

ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ
(НЗ Нации)

Российский благотворительный фонд
«Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)

Мотивационные технологии формирования резильентности

Под общей редакцией О.В. Зыкова

Москва, 2012

Серия изданий «Правовая наркология» является результатом программы, реализованной Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН) за средства субсидии из федерального бюджета, предоставленной Министерством экономического развития Российской Федерации в соответствии с приказом № 716 от 8 декабря 2011 г.

Серия «Правовая наркология». Под общей редакцией О. В. Зыкова.
Выпуск 0. Мотивационные технологии формирования резильентности. —
М: РБФ НАН, 2012. — 106 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к серии «Правовая наркология»	4
Письмо Секретаря Общественной палаты РФ Велихова Е.П. Председателю Правительства РФ Медведеву Д.А.	19
Правовая наркология.	
Концепция реформы системы наркологической помощи.	20
1. Введение	20
2. Место наркологической службы в системе мер по сокращению спроса на ПАВ	22
3. Государственная система профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками	24
4. Наркологическая медицинская помощь	25
4.1. Современное состояние системы государственной наркологической помощи	25
4.2. Программно-целевой подход к оказанию наркологической помощи	29
5. Организация оказания помощи гражданам, находящимся в опьянении в общественных местах	33
6. Лечебная субкультура как принципиальная основа оказания наркологической помощи	34
7. Социальная работа в наркологии	38
8. Реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией	42
9. Предложения по развитию правового регулирования оказания наркологической помощи	47
9.1. Общие положения	47
9.2. Регулирование оказания наркологической помощи в действующем законодательстве	48
9.3. Развитие нормативно-правовой базы оказания наркологической помощи	56
9.4. Медицинское освидетельствование, направленное на поражение в правах в случае выяв- ления наркологических заболеваний	65
9.5. Правовое обеспечение и стандартизация немедицинской (социальной) реабилитации наркологических больных	65
ПРОТОКОЛ	
заседания Правительственной комиссии по профилактике правонарушений	71
Пошаговая инструкция по созданию групп самопомощи	77
Группы самопомощи	93

Предисловие к серии «Правовая наркология»

Современные принципы и подходы к формированию мотивационной наркологии

В приказе Минздравсоцразвития России от 9 апреля 2010 г. N 225 ан «Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации» совершенно справедливо предлагается организовать наркологическую помощь в логике первичной, вторичной и третичной профилактики, каждая из которых является самостоятельным объемным понятием. В этом нормативном документе делается скромная попытка раскрыть эти понятия, и уже из этой попытки можно сделать один очевидный вывод — имеют право на существование и эффективны только те наркологические технологии, которые предполагают формирование мотивации у личности на недопущение или преодоление патологических форм зависимого поведения. Такие технологии предполагают, прежде всего, формирование и развитие резильентности личности. Резильентность — это способность человека с достоинством преодолевать жизненные трудности, строить нормальную полноценную жизнь в реальных условиях, испытывая самые разнообразные жизненные проблемы, в том числе и зависимость от алкоголя или наркотиков, уметь преодолевать их.

Вместо традиционной попытки изучать слабости и недостатки, затрудняющие социализацию субъекта, факторы риска возникновения алкоголизма и наркомании, констатировать проблемы и искать пути их решения, нужно, прежде всего, развивать сильные стороны личности, семьи и сообщества. Мобилизация этих сильных сторон даст возможность личности и семье самим преодолевать свои проблемы. С практической точки зрения очень важно отметить, что резильентность следует понимать шире, чем просто стойкость. Она включает способность человека защищать свою целостность от воздействия сильных неблагоприятных внешних воздействий, а также способность строить полноценную жизнь в трудных условиях, уметь планировать ее. В этом смысле резильентность отличается от способности «преодолеть трудную жизненную ситуацию», которая подразумевает разрешение определенных проблем, но без дальнейшего позитивного развития. В современных условиях социальные службы, оказывая своим клиентам материальную, медицинскую или юридическую помощь, помогают людям справляться с трудными ситуациями, но лишают самостоятельности, де-

дают их зависимыми от себя. По этой же психо-патологической схеме развиваются созависимые отношения в микросоциуме. Если человек конструктивно взаимодействует со своим микросоциальным окружением, то это взаимодействие развивает и укрепляет в нем способность и к сопротивлению, и к созиданию. Но если такое взаимодействие нарушается, резильентность ослабляется, а затем может и полностью утрачиться. Резильентность может находиться в латентном состоянии, она проявляется, как правило, вследствие негативных событий, происходящих в жизни каждого человека. Результатом такого процесса является позитивное развитие личности, столкнувшейся с тяжелой жизненной ситуацией, включая проявления различных форм патологической зависимости. Резильентность может проявляться в сохранении трезвости, несмотря на высокий риск развития злоупотребления алкоголем, например, многочисленные неблагоприятные факторы, вызывающие стресс и напряжение. В детском и подростковом возрасте резильентность выражается в успешном развитии личности ребенка, воспитывающегося в условиях микросоциального неблагополучия. При тяжелых заболеваниях и травмах резильентность проявляется не только в выздоровлении, но и в достижении таких успехов в спорте, которых не было до болезни или травмы.

Формирование и развитие резильентности всегда динамический процесс. Основной задачей наркологии является влияние на эту динамику. Каждый из уровней профилактики имеет свою технологическую закономерность формирования позитивно-поступательной направленности такого влияния.

Сформулируем концептуальные принципы уровней профилактики.

Концепция первичной профилактики —

«Позитивное большинство»

Ребенок живет в мире сопоставлений, и, прежде всего, сопоставляя себя и окружающий мир, он стремится повысить свою ценность, ценность своего существования по отношению к среде своего обитания. Это главный стимул его жизни. Осознавая это, можно построить эффективную технологию влияния на личный выбор ребенка. Бессмысленно декларировать позитивные ценности, не учитывая способность ребенка усвоить эти ценности. Предлагаемая концепция «Позитивного большинства», построенная на анализе существующих практик первичной профилактики аддиктивного поведения, исходит, прежде всего, из этого понимания и направлена не на насильственное и манипулятивное внедрение ценностей общества, а на выявление и осмысление общих для ре-

бенка и общества интересов, основываясь на мобилизации и развитии личных ресурсов ребенка, через подачу информации о позитивных ценностях, которые могут быть услышаны и усвоены ребенком, позитивных ценностях в широком смысле: терпимости, способности выслушивать, сопереживать и чувствовать боль другого человека; и, в конечном итоге, всех иных ценностях, которые обеспечивают социально приемлемый образ жизни.

Элемент концепции, который мы называем «большинство» — это тот технологический компонент, который обеспечивает усвоение предлагаемых ценностей. «Большинство» — это то, кого ребенок может услышать. Это технология донесения информации. Основной способ самореализации подростка — не быть «белой вороной», т. е. соответствовать ценностям среды, точнее, концентрации этих ценностей, которые он способен воспринять и усвоить. Говоря о «большинстве», мы не имеем ввиду физическое большинство предъявляющих эти ценности, хотя, безусловно, это тоже важный фактор. Это не количественный, а качественный показатель. Мы, прежде всего, говорим о «большинстве» с позиции важности и весомости предъявляемых ценностей в субъективном восприятии ребенка, важности и весомости ценностей, которые, с точки зрения ребенка, могут помочь реализовать его главную задачу — явить себя миру, занять достойное место в соответствии с фактом своего существования в этом мире, потому что любой ребенок абсолютизирует ценность своего существования и ждет адекватной реакции со стороны окружающих, и если этого не происходит, это является его главной трагедией. В своем внутреннем восприятии он пришел в этот мир раз и навсегда, он субъективно вечен. Именно поэтому программы и методы первичной профилактики, основанные на стратегии запугивания, на «идеи смерти», не эффективны и, более того, вредны, поскольку дискредитируют в молодежной среде любые попытки общества, или отдельных представителей этого общества, предъявить позитивные ценности. Набор позитивных ценностей, которые мы должны донести до подрастающего поколения, очевиден и понятен — здоровый и трезвый образ жизни и др. Поэтому не стоит уделять чересчур много внимания составлению исчерпывающего списка этих ценностей, не в этом сверхзадача любой программы первичной профилактики. Основная задача — быть услышанным и воспринятым, прежде всего, повторюсь, создавая и используя условия, обеспечивающие мобилизацию и развитие личных ресурсов самого ребенка, и, таким образом влияя на его личный выбор.

Мы очень мало можем повлиять на исходные приоритеты отдельно-

го ребенка. В исходном состоянии они в основном сопоставимы с уже названной формулой «я хочу явить себя миру». Мы почти не можем изменить перечень составляющих «большинства»: это ближайшее окружение, прежде всего родители; это микросоциальная среда; и это ценности молодежной субкультуры.

Часть «большинства» является носителем асоциальных тенденций, зачастую это большая часть. В этой ситуации наша главная задача — выявить тот компонент «большинства» в окружении конкретного ребенка, который является носителем позитивных ценностей. Необходимо адресоваться с нашими образовательными усилиями именно к этому компоненту «большинства», научить доносить свои позитивные ценности до ребенка, основываясь и используя приоритеты самого ребенка, исключительно через диалог с ребенком. Научить родителей предъявлять свою любовь ребенку и не терять доверительный, эмоциональный и информационный контакт с ним, прежде всего основываясь на осмыслении и обсуждении собственного жизненного опыта. Научить профессионалов доносить позитивные ценности не запугивая и не занимаясь скрытой рекламой наркотиков путем рассуждения о вреде этих наркотиков и предъявления информации о симптомах наркотизации, а в первую очередь, используя групповые занятия, направленные, подчеркну еще раз — на мобилизацию и развитие ресурсов самого ребенка, на повышение толерантности и гармонизацию отношений с самим собой и окружающим миром, активно используя для этого авторитет сверстников. И, наконец, используя социо-психологические технологии влияния на групповое сознание, внедрять идеи здорового образа жизни в массовое общественное сознание используя закономерности формирования этого группового сознания.

На основании вышеизложенного, концепцию «Позитивного большинства» можно условно разделить на три компонента-вопроса:

- что может являться «большинством» для ребенка?
- что нужно сделать, чтобы это «большинство» было позитивной эталонной группой или отдельным человеком («позитивным взрослым»)?
- что делать, когда это «большинство» является позитивной эталонной группой или отдельным человеком («позитивным взрослым»)?

Я сознательно избегаю широко используемого в настоящее время понятия референтной группы, осознавая, что последняя может быть как позитивной эталонной группой, так и негативной эталонной группой, т.е. группой, чьи ценности отторгаются сознанием ребенка, и в данном случае неважно, являются ли эти ценности позитивными или негатив-

ными с точки зрения общества. Негативная эталонная группа — это группа, с которой ребенок себя сопоставляет, но не идентифицирует.

Как уже было отмечено, «большинством» для ребенка в первую очередь являются его родители. Но они становятся «позитивным большинством» только в том случае, если поддерживают эмоциональный контакт с ребенком, дают возможность ребенку излагать свои ежедневные проблемы и получать адекватную обратную связь от них не в виде демагогических наставлений, а, прежде всего, доступно излагая уроки, которые извлекли сами из своей собственной жизни. Искренность и доверительность определяют эмоциональную насыщенность такого общения. Модные и широко используемые в настоящее время рекомендации «усиленно контролировать ребенка», а еще хуже — с помощью специальных, активно рекламируемых фармацевтическими компаниями, тест-систем «контролировать наличие наркотиков в моче у ребенка» взамен доверительного общения, приводят к полному эмоциональному разрыву и дальнейшей неспособности родителей влиять на поведение ребенка. Еще раз хочу подчеркнуть, эмоциональный контакт с ребенком — это главный инструмент семейной профилактики аддиктивного поведения ребенка. Если такой эмоциональный контакт будет сохранен, родителям совершенно необязательно заниматься ежевечерними осмотрами, так как первое, что меняется при начале употребления химических веществ, это эмоциональная сфера ребенка, и в случае негативного развития событий, родители неизбежно это почувствуют на эмоциональном уровне.

Чем меньше влияние на ребенка родителей, тем больше на него влияние ценностей микросоциума и молодежной субкультуры в целом. Поэтому в профессиональном плане необходимо разрабатывать как технологии обучения родителей влиянию на личный выбор своего ребенка, прежде всего путем предъявления своей любви ему, так и технологии влияния на тенденции в молодежной субкультуре. Использование различных методов психотерапии и психокоррекции, реализуемых, прежде всего, в игровой форме, при работе с малыми детскими и молодежными группами, очевидно также можно рассматривать как способ предъявления позитивных ценностей, а игровую группу, включая психотерапевта, как «большинство». Я уже говорил об опасности непрофессиональной и неумелой декларации позитивных ценностей, которая, в конечном итоге, может привести к дискредитации самих этих ценностей, и даже создать благоприятную почву для культивирования анти-ценностей. Мы должны ясно осознавать, что в мире идет борьба за умы и сознание

молодежи, за влияние на молодежную субкультуру, идет борьба между различными референтными группами, каждая из которых предъявляет те ценности, которые исповедует. Ярким примером этой борьбы, которую мы наблюдали в последний период времени, было внедрение референтной группой (ее можно условно определить как «пивное лобби») ценностей употребления пива как способа мышления и поведения молодого человека, внедрение в молодежную субкультуру «пивного поведения» как способа самореализации и достижения успеха. И надо признать, что это было сделано очень профессионально, и в чем-то мы должны взять пример с этой, очевидно разрушающей генофонд нашей нации, кампании. Это пища для ума и повод проанализировать, что и как мы делаем.

Хочу подчеркнуть, поддержание диалога с нашими собственными детьми нужно, прежде всего, нас самим, это наш шанс и возможность позитивно эволюционировать, развивать свою собственную резильентность.

Концепция вторичной профилактики — «Реабилитационное пространство»

Формируя концепцию «Реабилитационного пространства» для несовершеннолетних группы риска, необходимо исходить из трех главных принципов:

1. Никакая форма девиантного поведения, включая употребление детьми наркотиков, не может рассматриваться вне контекста иных проблем несовершеннолетнего, и, в силу этой причины, нельзя создать технологию, которая исправляет какую-то одну, отдельно взятую форму девиантного поведения.

2. Усилия должны быть направлены на защиту прав абсолютно всех несовершеннолетних; недопустима идея отделить «хороших» детей от «плохих», «плохих» наказать и таким образом защитить «хороших».

3. Любая реабилитационная технология должна начинаться с доверительного контакта с ребенком, а он возможен только там и тогда, где и когда ребенок сам готов вступить в этот контакт; в приложении к детям группы риска это, прежде всего, улица.

Именно поэтому организация уличной социальной работы является наиважнейшим фактором эффективной деятельности реабилитационного пространства. В дальнейшем, основная задача любой технологической цепочки — не утратить то доверие, которое достигается между уличным социальным работником и несовершеннолетним. Для ребенка общение с представителями различных служб реабилитационного пространства должно протекать в едином понятийном ключе.

Реабилитационное пространство можно представить в виде дома, где фундаментом является ювенальное правосудие (правовой аспект реабилитационного пространства), само здание состоит из «кирпичиков» — реабилитационных программ, осуществляемых государственными (муниципальными) и негосударственными учреждениями и службами (организационный аспект реабилитационного пространства), цементируют это здание информационные технологии, обеспечивающие непрерывность пространства реабилитации (информационный аспект реабилитационного пространства).

Реабилитационное пространство (РП) — территориальная система ведомств, служб, учреждений, общественных инициатив, осуществляющих поиск и реабилитацию несовершеннолетних, оказавшихся в опасных или неблагоприятных социальных условиях. Основная задача РП — обеспечение принципов непрерывности и единства подходов в оказании многопрофильной помощи несовершеннолетнему с момента выявления признаков дезадаптированности до восстановления его адаптационных возможностей. Концепция РП включает в себя правовые, организационные и информационные аспекты.

Правовой аспект

Правовой аспект концепции РП является базовым. Его суть в воссоздании ювенального судопроизводства в России. Центральной фигурой ювенального судопроизводства является ювенальный судья, обеспечивающий правовую судебную защиту прав несовершеннолетних. При этом существующие и вновь создаваемые социальные службы, в чьи обязанности входит профилактика и защита прав ребенка, могут функционально объединяться вокруг этой ключевой фигуры. Именно такое объединение способно создать РП как единый комплекс, действующий во благо ребенка. Основная задача деятельности в рамках правового аспекта — внедрение основ и принципов ювенальной юстиции в деятельность правоохранительных и правозащитных органов, что означает разработку и реализацию правовых и социально-психологических технологий, направленных на решение проблем несовершеннолетних и защиту их прав.

Организационный аспект

Организационный аспект рассматривает совокупность взаимодействий всех участников РП (учреждений, служб, программ) в системе территориального и ведомственного управления. Основная задача деятельности в рамках организационного аспекта — создание функционального модуля, призванного обеспечить эффективность и качество реабилитационного процесса во взаимодействии всех его участников.

Информационный аспект

Информационный аспект — та часть системы, которая позволит всем участникам РП быть включенными в общий процесс реабилитации детей группы риска. Единая информационная сеть дает возможность всем организациям, независимо от ведомственной принадлежности, общаться на одном языке; общие базы данных позволяют оперативно реагировать на возникающие проблемы и формировать эффективные профилактические программы, опираясь на анализ имеющейся информации.

Концепция третичной профилактики — «Лечебная субкультура»

Создание эффективной наркологической помощи предполагает социальную, трудовую, психологическую и медицинскую реабилитацию лиц, у которых сформировалась патологическая зависимость. При лечении и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших общеуголовных преступлений, необходимо соблюдать три принципа организации службы: анонимность, доступность, бесплатность. Соблюдение указанных принципов обеспечивает создание доброжелательной для больного системы оказания наркологической помощи, что существенно повышает мотивацию больных на прекращение злоупотребления и сохранение трезвости. Повышение уровня мотивации на сохранение трезвости является стержневым элементом реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией.

В настоящее время совершенно очевидна необходимость отказа от репрессивного мышления в наркологии и идеологизации наркологической помощи. На смену этим подходам должен прийти программно-целевой подход к оказанию наркологической помощи.

Цель оказания наркологической помощи — достижение стойкой ремиссии, что возможно только при сознательном отказе от употребления психо-активных веществ (ПАВ), не основанном на страхе или принуждении, так как страх или принуждение не могут обеспечить стойкость ремиссии. Сознательный отказ от употребления ПАВ является проявлением уровня резильентности, результатом мобилизации внутренних ресурсов личности и выражается в определенном уровне мотивации к отказу от употребления ПАВ. Именно поэтому лечебный процесс должен быть построен по программно-целевому принципу, где целью является формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ, а программа формируется в зависимости от исходного уровня мотивации пациента. Поскольку основная причина рецидива состоит в отсутствии у пациента психологических и социальных навыков жизни без использования ПАВ, содержанием программ должны быть медико-социо-психологические

технологии, направленные на формирование таких навыков, что также возможно только при определенном уровне мотивации к приобретению этих навыков.

Традиционное территориально-диспансерное построение наркологической службы в принципе не предполагает дифференцированности компонентов лечебно-профилактического процесса в зависимости от уровня мотивации пациента к лечебному процессу. Врач психиатр-нарколог, обслуживающий определенную территорию, принимает пациента по факту его прихода на прием, а не в связи с определенным уровнем мотивации. В случае программно-целевого построения наркологической службы пациент самостоятельно выбирает ту программу, которая соответствует его уровню мотивации. Таким образом, целью компонентов лечебно-профилактического процесса является повышение мотивации пациента на основе имеющегося у него опыта жизни без употребления ПАВ.

Рассмотрим ряд таких компонентов, начиная с ситуации минимальной мотивации пациента к отказу от употребления ПАВ.

*1 компонент лечебно-профилактического процесса —
«Уменьшение вреда»*

Больной не мотивирован к отказу от употребления ПАВ. Цель программы — привлечь пациента к ненасильственному общению с наркологической службой с целью предоставления ему информации о способах выздоровления и, таким образом, формирование первичной мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это возможно, если предоставить пациенту в рамках данной программы специфические услуги, в которых пациент заинтересован и нуждается в них в силу наличия у него зависимости от ПАВ. Прежде всего, таким компонентом лечебно-профилактического процесса может быть программа «Уменьшение вреда», а к услугам в этом случае будут относиться:

- обмен «грязных» шприцев на «чистые»;
- предоставление материалов, обеспечивающих стерильность инъекционного введения ПАВ;
- анонимное тестирование на наличие ВИЧ-инфекции;
- бесплатное предоставление презервативов;
- бесплатное предоставление различных информационных материалов, консультирование;
- социальная поддержка в трудных жизненных ситуациях.

*II компонент лечебно-профилактического процесса —
«Контактный телефон»*

Существующий уровень мотивации провоцирует пациента на активный поиск информации о способах выздоровления. Такую информацию пациент может получить в случае функционирования компонента лечебно-профилактического процесса «Контактный телефон». Деятельность этого компонента должна быть неотъемлемой частью наркологической службы. Цель программы заключается в том, чтобы, сохраняя достаточный уровень доверия, привлечь пациента к личному контакту с наркологической службой.

*III компонент лечебно-профилактического процесса —
«Первичное консультирование»*

Готовность пациента сознательно и самостоятельно прийти с целью получения наиболее полной информации о способах выздоровления должна удовлетворяться компонентом лечебно-профилактического процесса «Первичное консультирование». Цель — сформировать доверие пациента к лечебному процессу, что возможно только при условии, если первичное консультирование будут проводить консультанты из числа лиц, имеющих собственный опыт выздоровления от зависимости от ПАВ.

*IV компонент лечебно-профилактического процесса —
«Неотложная наркологическая помощь»*

Физическое страдание пациента в период прекращения злоупотребления, заставляющее пациента обратиться за помощью к наркологической службе, создает наиболее благоприятные условия для формирования мотивации к отказу от употребления ПАВ. Целью, оказываемой в этом случае помощи, должно быть не избавление от физического страдания, а психологическая интервенция, направленная на формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это достигается, прежде всего, минимизацией использования традиционной медикаментозной терапии и максимально возможным психотерапевтическим вмешательством на фоне физического страдания пациента.

*V компонент лечебно-профилактического процесса —
«Амбулаторная реабилитационная помощь»*

Базовой ценностью амбулаторного компонента, как и всей лечебной субкультуры, являются группы самопомощи для людей с различными видами патологической зависимости (от алкоголя, наркотиков, азартных игр и др.). Для выздоровления от зависимостей в этих группах

используется методика и основные принципы сообщества Анонимных алкоголиков, действующего более чем в 150 странах мира и объединяющего в настоящее время миллионы людей. Первое сообщество Анонимных алкоголиков (АА) появилось в 1935 году и положило начало огромной работе над программой преодоления алкоголизма и, впоследствии, других видов зависимостей. В этой программе под названием «12 шагов» впервые была предпринята попытка осознать зависимость от химических веществ или другие формы патологической зависимости, как био-психо-социо-духовную болезнь, а выздоровление от зависимости — в более широком смысле — как духовное развитие человека.

В нашей стране первые группы самопомощи «Анонимные алкоголики» появились в конце 80-х годов. Чуть позже появились «Анонимные наркоманы». Сейчас в Москве уже существуют группы самопомощи для выздоровления от различных иных видов нежелательных зависимостей: «Анонимные игроки», «Анонимные курильщики», «ВИЧ+», «Анонимные эмоционалы», «Анонимные передающие», «Анонимные сексоголики», «Анонимные депрессивные», «Анонимные должники» и др.

Амбулаторный компонент лечебно-профилактического процесса должен быть в значительной мере обращен к родственникам и близким лиц, страдающих зависимостью от ПАВ и имеющим проявления созависимости. Одним из важнейших факторов выздоровления является оздоровление микросоциальной среды пациента. Целью этого компонента является преодоление созависимых отношений в микрогруппе. Основной способ добиться стойкого преодоления созависимых отношений — это, используя Амбулаторный компонент лечебно-профилактического процесса, привлечь лиц, страдающих созависимостью к преодолению этого страдания путем посещения групп самопомощи. Сегодня в Москве доступны группы: «Ал-Анон» и «Взрослые дети алкоголиков» (для родственников алкоголиков), «Алатин» (для детей алкоголиков), «Нар-Анон» (для родственников наркоманов), «И-Анон» (для родственников азартных игроков), группы для родственников людей живущих с ВИЧ-положительным статусом.

