ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ИНСТИТУТ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ
(НЗ Нации)

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

НАРКОЛОГИЯ

Критерии эффективности

Под общей редакцией О.В. Зыкова

Москва, 2013

Авторы: Д.А. Автономов, А.Г. Савицкий, С.С. Сошников

Данное издание явилось результатом проекта «Правовая наркология. Критерии эффективности», реализованного за средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 3 мая 2012 года № 216-рп.

Серия «Правовая наркология». Под общей редакцией О.В.Зыкова.
Выпуск 6. Наркология. Критерии эффективности. − М: РБФ НАН, 2013. − 236с

ISBN 978-5-901129-60-9

© Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)
© Институт наркологического здоровья нации ОП РФ

Содержание

Предисловие 5

Глава 1.
Критерии эффективности наркологической помощи 13

Область применения 16

Предисловие 16

Общие положения и основные понятия 18

Показатели развития наркологической службы 25

Классификация МКБ-10
для наркологических расстройств 28

Нормативно правовые документы 29

Государственное регулирование игорного бизнеса,
алкогольного и табачного рынка 32

Права пациентов, ищущих
профессиональной помощи и реабилитации 35

Научный подход в наркологической помощи 39

Профилактика наркологических заболеваний 42

Контроль и динамическая оценка эффективности
наркологической помощи 44

Задачи наркологической службы 47

Формирование культуры здорового образа жизни 48

Раннее выявление лиц, входящих в группы риска (скрининг) 51

Предупреждение формирования зависимости
у лиц групп риска 52

Уменьшение вреда от ПАВ 53

Семейное консультирование 56

Раннее вмешательство 57

Первичное мотивационное консультирование 58

Неотложная наркологическая помощь 60

Предотвращение срывов и рецидивов 65

Медико-социальная реабилитация 71

Обобщенные критерии эффективности наркологической помощи . . 80

Система мониторинга и оценки преодоления
последствий злоупотребления ПАВ 88

Глава 2.
Наркология сегодня: между Минздравом, ФСКН и Гражданским обществом 91

Введение 92

Минздрав 92

ФСКН. 111

Гражданское общество 142

Приложение 1.
Экспертное заключение на проект государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков». 159

Приложение 2.
Медиация как основа первичной профилактики 178

Приложение 3.
Психологическое тестирование на основе метода «Оценка Рисков и Возможностей» (ОРВ) 194

Приложение 4.
Стандарты реабилитации в наркологии 199

Приложение 5.
Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя» 223

Предисловие

Является банальной очевидностью, что талантливо написанные антиутопии, такие как «Котлован» Андрея Платонова, «1984» Джорджа Оруэла, «Москва 2042» Владимира Войновича и тому подобные, описывают наши реалии, просто делают это в форме гротеска, иногда переходящего в фарс. Таким фарсом являются большинство романов родоначальника психоделической фантастики Филиппа Дика. Этот талантливый американский писатель в своем творчестве уделяет много внимания проблемам взаимодействия наркотиков с человеком и с человечеством, философской стороне этого взаимодействия. Меня совсем не удивило, когда в своем развернутом интервью, рассуждая о главном враге человечества — тоталитаризме, он отнес к проявлениям тоталитарного мышления деятельность реабилитационных центров для наркоманов. Таковы были реалии Америки 1950–60-х годов — периода максимальной творческой активности Филиппа Дика. Сегодня эти реалии стали проявляться в нашем обществе, они предъявляются ФСКН как инновационно-позитивное содержание модернизации наркологии. Вместо реализации усилий по формированию мотивационной системы, помогающей мобилизовать резильентность человека, оказавшегося в силу различных обстоятельств зависимым от психо-активных веществ, предлагается создать систему реабилитационных наркокоек, где, без учета готовности и способности этого человека воспринимать некие социально-психологические нормы, эти нормы будут в него вбиваться под угрозой уголовной ответственности, и все это будет делаться за большие деньги, собранные у российских налогоплательщиков. Абсолютно порочная и воистину утопическая идея.

Я всегда был уверен, что создание эффективных и позитивно действующих реабилитационных центров, это конечный и, в сильной степени, побочный продукт развития лечебной субкультуры, субкультуры максимально интегри-

рованной в нормативный социально-психологический контекст существования общества. В настоящее время мы видим зачатки такой субкультуры, но именно тоталитарное мышление, доминирующее в нашем обществе не позволяет ему эффективно развиваться.

В основе неэффективной наркологии лежат попытки ее политизации и идеологизации, в том числе со стороны ведомств. Вместо использования механизмов доказательной медицины, нормативного закрепления критериев эффективности наркологической помощи, направленной на формирование мотивационной наркологии, мы видим административную несостоятельность, граничащую с откровенным невежеством одного ведомства и деструктивно-репрессивную суету другого ведомства. Может быть единственно позитивным, что произошло за последнее время, это декларация понимания со стороны государственных чиновников, что исповедуя политику, основанную исключительно на запрете тех или иных химических веществ и наращивании репрессий в отношении потребителей эти веществ, не формируя политику снижения спроса на них, мы не получим системные результаты. Но, к сожалению, пока это только декларации. Реальная наркополитика не претерпела существенных изменений и наркология является заложницей этой политики. Да собственно никакой наркологии как направления медицинской деятельности, у нас нет. Медицина под видом наркологии занимается или токсикологией или соматологией. А все остальное в значительной степени является откровенным шарлатанством, которое никак не пресекается, а зачастую поощряется государством.

Наше общество далеко не уникально в своей наркологической эволюции. В мировой наркологической практике мы видим многочисленные примеры подобных явлений, и эволюционные тенденции имеют сопоставимые симптомы. Можно выделить три условных этапа этой эволюции. Первый этап — репрессивная наркология, второй этап — реабилитационная наркология, третий этап — мотивационная нар-

кология, которая прежде всего предполагает анонимность, доступность и бесплатность наркологической помощи. Наверное мы не готовы и не способны прыгнуть из первого этапа, на котором мы в настоящий момент находимся, сразу в третий этап развития наркологии, но обязаны хотя бы осознавать, куда мы должны двигаться. Понятно, что первый и третий этапы являются историческими антитезами. Если сутью первого этапа является наращивание антинаркотической истерии в обществе и, как результат — увеличение различных проявлений насилия, что неизбежно приводит к росту употребления наркотиков, то на третьем этапе основой наркополитики становится развитие системных технологий, направленных на снижение уровня насилия в обществе и, как результат — снижение наркотизации. Говоря о насилии, я подразумеваю суммарное насилие — социальное, политическое, бытовое и др. Как раз уровень такого суммарного насилия определяет уровень наркотизации в любом, в том числе и нашем обществе.

Под системными технологиями я прежде всего имею ввиду технологии направленные на уменьшение тюремного населения. Наверное не требует пояснений, что основным и объективным показателем уровня насилия является динамика тюремного населения. То есть основной задачей наркополитики должно быть сокращение тюремного населения, что, в свою очередь, обеспечит максимальное ограничение ареала криминального мышления, которое является основным продуцирующим фактором проявления наиболее драматических форм насилия. Безусловно, речь не идет о механическом однократном уменьшении тюремного населения. Мы все были свидетелями трагических событий, когда значительная масса наркоманов одномоментно покинула пенитенциарную систему и значительная часть из них тут же погибла от передозировки наркотиками. Это не значит, что их не надо было освобождать. Чем больше наркоман просидит в механической изоляции от наркотиков, тем больше у него шансов погибнуть от них при выходе из тюрьмы. Но это зна-

чит, что надо было сделать все возможное, чтобы наркоман не попадал в тюрьму. В этом случае я имею ввиду не столько декриминализацию различных поведенческих проявлений, связанных с употреблением наркотиков, сколько системные технологии профилактической направленности. В отношении несовершеннолетних это, прежде всего, развитие ювенальных технологий, включающих специализацию суда и судебных процедур, специализацию судебного решения, включая широкое использование судебных определений и постановлений, которые во всем мире и уже у нас доказали свою высокую эффективность. А в отношении всего населения — это создание службы пробации, которая должна охватить в том числе наркопотребителей, находящихся в конфликте с законом. Безусловно, в этом ряду надо обсуждать создание наркосудов и самое широкое внедрение и развитие технологий «лечение вместо наказания».

