолог, докторант по Педагогическа и възрастова психология в секция „Психология на личността и развитието”, Институт по психология, БАН

Теодора Грошкова, PhD, Клиничен психолог, научен сътрудник, Национален център по наркомании, Лондон, Великобритания

Д-р Петър Василев, Директор Терапевтична общност „Феникс”

Елена Николова, Директор, Асоциация за рехабилитация на зависими „Солидарност”

Рада Наследникова-Райнова, Председател на УС на Сдружение „Проект Пеперуда-София“

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b>	4
<b>1. ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗАВИСИМОСТТА КЪМ ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА</b>	4
<b>2. ОСНОВНИ ПОНЯТИЯ И ДЕФИНИЦИИ</b>	6
<b>3. ЦЕЛИ НА ПСИХОСОЦИАЛНАТА РЕХАБИЛИТАЦИЯ</b>	8
<b>4. НОРМАТИВНА РАМКА</b>	9
<b>5. СТАДИИ НА РЕХАБИЛИТАЦИОННИЯ ПРОЦЕС</b>	10
<b>6. ОСНОВНИ ПРОГРАМИ ЗА ПСИХОСОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ЗА ЗАВИСИМИ ПАЦИЕНТИ</b>	11
<b>7. СТАНДАРТИ ЗА ДОБРА ПРАКТИКА ПРИ РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА ЗАВИСИМОСТИ</b>	25
<b>8. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА НА ЕФЕКТИВНОСТТА НА РЕХАБИЛИТАЦИОННИТЕ ПРОГРАМИ</b>	32
<b>9. БАЗИСНИ ЕТИЧНИ ПРИНЦИПИ В ЛЕЧЕНИЕТО И РЕХАБИЛИТАЦИЯТА НА ЗАВИСИМОСТИ</b>	40
<b>10. ЕТИЧНА ХАРТА НА ПЕРСОНАЛА</b>	44
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	47
<b>ИЗТОЧНИЦИ</b>	50

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Употребата на наркотици е основна тревога на гражданите на Европа и голяма заплаха за сигурността и здравето на европейското общество. Въпреки това, употребата на наркотици в Европа продължава да е висока. Достъпните данни показват, че употребата на хероин, канабис и синтетични наркотици се е стабилизирала и/или дори леко намаляла, но употребата на кокаин се увеличава в много страни-членки. Сред европейските страни все още съществуват значителни различия в характера и мащаба на националните проблеми, а също така в обхвата и конфигурациите на ответните мерки. Налице е обаче единомислие по отношение на общите основни принципи: политиките в областта на наркотиците трябва да бъдат балансирани, всеобхватни и базирани на доказателства. В областта на намаляване на търсенето съществува консенсус по отношение на необходимостта от дейности в областта на превенцията, лечението и социалната рехабилитация<sup>1</sup>.

### **1. ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗАВИСИМОСТТА КЪМ ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА**

Зависимостта към наркотици е процес, който се развива постепенно и преминава през фазите на експериментиране, активно търсене и загуба на контрол върху приема на веществото.

Според определението на Световната здравна организация (СЗО, 2004), зависимостта към вещества не е липса на воля или сила на характера, а медицинско разстройство/заболяване, което може да засегне всяко човешко същество. Зависимостта е хронично и рецидивиращо разстройство, често съпроводено с други физически и психични заболявания.<sup>2</sup>

Надеждна диагноза се поставя на базата на критерии, определени в диагностична система. Клиничната и изследователска практика си служи с две диагностични системи: Международна класификация на болестите - 10 ревизия (МКБ-10) и Американската система - Diagnostic and Statistical Manual - IV-a ревизия (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).

В България се работи с МКБ -10. В Международната класификация на болестите са описани психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на

---

<sup>1</sup> Annual report 2004, *The state of the drugs problem in the European union and Norway*, EMCDDA, ISBN 92-9168-199-7, p. 63

<sup>2</sup> [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf)

психоактивни вещества, сред които вредна употреба, синдром на зависимост, абстинентно състояние.<sup>3</sup>

**Вредна употреба:** Начин на употреба, който уврежда здравето. Вредата може да бъде соматична (напр. хепатит след венозна апликация на психоактивни вещества) или психична (напр. епизоди на депресивно разстройство в резултат на тежко пиене).

**Абстинентно състояние:** Група от симптоми с различна тежест и съчетание помежду си, които се появяват след пълното спиране или намаляване на приема на вещество, употребявано редовно и обикновено за дълъг период от време и/или във високи дози. Началото и протичането на абстинентното състояние са ограничени във времето и зависят от типа на веществото и на дозата, достигната непосредствено преди спирането на употребата. Телесните симптоми варират съобразно употребяваното вещество. Психологичните разстройства също са обичайни белези на абстиненцията.

**Синдром на зависимост:** Съчетание от физиологични, поведенчески и когнитивни явления, които се развиват след повтаряща се употреба на вещества, при които употребата на определено вещество или клас от вещества придобива много по-висок приоритет за дадено лице, отколкото други видове поведение, които в миналото са имали по-висока стойност. Диагнозата може да се постави само ако три или повече от следните показатели са били налице по някое време през последните 12 месеца:

- силно желание или чувство на вътрешна принуда да се приемат психоактивни вещества;
- нарушена способност за контрол върху приема на психоактивното вещество по отношение на началото, края или нивото на употреба;
- приемане на психоактивното вещество с цел облекчаване на абстинентни симптоми и със знанието, че това помага;
- физиологично състояние на абстиненция;
- данни за повишен толеранс, като нужда от по-високи дози за постигане на ефект, който първично се е постигал с по-ниски дози;
- стесняване на личния репертоар от начини на употреба на веществото;
- прогресивно отпадане на алтернативни удоволствия или интреси за сметка на употребата на психоактивното вещество;
- продължаване на употребата, въпреки наличието на очевидни вредни последици.

Основна описателна характеристика на синдрома на зависимост е желанието - силно, понякога непреодолимо – да се приемат вещества.

Според автори като G. De Leon<sup>4</sup> зависимостта може да се разглежда в парадигмата на възстановяването като разстройство на цялостната личност, засягащо някои или всички области и нива на функциониране като когнитивна, поведенческа,

---

<sup>3</sup> МКБ -10 *Психични и поведенчески разстройства* (2003), Национален център по обществено здраве, Българска психиатрична асоциация, София

<sup>4</sup> G.De Leon, (1999), *Textbook of substance abuse treatment*, Second edition, The American psychiatric press, chapter Therapeutic communities

емоционална, медицинска, социална и духовна. Проблемът е в индивида, не във веществото. Зависимостта е симптом, а не същност на разстройството.

Независимо от различията в разбирането за същността на зависимостта можем да кажем, че зависимостта е разстройство със сложна био-психо-социална генеза и хронично-рецидивиращ ход на протичане. Както при всички останали хронични състояния, лечението на зависимостта е дълготраен процес за постигане на стабилно биомедицинско състояние, трайно възстановяване и промяна в начина на живот и идентитета.

## 2. ОСНОВНИ ПОНЯТИЯ И ДЕФИНИЦИИ

Представяме различни определения на основните термини в областта на лечението на зависимости. Определенията на Европейския мониторинг център за наркотици и наркомании са следните<sup>5</sup>:

**Лечение:** всички структурирани намеси със специфични фармакологични и/или психологични техники, целящи намаляване или въздържане от употреба на нелегални вещества.

**Заместителна терапия:** лечение на зависимост чрез предписване на заместващо вещество (агонист или агонист-антагонист), за което съществува кръстосана зависимост или кръстосан толеранс, с цел да се намали или прекрати употребата на определеното вещество, особено ако то е нелегално или да намали вредите от индивидуалния начин на употреба, съпътстващите опасности за здравето (е.g. споделянето на игли) и социалните последици.

**Детоксификация:** медицински ръководена намеса за справяне със симптомите на абстиненция. Обикновено се съчетава с психосоциални интервенции. Детоксификацията може да бъде извършена във вътреболнична или извънболнична програма.

**Лечение без вещества:** лечение на зависимостта, в което не се използват вещества, насочени към самата употреба (както са например заместващите вещества), но могат да се използват например антидепресанти или бензодиазепини, за да се достигне и поддържа състояние на неупотреба на незаконни наркотици. Според онлайн речника на Европейския мониторинг център за наркотици и наркомании<sup>6</sup> терминът „лечение без лекарства” е еднозначен на „психосоциални интервенции” и включва структурирано консултиране, повишаване на мотивацията, водене на случай, координация на грижите, психотерапия и превенция на рецидив.

---

<sup>5</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index42578EN.html>

<sup>6</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>

Според G. De Leon<sup>7</sup> лечението трябва да се разглежда в парадигмата на възстановяването. Целта на възстановяването е глобална, включваща промяна в начина на живот и персоналната идентичност. Лечението и възстановяването не са задължително еднозначни. Например нелечебни фактори като семейството, взаимоотношения, лични и материални загуби или придобивки, могат да допринесат за процеса на възстановяване. Лечението е основен, но не единствен фактор на възстановяването.

Термините хабилитация и рехабилитация означават съответно създаване или създаване отново на функционален начин на живот. Една част от употребяващите наркотици имат история на добро социално функциониране, образователни и професионални умения, позитивни връзки със семейството и общността преди употребата на наркотици да унищожи просоциалния начин на живот. За тях процесът на възстановяване включва рехабилитация - научаване отново, създаване отново на капацитет за подържане на позитивен начин на живот и постепенно възстановяване на физическото и емоционалното здраве. Друга част от употребяващите наркотици никога не са имали функционален начин на живот. Възстановяването включва хабилитация – научаване на поведенчески умения, нагласи и ценности, свързани със социален начин на живот за първи път.

Според Световната здравна организация и Световната асоциация за психосоциална рехабилитация определението за психосоциална рехабилитация е „процес, който подпомага индивидите, увредени от психично разстройство да достигнат оптимално ниво на независимо функциониране в общността”<sup>8</sup>.

Психосоциалната рехабилитация на зависимости в частност разглеждаме като система от грижи и дейности, последващи етапа на детоксификация и физическа стабилизация, която цели промяна на начина на живот, идентитета и достигане на оптимално ниво на независимо функциониране на зависимия индивид. Процеса на психо-социална рехабилитация поставя акцент върху подобряване на компетентностите на индивидите в различни области и на подобряване на взаимоотношенията им със значимите други, за да се постигне възможно най-високо качество на живот.

Психосоциалната рехабилитация е комплексна и амбициозна дейност, тъй като обхваща много различни сектори и нива - от терапевтичните програми до дома и работното място. В нея са въвлечени различни общности и групи - потребители, професионалисти, семейства, работодатели, мениджъри и администратори на служби в

---

<sup>7</sup> G. De Leon, (2000), *The Therapeutic community: Theory, model and method*, New York, Springer Publishers, Inc.

<sup>8</sup> Консенсусно становище за психо-социалната рехабилитация, изработено от Световната здравна организация (СЗО), <http://www.psihichnozdrave.com/>

общността и цялата общност. При тази комплексност начините да се предоставя психосоциална рехабилитация варират в зависимост от географските, културалните, икономическите, политическите, социалните и организационните характеристики на условията, в които тя се предлага.

**За целите на настоящата книга предлагаме да поставим равенство между „психосоциална рехабилитация” и лечение без лекарства. Важно е да отбележим, че много от описаните интервенции и методи на психосоциалната рехабилитация могат да бъдат използвани и в други методи на лечение като при лечението с агонисти и агонисти-антагонисти.**

### **3. ЦЕЛИ НА ПСИХОСОЦИАЛНАТА РЕХАБИЛИТАЦИЯ<sup>9</sup>**

- Постигане на пълно въздържание от злоупотреба с психоактивни вещества - преустановяване на употребата за достатъчно дълъг период от време, надвишаващ най-продължителния индивидуален такъв период в историята на индивида
- Промоция и постигане на здравословен начин на живот - преустановяване на навици и дейности, свързани с намирането и употребата на наркотици и замяната им със себеутвърждаващи и социално приемливи модели на поведение
- Осъществяване на личностова промяна: постигане на самоконтрол, автономност, себепознаване, самоопределяне /нова личностна идентичност/
- Социална адаптация, изразяваща се в задоволителни отношения в семейната, приятелска и трудова среда

---

<sup>9</sup> Р. Георгиев, д-р Г. Василев, д-р Ал. Белчев, д-р Е.Грашнов, д-р А.Ангелов, д-р П.Василев (2005), *Консенсусно становище относно препоръчителен подход при рехабилитация на зависимости*, НЦН, София

#### 4. НОРМАТИВНА РАМКА

Препоръката на Европейския съвет от 18 юни 2003 г.<sup>10</sup> за превенция и ограничаване на вредите върху здравето, свързани със зависимостта към наркотични вещества (2003/488/ЕС) дава специфични насоки за развитие на мерки в страните-членки за намаляване на вредите, причинени от употребата на наркотици. Приоритет при изпълнението на тази препоръка е да се осигури „в съответствие с индивидуалните нужди на злоупотребяващия с наркотици, лечение без наркотици, както и подходящо заместително лечение, подпомагано от адекватни психосоциални грижи и рехабилитация, като се вземе предвид фактът, че на злоупотребяващия с наркотици трябва да се осигури голямо разнообразие от варианти за лечение”.