Аналогичные процессы развития групп самопомощи с разной интенсивностью происходят на всей территории Российской Федерации.

*VI компонент лечебно-профилактического процесса —
«Комплексная интенсивная групповая психотерапия»*

Комплексная интенсивная групповая психотерапия может реализовываться как в режиме дневного стационара, так и в режиме круглосуточного стационара, расположенного как в городской, так и в загородной

зоне. Цель комплексной интенсивной групповой психотерапии — выработка психологических и социальных навыков жизни без употребления ПАВ. Содержанием комплексной интенсивной групповой психотерапии являются социально-психологическое моделирование различных жизненных ситуаций, с которыми сталкивается пациент, страдающий зависимостью от ПАВ. Компоновка используемых терапевтических технологий всегда носит авторский характер и зависит от уровня профессионализма руководителей и персонала этого компонента лечебно-профилактического процесса.

*VII компонент лечебно-профилактического процесса —
«Дом на полпути»*

«Дом на полпути» — это община в загородной зоне, работающая по принципам самопомощи и самообеспечения. В случае приобретения пациентом достаточных психологических навыков преодоления зависимости от ПАВ, но при отсутствии социальных навыков, пребывание в программе «Дом на полпути» дает возможность в щадящем режиме приобрести такие социальные навыки, прежде всего, трудовые навыки самообеспечения. Эта программа является завершающим этапом приобретения лицом, страдающим зависимостью от ПАВ достаточного комплекса навыков, необходимых для жизни в условно нормальном социуме.

Центральной задачей повышения эффективности оказания наркологической помощи является формирование у лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, механизмов устойчивой мотивации на прекращение злоупотребления и сохранение трезвости через участие в лечебных и реабилитационных программах. Государственная наркологическая служба долгие годы не учитывала необходимость духовного возрождения больных, обретение ими нового смысла жизни. Врач, вооруженный только лекарственными препаратами и психотерапевтическими методиками, мало что может сделать. В обществе необходим институт, с помощью которого больные алкоголизмом и наркоманией могли бы найти пути выздоровления. Группы самопомощи — это базовый элемент лечебной субкультуры, который позволяет социализироваться больному. Пребывание в этих группах позволяет сохранить не только трезвость, но также дает и психологический комфорт. Истинным критерием эффективности наркологической помощи должен быть не столько отказ от ПАВ, сколько высокое качество жизни без ПАВ.

В настоящее время для больных алкоголизмом и наркоманией государственная наркологическая помощь — практически бесполезный институт. Сейчас наркологические больные знают, что посещение на-

ркологического диспансера повлечет только ограничение его в правах, поэтому они не обращаются за бесплатной наркологической помощью. Государственная и муниципальная наркология, не ориентированная на реабилитацию больного, остается частью репрессивной государственной машины, какой она была в советский исторический период. Наше общество в целом, и медицина в частности, формально признав, что наркомания и алкоголизм — это болезнь, не рассматривают наркоманов и алкоголиков как больных людей, их рассматривают как морально ущербных личностей. Нельзя помочь человеку, если не уважаешь его личность, его чувства.

Группы самопомощи необходимо встроить в систему профессиональной наркологической помощи. Врачи-наркологи должны отказаться от проведения исключительно симптоматической терапии, в которой основная роль принадлежит фармакотерапии, а вместо этого должны содействовать возвращению человека в мир трезвости. Одним из первых шагов в этом направлении является обеспечение многообразия форм оказания наркологической помощи. Причем основным критерием, определяющим форму оказания наркологической помощи, должен стать уровень мотивации больного на воздержание от употребления психоактивных веществ. Чем выше мотивация больного, чем в большей мере он способен произвольно регулировать свое поведение, тем в менее ограничительных условиях должно осуществляться его лечение. Требование минимального уровня ограничений и контроля над больным со стороны медицинского персонала основано на понимании того, что чем ближе обстановка в которой проходит лечение к той, в которой живет пациент, тем ниже вероятность рецидива болезни после выписки.

Сам терапевтический процесс представляет собой последовательный переход от более ограничительных условий лечения, к менее ограничительным. Вопрос о минимально достаточном для сохранения трезвости уровне контроля решается для каждого пациента индивидуально перед началом лечения. Максимально высокий уровень контроля предлагается пациентам на период детоксикации (купирования абстинентного синдрома), минимальный — в группах самопомощи. Это позволяет выбрать оптимальный терапевтический маршрут для больных с различными уровнями мотивации, скорректировать лечебную тактику при изменении мотивации больного. В зависимости от степени ограничений все терапевтические программы подразделяются на стационарные и амбулаторные, однако можно выделить и промежуточный уровень (полустационарные условия пребывания больных).

Лечение аддиктивного поведения предполагает обязательное сочетание медицинской помощи с реабилитацией. Принципиальное значение в организации наркологической помощи имеет привлечение бывших пациентов, прекративших злоупотребление, для психологической поддержки и социального сопровождения больных, проходящих курс лечения. Такие консультанты могут работать как на профессиональной основе в качестве социальных работников или специалистов по социальной работе, так и в качестве волонтеров, что, в последнем случае, позволяет снизить затраты на оказание наркологической помощи.

Программа детоксикации, являясь наиболее близкой к традиционным формам оказания наркологической помощи, должна обязательно предусматривать оказание мотивационной психотерапевтической и реабилитационной помощи. Таким образом, программа детоксикации представляет собой медицинскую подготовку для успешного прохождения пациентом следующих этапов лечения.

После окончания курса детоксикации пациент включается в программу стационарного лечения, которая предусматривает круглосуточное нахождение больного в специализированном стационаре. Целью госпитального этапа является создание для пациента такой обстановки, которая облегчает ему сохранение трезвости. Эта цель достигается за счет изоляции и использования средств контроля, исключающих доступ психоактивных веществ в отделение. Кроме того, постоянное пребывание больных в стационаре обеспечивает их постоянный контакт с консультантами, что является необходимым условием для активного участия больных в психотерапевтических и реабилитационных программах. Длительность стационарного лечения определяется стабильностью мотивации на трезвость и составляет от одного до нескольких месяцев.

Для обеспечения постепенного изменения условий лечения между стационарными и амбулаторными программами могут включаться программы полустационарного пребывания, которые позволяют сформировать более строгий, чем в амбулаторных условиях контроль над больными. Такие полустационарные программы могут иметь различные названия (Дом на полпути, Дом трезвого проживания). Однако все они предусматривают проживание выздоравливающих алкоголиков и наркоманов в общежитиях при обязательном воздержании от приема психоактивных веществ и регулярное участие в программах самопомощи. В случаях обоснованных подозрений на возобновление употребления ПАВ, проводятся тесты на алкоголь и наркотики. Одной из форм реабилитационной работы является привлечение всех пациентов к самоу-

правлению путем регулярного проведения общих собраний для обсуждения текущих дел. Длительность участия пациентов в программе, как правило, не ограничивается.

Программы амбулаторного лечения, с проживанием пациента в традиционном микроциуме, включают те же виды психотерапевтической помощи и реабилитационных услуг, что и программы с более строгим контролем за поведением больных.

подавляющее большинство программ выздоровления основано на деятельности групп самопомощи. Мировой опыт свидетельствует о том, что участие в таких неформальных объединениях выздоравливающих алкоголиков и наркоманов позволяет им оставаться трезвыми в течение всей жизни. Самопомощь представляет собой нечто большее, чем просто участие выздоравливающего в собраниях Анонимных алкоголиков или Анонимных наркоманов. Она включает в себя такие дополнительные компоненты, как работа по шагам с консультантом, участие в организационных собраниях, общественных мероприятиях и иных социализирующих действиях в лечебном сообществе, и, конечном итоге, формирование новых жизненных навыков, нового уровня результативности.

*Директор Института наркологического здоровья нации
Общественной палаты Российской Федерации
О. В. Зыков*

**ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

С Е К Р Е Т А Р Ъ

Митусская пл., д. 7, стр. 1,
Москва, ГСП-3, 125993
Тел.: (495) 221-83-63
Факс: (499) 251-60-04
e-mail: info@opr.f.ru
сайт: www.oprf.ru

Председателю Правительства
Российской Федерации

Д.А.МЕДВЕДЕВУ

№ 15 МАЙ 2012 201 г. № 40П-1/ 443

На № _____ от _____

Уважаемый Дмитрий Анатольевич!

Правительственная комиссия по профилактике правонарушений на своем заседании 28 декабря 2011 года рассмотрела и одобрила в целом проект Концепции реформы системы наркологической помощи, разработанный Общественной палатой Российской Федерации.

В соответствии с решением Правительственной комиссии по профилактике правонарушений (п.1.2.2. протокола №4 от 28.12.2011г.) направляются доработанная Концепция и сопровождающие материалы с целью их использования Правительством Российской Федерации в процессе подготовки нормативной правовой базы, обеспечивающей формирование системы эффективной наркологической помощи в Российской Федерации.

Приложение:

1. брошюра в 1 экз.;
2. диск в 1 экз.


Е.Великов

Исп.: О.В. Зыков,
тел.:(499)1263475

Правовая наркология. Концепция реформы системы наркологической помощи.

1. Введение

В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г. в качестве одной из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации указано массовое распространение наркомании и алкоголизма, повышение доступности психоактивных и психотропных веществ. Одной из приоритетных задач в повышении качества жизни российских граждан является задача по снижению уровня заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, обеспечение доступности современного здравоохранения, в том числе и наркологической помощи. Основным методом решения проблем обозначена нацеленность государственной политики Российской Федерации в сфере здравоохранения и здоровья нации на профилактику и предотвращение роста уровня социально-опасных заболеваний. Главными направлениями обеспечения национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации определены: усиление профилактической направленности здравоохранения; совершенствование стандартов медицинской помощи; ориентация на сохранение здоровья человека; совершенствование в качестве основы жизнедеятельности общества института семьи, охраны материнства, отцовства и детства. Решение задач национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации в среднесрочной и долгосрочной перспективе достигается путем формирования национальных программ и проектов по лечению социально значимых заболеваний (наркомания, алкоголизм) с разработкой единых общероссийских подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов.

Необходимость разработки концепции реформы наркологической помощи в Российской Федерации (далее Концепция) обусловлена высокой распространенностью злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ). По данным Национального научного центра наркологии в 2008 году в Российской Федерации зарегистрировано 550 тыс. лиц, злоупотребляющих наркотиками, значительная часть из которых вводит наркотики внутривенно. По оценкам ФСКН в России реальное количество наркопотребителей может достигать 5 млн. человек. Столь высокий уровень алкоголизации и наркотизации ведет к существенным потерям трудоспособной части населения вследствие медицинских причин (ВИЧ-инфекция, гепатит, заболевания печени и т. п.), а также смер-

тности от внешних причин (убийства, самоубийства, несчастные случаи, отравления, дорожно-транспортные происшествия).

По данным Федерального научно-методического центра по борьбе со СПИДом количество новых случаев ВИЧ-инфекции, приобретенной вследствие инъекционного введения наркотиков, в массиве всех зарегистрированных случаев с установленным путем передачи в 2008 году составило 66%. Количество ВИЧ-инфицированных среди потребителей наркотиков в некоторых регионах доходит до 65%. Распространение ВИЧ-инфекции является реальной угрозой национальной безопасности. С учетом значимости наркопотребления в распространении ВИЧ-инфекции, стратегия антинаркотической политики должна быть тесно увязана со стратегией противодействия распространению ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний.

Злоупотребления ПАВ оказывают деструктивное воздействие на главные ресурсы национальной экономики — интеллектуальное и физическое здоровье населения страны. При этом эффективность оказания наркологической помощи населению остается на крайне низком уровне и не соответствует масштабности проблемы. На основании распоряжения Правительства РФ от 13 ноября 2003 г. № 1650-р одним из ведущих заказчиков Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы» являлось Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В ходе реализации Программы Минздравсоцразвития РФ должен был разработать и внедрить новые методы и средства лечения наркоманий, а также медицинской и социально-психологической реабилитации больных наркоманией, совершенствования оказания наркологической помощи населению, развития наркологической службы в Российской Федерации, а также осуществить разработку и внедрение современных методов диагностики наркомании. Также предполагалось, что за счет реализации мероприятий Программы в социальной сфере будут созданы благоприятные условия для возвращения к нормальной жизни и трудоустройства больных наркоманией, прошедших лечение и реабилитацию. Доля больных наркоманией с ремиссией не менее трех лет должна была увеличиться на 30–40%. Однако ни в части разработки новых методов и средств лечения наркоманий, ни в части повышения эффективности реабилитации больных наркоманией ожидаемые результаты достигнуты не были. Давно назревшая реформа государственной системы оказания наркологической помощи не состоялась.

Единственным позитивным изменением в сфере оказания наркологической помощи в период действия Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы» можно считать «возвращение» наркологии в психиатрию. Наркология признана частью психиатрии, а не самостоятельной подотраслью медицины, врачом-наркологом может быть только врач-психиатр, прошедший дополнительную подготовку по наркологии. Реализация этого положения в полном объеме позволит существенно повысить качество подготовки психиатров-наркологов.

Целью Концепции является организационно-методическое обеспечение преобразования системы медико-социальной помощи больным алкоголизмом и наркоманией в Российской Федерации, сокращение медико-социальных потерь от последствий злоупотребления алкоголем и наркотиками на основе передовых медико-социальных технологий.

2. Место наркологической службы в системе мер по сокращению спроса на ПАВ

Система мер по сокращению спроса на алкоголь и наркотики направлена на оздоровление нации путем уменьшения распространенности употребления ПАВ, а также уменьшение вреда и неблагоприятных последствий употребления ПАВ и строится на основе приоритета профилактических мер социально-экономического, медицинского и общественного характера и включает в себя:

- государственную систему профилактики злоупотребления ПАВ;
- медико-социальную наркологическую помощь, включая низкопороговые программы предоставления медико-социальных услуг общественных организаций, муниципальных и государственных учреждений.

Система мер по сокращению спроса на ПАВ предполагает три уровня стратегии профилактики, направленные на сокращение спроса:

Стратегия первичной профилактики направлена на утверждение принципов и формирование навыков здорового образа жизни. Это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также путем повышения устойчивости личности к воздействию неблагоприятных факторов социальной среды, способствующих началу употребления ПАВ. К первичной профилактике относят социально-экономические и иные меры по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию, использованию технологий «позитивного большинства» и резильентности личности.

Стратегия вторичной профилактики основана на работе с представителями групп риска, в первую очередь с детьми и молодежью. Ключевой задачей в этом направлении является создание эффективной системы защиты прав детей, а также снижение уровня насилия в обществе в целом, прежде всего путем сокращения тюремного населения.

Стратегия третичной профилактики основана на создании системы эффективной наркологической помощи и имеет целью социальную, трудовую, психологическую и медицинскую реабилитацию лиц, у которых сформировалась зависимость от ПАВ, на основе трех принципов: анонимность, доступность, бесплатность. При лечении и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших общеуголовных преступлений, соблюдение указанных принципов обеспечивает создание доброжелательной для больного системы оказания наркологической помощи, что существенно повышает мотивацию больных на прекращение злоупотребления и сохранение трезвости. Повышение уровня мотивации на сохранение трезвости является стержневым элементом реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Поставленной цели позволяет добиться перестройка оказания наркологической помощи на основе концепции духовно-реабилитационной деятельности.

Основными рисками и угрозами в сфере оказания наркологической помощи являются:

- широкое распространение в обществе толерантного отношения к немедицинскому потреблению алкоголя и наркотиков и столь же широкое распространение негативного отношения к больным алкоголизмом и наркоманией, представление о зависимости как о распушенности и слабости воли больного, а не тяжелом хроническом психическом расстройстве;
- стигматизация больных алкоголизмом и наркоманией и повышение порога оказания медико-социальной помощи вследствие обязательных для больного постановки на наркологический учет, сопряженный с неизбежными социальными ограничениями, и возможной передачей сведений о лицах, потребляющих ПАВ, из наркологических учреждений в правоохранительные органы;
- сокращение числа государственных наркологических медицинских учреждений и врачей психиатров-наркологов и фактическое отсутствие реабилитационных центров (отделений), в том числе в структуре наркологических диспансеров и наркологических больниц;
- недостаточная доступность квалифицированной бесплатной медицинской помощи и медико-социальной реабилитации для больных алко-

- лизмом и наркоманией и, как следствие, крайне высокий уровень рецидива среди больных, прошедших лечение в наркологических учреждениях;
- широкое распространение негосударственных наркологических учреждений, ориентированных на оказание краткосрочной неотложной наркологической помощи (обрыв злоупотребления и купирование острой фазы абстинентного синдрома); без последующей реабилитации эффективность подобного лечения крайне низка, что ведет к дискредитации наркологической помощи.

3. Государственная система профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками

Целью профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками является сокращение масштабов алкоголизации и немедицинского потребления наркотиков, формирование позитивного отношения к трезвости и здоровому образу жизни, существенное снижение спроса на алкоголь и наркотики, прежде всего среди несовершеннолетних и молодежи.

Достижение указанной цели осуществляется решением следующих основных задач:

- укрепление психического здоровья населения, снижение заболеваемости, создание условий для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни и повышения стрессоустойчивости;
- формирование негативного отношения в обществе к злоупотреблению алкоголем и наркотиками, в том числе путем проведения активной пропаганды ценностей здорового образа жизни и иных социально одобряемых духовных ценностей; формирование у несовершеннолетних и молодежи навыков, снижающих риск вовлечения в злоупотребление алкоголем и наркотиками;
- своевременное выявление причин и условий, способствующих распространению злоупотребления алкоголем и наркотиками, и организация комплексных мероприятий по эффективному их устранению;
- развитие ювенальной юстиции как правового механизма формирования и реализации реабилитационных мероприятий в отношении несовершеннолетних, употребляющих алкоголь, наркотики и другие ПАВ;
- обеспечение трудовой занятости несовершеннолетних и молодежи, в том числе и сезонной, повышение привлекательности доступных им профессий путем повышения размера минимальной оплаты труда, создание новых рабочих мест в сельской местности и малых городах, особенно возникших при градообразующих предприятиях;
- развитие системы раннего выявления злоупотребления алкоголем и наркотиками в первую очередь среди несовершеннолетних и моло-

дежи, в частности, посредством ежегодной диспансеризации.

Мероприятия по профилактике злоупотребления алкоголем и наркотиками должны быть направлены на все категории населения, но в первую очередь они адресуются несовершеннолетним и молодежи, находящимся в неблагоприятных социальных условиях, в трудной жизненной ситуации, а также лицам группы повышенного риска злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Государственные организации, оказывающие наркологическую помощь, должны активно взаимодействовать с общественными организациями, в том числе, объединяющими родителей потребителей ПАВ, чтобы использовать их возможности для формирования мотивации на обращение за наркологической помощью.

Основным средством проведения первичной профилактики являются программы, направленные на определенную целевую аудиторию: дети и подростки; молодежь в возрасте до 30 лет; работающее население; военнослужащие и сотрудники силовых ведомств. При проведении профилактических мероприятий следует отдавать предпочтение сочетанию методов прямого и косвенного (опосредованного) воздействия на лиц из группы повышенного риска злоупотребления алкоголем и наркотиками, обучению детей и подростков умению отказаться от первой пробы алкоголя или наркотиков, содействие выбору позитивных жизненных стратегий.

4. Наркологическая медицинская помощь

4.1. Современное состояние системы государственной наркологической помощи

Современное состояние системы государственной наркологической медицинской помощи определяется:

- крайне низкой эффективностью бесплатной наркологической помощи, оказываемой в государственных медицинских учреждениях;
- недостаточностью правовой нормативной базы для оказания наркологической помощи;
- недостаточным числом специализированных государственных наркологических медицинских учреждений и низким качеством их кадрового обеспечения;
- недостаточным развитием сети учреждений для реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией;
- отсутствием технологий ресоциализации выздоравливающих больных алкоголизмом и наркоманией;

- недостаточностью финансового и научно-методического обеспечения наркологической медицинской помощи;
- повышением порога оказания бесплатной наркологической помощи вследствие практики ведения учета злоупотребляющих ПАВ лиц при обращении в государственные медицинские учреждения и возможной дальнейшей передачей информации о них в правоохранительные органы;
- широким использованием технологий лечения и препаратов, не имеющих подтверждения своей эффективности на основе принципов доказательной медицины;
- недостаточным использованием технологий, направленных на мотивацию лиц, допускающих злоупотребление алкоголем и немедицинское потребление наркотиков, к участию в реабилитационных программах, а также отсутствием четких критериев отбора участников для включения в программы реабилитации;
- отсутствием условий для социальной и трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ;
- установленные действующим законодательством ограничения прав граждан при наличии диагноза алкоголизм и наркомания не учитывают тяжесть зависимости и выраженность десоциализации их поведения.

Стратегической целью развития государственной системы оказания наркологической помощи является повышение качества медицинских и реабилитационных услуг для больных алкоголизмом и наркоманией, обеспечение доступности наркологической помощи, следствием чего должно стать снижение социальных потерь, связанных со злоупотреблением алкоголем и наркотиками, существенное увеличение доли больных, прекративших злоупотребление ПАВ после лечения.

Повышение эффективности наркологической помощи возможно только в случае отказа от традиционной репрессивно-ограничительной модели и замены ее новой парадигмой — духовно-реабилитационным подходом, на основе которого будут созданы новые организационные формы, новые технологии лечебно-реабилитационного процесса. Само оказание наркологической помощи должно основываться на принципах индивидуализации применяемых методов и подходов, возможности выбора больным терапевтических и реабилитационных программ.

Повышение эффективности лечения больных алкоголизмом и наркоманией также связано с внедрением новых организационных принципов: этапность и очередность проведения мероприятий, длительность, непрерывность и комплексное воздействие. Комплексный характер на-

ркологической помощи подразумевает, что на каждом этапе ее оказания медицинское вмешательство осуществляется по четырем направлениям:

- нормализация психофизиологического состояния больного (детоксикация, психофармакологическая помощь);
- психотерапевтическая помощь;
- реабилитационная помощь;
- оказание психокоррекционной помощи созависимым лицам из микросоциального окружения больного.

Основным критерием выбора форм и методов оказания наркологической помощи является уровень мотивации больного на прекращение злоупотребления и последующее воздержание. В рамках развития организационных основ лечебно-реабилитационного процесса необходимо внедрить единую технологически взаимосвязанную последовательность мероприятий (терапевтических программ, методов лечения), имеющих своей целью повышение уровня социальной адаптации больного в условиях максимально приближенных к условиям его повседневной жизни.

Основные мероприятия по повышению эффективности наркологической помощи включают:

- создание полноценной нормативно-правовой базы оказания наркологической помощи, предусматривающей возможность недобровольного лечения больных только в тех случаях, когда они по своему психическому состоянию представляют непосредственную угрозу для себя или для окружающих;
- развитие низкопороговых программ помощи больным алкоголизмом и наркоманией для максимально полного охвата этого контингента с целью повышения уровня мотивации к прекращению употребления ПАВ и предотвращения негативных последствий потребления наркотиков;
- внедрение в процесс лечения больных алкоголизмом и наркоманией безопасных медицинских технологий, направленных на минимизацию медико-социальных потерь, связанных со злоупотреблением ПАВ;
- формирование многоуровневой системы государственных и негосударственных организаций, оказывающих наркологическую помощь, обеспечение больным алкоголизмом и наркоманией доступности к эффективным программам лечения и реабилитации, восстановление их социального статуса;
- разработка стандартов для оценки эффективности работы наркологических учреждений, установление связи между объемом бюджетного финансирования государственных наркологических учреждений и эффективностью их деятельности;

- организация системы профессионального обучения и трудоустройства больных алкоголизмом и наркоманией, прошедших медико-социальную реабилитацию, разработка механизмов государственной поддержки учреждений, обеспечивающих социальную и трудовую реинтеграцию участников реабилитационных программ;
- формирование и финансирование государственной программы научных исследований в области наркологии;
- разработка и внедрение новых методов диагностики, обследования и лечения больных алкоголизмом и наркоманией.