Мною изложенные принципы построения наркополитики не являются оригинальными идеями. Самое системное с моей точки зрения изложение этих принципов мы можем найти в классическом труде выдающегося норвежского криминолога Нильса Кристи «Удобный враг». Внимательный наблюдатель может увидеть признаки заявленной эволюционной схемы в судьбе наркологической службы разных стран. Например, мы видим, как Польша «застряла» на этапе реабилитационной наркологии, и «дитя» — Монар, «стало пожирать своего родителя» — идею создания эффективной, обращенной к человеку, системы наркологической службы. Крайне любопытна эволюция наркологии в Японии, где принцип снижения насилия в обществе стал превалирующим, что дало поразительные результаты — самое маленькое тюремное население среди развитых стран, мощнейшая система пробации и ювенальной юстиции, и в итоге — минимальный уровень употребления психо-активных веществ, при том, что само по себе японское общество изобилует специфическими противоречиями, стрессами и неизбежными конфликтами. Интересно сравнить США и Канаду, страны

во многом имеющие единую историю, но абсолютно различную современную наркополитику. Если США с каким-то зубовным скрипом пытается выйти из репрессивного периода и результат их усилий совсем не впечатляет — они остаются мировым лидером по тюремному населению, в том числе детскому, то Канада давно уже перешла к формированию мотивационной наркологии и добилась в ней очевидных и внушительных успехов. В Европе таким позитивным лидером является Франция. Достаточно прочитать фундаментальную монографию «Государство и наркомания» Анри Бержерона, которую к сожалению, не смотря на полученное согласие автора, нам так и не удалось издать на русском языке, чтобы понять насколько глубоко и системно отнеслись французы к критическому осмыслению своей наркополитики. Они сделали то очевидное, что нам даже в голову не приходило, хотя мы были обязаны это сделать в первую очередь — проанализировать прошлые тематические федеральные целевые программы и попытаться понять причины их полного провала. Есть известное определение глупости — «неумение делать вывод из собственных ошибок». Мы все время демонстрируем такую глупость на государственном уровне, когда пытаемся рассуждать о проблеме наркотиков и наркополитики. Сейчас Минздрав это предъявил в своих новых нормативных изысках, отказавшись от всемирно признанного принципа трех уровней профилактической деятельности.

В своей серии изданий «Правовая наркология» мы пытались указать на наиболее очевидные ошибки наркополитики. В первичной профилактике недопустимо ходить по школам и рассказывать о вреде наркотиков, это прямая пропаганда их употребления! Надо развивать принципы медиации в образовательной среде, этому посвящен первый выпуск серии. Во втором выпуске мы пытались подчеркнуть, что выявление групп риска в рамках вторичной профилактики не должно сводиться к сбору биологических жидкостей, а должно основываться на психологическом тестировании, направленном на выявление и самое главное решение проблем конкретной

личности. Что касается третичной профилактики — не является наркологией все, что не помогает зависимому человеку найти новые жизненные приоритеты, обрести новые смыслы и изменить свою судьбу. Об этом написан третий выпуск серии «Правовая наркология».

Я не хочу преувеличивать значение наших усилий в формировании и нормативном утверждении национального стандарта «Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя». Но для нас очевидно, что именно этот документ должен стать приоритетной основой формирования и развития принципов третичной профилактики в современной российской наркологии, помочь отделить «зерна от плевел» в реабилитационной сумятице, рожденной в результате государственной несостоятельности, проявившейся в процессе формирования наркополитики. Насколько же мы были поражены, что этот, без преувеличения исторический для современной российской наркологии документ, оказался абсолютно не востребован ведомственным мышлением. Минздрав практически проигнорировал этот документ в своем судорожном нормотворчестве, а ФСКН его вообще не заметил и продолжает настоятельно декларировать необходимость сформировать какие-то свои, судя по всему «уникальные» стандарты реабилитации. Можно было бы согласиться с этой позицией ФСКН, но мы видим, что раз за разом это ведомство под видом создания национальной системы реабилитации предлагает законодательные инициативы, гальванизирующие строительство здания «карательной наркологии».

Возвращаясь к теме эволюционной систематики построения наркополитики, можно снова указать на существование трех моделей наркологической службы:

Репрессивная модель, суть которой «Борьба» с большой буквы, борьба с химической природой, которая вокруг нас и борьба с проблемами, которые внутри нас. Эта борьба имеет сутью один рецепт — физическую изоляцию как природы от нас, так и нас от самих себя и себе подобных.

Реабилитационная модель, цель которой — создание неких резерваций, где из «плохих людей» будут делать «хороших людей», и почти неважно, кто это будет делать и как. Любая реабилитация эффективна в той степени, в какой в процессе реабилитации моделируются реальные жизненные трудности и способы преодоления их. Факт изоляции пациента от негативной субкультуры сам по себе мало эффективен. Эффективно помещение пациента в среду, насыщенную доступной для его понимания информацией о том, как ему справиться со своими эмоциями и как планировать свою жизнь, и это уже будет проявлением мотивационной модели построения наркологической службы.

Мотивационная модель — модель, направленная на выявление и мобилизацию позитивных ресурсов проблемной личности, создание лечебной субкультуры, где человек может найти новые социально-психологические приоритеты в своей жизни, обрести относительный душевный комфорт или хотя бы приблизиться к примирению с самим собой. Собственное выздоровление в этом случае неизбежно будет напрямую сопрягаться с выздоровлением мира, окружающего этого человека.

Скромная задача предлагаемой монографии — вычленить первые признаки этого выздоровления, которые можно определить как признаки или критерии эффективности тех усилий, которые направлены на создание этого мира выздоровления.

Директор Института
наркологического здоровья нации
Общественной палаты РФ
Олег Зыков

Глава 1.
Критерии эффективности наркологической помощи

Принятые в тексте сокращения

AUDIT — *Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя*
CAGE — *Скриниг-тест на диагностику алкогольной и/или наркотической зависимости*
MAST — *Тест на алкоголизм Университета штата Мичиган*
АА — *Всемирное сообщество, объединяющее людей, выздоравливающих от алкоголизма при помощи программы 12-ти шагов*
АИ — *Всемирное сообщество, объединяющее людей выздоравливающих от игровой зависимости, при помощи программы 12-ти шагов*
Ал-Анон — *Группы взаимопомощи родных и близких, людей страдающих алкоголизмом*
АРВТ — *Анти-ретровирусная терапия*
АН — *Всемирное сообщество, объединяющее людей, выздоравливающих от химической зависимости, при помощи программы 12-ти шагов*
ВИЧ — *Вирус иммунодефицита человека*
ВИЧ+ — *Носитель вируса иммунодефицита человека (ВИЧ — положительный)*
ВОЗ — *Всемирная организация здравоохранения*
ДТП — *Дорожно-транспортное происшествие*
ИППП — *Инфекции, передающиеся половым путем*
И-Анон — *Группы взаимопомощи родных и близких, людей страдающих зависимостью от азартных игр*
МКБ –10 — *Международная классификация болезней 10-го пересмотра*
НД — *Наркологический диспансер*
ПАВ — *Психоактивное вещество*
ПИН — *Потребитель инъекционных наркотиков*
ПТСР — *Посттравматическое стрессовое расстройство*
РКИ — *Рандомизированное клиническое исследование*
РЦ — *Реабилитационный центр*
СДВГ — *Синдром дефицита внимания с гиперактивностью*

Нар-Анон — *Группы взаимопомощи родных и близких, людей страдающих зависимостью от ПАВ*
ФСИН — *Федеральная служба исполнения наказаний*
ФСКН — *Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков*

Область применения

Критерии эффективности выработаны в целях обеспечения благополучия населения Российской Федерации, профилактики развития у населения наркологических заболеваний, снижения рисков и обеспечения доступа граждан к квалифицированной медицинской, психологической и социальной помощи. Настоящее руководство ограничено действующим законодательством Российской Федерации и предназначено для использования организациями государственной и негосударственной медицинской службы в период реформирования наркологии Российской Федерации, а так же в их дальнейшей деятельности.

Цель и задачи руководства

Целью данного руководства является определение критериев эффективности наркологической помощи и критериев эффективности наркологической службы в Российской Федерации.

Задачи, поставленные для достижения цели:

1. Определение дефиниций, терминологии и нормативно-правовой базы наркологической помощи.
2. Оценка показателей развития и потребностей государственной и негосударственной наркологической службы.
3. Разработка основ для научно-обоснованного менеджмента в системе наркологической помощи.

Предисловие

Согласно Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, в качестве одной из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации является массовое распространение наркомании и алкоголизма, повышение доступности психоактивных и психотропных веществ. Высокий уровень алкоголизации и наркотизации ведет к существенным потерям трудоспособной части населения вследствие медицинских

причин (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, токсическое поражение печени и т. п.), а также смертности от внешних причин (убийства, самоубийства, несчастные случаи, отравления, дорожно-транспортные происшествия). Высокий уровень распространенности табако-курения является одной из главных причин крайне высокого уровня заболеваемости и смертности от онкологических, сердечно-сосудистых и бронхо-обструктивных заболеваний. Патологическая склонность к азартным играм пагубно влияет не только на психологическое и межличностное функционирование зависимых от игры, но на их семьи и приводит к долговым проблемам и финансовому неблагополучию.