Европейската стратегия за борба с наркотиците 2005-2012 г. и първият План за действие 2005-2008 г., които представят рамката за развитие на националните политики и препоръки за действия в страните-членки, придават основно значение на дейностите за развитие и подобряване на ефективна и интегрирана цялостна, базирана на доказателства система за намаляване на търсенето на наркотици, включваща превенция, ранни интервенции, лечение, намаляване на вредите, рехабилитация и социална реинтеграция.

В България лечението и рехабилитацията са нормативно уредени чрез Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите и Наредба № 30 от 20 декември 2000 г. за реда за участие в долечбни и рехабилитационни програми на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества (обн. ДВ, бр.1 от 2 януари 2001 г.)

Според чл. 30 (1) от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, рехабилитационните програми са психологически и/или социални дейности, насочени да помогнат на хронично злоупотребяващия с наркотични вещества пациент да достигне най-доброто възможно ниво на социално функциониране след успешно приключване на активното лечение. Рехабилитационни програми могат да бъдат разкрити от лечебни заведения и доставчици на социални услуги, регистрирани по Закона за социалното подпомагане.

Чл. 9.(1) от Наредба № 30 регламентира условията, при които лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества, участват в изпълнението на рехабилитационни програми:

1. да не са злоупотребявали с наркотични вещества през последните 2 години;
2. да са преминали успешно през рехабилитационна програма;

---

<sup>10</sup> Препоръка на Европейския съвет от 18 юни 2003 г. за превенция и ограничаване на вредите върху здравето, свързани със зависимостта към наркотични вещества (2003/488/ЕС)  
<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5173EN.html?pluginMethod=eldd.showlegaltexdetail&id=2603&lang=en&T=2>

3. да са преминали успешно през едногодишна обучаваща програма по план, разработен от НЦН и одобрен от министъра на здравеопазването

## 5. СТАДИИ НА РЕХАБИЛИТАЦИОННИЯ ПРОЦЕС<sup>11</sup>

### 5.1. Стадий на оценка и договориране

Този стадий включва:

- Мултидимензионална оценка на степента на зависимост (EUROPASI)
- Скрининг на урина за употреба на психоактивни вещества (ПАВ)
- Общомедицинско, психиатрично и психологично изследване
- Лабораторни тестове за кръвнопреносими заболявания (ХИВ/СПИН, хепатит В и С) и полово-предавани инфекции (сифилис и др.)
- Договориране на рехабилитацията с пациента, зависим към ПАВ и близките му. Договорирането се извършва въз основа на извършените изследвания и оценки, подписване на информирано съгласие и сключване на терапевтичен договор

### 5.2. Стадий на изграждане и усилване на мотивацията за промяна

Този стадий се основава на мотивиране на пациента за промяна, оказване на подкрепа и уважение. Целите тук са:

- Осъзнаване на тежестта и последствията от употребата на ПАВ
- Интернализиране на идеята за необходимост от положителна промяна
- Приемане на лична отговорност за направения избор
- Изграждане на позитивни нагласи за справяне

### 5.3. Стадий на същинска промяна и личностово израстване, включващ:

- Изработване и следване на индивидуален терапевтичен план на клиента, въз основа на идентифицираните нужди
- Постоянно мониториране на прогреса/застоя на индивида по отношение на целите на програмата, чрез изработване и прилагане на измерими критерии

---

<sup>11</sup> Р. Георгиев, д-р Г. Василев, д-р Ал. Белчев, д-р Е.Грашнов, д-р А.Ангелов, д-р П.Василев (2005), *Консенсусно становище относно препоръчителен подход при рехабилитация на зависимости*, НЦН, София

Стадият на същинска промяна и личностово израстване има продължителност от около 9 месеца като в много съвременни програми се очертава ясна тенденция към скъсяването му.

Работата с пациента в този стадий се базира на използване на психотерапевтични модалности с доказана ефективност при лечението на зависимости: когнитивно-поведенческа психотерапия; краткосрочна, ориентирана към решения психотерапия; психодрама; мотивационно интервюиране; арттерапия; системна фамилна терапия; мильо терапия; групи за конфронтация. Те могат да се осъществяват в индивидуален, групов и семеен формат.

5.4. Стадий на утвърждаване и поддържане на постигнатото личностово израстване и здравословен стил на живот

Основните цели на този стадий са:

- Поддържане на постигнатото възстановяване и личностова промяна
- Практикуване на придобитите умения за справяне в нововъзникнали рискови ситуации
- Затвърждаване и обогатяване на знанията и уменията за здравословен начин на живот
- Развитие на автономност и социална креативност
- Укрепване на самоконтрола
- Развитие и практикуване на умения за поддържане на позитивна самооценка и самоуважение
- Развитие на способности за изграждане и поддържане на значими, трайни връзки
- Подобряване на отношенията със значимите други (семейна и приятелска среда) и затвърждаване на промяната.

## **6. ОСНОВНИ ПРОГРАМИ ЗА ПСИХОСОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ЗА ЗАВИСИМИ ПАЦИЕНТИ**

Категоризацията на програми за психосоциална рехабилитация при зависими поведения е нелека задача, поради многообразието от подходи и широката вариация във формите и моделите на координиране и интегриране. Настоящата глава цели да обобщи основните видове структурирани форми на рехабилитация, които са приложими в България. Структурираната рехабилитация характеризира програми,

които са базирани на формален процес на оценка при постъпване в програмата, работа по индивидуални терапевтични планове и програма за медицинско обслужване и/или психосоциална подкрепа<sup>12</sup>. Някои терапевтични програми, по-специално тези, осъществявани в резидентни условия, са високо структурирани и включват интензивна програма от индивидуални и групови сесии – обучителни, психотерапевтични и сесии за развиване на практически умения.

Етапът на рехабилитация отговаря на нуждите на пациенти, които са преминали детоксификация в извънболнични/болнични условия и са стабилизиращи в медицински план, както и на тези, които са зависими, но не изпитват симптоми на абстиненция, които да налагат медицинско лечение. Програмите за рехабилитация и превенция на рецидив целят поведенческа промяна, така че пациентите да възстановят контрола върху употребата на наркотици. Те включват редица психосоциални интервенции, които се разглеждат по-долу.

### **6.1. Нерезидентни форми на рехабилитация**

Нерезидентните форми на рехабилитация представляват система от грижи, които изключват леглова база и са организирани така, че участниците в тях да се прибират у дома (или в защитено жилище) след посещение на програмата. Нерезидентните форми на рехабилитация предлагат програма от психотерапия или консултиране, базирана на терапевтичен план. Този вид програми обикновено използват подхода на „водене на случай.“ Воденето на случай се основава на обширна начална и продължаваща в програмата оценка на проблемните области, личностните ресурси, мрежата за социална подкрепа и рисковите фактори на пациента. Оценката служи за идентифициране на терапевтичните цели, мониториране на прогреса на пациента в хода на програмата. Воденето на случай също така включва установяване на контакт и насочване към подкрепящи служби, от които пациентът се нуждае.

Нерезидентните програми варират по интензивност, продължителност и модел. Те се осъществяват в лечебни заведения или от доставчици на социални услуги/център за психосоциална рехабилитация и интеграция на хора с проблемна употреба на наркотици.

### **Целева група**

- Диагностицирана проблемна употреба или зависимост от психоактивни

---

<sup>12</sup> NTA (2006). Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006. London: National Treatment Agency

вещества, според критериите на МКБ-10

- Лица с лека и средна степен на тежест на зависимостта
- Лица, които имат стабилна социална мрежа за подкрепа и съхранени личностови ресурси
- Лица, чийто избор е ориентиран към нерезидентните форми на рехабилитация
- Семействата и/или близките на участниците в рехабилитационните програми

## **Видове нерезидентни програми**

**6.1.1 Отворена нерезидентна програма, осъществяваща се по модела „терапевтична общност”.** Това е високо структурирана програма за рехабилитация и социална реинтеграция, в която участниците посещават програмата най-малко 5 дни в седмицата, обикновено от 9.00 до 17.00 ч. Те преминават през различни нива на личностно израстване, чиято цел е поемане на отговорности, усвояване на социални умения чрез експериментиране на роли и повишаване на автономността. Програмата функционира по строго определен дневен режим, в който груповата терапевтична работа и педагогическата работа в различни ателиета или сектори като хигиена, спорт, социални умения и др. се съчетават с индивидуални сесии за изработване и проследяване на терапевтичния план. Принципната разлика с резидентните програми е в това, че участниците работят в две динамики – защитената среда на програмата (до 17.00 ч.) и незащитената среда на общността (след 17.00 ч.). Всеки ден участниците в програмата имат възможност да експериментират наученото от защитената среда в обществото. Освен обичайните терапевтични интервенции като група за срещи (енкаунтер) и фокус групи, различните динамики предполагат особено внимание към групи като планиране на уикенда, група за оценка на събота и неделя и група за превенция на рецидив. От голямо значение за успеха на този вид програми е фокусът върху работата с външната среда. Това означава задължителното включване на най-близкото социално обкръжение в програмата – поне единият от родителите, съпруг/а, интимен партньор. Изследването на взаимоотношенията и комуникацията с най-близката социална среда е добре да се прави в групова и индивидуална форма. Препоръчително е поне веднъж месечно да има семейни срещи, в които родителите (респективно съпругът или съпругата) заедно с участника в програмата и водещия

работата със семействата да разглеждат актуалните проблеми и да работят за промяна на семейните механизми, повлияли възникването на зависимостта.

След завършване на основната фаза на промяна в рехабилитационната програма, участниците преминават във фаза на експериментиране на наученото (ресоциализация), в която посещават специфични вечерни групи, за да работят основните си трудности при ресоциализацията в продължение на най-малко 6 месеца.

**6.1.2 .Програми за дневни грижи за психосоциална рехабилитация** – тези програми се осъществяват от лечебни заведения като психиатрични болници или диспансери. Те функционират като програми за интензивна извънболнична терапия и психосоциална рехабилитация, което може да включва частична хоспитализация с планирано и организирано обслужване, при което се осигуряват различни видове услуги, изискващи минимални медицински грижи. Този тип програми предлагат структурирана терапевтична среда, предхождаща живот навън и осигурен достъп до социалната реалност с повече възможности за практикуване на усвоените поведения и умения за предпазване от рецидив. Те предоставят възможност за поведенчески експерименти и тестване на придобитите в програмите умения в реалния житейски контекст. Функционират най-малко 5 дни в седмицата за период от минимум 16 седмици. Този вид програми са етап от цялостна рехабилитационна програма, включваща краткосрочна резидентна програма, последваща грижа и защитено жилище.

**6.1.3 Дневни програми** – участниците посещават сесии между 9.00 и 18.00 ч. Такъв вид програми не са високо интензивни и са насочени към хора с проблемна употреба, които искат да запазят връзката си с общността. Целта е осигуряването на защитена среда, в която да се реализират терапевтичните цели. От своя страна те включват повишаване на разбирането на участника в програмата за поведението на употреба на наркотици, последвано от промяна на това поведение, така че да се постигне намаляване на негативните последици от употребата. Допълнителни индивидуални или групови сесии се фокусират върху болестите, преносими по кръвен път и тяхната превенция, семейни отношения и професионално обучение. Обичайна практика е програмите да предоставят практическа подкрепа по отношение на идентифициране на потенциални работодатели и организации, които предоставят места за професионални стажове и обучение.