Центральной задачей повышения эффективности оказания наркологической помощи является формирование у лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, механизмов устойчивой мотивации на прекращение злоупотребления и сохранение трезвости через участие в лечебных и реабилитационных программах. Государственная наркологическая служба долгие годы не учитывала необходимость духовного возрождения больных, обретение ими нового смысла жизни. Врач, вооруженный только лекарственными препаратами и психотерапевтическими методиками, мало что может сделать в наркологии. В обществе необходим институт, с помощью которого больные алкоголизмом и наркоманией могли найти пути выздоровления. Группы самопомощи «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», «Нар-анон» (родственники наркоманов), «Алатин» (дети из семьи алкоголиков) и т. п. — все это элементы лечебной субкультуры, которая позволяет социализировать больных. У алкоголика, наркомана должна быть возможность прийти в такую группу и обрести душевное равновесие. Пребывание в этих группах позволяет сохранить не только трезвость, но также дает и психологический комфорт. Истинным критерием эффективности наркологической помощи должен быть не отказ от алкоголя, а высокое качество жизни без алкоголя.

В настоящее время для больных алкоголизмом и наркоманией финансируемая из государственного бюджета наркологическая помощь — мало эффективный институт. Бюджетная наркология, не ориентированная на реабилитацию больного, остается частью репрессивной государственной машины, какой она была в советское время. Наше общество, медицина, формально признав, что наркомания и алкоголизм — это болезнь, не рассматривают наркоманов и алкоголиков как больных людей.

В существенном пересмотре нуждается система оценки качества оказания наркологической помощи. Помимо длительности ремиссий в нее должны быть включены такие показатели, как: смертность больных алкоголизмом и наркоманией от причин, прямо связанных с имеющимися

у этих лиц специфическим нарушениями поведения (от передозировок и иных внешних причин смерти); уровень трудовой занятости среди трудоспособных больных; прекращение наблюдения в связи с привлечением к уголовной ответственности, а также доля больных, привлеченных к административной ответственности; улучшение социальной адаптации (стабилизация семейной ситуации, сохранение или повышение трудового статуса, профессиональная переподготовка, восстановление в родительских правах); доступность наркологической помощи и полнота профилактического пространства. Показатели качества оказания наркологической помощи должны быть закреплены в соответствующем стандарте или ином правовом нормативном акте Минздравсоцразвития России.

4.2. Программно-целевой подход к оказанию наркологической помощи

В настоящее время совершенно очевидна необходимость отказа от репрессивного мышления в наркологии и идеологизации наркологической помощи. На смену этим подходам должен прийти программно-целевой подход к оказанию наркологической службы.

Цель оказания наркологической помощи — достижение стойкой ремиссии, что возможно только при сознательном отказе от употребления ПАВ, не основанном на страхе или принуждении, так как страх или принуждение не могут обеспечить стойкость ремиссии. Сознательный отказ от употребления ПАВ является результатом мобилизации внутренних ресурсов личности и выражается в определенном уровне мотивации к отказу от употребления ПАВ. Именно поэтому лечебный процесс должен быть построен по программно-целевому принципу, где целью является формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ, а программа формируется в зависимости от исходного уровня мотивации пациента. Поскольку основная причина рецидива состоит в отсутствии у пациента психологических и социальных навыков жизни без использования ПАВ, содержанием программ должны быть медико-социально-психологические технологии, направленные на формирование таких навыков, что также возможно только при определенном уровне мотивации к приобретению этих навыков.

Традиционное диспансерно-участковое построение наркологической службы в принципе не предполагает дифференцированности компонентов лечебно — профилактического процесса в зависимости от уровня мотивации пациента к лечебному процессу. Участковый врач психиатр-нарколог принимает пациента по факту его прихода на прием, а не в связи с определенным уровнем мотивации. В случае программно-целевого

построения наркологической службы пациент самостоятельно выбирает ту программу, которая соответствует его уровню мотивации. Таким образом, целью компонентов лечебно — профилактического процесса является повышение мотивации пациента на основе имеющегося у него опыта жизни без употребления ПАВ.

Рассмотрим ряд таких компонентов, начиная с ситуации минимальной мотивации пациента к отказу от употребления ПАВ.

I компонент лечебно-профилактического процесса — «Уменьшение вреда».

Больной не мотивирован к отказу от употребления ПАВ. Цель программы — привлечь пациента к ненасильственному общению с наркологической службой с целью предоставления ему информации о способах выздоровления и, таким образом, формирование первичной мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это возможно, если предоставить пациенту специфические услуги в виде низкопороговых программ, в которых пациент заинтересован и нуждается в них в силу наличия у него зависимости от ПАВ.

II компонент лечебно-профилактического процесса — «Контактный телефон».

Существующий уровень мотивации провоцирует пациента на активный поиск информации о способах выздоровления. Такую информацию пациент может получить в случае функционирования компонента лечебно — профилактического процесса «Контактный телефон». Деятельность этого компонента должна быть неотъемлемой частью наркологической службы. Цель программы заключается в том, чтобы, сохраняя достаточный уровень доверия, привлечь пациента к личному контакту с наркологической службой.

III компонент лечебно-профилактического процесса — «Первичное консультирование».

Готовность пациента сознательно и самостоятельно прийти с целью получения наиболее полной информации о способах выздоровления должна удовлетворяться компонентом лечебно — профилактического процесса «Первичное консультирование». Цель — сформировать доверие пациента к лечебному процессу, что возможно только при условии, если первичное консультирование будут проводить консультанты из числа лиц, имеющих собственный опыт выздоровления от зависимости от ПАВ и соответствующую профессиональную подготовку.

*IV компонент лечебно-профилактического процесса —
«Неотложная наркологическая помощь».*

Физическое страдание пациента в период прекращения злоупотребления, заставляющее пациента обратиться за помощью к наркологической службе, создает наиболее благоприятные условия для формирования мотивации к отказу от употребления ПАВ. Целью, оказываемой в этом случае помощи, должно быть не только избавление от физического страдания, но и психологическая интервенция, направленная на формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это достигается, прежде всего, минимизацией использования традиционной медикаментозной терапии и адекватным психотерапевтическим вмешательством.

*V компонент лечебно-профилактического процесса —
«Амбулаторная реабилитационная помощь».*

Базовой ценностью амбулаторного компонента, как и всей лечебной субкультуры, являются группы самопомощи для людей с различными видами патологической зависимости (от алкоголя, наркотиков, азартных игр и др.). Для выздоровления от зависимостей в этих группах используется методика и основные принципы сообщества Анонимных алкоголиков, действующего более чем в 150 странах мира и объединяющего в настоящее время миллионы людей. Первое сообщество «Анонимных алкоголиков» (АА) появилось в 1935 году и положило начало огромной работе над программой преодоления алкоголизма и, впоследствии, других видов зависимостей. В этой программе под названием «12 шагов» впервые была предпринята попытка осознать зависимость от химических веществ или другие формы патологической зависимости, как био-психо-социо-духовную болезнь, а выздоровление от зависимости, в более широком смысле, как духовное развитие человека.

В нашей стране первые группы самопомощи «Анонимные алкоголики» появились в конце 80-х годов. Чуть позже появились «Анонимные наркоманы». Сейчас в Москве уже существуют группы самопомощи для выздоровления от различных иных видов нежелательных зависимостей: «Анонимные игроки», «Анонимные курильщики», «ВИЧ+», «Анонимные эмоционалы», «Анонимные передающие», «Анонимные сексоголики», «Анонимные депрессивные», «Анонимные должники» и др.

Амбулаторный компонент лечебно — профилактического процесса должен быть в значительной мере обращен к родственникам и близким лиц, страдающих зависимостью от ПАВ и имеющим проявления созависимости. Одним из важнейших факторов выздоровления является

оздоровление микросоциальной среды пациента. Целью этого компонента является преодоление созависимых отношений в микрогруппе. Основным способом добиться стойкого преодоления созависимых отношений — это, используя Амбулаторный компонент лечебно — профилактического процесса, привлечь лиц, страдающих созависимостью к преодолению этого страдания путем посещения групп самопомощи. Сегодня в Москве доступны группы «Ал-Анон» и «Взрослые дети алкоголиков» для родственников алкоголиков, «Алатин» для детей алкоголиков, «Нар-Анон» для родственников наркоманов, «И-Анон» для родственников азартных игроков, группы для родственников людей живущих с ВИЧ-положительным статусом.

Аналогичные процессы развития групп самопомощи с разной интенсивностью происходят на всей территории Российской Федерации.

VI компонент лечебно-профилактического процесса — «Комплексная интенсивная групповая психотерапия».

Комплексная интенсивная групповая психотерапия может реализовываться как в режиме дневного стационара, так и в режиме круглосуточного стационара, расположенного как в городской, так и в загородной зоне. Цель комплексной интенсивной групповой психотерапии — выработка психологических и социальных навыков жизни без употребления ПАВ. Содержанием комплексной интенсивной групповой психотерапии являются социально-психологическое моделирование различных жизненных ситуаций, с которыми сталкивается пациент, страдающий зависимостью от ПАВ. Компоновка используемых терапевтических технологий всегда носит авторский характер и зависит от уровня профессионализма руководителей и персонала этого компонента лечебно — профилактического процесса.

VII компонент лечебно-профилактического процесса — «Дом на полпути».

«Дом на полпути» — это община в загородной зоне, работающая по принципам самопомощи и самообеспечения. В случае приобретения пациентом достаточных психологических навыков преодоления зависимости от ПАВ, но при отсутствии социальных навыков, пребывание в программе «Дом на полпути» дает возможность в щадящем режиме приобрести такие социальные навыки, прежде всего, трудовые навыки самообеспечения. Эта программа является завершающим этапом приобретения лицом, страдающим зависимостью от ПАВ достаточного комплекса навыков, необходимых для жизни в условно нормальном социуме.

5. Организация оказания помощи гражданам, находящимся в опьянении в общественных местах

Многочисленные факты нарушения прав граждан в существовавших в системе МВД медицинских вытрезвителях, их неясный правовой статус, неопределенность и неочевидность в современных условиях их функций, заставляет неотлагательно обсуждать данную проблему.

Необходимо разделить функцию доставки данных граждан в специализированные учреждения и функцию оказания профессиональной помощи данным гражданам. Смешение этих функций в системе медвытрезвителей является очевидной предпосылкой для нарушения законных прав и интересов граждан. Известны многочисленные факты, когда в медицинские вытрезвители доставлялись граждане не по признаку необходимости оказания помощи, а в силу совершенно иных, зачастую носивших преступный характер соображений сотрудников данной системы.

Функцию доставки граждан, находящихся в опьянении, нужно доверить службам, имеющим необходимые кадровые и транспортные ресурсы, как различной ведомственной подчиненности, так и общественным формированиям.

Возможны три варианта доставки лиц, находящихся в состоянии опьянения, в зависимости от их состояния и поведения:

- В случае если состояние здоровья гражданина и его поведение не требует профессионального вмешательства органов здравоохранения или правоохранительных органов, гражданин должен доставляться по месту жительства.
- В случае если гражданин нарушает общественный порядок, он должен доставляться в территориальный орган внутренних дел и при наличии оснований привлекаться к установленной законом ответственности. При необходимости правоохранительные органы могут принимать участие в процессе этой доставки.
- В случае если состояние здоровья гражданина, находящегося в опьянении, требует оказания ему медицинской помощи, гражданин должен доставляться в отделение неотложной наркологической помощи или иное медицинское учреждение. При необходимости служба скорой медицинской помощи может принимать участие в доставке в медицинские учреждения.

При выявлении находящихся в состоянии опьянения несовершеннолетних или беременных женщин надо исключить их доставку в органы внутренних дел и, при необходимости, направлять их исключительно

в отделения неотложной наркологической помощи или иные учреждения системы здравоохранения.

Отделения неотложной наркологической помощи должны полностью заменить существующие медицинские вытрезвители. Наиболее целесообразно развертывать данные отделения при многопрофильных больницах, что позволит, при необходимости, оказывать квалифицированную медицинскую помощь. У этих отделений должна быть усилена составляющая, обеспечивающая поддержание порядка. Известно, что значительная часть профильного наркологического контингента занимает койки травматологических, хирургических и иных отделений многопрофильных больниц. В случае развертывания отделений неотложной наркологической помощи при многопрофильных больницах этот профильный контингент, в ряде случаев, когда это возможно, может находиться не в отделениях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, а в данных отделениях.

При развертывании отделений неотложной наркологической помощи в значительных масштабах возможна постановка вопроса об использовании данных отделений для лечения наркологического контингента больных в случае, если пациент «опасен для себя или окружающих», что соответствует ст. 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Тогда, возможно, дискуссия о необходимости использования принудительных форм лечения алкоголизма и наркомании сможет перейти в плоскость практических действий.

6. Лечебная субкультура как принципиальная основа оказания наркологической помощи

Необходимо нормативно декларировать деятельность групп самопомощи в системе наркологической помощи. Врачи-наркологи должны отказаться от проведения исключительно симптоматической терапии, в которой основная роль принадлежит фармакотерапии, а вместо этого должны содействовать возвращению человека в мир трезвости, где базисным элементом лечебной субкультуры являются группы самопомощи. Одним из первых шагов в этом направлении является обеспечение многообразия форм оказания наркологической помощи. Причем основным критерием, определяющим форму оказания наркологической помощи, должен стать уровень мотивации больного на воздержание от употребления психоактивных веществ. Чем выше мотивация больного, чем в большей мере он способен произвольно регулировать свое поведение, тем в менее ограничительных условиях должно осуществляться его лечение. Требование минимального уровня ограничений и контроля над больным

со стороны медицинского персонала основано на понимании того, что чем ближе обстановка, в которой проходит лечение, к той, в которой живет пациент, тем ниже вероятность дальнейшего рецидива болезни.

Сам терапевтический процесс представляет собой последовательный переход от более ограничительных условий лечения к менее ограничительным. Вопрос о минимально достаточном для сохранения трезвости уровне контроля решается для каждого пациента индивидуально перед началом лечения. Максимально высокий уровень контроля предлагается пациентам на период детоксикации (купирования абстинентного синдрома), минимальный — в группах самопомощи («Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы»). Крупные зарубежные наркологические клиники (центры) реализуют терапевтические программы со всеми уровнями контроля. Это позволяет выбрать оптимальный терапевтический маршрут для больных с различными уровнями мотивации, скорректировать лечебную тактику при изменении мотивации больного. В зависимости от степени ограничений все терапевтические программы подразделяются на стационарные и амбулаторные, однако можно выделить и промежуточный уровень (полустационарные условия пребывания больных).

Лечение аддиктивного поведения предполагает обязательное сочетание медицинской помощи с реабилитацией. Принципиальное значение в организации наркологической помощи имеет привлечение бывших пациентов, прекративших злоупотребление, для психологической поддержки и социального сопровождения больных, проходящих курс лечения. Такие консультанты, имея соответствующую подготовку, могут работать как на профессиональной основе в качестве социальных работников или специалистов по социальной работе, так и в качестве волонтеров, что, в последнем случае, позволяет снизить затраты на оказание наркологической помощи.

Принципиальное значение при оказании наркологической помощи имеет включение в лечебный процесс консультанта — человека, «прожившего» изнутри проблему и, в силу этого, познавшего все психологические тонкости выздоровления. Это придает особую доверительность и убедительность атмосфере, которая складывается как в той или иной лечебной программе, так и в наркологическом учреждении в целом.

Программа детоксикации, являясь наиболее близкой к традиционным формам наркологической помощи, должна обязательно предусматривать оказание мотивационной психотерапевтической и реабилитационной помощи в адекватном состоянии пациента объеме. Цель программы

явно вытекает из ее названия — безопасное освобождение организма от психоактивных веществ и их метаболитов, купирование абстинентного синдрома. Таким образом, программа детоксикации представляет собой медицинскую подготовку для успешного прохождения пациентом следующих этапов лечения. Длительность этапа детоксикации, как правило, не превышает нескольких дней, проводится детоксикация в стационарных условиях.

После окончания курса детоксикации пациент включается в программу стационарного лечения, которая предусматривает круглосуточное нахождение больного в специализированном стационаре. Целью госпитализации является создание для пациента такой обстановки, в которой ему легко поддержать воздержание. Эта цель достигается за счет изоляции и использования средств контроля, исключающих доступ психоактивных веществ в отделение. Кроме того, постоянное пребывание больных в стационаре обеспечивает их постоянный контакт с консультантами, что является необходимым условием для активного участия больных в психотерапевтических и реабилитационных программах. Длительность стационарного лечения определяется стабильностью мотивации на трезвость и составляет от одного до нескольких месяцев.

Для обеспечения постепенного изменения условий лечения между стационарным и амбулаторным программами могут включаться программы полустационарного пребывания, которые позволяют обеспечить более строгий, чем в амбулаторных условиях контроль над больными. Такие полустационарные программы могут иметь разные названия («Дом на полпути», «Дом трезвого проживания»). Однако все они предусматривают проживание выздоравливающих алкоголиков и наркоманов в общежитиях при обязательном воздержании от приема психоактивных веществ и регулярное участие в программах самопомощи. В случаях обоснованных подозрений на возобновление употребления психоактивных веществ, проводятся тесты на алкоголь и наркотики. Одной из форм реабилитационной работы является привлечение всех пациентов к самоуправлению путем регулярного проведения общих собраний для обсуждения текущих дел. Больные, участвующие в полустационарных программах, обеспечиваются работой или имеют иные источники самостоятельного дохода. Это позволяет привлекать пациентов к частичной оплате проживания в общежитии, что сокращает финансовые затраты на реализацию программы. Длительность участия пациентов в программе, как правило, не ограничивается.

Программы амбулаторного лечения включают те же виды психотерапевтической помощи и реабилитационных услуг, что и программы с более строгим контролем над поведением больных (стационарные и полустационарные). Основным их отличием является свободное проживание пациентов. Эти программы предусматривают менее активное участие пациентов в психотерапевтических и реабилитационных мероприятиях, что связано как со стабилизацией их психического состояния, так и с ограниченностью свободного времени. Программы амбулаторной помощи представляют собой завершающий этап лечения. Длительность амбулаторного лечения, как правило, составляет от нескольких месяцев до года.

подавляющее большинство программ выздоровления основано на деятельности групп самопомощи. Мировой опыт свидетельствует о том, что участие в таких неформальных объединениях выздоравливающих алкоголиков и наркоманов позволяет им оставаться трезвыми всю жизнь. Самопомощь представляет собой нечто большее, чем просто участие выздоравливающего в собраниях «Анонимных алкоголиков» или «Анонимных наркоманов». Она включает в себя такие дополнительные компоненты, как работа над «шагами» с консультантом, обязательное участие в проведении собраний и общественных мероприятиях в группе самопомощи.

Вне зависимости от организационных форм оказания наркологической помощи (стационарная, полустационарная, амбулаторная), содержание этой помощи определяется используемыми психотерапевтическими и реабилитационными методами. Эти методы направлены на коррекцию сформировавшейся у больного зависимости, а также поддержание трезвости. Программы оказания стационарной и амбулаторной помощи, как правило, предусматривают возможность использования всех коррекционных и реабилитационных методов.

При оказании наркологической помощи целесообразно использовать следующие психотерапевтические методы.

Когнитивная терапия, направленная на изменение дезадаптивных убеждений больного, коррекцию когнитивных ошибок, изменение дисфункционального поведения; снижение вероятности возникновения рецидива; решение психосоциальных проблем, которые могут либо быть следствием зависимости от ПАВ, либо выступать в качестве факторов риска формирования зависимости. Когнитивная терапия проводится как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. В наркологии когнитивная терапия направлена на снижение потребления ПАВ, профилактику рецидивов и изменение дисфункциональных поведенческих паттернов.

Когнитивно-поведенческая терапия — это комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного с потреблением алкоголя и ПАВ. Они включают в себя мотивационное интервью, самоконтроль, управление образом жизни и методы предупреждения рецидивов. Применение данного комплекса методик подразумевает, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения — действия — решение — поддержание изменений и предупреждение рецидивов. Когнитивно-поведенческая терапия позволяет добиться изменения дисфункциональных поведенческих паттернов, что предупреждает возникновение рецидива.

Групповая психотерапия в терапевтических группах или группах взаимодействия проводится как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Цель групповой психотерапии заключается в том, чтобы дать пациентам возможностью обсудить и проработать важные для них вопросы и ситуации. В дискуссиях участвуют как пациенты, так и сам консультант. Консультант призван организовать дискуссию, направить ее в конструктивном направлении и добиться психологически желательного результата. Групповая психотерапия занимает центральное место в терапевтическом процессе, поскольку основные изменения в сознании пациентов происходят во время таких дискуссий.

Индивидуальная психотерапия для обсуждения сугубо личных для пациента вопросов и проблем. Целью индивидуальной психотерапии является оказание помощи пациенту в решении собственных проблем, публичное обсуждение которых не представляется целесообразным. Это проблемы, которые прямо не связаны со злоупотреблением алкоголем или наркотиками, но ограничивают адаптационные возможности пациента. Одной из целей индивидуальной психотерапии является повышение эффективности других используемых в программе психотерапевтических и реабилитационных методик.

В процессе лечения больных алкоголизмом и наркоманией должен широко использоваться токсикологический скрининг, который является наиболее простым и эффективным способом контроля за воздержанием пациента от алкоголя и наркотиков. Возобновление потребления психоактивных веществ алкоголиком или наркоманом исключает возможность достижения позитивных изменений, что делает бессмысленным продолжение лечения.

7. Социальная работа в наркологии

Социальная работа — это профессиональная деятельность, объектом которой являются люди, нуждающиеся в социальной помощи, поддер-

жке, социальных услугах. Социальная помощь — совокупность социальных услуг, разносторонняя медико-социальная, социально-психологическая, социально-педагогическая, социально-бытовая, правовая поддержка индивида, семьи, социальной группы, общины в проблемных, кризисных, критических, стрессовых ситуациях и состояниях, оказываемая как государственными, так и негосударственными службами.

Социальные работники в наркологии имеют широкое поле деятельности. На домедицинском этапе они участвуют в программах первичной профилактики зависимости от ПАВ как в организованных, так и в неорганизованных контингентах; выявляют лиц, входящих в группы риска, и работают с ними; содействуют в привлечении к лечению лиц, нуждающихся в нем, устанавливают контакт с семьями таких лиц, оказывают им консультативную помощь и иную поддержку. На медицинском этапе, когда лицо, злоупотребляющее ПАВ, оказывается в сфере деятельности медицинских работников, специалисты по социальной работе тесно взаимодействуют с медицинским персоналом. Они принимают участие в специальных тренингах, способствующих ранней реадaptации и реабилитации пациентов с зависимостью от ПАВ, организуют семейные группы и участвуют в семейной психотерапии, вместе с клиентами ищут пути решения накопившихся социальных проблем. Также социальные работники участвуют в программах реабилитации и реинтеграции пациентов, профилактики временной нетрудоспособности и инвалидности.

Таким образом, основными направлениями социальной (медико-социальной) работы в сфере наркологии являются: комплексная социальная помощь лицам, входящим в группы повышенного риска развития наркологических заболеваний и лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ, членам их семей и ближайшего окружения, включающая медицинские, медико-психологические, социально-психологические, педагогические и юридические (правовые) ее аспекты.

В деятельности социальных работников выделяются три основных подхода к социальному вмешательству:

- воспитательный подход — социальный работник выступает в роли учителя, консультанта, эксперта: дает советы, обучает умениям, демонстрирует правильное поведение, устанавливает обратную связь;
- фасилитативный подход — социальный работник выступает как помощник, сторонник или посредник в преодолении проблемных ситуаций, в том числе связанных с нарушениями личности или дезорганизацией поведения больного; нацелен на интерпретацию поведения, обсуждение альтернативных направлений деятельности и действий,

объяснение ситуаций, подбадривание и мобилизацию внутренних ресурсов;

- адвокативный подход — применяется тогда, когда социальный работник выполняет функцию представителя интересов конкретного клиента или группы клиентов, защищает их права.

В основе медико-социальной работы в наркологии лежат следующие принципиальные положения. Принцип экосистемности предполагает учет всей системы взаимоотношений человека и среды и многоуровневое воздействие на проблему. Принцип полимодальности состоит в сочетании в системе медико-социальной работы качественно различных, но взаимодополняющих подходов, ориентированных на достижение конкретной цели. Принцип солидарности заключается в сочетании и согласованном организационном взаимодействии в медико-социальной работе государственных учреждений, действующих в данной сфере и различных общественных организаций. Принцип конструктивной стимуляции проявляется в отказе от использования исключительно патерналистских форм медико-социальной помощи и опеки, максимальном поощрении развития ресурсов клиентов. Наконец, принцип континуальности подразумевает непрерывность, цельность, последовательность, этапность, преемственность и динамичность медико-социальной работы, реализацию ее моделей и программ, а не отдельных акций.