Предыдущие попытки модернизации наркологической службы, носившие научно не обоснованный и декларативный характер, потерпели неудачу. При министрах здравоохранения России М. Ю. Зурабове и Т. А. Голиковой в течение последних 10 лет в стране не только не было создано ни одного государственного реабилитационного центра, но начался демонтаж всей наркологической службы. В настоящее время кризис государственной наркологической службы продолжается, о чем неоднократно заявляли организаторы здравоохранения. Учитывая, что современное состояние системы наркологической службы продолжает оставаться неудовлетворительным и нуждается в модернизации, Президент Российской Федерации В. В. Путин подписал 7 мая 2012 года указ N 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», который был принят: «В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни…». Согласно указу, предписано:

а) обеспечить дальнейшую работу, направленную на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании.

д) завершить до 1 января 2016 г. модернизацию наркологической службы Российской Федерации.

Давно назревшая необходимость модернизации наркологической службы и развития мотивационно-реабилитационного компонента лечения с переходом Российской наркологии на принципы научно-обоснованного управления, должна сопровождаться совершенствованием профилактики, просвещения, повышения качества и доступности медицинских услуг, приведение стандартов оказания наркологической помощи и реабилитации в соответствии с принципами доказательной медицины. Определяя критерии эффективности системы наркологической помощи, необходимо опираться удовлетворенность ее получателей, уважение к личности пациента, уважения достоинства, соблюдения прав человека, снижения рисков, повышение качества жизни и обеспечения доступа граждан к квалифицированной медицинской, психологической и социальной помощи.

Общие положения и основные понятия

Абилитация — система лечебно-обучающих мероприятий, направленных на повышение или замену адаптационных способностей личности, с деструктивных на более успешные и социально приемлемые, в одной, или нескольких сферах жизнедеятельности.

Азартная игра — основанное на риске соглашение о выигрыше, заключенное двумя или несколькими участниками такого соглашения между собой либо с организатором азартной игры по правилам, установленным организатором азартной игры. Азартная игра предполагает наличие ставки на то, что произойдет событие, результат которого неизвестен заранее. В результате азартной игры происходит перераспределение материальных благ между ее участниками или организатором.

Био-психо-социальный подход — это концептуальная модель, подразумевающая существование сложной многофакторной природы заболевания и утверждающая, что био-

логические, психологические и социальные и факторы играют значительную роль в функционировании человека. При реализации этого подхода внимание фокусируется не на болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами.

Вред связанный с употреблением алкоголем — не ограничиваются случаями фактического нанесения вреда, но включают и потенциальный риск нанесения вреда. Потенциальный риск нанесения вреда связан со специфическими объемами и/или способами употребления алкоголя.

«Индекс Тяжести Зависимости» — структурированная методика многофакторной оценки степени тяжести наркологического заболевания и результатов его лечения.

Критерии эффективности наркологической помощи — совокупность показателей, отражающих степень развития наркологической службы, качество и своевременность ее мероприятий и услуг, приводящих к повышению качества жизни, удовлетворенности этими услугами отдельных целевых групп и общества в целом.

Качество жизни — это индивидуальное соотношение целей человека в обществе, его планов и возможностей с положением индивида в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества. Качество жизни — это показатель общего благополучия человека, удовлетворенность жизнью в целом.

Качество наркологической помощи — совокупность характеристик, отражающих доступность и своевременность оказания наркологической помощи, научную обоснованность выбора методов оказания помощи, преемственность ее осуществления, а так же степень достижения запланированного результата (целевых индикаторов).

Контролируемое употребление алкоголя — модель употребления алкоголя, которое сознательно регулируется индивидуумом с целью минимизации возможных рисков и профилактики возникновения или уменьшения симптомов зависимости.

Критерии эффективности наркологической службы — это совокупность характеристик отражающих степень достижения запланированных результатов (целевых индикаторов) и соотношение между достигнутыми результатами и затраченными ресурсами.

Мотивация — побуждение к действию, динамический процесс психофизиологического плана, управляющий поведением человека, определяющий его направленность, организованность, активность, устойчивость и способность человека деятельно удовлетворять свои потребности.

Наркология (аддиктология) — раздел медицинской науки, который изучает этиологию и патогенез и клиническую картину различных форм зависимого поведения, способы профилактики и технологии лечения и реабилитации.

Наркологической помощь — включает в себя все этапы профилактики, включая определение диагноза (медицинское освидетельствование), оценка психического и физического здоровья наркологических больных, консультировании, лечение, осуществление послелечебного наблюдения над больными и мероприятия по социально-психологической реабилитации больных. К наркологической помощи можно отнести информационные кампании (и социальные технологии) в рамках профилактики возникновения и развития зависимостей, которые должны строятся на научной основе, исходя из доказательного опыта медицины.

Наркологическая служба — совокупность государственных и негосударственных организаций, а так же частнопрактикующих врачей, психологов, социальных работников, консультантов, оказывающих услуги по диагностике, оценке состояния, консультирования, лечения, реабилитации и ресоциализации для населения России.

- **Государственная наркологическая служба —** совокупность учреждений и кадров подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих услуги по диагностике, оценке состояния,

консультирования, лечения, реабилитации и ресоциализации для граждан России.

- **Негосударственная (частная) наркологическая служба —** совокупность организаций разных форм собственности, за исключением государственных, а так же частнопрактикующих специалистов, которые услуги по диагностике, оценке состояния, консультирования, лечения, реабилитации и ресоциализации для граждан России.

Наркотические средства (наркотики) — химические субстанции, включенные в перечень наркотических средств (данный документ составляется ФСКН РФ и утверждается Правительством РФ).

Порядок оказания медицинской помощи — совокупность мероприятий организационного характера, направленных на своевременное обеспечение оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества и в полном объеме.

Психоактивные вещества (ПАВ) — обобщающий термин, который применяется для обозначения любых видов веществ, которые могут вызывать зависимость.

Психотропные вещества — химические субстанции, включенные в перечень психотропных веществ (данный документ составляется ФСКН РФ и утверждается Правительством РФ).

Пагубное (с вредными последствиями) употребление ПАВ — это такая модель употребления ПАВ, которая вызывает вред для здоровья, но при этом отсутствуют признаки зависимости. **Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя** — модель употребления алкоголя, которое привело к негативным последствиям для соматического и/или психического здоровья или социальной сферы, но при этом признаки алкогольной зависимости отсутствуют.

Рецидив — этап течения болезни, характеризующийся возвращением клинических проявлений заболевания.

Ремиссия — этап течения заболевания, характеризующийся временным ослаблением или исчезновением ее болезненных проявлений.

Резильентность — это способность человека с достоинством преодолевать жизненные трудности, строить нормальную полноценную жизнь в реальных условиях, при наличии самых разнообразных жизненных проблем (в том числе и зависимости от алкоголя или наркотиков). Резильентность включает в себя способность человека защищать свою целостность от воздействия сильных неблагоприятных внешних воздействий, а также способность строить полноценную жизнь в трудных условиях, уметь ее планировать. Резильентность может проявляться в сохранении трезвости, несмотря на высокий риск развития злоупотребления алкоголем или ПАВ, даже при наличии неблагоприятных факторов, вызывающих стресс и напряжение.

Реабилитация — процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Синдром алкогольной зависимости (алкогольная зависимость, алкоголизм) — это состояние характеризующееся нарушением контроля над приемом спиртного, пристрастием к алкоголю, потреблением алкоголя, несмотря на отрицательные последствия, и искажением мышления, проявляющимся в отрицании проблемы.

Синдром наркотической зависимости (наркотическая зависимость, наркомания) состояние периодической или хронической интоксикации синтетическими или природными веществами проявляющиеся в непреодолимой тяге к наркотику и ослаблении контроля за приемом наркотика, озабоченностью по поводу его приобретения, продолжение употребления несмотря на вредные последствия, росту толерантности и предрасположенностью к рецидиву.

Срыв — единичное употребление ПАВ, либо единичный случай возврата к игре, у лица страдающего зависимостью

после эпизода воздержания (ремиссии) без возвращения клинических проявлений наркологического заболевания.

Стандарт медицинской помощи — унифицированная совокупность научно-обоснованных медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов с доказанной эффективностью, применяемых при оказании медицинской помощи гражданину при определенном заболевании (состоянии).