**6.1.4 Програмите за работещи (вечерни програми)** са организирани по начин, който позволява участниците в тях да влязат в адаптивна социална роля (студент, работещ) и същевременно да бъдат подкрепяни в програмата. Всички аспекти от живота на пациента са обект на работа в програмата- работна заетост, отношенията със значимите други, свободното време. Акцентът на работата е върху непосредственото отработване на трудностите и предотвратяване на рисковите ситуации, прилагането на нови умения, както и работа върху отношенията със средата в контекста на реалния живот, а не в защитена среда. Родителите и близките са включени интензивно в рехабилитационния процес чрез участие както в специализирани групи, така и в срещи с цялото семейството. Програмите предлагат опции за консултации и съвместна работа с работодателите.

Програмите за работещи могат да бъдат с ясно установени фази и продължителност. В този случай, програмата предвижда определена интензивност и конкретни цели за всяка фаза. С успешното преминаване в следваща фаза, честотата на срещите и интензивността на подкрепата намаляват. Програмите с определена продължителност могат да бъдат краткосрочни или дългосрочни (от 3 месеца до 2 години). Програмите за работещи, базирани основно на индивидуален план, често не са със строго установена продължителност и участниците могат да посещават индивидуални, групови и семейни срещи до момента, в който постигнат оптималното за тях функциониране и се чувстват сигурни да продължат самостоятелно (от 3 месеца до 1,5-2 години). Интензивността варира, съобразно индивидуалните нужди и етапа на рехабилитационния процес и може да продължи от 7 дни в седмицата, до една групова и/или индивидуална среща седмично.<sup>13</sup> Различната интензивност на участие може да се предлага в рамките на една рехабилитационна програма, съобразно индивидуалния план. Изготвянето на индивидуалния план се базира на акуратна оценка на нуждите и ресурсите и се мониторира през целия период на рехабилитация.<sup>14</sup>

**6.1.5 Програми за ресоциализация** - при тях фокусът е върху процеса на социална реинтеграция. Целева група на тези програми са хора, постигнали известна стабилност или завършили рехабилитационни програми. Могат да бъдат с различна продължителност, но ефективността се постига при продължителност най-малко 6

---

<sup>13</sup> Illinois Institute for Addiction Recovery, <http://www.addictionrecov.org/>, *Outpatient Treatment Programmes*

<sup>14</sup> *Principles of Drug Addiction Treatment: A research-based guide*, NIDA

месеца. Този вид програми са ориентирани към трудностите на участниците при експериментиране на автономното поведение в общността. Задължителни елементи са воденето на случай, индивидуални сесии, групите за превенция на рецидив, групите за взаимопомощ, обучения за адаптация и мотивация за пазара на труда, които се водят от обучен екип. Обикновено този вид програми оказват съдействие и подкрепа при намирането на работа и професионалната квалификация.

## **2.6 12 стъпкови програми - АА (Анонимни алкохолици), АН (Анонимни наркомани)**

Моделът на АА и АН е най-разпространената и широкодостъпна програма за самопомощ. Единственото условие за участие в нея е желанието да се прекрати употребата на алкохол и/или наркотици. Групите са безплатни, необвързани с други организации, политически партии и институции. Групите като цяло са затворени и не се допускат слушатели без проблем със зависимостта, но понякога се провеждат „открити срещи“ достъпни за всеки желаещ. На много места има и групи за родители, близки и деца на зависими.

АА и АН разглежда зависимостта като прогресираща болест, която може да бъде спряна само чрез пълно въздържание. Пълното въздържание се постига от зависимия чрез последователно преминаване през 12 Стъпки от признаването на загубата на контрол над употребата до достигане на духовно събуждане и желание да подпомогне други зависими, които тръгват по неговия път.<sup>15</sup>

Моделът включва регулярни срещи и контакт със спонсор. Всеки нов член има спонсор - това е член на АА или АН, който е постигнал поне година въздържание и е от същия пол и същата или по-голяма възраст от новия участник.

Една от най-силните страни на модела е широката и достъпна социална мрежа за взаимопомощ, съставена от всички членове на АА или АН. Една от критиките към нея е зависимостта ѝ към християнската религия и изискването членовете да се уповават на Бог. Разработени са редица модели, които се основават на философията на АА, но не включват религиозни елементи.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Tom Waller, Daphne Rumball (2004) *Treating Drinkers and Drug Users in the Community*; Blackwell Publishing

<sup>16</sup> Tom Waller, Daphne Rumball (2004) *Treating Drinkers and Drug Users in the Community*; Blackwell Publishing

**6.1.7 Минесота модел** - програмите от този тип следват философията на 12-те Стъпки, но се реализират от професионален екип, за разлика от традиционните 12 Стъпки, където се разчита единствено на самопомощ. Моделът включва резидентен и нерезидентен стадий. Резидентният стадий на програмите от този тип обикновено е много кратък – от около 3 или по-малко месеца. Независимо от това, от завършилите този стадий се очаква активно и продължително да участват в АА/АН групи навън в общността.

**6.1.8 Рехабилитационни програми за работа със специфични групи (малцинствени групи, юноши, майки с деца, пациенти с двойна диагноза)** - тези програми се различават по продължителност, метод и модел но общото между тях е, че предвиждат дейности и услуги, чиято цел е да отговорят на специфичните нужди на тези групи.<sup>17</sup> Разнообразието от програми в общността е голямо и се основава на комбинацията от критерии като интензивност, продължителност, време на провеждане и място на провеждане на програмата.

Психотерапията или консултирането в условията на програмите в общността следват принципите на установени подходи, основавани на научни доказателства (например, когнитивно-поведенческа терапия, терапия за повишаване на мотивацията, семейна терапия). Тези интервенции се предоставят като част от терапевтичен план, базиран на оценка и с ясни цели. Програмите в общността могат да се предоставят като алтернатива на резидентната рехабилитация или като етап на последваща грижа.<sup>18</sup>

## **6.2 Резидентни програми**

Те се осъществяват в лечебни заведения, домове за медико-социални грижи и от доставчици на социални услуги/център за настаняване и психо-социална рехабилитация и интеграция на хора с проблемна употреба на наркотици, защитени жилища.

### **Целева група**

- Диагностицирана зависимост от психоактивни вещества, според критериите на МКБ-10.
- Лица с тежка степен на зависимостта
- Семействата и/или близките на участниците в рехабилитационните

---

<sup>17</sup> *Models of care for treatment of adult drug misusers* (2002), National Treatment Agency for Substance Misuse, London

<sup>18</sup> *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: a Practical Planning and Implementation Guide* (2002), United Nations Offices on Drugs And Crime, Vienna

програми

## Видове резидентни програми

### 6.2.1 Терапевтична общност (ТО)

Моделът Терапевтична общност има няколко специфични характеристики, които го отличават от останалите терапевтични подходи.<sup>19</sup> Първо, ТО предоставя систематичен терапевтичен подход, който се ръководи от разбиране за разстройството, личността на зависимия, процеса на възстановяване и правилния живот. Второ, основният терапевт и учител в ТО е самата общност, която се състои от социалната среда, групата от резиденти и членовете на персонала, които са ролеви модели на успешна личностова промяна и ръководят резидентите в процеса на възстановяване. По този начин общността е едновременно контекста, в който се извършва промяната и метод, който я улеснява.

Терапевтичният процес в ТО интегрира работа, професионален тренинг, терапия и обучение в умения за превенция на рецидив. Тези елементи изграждат 24-часова терапевтична среда, която със своята непрекъснатост и интензивност е отражение на цялостната личностна трансформация, която е обект на работа. Според Койман<sup>20</sup> сред основните средства за поведенческа и личностова промяна в ТО са конфронтацията и положителното влияние на групата; социалното учене чрез социално взаимодействие и терапевтичното влияние на всички дейности в общността. Изграждането на собственото поведение, интегрирането на позитивна ценностна система и постигането на емоционална зрялост и автономност са едновременно цели на терапията и средство за подържане на възстановяването и след етапа на формалната рехабилитация.

ТО има няколко генерични елемента, които характеризират програмите, следващи модела - структуриран дневен режим, йерархична структура, групови дейности, терапевтична програма с ясно отграничени етапи и конкретни цели за всеки етап.

---

<sup>19</sup> G. De Leon, (2000), *The Therapeutic community: Theory, model and method*, New York, Springer Publishers, Inc.

<sup>20</sup> Kooyman, M. (1993), *The Therapeutic Community for Addicts*, Amsterdam, Lisse, and Berwyn, PA: Swets & Zeitlinger.

Според DeLeon (2000) терминът „ГО” е генеричен и описва широк спектър от краткосрочни и дългосрочни програми.

Според продължителността на престоя в програмата и целевата група, рехабилитационните програми се разделят две големи подгрупи – дългосрочни и краткосрочни програми. Освен това, може да се обобщи и трета група от така наречените подкрепящи рехабилитационни програми, които споделят редица сходства с нерезидентните програми за подкрепа в общността.

1. **Дългосрочни** програми – с продължителност от около 6 или повече месеца; подходящи за клиенти с дълга наркоманна кариера и сериозна тежест на зависимостта от наркотици и/или алкохол, клиенти, които са социално-изолирани, безработни, бездомни (или в риск от изпадане в горе-посочените рискови социални групи), клиенти без социални умения и такива с дълга история на криминални прояви
2. **Краткосрочни програми** – с продължителност от около, или по-малко от 12 седмици. Те от своя страна се под-разделят на:
  - **Високо-интензивни програми** – предоставят интензивни медицински и психосоциални (терапевтични) интервенции на клиенти, които се нуждаят от постоянен подслон, имат комплексни медицински нужди и, в дългосрочен план, се нуждаят от дългосрочна рехабилитация в резидентни условия или в условията на структурирана дневна програма.
  - **Ниско-интензивни програми** – подходящи са за клиенти с по-кратка история на употреба на наркотици и/или алкохол и с по-съхранени личностови ресурси и умения за намиране на работа, добиване на квалификация и намиране на място за живеене – с подкрепа от страна на семейството и/или подкрепа в условията на ниско-структурирана дневна програма.

И двата типа краткосрочни програми обикновено се предоставят от една и съща служба – в отговор на нуждите на различни групи клиенти, някои от които, в различни етапи от възстановяването си и по отношение на различни

проблеми, се нуждаят от смесица от високо- и ниско-интензивни интервенции.

**6.2.2 Болнична рехабилитационна програма** като втора фаза след преминаване на фазата на детоксификация е възможно да се структурира в специализирано отделение за лечение на зависимости, намиращо се в многопрофилна болница за активно лечение или в психиатрична болница.

**Показанията** за включване на пациент със зависимост в болнична рехабилитационна програма са нуждата от интензивно медицинско и/или психиатрично наблюдение, животозастрашаващи състояния или такива пациенти, които представляват опасност за себе си и за другите и пациенти с двойни диагнози. Болничното лечение е необходимо да бъде използвано, когато по-малко интензивните лечебни програми са се оказали неподходящи.

**Принципите** на болничната рехабилитационна програма стъпват върху идеята за медицинско мониториране на процеса на възстановяване. Тази форма на лечение предлага интензивна психосоциална подкрепа, включваща лекарско и сестринско обслужване. Целта на рехабилитационната програма е установяването и възстановяването на умения и способности, които са били загубени по време на употребата на вещества. Значението на стационарния престой се състои в осигуряването на дистанция от проблемните социални кръгове, както и изграждането на нова социална интеграция. Ползата от стационарното лечение на зависимостта се състои в усилването и стабилизирането на ресурсите на личността. Структурирането на живота означава не само прекъсване на употребата, а също така подреждане и начално развитие на разрушените личностови и жизнени области. Това важи в особена степен за работата и професията, както и за всички форми на свързване в жизнените взаимоотношения, които подкрепят дистанцирането от живота, определен от употребата на вещества.

**Продължителността** на болничната рехабилитационна програма е необходимо да бъде минимум 4 месеца. По данни от изследвания за измерване на ефективността на програми за рехабилитация, лечение продължило 3 месеца или по-малко от 3 месеца по показателя продължителност на ремисията се равнява на липсата на лечение.

**Структура** на програмата – психиатрично и медицинско мониториране, обучителни семинари, терапевтични групи, индивидуални консултации, групи за социални умения, трудотерапия, спорт.

**Персонал** на болничната рехабилитационна програма – лекар, медицинска сестра, психолог, социален работник.

### **6.2.3 Програма „Защитено жилище”**

Защитеното жилище е резидентна програма, в която пациентите/клиентите могат да се настанят след преминаване на основната терапевтична програма или по време на терапевтична програма с цел подпомагане на процеса на реинтеграция и ресоциализация с продължаваща подкрепа и контрол, намаляване на риска от рецидив и подпомагане процеса на възстановяване. Тази програма е интегрална част от процеса на лечение на зависимостта и от процеса на възстановяване.