Социальная работа в наркологии может осуществляться социальными работниками, прошедшими соответствующую профессиональную подготовку, а также консультантами — лицами, имеющими собственный опыт выздоровления и получившими дополнительную подготовку в области социальной работы в наркологии. При оказании наркологической помощи консультант и социальный работник выполняют следующие функции:

- ведет доврачебный прием, в случае, когда пациент хочет получить первичную информацию о возможных методах и формах работы с ним, о путях выздоровления;
- ведет совместный прием врачом-наркологом и (или) психологом;
- принимает участие в формировании структуры лечебной программы, основанной на духовно-ориентированных методах лечения (прежде всего на идеологии «12 шагов» сообщества АА);
- активно участвует в профилактических программах, прежде всего — в общении с молодежной аудиторией;
- участвует в разработке и реализации индивидуальных терапевтических программ, связанных с долговременным, в том числе стационар-

ным лечением пациента в наркологическом учреждении, в качестве одного из вариантов формирования терапевтических сообществ (загородных общин и т. п.) для наркологических контингентов.

При оказании наркологической помощи консультант и социальный работник реализуют программы, ставящие своей целью максимально раннее выявление и направление на лечение больных с той или иной наркологической нозологией. Центральное место в этой группе программ занимают собственно терапевтические программы, решающие задачи оказания больным лечебной помощи, удержания их в режиме трезвости или отказа от приема наркотиков (т. е. в ремиссии), проведения мер вторичной и третичной профилактики — восстановления физического (соматоневрологического), личностного (психического) и, прежде всего, социального статуса больных. Не менее важны здесь программы, в рамках которых осуществляется социально-психологическая помощь членам семей и близким (детям, родителям) пациентов, корригируется их личностный, семейный, трудовой статус. К этой же категории форм социальной работы в сфере наркологической помощи относятся программы помощи (лицам с наркологическими проблемами) на рабочих местах — непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и т. п.

С терапевтическими программами в области наркологии неразрывно связаны программы по реабилитации, реадaptации, ресоциализации наркологических больных. В рамках этих программ по возможности эффективно преодолеваются разрывы и противоречия между личностью и обществом. Бывший больной вновь интегрируется в макро- и микро-социум, максимально адекватно его индивидуальным особенностям, склонностям, возможностям, а также с учетом реалий его семейного и трудового модуса, данной общины, социально-экономической ситуации в ней.

Говоря о социальной работе в наркологии, следует ясно осознавать, что залогом эффективности этой работы, да и самой возможности ее проведения на системной основе, является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью групп самопомощи. Такая взаимосвязь обеспечивает решение ряда важнейших задач как с точки зрения организации лечебного процесса, так и судьбы пациентов в целом. Пациент должен воспринимать лечение в наркологическом учреждении как естественный компонент вхождения в новую человеческую среду, основным идеалом которой является трезвость, а в этом как раз и заключается основной принцип движения «Анонимных алкоголиков». В то же время

группы самопомощи — естественный источник кадров для наркологической службы и только используя мощный потенциал людей, которые своей собственной судьбой призваны помогать себе подобным, можно сформировать новую, обращенную к личности пациента идеологию медико-социальной работы в наркологии.

Во всех случаях привлечения консультантов к лечебному процессу полностью исключается административное принуждение для привлечения пациентов в наркологическое учреждение, вся работа строится на добровольной и контрактной основе. В то же время возможно и вполне допустимо позитивное, корректное, личностно и ситуационно адекватное социальное давление на лиц, страдающих химической зависимостью. Здесь имеются в виду, например, подход, предусматривающий «лечение вместо наказания», а также приемы создания массовой настороженности в отношении потребления наркотиков и злоупотребления алкоголем в обществе в целом и другие формы социального давления. И в этом случае сложно переоценить роль консультанта, который должен помочь пациенту преодолеть многочисленные психологические барьеры, обусловленные алкогольной анозогнозией и другими психопатологическими феноменами химической зависимости.

Включение консультантов в лечебный процесс связано со значительными сложностями, поскольку требует преодоления естественного психологического отчуждения, существующего между медицинским персоналом, традиционно исповедующим медикоцентрический подход, основанный на наборе формализованных профессиональных знаний, и консультантами, действующими на основе своего личного жизненного и «болезненного» опыта. Сближение их позиций возможно как с помощью специальных образовательных программ, обеспечивающих дополнительную подготовку консультантов, так и через осознание медицинскими работниками всех нюансов психологического состояния своих пациентов. Особенно ценна организация совместного обучения врачей и консультантов, когда в учебном плане предусматривается работа в малых группах в режиме активного и откровенного диалога. Необходимое сближение позиций наркологов и социальных работников также возможно при грамотной организации собственно лечебного процесса, что должно быть закреплено в соответствующих нормативных документах, должностных инструкциях и положениях.

8. Реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией

Реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией определяется как совокупность медицинских, психологических, педагогических, пра-

вовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления алкоголя или наркотиков.

Современное состояние системы реабилитации лиц, больных наркоманией, определяется:

- неразвитостью нормативной правовой базы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией;
- недостаточным финансированием реабилитационного звена наркологической медицинской помощи за счет государственного бюджета, вследствие чего наиболее активно реабилитацией наркологических больных занимаются негосударственные организации, в большинстве своем общественные;
- незначительным числом государственных наркологических реабилитационных центров, а также реабилитационных отделений в структуре действующих наркологических учреждений и низким уровнем их кадрового обеспечения;
- отсутствием четкой системы мотивации больных алкоголизмом и наркоманией к участию в реабилитационных программах, неразработанностью критериев отбора участников для включения в программы реабилитации;
- недостаточной эффективностью медико-социальных мероприятий, обеспечивающих восстановление духовных ресурсов личности больных алкоголизмом и наркоманией и его дальнейшую интеграцию в общество;
- отсутствием системы государственных мер, стимулирующих деятельность по социальной и трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ.

Стратегической целью государственной политики в сфере реабилитации наркологических больных является формирование многоуровневой системы, обеспечивающей доступность к эффективным программам реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, восстановление их социального и общественного статуса, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни больных алкоголизмом и наркоманией.

Основными направлениями развития медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией в Российской Федерации являются:

- государственное финансирование деятельности негосударственных организаций, специализирующихся на реабилитации нарколо-

гических больных, и широкое привлечение к реализации реабилитационных программ лиц, ранее злоупотреблявших алкоголем или наркотиками, имеющих стойкую ремиссию и соответствующую профессиональную подготовку;

- разработка механизмов государственной поддержки учреждений, обеспечивающих социальную и трудовую реинтеграцию участников реабилитационных программ;
- организация реабилитационных наркологических подразделений в структуре действующих наркологических диспансеров и наркологических больниц в субъектах Российской Федерации;
- повышение доступности медико-социальной реабилитации для больных алкоголизмом и наркоманией, а также для обратившихся за медицинской помощью лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями;
- организация системы профессионального обучения, профессиональной переподготовки и трудоустройства больных алкоголизмом и наркоманией, прошедших медико-социальную реабилитацию;
- государственная поддержка научных исследований в области реабилитации больных алкоголизмом наркоманией;
- создание механизмов, мотивирующих больных алкоголизмом и наркоманией, на участие в реабилитационных программах.

Целью духовно-реабилитационной деятельности при оказании наркологической помощи должно быть приобщение личности больного к духовно-нравственным идеалам. Представляется, что правильнее говорить о формировании в обществе системы взаимоотношений, регулируемых нормами права и опирающихся на понимание духовно-нравственных смыслов. Такая система способствовала бы формированию мотивации на трезвость у зависимого ПАВ человека и обеспечивала бы принятие его в общество через подготовленную дружелюбную среду. Указанная среда должна обладать способностью принимать в себя специфического субъекта, неспособного на первом этапе участвовать в реабилитационных процессах в полной мере. Поэтому в начальном периоде становления трезвости участники реабилитационного процесса не должны предъявлять ему завышенных требований. В такого рода деятельности принцип постепенности, «от простого к сложному» — является базовым.

Применительно к взаимодействию общества и наркологического больного особое значение в настоящее время приобретает восстановление прав больного, в том числе и моральных, включая право на доброжелательное отношение со стороны общества, которое невозможно без

формирования в обществе культуры отношения к больному человеку и его заболеванию. Духовно-реабилитационная составляющая в структуре наркологической помощи должна определять цели и задачи этой помощи и лежать в основе определения критериев ее эффективности. Если понятия нравственности и духовности не брать за основу, то наркологическую помощь можно было бы считать эффективной, если число наркологических больных снижалось бы за счет «естественной» убыли (смертности).

Духовно-нравственные изменения являются самым сложным компонентом реабилитации и, по большому счету, главным критерием эффективности лечения, залогом необратимости произошедших изменений. Опираясь на рассмотренные формулировки, можно предложить следующее определение духовно-реабилитационной деятельности. Духовно-реабилитационная деятельность при оказании наркологической помощи — система мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление способности личности к восприятию духовно-нравственных ценностей, влияющих на мотивацию больного прекратить злоупотребление ПАВ, сохранять трезвость. Духовно-реабилитационная деятельность направлена на устранение или возможно более полное изменение убеждений и/или преодоление заблуждений наркологического больного, вызванных нарушением или отсутствием смысловых ориентиров, в целях социальной адаптации, достижения ими независимости от ПАВ и интеграции в общество. Духовно-реабилитационная деятельность включает в себя изменения, затрагивающие все сферы жизни: отношение к собственному здоровью, психологическому состоянию, трудовой деятельности, отношению к обучению и образованию, отношению к обществу и ближнему окружению, нравственным и религиозным ценностям.

Главную роль в организации процесса духовной реабилитации должны играть негосударственные организации, поскольку государство в лице ФСКН, МВД, здравоохранения, соцзащиты, органов по делам семьи и молодежи, многие годы пытаются переложить ответственность за эту проблему друг на друга. Координация между государственными и общественными структурами до настоящего времени отсутствует: нет общих подходов распределения ответственности и рычагов воздействия. Нормы морали необходимо воплотить в четкие правовые механизмы. При оказании наркологической помощи необходимо осуществить переход мер государственного принуждения к мерам духовно-реабилитационного характера. В Российской Федерации около 800 негосударственных организаций заявляют о том, что они занимаются реабилитацией наркозависимых.

Абсолютное большинство этих организаций в своей работе использует те или иные технологии духовно-реабилитационной деятельности.

Неоспоримыми преимуществами реабилитационных программ, которые реализуют общественные организации, являются:

1. Программы являются низкопороговыми, в них, в большинстве случаев, принимают всех желающих, в любое время суток и в любом состоянии.

2. В стационарных общинах больным, проходящим реабилитацию, предоставляют кров и пищу.

3. Важным элементом реабилитации является эмоциональная поддержка от лиц, с такими же проблемами, как и у самого больного.

4. Программы дают возможность раскрываться талантам больных: творческим (пение, музыка, изобразительное искусство), административным (организация труда, контакты с общественностью), профессиональным (работа на компьютере, создание сайтов, реклама, полиграфия).

5. Общественные организации активно привлекают внимание общества к проблеме реабилитации наркологических больных, что не делает государственная наркологическая служба.

6. Во время участия в группах самопомощи и пребывания в реабилитационных центрах зависимые полностью воздерживаются от алкоголя и наркотиков.

Мировые религии принесли в мир принцип личности, институализировали этот принцип, при этом они стремились отменить верховенство индивидуализма, утверждая приоритет общечеловеческих гуманистических ценностей над материальными и эгоистическими потребностями. Человеческая личность никогда не сводима к индивиду, поскольку в наивысшей степени проявляется и выражается в беззаветном служении человечеству и обществу. В связи с этим в оказании духовно-реабилитационной помощи особо значима роль традиционных конфессий и, прежде всего, Русской Православной Церкви, как наиболее крупной религиозной организации, обладающей наибольшим духовным потенциалом среди общественных институтов в нашей стране. Русская Православная Церковь имеет огромный кредит доверия у граждан РФ. Большинство населения Российской Федерации относит себя к православным. Эти люди готовы к прохождению ими или их близкими реабилитации в православной общине. Русская Православная Церковь — единственная из религиозных организаций, структурные подразделения которой (приходы и монастыри), с достаточной плотностью расположены на всей территории РФ, а также в ряде государств ближнего зарубежья.

В связи с этим, наиболее длительный и трудоемкий период реабилитации возможно проводить непосредственно на приходах и в монастырях.

Задача государства, общества и Церкви заключается в том, чтобы вооружить каждого человека нравственным иммунитетом к употреблению психоактивных веществ.

9. Предложения по развитию правового регулирования оказания наркологической помощи

9.1. Общие положения

Заболевание алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией существенно ограничивает права больного. Из этого следует, что оказание наркологической помощи, одним из элементов которой является установление диагноза наркологического заболевания, должно иметь четкое нормативно-правовое регулирование, в том числе, на уровне федерального законодательства. Согласно ст. 4 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее Основы законодательства о здравоохранении; Закон РФ от 22 июля 1993 г. № 5487–1) задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются:

- правовое регулирование деятельности в области охраны здоровья граждан предприятий, учреждений и организаций всех форм собственности;
- определение прав граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья;
- определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских работников.

Значимость нормативно-правового регулирования оказания наркологической помощи формально подтверждается тем, что в уставах всех лечебно-профилактических учреждений констатируется обязательность соблюдения требований действующего законодательства. Однако формальный, декларативный характер этих положений уставов становится очевидным, стоит лишь задуматься над вопросом, каким Федеральным законом должно регулироваться оказание наркологической помощи?

В период с 1992 по 1999 гг. в Российской Федерации были приняты федеральные законы, создавшие основу правового регулирования тех специфических общественных отношений, которые возникают при оказании медицинской помощи. Базовым нормативным актом в области медицинского права стали Основы законодательства Российской Феде-

рации об охране здоровья. Основы закрепили важнейшие положения: принципы организации охраны здоровья граждан; права граждан при оказании медицинской помощи, включая положение о добровольности ее оказания (правовым основанием для медицинского вмешательства является добровольное информированное согласие гражданина или его законного представителя). С учетом особенностей ряда заболеваний, требующих специального правового регулирования, (прежде всего необходимости недобровольного медицинского вмешательства в целях защиты интересов самого больного и других граждан) положения Основ о недобровольном медицинском вмешательстве получили развитие в Законе РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее Закон о психиатрической помощи), а также в Федеральном законе от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

«Специальные» законодательные акты в области охраны здоровья граждан появлялись в тех случаях, когда возникала необходимость дополнительного правового регулирования вследствие специфического характера правоотношений или особой социальной значимости заболевания. Наркологические заболевания имеют чрезвычайную социальную значимость. Специфический характер правоотношений, возникающих при оказании наркологической помощи, обусловлен изменениями личности и нарушениями поведения, характерных для этих больных, что ограничивает способность их осознанно руководить своим поведением при принятии решения о медицинском вмешательстве, а также опасностью указанных больных для окружающих вследствие их высокой криминальной активности. Сходные особенности имеют и психические расстройства. В связи с этим для права ключевое значение имеет вопрос, имеющий скорее медицинский, чем правовой характер, — возможно ли для оказания наркологической помощи использовать Закон РФ «о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», или необходима разработка специального закона?

9.2. Регулирование оказания наркологической помощи в действующем законодательстве

Постановлением Верховного Совета РФ от 22 июля 1993 г. № 5494–1 была утверждена «Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации». К числу первоочередных задач антинаркотической политики Концепция относила совершенствование медицинских и юридических подходов к раннему выявлению незаконных потребителей наркотиков, выделение групп населения с повышенным

риском незаконного потребления наркотиков и дифференцированное проведение в отношении них предупредительных мероприятий, развитие законодательства, регламентирующего лечение больных наркоманией и социальную реабилитацию наркоманов.

Для реализации этих задач Концепция предполагала:

- развитие наркологической службы с учетом подхода к наркомании и токсикомании как социально опасным заболеваниям;
- улучшение организации наркологической службы в местах лишения свободы;
- целевое финансирование и материально-техническое снабжение сети наркологических учреждений для повышения качества лечения, исходя из научного анализа эффективности существующих лечебных и реабилитационных подходов;
- создание государственного фонда социальной поддержки и реабилитации наркоманов, поддержку благотворительной деятельности в пользу такого фонда;
- повышение качества профессиональной подготовки и переподготовки персонала лечебно-реабилитационных служб, в том числе психиатров-наркологов, психологов, социальных работников;
- создание организационных предпосылок для психопрофилактической работы с семьями и родственниками больных наркоманией, привлечения их к участию в реабилитационной работе с наркоманами.

К сожалению, большинство положений Концепции остались нереализованными. Из всех задач в области лечения и социальной реабилитации больных наркоманией и мероприятий с лицами, злоупотребляющими наркотическими средствами, достижение которых предполагала Концепция, реализована только система профессиональной подготовки и переподготовки психиатров-наркологов.

Вопрос о правовом регулировании оказания наркологической помощи остался нерешенным, однако с 1998 года оказание наркологической помощи больным наркоманией регламентируется Федеральным законом от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (глава VII, статьи 54–57). Предметом правового регулирования ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» является оборот определенной группы веществ, «подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации». Этот Закон не создал полноценной нормативно-правовой базы для оказания наркологической помощи. Сделать указанный вывод

позволяют следующие обстоятельства:

- Предметом правового регулирования Закона является оборот наркотических средств и психотропных веществ, а не оказание медицинской помощи наркологическим больным.
- Вне области правового регулирования Закона оказались наиболее распространенные виды наркологической патологии — алкоголизм и токсикомании.
- Вопросам организации наркологической помощи в Законе уделено недостаточное внимание (6 из 59 статей), поэтому многие важные проблемы лечения больных наркоманией и после принятия Закона, остались неурегулированными. Действовавшие ранее ведомственные нормативные акты, например, инструкция «О порядке диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств без клинических проявлений заболевания», утвержденная Приказом Минздрава СССР от 12 сентября 1988 г. № 704, решали эту задачу более успешно.
- Многие статьи, в которых рассматривается порядок оказания медицинской помощи больным наркоманией, имеют бланкетный (отсылочный) характер. Так, п. 5 ст. 44 и ст. 56 настоящего Закона устанавливают, что порядок медицинского освидетельствования лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они больны наркоманией или находятся в состоянии наркотического опьянения, а также порядок медицинского наблюдения и учета больных наркоманией, определяются федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. Тем самым, вопросы, непосредственно затрагивающие гражданские права и свободы больных наркоманией, регулируются не Законом, а решением федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, что вряд ли допустимо.

Отдельные положения ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» грубо противоречат действующему в настоящее время и действовавшему ранее законодательству. Так, п. 3 ст. 54 Закона устанавливает, что больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, по решению суда назначаются принудительные меры меди-

цинского характера. Однако по действовавшему ранее уголовному законодательству (п. «г» ч. 1 ст. 97 УК РФ) принудительные меры медицинского характера могут быть применены только к лицам, совершившим преступления и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании. Федеральным законом от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ норма о принудительном лечении алкоголизма и наркомании осужденных была из Уголовного кодекса исключена, а принудительное лечение заменено обязательным лечением осужденных, отбывающих наказание в виде лишения свободы.

В ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» законодатель предпринял попытку решить сложные вопросы, относящиеся к другим областям права. Так, ст. 50 Закона устанавливает возможность наблюдения за ходом социальной реабилитации лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков. Это наблюдение влечет запрет посещать определенные места, ограничивает возможность пребывания вне дома после определенного времени суток, требует получение разрешения органов внутренних дел на выезд в другую местность. Наблюдение устанавливается судом в отношении лиц, совершивших тяжкие преступления или особо тяжкие преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, после освобождения из мест лишения свободы.

Нечеткость использованных в данной статье формулировок не позволяет установить, о каких лицах идет речь. Если лицо освобождено судом от дальнейшего отбывания наказания условно-досрочно, то согласно ч. 2 ст. 79 УК РФ суд вправе возложить на осужденного широкий перечень обязанностей, которые способствуют достижению целей наказания. В этом случае норма ст. 50 ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» представляется излишней, поскольку дублирует соответствующие положения УК РФ. Если законодатель имел в виду лиц, полностью отбывших назначенное наказание, то положения рассматриваемой статьи превращаются в дополнительное наказание, которое действующим Уголовным кодексом не предусмотрено. Тем самым ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» прямо вторгается в область уголовного законодательства.

Вызывает сомнения и круг лиц, в отношении которых возможно установление наблюдения за ходом социальной реабилитации. Представляется, что медико-социальная реабилитация, осуществляемая при контроле со стороны органов внутренних дел, необходима для лиц, совершивших преступления вследствие злоупотребления психоактив-

ными веществами (ПАВ). В настоящее время около 70% особо тяжких насильственных преступлений против личности (убийств, причинения тяжкого вреда здоровью, изнасилований) совершается в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Примером вторжения в области права, не имеющие ни малейшего отношения к оказанию наркологической помощи, является также ст. 44 ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». Согласно данной статье для установления факта наркотического опьянения или употребления наркотических средств или психотропных веществ, диагностирования заболевания наркоманией возможно медицинское освидетельствование лица «по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи». Нечеткость формулировок статьи не позволяет сделать вывод о том, является ли данное освидетельствование принудительным, т.е. исполняется ли вопреки воле лица. С одной стороны, указание на судебное обжалование решения об освидетельствовании говорит о принудительном характере исполнения данного решения. С другой стороны, не установлены санкции за отказ от прохождения освидетельствования, а также механизм недобровольного исполнения, что характерно для добровольного медицинского вмешательства.

Собственно вопросам оказания наркологической помощи в ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» посвящены три статьи. В статье 54 помимо ошибочного утверждения о возможности принудительного лечения больных наркоманией, уклоняющихся от лечения или продолжающих злоупотреблять наркотиками, содержится положение о том, что больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Тем самым законодатель распространил на оказание наркологической помощи больным наркоманией общие нормы Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, исключая возможность установления специального правового регулирования, принятого в психиатрии, которое больше соответствует специфическому характеру регулируемых правоотношений.

Статья 56 Закона является отсылочной, она устанавливает, что порядок медицинского наблюдения за больными наркоманией и учета больных наркоманией определяется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. Такой подход законодателя представляется ошибочным. Во-первых, вопросы, прямо затрагивающие права

граждан, регулируются не федеральным законом, а ведомственным нормативным актом, что не способствует приоритетной защите прав граждан. Во-вторых, ведомственные нормативные акты разрабатываются крайне медленно.

Минздравсоцразвития России были изданы следующие приказы в области наркологии: “О мерах по совершенствованию наркологической помощи населению Российской Федерации” от 29.09.1997 г. № 287, “О реорганизации Государственного научного центра психиатрии и наркологии” от 29.09.1997 г. № 286, “О наркологических реабилитационных центрах” от 18.03.1997 г. № 76, “О медицинской помощи больным наркоманией с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами” от 06.10.1998 г. № 290, “Об аналитической диагностике наркотических средств, психотропных и других токсических веществ в организме человека” от 05.10.1998 г. № 289, “Об утверждении Стандартов (моделей протоколов) диагностики лечения наркологических больных” от 28.04.1998 г. № 140, “Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)” от 23.08.1999 г. № 327, “Об утверждении протокола ведения больных “Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)” от 22.10.2003 г. № 500, “О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним” от 30.12.2003 г. № 623, “Об утверждении рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений” РФ от 27.01.2006 г. № 45.

09.04.2010 г. Минздравсоцразвития России издал приказ № 225 ан «Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации», предусматривающий, в том числе, третичную медицинскую профилактику, включающую в себя как компонент «уменьшение вреда от употребления алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ», а также предусматривающий «медицинское профилактическое наблюдение за группами риска и медицинское динамическое наблюдение за больными с наркологическими заболеваниями». Понятие наркологического учета в данном приказе отсутствует.