Созависимость — понимается как состояние, характеризующееся глубокой поглощенностью и сильной эмоциональной, социальной и возможно физической зависимостью от другого человека и его поведения. Чаще всего термин употребляется по отношению к родственникам и близким лиц, зависимых от алкоголя или наркотических средств.

Стандартная доза/одна порция алкоголя — термин, используемый для оценки количественного употребления алкоголя индивидуумом, соответствует 10 граммам чистого алкоголя. Используется для планирования изменения и оценки контролируемого употребления алкоголя.

Стигматизация — ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана.

Терапевтический контракт — представляет собой договоренность между врачом, а иногда и с другими медицинскими и иными работниками, участвующих в оказании наркологической помощи о цели, задачах, критериях достижения результатов и времени запланированного завершения. Терапевтический контракт создает рамку взаимодействия и распределяет границы ответственности сторон.

Токсикомания — наркологическое расстройство, возникающая в результате злоупотребления психоактивными веществами, не включенных в официальный список наркотических средств.

Патологическая склонность к азартным играм — расстройство влечений, проявляющееся в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, которые доминируют

в жизни человека и ведут к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей.

Тяжелое злоупотребление алкоголем («тяжелое пьянство») — прием более 5 порций стандартных алкогольных напитков в день у мужчин и более 4-х порций алкоголя у женщин.

Управление случаем в наркологии — программа непрерывного индивидуального медико-социального сопровождения лиц, находящихся в тяжелой жизненной ситуации в связи со злоупотреблением ПАВ. Включает в себя активный поиск, мотивационное консультирование, социальную и психологическую поддержку, обеспечение доступа к услугам правовой, социальной, медицинской и иной направленности.

Участник программы реабилитации — лицо, находящееся в трудной жизненной ситуации в связи со злоупотреблением ПАВ, добровольно проходящий программу реабилитации с целью восстановления адекватного нормативному социуму личностного и социального статуса.

Показатели развития наркологической службы

Государственная наркологическая служба России

Таблица 1. Материально техническая база, кадровый состав и показатели работы государственной наркологической службы.

Отделений стационарных и амбулаторных	Реабилитация	Амбулаторная	Койки	Врачи
207	Реабилитационных центра (РЦ) — 3 Реабилитационных отделений, имеющих статус РЦ — 9 Реабилитационных отделений — 78	Наркологических диспансеров — 109	Всего — 25 277 Реабилитационные — 1730	Психиатры-наркологи — 5592
Число посещений наркологических диспансеров на одного больного в течение года составляет 2,6. В промежутке между 2004–2011 годом наблюдалось сворачивание подразделений государственной наркологической службы. Уменьшилось: — число РЦ с 4 (2004 г.) до 3 (2011 г.); — число НД с 191 в 2004 г. (в том числе со стационаром 154) до 117 в 2011 г. (в том числе со стационаром 109), т. е. на 37 подразделений или на 24,0%; — число учреждений, имеющих амбулаторные наркологические подразделения (отделения и кабинеты) с 1989 в 2004 г. до 1847 в 2011 г., т. е. на 142 подразделения или на 7,1%; — наркологический коечный фонд с 28759 (2004 г.) до 25277 (2011 г.), т.е. на 3482 койки или на 12,1%; — психиатров-наркологов с 5888 (2004 г.) до 5592 (2011 г.), т. е. на 286 или 5,1%; — врачей-психотерапевтов с 247 (2009 г.) до 230 (2011 г.), т. е. на 17 или 6,88%; По данным на 2011 год: — число психологов в 1503; — число специалистов по социальной работе в 2011 г. — 1285; В большинстве регионов РФ отсутствуют врачи-психотерапевты, в 1/3 регионов отсутствуют клинические психологи, специалисты по социальной работе, социальные работники.				

Негосударственная наркологическая служба России

Таблица 2. Материально техническая база, кадровый состав и показатели работы негосударственной наркологической службы.

Отделений стационарных и амбулаторных	Реабилитация*	Амбулаторная	Койки	Врачи
Число не установлено	604 центра	Множество фирм и частнопрактикующих наркологов, оказывающих услуги по детоксикации на дому и в частных центрах — число не установлено.	Частные наркологические клиники — число не установлено.	Число не установлено
Число негосударственных реабилитационных учреждений точно не установлено, но значительно превышает показатель государственных реабилитационных учреждений (более 1000). * По данным ФСКН России.				

Показатели деятельности и эффективности реабилитационных центров наркологического профиля. По данным ФСКН на конец 2012 года [http://media.fskn.gov.ru/files/ReabCenters2013.doc].

В начале 2013 года ФСКН представила результаты анкетирования реабилитационных центров наркологического профиля, представив данные по 604 РЦ.

Рисунок 1. Регистрация государственных и негосударственных РЦ в России по годам. 379 РЦ (анализ ФСКН).

На диаграмме представлены данные анализа реабилитационных ресурсов, по результатам исследования ФСКН 2013 года. Из 604 РЦ, включенных в исследование, на вопрос о дате регистрации ответили 379 центров.

Первые государственные реабилитационные центры наркологического профиля зарегистрированы в России в конце 70-х годов XX века. С начала до конца 1990-х годов появились негосударственные, далее частота их создания и регистрации нарастала. Это связано с ростом распространенности наркоманиями и, как следствие, ростом спроса на наркологические услуги. После относительной стабилизации мы видим прибавку числа регистраций РЦ в конце 2000-х. Максимум был достигнут в 2011 году, что примерно совпало с идеологической победой концепции продолжительной реабилитации больных с зависимостями в России. В 2012 году наблюдается снижение темпов регистрации РЦ, что может быть связано с изменениями в правилах отчетности и регистрации некоммерческих организаций.

Наркологические реабилитационные центры представлены в 69 регионах Российской Федерации. В первую десятку регионов по числу РЦ входят: Краснодарский край (40 центров), Иркутская область — 37 центров, Челябинская область — 37, Москва и Московская область –35, Санкт-Петербург и Ленинградская область — 31, Алтайский край — 29, Свердловская область — 29, Кемеровская область — 25, Красноярский край — 21, Республика Башкортостан, а так же Ростовская, Томская, Тюменская области по 17 зарегистрированных РЦ.

За исследуемый временной период государственная наркологическая служба развернула 3 крупных реабилитационных центра; 9 реабилитационных отделений, имеющих статус РЦ; 78 реабилитационных отделений.

Анализ реабилитационных ресурсов показал, что руководство реабилитационных центров по-разному оценивает эффективность — от поступивших пациентов или от про-

шедших полный курс реабилитации. При этом наблюдается огромная вариабельность показателя «более 3-х лет ремиссии» от 0% в государственных учреждениях до 100% эффективности в конфессиональных религиозных центрах. Сообщения о том, что статистика организациями принципиально не собирается, например ООО «Панацея», должны быть проверены. Некоторыми организациями достигнуты неизвестные науке показатели ремиссии, например, 80% у НКО «Город без наркотиков» или 100% эффективность у т. н. «православных» центров.

Для оценки потребностей в наркологических клинических и реабилитационных ресурсах необходима организация регионального эпидемиологического мониторинга. В первую очередь следует провести научно-обоснованную оценку числа потребителей наркотиков, с разбивкой по видам употребляемых ПАВ, возрастам, полу, занятости, частоте употребления наркотиков, способ употребления и дозы ПАВ, место употребления, длительность трезвости, частота и продолжительность рецидивов, количество и продолжительность ремиссий и их вид, переход на другие ПАВ, количество передозировок. Выделение среди потребителей лиц, которые соответствуют критериям пагубного употребления, и отделения их от лиц, которые соответствуют критериям зависимости от наркотиков. Отсутствие подобных исходных данных не позволяет оценить потребность в реабилитационных ресурсах, а также планировать ожидаемые показатели улучшения эпидемиологической ситуации.

Классификация МКБ-10 для наркологических расстройств

Наркологическая помощь оказывается гражданам, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (далее — наркологические заболевания), а также па-

тологическим влечением к азартным играм в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10):

1. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F 10.);
2. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов (F 11.);
3. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов (F 12.);
4. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств (F 12.);
5. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина (F 14.);
6. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов (включая кофеин) (F 15.);
7. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов (F 16.);
8. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака (F 17.);
9. психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей (F 18.);
10. психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F 19.);
11. патологическое влечение к азартным играм (F 63.0).

Нормативно правовые документы

Нормативно-правовые документы:

1. Конституция РФ.
2. Гражданский кодекс РФ от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ.
3. Международный стандарт AA1000 SES «Взаимодействие с заинтересованными сторонами».