Основните характеристики на защитеното жилище са следните<sup>21</sup>:

- Потребителите на социалната услуга „Защитено жилище” водят независим начин на живот, подпомагани от професионалисти;
- Социалната услуга „Защитено жилище” се извършва от държавата, от общините, от физически лица, регистрирани по Търговския закон и от юридически лица;
- Числеността на персонала е минимум 3 лица. Персоналът включва:
  - управител;
  - социален работник;
  - социален педагог, възпитател или медицинска сестра.

Предвид реализирането на основната цел на методиката и естеството на социалната услуга, препоръчително е привличане на доброволци (близки на настанените, ученици, студенти, църква, и др.).

Целите на услугата „Защитено жилище” са следните:

- Създаване на условия за подпомагане, взаимопомощ, ефективна защита и социална интеграция на хора, преминали програми за лечение за употреба на наркотици;

---

<sup>21</sup> Методика за условията и реда за предоставяне на социалната услуга защитено жилище № 8032-7 от 28.10.2004 г.

- Осъществяване на дейности за постигане на социално включване и създаване или възстановяване на изгубените социални умения и навици;
- Осигуряване на пълноценен и самостоятелен начин на живот в подходяща среда, близка до семейната, с възможност за подкрепа и изява.

Услугите, предоставяни в „Защитеното жилище” трябва да отговарят на критериите и стандартите, предвидени в Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане: за местоположение и материална база, за хранене, здравни грижи, образователни услуги и информация, организация на свободното време и личните контакти, квалифициран персонал.

Необходимо е услугите да бъдат основани на социална работа, при прилагане на индивидуален подход и да бъдат съобразени с конкретните потребности на всяко настанено лице.

### **6.3 Други програми**

#### **6.3.1 Рехабилитационни програми за работа в местата за лишаване от свобода**

Изследванията показват, че комбинирането на санкциите в съдебната система с лечение на зависимостите може да бъде ефективно и да намали както употребата на вещества, така и свързаните с нея престъпления. Индивидите изтърпяващи законова санкция имат тенденцията да се задържат по-дълго в лечение и да се справят толкова или по-добре в терапията си, колкото онези, които не са под законов натиск. Често, злоупотребяващите с вещества се сблъскват със съдебната система преди да установят контакт с доставчици на социални услуги или здравни заведения и съдействието на правосъдната система в ангажирането на индивидите в терапия и рехабилитация може да прекъсне или съкрати значимо кариерата на зависимост. Терапията на криминално проявените лица, злоупотребяващи или зависими към вещества може да се проведе преди, след, по време на или вместо изтърпяване на санкцията. Тук публикуваме принципите на рехабилитацията на зависими с криминално поведение на Американския национален институт за наркотична зависимост (NIDA)<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research Based Guide*,(2006), NIDA Publication No. 06-5316

1. **Зависимостта от вещества е мозъчна болест, засягаща поведението.** Зависимостта от вещества има ясно изразени когнитивни, поведенчески и психологически характеристики, които допринасят за продължаването на употребата, независимо от вредните последици. Хроничната употреба на вещества води до изменения в мозъчната анатомия и химия, които могат да продължат месеци след като индивидът е прекратил употребата. Тези трансформации могат да допринесат за обяснението на причините за зависимостта да са с висок риск от рецидив, дори след продължителни периоди на въздържание и защо продължават да търсят вещества, независимо от вредните последици.
2. **Възстановяването от зависимостта изисква ефективно лечение, последвано от управление на проблема в течение на времето.** Зависимостта към вещества е сериозен проблем, който може да бъде лекуван и управляван. Ефективното лечение на зависимостта включва участниците в терапевтичния процес, задържа ги в лечение за подходящ период от време и им помага да се научат да поддържат въздържание във времето. Възможно е да се наложат няколко епизода на лечение. Резултатите за зависимите правонарушители в обществото могат да бъдат подобрени чрез мониториране на употребата и окуражаване на продължителното участие в лечение.
3. **Лечението трябва да продължи достатъчно дълго,** за да доведе до стабилни поведенчески промени. В процеса на лечението, зависимият се обучава да промени старите модели на мислене и поведение и да усвои нови умения за избягване на употребата и криминалното поведение. Индивидите с тежка зависимост и съпътстващи разстройства по правило изискват по-продължително лечение (минимум 3 месеца) и по-широкообхватни служби. В началните етапи на лечение, зависимият поставя началото на терапевтичния процес на промяна. В по-късните етапи се отработват други проблеми, свързани с употребата и се обучава как да се справя с тези проблеми.
4. **Оценката е първата стъпка в лечението.** Историята на употреба на алкохол и/или наркотици изисква изчерпателна оценка на същността и обхвата на свързаните с употребата проблеми за даден индивид; да се установи дали проблемите засягат други области, които могат да повлияят на възстановяването и да се улесни формулирането на подходящ терапевтичен план. Личностните разстройства и други проблеми с психичното здраве преобладават при правонарушителите, затова изчерпателната оценка трябва да включва психологическа оценка и изготвяне на терапевтичен план за тези проблеми.
5. **Важна част от ефективното лечение на зависимост при криминалната популация е приспособяването на службите към нуждите на индивида.** Индивидите се различават по пол, възраст, етническа принадлежност и култура, тежест на проблема, етап на промяна и нива на нужда от надзор. Индивидите също така реагират по различен начин на терапевтичните подходи и специалистите. Като цяло, лечението на зависимостта трябва да се насочва към области като мотивация, решаване на проблеми, изграждане на стратегии за справяне с употребата и криминалното поведение, изместването на употребата и криминалното поведение от конструктивни дейности, които не включват употреба на вещества, подобрени умения за решаване на проблеми и обучение в умения за разбиране на последици от дадено поведение. Терапевтичните интервенции биха могли да улеснят изграждането на здрави интерперсонални връзки и да подобрят способността на индивидите да общуват със семейството си, връстниците си и другите членове на обществото.
6. **Употребата на вещества по време на лечението трябва да бъде внимателно мониторирана.** Индивидите, които се опитват да се възстановят от употребата на вещества, могат да имат сринове или да възобновят употребата. Рисковите фактори за рецидив са различни - често срещани са тези, свързани с емоционален стрес или социални ситуации, свързани с вещества. Неотчетен срыв може да доведе до сериозно възобновяване на употребата, докато отчетеният навреме предоставя възможност за терапевтична интервенция. Мониторирането на употребата на вещества, чрез уринни тестове или други обективни методи, като част от лечението или криминалния надзор, дава база за оценка и проследяване на терапевтичния прогрес на даден индивид. Също така предоставя възможност да се повлияе промяната на неконструктивното поведение - да се определят наградите и санкциите, които да подпомогнат промяната и модифицирането на терапевтичните планове, съобразно прогреса.
7. **Цел на лечението трябва да са факторите, свързани с криминалното поведение.** „Криминалното мислене“ е комбинация от нагласи и вярвания, които подкрепят криминалния начин на живот и криминалното поведение. Последните могат да включват усещания, даващи право за притежание на неща, по свой собствен начин; усещане, че криминалното поведение е оправдано; невъзможност за поемане на отговорност за действията си; консистентна невъзможност да предвиди и оцени последици от

действията си. Този модел на мислене често допринася за криминалното поведение и употребата на наркотици. Лечение, което предоставя тренинг за специфични когнитивни умения, подпомага индивидите да разпознават грешките в преценката, които водят до криминално поведение и употреба на наркотици може да подобри резултатите.

8. **Правосъдната система трябва да включва терапевтичен план за правонарушителите, зависими към вещества, както и предлагашите лечение трябва да се съобразяват с правилата за надзор в изправителните институции.** Координацията между лечението на зависимостта с наказателния план може да окуражи участието в лечение и да подпомогне службите, предлагащи лечение да включат изискванията на изправителните институции като терапевтични цели. Службите, предлагащи лечение, трябва да си сътрудничат със служителите на правосъдната система, за да оценяват индивидуалните планове и да се уверят, че те отговарят на изискванията за надзор, също както и на променящите се нужди на индивида, които могат да включват грижи за деца, настаняване, медицински, психиатрични и социални услуги; консултации за професионално насочване и намиране на работа. Терапевтичният план на правонарушителите, с проблемна употреба на вещества, трябва да включва преминаването в програми и служби в общността, след освобождаването им, за да се подобрят резултатите от лечението на зависимостта и ресоциализацията. Изискванията за въздържание налагат бърза клинична реакция като например консултации, целенасочени интервенции и/или увеличена медикация, с цел да се предотврати рецидив. Координацията между службите, предлагащи лечение и социални услуги и съдебните и пробационните служители е от изключително значение, за да се отговори на комплексните нужди на ресоциализиращите се индивиди.
9. **Продължаването на грижата е от основно значение за зависимите индивиди, завръщащи се в общността.** Най-добри резултати имат индивидите, които са завършили програма за лечение в затвора и след това са продължили лечението си в програма в общността. Продължаването на лечението помага на наскоро освободените правонарушители да се справят с проблемите, които стават актуални във фазата на завръщане в обществото като например: да се справят със ситуации, които могат да доведат до рецидив, да се научат да живеят чисти от вещества в обществото и да създадат социална мрежа от хора, неупотребяващи вещества. Лечението в затвора може да постави началото на терапевтична промяна, чийто резултат са редуцираните употреба на вещества и криминално поведение след освобождаването. Продължаването на лечението в общността е основа за поддържане на тези промени.
10. **Балансът между награди и наказания окуражава просоциалното поведение и участието в лечение.** При надзора на индивиди, включени в програми за лечение на зависимост в изправителните институции е важно да се подкрепя позитивното поведение. Непаричните „социални подкрепления“ като утвърждаване заради постигната промяна или искрени усилия, могат да бъдат ефективни колкото и степенуваните санкции, които са консистентни, предвидими и оформени като ясен отговор на неподчинително поведение. Като цяло, по-леки санкции се използват в отговор на първоначално или по-малко сериозно неподчинение, с нарастваща тежест за продължаващо проблемно поведение. По-вероятно е наградите и санкциите да имат желания ефект, когато се възприемат като справедливи и следват незабавно поведението, към което са насочени.
11. **Законнарушители със съпътстващи зависимост към вещества и психични проблеми често изискват интегративен терапевтичен подход.** Висок процент проблеми с психичното здраве се наблюдават и при законнарушителите и при зависимите от вещества. Лечението на зависимостта може понякога да включва и да се справи с тревожност, депресия и други разстройства. Когнитивните, личностовите и други сериозни разстройства са трудни за повлияване и могат да попречат на лечението на зависимостта. Наличието на съпътстващи разстройства може да изисква интегративен подход, който да комбинира лечението на зависимостта с психиатрично лечение, включително използването на медикаменти. Индивидите със зависимост към вещества трябва да бъдат изследвани за наличие на психично разстройство и обратно, индивидите с психично разстройство- за зависимост към вещества. )
12. **Медикаментите са важна част от лечението на зависимостта на много зависими законнарушители.** Медикаменти като метадон и бупренорфин при хероинова зависимост могат да подпомогнат мозъчната дейност и трябва да бъдат достъпни за индивидите, които могат да имат полза от тях. Ефективното използване на медикаменти би могло да служи като средство за подпомагане на хората със съпътстващи разстройства да се интегрират успешно в обществото. Поведенческите стратегии подпомагат индивидите да се придържат към предписания режим.

13. **Терапевтичният план на злоупотребяващите с вещества правонарушители, които живеят в или се завръщат в общността, трябва да включва стратегии за превенция и лечение на сериозни хронични медицински състояния като ХИВ/СПИН хепатит В, С и туберкулоза.** Процентът на инфекциозни заболявания като ХИВ/СПИН, хепатит В, С и туберкулоза е по-висок при зависимите към вещества и правонарушителите, в сравнение с останалата част от населението. Инфекциозните болести засягат не само правонарушителя, но и работещите в правосъдната система и по-широката общественост. Съобразно щатските и федерални закони, на злоупотребяващите правонарушители се предоставя възможност да се тестват за инфекциозни заболявания и да получат консултации относно медицинския им статус и редуцирането на рисковото поведение. Пробационните офицери, които мониторират индивиди със сериозни медицински състояния, би трябвало да ги насочват към подходящи медицински служби, да окуражават следването на предписания медицински режим, както и да ги подпомогнат в това, да отговарят на критериите за включване на лечение в общински и държавни медицински служби още преди да напуснат затвора.