В некоторых нормативных актах Минздрава России используются расплывчатые или некорректные формулировки, что затрудняет практическое использование этих документов. Так, в положении «Об организации деятельности наркологического кабинета по обслуживанию детского населения», утвержденном Приказом Минздрава России от 30.12.2003 г. № 623 «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним», сказано, что «в своей деятельности на-

ркологический кабинет по обслуживанию детского населения руководствуется законодательством Российской Федерации». Однако какими из действующих законов (Основами законодательства о здравоохранении, Законом о психиатрической помощи или ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах») должен пользоваться «нарколог, обслуживающий детское население», в Положении не сказано. Также в документе не раскрыто правовое содержание понятия «динамическое наблюдение», которое осуществляется за «несовершеннолетними с синдромом зависимости от психоактивных веществ (больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями)». Действующее законодательство знает только две существенно различающиеся формы медицинского наблюдения — консультативно-диагностическое и диспансерное. К какой из этих форм должно быть отнесено «динамическое наблюдение», Положение не раскрывает.

Алкоголизм (наркомания, токсикомания) — это хроническое неинфекционное заболевание, которое протекает с фазами обострений и ремиссий. Ведущими расстройствами при этом заболевании являются патологическое влечение к ПАВ и абстинентный синдром при прекращении их приема. В процессе заболевания у больного возникают расстройства личности, в тяжелых случаях достигающие выраженного слабоумия, а также развиваются соматоневрологические осложнения и нарушения социального функционирования. При решении вопроса об организации лечения и реабилитации лиц, злоупотребляющих ПАВ необходимо дифференцировать три существенно различающиеся друг от друга группы потребителей ПАВ:

- лиц, которые хотя и допускают злоупотребление психоактивных веществ, но алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией еще не страдают (эпизодические потребители). Не являясь больными наркоманией, о которых говорится в главе VII Закона, они, тем не менее, нуждаются в медико-социальной помощи;
- лиц, у которых уже сформировалась химическая зависимость (больные алкоголизмом, токсикоманией и наркоманией), но у них сохраняется социальная адаптация;
- социально дезадаптированных больных алкоголизмом и наркоманией с грубыми поведенческими нарушениями.

Многообразие проявлений наркологической патологии необходимо учитывать при оказании наркологической помощи, поэтому важным принципом оказания этого вида медицинской помощи является комплексность терапии. Данный принцип подразумевает необходимость

сочетания биологических, психотерапевтических и реабилитационных методов на всех этапах лечения; коррекцию не только наркологических, но психических, соматических и социальных нарушений. В каждом конкретном случае удельный вес используемых медикаментозных и немедикаментозных методов определяется вкладом в механизм заболевания биологических и социально-психологических факторов. С учетом особенностей клинической картины наркологического расстройства формируется программа терапии. Однако реабилитационные мероприятия обязательны на всех этапах лечения заболевания, хотя проводятся они могут в различных формах.

Нормативно-правовая регламентация коррекции нарушений социального функционирования или реабилитации в настоящее время разработана явно недостаточно и не отвечает потребностям практики. Можно выделить три основных варианта проведения реабилитации лиц, злоупотребляющих ПАВ.

1. Реабилитация осуществляется в государственном, муниципальном или негосударственном медицинском учреждении. В этом случае вне зависимости от того, кто в ней участвует (медицинские работники, например, психотерапевт, или специалисты, не являющиеся таковыми, например, психологи, консультанты из числа выздоравливающих больных или социальные работники), она регламентируется законодательством и правовыми нормативными актами о здравоохранении.

2. Реабилитация осуществляется вне государственного или муниципального медицинского учреждения, например, в учреждении социального обслуживания населения или ином учреждении, деятельность которого подлежит лицензированию. В этом случае процесс реабилитации регламентируется отраслевым законодательством в зависимости от имеющейся лицензии.

3. Реабилитацией больных алкоголизмом и наркоманией активно и успешно занимаются общественные формирования, например, группы самопомощи («Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы» и др.), различные общественные и религиозные организации. В этих случаях процесс реабилитации не имеет никакой нормативной регуляции, а правовой статус лица, проходящего реабилитацию, остается неопределенным.

Успешная реабилитация и коррекция социально-психологического функционирования наркологических больных в значительной мере определяют эффективность всего процесса оказания наркологической помощи. Однако указанная деятельность не требует лицензирования,

если осуществляется вне рамок амбулаторно-поликлинической или стационарной наркологической помощи как «прочие виды работ и услуг». В условиях недостаточной правовой регламентации социальной работы и практически полного отсутствия таковой в области психологической коррекции это приводит к бесконтрольной деятельности тех юридических и физических лиц, занятых реабилитацией наркологических больных и оказанием им психологической помощи, основной целью которых является получение прибыли.

9.3. Развитие нормативно-правовой базы оказания наркологической помощи

С учетом того, что психические расстройства и нарушения поведения, связанные с употреблением ПАВ, относятся к психическим расстройствам, оказание наркологической помощи должно регламентироваться Законом о психиатрической помощи после внесения в него необходимых изменений и дополнений.

Алкоголизм, наркомания и токсикомания меняют отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку, что согласно преамбуле указанного закона является главной особенностью психических расстройств. В основе наркологической патологии лежит нарушение психической деятельности — неспособность больного произвольно регулировать свое поведение адекватно объективным требованиям окружающей обстановки.

Использование норм Закона о психиатрической помощи позволяет оптимальным образом решить проблему недобровольного медицинского вмешательства в наркологии. Этот вид наркологической помощи по медицинским показаниям можно оказывать в форме недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический (наркологический) стационар, используя закрепленные в Законе основания для добровольного и недобровольного освидетельствования, добровольной и недобровольной госпитализации, соответствующие процедуры, а также гарантии соблюдения прав больного и интересов общества. Ориентация на медицинские показания при недобровольной госпитализации наркологических больных является важной гарантией того, что главным в ее содержании будет лечение, а не изоляция больного. Именно превращение принудительного лечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией из метода лечения в форму социальной изоляции наркоманов обусловило крайне низкую эффективность деятельности лечебно-трудовых и лечебно-воспитательных профилакториев, входивших в систему учреждений МВД.

При использовании норм Закона о психиатрической помощи наркологическая помощь может оказываться в амбулаторных или стационарных условиях. Амбулаторная наркологическая помощь в зависимости от медицинских показаний может оказываться в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения. Консультативно-лечебная наркологическая помощь оказывается при самостоятельном обращении больного либо его законного представителя. Диспансерное наблюдение устанавливается независимо от согласия больного или его законного представителя решением комиссии врачей-наркологов.

Основаниями для установления диспансерного наблюдения являются следующие особенности течения наркологического расстройства:

- его хроническое и затяжное течение;
- наличие тяжелых стойких или часто обостряющихся болезненных проявлений.

Указанные критерии позволяют успешно решать с их помощью большинство вопросов, возникающих на практике. Особо следует подчеркнуть, что законодатель прямо не связывает установление диспансерного наблюдения с нозологической принадлежностью психического расстройства. Очевидно, что критериям ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи соответствует лишь часть случаев физической зависимости от ПАВ (хроническое течение, наличие обострений — тяжелого абстинентного синдрома, психотических расстройств, а также выраженной социальной дезадаптации и поведенческих расстройств).

В Закон о психиатрической помощи включена самостоятельная норма о судебно-психиатрической экспертизе (ст. 14). Указанную норму необходимо дополнить новой частью, в которой необходимо указать, что судебная экспертиза для установления факта опьянения или наличия зависимости от ПАВ по гражданским и уголовным делам, а также при рассмотрении дел об административных правонарушениях производится врачами психиатрами-наркологами.

Для распространения на наркологические учреждения, включая стационары, правового статуса психиатрических учреждений необходимо дополнить ст. 30 и 37 Закона о психиатрической помощи. Так, меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи должны быть распространены на оказание наркологической помощи, а пациентов наркологических стационаров следует наделять правами пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

При наличии принципиального сходства юридически значимых особенностей наркологической патологии и психических расстройств меж-

ду ними имеются определенные различия, обусловленные включением в раздел F1 «Психические расстройства и расстройства» не только синдрома зависимости, но и состояний, обусловленных приемом ПАВ у лиц без явлений зависимости от ПАВ (острая интоксикация ПАВ, пагубное (с вредными последствиями употребление) ПАВ). В случаях эпизодического употребления ПАВ без явлений зависимости отсутствует основной признак психического расстройства — изменение отношения человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношения общества к человеку. Сами эти состояния являются преходящими, транзиторными, обусловлены присутствием в организме ПАВ. С клинической точки зрения они не могут быть отнесены к болезненным состояниям (психическим расстройствам), поэтому на лиц с эпизодическим приемом ПАВ не должны распространяться правоограничения, предусмотренные действующим законодательством для больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией. В связи с этим ст. 1 Закона о психиатрической помощи необходимо включить указание на то, что установленные законодательством Российской Федерации ограничения прав, связанные алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, могут распространяться только на лиц с зависимостью от ПАВ.

Статьей 24 Основ законодательства о здравоохранении установлен общий порядок, согласно которому правом на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него наделяются несовершеннолетние старше 15 лет. Федеральным законом от 01.12.2004 г. № 151-ФЗ «О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» для несовершеннолетних, больных наркоманией, этот возраст был повышен до 16 лет.

Причины внесенных изменений очевидны. Согласно ст. 20.22 КРФоАП появление в состоянии опьянения несовершеннолетних в возрасте до 16 лет, а равно распитие ими алкогольной и спиртосодержащей продукции, потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, иных одурманивающих веществ на улицах, стадионах, в скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, в других общественных местах является основанием для привлечения их родителей к административной ответственности. В отношении подростков старше 15 лет, но младше 16 лет возникала парадоксальная ситуация: родители не могли без согласия несовершеннолетних обеспечить оказание им наркологической помощи, но должны были нести административную ответственность за употребление своими детьми ПАВ. Таким образом, родители добросовестно, но безуспешно пытавшиеся лечить

своих детей, злоупотребляющих ПАВ, оказывались без вины виноватыми, поскольку административная ответственность за потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (ст. 6.9 КРФоАП), распитие алкогольной и спиртосодержащей продукции либо потребление наркотических средств или психотропных веществ в общественных местах (ст. 20.20 КРФоАП) и появление в общественных местах в состоянии опьянения (ст. 20.21 КРФоАП) наступает с 16 лет.

Федеральный закон от 01.12.2004 г. № 151-ФЗ устранил указанное противоречие лишь частично. Во-первых, он повысил возраст информированного согласия только для потребителей наркотических средств и психотропных веществ, тогда как административную ответственность влечет появление в общественных местах в состоянии опьянения и распитие в общественных местах спиртных напитков и потребление там же одурманивающих веществ. Во-вторых, этот Закон касается оказания медицинской помощи несовершеннолетним страдающим наркоманией, тогда как действия, образующие состав административных правонарушений, предусмотренных статьями 6.8 (незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов), 6.9, 20.20 и 20.21 КРФоАП могут совершаться несовершеннолетними, употребляющими спиртные напитки и одурманивающие вещества.

В связи с изложенным представляется целесообразным законодательно закрепить положение, что несовершеннолетним в возрасте до 16 лет, употребляющим ПАВ, врачи психиатры-наркологи оказывают помощь по просьбе или с согласия их законных представителей. Для этого необходимо внести соответствующие изменения в ч. 2 ст. 4, ч. 2 ст. 7, ч. 3 ст. 11, ч. 2 ст. 23, ч. 2 ст. 26, ч. 4 ст. 28 и ч. 1 ст. 31 Закона о психиатрической помощи.

Медицинское освидетельствование в наркологии может преследовать две цели: установление факта опьянения (употребления ПАВ) и установление зависимости от ПАВ. Действующие редакции статей 23, 24 и 25 Закона о психиатрической помощи создают необходимую правовую базу для проведения добровольного и недобровольного освидетельствования с целью выявления зависимости от ПАВ. Экспертиза опьянения или состояния одурманивания нуждается в дополнительном нормативно-правовом регулировании. Статью 23 Закона о психиатрической помощи следует дополнить частью седьмой, где указать, что недобровольное освидетельствование для выявления состояния опьянения или установления факта потребления ПАВ проводится по основаниям и в порядке установленным КРФоАП.

Медицинское освидетельствование для выявления опьянения или установления факта потребления ПАВ возможно в форме токсикологического исследования или в форме клинического обследования. Токсикологическое исследование является специфическим для наркологии методом, поэтому в настоящее время Законом о психиатрической помощи токсикологическое исследование не предусмотрено. В связи с этим необходимо дополнить Закон о психиатрической помощи новой статьей (ст. 24.1) «Токсикологическое исследование» следующего содержания:

(1) Токсикологическое исследование биологических сред и образцов для выявления ПАВ и продуктов их метаболизма является формой психиатрического освидетельствования лиц, употребляющих ПАВ. Правила медицинского освидетельствования опьянения и факта употребления ПАВ; предельно допустимые концентрации ПАВ и их метаболитов, превышение которых свидетельствует об опьянении или употреблении ПАВ, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

(2) Токсикологическое исследование может использоваться подтверждения воздержания от приема ПАВ при принятии решения о прекращении диспансерного наблюдения.

Оказание наркологической помощи имеет две специфические особенности. Во-первых, необходимость медицинского наблюдения за практически здоровыми лицами с эпизодическим приемом ПАВ, у которых отсутствует зависимость. Во-вторых, возможностью криминализации поведения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Отмеченное обстоятельство позволяет включить в перечень критериев для установления диспансерного наблюдения за наркологическими больными выраженную десоциализацию и криминализацию личности больных.

Для учета указанных особенностей Закон о психиатрической помощи необходимо дополнить новой статьей (27.1) «Виды амбулаторной наркологической помощи» следующего содержания:

(1) Амбулаторная наркологическая помощь лицу, употребляющему ПАВ, в зависимости от медицинских и социальных показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом психиатром-наркологом при самостоятельном обращении лица, употребляющего ПАВ или со сформировавшейся зависимостью от ПАВ по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

(3) Диспансерное наблюдение устанавливается независимо от согласия лица, страдающего зависимостью от ПАВ, его родителей или законного представителя и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом психиатром-наркологом и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи. Диспансерное наблюдение устанавливается за лицами с зависимостью от ПАВ с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, если они:

а) ведут асоциальный образ жизни, грубо нарушают общественный порядок, вследствие злоупотребления ПАВ совершают административные правонарушения;

б) совершили преступление и решением суда им назначены принудительная мера медицинского характера в виде принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра-нарколога.¹

(4) Лица, страдающие наркологическими заболеваниями, за которыми установлено диспансерное наблюдение, могут быть освидетельствованы психиатром-наркологом без их согласия или согласия их законного представителя. Информация о больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией передается в территориальные органы внутренних дел и ФСКН без их согласия или согласия их законного представителя.

(5) Длительность диспансерного наблюдения в случае, предусмотренном пунктом «а» настоящей статьи, составляет не менее трех лет; в случаях, предусмотренных пунктом «б», настоящей статьи, — один год, после чего рассматривается вопрос о его прекращении или продлении. В случае, предусмотренном пунктом «а» настоящей статьи, установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при значительном и стойком улучшении психического состояния лица, когда отпадают основания для диспансерного наблюдения.

(6) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения, его прекращении или продлении принимается комиссией психиатров-наркологов, назначаемой администрацией наркологического учреждения, оказывающего амбулаторную наркологическую помощь, или комиссией психиатров-наркологов, назначаемой органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

(7) Мотивированное решение комиссии психиатров-наркологов офор-

¹ После отнесения алкоголизма, наркомании и токсикомании к психическим расстройствам назначение им принудительных мер медицинского характера должно регламентироваться ст. 21 и 22 УК РФ. От существующего ныне института обязательного лечения алкоголизма и наркомании (ст. 18 УИК РФ) целесообразно отказаться.

мляется записью в медицинской документации. Решение об установлении, прекращении или продлении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

Таким образом, специальный порядок передачи информации о лицах, употребляющих ПАВ, из наркологических учреждений в органы внутренних дел распространяется только на лиц, находящихся на диспансерном наблюдении. Во всех остальных случаях сохраняется общий порядок передачи информации, составляющей врачебную тайну, который определен ст. 61 Основ законодательства о здравоохранении. Для законодательного закрепления такого порядка представляется дополнить содержащийся в ст. 61 Основ законодательства о здравоохранении перечень оснований для предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя, отдельным пунктом, где указать, что разглашение врачебной тайны возможно в иных случаях установленных федеральным законом.

В свою очередь, ст. 9 Закона о психиатрической помощи («Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи») необходимо дополнить частью второй следующего содержания:

(2) Учреждения, оказывающие наркологическую помощь, по запросам органов внутренних дел, ФСКН предоставляют сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя только о лицах, находящихся на диспансерном наблюдении. Учреждения, оказывающие наркологическую помощь, ежеквартально информируют территориальный орган внутренних дел по месту жительства больного, находящегося на диспансерном наблюдении, о посещении наркологического учреждения, выполнении медицинских назначений, продолжении приема ПАВ.

Департамент развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России и Управление по лицензированию деятельности в сфере здравоохранения и социального развития Росздравнадзора передают в Перечень информации, представляемой для включения в состав единого банка данных по вопросам, касающимся оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также противодействия их незаконному обороту, следующие сведения:

«О количестве больных с зависимостью от наркотических средств и психотропных веществ» (раздел 3);

«О лицах, которые злоупотребляют наркотическими средствами и психотропными веществами, но у которых еще не сформировался синдром зависимости» (раздел 4);

«О лицах, умерших от употребления наркотических средств и психотропных веществ» (раздел 15).

Эта информация должна быть обезличенной, то есть не содержать полного объема персональных данных, позволяющих идентифицировать потребителя ПАВ.

Еще одной специфической чертой зависимости от ПАВ является патологическое влечение к ПАВ, которое может достигать выраженности компульсивного и определять поведение больного. Для пресечения проникновения в наркологические учреждения, оказывающие стационарную наркологическую помощь, необходимо принятие комплекса специальных мер, которые не используются в психиатрических стационарах. В связи с этим ст. 30 Закона о психиатрической помощи необходимо дополнить частью четвертой следующего содержания:

«Для предупреждения употребления ПАВ больными, находящимися в наркологическом стационаре, должностными лицами указанных учреждений принимаются меры для ограничения несанкционированных контактов больных с посторонними лицами; устанавливается перечень продуктов, предметов и веществ, запрещенных к хранению больными, находящимся на лечении; проводятся проверки для изъятия продуктов, предметов и веществ, запрещенных к хранению».

Целесообразно законодательно запретить возможность использования «плацебо-лечения» и родственных им процедур при оказании наркологической помощи. При использовании подобных методов «лечения» нарушается важнейший принцип оказания медицинской помощи — принцип информированного согласия, поскольку врач не предоставляет пациенту честной, объективной, информации о сути применяемого им лечебного метода.

Таковы основные изменения и дополнения, которые должны быть внесены в Закон о психиатрической помощи для того, чтобы использовать его при оказании наркологической помощи.

Уголовная статистика свидетельствует о том, что значительная часть насильственных и корыстно-насильственных преступлений в Российской Федерации совершается лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. В связи с этим УК РФ предусматривал возможность назначать решением суда лицам, страдающим алкоголизмом или наркоманией и осужденным за совершенные преступления не только наказания, но принудительные меры медицинского характера. Федеральный закон от 08.12.2003 г. № 162-ФЗ исключил из УК РФ положения о применении принудительных мер медицинского характера в отношении

осужденных, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Вместо принудительного лечения в УИК РФ было внесено изменение, в соответствии с которым к осужденным, больным алкоголизмом или наркоманией, учреждением, исполняющим наказание в виде лишения свободы, по решению медицинской комиссии должно применяться обязательное лечение.

Последствия этого решения следует признать негативными, поскольку недобровольное наркологическое лечение осужденных выпало из сферы судебной власти, оказавшись полностью в ведении учреждений УИС. Во-первых, снизился уровень процессуальных гарантий прав лиц, к которым применяется обязательное лечение. Принудительное лечение назначалось судом на основании заключения комиссии экспертов; уклонение от принудительного лечения не влекло негативных последствий для осужденного. Обязательное лечение назначается медицинской комиссией исправительного учреждения, отказ от обязательного лечения влечет применение к осужденному дисциплинарного взыскания. Во-вторых, при обязательном лечении оказался сокращенным круг лиц, подлежащих наркологическому лечению, поскольку ст. 18 УИК РФ допускает применение обязательного лечения только в отношении осужденных к трем видам наказаний — ограничению свободы, аресту и лишению свободы.

Следует отметить, что принудительное лечение алкоголизма и наркомании в том виде, в котором оно существовало до декабря 2003 г. не могло считаться эффективным. Это было связано с тем, что лечение осуществлялось только в период исполнения наказания, когда осужденный и так находился под достаточно жестким контролем, а также с недостаточной мотивированностью осужденных на лечение. В связи с этим представляется необходимым внести в УК России положение, обеспечивающее право выбора между наказанием и лечением алкоголизма или наркомании, и таким образом дающее возможность реализовывать технологию «лечение вместо наказания». Возобновление осужденным в период исполнения мер медицинского характера употребления алкоголя или наркотиков должно влечь назначение наказания.

Исходя из приоритета профилактических мер административного, медицинского и общественного характера целесообразно внесение в законодательство изменений, направленных на формирование правовой основы снижения спроса на алкоголь и наркотики, сочетающих соблюдение прав человека, разумные ограничения и запреты, уголовно-правовые и административные санкции, дифференцированные формы и методы лечения, информирование, консультирование, помощь

и иные профилактические меры. Также в спектре мер правового реагирования на правонарушающее поведение лиц, злоупотребляющих ПАВ, следует значительно активнее использовать лечение как альтернативу наказанию.

9.4. Медицинское освидетельствование, направленное на поражение в правах в случае выявления наркологических заболеваний

В настоящий момент медицинское наркологическое освидетельствование, связанное с различными видами деятельности и гражданскими состояниями, проводится в лечебных учреждениях наркологического профиля (наркологических диспансерах) на основе существующей практики наркологического учета в сочетании с поверхностным врачебным наркологическим осмотром. Фактически данный вид освидетельствования не создает условий к недопущению лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, к запрещенным для них видам деятельности и формам гражданских состояний. Обязательным условием для повышения качества этого вида наркологической деятельности является институционально-организационное отделение процедуры освидетельствования от лечебно-профилактической деятельности наркологических учреждений при условии профессионализации и декоммерциализации процедуры освидетельствования.

9.5. Правовое обеспечение и стандартизация немедицинской (социальной) реабилитации наркологических больных

Под немедицинской реабилитацией чаще всего понимают реабилитацию социальную. Вопрос о критериях, качестве и стандартах реабилитации сегодня стоит очень остро. С медицинскими технологиями все более менее понятно. Медицинские учреждения лицензируются и с успехом применяют разрешенные методики. Зато государственные структуры призванные оказывать реабилитационную помощь имеют ничтожно малое распространение. Не создана государственная сеть реабилитации. Количество отделений медицинской и социальной реабилитации удручающе мало. При этом очевидным является тот факт, что данные социальные услуги пользуются огромным спросом населения. Их оказывают сотни негосударственных организаций. Эти организации имеют либо религиозную чаще всего христианскую направленность, либо используют подход «12 шаговой» программы Анонимных алкоголиков и наркоманов, в которой формулируется понятие о Боге и нравственных ценностях. Помощь оказывают либо священнослужители и проповедники из близлежащих общин, либо трудятся так называемые «бывшие»

или выздоравливающие наркоманы. Десятки тысяч наркологических больных регулярно прибегают к их услугам. Есть у общественников и неоспоримые преимущества. Но также существует много претензий, которые предъявляют общественным реабилитологам, часто обоснованных. Одна из основных проблем это отсутствие координации между государственными и общественными структурами. Нет общих подходов, распределения ответственности и рычагов воздействия. Необходимо создать условия для реализации правовой наркологической цепочки с использованием методов государственного принуждения направляющих больного человека к структурам Минздравсоцразвития с ориентацией в дальнейшем на духовно-реабилитационную среду.

Для того чтобы государственные центры начали эффективно работать, требуется уточнение термина «реабилитация» в контексте применения ее к потребителям наркотических веществ. Чаще всего используется термин «медико-социальная» реабилитация, который на практике реализуется только в учреждениях здравоохранения в основном в части медицинской помощи. Определение понятия реабилитации российский законодатель дает в двух направлениях: политическом и медицинском. Применительно только к исторически-правовому феномену реабилитации жертв репрессий и для категории больных, имеющих статус инвалида. В области наркологической помощи каждый обыватель, политик или специалист оперируют термином социальной реабилитации, не задумываясь, что это понятие в данной области не сформулировано. Как можно рассуждать и заниматься тем, что не имеет своего определения? Фигурирующий термин социально-медицинской реабилитации является сложносоставным и производным от базового определения, которого, по сути, нет.