4. Федеральный закон «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 11.08.1995 г. № ФЗ –135.
5. Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19.05.1995 г. № ФЗ-82.
6. Федеральный закон «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 г. № ФЗ-7.
7. Федеральный закон «О техническом регулировании» от 27.12.2002 г. № ФЗ-184.
8. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в РФ» от 10.12.1995 г. № ФЗ –195.
9. Федеральный закон «О защите прав потребителей» от 07.02.1993 г. № ФЗ-2300.
10. Федеральный закон «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека ВИЧ-инфекция» от 30.03.1995 г. № ФЗ-38.
11. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ.
12. Федеральный закон от 08 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
13. Федеральный закон от 02 июня 1992 года № 3186–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
14. Приказ Минздрава РФ «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)»» от 22.10.2003 г. N 500.
15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 апреля 2010 г. № 225 ан "Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации».
16. Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 апреля 2011 г. N 1474 «О психологическом тестировании обучающихся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы основного

общего, среднего (полного) общего образования и профессиональные образовательные программы начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования, на предмет потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ».
17. Основные технологии лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманией. Методические рекомендации от 19.01.2009 г. № 06/225/804.
18. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5. 2826–10 «Профилактика ВИЧ инфекции» от 11.01. 2011 г. № 1.
19. ГОСТ Р 52143–2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг».
20. ГОСТ Р 52495–2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения».
21. ГОСТ Р 54990–2012 «Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг».
22. ГОСТ 52600–2006 «Протоколы ведения больных. Общие положения».
23. «Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих» утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года № 715 с изменениями, внесенными Постановлением Правительства Российской Федерации № 710 от 13 июля 2012 года.
24. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года N 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
25. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденная Указом Президента РФ от 09.06.2010 № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года».
26. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, утвержденная Указом Президента

Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года».

27. «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года», одобренная распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р.
28. Указ Президента Российской Федерации № 1374 от 18 октября 2007 года «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров».
29. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 июня 2011 г. № 485 «Об утверждении положения о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации».
30. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента РФ от 09.10.2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

Государственное регулирование игорного бизнеса, алкогольного и табачного рынка

В последние годы в России происходит последовательное усиление мер контроля и надзора в сфере игорного бизнеса, рынка алкогольной продукции и табака. Усиливается контроль производства, деятельности, лицензирования, распространения, рекламы, оборота и технического регламента. Происходит систематическое повышение ставок акцизов, регулирование цен **на алкогольную и табачную продукцию. Эти меры направлены в первую очередь на уменьшение предложения и доступности азартных игр, алкоголя и табака для населения РФ.**

Федеральный закон от 29.12.2006 N 244-ФЗ «О государственном регулировании деятельности по организации и проведению азартных игр и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации» (принят ГД ФС РФ 20.12.2006 г.) установил ограничения на осуществление игорной деятельности на территории РФ (за исключением игорных зон). Подобные ограничения были введены согласно тексту закона: «… в целях защиты нравственности, прав и законных интересов граждан». С 1 июля 2009 года игорная деятельность на территории РФ вне специально отведенных для этого игровых зон была запрещена.

18.07.2011 года был принят Федеральный закон N 218-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции» призванный ограничить потребления алкоголя. Данный закон помимо всего прочего запрещает продажу любой алкогольной продукции после 23 часов и до 8 часов местного времени. Законопроект создает законодательные предпосылки для затруднения приобретения населением Российской Федерации алкогольной продукции. 21.07. 2011 года принят Федеральный закон от 253-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в части усиления мер по предотвращению продажи несовершеннолетним алкогольной продукции», согласно которому ужесточена административная ответственность. Также предусмотрена уголовная ответственность за продажу алкоголя несовершеннолетнему лицу, если ранее данное лицо привлекалось к административной ответственности за подобное правонарушение.

Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака 11 мая 2008 года. Рамочной конвенция — это первый юридический документ, целью которого является снижение смертности из-за употребления табака и сокращение использования табака во всем мире. Положения Конвенции устанавливают международные стандарты и руководящие принципы борьбы с табаком в сле-

дующих областях: повышение цен и налогов на табак, продажа табака несовершеннолетним и несовершеннолетними, реклама и спонсорство, маркировка, незаконная торговля и пассивное курение. Государственной Думой 12.02.2013 года был принят Законопроект № 163560–6 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» — закон, вводящий полный запрет курения во всех закрытых общественных местах. Помимо этого, законом предусматривается организация телефонных «горячих линий» для желающих бросить курить. Медицинская помощь лицам, страдающим от никотиновой зависимости, должна оказывается без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий.

Таким образом, можно констатировать, что в последние годы законодательная власть предпринимает значительные меры, направленные в первую очередь на уменьшение предложения и затруднение доступа населения к азартным играм, алкогольной и табачной продукции. Однако следует отметить, что внимание власти к законодательным инициативам направленные на сокращение спроса на азартные игры, алкоголь и табак представлены в гораздо меньшей степени. Между тем именно программы сокращения спроса носят приоритетный характер и должны охватывать все сферы профилактической деятельности. Мероприятия, направленные на уменьшение спроса должны предусматривать последовательные меры по информированию, воспитанию, просвещению, раннему вмешательству, консультированию, лечению, реабилитации, предупреждению рецидивов, последующему наблюдению и социальной реинтеграции. Нуждающимся гражданам должны быть предоставлены возможности своевременного получения помощи и доступа к соответствующим услугам и службам.

Права пациентов, ищущих профессиональной помощи и реабилитации

Право на здоровье является одним из основных неотчуждаемых прав человека, закрепленных в ряде международных конвенций, в 41 статье Конституции РФ и законодательстве нашей страны. В 41 статье Конституции РФ прямо указанно: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». В законе № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, как обеспечивается право граждан на охрану здоровья, как реализуется право на медицинскую помощь и установлены порядок предоставления медицинской помощи в гарантированном объеме. В статье 4 указаны основные принципы охраны здоровья. Основными принципами охраны здоровья являются:

1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
3) приоритет охраны здоровья детей;
4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
6) доступность и качество медицинской помощи;
7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
9) соблюдение врачебной тайны.

Статья 5 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «… гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной на-

личием у них каких-либо заболеваний». Наркологическое заболевание не является исключением и дискриминация, обусловленной наличием у пациента синдрома зависимости недопустима и законодательно запрещена. Статья 6 указывает на безусловный приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуемый путем: «Соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации» и «организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его [пациента] времени». Статья 10 указывает на доступность и качество медицинской помощи. Понятие «доступность и качество» — расшифровывается как территориальная близость медицинской помощи, наличие необходимого количества медицинских работников, их квалификацию и возможность выбора пациентом медицинской организации и врача. Статья 11 говорит о недопустимости отказа в оказании медицинской помощи. Статья 13 указывает на соблюдение врачебной тайны. Статья 19 постулирует право на медицинскую помощь. Статья 20 указывает на необходимость получения от пациента информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и защищает право пациента на отказ от такового. Медицинское вмешательство без согласия гражданина допускается: «… в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами». Таким образом, пациенты страдающие зависимостями и не имеющие психотических нарушений должны давать свое добровольное согласие на медицинское вмешательство и имеют законное право на отказ от лечения. Статья 22 гарантирует право пациента получить информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах

оказания медицинской помощи. По закону пациент имеет право непосредственно ознакомиться с медицинской документацией, выписками, эпикризами и т. д.

Согласно Всеобщей декларации прав человека, «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах» (ст. 1); «Никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему его достоинство обращению» (ст. 5); «Каждый человек имеет право на обеспечение на случай болезни» (ст. 25).

Согласно Всемирной организации здравоохранения у каждого человека есть право на медицинский уход, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния и право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам в параграфе 17 обязывает государство участника соглашения создавать условия, которые бы: «… обеспечивали равный и своевременный доступ к базовым профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам здравоохранения». В преамбуле устава ВОЗ говориться: «Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения».

Целью лечебной помощи в наркологии является сотрудничество с пациентом в достижении по возможности полной (идеальная цель, наивысший стандарт) или неполной ремиссии (реалистичная цель, возможно промежуточная), повышение качества жизни и достижение максимально возможного уровня физического и психического здоровья. Пациент, обратившийся за помощью, имеет право:

1. На наивысший достижимый уровень здоровья и благополучия.
2. На то, чтобы лечение учитывало его интересы.
3. На то, чтобы лечение базировалось на принципах информированного согласия и правах пациента и человека.