## **7. СТАНДАРТИ ЗА ДОБРА ПРАКТИКА ПРИ РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА ЗАВИСИМОСТИ<sup>23</sup>**

### **1. ФИЗИЧЕСКА СРЕДА**

#### **1.1 Условия и ресурси**

1.1.1. Вътрешната и външна физическа среда на рехабилитационната програма са удобни и приветливи

1.1.2. Има достатъчно голяма стая за провеждане на групова работа, където всеки може да вижда и чува другите участници

1.1.3. Средата е чиста и добре поддържана

1.1.4. Членовете на програмата имат участие във вземането на решения относно декора и мебелировката в сградата на програмата

1.1.5. Всички членове на програмата са отговорни за поддържането на защитена физическа среда в рамките на програмата.

### **2. ПЕРСОНАЛ**

#### **2.1 БРОЙ**

---

<sup>23</sup>Настоящите стандарти са изработени въз основа на Стандарти за добра практика в терапевтични общности за зависимости, регламентиращ документ за мониторинг на качеството на изпълнението на горепосочените програми, изработен от Кралски колеж на психиатрите (Royal College of Psychiatrists, 2006). След консултации с експертна група и група на работещите в областта на национално ниво, стандартите са преобразувани, за да отговарят на изисквания на различни видове програми за психосоциална рехабилитация на зависимости в България.

2.1.1. Членовете на персонала са достатъчно на брой, така че програмата да функционира ефективно

2.1.2. По време на неформални терапевтични дейности присъства поне един член на персонала

2.1.3. По време на формалната терапевтична работа във всяка група и дейност участва поне един член от персонала

## 2.2 ПОДБОР и КВАЛИФИКАЦИЯ

2.2.1. Свободните места се запълват по възможност бързо, в идеалния случай с квалифицирани и опитни кандидати

2.2.3. Екипът на програмата е мултипрофесионален и включва професионалисти като клиничен психолог, социален работник, медицински/ лекар-психиатър/ и немедицински специалисти, съобразно обема на програмата и на извършваната дейност и хора с личен опит, преминали съответен курс на обучение. Всеки специалист изпълнява задълженията си според длъжностната характеристика, утвърдена от съответния управителен орган, към които е разкрита програмата и според изискванията на съответните регламентиращи документи.

Водещият случай се избира според нуждите на пациента – напр. ако са повече социалните му нужди, водещ случая е социален работник, ако са повече биологичните му нужди, водещ случая е лекар. Т.е. важна е компетентността на специалиста, съобразно нуждите на пациента.

## 2.3 КЛИНИЧНА СУПЕРВИЗИЯ

2.3.1. Членовете на екипа редовно участват в сесии за клинична супервизия, провеждани от професионалист с подходяща квалификация и опит

2.3.2. Всички членове на екипа редовно участват в групови или индивидуални сесии за супервизия

2.3.3. Членове на (екипа , които работят в програмата по-малко от 6 месеца получават допълнителна подкрепа и имат възможност да получават насоки от опитен член на екипа

2.3.4. Има редовни събирания, на които членовете на персонала могат да споделят преживявания от работата си в програмата

2.3.5. Ежедневно се провеждат събирания - рапорти за предаване на информация

2.3.6. Провеждат се редовни групи за сензитивност

2.3.7. След всяка терапевтична група персоналетът провежда кратко събиране за обсъждане на проблемите/въпросите, които са възникнали

## 2.4 ЕКИПНА РАБОТА

2.4.1. Персоналът на програмата работи ефективно като екип

2.4.2. Членовете на персонала изследват взаимоотношенията си и тяхното влияние върху работата им

2.4.3. Като група, членовете на персонала толерират изразяването на възникнали между тях противоречия

## 2.5 ОБУЧЕНИЕ

2.5.1. На разположение е бюджет за обучение и професионално развитие на персонала, съгласно програмата за обучение в теорията и клиничната практика на рехабилитацията при зависимости.

2.5.2. Обучителните нужди на членовете на персонала се оценяват в сесии за супервизия

2.5.3. Редовно се провежда оценка на уменията на членовете на персонала

2.5.4. Всички членове на персонала участват в продължаващо професионално развитие

2.5.5. Членовете на персонала имат достъп до материали в подкрепа на професионалното им развитие /интернет, книги, списания/

Важна част от стандартите за добра практика е квалификацията на екипа. В България съществува одобрена от Министерството на здравеопазването Програма за обучение, която е изготвена, в съответствие с изискванията на чл. 9, ал. 1 от Наредба № 30 от 20.12.2000г. за реда на участие в изпълнението на долечебни и рехабилитационни програми на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества. Участието на хора със собствен опит в различните видове рехабилитационни програми в световната и европейска практика е доказало своята ефективност.

Програмата за обучение е изготвена в съответствие със съвременните принципи и стандарти за добра клинична практика в рехабилитацията на зависимости, както и в съответствие с изискванията на Националната агенция за професионално образование и обучение. Включени са теоретични и практически елементи, които да подготвят компетентни кадри за работа в рехабилитационни програми.

В програмата са включени 240 учебни часа (75 часа теория и 75 часа практика, 90 часа стаж, в рамките на който могат да бъдат включени часове в групи за личен опит).

Теоретичното обучение е разделено на 4 модула:

- Модул I „Обща задължителна професионална подготовка”, който включва: трудово – правни и икономически знания; знания за безопасни и здравословни условия на труд; мотивация, комуникативни умения, работа в екип, екипни взаимоотношения; социално законодателство и др.

- Модул II „Отраслова задължителна професионална подготовка”, който включва следните основни теми: основи на социалната работа; интеграционен подход при социални услуги; въведение в психопатологията ;лечение и рехабилитация на лица със зависимости
- Модул III „Специфична за професията и специалността задължителна професионална подготовка”, която включва: зависимост, превенция, намаляване на здравните щети (harm reduction); психотерапевтични интервенции при лица със зависимости; социални права на деца и възрастни с хронични заболявания; взаимоотношение между социалния работник и семейството на клиента. умения за консултиране; работа с ASI; симулации на консултативни срещи; основи на социалната работа при възрастни с хронични заболявания; превенция на рецидив.
- Модул IV „Производствена практика” - Участие в дейностите и практиките на различните рехабилитационни програми Практическите упражнения и стажа са разпределени както следва:
  - след края на всеки модул се провежда групов тренинг за личен опит с продължителност от 2.5 астрономични часа (3 учебни);
  - 90 часа стаж, които се разпределят по договаряне с рехабилитационната програма, в която се провежда и ръководителя на стажа.

## 2.6 КАЧЕСТВО

2.6.1 Използват се подходящи методи за гарантиране качеството и ефективността на обучението на персонала

2.6.2.Обучителите имат подходящи професионални квалификации и/или опит, напр. психиатрия, психология , социални дейности

2.6.3.Обучението и професионалното развитие на персонала се провеждат по официално признатата от МЗ/НЦН програма за обучение в теорията и клиничната практика на рехабилитацията при зависимости

## 3. ПОСТЪПВАНЕ И НАПУСКАНЕ

### 3.1 ИНФОРМАЦИЯ

3.1.1. Програмата има подходящи печатни или електронни материали, които са достъпни за потенциалните клиенти, партньорски организации и други професионалисти

3.1.2. Писмената информация съдържа ясно описание на дейностите в програмата, включително правата и отговорностите на резидентите

3.1.3. Писмената информация съдържа кратко описание на философията и принципите на програмата.

3.1.4. Писмената информация съдържа ясно описание на целите и елементите на програмата, критериите и реда за прием и завършване/ напускане на програмата.

## 3.2 ПОСТЪПВАНЕ

3.2.1. Всички членове на програмата са отговорни за адаптацията на новите членове на групата.

3.2.2. Преди постъпване в програмата бъдещите членове на групата могат да посетят програмата.

3.2.3. Новите членове на групата имат "ментор" или друга подкрепа, която улеснява адаптацията им към културата и правилата в програмата.

## 3.3 ОЦЕНКА

3.3.1 При постъпване в програмата се провежда оценка на терапевтичните нужди, която обслужва терапевтичния план

3.3.2. Новите членове на програмата получават разяснения кога и как ще бъде проведена оценката

3.3.3. Оценката е стандартизирана и използва утвърден инструмент (например ASI)

3.3.4. Оценката се съхранява в клиничния файл на клиентите.

## 3.4 НАПУСКАНЕ

3.4.1. Програмата има ангажимент за подкрепа на членовете на групата след завършване/ напускане на програмата .

3.4.2. Преди да напусне програмата, всеки клиент участва в сесия за оценка на последващите нужди и планиране.

## 4. ТЕРАПЕВТИЧНА СРЕДА

### 4.1 ОТВОРЕНОСТ/ТОЛЕРАНТНОСТ

4.1.1. Програмата насърчава култура на отвореност и приемане

4.1.2. Конфиденциалността и нейните граници се разбират и уважават от всички членове на програмата.

4.1.3. Членовете на групата участват във вземането на решения, които се отнасят до тяхното лечение

### 4.2 ГРАНИЦИ

4.2.1. Членовете на програмата са отговорни за определяне, поддържане и промяна на правилата в програмата.

4.2.2 Програмата има писмена процедура за оплаквания, която е известна и се разбира от всички клиентии членове на екипа.

#### 4.3 СТРУКТУРА

4.3.1. Рехабилитацията се извършва чрез планирана терапевтична програма

4.3.2. Има структурирана дневна програма от групови дейности

4.3.3. Провеждат се регулярни събрания, в които участват всички членове на програмата.

4.3.4. Провеждат се терапевтични групи и/ или индивидуално консултиране.

#### 4.5 ЕЖЕДНЕВНО УЧЕНЕ

4.5.1. Клиентите в програмата имат възможност да черпят разбиране за себе си от ежедневни разговори/дискусии

4.5.2. Клиентите в програмата се окуражават да вербализират мислите и чувствата си, вместо да отреагират импулсивно

4.5.3. Клиентите в програмата се окуражават да откриват паралели между поведението си в и извън програмата.

#### 4.6. КАЧЕСТВО

4.6.1. Програмата регулярно провежда оценка на качеството и ефективността си.

4.6.2. Оценката взема под внимание гледните точки на външни лица и служби /напр., семейства, мултидисциплинарни екипи, донори/

4.6.3. Оценката включва ключова информация за програмата /например, инциденти, данни за насочване, постъпване и отпадане от програмата, информация за лист на чакащите, данни от ключови одити/

4.6.4. Оценката е достъпна в печатен и/ или електронен вид

### 5. ТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА

5.1. Програмата включва групова работа и/или индивидуално консултиране.

5.2. Програмата предвижда време за неформално обучение и време за неформално общуване и дейности.

5.3. Ключов елемент от програмата е превенцията на рецидив.

5.4. Всеки клиент в програмата има терапевтичен план в писмен вид

5.4.1. Терапевтичният план е съгласуван с клиента и регулярно се ревизира/актуализира

5.4.2. Терапевтичният план включва стратегии за работа или обучение след напускане на програмата

5.5. Рехабилитационната програма подготвя клиентите за независим живот след завършване на програмата

5.5.1. Програмата предоставя възможности за обучение и придобиване на професионални умения

5.5.2. Програмата предоставя подходящи възможности за здравно обучение с цел превенция и контрол на болести, предавани по кръвен и полов път.

5.6. Има ясна система от позитивни и негативни подкрепления за промяна на поведението.

5.6.1. С постъпване в програмата клиентите приемат системата от поведенчески инструменти и дават съгласието си да им бъдат назначавани санкции или привилегии по преценка на терапевтичния екип.

5.6.2. Негативните подкрепления при нарушаване на правилата са ясни и известни на всички членове на група.

## **6. ВЪНШНИ ВРЪЗКИ**

### **6.1. СЪЗДАВАНЕ НА МРЕЖИ**

6.1.1. Рехабилитационната програма създава мрежи за ефективно сътрудничество с мултидисциплинарни екипи и служби - здравни, социални, образователни служби, доброволчески организации и потенциални финансиращи институции или програми.

6.1.2. Програмата създава връзки с други организации с оглед осигуряване на непрекъснатост на грижата за клиентите.

6.1.3. Има активна програма, която включва персонал и резиденти, за разпространяване на информация за програмата сред други професионални организации

6.1.4. Програмата принадлежи към национална/интернационална мрежа от организации със сходни цели

6.1.5. Програмата има ресурс да предоставя места за клинична практика на студенти, стажанти и други развиващи се професионалисти и да осигурява тяхната клинична супервизия.