Для общества на самом деле важно не состояние здоровья наркомана, а его место, роль в обществе и его отношение к обществу. Поэтому необходимо различать и разделять понятия медицинской и социальной реабилитации, четко видеть, где заканчивается лечение и начинается реабилитация. Эти взаимосвязанные (в процессе работы с наркоманом) определения являются различными этапами комплексного подхода. Медицинская реабилитация хорошо отработана в нашей стране. В последние десятилетие было издано немало нормативных актов призванных регулировать эту сферу наркологической помощи, т. е. для нее имеется определенная нормативная и материальная база. Но эффект от нее не высок. Социальная составляющая реабилитационного процесса в настоящее время только начинает ре-

ализовываться в некоторых больницах Москвы и Санкт-Петербурга и некоторых других. Основные усилия необходимо приложить для реализации компонента социальной реабилитации. Необходимо совершенствование законодательной базы, а также создание учреждений социальной реабилитации (например: социально-реабилитационных центров, реабилитационно-трудовых коммун, общин и т. п.). Термин «социальная реабилитация наркологических больных» должен обрести четкое правовое определение.

Многие специалисты говорят о необходимости контроля и лицензирования в этой области. Логика административно-правовых процессов в РФ подсказывает, что ставить вопрос лицензировании социальной реабилитации невозможно ввиду того, что подобное лицензирование не так давно было отменено.

В Российском законодательстве подходы к стандартизации и сертификации качества услуг определяется Федеральным законом от 27.12.2002 г. №ФЗ-184 «О техническом регулировании» на основании которого в 2005 и 2003 гг. были приняты несколько национальных стандартов по социальному обслуживанию:

- ГОСТ Р 52142–2003 Социальное обслуживание населения Качество социальных услуг;
- ГОСТ Р 52143–2003 Социальное обслуживание населения Основные виды социальных услуг;
- ГОСТ Р 52495–2005 Социальное обслуживание населения Термины и определения;
- ГОСТ Р 52496–2005 Социальное обслуживание населения Контроль качества социальных услуг;
- ГОСТ Р 52497–2005 Социальное обслуживание населения Система качества учреждений социального обслуживания;
- ГОСТ Р 52498–2005 Социальное обслуживание населения Классификация учреждений социального обслуживания.

Работа по стандартизации продолжается. Вплоть до 2009 года было принято еще несколько стандартов контроля качества конкретных видов социальных услуг.

К сожалению, в данных ГОСТах дается только общее понятие термина «социальная реабилитация», а «термин трудная жизненная ситуация» хотя и подразумевает болезнь как причину этой ситуации, не уточняет список этих заболеваний. Хотя логичным было бы уточнить, что к этим болезням должны относиться заболевания, включенные в список социально значимых.

Введение термина «социальная реабилитация наркологических больных» в Федеральный закон №ФЗ-195 «Об основах социального обслуживания населения в РФ» позволило бы распространить нормы стандартизации уже существующие в нашей стране в виде национальных стандартов и на сферу наркологической помощи. То есть основной проблемой стандартизации социальной реабилитации наркологических больных в системе государственного здравоохранения является нечеткость формулировок законодательства социальной сферы.

Осуществление самой реабилитации может быть возложено на учреждения социального обслуживания. Федеральный закон от 10.12.1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» уже много лет относит оказание услуг, в том числе реабилитационных при различных заболеваниях, людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, к сфере деятельности учреждений социального обслуживания. Наркомания — это, безусловно, заболевание, формирующее у пациента трудную жизненную ситуацию. Социальная практика уже развивается в данном направлении. Тому есть яркие примеры. В Московской области в Егорьевском районе с 2007 года действует отделение по реабилитации подростков, употребляющих психоактивные вещества, при центре социальной реабилитации инвалидов «Чайка». Помимо подростков на реабилитацию принимают и совершеннолетнюю молодежь. В Департаменте труда и социальной защиты населения Ханты-мансийского автономного округа — Югры помощь лицам, страдающим наркоманией и токсикоманией, осуществляет учреждение социального обслуживания Центр социальной адаптации «Феникс» г. Нижневартовск. Реабилитацию проходят граждане старше 18 лет, страдающие наркоманией и токсикоманией. В Иркутской области единственным государственным учреждением, оказывающим населению услуги в сфере социальной реабилитации зависимостей, является областное государственное учреждение министерства по физической культуре, спорту и молодежной политике «Центр реабилитации наркозависимых «Воля». Целевой группой учреждения является молодежь от 18 до 35 лет и ее ближайшее окружение.

В Общероссийском классификаторе видов экономической деятельности, продукции, услуг существует код 8531550 «Социальные услуги реабилитационных учреждений (без лечения) для наркоманов и алкоголиков» — прямое указание на учреждения социальной защиты. В области подготовки кадров с 1993 года действуют образовательные стандарты подготовки специалистов (в том числе социальных) в области наркологии.

К сожалению, в виду отсутствия четкого государственного заказа ориентированного на социальный результат реабилитации, даже тот нормативный потенциал, который существует, не работает в полной мере.

Сегодня в России прослеживается острая необходимость в повышении уровня прозрачности деятельности антинаркотических НКО (действующих на основе законодательства России о некоммерческих организациях) с целью повышения уровня эффективности их взаимодействия с заинтересованными сторонами, в том числе с органами власти, позиция которых существенно влияет на результаты деятельности НКО.

Под антинаркотическими НКО понимаются организации, которые работают в сфере противодействия распространению химических зависимостей и могут быть отнесены к организациям гражданского общества, участвующим в решении важных социальных проблем, которые осознаются обществом в текущий момент как угрожающие его устойчивости. Деятельность этих организаций направлена на восстановление адекватного социального статуса лиц, страдающих химическими зависимостями.

Одним из путей решения задачи повышения уровня прозрачности деятельности антинаркотических НКО является организация стандартизированной оценки эффективности деятельности данного типа НКО. Даже в отсутствие государственных стандартов по социальной реабилитации наркологических больных законодательство «О техническом регулировании» позволяет широко внедрять системы добровольной сертификации. Любое профессиональное сообщество может в соответствии с нормами ГОСТ разработать и утвердить в государственных органах контроля и надзора собственные стандарты, так называемые СТО (Стандарты организаций) и на их основании проводить сертификацию.

Ярким примером такого подхода является разработанный одной из общественных организацией Свердловской области СТАНДАРТ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СТО 91.33–1036605621656–2009 в рамках реализации проекта на средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 14 апреля 2008 года № 192–рп. Использовать данный стандарт может любая организация в России. Соблюдая определенные требования, установленные государственными органами стандартизации можно участвовать в процессе добровольной сертификации.

На сегодня в рамках Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации сложились самые благоприятные перспективы для устранения межведомственных противоречий и нор-

мативных пробелов между социальной защитой и здравоохранением в области реабилитации наркозависимых. О необходимости развивать федеральную сеть реабилитационных центров для социальной адаптации зависимых регулярно говорит и Президент РФ и Министр здравоохранения и руководитель ФСКН.

Современная наркология должна быть правовой, т. е. лечебная система должна стать участником мультидисциплинарного процесса обеспечения правовыми механизмами и должна быть ориентирована на достижение социально значимого результата. При общем кризисе наркологии в наихудшей ситуации оказалось реабилитационное звено. Ликвидация советской системы реабилитации, в том числе ЛТП, не повлекла за собой создания современной системы. Различные источники приводят информацию о более чем критичном соотношении реабилитационных коек даже к количеству больных, поставленных на учет — на сотни тысяч больных несколько сот коек, но даже при таком малом количестве коечного фонда вопрос стандартизации реабилитационной помощи является чрезвычайно актуальным, так как целью стандартизации является в первую очередь повышение качества реабилитации и ее результативности.

ПРОТОКОЛ

заседания Правительственной комиссии по профилактике правонарушений

г. Москва

28 декабря 2011 года № 4

Председательствовал:

Председатель Правительственной комиссии по профилактике правонарушений, Министр внутренних дел Российской Федерации Р.Г. Нургалиев

Присутствовали:

(в зале коллегии МВД России)

Заместители Председателя Правительственной комиссии по профилактике правонарушений:

первый заместитель Министра внутренних дел Российской Федерации А. В. Горовой,

заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В. И. Скворцова.

Члены Правительственной комиссии по профилактике правонарушений:

А. Е. Бусыгин (Минкультуры России), Н. И. Гетман (Торгово-промышленная палата Российской Федерации), Ю. С. Горбунов (ФСБ России), Ю. Н. Демидов (МВД России), О. В. Зыков (Общественная палата Российской Федерации), С. П. Калюжный (ФМС России), А. С. Клименченко (Росфинмониторинг России), Д. В. Кураков (МИД России), А. А. Левитская (Минобрнауки России), Ю. В. Осинцев (Минрегион России), Н. А. Панков (Минобороны России), В. А. Петренко (Комитет Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению), Э. В. Петрухин (ФСИН России), О. А. Рожнов (Минспорттуризм России), П. В. Тараканов (Комитет Государственной Думы по делам молодежи), А. В. Силяев (МВД России — ответственный секретарь Комиссии).

Приглашены:

(в зале коллегии МВД России)

И. А. Яровая (Комитет Государственной Думы по безопасности и противодействию коррупции), С. Т. Науменко (Минтранс России), В. С. Багатурин (ФСКН России), А. С. Пушкин (аппарат Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации), Е. А. Джуриная (Комитет

Государственной Думы по делам женщин, семьи и детей), А. А. Миляев (МЧС России), Г. А. Хохрина (Генеральная прокуратура Российской Федерации), Е. А. Брюн (Минздравсоцразвития России), С. И. Гирько, В. В. Гордиенко, С. Н. Ляшенко, В. И. Нилов, С. Н. Перова, В. В. Савичев, С. А. Сергеев, Д. В. Шаробаров (МВД России).

В режиме видеоконференцсвязи:

председатели межведомственных комиссий по профилактике правонарушений субъектов Российской Федерации, министры внутренних дел по республикам, начальники главных управлений (управлений) МВД России по иным субъектам Российской Федерации.

1. О концепции реформы наркологической помощи в России, разработанной Общественной палатой Российской Федерации с учетом мнения заинтересованных органов и структур исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Р.Г. Нургалиев, А.В. Горовой, О.В. Зыков, Е.А. Брюн, В.И. Скворцова, И.А. Яровая, В.А. Петренко, А.А. Левитская, Е.М. Редченкова (Томская область)

Констатировано, что на сегодняшний день алкоголизм и наркомания — масштабная социальная проблема, которая серьезно подрывает социально-экономические и духовно-нравственные основы общества и угрожает национальной безопасности из-за высоких уровней заболеваемости, смертности, преступности.

Почти пятая часть (19,8%) всех преступлений в Российской Федерации совершается нетрезвыми людьми и около 1,5 процентов — в состоянии наркотического опьянения. За 11 месяцев 2011 г. при снижении на 9,0% уровня преступности на территории Российской Федерации, возросло (+ 19,0%) количество преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения.

Негативная динамика этих преступлений обуславливает необходимость их эффективного предупреждения, успех которого во многом зависит от правильной оценки алкогольной или наркотической интоксикации в генезисе преступного поведения.

Подчеркнуто, что наибольший эффект в системе мер по борьбе с указанными асоциальными явлениями достигается, прежде всего, посредством лечения лиц, больных алкоголизмом и наркоманией. В этой связи остается актуальным вопрос совершенствования наркологической помощи в Российской Федерации.

По результатам обсуждения проекта Концепции реформы наркологической помощи, разработанного Общественной палатой Российской Фе-

дерации, отмечен ряд спорных моментов и необходимость организации дальнейшего системного диалога по данной проблематике с вовлечением в него не только заинтересованных органов государственной власти, но и широкого круга экспертов.

Одновременно обращено внимание на определение наиболее оптимальных решений в этой сфере деятельности и ускорение процессов разработки необходимых нормативных правовых актов, направленных на создание механизмов и технологий эффективной наркологической помощи как на федеральном, так и региональном уровнях.

Доведена информация, что Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ установлены основные принципы в указанной сфере, в том числе ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц за обеспечение прав граждан, доступность и качество медицинской помощи.

Отмечено, что в 2011 году впервые в Национальный проект «Здоровье» включён специальный раздел по развитию наркологической службы в Российской Федерации. В текущем году начата реализация соответствующих «пилотных» проектов по внедрению реабилитационных наркологических программ в 16 субъектах Российской Федерации, объём финансирования мероприятий составил 288,0 млн. рублей. В последующие годы запланировано внедрение аналогичных программ во всех субъектах Российской Федерации.

Признан конструктивным подход к организации медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, применяемый в Томской области, что представляется особенно актуальным с учетом ликвидации в системе МВД России медицинских вытрезвителей.

С учетом изложенного решено:

Принять к сведению:

Доклад члена Правительственной комиссии по профилактике правонарушений, члена Общественной палаты Российской Федерации О. В. Зыкова о проведенных мероприятиях по разработке Концепции реформы наркологической помощи в России и результатах анализа отзывов на подготовленный проект, поступивших из федеральных и региональных органов исполнительной власти.

Информацию заместителя Председателя правительственной комиссии по профилактике правонарушений, заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В. И. Скворцовой и Главного нарколога России Е. А. Брюна о замечаниях к проекту

Концепции наркологической помощи и перспективах развития данного направления деятельности в Российской Федерации.

Выступление главного врача областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения Томской области Е. М. Редченковой о положительном опыте организации работы пункта медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, образованного на базе областного наркологического диспансера.

Общественной палате Российской Федерации (Е. П. Велихову):

1.2.1. Продолжить дальнейшее обсуждение оптимальных методов и технологий реформирования системы наркологической помощи с привлечением специалистов из различных заинтересованных структур, ведомств и организаций из регионов, используя с этой целью материалы Правительственной комиссии по профилактике правонарушений, сформированные при подготовке данного вопроса.

1.2.2. Подготовить и направить письмо в Правительство Российской Федерации с предложением об использовании концепции реформы системы наркологической помощи в процессе подготовки нормативной правовой базы, обеспечивающей формирование системы эффективной наркологической помощи.

О проведенных мероприятиях проинформировать Правительственную комиссию по профилактике правонарушений до 15 апреля 2012 г.

Минздравсоцразвития России (Т. А. Голиковой):

1.3.1. В пределах компетенции принять дополнительные меры по усилению контроля за реализацией региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011–2012 гг. в части проведения мероприятий по выстраиванию единой трехуровневой системы оказания медицинской помощи наркологическим больным.

1.3.2. Совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти в максимально короткие сроки завершить разработку национального стандарта ГОСТ Р «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств и алкоголя. Основные виды социальных услуг».

Ответственному секретарю Правительственной комиссии по профилактике правонарушений (А. В. Силаеву) до 1 февраля 2012 г. подготовить для направления главам субъектов Российской Федерации в целях изучения и использования в практической деятельности:

1.4.1. Материалы о положительном опыте работы Томской области по организации деятельности пункта медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения.

1.4.2. Информационно-справочные и мультимедийные материалы «О концепции реформы наркологической помощи в России», подготовленные Общественной палатой Российской Федерации.

Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

1.5.1. Рассмотреть на заседаниях региональных комиссий по профилактике правонарушений вопросы, связанные с принятием дополнительных мер по противодействию распространению алкоголизма и наркомании.

1.5.2. В процессе формирования региональных моделей организации эффективной наркологической помощи предусмотреть использование проекта концепции реформы системы наркологической помощи, разработанного Общественной палатой Российской Федерации.

1.5.3. С учетом отмеченного конструктивного подхода к вопросам оказания медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, применяемого в Томской области, принять меры по его изучению и распространению, исходя из региональных особенностей развития сети наркологических учреждений.

1.5.4. Организовать взаимодействие между органами исполнительной власти, осуществляющими управление в сфере здравоохранения и территориальными органами внутренних дел по вопросам практической реализации требований согласованного с Минздравсоцразвития России приказа МВД России от 23.12.2011 г. № 1298 «Об утверждении Инструкции о порядке доставления лиц, находящихся в общественных местах в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и утративших способность самостоятельно передвигаться или ориентироваться в окружающей обстановке, в медицинские организации».

1.5.5. Совместно с территориальными органами МВД России, с учетом анализа правоприменительной практики и результатов деятельности в сфере предотвращения продажи несовершеннолетним алкогольной продукции, выработать комплекс мер, направленных на повышение эффективности данной работы.

1.5.6. Во взаимодействии с правоохранительными органами, правозащитными организациями и общественными объединениями организовать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения наркомании, пьянства и табакокурения в подростковой и молодежной среде, формирование у подрастающего поколения негативного отношения к наркотикам и спиртным

напиткам. В этих целях шире использовать возможности средств массовой информации, социальной рекламы и иных форм информационно-пропагандистского воздействия.

1.5.7. С целью совершенствования деятельности по защите прав и законных интересов несовершеннолетних проработать вопрос о целесообразности создания общественных советов при уполномоченных по правам ребенка в субъектах Российской Федерации.

О проведенных мероприятиях проинформировать Правительственную комиссию по профилактике правонарушений до 31 марта 2012 г.

*Председатель Правительственной комиссии
по профилактике правонарушений,
Министр внутренних дел
Российской Федерации*



Р. Г. Нурғалиев

Пошаговая инструкция по созданию групп самопомощи

*С. М. Бабин, д. м. н.,
заведующий Областным психотерапевтическим центром
ГУЗ «ООКПБ № 2», вице-президент Российской
Психотерапевтической Ассоциации (РПА).*

*О. М. Василенко,
Психолог Областного психотерапевтического Центра,
председатель регионального отделения
Общероссийской общественной организации инвалидов вследствие
психических расстройств и их родственников «Новые возможности»*

*Т. А. Тевелева,
заведующая консультативно-реабилитационным отделением
Областного Психотерапевтического Центра,
супервизор Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА).*

Под общей редакцией д. м. н. Бабина С. М., Оренбург 2011 г.

Частые стрессы, быстрый темп жизни и повседневные проблемы негативно влияют на нашу психику, что не может не отражаться на нашем здоровье. Практически каждый человек хотя бы раз в жизни сталкивался с определенными трудностями, с которыми очень сложно справиться самостоятельно. Действительно, решить некоторые проблемы в одиночку иногда не предоставляется возможным.

Давно доказано, что если человек общается с людьми, у которых есть схожие проблемы, он намного легче переносит тяжесть сложившейся ситуации, справляется со своей бедой. Объединение людей с одинаковыми проблемами обеспечивают также возможность общения, обмена опытом, развития чувства сопричастности: они видят, что не одиноки. Такими объединениями являются группы самопомощи.

Одним из следствий развития движения потребителей (пользователей) психиатрической помощи стало появление проектов и программ, которые ведут сами потребители услуг. Существуют самые разнообразные их виды, такие как группы поддержки, центры дневного и ночного пребывания, программы защиты прав, жилищные программы, телефонные линии, службы обучения навыкам и др. В интернете имеются многочисленные сайты, организованные пользователями служб психического

здоровья. Все эти программы следуют определенным основным принципам (Рид Дж. и др., 2008):

- ими руководят и управляют люди, которые сами получали или получают услуги служб психического здоровья;
- они основываются на модели взаимной поддержки, а не на профессиональном опыте;
- в них придается важность контакту «один-на-один», который используется как первичный способ оказания услуг;
- они стремятся к минимизации любой иерархии и ценят вклад каждого из участников.

Группы самопомощи основаны на предположении, что ее участники испытывают одинаковые трудности или страдают одним заболеванием. Основной философией подобных объединений является то, что люди, получившие ярлык психически больных, способны помочь себе и другим. В традиционной системе оказания психиатрической помощи существует четкое разделение между профессионалами и клиентами (пациентами). Специалисты предоставляют помощь (лечение), а пациенты ее получают, и эти роли считаются неизменными. В программах самопомощи роли подвижны. В различные моменты программы участники осуществляют обе эти роли. Человек, который всегда представлялся, в том числе и самому себе, нуждающимся и зависимым, имеет возможность проявить себя абсолютно по-иному, когда необходимо оказать помощь другому. Это устраняет выученную беспомощность, характерную для многолетних клиентов психиатрической службы, повышает самооценку, улучшает навыки общения и формирует адаптивные стратегии совладания.

Группы самопомощи основаны на принципе, провозглашающем, что группа индивидов с одинаковыми проблемами может оказать друг другу взаимную поддержку. Все участники учатся принимать свои проблемы, делиться опытом, силами и надеждами. Единственное условие посещения такой группы — желание избавиться от проблемного поведения. Взаимный искренний обмен информацией позволяет участникам обсудить обычно неприемлемые, стигматизирующие аспекты поведения в атмосфере принятия и доверия. Группа также является источником стратегий преодоления нежелательного поведения и предоставляет возможность помогать другим, делясь опытом и становясь помощником и ролевой моделью для других. Важным отличием программ самопомощи от традиционных форм психиатрического лечения является абсолютно добровольная природа самопомощи. Большинство групп самопомощи следуют изначальной 12-шаговой модели, разработанной еще

основателями групп Анонимных алкоголиков. Одним из важнейших аспектов самопомощи, в отличие от более традиционных видов помощи индивидам с зависимостью, является практически полное неучастие специалистов. Люди сходятся вместе для того, чтобы поделиться друг с другом и помочь, принимая самоукрепляющую позицию, вместо того, чтобы выступать в роли потребителя услуг — пассивной и часто унижительной социальной роли в нашем обществе.

В России в целом, а в отечественной системе оказания психиатрической помощи в частности, группы самопомощи только начали формироваться. Недостаточное развитие гражданского общества в стране диктует необходимость всяческой поддержки со стороны профессионального сообщества инициатив, направленных на создание объединений само и взаимопомощи потребителей психиатрических услуг и членов их семей. Данным методическим пособием могут воспользоваться как специалисты помогающих профессий (психиатры, психотерапевты, социальные работники), так и все заинтересованные в дальнейшем расширении программ самопомощи.

Оренбургское региональное отделение Общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников «Новые возможности»

Люди с тяжелыми, длительно текущими психическими заболеваниями утрачивают социальные связи. Социальная изоляция приводит к тому, что семья остается основной поддерживающей структурой, несет основное бремя ответственности, что вызывает тяжелый психосоциальный стресс в семье. Неработающие молодые психически больные люди вынуждены находиться дома в одиночестве или в обществе только родителей, что усугубляет социальную изоляцию и проблемы семьи. Важно помочь им самим осознать свои ресурсы.

Создать почву для самореализации — это не просто рассуждения. Благодаря вступлению в Общероссийскую общественную организацию инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников «Новые возможности» (ОООИ «Новые возможности») для многих это стало реальным. В феврале 2001 года в г. Москве в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ состоялась учредительная конференция ОООИ «Новые возможности». Эта общественная организация была официально зарегистрирована в Министерстве юстиции. Создание подобных объединений и развертывание их деятельности представляет собой новый важный этап в движении лиц с психическими расстройствами в качестве партнеров в совершенствовании оказания психиатрической помо-

щи, обеспечении прав и интересов самих душевнобольных и членов их семей.

Оренбургское региональное отделение Общероссийской общественной организации «Новые возможности» было создано 15 февраля 2003 г. В настоящее время филиалы отделения действуют в г. Оренбурге в Областном психотерапевтическом центре Областной клинической психиатрической больницы № 2 и в Областной клинической психиатрической больнице № 1. На базе Областного психотерапевтического центра, располагающегося по адресу г. Оренбург, ул. Пушкинская, 27, региональное отделение существует с марта 2005 года. Членами отделения создан Клуб «Эдельвейс», который также располагается на территории Центра.

Основываясь на Программе ООои «Новые возможности» «Марш энтузиастов», мы сформулировали Цель нашей региональной организации как Укрепление психического здоровья и улучшение положения психически больных и их близких в обществе.

Для этого необходимо решить следующие задачи:

Преодоление социальной отчужденности:

- организация групп самопомощи;
- участие в международной антистигмационной программе;
- организация и проведения психообразования для пациентов и их родственников;
- активная пропаганда здорового образа жизни, участие в организации и проведении всемирного Дня психического здоровья;
- установление связи с социальными центрами, сотрудничество со СМИ, с родственными организациями инвалидов, NAMI, EUFAMI.