Что касается содержания предоставляемой информации. Чтобы его согласие считалось информированным, сведения должны включать в себя информацию о:

- диагнозе;
- цели предлагаемого лечения;
- его возможных последствиях;
- риске лечебно-диагностического процесса;
- возможных разумных альтернативных методах лечения;
- прогнозе в случае отказа от предлагаемого лечения.

4. На то, чтобы терапия была своевременной и научно-обоснованной.
5. На то, чтобы терапия сопровождалась соблюдением этических и моральных норм, доброжелательностью, гуманным отношением, отказом от принуждения, насилия, наказания, стигматизации, морализаторства, «нулевой толерантности» и способствовала развитию «терапевтического контакта». Конституция Российской Федерации, статья 21 гласит: «Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может служить основанием для его умаления. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жесткому и унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию».
6. На то, чтобы специалисты давали шанс и оказывали помощь пациенту, который сразу не может полностью отказаться от употребления алкоголя или наркотиков.

Лечение и реабилитация должны быть:

Доступными и низкопороговыми.

- Доступность лечения — территориальная доступность.
- Доступное по времени лечение.
- Доступность лечения — отсутствие множества предварительных требований и условий, усложняющих поступление на лечение.
- Доступность лечения — по финансовым условиям (бесплатное, по страховке и т. д.).
- Доступность лечения — анонимное лечение, без постановки на диспансерный или профилактический учет (на-

блюдение). Система диспансерного учета (наблюдения) является одним из факторов нарушения прав пациентов, поскольку отталкивает их от обращения за лечением и создает предпосылки для нарушения конфиденциальности.

- В ряде случаев не требовали от пациента немедленного отказа от употребления алкоголя, так как отказ от употребления алкоголя является возможным результатом лечения (его целью).

Качественным.

- Качественное лечение — лечение на основе доказавших свою эффективность и рекомендованных ВОЗ методик.

Приемлемым.

- С культурной и этической точки зрения.

Адекватным.

- С научной и медицинской точки зрения.

Таким образом, с точки зрения Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и прав человека, наркотическую (или алкогольную, игровую или табачную) зависимость следует рассматривать как любое другое состояние здоровья, требующее медицинской помощи. Пациент, страдающий от болезненного пристрастия, имеет право на свободу от стигматизации и дискриминации на основании своего диагноза, право на получение медицинской помощи в гарантированном объеме и право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

Научный подход в наркологической помощи

Согласно официальным данным, в Российской Федерации большинство зарегистрированных пациентов — это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями,— 81,3% от общего числа зарегистрированных больных

Число больных алкоголизмом, зарегистрированных наркологической службой в 2011 г., составило 2003021 человек,

в целом лица с алкогольной зависимостью обеспечивают 85,7% госпитализаций в наркологические стационары. В 2011 г. специализированными наркологическими учреждениями страны зарегистрировано 339320 больных наркоманией. Из общего числа потребителей наркотиков в 2011 г. 378581 человек употребляли наркотики инъекционным способом. Подавляющее большинство наркозависимых лиц составили больные с опийной зависимостью (85,6%). Таким образом, наиболее часто за наркологической помощью обращаются больные опийной наркоманией и больные алкоголизмом. Однако это только «вершина айсберга» — значительная часть пациентов страдающих зависимостью по-видимому не обращаются за специализированной помощью и не получают какого-либо лечения. У пациентов бывают периоды тяжелого злоупотребления, которые переходят в периоды низкого потребления и даже полного воздержания. Так, например данные полученные при анализе репрезентативной выборки населения (4422 взрослых жителей США в возрасте 18 лет и старше с диагностированным согласно критериям DSM–IV алкогольной зависимостью), свидетельствуют что за последующий год наблюдения только 25,0% все еще классифицировались как зависимые, 27,3% были классифицированы как находящиеся в частичной ремиссии, а 18,2% были полными трезвенниками. Только 25,5% людей страдающих зависимостью когда-либо получали лечение.

Исследования показывают, что лица, зависимые от алкоголя способны достигать ремиссий разной продолжительности, в том числе и длительных без всякого лечения. Большинство людей, которые отвечают критериям алкогольной зависимости в какой-то момент в их жизни: (I) не обращаются за медицинской помощью, (II) самостоятельно решают свои проблемы, снижая количество потребляемого алкоголя, (III) прекращают злоупотребление без повторных рецидивов[1]. Для обозначения подобных состояний используются

---

[1] Cunningham J. A., Mc Cambridge J. Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder?//Addiction. 2012 Jan; 107 (1): 6–12.

различные термины: «спонтанная ремиссия», «самоисцеление», «естественное восстановление» и т. д. Таким образом, большое число пациентов в наркологии оказывается вне сферы внимания практикующих врачей-клиницистов, которые имеют дело с крайне ограниченной выборкой тех пациентов, которые попадают к ним на прием. В связи этим возрастает роль качественно проведенных исследований в наркологии.

Опытные практикующие врачи иногда пренебрегают поиском новых методов лечения с доказанной эффективностью, так как они доверяют своему собственному клиническому опыту больше, чем исследованиям. Большинство из них признают проблемы с небольшими размерами выборки, характеризующими личные наблюдения, но, тем не менее, информация, полученная из первых рук, часто кажется надежнее и ближе к реальным знаниям, чем данные и выводы в журнальной статье. Руководители системы здравоохранения, также, могут ошибаться в выборе способов и методов лечения, в связи с имеющимися личным опытом в своей клинической практике.

Если ранжировать основные виды научно-медицинских исследований по уровню доказательности, то на первом месте стоят метаанализы (методика объединения результатов всех доступных качественных исследований по вопросу) и систематические обзоры (обзор всех доступных источников международной литературы за определенный временной период). На следующей ступени по уровню доверия стоят качественные рандомизированные клинические исследования (РКИ), которые регистрируются в Минздраве и базах данных РКИ, на этапе планирования, и проходят экспертизу этических комитетов. Ниже в научной иерархии стоят проспективные когортные исследования, еще ниже исследования типа «случай-контроль». Наименее надежные результаты у «описания серии случаев», к которым можно отнести не рандомизированные клинические исследования. Наименьшая доказательность у описания отдельных случаев — например, описание клинических случаев зависимости от редкого лекарства или наркотика.

Современный подход в организации (менеджменте) системы здравоохранения, в том числе наркологической службы, основан на результатах исследований в клинической практике и направлен на оптимизацию деятельности существующей материально-технической и кадровой составляющей. Руководители системы здравоохранения должны использовать наилучшие имеющиеся фактические данные, чтобы убедиться, что медицинская помощь является безопасной, эффективной, своевременной и ориентированной на пациента. Успешное проведение реформы наркологической помощи, утвержденной Президентом Российской Федерации, подразумевает переход с управления, основанного на мнениях авторитетов, на управление, основанное на научных фактах. Поэтому процесс принятия управленческих решений должен основываться на результатах научных исследований.

Обучение врачей-наркологов, консультантов и специалистов наркологической службы должно включать основы доказательной медицины и общественного здравоохранения. Это позволит им самостоятельно выбирать научно-обоснованные стратегии лечения и реабилитации, отказываться от не проверенных, дискредитированных и обещающих чудо методов. Практикующие врачи должны принимать участие в научных конференциях, обучаться иностранным языкам, чтобы быть в курсе мировой медицинской науки.

Профилактика наркологических заболеваний

Организации, оказывающие наркологическую помощь, осуществляют первичную, вторичную и третичную медицинскую профилактику наркологических заболеваний и патологического влечения к азартным играм.

Первичная медицинская профилактика включает:

- информирование населения о влиянии на здоровье таких негативных факторов как употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем, и другими психоактивными

веществами, а также участие в азартных играх, и возможности их предупреждения;

- информирование граждан о негативном влиянии на здоровье женщин употребления алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ в репродуктивный период, включая период беременности, в целях предупреждения внутриутробного поражения плода;
- медико-генетическое консультирование, направленное на выявление предрасположенности к потреблению психоактивных веществ;
- мотивационное консультирование детей и подростков, направленное на изменение дезадаптивных форм поведения, а также на снижение риска распространения парентеральных инфекций (ВИЧ-инфекции, гепатиты) в связи с употреблением психоактивных веществ, и, при наличии медицинских показаний, проведение специфического медикаментозного лечения;
- семейное консультирование, включая обучение родителей оздоровительной системе воспитания ребенка;
- раннее выявление лиц, входящих в группы риска: употребляющих алкоголь, наркотические и другие психоактивные вещества, участвующих в азартных играх, а также больных с наркологическими заболеваниями и патологическим влечением к азартным играм.