### **6.2 ЕФЕКТИВНОСТ**

6.2.1. Мениджърите на организацията подкрепят провеждането на научни изследвания в рехабилитационната програма.

6.2.2. Програмата участва в научни проекти за изследване ефективността на лечението и рехабилитацията при зависимости.

6.2.3. Програмата рутинно събира основни данни за клиентите, които са насочени и постъпват в програмата, включително социален статус, за да се оцени степента на равен достъп до програмата /напр., възраст, пол, етническа принадлежност, религия, семейно положение, образование, трудова заетост, здравна история/

6.2.4. Програмата рутинно събира данни отнасящи се до степента на тежестта и комплексността на проблемите на постъпилите клиенти.

6.2.5. Програмата рутинно събира данни за терапевтичния процес в програмата.

6.2.6. Най-малко един член от екипа е отговорен за участието на програмата в научни проекти.

### 6.3 УЧАСТИЕ В ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ПРОЕКТИ

6.3.1. Рехабилитационната програма е част от националната/международна мрежа за научни изследвания.

6.3.2. Всеки научен проект, който се провежда в програмата е одобрен от гледна точка на етичните аспекти и методологията на изследването.

6.3.3. Програмата е ангажирана с разпространението на резултатите от проведени изследвания

6.3.4. Клиентите в програмата имат достъп до участие в научните изследвания на идейно и практическо ниво.

6.3.5. Членовете на екипа и клиентите редовно посещават и участват в научни конференции.

## **8. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА НА ЕФЕКТИВНОСТТА НА РЕХАБИЛИТАЦИОННИТЕ ПРОГРАМИ<sup>24</sup>**

### **8.1. Цел на мониторирането на програмите за рехабилитация**

Целта на мониторирането на рехабилитационните програми е да се оцени дали (и в каква степен) програмите в действителност извършват услугите, които са обект на тяхната дейност.

Изследванията показват добри резултати по отношение на ефективността на лечението и рехабилитацията на хора с проблеми, свързани с употребата на

---

<sup>24</sup> United Nations office on drugs and crime, (2003), *Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide*

психоактивни вещества. Независимо от това тези данни трябва да бъдат валидизирани в различните социо-културни обстоятелства и във всекидневната практика. За тази цел документирането и анализирането на реално функциониращи практики е от съществено значение.

Основен набор от информация за дейността на програмите може и трябва да бъде обект на рутинно събиране, като част от ежедневните дейности на всяка програма.

## **8.2. Източници за мониторинг и оценка**

Насоки и ръководства за оценка на лечебния и рехабилитационен процес са разработени от Световната Здравна Организация (WHO), офиса работещ по проблемите на наркотиците и престъпността към Организацията на Обединените Нации (UNODC) и Европейския Мониторинг Център за наркотици и наркомании (EMCDDA).

В поредица от ръководства са описани следните основни видове оценка: оценка на нуждите; оценка на процеса на работа в лечебните и рехабилитационни програми; оценка на удовлетвореността на клиентите; оценка на резултатите на програмите; натуралистични изследвания и наблюдения; експериментални и контролирани дизайни; икономически оценки (анализи на разходите и ефективност на разходите)<sup>25</sup>.

## **8.3. Групи, интересуващи се от информация, свързана с дейността и оценка на резултатите от мониторинг на програмите**

- Индивидуалните клиенти и техните семейства
- Клиничния и мениджърски екип на програмите
- Правителствените служби и финансиращите организации

## **8.4. Концепции за оценката и мониторинга на лечебните и рехабилитационните програми**

8.4.1. Оценка на ресурсите, които определена програма предлага – капитала и приходите на програмата, човешкия ресурс (хората, необходими за осъществяване на лечението и рехабилитацията), сградите, оборудването, средствата и материалите, с които разполага програмата. Началният ресурс улеснява екипа да управлява програмите, за да достигне целите ѝ.

8.4.2. Оценка на продуктивността на програмата – тази оценка е индикатор за нивото, количеството или обема на дейностите предприети от лечебната или рехабилитационната програма. Продуктивността на програмата може да бъде оценена

---

<sup>25</sup> За повече информация: <http://www.undcp.org>, [http://www.who.int/substance\\_abuse](http://www.who.int/substance_abuse)

по броя на консултираните нови клиенти и броя на проведените консултации. Важно е да се отбележи, че продуктивността на програмата не показва непременно дали са изпълнени целите на съответната програма или степента, в която те са ефективни или с приемливо качество.

Превръщането на ресурсите в продукти е индикатор за ефикасността на програмата и улеснява организацията да предлага определено качество на услугите. Мерките за качество отразяват степента, в която определена организация покрива стандартите, определени за програмата и очакванията на клиентите и другите заинтересовани страни. Тези мерки могат да бъдат използвани при оценка на способностите на екипа, както и при оценка на навременността и уместността на получаваните услуги.

8.4.3. Оценка на резултатите – тази оценка отразява ефектите от терапевтичните дейности и може да бъде или позитивна или негативна. Критериите за оценка на резултатите трябва да бъдат свързани с индивидуалните лечения и чувствителни към индивидуалните цели на клиентите. Например, при изследванията на резултати от лечението и рехабилитацията на зависими клиенти, промяната в честотата на употреба на дроги често се оценява с помощта на стандартизирани инструменти. Това налага измерване на честотата на употреба на дроги при приемането на клиента в програмата и при напускането му. Някои програми, които не са могли да направят такава оценка, могат да базират своята оценка на представяне на статуса на клиентите когато те напускат програмата (например – подобрен, непроменен, влошен)

## **8.5. Система за мониториране на елементите на извършените дейности и резултатите**

Системата за мониториране на извършените дейности и резултатите е централен елемент в работата на лечебните и рехабилитационни програми, които искат да разберат колко добре обслужват нуждите на своите клиенти във всекидневната си практика. Събраната информация може да бъде използвана за:

- Подобряване оценяването на клиентите и координацията на лечебния и рехабилитационния процес
- Подпомагане на програмите за лечение и рехабилитация в изследването на начини за подобряване на предлаганите услуги
- Предоставяне на знания за цялостното влияние на лечебната и рехабилитационна система и подпомагане на правителствените организации при оценката на възвращаемостта на инвестициите при финансирането на различните програми
- Осигуряване на помощ при идентифицирането на пропуски в ефективното предлагане на лечебни и рехабилитационни услуги и при очертаването на необходимост от създаване на допълнителни програми или програми от нов тип .

Ефективните системи за мониториране на резултатите се характеризират със следните „фактори на успеха“:

- Ангажираност и ентузиазъм от страна на екипа при събирането на информация и приемането на тази дейност като част от всекидневното предоставяне на услуги
- Обединяването на събраните данни за целите на мониторинга на резултатите като част от рутинната оценка и за целите на съгласуване на качеството на грижите в областта на лечението и рехабилитацията на зависимости
- Използване на минимум индикатори (използване на малко критични или съществени индикатори при оценката на резултатите)
- Устойчив обхват на инициативата (например, фокусиране върху оценката на резултатите по време на лечебния и рехабилитационен процес)
- Осигуряване на финансова подкрепа от държавата за разходите по обучение, управление на данните и съобщаване на резултатите
- Осигуряване на атмосфера на сътрудничество и споделени ценности свързани с придобиването на нови знания
- Осигуряване на бърза обратна връзка, даваща информация, която да ръководи последващото развитие на съответната организация

Ръководството за лечение и рехабилитация в областта на зависимостите представено от ООН разглежда три нива на мониторинг на лечебните и рехабилитационни дейности. Тези нива са кумулативни и нарастват по сложност от базисна до по-комплексна система за мониторинг на дейностите и резултатите на съответната програма.

### **8.6. Базисна система за мониторинг (първо ниво)**

Целта на първо ниво е да събере основен набор от ключова информация за начина по който се осъществяват лечението и рехабилитацията. Този набор трябва да дава информация за влиянието на интервенциите приложени в хода на програмата. Всички организации, независимо колко ограничени са техните финансови, технически и човешки ресурси, трябва да са способни да събират и да предоставят информация на това ниво. Седем аспекта с описателна информация се изискват при представянето на дейността на определена организация на това основно ниво.

- Резюме на информацията за дейностите по насочване и оценка
- Представяне на основни социодемографски характеристики и профила на употреба на психоактивни вещества на клиента
- Представяне на информация за предишни лечения
- Представяне на условията и основните характеристики на съответната програма

- Представяне на целия набор от грижи (броя на индивидуалните, групови и други терапевтични сесии и тяхната продължителност)
- Представяне на цялото време, прекарано в програмата
- Представяне на статуса на клиента в края на престоя му в програмата (или на нивото, което е завършил – например, детоксификация, адаптация и т.н.)

Всички програми трябва да документират този основен набор от информация за насочването на клиента, неговата оценка и лечебните и рехабилитационни дейности на програмата за определен период на отчитане (например за период от една година). Тази информация трябва да включва броя на хората насочени към програмата за оценка, насочени към друга програма, започналите лечение; завършилите лечението си. Препоръчва се тази информация да е представена посредством източника на насочване и пола като минимум.

На това базисно ниво не се прави никакъв опит да се представя информация по същество, касаеща промените в проблемното поведение на клиентите. Статусът на всеки клиент не включва количествено описание на промените в употребата на дрога и други проблемни поведения. Таблица 1 показва пример за представяне минимален набор от данни за всеки клиент, който напуска или завършва програмата по време на отчетния период (например при отчет на дейността на програмата за една година).

Таблица 1

Сфера на отчитане	Приложими фактори или компоненти
<b>Клиент</b>	
Социодемографски характеристики	Пол Възраст (навършени години)
Основно проблемно вещество	Хероин, други опиоиди, кокаин, амфетамини, метамфетамини, екстази, канабис, седативи/транквилизатори, халюциногени, разтворители/ инхаланти, други
Рисково поведение	Инжекционна употреба на дроги
Предишен опит в лечение	Първо лечение
<b>Лечение</b>	

Вид програма	Терапевтична общност/ Дневен Център
Среда/ обстановка	Резидентна/ нерезидентна рехабилитационна програма
Продължителност на престоя в програмата	Дни/ седмици/ месеци на престой в програмата
<b>Резултат</b>	
Статус на клиента напускащ лечението в рамките на отчетния период	<p>Планирани напускания на програмата (успешно завършилите програмата)</p> <p>Непланирани напускания (клиенти отпаднали или прекратили лечението си по друг начин)</p> <p>Пренасочени към друго лечение (да се опише)</p> <p>Административно/ дисциплинарно изписване (несъгласие с лечебния план или правилата на програмата)</p>

В допълнение към местните инициативи за мониторинг на резултатите е важно да отбележим изискванията за подаване на информация на ниво страна до международните институции.

### **8.7. Междинна система за мониторинг (второ ниво)**

Следващото ниво придвижва напред показателите за отчитане от първото ниво и включва допълнителна информация при описанието на лечебните и рехабилитационни дейности. Целта на второто ниво е да се добави информация при описанието на клиента и лечението и да посочи основни индикатори за поведенческа промяна като директна мярка за резултата.

В допълнение към отчетеното в първо ниво, в описанието на случаите могат да бъдат включени следните индикатори:

- Социодемографска информация (националност и етническо описание, семейно положение и местоживеене, трудов статус и образователно ниво)
- Информация, свързана с употребата на дрога (начини на употреба, честота на употреба, възраст на първа употреба на основното проблемно вещество, отсъствие/наличие на инжекционна употреба и честота на употребата)
- Информация, свързана с насочването към лечение

- Средно време на изчакване за влизане в програмата (след направена оценка)
- Описание на специфичните видове грижи получени от клиента

В допълнение към описанието на статуса на клиента при напускането на програмата е добре да се отбележат някои основни поведенчески промени. Прекратяването или намаляването на употребата на основното проблемно вещество е очевидна поведеческа промяна и е основен индикатор при отчитането на резултатите, но подобренията, свързани с разрешаване на лични и социални проблеми са също индикатори с изключителна важност.

### **8.8 Официална система за мониторинг (трето ниво)**

Третото ниво на отчитане на резултатите от лечебния и рехабилитационен процес съдържа компонентите, описани за предходните две нива, но същевременно предлага по-изчерпателно описание на клиента и по-широк спектър от поведенчески и други промени, с които да опишат резултата от неговото лечение.