Формирование активной гражданской и жизненной позиции:

- организация групп самопомощи для быстрого реагирования в трудной жизненной ситуации;
- защита прав психически больных и их близких;
- подготовка к самостоятельной жизни пациентов, укрепление семейных связей.

Девиз Европейской общественной организации семей имеющих родственников, страдающих психическими заболеваниями (EUFAMI) — «Дотянуться до звезд». Это здорово! Поэтому мы решили назвать нашу Программу деятельности Оренбургского регионального отделения ООои «Новые возможности» «Ступени к звездам» (см. таблицу). Она состоит из четырех ступеней:

I — «Знакомство»

II — «Ресурсы выздоровления»

III — «Радость лечит»

IV — «Преодоление»

Программа открыта для всех желающих. Поэтому члены нашей организации сейчас находятся на разных ее ступенях. Активисты помогают новичкам подниматься по ее ступенькам. Прежде всего, актив ООИИ «Новые возможности» приходит на встречи в отделения больницы, ПНД и рассказывают о себе, приглашает на встречи в Клуб «Эдельвейс», который расположился в здании Областного психотерапевтического центра. Новичков, пришедших в «Новые возможности», приглашают посетить группы психообразования. Серьезным шагом было установление сотрудничества со специалистами Областного психотерапевтического центра (г. Оренбург ул. Пушкинская, 27) — психотерапевтами, психиатрами, психологами, специалистами по социальной работе. Третья ступень предполагает организацию групп, в работе которых реализуется творческая деятельность, интересные досуговые программы, отдых участников Клуба «Эдельвейс».

По сути своей — это психореабилитационная работа в группах самопомощи. Открытый режим работы Клуба и регулярность встреч (2 раза в неделю) сформировали костяк — группу самых активных его участников. Вместе они самостоятельно организуют праздники — т. е., сами пишут сценарии, распределяют роли, репетируют, назначают ответственных. Сами договариваются с музеями и выставочными залами о проведении познавательных экскурсий. Эти встречи помогают активному познанию прекрасного, почувствовать радость праздника. За чашкой чая члены Клуба обмениваются впечатлениями, жизненным опытом преодоления. Следует помнить, что отсутствие общения — это наибольший дефицит, испытываемый людьми с ограниченными возможностями. Члены Клуба поддерживают контакты и вне его стен, что так же способствует самоутверждению и повышению качества жизни. Они перезваниваются, поддерживают друг друга в трудных жизненных ситуациях; навещают друзей в стационаре клиники — приезжают с подарками, концертом.

В Клубе работает студия бисероплетения «Надежда». Три года назад это был просто кружок, в котором собрались женщины, чтобы не быть дома одним, пообщаться друг с другом. Но за это время все изменилось. Специально приглашенный педагог не только помогла женщинам овладеть азами плетения. Она научила плести красивым разноцветьем мно-

жество интересных вещей со сложными узорами. Изготовлено большое число разных оригинальных сувениров, которые рукодельницы дарят своим друзьям и знакомым. Работа в студии дает возможность испытать много положительных эмоций. Сами участницы отмечают, что занятия бисером развивает у них усидчивость, сосредоточенность, внимание, терпение, они становятся более спокойными и доброжелательными друг к другу. Встречи в Клубе очень важны для членов нашей организации. Сознание того, что ты со своим умением, талантом нужен кому-то, что кто-то способен тобой восхищаться окрыляет и вдохновляет человека как личность. Для наших подопечных цена этой радости очень велика. Но участникам Клуба понятно, как важна IV ступень — ступень активной гражданской и жизненной позиции. Для нас это новый шаг в развитии нашей организации. Сейчас самым необходимым стало создание групп само и взаимопомощи родственников и пациентов, пользователей психиатрической службы, для осуществления новой формы работы — подготовки к самостоятельной жизни пациентов вне больницы, т. е. принять участие в осуществлении реабилитационной программы «защищенное жильё».

В августе 2006 года в Оренбургской области при поддержке АНО «Про-Пси» (г. Ставрополь) была создана автономная некоммерческая организация «ОренПроПси» (Оренбург, Просвещение, Психиатрия) основная цель и задачи которой созвучны АНО «ПроПси» (г. Ставрополь) и Фонда психиатрической информации «Психкопп» (г. Ставангер, Норвегия). Организация создана в целях содействия увеличению доступности информации и услуг в сфере психического здоровья. С сентября 2007 года в структуре организации «ОренПроПси» создано волонтерское движение «Радуга». Основная часть волонтеров студенты 1–6 курсов медицинской академии.

На базе Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1 силами студентов-волонтеров организованы постоянно действующая группа досуговой терапии, литературный кружок, психообразовательный кукольный театр с участием пациентов. Волонтеры принимают участие в подготовке праздничных мероприятий, организуют экскурсии по музеям и выставочным залам города. С 2009 года волонтерское движение «Радуга» проводит литературный кружок и на базе Областного психотерапевтического центра Областной клинической психиатрической больницы № 2. в рамках деятельности Клуба «Эдельвейс». Критерии отбора литературных произведений для обсуждения — это оптимистичность, жизнеутверждающее содержание, формирование положительного эмоционального фона и позитивного комплаенса на вза-

имодействие с медперсоналом, укрепление моральных ценностей. Занятия проводятся раз в неделю с группой до 7–8 человек, имеют чёткую структуру. В первой части занятия ведущие рассказывают о биографии писателя (поэта), об основных этапах его творческого пути, ведущем литературном направлении. Вторая часть занятия — чтение и последующее обсуждение непосредственно произведений. Члены группы высказывают свою точку зрения, впечатления, мнения о полученной информации. Занятия несут в себе яркий образовательный характер и способствуют эмоциональному обогащению участников в процессе общения, создают чувство востребованности, пробуждают интерес к искусству, творчеству. Важной составляющей занятий является и самостоятельная подготовка: чтение произведений, сочинение небольшого рассказа, эссе, стихотворения с последующим активным обсуждением в группе.

Организация групп самопомощи является сложной и трудоёмкой задачей. Профессионалам в области психического здоровья необходимо оказывать всяческую поддержку инициативным группам пациентов и/или членам их семей в подобной деятельности. Ориентируясь на собственный опыт работы, используя материалы других объединений самопомощи, методические разработки, входящие в состав «Программы действий потребителей психиатрической помощи» Национальной Сети Психического Здоровья (Канада, Онтарио) нами составлены практические рекомендации, в которых пошагово описываются этапы создания группы самопомощи, вопросы и проблемы, возникающие в разные периоды формирования общественного объединения. Приводятся примеры способов разрешения различных ситуаций, описываются предложения по мотивации членов группы.

Десять шагов, чтобы организовать группу самопомощи людей с психиатрическим опытом.

Шаг 1 — найти других потребителей психиатрической помощи, которые разделяют Ваш интерес.

Шаг 2 — с самого начала думать о «взаимопомощи».

Шаг 3 — найти подходящее место и время встречи.

Шаг 4 — определить цель своего членства.

Шаг 5 — объявить и провести свое первое общественное собрание.

Шаг 6 — определить назначение группы.

Шаг 7 — выбрать формат встречи.

Шаг 8 — развивать разделенное руководство.

Шаг 9 — поощрять регулярное посещение встреч

Шаг 10 — разрабатывать повестку дня

Шаг 1 — Найдите других потребителей психиатрической помощи, кто разделяет ваш интерес.

Если Вы заинтересованы в создании группы самопомощи людей с психиатрическим опытом, узнайте, кто занимается этим сейчас или кто делал это раньше. Узнайте о группах самопомощи в своих регионах. Попросите образцы материалов, которые они использовали, такие как объявления, пресс-релизы и др. Посетите встречи других групп самопомощи, чтобы почувствовать, как они работают, затем возьмите то, что вы считаете лучшими их приемами, чтобы использовать их в Вашей собственной группе. Они будут рады поделиться своими знаниями.

Шаг 2 — Думайте о «взаимопомощи» с самого начала.

Подумайте о взаимопомощи, которую группа могла бы Вам оказать с самого начала. Найдите других потребителей психиатрической помощи, кто разделяет ваш интерес в создании (а не просто присоединении) группы самопомощи. Если несколько человек вовлечены в планирование и на ранних стадиях участвуют в рекламе, организации табличек с именами, чаепитий и т. д., то более вероятно, что и далее члены группы будут продолжать делить ответственность за группу. Вот что значит взаимопомощь!

Когда вы создадите свою команду, предложите всем членам делить ответственность за ход встреч. Имея нескольких ответственных за их проведение, группа может уменьшить тяжесть, которая может упасть на плечи одного человека и предотвратит его переутомление. Также наличие нескольких лидеров (руководителей) может предотвратить развал группы, если один из них решит покинуть группу, заболит или уедет.

Шаг 3 — Найдите подходящее место и время встреч.

Попробуйте найти свободное помещение для встреч, как, например, местная церковь, библиотека, общественное здание, больница или орган социальной службы. Будут ли более удобными для членов вечерние или дневные встречи?

Многие люди предпочитают вечера среди недели. Также людям проще запомнить время встреч, если это каждый раз один и тот же день недели или месяца, как например, первый понедельник каждого месяца.

Шаг 4 — Определите цель своего членства.

Когда люди впервые приходят в группу самопомощи, они обычно чувствуют себя подавленными своими проблемами и срочно нуждаются в поддержке. По этой причине очень важно принять некоторые решения о членстве во время формирования Вашей группы. Например: Кто мо-

жет посещать собрания? Большинство групп самопомощи людей с психиатрическим опытом имеют мало особых условий членства, но следует немного поразмышлять о том, кто может присоединиться к группе, а кто нет. Причины отказа в членстве должны быть ясными. Однако, к большинству групп легко присоединиться и покинуть их. Вы хотите ограничить регулярное членство теми, кто непосредственно испытывает проблему? Большинство успешных групп занимаются одним вопросом, так сделайте ваш вопрос ясным! Это поможет потенциальным или новым членам оценить, подходит ли им определенная группа. Для групп также будет легче ориентировать новых членов. Вы хотите связать членство с супружескими парами или семьей?

Шаг 5 — Объявляйте и проводите Ваше первое общественное собрание.

Найти потенциальных членов всегда непросто. Определите, куда ходят потенциальные члены. Можно ли их увидеть у определенных докторов или в определенных учреждениях? Контакты с потребительскими организациями, врачами, духовенством или другими профессионалами могут стать такой попыткой. Размещение рекламы на почте, в общественных учреждениях, больницах, библиотеках и др., бесплатные объявления в разделах местных газет, на радио и кабельном ТВ могут также помочь.

Первое собрание очень важно. Для группы должно быть готово нечто больше, чем просто выбрать время и место. Первые впечатления важны, поэтому убедитесь, что у Вас есть кто-то, кто будет приветствовать людей, когда они войдут, необходимо чтобы каждый чувствовал себя желанным.

Попытайтесь повести группу в нужном направлении. Некоторые люди увидят друг друга в первый раз. Другие будут восстанавливать контакт с кем-то, с кем они, возможно, говорили по телефону или встречались в мастерской. Каждому человеку придется решать, хочет он ли он (она) участвовать в группе, поэтому важно задать тон и установить некоторое направление. Начало на хорошем фундаменте хорошо послужит группе на следующих встречах.

Шаг 6 — Определите цель группы.

В первую очередь нужно определить назначение группы. Для чего эта группа? Чем она будет заниматься? Кто, возможно, присоединится? Ясны ли задачи? Запишите их на бумаге для дальнейшей рекомендации. Является ли главной целью группы эмоциональная поддержка, образо-

вание, взаимная поддержка, развитие политики и стандартов или защита? Вот примерная формулировка цели различных групп самопомощи:

- Взаимная поддержка людей, переживших утрату.
- Работа по снижению стигмы психической болезни.
- Обеспечение надежного места для обсуждения проблем с акцентом на благополучие участников.
- Активный поиск новых источников и информации о лечении, исследовании, способах преодоления и т. д.
- Обеспечение эмоциональной поддержки и практической помощи в разрешении проблемы, общей для всех членов.

Ваша группа может выбрать их этих формулировок или создать свои собственные формулировки цели.

Шаг 7 — Выберите формат заседания.

Группы должны создать свою собственную структуру удовлетворения нужд членов. Какое количество или сочетание времени обсуждения, образования, планирования программы, общения наиболее устраивает Вашу группу? Какие направления Вы могли бы использовать, чтобы гарантировать непредвзятые, конфиденциальные и информативные обсуждения? Группам также необходимо решить, примут ли они формальную структуру, как например программу 12 шагов, или менее формальную структуру, благоприятную для удовлетворения эмоциональных и личных нужд. Следующий раздел описывает некоторые ключевые решения, которые понадобятся принять вашей группе по поводу проведения собраний.

Что будет включать формат и содержание собраний?

Далее идут действия, общие для многих встреч групп самопомощи, и могут использоваться для проведения ваших собраний.

- Приветствие новых членов.
- Формальное открытие собрания.
- Представление членов.
- Обсуждение, обучение и обмен информацией.
- Секция сбора средств.
- Формальное закрытие.

Затем решите, как можно использовать возможности людей (руководителей, профессионалов здравоохранения, фармацевтов и др.) в качестве докладчиков, советников, консультантов в Вашей группе. Консультации могут быть нацелены на различные моменты, такие как помощь в организации группы, поиск информации. Эти контакты также являются хорошим способом информирования общества о Вашей группе и о том, чем она занимается.

Какова цель группы?

Хорошей мыслью является формулировка цели группы на каждом собрании, как напоминание для постоянных членов и для ориентации новых. Это будет напоминать членам группы, почему они здесь и чего они надеются достичь. Примерные формулировки цели выделены в Шаге 6.

Как насчет конфиденциальности?

Часто очень важно сформировать и прояснить вопрос конфиденциальности. Это поможет создать место, где члены группы будут чувствовать себя безопасно и комфортно, делясь чувствами и опытом. В некоторых группах члены подписывают соглашение о конфиденциальности. Это хороший способ показать участникам, как важна для группы конфиденциальность. Это также защищает участников в случае нарушения конфиденциальности, т. е. каждому ясно, что в результате его попросят покинуть группу. Также помните, что уважение и внимание к нуждам и мнениям каждого члена очень важно. Убедитесь, что все участники получают равное, непрерывное время для того, чтобы поделиться своими работами, чувствами, силой и мудростью.

Каким направлениям будет следовать группа?

Установка направлений — это хороший способ помочь группе хорошо работать. Например, установите правила беседы, эфирного времени, ответственности в группе, или как вы хотите взаимодействовать с группой. Ниже следует список примерных направлений, которые вы можете использовать или адаптировать для своей группы.

- Мы слушаем, изучаем варианты и выражаем свои чувства. Мы не предписываем, не ставим диагнозы, не судим, не даем советов, мы предлагаем.
- Мы знаем, что то, чем мы делимся, конфиденциально, и что мы имеем право сохранять анонимность, если хотим.
- Каждый из нас разделяет ответственность за работу группы.
- Каждый из нас имеет возможность на равное эфирное время или право хранить молчание.
- Избегайте прерывать друг друга. Если такое случается, беседу нужно вернуть к человеку, который говорил.
- Мы имеем право принимать или не принимать участие в дискуссии. Важно активно слушать, когда кто-то говорит и избегать посторонних разговоров.

Шаг 8 — Развивайте разделение руководства.

Роль руководителя в группах самопомощи состоит в том, чтобы помочь членам группы узнать, что они хотят делать, а затем помочь им

сделать это. Один человек не может взять на себя ответственность быть лидером во всех сферах.

Лидеры групп самопомощи часто переутомляются и перегружают себя ответственностью в ходе руководства группы. Это часто случается, если один или два человека ответственны за все аспекты работы группы, и, как прямой результат, они отставляют в сторону слишком много своих нужд, чтобы поддерживать других и группу. Другая опасность, когда группа зависит от одного человека, обеспечивающего работу группы, состоит в том, что группы часто прекращают встречи, если один лидер заболевает или решает уйти из группы.

Лучший способ избежать «сгорания» лидера — это развивать разделение руководства. Члены группы самопомощи должны разделять ответственность руководства. Развивайте умения руководства, поощряя и вовлекая каждого в группе с первого дня. Группа может обсудить, как и каким образом, различные члены группы могут содействовать общему делу, какие умения, знания и ресурсы нужны, чтобы сделать работу, какого рода содействие поможет группе, и что группа может сделать, чтобы улучшить их способность к сотрудничеству.

Некоторые люди думают, что лидерами рождаются, а не становятся. Но лидерство — это совокупность изучаемых умений (навыков), которыми могут овладеть все индивидуумы в группе, делая это или обучаясь этому!

Шаг 9 — Поощряйте членов группы к регулярному посещению собраний

Большинство групп самопомощи проходят такие стадии, когда они теряют импульс, т. е. замедляются или прекращаются. Группы могут прийти в упадок, когда снижается участие, растут проблемы, или когда деловые вопросы собраний противоречат элементам поддержки (участия). Люди могут захотеть перемен и разнообразия. Так как группа изменяется или увеличивается, участники могут уходить в различных направлениях, или группа может стать более сложной. Члены группы могут разрабатывать различные планы: перед некоторыми будет поставлено больше задач, другие могут захотеть большего участия и поддержки со стороны группы.

Далее следуют предложения по мотивации членов продолжать посещение собраний или стать более активными в участии в руководстве:

- Попробуйте разделить количество работы. Люди могут желать участвовать, но недостаточно уверены. Просите ее или его нарисовать картину для вашей газеты или постер. Кто-то хороший слушатель?

Просите его или ее быть контактным человеком для группы. Для различных групп могут пригодиться разные стили лидерства.

- Создайте теплую, комфортную, неформальную атмосферу в доступном месте и в доступное время собраний.
- Обеспечьте интересную деятельность и вовлекайте участников в выбор желаемой деятельности.
- Разделяйте идеи и ответственность.
- Пытайтесь вести дела группы вне собраний (например, деньги и т. д.).
- Учредите приветственный комитет для приветствия участников у двери.
- На каждом собрании представляйте новых участников.
- Используйте таблички с именами, если группа не анонимная. Объясните, если анонимность предпочитается.
- Ведите журнал посещаемости со списком участников с контактными адресами и номерами телефонов, если участники согласны.
- Накройте стол для чаепития.
- Поощряйте взаимодействие между участниками на собраниях группы и вне группы. Это может включать в себя планирование общественных событий.
- Оставайтесь на связи с участниками через телефонный комитет, таким образом, они будут осведомлены о ходе деятельности, и будут иметь возможность поговорить с кем-нибудь.
- Шутите, используйте юмор в подходящей ситуации.

Шаг 10 — Разрабатывайте повестку дня.

Если группе удалось определить формат и цель группы, участники могут планировать программы и действия для следующих собраний. Приложение содержит примерные повестки дня ваших первых двух собраний группы самопомощи. Эти повестки дня могут стать направляющими и помочь вашей группе продвигаться вперед. Когда ваша группа будет хорошо функционировать как группа, решите, в какой форме будут проходить ваши будущие собрания и составляйте свои собственные повестки дня.

Повестка для собрания № 1.

Продолжительность собрания: 2 часа.

Цель собрания: определить назначение группы.

Для чего эта группа? Чем она будет заниматься? Кто может присоединиться к группе? Главное направление группы (образование (обучение), поддержка, общение или защита).

Материалы: экран, блокнот или доска, маркеры, бумага, ручки.

Ход собрания:

1. Приветствие и представление. У каждого должна быть возможность представить себя группе и, может быть, обосновать свою причину участия в группе. Это особенно приветствуется при формировании новых групп, или если к группе присоединяются новые члены. Может быть, пройдут несколько собраний, прежде чем некоторые люди почувствуют себя достаточно комфортно, чтобы участвовать и открыто высказываться.

2. Формальное открытие собрания. В определенное время собрание должно быть объявлено открытым председателем или ответственным организатором этого собрания.

3. Определение назначения группы. Для чего эта группа? Что она будет делать? Для кого эта группа?

Пусть каждый в группе выскажет предположение по цели группы. Запишите предложения на экране (доске) и затем обсудите, и, как группа, выясните, какими будут цели. Убедитесь, что они ясны, и запишите их для дальнейших рекомендаций.

4. Выбор названия группы. Название группы обеспечит идентичность и уникальность группы. Попросите каждого предложить название. Запишите все предложения на экране (доске), затем обсудите их и согласитесь с лучшим для вашей группы выбором.

5. Закрытие. Важно показать, что собрание формально закрыто. Закончите собрание вовремя и определите (или напомним участникам) время и место следующей встречи. После собрания можно приступить к чаепитию, чтобы обеспечить неформальную атмосферу для социализации участников.

Повестка дня собрания № 2.

Продолжительность собрания: 2 часа.

Цель собрания: определить форму проведения собраний группы. Какой выбор комбинации времени обсуждения, обучения, деловых встреч, планирования программы, социализации и т. д. больше всего вас устраивает?

Материалы: экран или доска, маркеры, бумага, ручки.

Ход собрания:

1. Приветствие и представление. У каждого должна быть возможность представить себя группе и, может быть, объяснить причину своего присоединения к группе. Это нужно при образовании новых групп, или если к группе присоединяются новые члены. Могут пройти несколь-

ко собраний, прежде чем некоторые люди почувствуют себя достаточно комфортно, чтобы открыто участвовать и делиться.

2. Формальное открытие собрания. В определенное время собрание должно быть объявлено открытым председателем или ответственным организатором собрания в этой группе.

3. Выбор формы проведения собраний. Примерный ход собраний группы самопомощи включает в себя: приветствие новых членов, формальное открытие собрания, представление новых членов, обсуждение, обмен мнениями, деловую часть, обратную связь, формальное закрытие.

Ваша группа может обсудить, какие разделы или их комбинация вас больше всего устраивает.

4. Определение основных принципов группы. Как группа, решите, какие направления вы могли бы использовать, чтобы обеспечить непредвзятость, конфиденциальность и информативность обсуждений. Примерные принципы:

- Мы слушаем, изучаем варианты и выражаем свои чувства. Мы не предписываем, не ставим диагнозы, не судим, не даем советов... мы предлагаем.
- Мы знаем что то, чем мы делимся, конфиденциально, и что мы имеем право сохранять анонимность, если хотим.
- Каждый из нас разделяет ответственность за работу группы.
- Каждый из нас имеет возможность равного эфирного времени или право хранить молчание.
- Мы имеем право задавать вопросы и право отказываться от ответа.
- Мы поощряем, если участники делятся своими силами, умениями, своим пониманием, успехами и надеждами.

5. Закрытие. Важно указать, что собрание формально закрыто. Закончите собрание вовремя и определите (или напомните участникам) время и место следующего собрания. Можно организовать чаепитие после собрания, чтобы обеспечить неформальную атмосферу для социализации членов группы.

Литература

1. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях. Под ред. J. V. Weeghel. Пер. с англ. К.: Сфера. — 2002. — 600 с.

2. Гурович И. Я., Сторожакова Я. А. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество)//Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — Т. 13, № 1. — С. 5–11.

3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психо- социальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД МЕД-ПРАКТИКА-М. — 2004. — 492 с.

4. Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. В помощь семье. Под ред. Проф. В. С. Ястребова. М. — 2005. — 176 с.

5. Десять шагов, чтобы начать группу самопомощи. Методические материалы «Программы действий потребителей психиатрической помощи» (Mental Health Consumers in Action Program). Национальная Сеть Психического Здоровья (Канада, Онтарио) (National Network for Mental Health. www.nnmh.ca) и Объединение Самопомощи провинции Nova Scotia (The Self-Help Connection, NS). Francine Vezina (2002) с исправлениями и дополнениями NNMH (2003). Перевод с английского Воронова Е. А.

6. Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении. Пер. с англ. Под ред. Дж. Рида, Л. Р. Мошера, Р. П. Бентала. — Ставрополь: Возрождение, 2008. — 411 с.

7. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. Под ред. И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельдта. — М.: Медпрактика-М., 2007. — 356 с.

Группы самопомощи

И. А. Зиновьева, специалист по социальной работе

Д. А. Автономов, клинический психолог

Что такое «зависимость»?