Вторичная медицинская профилактика включает:

- информирование граждан о системе наркологической помощи и медико-социальной реабилитации при наркологических заболеваниях и патологическом влечении к азартным играм;
- формирование у граждан мотивации к обращению за наркологической медицинской помощью и медико-социальной реабилитацией;
- предупреждение формирования заболевания у лиц, имеющих эпизоды злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами;

- предупреждение формирования заболевания у лиц, входящих в группу риска: употребляющих алкоголь, наркотические и другие психоактивные вещества с пагубными последствиями, а также участвующих в азартных играх.

Третичная медицинская профилактика включает:

- предупреждение дальнейшего злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами;
- уменьшение вреда от употребления алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ;
- оказание наркологической помощи;
- предотвращение срывов и рецидивов заболеваний у больных, прекративших употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, а также прекративших участие в азартных играх;
- осуществление медико-социальной реабилитации.

Контроль и динамическая оценка эффективности наркологической помощи

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя и/или ПАВ, могут рассматриваться как стойкие и зачастую рецидивирующие, но отнюдь не как неизлечимые. В наркологии необходим отказ от многих распространенных ранее «черно-белых» концепций. Однозначное представление о болезни — «либо она у вас есть, либо нет» — должно уступить место подходам, исследующим континуум степени тяжести проблем употребления ПАВ и зависимости. На смену концепции «все или ничего» должно придти представление, согласно которому выздоровление — это ряд последовательных шагов в правильном направлении.

Представления о линейном процессе выздоровления от алкогольной зависимости не подтверждаются клинической практикой. По данным исследований от 40 до 85% прошедших лечение больных возобновляют употребление алкоголя в течение первого года после лечения. Рецидивы при

синдроме зависимости возникает при попытках пациента контролировать свое влечение к употреблению алкоголя или нелегальных наркотиков. Этот контроль и следующий за ним рецидив является неотъемлемой частью заболевания. Зачастую многие пациенты проходят через подобные эпизоды срывов и рецидивов на пути к устойчивому воздержанию. По этой причине срыв не следует рассматривать как неудачу лечения, а как этап на пути к выздоровлению. Между тем наркологическая служба России, в основном, ориентирована на купирование острых проявлений наркологических заболеваний, а наркологические больницы превратились в центры неотложной токсикологической помощи. Система «платной анонимности» усугубляет ситуацию. Существующая практика учета наркологических больных в НД порождает недоверие, отчуждает их от государственных наркологических учреждений (НД, больниц, реабилитационных центров), так как пациенты не могут получить бесплатную наркологическую помощь без социальных санкций.

Цель лечения не должна быть ограничена только полной ремиссией («черно-белая» концепция «советской наркологии» «ремиссия — рецидив»). Должны быть ясно обозначены промежуточные, реалистичные, достижимые цели приемлемые для пациента (например, увеличение количества трезвых дней в году, уменьшение симптомов зависимости, повышение самооценки и самоуважения, улучшение качества жизни, дестигматизация и т.д.). Для реализации эффективной и доступной помощи в наркологии необходимо развитие лечебной субкультуры, продвижение технологий профилактики рецидива и повышения качества жизни.

По данным UNODC за 2011 год, Россия находится на втором месте в мире по доле населения, вовлеченной в употребление нелегальных опиатов, а героин является самым распространенным наркотическим препаратом на черном рынке. Поэтому, говоря о наркомании в России, мы чаще всего подразумеваем опиоидную наркоманию.

В пособии для врачей «Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков», Санкт-Петербург 2012 год утвержденный ФГБУ «СПб НИПНИ им. Бехтерева»[2] справедливо указано что: «В настоящее время специализированная помощь в основном ограничивается купированием синдрома отмены и острых психических, поведенческих и соматических расстройств, связанных с приемом ПАВ. Как следствие, 90% наркозависимых, прошедших однократный курс стационарного лечения, в течение года возобновляют неконтролируемое употребление наркотиков. Кроме того, регистрируется высокая повторная обращаемость за стационарной помощью — более 70% больных поступают на лечение несколько раз в год. Сниженная эффективность лечения зависимых от ПАВ объясняется несоблюдением основных принципов терапии наркологических больных (доступность, в том числе и экономическая; добровольность; максимальная индивидуальность; этапность; комплексность; отказ от употребления ПАВ), а также особенностями течения наркологического заболевания, носящего системный, хронический характер. Негативное воздействие оказывает отсутствие окончательно сформированной парадигмы лечения наркологических больных… Реабилитационная работа с наркологическими больными требует постоянного контроля и динамической оценки ее реальной эффективности. В настоящее время такая оценка представляется недостаточной, так как она в большинстве случаев сводится к определению у больных сроков длительности ремиссии, под которой понимается соблюдение полной трезвости. Более адекватным подходом к оценке эффективности реабилитационного лечения может служить мониторинг результатов каждого этапа лечебно-реабилитационного процесса с регистрацией показателей

---

[2] «Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков», ФГБУ СПб НИПНИ им. Бехтерева Санкт-Петербург 2012. Режим доступа: http://z203712.infobox.ru/content/42/2012_02.pdf

значимых сфер и систематическим биологическим контролем над возможным приемом ПАВ».

В пособии для врачей «Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков» авторы разработчики для оценки клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик пациентов с зависимостью от опиатов в динамике в процессе реабилитации перелагают использовать следующие валидные структурированные инструменты:

— Опросник «Индекс тяжести зависимости» — Addiction Severity Index (EuropASI), русскоязычная версия.

— Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), русскоязычная версия.

— Шкала качества жизни — Health Status Survey (SF-36), русскоязычная версия.

— Шкала семейного окружения — Family Environment Scale (FES), русскоязычная версия.

— Специально составленный Клинический опросник (КО), включающий в себя вопросы об инфекционном, наркологическом и соматическом статусах пациента.

Задачи наркологической службы

В соответствии с тремя уровнями профилактики наркологическая служба должна обеспечивать выполнение следующих задач:

1. Информирование, просвещение, обучение и формирование культуры здорового образа жизни.
2. Раннее выявление лиц, входящих в группы риска (скрининг).
3. Предупреждение формирования зависимости у лиц, входящих в группу риска.
4. Уменьшение вреда от психоактивных веществ (ПАВ).
5. Семейное консультирование.

6. Раннее вмешательство.
7. Первичное мотивационное консультирование.
8. Неотложную наркологическую помощь.
9. Предотвращение срывов и рецидивов.
10. Медико-социальную реабилитацию.

Формирование культуры здорового образа жизни

Целевые группы:

— население Российской Федерации

Формирование культуры здорового образа жизни является основной профилактической мерой направленной на широкие слои населения. Под профилактикой понимают любые мероприятия, разработанные для того, чтобы избежать злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами и уменьшить негативные социальные последствия и вред наносимый здоровью. Профилактика включает в себя действия, направленные на ограничение предложения (основанные на том принципе, что снижение доступности алкоголя и наркотических средств ограничивает возможности для злоупотребления ими и снижает риск возникновения зависимости) и ограничение спроса, потребности среди населения (включая пропаганду здоровья и профилактику заболеваний).

Формирование культуры здорового образа жизни включает в себя:

- информирование населения о влиянии на здоровье таких негативных факторов как употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем, и другими психоактивными веществами, а также участие в азартных играх, и возможности их предупреждения;
- просвещение в первую очередь молодых людей в учебных заведениях; кампании информирования в средствах массовой информации;
- мероприятия в школах вместе с семейными инициативами и в рамках программ действий в обществе; и инициативы направленные на изменение привычных пред-

ставлений о потреблении и распространении алкоголя и наркотических средств;

- информирование граждан о негативном влиянии на здоровье женщин употребления алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ в репродуктивный период, включая период беременности, в целях предупреждения внутриутробного поражения плода;
- разработка и установление механизма координации информационных и обучающих программ и кампаний по формированию здорового образа жизни среди различных категорий населения, особенно детей, подростков и беременных женщин;
- разработка и реализация специальных медиапроектов, направленных на различные группы населения (дети, беременные женщины, работники сферы образования, здравоохранения и культуры), с использованием средств коммуникации (почта, пресса, телевидение, радио, транзитная антиреклама, сеть Интернет, открытая консультативная телефонная линия);
- активное привлечение институтов гражданского общества к различным проектам профилактической и просветительской направленности;
- просвещение и формирование культуры здорового образа жизни с целью укрепления и поддержания здоровья;
- информирование о недопустимости вождения автомобиля в нетрезвом состоянии;
- обеспечение выполнение инструкций, предписаний и санкций/наказаний в отношении вождения транспортных средств в нетрезвом состоянии;
- профилактика вреда, обусловленного потреблением алкоголя среди взрослого населения, снижение негативного воздействия потребления алкоголя на рабочих местах;
- обеспечение безусловного выполнения регламентирующих правил, норм и предписаний, запрещающих продажу алкоголя в ночное время, а также несовершеннолетним лицам.