Преди да се приложи система за мониториране на трето ниво трябва да бъде направена внимателна оценка на възможността за приложението ѝ. Тази оценка трябва да проучи:

- Специфични въпроси, които трябва да бъдат поставени
- Размера и обхвата на необходимата система за мониториране
- Човешките ресурси, които ще са необходими
- Уменията, които трябва да притежава екипа
- Финансовите ресурси, които са необходими
- Въвеждането на програма за отчитане

Най-логичният и практически метод за оценяване на резултата от лечебния и рехабилитационен процес е да се изготви набор от индикатори, които да се оценят (на базата на информацията, получена от клиента и неговото семейство) при постъпването в програмата и същите индикатори да се проследят в един или няколко момента от престоя в програмата и в най-добрия случай и след лечението.

Най-желателно е оценката на резултатите да включва изследването на клиента лице в лице или по телефона. Други методи като оценяването на резултата на базата на бележки, водени по случая на клиента е малко вероятно да бъдат валидни или точни и поради тази причина не се препоръчват.

#### **8.8.1. Определяне на резултатите**

При определянето на резултатите, които ще се отчитат, е добре да се следва шаблона на официалните изследователски проучвания по отношение на ключовите

индикатори за отчитане на резултатите от лечебния и рехабилитационен процес. Изследователите се фокусират върху три ключови сфери - употреба на вещества, физиологични и психологични проблеми и личностово и социално функциониране.

#### 8.8.2. Избиране на подходящи етапи за оценка

За целите на мониторинга на резултата от лечебния и рехабилитационен процес, промените у клиента могат да бъдат оценени на един или повече етапи по време на лечението. За разлика от научните изследвания повечето системи за мониторинг на резултатите от лечението не се опитват да оценяват резултата след като клиента е напуснал програмата, предимно заради ресурсите, необходими за провеждане на интервютата лице в лице (въпреки че оценки, направени по телефона или по пощата също са допустими).

#### 8.8.3. Използване на целите на лечението в процеса на мониториране на програмата

Насоките за оценка на лечението разработени от WHO, UNODC и EMCDDA (споменати в раздела „Източници за мониторинг и оценка”), препоръчват използването на подхода Програма-Логика-Модел за изясняване на целите на лечебната и рехабилитационната програма. Логика-моделът е диаграма, която включва компонентите на програмата, целта на всеки компонент (приложението на целите в практически план) и краткосрочните и дългосрочни резултати.

### 8.9. Оценъчни инструменти за мониторинг на резултатите

Добрата оценка на резултатите изисква определени параметри да бъдат оценени при приемането в програмата, по някое време в хода на лечението, при завършването на програмата и ако е възможно при проследяването.

Има редица инструменти за оценка и техники като интервюта лице в лице, наблюдение на поведението, въпросници и психологически тестове. Изборът на подходящи инструменти за измерване на резултатите трябва да бъде воден от следните принципи:

- Приложимост към таргетната популация и програмата
- Приложимост към философията на програмата и възможност за директно отчитане на целите и приоритетите
- Инструментите трябва да са подходящи за използването им в интервю лице в лице с клиента или за самооценяване от клиента
- Инструментите трябва да имат установени психометрични характеристики (валидност и надеждност)
- Инструментите трябва да бъдат чувствителни към промяна във времето
- Прилагането на инструмента трябва да изисква колкото се може по-малко време

- Клиентът и други непрофесионалисти трябва да са в състояние да разберат методологиите за оценяване и да могат да отговарят без очевидни затруднения

Има няколко банки с инструменти, които съдържат информация за изследователски въпросници и инструменти. Примерен източник за банка с оценъчни инструменти е архивът на Европейския Мониторинг център за наркотици и наркомании (<http://www.emcdda.europa.eu/>).

Два от утвърдените инструменти за мониторинг на резултатите са полу-структурираното интервю за оценка степента на зависимост - Евро АСИ (Еврог Addiction Severity Index) и МАП (Maudsley Addiction Profile). И двата инструмента са достъпни безплатно и могат да бъдат използвани за некомерсиални изследвания и за мониториране на резултатите, постигнати в лечебни и рехабилитационни програми.

#### **8.10. Достъп до информация за резултатите от интервенции и програми в сферата на лечението и рехабилитацията на зависимости**

Една от най-важните причини за събиране на информация за влиянието на различните програми и интервенции е да се спомогне оптимизирането на грижите за специфични групи от хора и да се подсигури предлагането на по-ефективни и достъпни алтернативи за лечение и рехабилитация на зависимите клиенти. От друга страна финансиращите институции са все по-мотивирани да насочват ресурси към програми, които имат доказателство за ефективността на своята работа. Практиката, базирана на доказателства, разчита на систематична оценка на изследователската литература за въздействието на определено лечение. Тази систематична оценка на определени интервенции или програми може след това да доведе до изготвяне на насоки и протоколи за осъществяването на ефективни практики.<sup>26</sup>

### **9. БАЗИСНИ ЕТИЧНИ ПРИНЦИПИ В ЛЕЧЕНИЕТО И РЕХАБИЛИТАЦИЯТА НА ЗАВИСИМОСТИ**

Представените етични норми за работа със зависими пациенти са основани на принципите, разработени за изданието на Световната Здравна Организация: "Насоки за психосоциално асистирана фармакотерапия на лица, зависими от опиоиди".<sup>27</sup> Тези

---

<sup>26</sup> За повече информация вижте: <http://www.cochrane.org>

<sup>27</sup> A. Uchtenhagen, T. Ladjovic, J. Rehm Research Institute for Public Health and Addiction at Zurich University, Centre for Addiction and Mental Health Toronto 2007, WHO *Guidelines for psychosocially assisted pharmacological treatment of persons dependent on opioids*; background document prepared for third meeting of technical development group for the WHO

принципи се отнасят до цялостния процес на грижа за пациентите и описват как етичните норми могат да бъдат прилагани и по какъв начин са значими за разработването на ефективни социални политики по отношение на поведението и състоянията, които са стигматизирани и имат негативно социално влияние.

**Принцип 1:** Човешките права на зависимите индивиди трябва да бъдат уважавани.

Човешките права на хората, които са зависими от психоактивни вещества трябва да бъдат уважавани, като им се осигури достъп до подходящи и ефективни лечебни и рехабилитационни програми. Хората не трябва да бъдат стигматизирани и дискриминирани заради състояние си, нито пък техните пол, възраст, стил на живот, раса, политически, религиозни или други вярвания; правен, социален, финансов, сексуален, криминален или друг статус, физически или психически способности да са причина за възпрепятстване на достъпа им до безопасно и ефективно лечение.

**Принцип 2:** Решенията в лечебния и рехабилитационния процес трябва да се базират на най-добрите налични научни доказателства

За да се осигури безопасно и ефективно лечение, решенията, които се взимат в процеса на лечение и рехабилитация трябва да са основани на надеждни доказателства от научни изследвания. Съществуващите лечебни програми трябва да функционират в съответствие със задължението да оценяват безопасността, ефективността и степента на приемливост на лечението за техните пациенти и пациенти.

**Принцип 3:** Решенията в лечебния и рехабилитационен процес трябва да се основават на етичните принципи за осигуряване на медицински грижи

Важно е решенията, които се взимат в процеса на лечение и рехабилитация да се основават на обективни мерки относно това кои интервенции ще осигурят най-ефективни медицински грижи и най-добри резултати. Доброто индивидуално лечение трябва да осигури задържане на пациентите в програмата и максимални ползи за индивида и обществото, което финансира неговото лечение.

**Принцип 4:** Трябва да бъде осигурен достъп до медицинска и психосоциална подкрепа, които най-добре отговарят на нуждите на индивидуалния пациент

Лечението трябва да бъде индивидуализирано за всеки пациент. Зависимите към опиоиди пациенти например, могат да се различават по много начини: зависимостта е

динамичен процес, при който нуждите и обстоятелствата около различните индивиди варират и се променят във времето. Поради тази причина е важно лечението да е гъвкаво и да може да отговаря на променящите се нужди на пациентите. Търсещите помощ трябва да имат възможност да избират измежду разнообразни форми на лечение, доказали своята безопасност и ефективност, включващи: програми за детоксификация, програми за превенция на рецидив, поддържащи програми с добро качество на психосоциална грижа и различни резидентни и нерезидентни програми за рехабилитация, в които акцентът е върху психосоциалната работа с пациентите и техните лични и социални проблеми.

**Принцип 5:** Лечението и рехабилитацията трябва да са базирани на уважение и валидизиране на автономията на индивида

Екипът и програмите трябва да уважават и затвърждават автономията на зависимите пациенти като ги включват във всеки етап от процеса на лечението. Програмите трябва да акцентират върху важността на връзката пациент-терапевт като осигуряват етично лечение, което уважава автономията на пациентите и предпазва тяхното лично пространство и конфиденциалността на информацията която те предоставят. Когато автономията на пациента е нарушена, тя трябва да се възстанови чрез покачване на контрола му върху лечението. Основна цел и на фармакологичните, и на психотерапевтичните интервенции трябва да бъде повишаване на автономността на пациентите като се подпомага подобряването на уменията им за вземане на решения. Уважаването на автономността включва също уважаването на решението на пациента да откаже лечение.

**Принцип 6:** Пациентите трябва да бъдат информирани за предимствата и недостатъците на различните лечебни и рехабилитационни програми

Пациентите трябва да бъдат напълно информирани за рисковете, предимствата, вероятните резултати, разходите, изискванията и санкциите на лечебната или рехабилитационна програма, в която те са включени. Те трябва също да бъдат информирани за другите възможни лечения и програми за рехабилитация и техните предимства и недостатъци.

Достатъчно информация трябва да бъде предоставена на пациентите, за да имат възможност да направят информиран избор за лечение. Информацията, която се

предоставя на пациента ще варира в зависимост от етапа от лечение, в който той/ тя се намира. Първоначалният фокус може да е върху най-непосредствените нужди на пациент, който е в криза и информацията на този етап да е сведена до това което той/ тя е в състояние да поеме. Необходимостта от повече информация ще нараства с повишаването на автономията на пациентите и промяната на техните нужди в хода на лечебния процес. С развитието на терапевтичната връзка и формирането на доверие у пациента се улеснява комуникацията и той започва да се ангажира повече в лечението. Водещи принципи трябва да са увеличаване на автономията на пациентите чрез повишаване на разбирането им за ситуацията, в която се намират и мотивирането им към подобрене.

**Принцип 7:** Програмите трябва да създават подкрепяща среда и да спомагат формирането на терапевтична връзка с пациента за да улеснят лечебния и/или рехабилитационния процес.

Политиките и нагласите, свързани с наказателни мерки към пациентите в лечебния процес са по същество провал в осъществяването на етично лечение и пречка за постигането на успешни лечебни резултати. Добрите връзки между пациентите и екипа на програмата са важен фактор за постигането на добри лечебни резултати. Позитивните нагласи на екипа към пациентите и доброто качество на връзката, която осъществяват с тях са критичен фактор за предопределянето на успеха на всяка форма на лечение и рехабилитация.

**Принцип 8:** Лечението на коморбидните разстройства трябва да бъде координирано с нуждите на пациентите от психосоциална грижа

Много хора, които търсят лечение за зависимост към психоактивни вещества, страдат също и от придружаващи психиатрични разстройства. Успоредно с това те имат и редица социални и лични проблеми (напр. с местоживеенето, трудовата заетост, взаимоотношенията с децата и семейството). Често програмите, осигуряващи психиатрични грижи и програмите за лечение и рехабилитация на зависимости функционират независимо едни от други и изискват хората с психиатрични разстройства да са преминали курс на лечение за зависимостта си преди постъпването им за лечение на психиатричните проблеми или обратното. Необходими са повече усилия при координирането на дейностите между програмите, за да се постигнат добри резултати в лечението на пациенти с двойни диагнози. Процесът на координиране на

дейностите между програмите трябва да включва и адресиране на съпътстващите социални проблеми на пациентите.

**Принцип 9:** Програмите трябва да включват участието на обществото

Осигуряването на обществена подкрепа в процеса на лечението на зависимости е от съществено значение за превенция на употребата на дроги сред уязвимите популации. Цялостното разбиране на причините за и резултатите от употребата на дроги и мястото на лечебните програми е важно от една страна за преодоляването на стигматизиращото отношение към зависимите от наркотици и от друга страна за превенцията на дискриминиращи нагласи и политики, които възпрепятстват адекватните и ефективни лечения и процеса на реинтеграция на преминалите лечение. Необходима е също по-широка обществена подкрепа за осъществяването на обучителни програми и програми за трудова заетост.