Зависимость (аддикция) в самом общем смысле можно определить как состояние непреодолимого влечения к чему-либо или кому-либо, которое полностью или частично не поддается контролю. Исторически *addictus* (аддиктус) — это юридический термин, которым называли человека подчиняющегося, осужденного и приговоренного к рабству. Объектом рабской зависимости чаще всего становятся: алкогольные напитки, психоактивные вещества, пища, секс, азартные игры или поведение другого человека.

Зависимость может полностью захватить, определять и перестроить всю жизнь человека. У зависимого человека настроение, мысли, поведение, чувство психологического и иногда даже физического комфорта зависят от химического вещества, или какого-то специфического действия или внешнего условия. В свою очередь поведение, связанное с аддикцией, разрушительно влияет на членов семьи, близких, друзей, которые могут прямо или опосредованно принимать участие в дезадаптирующих паттернах поведения.

К зависимостям можно причислить химические аддикции (алкоголизм, наркомании и токсикомании), и так называемые нехимические зависимости, например, такие как вовлеченность в азартные игры, переедание, или болезненная фиксация на попытках контроля поведения другого человека (созависимость).

Алкогольная зависимость характеризуется нарушением контроля над приемом спиртного, пристрастием к алкоголю, потреблением алкоголя, несмотря на отрицательные последствия; и искажением мышления, проявляющимся в отрицании или минимизации существования зависимости.

Наркотическая зависимость проявляется в непреодолимой тяге к наркотику и ослаблении контроля за приемом наркотика, несмотря на вредные последствия. Пристрастие характеризуется озабоченностью по поводу приобретения наркотика, непреодолимым желанием его принять, предрасположенностью к рецидиву, потерей контроля и отрицанием существования проблемы.

Созависимость — это чрезмерная озабоченность чем-то или кем-то и чрезвычайная зависимость — эмоциональная, психологическая и со-

циальная, от деятельности или от человека; и болезненная привязанность к отношениям и к проблемам, которые эти отношения вызывают.

Что такое группы самопомощи?

Группы самопомощи — основа лечебной субкультуры для людей с различными видами зависимостей (от алкоголя, наркотиков, азартных игр и др.). Эти группы являются результатом добровольного объединения самих пациентов, страдающих зависимостью, с целью помочь себе и другим преодолеть болезненное влечение и стать на путь выздоровления. Эти группы широко доступны, бесплатны для их участников и ориентированы на активную работу над собой самого человека. Единственное условие участия — это искреннее желание бросить пить (употреблять наркотики, отказаться от участия в азартных играх, контроля над другими людьми и т. д.). Группы самопомощи обеспечивают структуру и поддержку, уменьшают стигматизацию и дают надежду, так как участники на живом примере выздоровления других зависимых видят и убеждаются, что они могут восстановиться и получить помощь.

Какая методика используется в работе групп самопомощи?

Для выздоровления от зависимостей в этих группах используется методика и основные принципы сообщества Анонимных Алкоголиков, действующего более чем в 150 странах мира и объединяющего в настоящее время миллионы людей.

Первое сообщество Анонимных Алкоголиков (АА) появилось в 1935 году и положило начало огромной работе над программой преодоления алкоголизма и, впоследствии, других видов зависимостей. В этой программе под названием «12 шагов» впервые была предпринята попытка осознать зависимость от химических веществ или другие формы патологической зависимости, как болезнь, а выздоровление от зависимости — в более широком смысле — как духовное развитие человека.

При таком подходе к одной цели — выздоровлению — приходят к согласию те, кто считает зависимость просто формой распущенности, безволия, безнравственности, и те, кто осознает био-психо-социальные корни этой болезни, парализующей человека, его жизнь и социальное окружение. Программа предполагает длительное и непрерывное участие человека в реабилитационном процессе. Работая над преодолением своей зависимости в группах самопомощи, клиенты меняют не только стиль своего поведения, но и систему своих взглядов и убеждений.

Каково мировоззрение программы «12 шагов»?

Идеология программы «12 шагов» состоит из нескольких положений

(на примере сообщества Анонимных Алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (АН)):

Алкоголизм\наркомания — хроническая прогрессирующая болезнь с предсказуемыми признаками и предсказуемым результатом.

Алкоголики\наркоманы навсегда потеряли способность контролировать свое потребление алкоголя\наркотиков.

Алкоголизм\наркомания воздействует на тело алкоголика\наркомана, его мышление, психологические особенности, способность адекватно социально функционировать; и истинное восстановление требует восстановления каждой из этих сфер.

Единственная имеющаяся возможность для алкоголика\наркомана нормально жить — это в течение всей жизни воздерживаться от употребления алкоголя\наркотиков.

Даже единственная рюмка спиртного или доза наркотика может вызывать у алкоголика и наркомана тягу и привести его к возобновлению цикла компульсивного потребления.

Чем группы самопомощи могут быть полезны?

Расстройство вследствие злоупотребления алкоголем и зависимость от употребления психоактивных веществ является хроническим и рецидивирующим; цель лечения состоит в сокращении частоты и продолжительности рецидивов, в достижении устойчивой ремиссии (при этом желаемый результат это достижение, по возможности, пожизненной ремиссии), и повышении качества жизни. Первоочередной задачей является помощь в прекращении приема психоактивных веществ и изменении дезадаптивных паттернов поведения.

Группы самопомощи предоставляют участникам структуру и поддержку, дают надежду, снабжают информацией, дают возможность «выговориться» и тем самым пережить катарсис и облегчение. Участие в собрании группы самопомощи обеспечивают ее участникам обмен опытом и получение «обратной связи», уменьшают чувство отверженности; дают возможность разделить и уменьшить свою боль и почувствовать себя полезным другим. Группы самопомощи «12 шагов» доступны, бесплатны, не связаны с какими либо сектами или религиозными организациями, свободны от дискредитации и осуждения, участие в них анонимно и конфиденциально.

Почему группы самопомощи не опасны?

Своеобразие групп самопомощи заключается в том, что в них входят только сами, страдающие от зависимостей люди. Это непрофессиональ-

ное, некоммерческое, находящееся на самообеспечении, независимое от социальных институтов объединение людей, основанное на само — и взаимопомощи. В группах не существует членских или вступительных взносов, метод ничего не стоит для самих зависимых и нуждающихся в помощи.

Вполне уместно спросить: не является ли программа «12 шагов» альтернативой традиционным методам лечения? Не превращаются ли члены групп в этаких «доморощенных наркологов», профанируя тем самым, вольно или невольно, весь лечебный процесс? Подобное мнение, к сожалению, иногда встречается в среде малоинформированных профессионалов.

Мнение, что программа «12 шагов» противопоставляет себя современной медицине, психологии или религии — ошибочно. Она не является основой профессиональной, политической, религиозной или общественной организацией. Именно поэтому она не рекламирует себя в СМИ. В то же время группы самопомощи настроены на сотрудничество со всеми специалистами, работающими в области лечения химической или других видов зависимостей. Программа объединяет на добровольной основе людей, попавших в беду из-за зависимостей и их родственников и друзей, и является одной из технологий выздоровления от зависимостей.

Что происходит на группах самопомощи?

На группах самопомощи зависимый человек может получить поддержку, принятие и узнать, как можно оставаться трезвым и решать накопившиеся проблемы. А главное, он учится трезво смотреть на свои проблемы, приобретает духовный опыт, преображающий его жизнь.

На группах происходит живое общение людей с подобными проблемами, выздоравливающими, готовыми поделиться своим позитивным опытом и надеждами на выздоровление. Слушая истории других людей, «друзей по несчастью», алкоголики, наркоманы, игроки и другие зависимые начинают видеть себя как в зеркале, перенимать полезный для себя опыт, способный помочь им отказываться от пагубного пристрастия. Рассказывая (при желании) на группе свою историю, они освобождаются от одиночества, отчуждения и эмоциональной боли. А отказавшись от болезненного злоупотребления, они приобретают трезвую жизнь и новые навыки общения.

Эти навыки помогают человеку прекратить бессмысленную и изнуряющую борьбу с зависимостью или плыть по течению из-за бессилия, справиться с ней и переключить свою энергию на выполнение задач

выздоровления. Убедившись в несостоятельности собственных усилий, зависимый человек начинает искать точку опоры не внутри, а вне себя. Отсюда роль группы самопомощи, которая для многих и является социально-психологической опорой, помогающей справиться с трудностями трезвой жизни. При работе на группах используется методическая литература программы «12 шагов».

Какие существуют группы самопомощи?

В нашей стране первые группы самопомощи появились в конце 80-х годов, это были группы «Анонимных Алкоголиков». Чуть позже появились «Анонимные Наркоманы». Сейчас в Москве группы самопомощи существуют для выздоровления от различных видов нежелательных зависимостей: «Анонимные Игроки», «Анонимные Курильщики», «ВИЧ+», «Анонимные Эмоционалы», «Анонимные Передающие», «Анонимные Сексоголики», «Анонимные Депрессивные», «Анонимные Созависимые» и др.

Любая зависимость разрушает и делает невыносимой жизнь, как самому человеку, так и его близким. Поэтому были созданы также группы для близких, родных и друзей зависимых. Сегодня в Москве доступны: «Ал-Анон» и «Взрослые дети алкоголиков» (для родственников алкоголиков), «Алатин» (для детей алкоголиков), «Нар-Анон» (для родственников наркоманов), «И-Анон» (для родственников азартных игроков), группы для родственников людей, живущих с ВИЧ — положительным статусом.

Анонимные алкоголики (АА)

Анонимные Алкоголики представляют собой международную организацию, которая более 70 лет оказывает взаимную помощь людям с алкогольной зависимостью. АА — сообщество, объединяющее мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силами и надеждами с целью помочь себе и другим избавиться от алкоголизма. Для достижения этой цели члены сообщества Анонимные Алкоголики используют программу «12 шагов». Единственное условие для участия в программе АА — это желание бросить пить. Цель сообщества помочь в достижении здорового и трезвого образа жизни. Новичку участнику программы, в частности важно, осознать, что алкоголизм является хронической, прогрессирующей и рецидивирующей болезнью, требующей полной абстиненции (полного воздержания от употребления алкогольных напитков). Клиенты должны признать собственный алкоголизм, а также тот факт, что они своим зависимым поведением причиняют вред

самим себе и другим людям. Новым участникам рекомендуется посетить «90 собраний за 90 дней». Участники могут рассчитывать на помощь наставника («спонсора»), который является членом АА и имеет срок трезвости минимум один год.

www.aarus.ru

Анонимные Наркоманы (АН)

Анонимные Наркоманы (АН) — непрофессиональное сообщество мужчин и женщин, которые хотят выздоравливать от зависимости от наркотиков. Анонимные наркоманы представляют собой группы поддержки и само/взаимопомощи. Это группа выздоравливающих наркоманов, которые регулярно собираются для того, чтобы помочь друг другу оставаться чистыми (трезвыми). Единственное условие для участия в программе АН — это желание прекратить употреблять наркотики. Базовыми принципами деятельности АН являются: анонимность его членов, полная самостоятельность и независимость групп от государственных и общественных структур. Основные её цели — поддержание трезвости членов групп, их личностный рост, донесение идей сообщества до других проблемных лиц. Механизм их достижения — личный пример, последовательное освоение программы «12 шагов», взаимоподдержка, активная помощь новичкам. Каждый член сообщества Анонимных Наркоманов может использовать его ресурсы: группы, экстренная связь в любое время с другими членами сообщества в трудных жизненных ситуациях и в момент обострения тяги к наркотику — т. н. «телефонное право», помощь наставника («спонсора») члена АН, имеющего опыт выздоровления. Сегодня АН — самое распространенное в мире движение взаимопомощи для лиц, злоупотребляющих наркотиками.

www.na-msk.ru, www.rko-na.ru

Анонимные Игроки (АИ)

Анонимные Игроки (АИ) — это сообщество мужчин и женщин, которые делятся своим опытом, силами и надеждами друг с другом для того, чтобы решать общую проблему зависимости от азартных игр и помочь выздоравливать другим азартным игрокам. Сообщество Анонимные Игроки предназначено для тех людей, для которых их страсть к азартным играм стала болезнью, которая толкает человека на преступление, к суицидальным попыткам, лишает дома, семьи, самой жизни. Единственным условием для членства является желание прекратить играть в азартные игры. Анонимные азартные игроки — это группа само- и взаимопомощи. В основу программы АИ положены принципы «12-шаговой» про-

граммы сообщества «Анонимных Алкоголиков». Она была основана в 1957 году в Калифорнии и в настоящее время является одной из самых популярных и широкодоступных моделей лечения патологической склонности к азартным играм. В России первые группы самопомощи возникли в 2002 году. Группа Анонимных азартных игроков использует медицинскую модель патологической склонности к азартным играм и считает целью лечения полное воздержание от азартных игр. Программа выздоровления «12 шагов» служит краеугольным камнем этого лечения и помогает азартным игрокам продвигаться от первого шага до двенадцатого, регулярно посещая групповые занятия и активно участвуя в них.

www.gamblersanonymous.ru

Ал-Анон

Ал-Анон — это анонимное содружество, объединяющее родственников и друзей алкоголиков; участвуя в собраниях групп Ал-Анон, они делятся своим опытом, силой и надеждой для решения общих проблем. Помощь в Ал-Аноне могут найти взрослые дети алкоголиков, родители, партнеры, супруги, сослуживцы алкоголиков и т. д. Встречи проходят в условиях анонимности. Единственное условие для членства в Ал-Аноне — наличие проблемы пьянства у кого-либо из окружающих. Члены сообщества Ал-Анон встречаются, чтобы поддержать и утешить друг друга, научиться жить, несмотря на проблемы, чтобы подняться духовно, изучая программу «12 шагов» сообщества «Анонимные Алкоголики». Хотя программа Ал-Анон основана на Двенадцати Шагах и Двенадцати Традициях, заимствованных у Анонимных Алкоголиков (АА), Ал-Анон существует отдельно от АА; это непрофессиональная, самостоятельная, неполитическая, духовная программа, которая подходит как для верующих, так и для атеистов. Сообщество Ал-Анон помогает повысить качество жизни и обрести спокойствие вне зависимости от того, пьет алкоголик или нет.

www.al-anon.ucoz.ru, www.alanon.su

Алатин

Алатин — это часть содручества Ал-Анон. Алатин предназначен для подростков, у которых есть пьющие родители, родственники или друзья. Алатин так же, как Ал-Анон, придерживается Двенадцати Шагов и Двенадцати Традиций. Члены группы Алатин самостоятельно проводят свои собрания под руководством наставника из Ал-Анона. Подростки, члены сообщества Алатин, помогают друг другу, делясь опытом, силой

и надеждой, применяя в своей жизни принципы программы «12 шагов», растут интеллектуально, эмоционально и духовно.

www.al-anon.ucoz.ru

Взрослые дети алкоголиков (ВДА)

Взрослые дети алкоголиков (ВДА) — это сообщество мужчин и женщин, которые выросли в окружении проблемы зависимости или другой дисфункции. Зачастую дети алкоголиков вырастают в атмосфере тайного, запретного, постыдного, что приводит к их быстрому взрослению, лишая нормального детства. Трудности, начавшиеся в детстве, способны проявляться и во взрослом возрасте, поэтому без помощи даже выросший ребенок алкоголика, скорее всего, обречен либо на повтор родительского сценария, либо на эмоционально опустошенную и нестабильную жизнь. Взрослые дети алкоголиков — непрофессиональное сообщество, единственным условием для членства в ВДА является желание выздоравливать от последствий воспитания в алкогольной или любой другой дисфункциональной семье. Основные цели ВДА — оказание само- и взаимопомощи, исследование своей ранней детской жизни, проработка травматического опыта, личностный рост, донесение идей сообщества до других людей, воспитанных в дисфункциональных семьях. Члены групп ВДА используют принципы программы «12 шагов», принятой от сообщества Анонимных Алкоголиков.

Группа по Программе «ВДА» в Интернете «Детки-в-Сетке»:

www.detki-v-setke.ru

Нар-Анон

Нар-Анон — это анонимное содружество, объединяющее родственников и друзей наркозависимых; участвуя в собраниях групп Нар-Анон, они делятся своим опытом, силой и надеждой для решения общих проблем. Встречи проходят в условиях анонимности. Единственное условие для членства в Нар-Анон — наличие проблемы наркомании среди родственников или друзей, которым необходима поддержка единомышленников, знакомых с проблемой наркомании. Члены сообщества Нар-Анон уважают анонимность и конфиденциальность всех участников группы. Нар-Анон работает по принципам программы «12 шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков. Члены сообщества Нар-Анон признают что наркомания — это семейная болезнь, которая поражает в той, или иной степени все близкое окружение наркомана. Зачастую, родственники и близкие наркомана, невольно, сами того не подозревая способствуют развитию его химической зависимости. Для того чтобы близким нарко-

мана освободиться от негативных стереотипов поведения, и оздоровить семейную обстановку, необходимы достоверные знания о наркомании, особенностях личности наркомана, о том, как правильно вести себя с ним в различных ситуациях. Это знание можно получить, посещая группы Нар-Анон. На собрании Нар-Анон можно получить доступ к положительному опыту тех, кому уже удалось очистить свою семью от наркомании. Таким образом, Нар-Анон — это непрофессиональная, самостоятельная, духовная программа, которая помогает повысить качество жизни человека, живущего рядом с наркозависимым.

<http://mosnaranon.narod.ru/>, www.alanon.ru

И-Анон

Группы самопомощи И-Анон предназначены для родственников азартных игроков. Единственное условие для членства в И-Аноне — наличие проблемы игровой зависимости у кого-либо из родственников, друзей или знакомых. Члены сообщества И-Анон признают, что игровая зависимость это серьезное заболевание, в которое включен не только сам игрок, но и вся его семья. На встречах групп И-Анон можно узнать, как помочь игроку и как помочь самому себе, как не впасть в отчаяние, как улучшить свое состояние или ситуацию. Группы И-Анон не связаны с религиозными сектами, какими-либо конфессиями, или с политической группировкой, участие в них анонимно и бесплатно. Группы И-Анон используют в работе принципы программы «12 шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков.

Анонимные Эмоционалы (АЭ)

Анонимные Эмоционалы — непрофессиональное сообщество мужчин и женщин, которые имеют зависимость от своих чувств. АЭ — это некоммерческая организация, существующая на добровольные пожертвования своих членов. При работе в группах самопомощи используются принципы программы «12 шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков в применении к людям с эмоциональными проблемами. Основные цели АЭ — оказание само- и взаимопомощи, личностный рост и донесение идей сообщества до других людей с эмоциональными проблемами. Члены группы Анонимные Эмоционалы учатся жить сегодняшним днем и брать на себя ответственность за своё эмоциональное здоровье и благополучие.

Анонимные Передающие (АП)

Анонимные Передающие — это анонимное, непрофессиональное сообщество мужчин и женщин, страдающих пищевыми расстройствами. Анонимные Передающие — это содружество людей, которые, делясь

друг с другом своим опытом, силой, своими чувствами и надеждами, выздоравливают от неуправляемого переедания. Цель АП — изменить отношение к еде и помочь другим людям избавиться от импульсивного обжорства, анорексии, булимии, пристрастия к еде и ожирения. Единственным условием членства в содружестве является желание прекратить неуправляемо употреблять пищу и изменить безрассудное отношение к еде. Члены сообщества АП считают неуправляемое переедание прогрессирующим заболеванием, которое нельзя вылечить, но можно приостановить. Анонимные Переедающие — это не клуб «диет и калорий», члены сообщества не предписывают какого-либо особенного плана еды или диеты. Члены сообщества АП не платят взносов и существуют на добровольные пожертвования. Члены групп АП используют принципы программы «12 шагов», принятой от сообщества Анонимных Алкоголиков.

www.overeaters.ru

Анонимные Курильщики (АК)

Анонимные Курильщики — это анонимное содружество, объединяющее лиц, страдающих никотиновой зависимостью. Единственным условием членства в содружестве Анонимные Курильщики является — желание прекратить курить. Основные цели АК — оказание само- и взаимопомощи в отказе от курения и поддержание жизни без табака. Члены групп АК используют принципы программы «12 шагов», принятой от сообщества Анонимных Алкоголиков. Виртуальная группа Анонимных курильщиков работает по электронной переписке.

Литература для работы группы АК на сайте www.12lib.ru

Анонимные Сексоголики (АС)

Анонимные Сексоголики — это анонимное, непрофессиональное сообщество мужчин и женщин, которые хотят остановить свое саморазрушающее сексуальное мышление и поведение. Единственным условием членства в содружестве Анонимных Сексоголиков является — желание изменить свое саморазрушающее сексуальное поведение. Основа программы Анонимных Сексоголиков состоит в принципах программы «12 шагов», принятой от Анонимных Алкоголиков. Первые программы АС появилась на свет в 1979–1981 годах. Члены групп Анонимные Сексоголики делятся своим опытом, силой и надеждой, чтобы решить свою общую проблему и помочь другим обрести здоровый, трезвый образ жизни. АС сами себя содержат на добровольные пожертвования своих членов. Анонимные Сексоголики не связаны с какой-либо сектой,

вероисповеданием, политической организацией, не желают принимать участие в каких бы то ни было спорах, не поддерживают и не выступают против чьих бы то ни было интересов. Основная цель Анонимных Сексоголиков — это остаться сексуально трезвыми и помочь другим сексоголикам достигнуть сексуальной трезвости.

*Группа по Программе АС в Интернете: www.way-to-freedom.narod.ru
www.s-anonimus.narod.ru*

Анонимные Депрессивные (АД)

Анонимные Депрессивные — это анонимное, непрофессиональное сообщество для лиц, имеющих проблему с депрессией. Цель АД — помочь справиться с депрессией, обрести навыки общения и взаимопомощи. Члены сообщества Анонимные Депрессивные помогают друг другу выйти из тюрьмы депрессии и научиться радоваться новизне жизни и общению. Члены групп АД совместно справляются со своими негативными чувствами и учатся нести ответственность за свою жизнь. Сообщество АД основано в 1985 году на принципах и традициях программы «12 шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков. Программа «12 шагов» АД сконцентрирована вокруг предмета депрессии, и помогает выбраться из изоляции, болезненного ощущения беспомощности и одиночества. На группах АД есть один важный принцип — не обсуждать лекарства, религию и способы терапии. Анонимные Депрессивные — это не группа для дискуссий о медицине. Участие в группах АД не заменяет индивидуальных встреч с врачом.

www.depressed.nm.ru

Анонимные созависимые (CoDA)

Анонимные Созависимые (CoDA) — это непрофессиональное сообщество мужчин и женщин, чьей общей целью является построение здоровых отношений с другими людьми и с самими собой. Единственным условием для членства в CoDA является — желание иметь здоровые и полноценные отношения с другими людьми. Члены группы CoDA делятся друг с другом переживаниями, опытом, силами и надеждами, желая обрести свободу там, где была зависимость, и мир там, где был беспорядок в отношениях с другими людьми и с самими собой. Созависимость рассматривается, как корень всех болезненных пристрастий, однако сообщество CoDA не позиционирует себя как единственную программу выздоровления от всех болезненных пристрастий, не располагает специфической информацией и не берется помогать выздоравливать от других видов болезненных пристрастий и компульсивных

форм поведения. Основа программы Анонимных Созависимых состоит в принципах и методах программы «12 шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков.

www.ansozavisim.narod.ru

ВИЧ + (HIV +)

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека. Узнав о диагнозе «ВИЧ-инфекция», человек сталкивается с кризисом в своей жизни, что часто влечет за собой состояние угнетения, неустойчивости, утраты, горя. Во время поиска ответа на свой главный вопрос — как жить с ВИЧ — люди сталкиваются с множеством практических повседневных проблем: как сказать партнеру, говорить ли близким, стоит ли идти к врачу и принимать те или иные лекарства. Для многих диагноз «ВИЧ-инфекция» — это повод задуматься о том, чего они достигли в жизни и к чему стремятся. На эти вопросы нет готовых ответов, и люди объединяются в группы, чтобы сообща искать эти ответы, поддерживать друг друга, делиться своим личным опытом, своей радостью или горем. Главные условия участия на группе — наличие положительного теста на ВИЧ, желание помочь себе, узнать больше о болезни и научиться жить в мире с самим собой.

Об адресах групп самопомощи можно узнать по информационно-консультативному телефону Российского благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН): 8 (499) 126-04-51.

Отпечатано в типографии «П-Центр»
Москва, ул. Академика Королева, 13
Заказ № 9. Тираж 500 экз.
Распространяется бесплатно.