**Принцип 10:** Употребата на правна принуда в лечението на зависимости трябва да се основава на спазването на основните етични и правни принципи

Принудителното лечение е етично оправдано ако и само ако: 1) правата на индивидите са защитени от „справедлив процес“ (в съгласие с принципите за човешките права) и 2) е осигурено ефективно и хуманно лечение. На зависимите нарушители трябва да им бъдат предоставени два ограничени избора: (1) дали да се включат в лечение или не и (2) ако се включат в лечение, да направят избор на вида програма, в която да участват. Те могат да избират измежду фармакологични и нефармакологични лечебни и рехабилитационни програми. Трябва да бъде установена ясна документация, управляваща връзката между лечебния екип и правната система и отговаряща на различните очаквания на терапевтичната и правната система, с цел избягване на конфликти, свързани с конфиденциалността.

## **10. ЕТИЧНА ХАРТА НА ПЕРСОНАЛА**

Хартата за правата на членовете и клиентите, както и Етичният кодекс на персонала са част от стандартите за добра практика и спазването им е едно от условията за присъединяване на терапевтични общности към Европейската Федерация на Терапевтичните Общности. Публикуваме пълния текст на Хартата за правата на членовете и клиентите и Етичния кодекс на персонала.

## 10.1 Харта за правата на членовете и клиентите<sup>28</sup>

Всички членове и клиенти на терапевтичните програми в резидентни условия имат безусловно право на следното:

- Подкрепяща среда и среда без наркотици
- Лечение без оглед на пол, раса, националност, цвят на кожата, вероизповедание, политическа принадлежност, сексуална ориентация, семейно положение, религия, потекло, идентичност, възраст, статус на военен или отслужил военна служба, умствени и физически увреждания, медицинско състояние, предишно криминално досие, или статут на подпомаган от обществото
- Достойнство, уважение, здраве и безопасност по всяко време
- Познаване на философията и методите на програмата
- Точна информация за всички настоящи правила и разпоредби на програмата, както и санкции, дисциплинарни мерки и всички изменения на правата
- Описание на всички такси и разходи, които се събират, метода и графици за плащане и наличието на средства и лична собственост по време на програмата, както и при напускане
- Поверителност на информацията по отношение на участието в програмата и на всички регистри за лечението, в съответствие със законите на страната
- Достъп до клиничното досие на клиентите, който се осъществява според насоките за достъп, одобрени от борда на директорите. Предвижда се възможност за допълване или промяна на личната информация, насоки и повторното включване на насрещно изявление за изясняване, което оборва регистрирана информация
- Напускане на програмата по своя воля, по всяко време, без физическа и психическа принуда
- Общуване с роднини или приятели в съответствие с правилата на програмата, освен в случаите, когато е забранено, когато това е документирано като част от плана за лечение
- Защита от реални телесни наказания или заплахата от такива, от физическо, емоционално и сексуално насилие и от принудително въдворяване
- Предоставяне на питателна храна, безопасно и адекватно настаняване, физически упражнения и адекватно задоволяване на нуждите от лична хигиена
- Медицински грижи от квалифицирани лекари и правото на отказ от предлаганите медицински грижи
- Достъп до правна помощ или представителство, където е необходимо
- Редовни контакти с всяко дете, придружаващо члена в програмата
- Ясно дефиниране на отговорностите при работа като член на персонала, заедно с адекватно обучение, адекватна подкрепа и надзор (включително оценка и обратна връзка), без експлоатация и с право на отказ на позицията, без взаимни обвинения.
- Независимо от причините за напускане на програмата, ориентация и помощ относно други здравни грижи и услуги за оценяване, източници на финансова помощ и жилище

---

<sup>28</sup> <http://www.eftc-europe.com/Organisation/bill.htm>

- Липса на експлоатация (включително и на родителите и семейството) в полза на структурата или нейните служители

## 10.2 Етичен кодекс на персонала<sup>29</sup>

Основното задължение на членовете на персонала е да осигурят качество на услугите за клиентите, които се намират в терапевтичната програма. Отношенията между екипа и клиентите са специфични и е важно екипът да има едновременно зрелост и умения да се справи с поверената му отговорност.

Всички членове на персонала трябва да съзнават, че са част от професия, която изисква наблюдение както на собствените действия, така и тези на клиентите. Този етичен кодекс се отнася до членовете на персонала, както в работно, така и извън работно време.

Членовете на персонала трябва:

- Да се държат като зрели и положителни модели за подражание
- Да пазят информацията, предоставена от клиентите, като най-строго поверителна, съгласно всички приложими закони и правилата на организацията
- Да предоставят на всички клиенти копие от „Хартата за правата на клиента” и да гарантират, че всички нейни концепции са разбрани и се прилагат, както от служителите, така и от клиентите
- Да уважават своите клиенти, като поддържат с тях професионални отношения, които не са основани на доминиране и наказания
- Да осигуряват услуги, независимо от расата, вероизповеданието, религията, пола, произхода, сексуалната ориентация, възрастта, уврежданията, политическите пристрастия, предишно криминално досие или финансовия статус, като уважават позицията на клиентите при специални обстоятелства
- Да разбират, че интересите на клиента може да изискват неговото препращане в друга организация или при друг професионалист, или освобождаване
- Да забраняват сексуални отношения от всякакъв вид между персонала и клиентите (и семейството на клиента)
- Да възнаграждават по подходящ начин клиента за всякакви дейности, които той извършва лично за член на персонала.
- Да предотвратяват експлоатацията на клиент с цел лична облага

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В този наръчник сме направили опит да очертаем границите на добрата практика в психосоциалната рехабилитация за зависими индивиди, базирана на нашия и чужд

---

<sup>29</sup> <http://www.eftc-europe.com/Organisation/staffcode.htm>

опит, научни доказателства и публикации. Постарахме се да опишем сложността и комплексността на тази дейност, необходимостта от квалификация и професионализъм в работата на програмите за психосоциална рехабилитация за осигуряване на качество на предлаганите интервенции.

В съвременното развитие на лечебните системи основен подход е интегративният, който цели създаването на комплексна цялостна система от грижи, при запазване уникалността на отделните подходи и предлагане на най-подходящия за отделния индивид лечебен план и терапевтична модалност. Съчетаването на различни подходи е все по-често срещана практика. Като пример може да се посочи използването на психосоциални интервенции в програмите за лечение с опиоидни агонисти и агонисти-антагонисти или използването на субституиращи лекарствени продукти в програми тип „терапевтична общност“ за индивиди, които не могат да се справят в условията само на един терапевтичен метод.

Една интегрирана система за лечение трябва да се базира на общо разбиране и подход по отношение на зависимостта и нейното лечение, запазвайки уникалността на различните подходи и интегрирайки ги в една система.

## **ФИЛОСОФИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧНИТЕ ОБЩНОСТИ**

Тази философия е написана от Ришар Бове, вдъхновена от неговия стаж в терапевтична общност. Много скоро тя се превръща в инструмент, изразяващ визията на терапевтичните общности по света и се използва без изменение от голяма част от съвременните терапевтични общности. В някои общности философията е неотменен инструмент на рехабилитационната програма, използван от резидентите, за да размишляват за своя житейски опит в по-глобален аспект.

*Ние сме тук, защото няма къде да избягаме*

*от самите себе си.*

*Докато човек не успее да се види*

*чрез очите и сърцата на останалите, той бяга.*

*Докато не се довери и не сподели с другите тайните си,*

*той не може да бъде свободен.*

*От страх да не бъде разпознат,*

*той не познава нито себе си, нито някой друг,*

*той е сам.*

*Къде другаде, освен тук*

*можем да открием такова огледало?*

*Тук, заедно с другите, човек може да се покаже*

*не като гиганта на своите мечти,*

*нито като джуджето от сънищата си,*

*а като човек, част от цялото, със своя принос към него.*

*Тук никой от нас не е вече сам, както в смъртта,*

*а може да пусне корен и да израсне,  
за да живее и бъде човек като всички останали.*

Ришар Бове

## ИЗТОЧНИЦИ

1. Василев, П. (2008). *Терапевтични общности. Стандарти за добра практика*, „М-8-М”
2. Грошкова, Т. (2008). Дисертационен труд: *Ролята на мотивацията за задържане на клиентите в рехабилитационна програма „Терапевтична общност за наркомании”*
3. *Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите* (Обн., ДВ, бр. 30 от 02.04.1999 г.; изм. с § 4 от Закона за деноминация на лева - бр. 20 от 05.03.1999 г.; изм., бр. 63 от 2000 г., бр. 74 от 2002 г., бр. 75 от 2002 г.; изм. и доп., бр. 120 от 2002 г., бр. 56 от 2003 г.; изм., бр. 76 от 2005 г. - в сила от 01.01.2007 г.; изм. и доп., бр. 79, бр. 103/2005 г., изм. ДВ бр. 30, бр. 75, Бр. 82/2006 г., изм. ДВ бр. 31, ДВ бр. 55/2007 г., ДВ бр. 36, бр. 69/2008
4. *Консенсусно становище за психо-социалната рехабилитация*, изработено от Световна здравна организация (СЗО), <http://www.psihichnozdrave.com/>
5. *Методика за условията и реда за предоставяне на социалната услуга ”Защитено жилище, № 8032-7 от 28.10.2004г*
6. *МКБ -10 Психични и поведенчески разстройства*,(2003) Национален център по обществено здраве, Българска психиатрична асоциация, София
7. *Наредба № 30 от 20 декември 2000 г. за реда за участие в долечебни и рехабилитационни програми на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества* (обн.,ДВ,бр.1 от 2 януари 2001 г.).
8. *Препоръката на Европейския съвет от 18 юни 2003 г., (2003/488/ЕС), за превенция и ограничаване на вредите върху здравето, свързани със зависимостта към наркотични вещества*
9. Р. Георгиев, д-р Г. Василев, д-р А.Белчев, д-р Е. Грашнов, д-р А. Ангелов, д-р П. Василев (2005), *Консенсусно становище относно препоръчителен подход при рехабилитацията на зависимостите*, Национален център по наркомании, София
10. Annual report 2004, *The state of the drugs problem in the European union and Norway*, EMCDDA
11. A. Uchtenhagen, T. Ladjevic, J. Rehm Research Institute for Public Health and Addiction at Zurich University, Centre for Addiction and Mental Health Toronto(2007), *Guidelines for psychosocially assisted pharmacological treatment of persons dependent on opioids*; WHO background document prepared for third meeting of technical development group for the WHO, Geneva

12. Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: *a Practical Planning and Implementation Guide*, United Nations office on drugs and crime, Vienna, 2002
13. G. De Leon, (2000), *The Therapeutic community: Theory, model and method*, New York, Springer Publishers, Inc.
14. G. De Leon, (1999), Textbook of substance abuse treatment, Second edition, The American psychiatric press, chapter Therapeutic communities
15. Illinois Institute for Addiction Recovery, <http://www.addictionrecov.org/> *Outpatient Treatment Programmes*
16. Kooyman, M. (1993) *The Therapeutic Community for Addicts*. Amsterdam, Lisse, and Berwyn, PA: Swets & Zeitlinger
17. *Models of care for treatment of adult drug misusers*, (2002), National Treatment Agency for Substance Misuse, London
18. National Treatment Agency (2006), *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006*. London: National Treatment Agency
19. National Treatment Agency National Treatment Agency (2006). *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006*. London: National Treatment Agency
20. Principles of Drug Addiction Treatment: *A research-based guide*, NIDA
21. Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: *A Research Based Guide*, NIDA Publication No. 06-5316 Printed July 2006
22. Royal College of Psychiatrists (2006). *Service Standards for Addiction Therapeutic Communities*, 1<sup>st</sup> Ed.
23. *The ethical use of psychosocially assisted pharmacological treatments for opioid dependence* (2007)– Background document prepared for third meeting of technical development group (TDG) for the WHO “Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence”, Geneva, Switzerland
24. Tom Waller, Daphne Rumball, (2004), *Treating Drinkers and Drug Users in the Community*; Blackwell Publishing,
25. United Nations office on drugs and crime, (2003), *Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide*
26. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>
27. [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf)
28. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index42578EN.html>

29. <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5173EN.html?pluginMethod=eldd.showIegaltextdetail&id=2603&lang=en&T=2>
30. <http://www.efic-europe.com>
31. <http://www.undcp.org>
32. [http://www.who.int/substance\\_abuse](http://www.who.int/substance_abuse)
33. <http://www.cochrane.org>