- информирование общества о признаках проблемного употребления алкоголя и научно-обоснованных методах и практиках лечения наркологических расстройств.
- обучение специалистов по вопросам профессионального проведения профилактических мероприятий.
- выстраивание планомерной, последовательной системы профилактических мероприятий.

Профилактическая деятельность в наркологии должна основываться на имеющихся данных исследований, касающихся того, как 1) выявлять проблемы, связанные с поведенческими расстройствами; 2) выявлять причины таких проблем; 3) определять возможные профилактические меры для устранения выявленных проблем; 4) эффективно осуществлять профилактические мероприятия; 5) оценивать эффективность деятельности/программы.

Критерии эффективности:

- Снижение спроса на ПАВ, проявляющегося в снижении уровня потребления.
- Снижение уровня показателей административных правонарушений, в т. ч. ДТП и криминальных действий, связанных с употреблением алкоголя и/или ПАВ.
- Снижение уровней заболеваемости и смертности от осложнений, связанных с употреблением ПАВ.
- Сокращение времени между началом наркологического заболевания и временем обращения за медицинской и реабилитационной помощью.
- Увеличение числа гражданских инициатив, изменение отношения общества к употреблению алкоголя, наркотиков, табака и участия в азартных играх.

Раннее выявление лиц, входящих в группы риска (скрининг)

Целевые группы:

— целевые группы населения РФ (возрастные, гендерные, профессиональные, этнокультуральные и другие);

Скрининг — это раннее (до появления симптомов) выявление заболевания или фактора риска на основании: опроса (анкетирования), физикального исследования, лабораторного исследования и других процедур. Необходимо раннее выявление лиц, входящих в группы риска: ранее зафиксированных в состоянии алкогольного, наркотического опьянения или одурманивания другими ПАВ, а также больных с наркологическими заболеваниями и патологическим влечением к азартным играм.

Население, входящее в группы риска:

1. Несовершеннолетние:

1.1 Несовершеннолетние правонарушители.

1.2 Дети с диагнозом СДВГ.

1.3 Дети и подростки, ранее пробовавшие ПАВ или зарегистрированные в медицинской службе в связи с отравлением ПАВ.

1.4 Бездомные дети.

1.5 Дети и несовершеннолетние, воспитывающиеся в условиях длительного психологического или физического насилия.

1.6 Переставшие посещать школу, или регулярно ее прогуливающие.

2. Совершеннолетние:

2.1 Пациенты проходящие лечение или наблюдающиеся по поводу тревожных расстройств (включая ПТСР и социальное фобическое расстройство), панических атак, депрессии.

2.2 Лица со склонностью к рискованному поведению и импульсивностью.

2.3 Социально уязвимые, бездомные граждане.

2.4 Лица, совершившие административные правонарушения и уголовные преступления в состоянии опьянения.

2.5 Пациенты находящиеся на наблюдении с диагнозом «пагубное употребление алкоголя» и «пагубное употребление ПАВ».

2.6 Лица которым была оказана медицинская помощь в связи со случайным отравлением ПАВ.

2.7 Граждане, занимающиеся трудовой деятельностью, связанной с повышенным риском здоровья, работающих в экстремальных условиях, управляющих транспортом и механизмами, а так же сотрудников силовых и охранных структур.

Необходимо обеспечить доступности инструментов проверки и скрининга с целью выявления проблемного употребления алкоголя (например, таких методик AUDIT, MAST, CAGE). Данные методики являются не инвазивными, простыми, безопасными, точными и валидными. Обучение специалистов первичного звена знаниям, необходимым для диагностирования признаков проблемного употребления и алкогольной зависимости.

Критерии эффективности:

- Число проведенных обследований.
- Доля выявленных лиц из группы риска.
- Число лиц с установленным проблемным употреблением, направленных на консультацию и лечение.

Предупреждение формирования зависимости у лиц групп риска

Целевые группы:

— Население Российской Федерации входящее в группы риска.

В группу риска входят:

- Лица выявленные в результате проведенных скрининга.

Услуги, предоставляемые данной группе населения:

- предоставление информации о влиянии на здоровье таких негативных факторов как употребление наркотиков,

злоупотребление алкоголем, и другими психоактивными веществами, а также участие в азартных играх, и возможности их предупреждения;

- выпуск рекомендаций в отношении норм употребления алкоголя и маркировку алкогольных напитков информацией о вреде для здоровья;
- обучение и разъяснительная работа по вопросу употребления алкоголя с вредными последствиями и высоким риском вредных последствий, а также по теме оптимальных паттернов и объемов потребления алкоголя;
- поддержание средовых факторов: создание возможностей, стимулирующих и благоприятствующих появлению альтернативы питейной культуры (кружки, занятия спортом, экскурсии и т. д.);

Критерии эффективности:

- Число лиц с проблемным употреблением ПАВ, выявленных специалистами первичного звена системы здравоохранения (терапевты, семейные врачи).
- Рост первичной обращаемости за консультацией по поводу проблемного употребления алкоголя или алкогольной, табачной, наркотической или игровой зависимости.
- Снижение уровня заболеваемости алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями игровой зависимостью.
- Снижение смертности от случайных отравлений ПАВ, психозов, сопутствующих соматических и инфекционных заболеваний.

Уменьшение вреда от ПАВ

Целевые группы:

Население Российской Федерации входящие в группы риска.

— Лица, злоупотребляющие ПАВ.

— Граждане, совершившие правонарушения в состоянии опьянения или правонарушения связанные с незаконным оборотом ПАВ.

Проблема доступа в группы риска

Специалисты, работающие в данной сфере, пытаются помочь снизить риски людям, которые не хотят или не могут в настоящий момент отказаться от алкоголя, наркотиков или азартных игр, а также информируют их о различных программах лечения зависимости, реабилитации для того, чтобы направлять туда тех, кто хочет прекратить употребление. Необходимо развитие системы управления случаем в наркологии. Управления случаем в наркологии — программа непрерывного индивидуального медико-социального сопровождения лиц, находящихся в тяжелой жизненной ситуации в связи со злоупотреблением ПАВ. Включает в себя активный поиск консультирование, социальную и психологическую поддержку, обеспечение доступа к услугам правовой, социальной, медицинской и иной направленности.

Уменьшение вреда от употребления алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ достигается благодаря:.

- утилизация «грязных» шприцев (тем самым предотвращается случайное заражение в том числе лиц не ассоциируемых с употреблением ПАВ — случайных прохожих, дворников, детей и т. д.);
- предоставление материалов, обеспечивающих стерильность;
- анонимное тестирование на наличие ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов;
- специальные программы для потребителей наркотиков по профилактике развития и методике оказания помощи при передозировке;
- предоставление антидота (налоксон);
- до-тестовое и после-тестовое консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и заболеваний передающихся половым путем;

- консультации и помощь по вопросам, связанным с осложнением болезней вен;
- бесплатное предоставление презервативов;
- предоставление различных информационных материалов связанных с вопросами злоупотребления и зависимости от ПАВ;
- помощь в получении направления к врачам и другим специалистам;
- помощь в преодолении бюрократических барьеров, связанных с госпитализацией в государственные наркологические больницы;
- социальная поддержка в трудных жизненных ситуациях.
- повышение приверженности к АРВ-терапии для ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков;
- улучшение качества жизни людей, имеющих комплексные проблемы, связанные с зависимостью, беременностью, освобождением из мест заключения и т. д.
- предоставление работы (трудоустройство) в программах снижения вреда и в инициативных группах в качестве профессиональных сотрудников;

Критерии эффективности:

- Снижение уровня индивидуального употребления ПАВ.
- Изменение паттернов употребления ПАВ на менее рискованное.
- Количество утилизированных «грязных» шприцев.
- Число проведенных тестирований на наличие ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.
- Количество проведенных до-тестовых и после-тестовых консультирований по вопросам ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП.
- Увеличение количества спасенных жизней в результате предоставления антидота.
- Сокращение первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и ИППП.

- Увеличение числа ВИЧ+ лиц, приверженных к АРВ-терапии среди ПИН.
- Число наркологических больных, решивших пройти лечение и реабилитацию.

Семейное консультирование

Целевые группы:

— родителей детей (несовершеннолетних) из группы риска.

— родители, родственники и друзья лиц из группы риска (совершеннолетних).

У родственников, членов семей и близким лиц, зависимых от азартных игр, алкоголя или наркотических средств часто развивается состояние которое называется созависимостью. Созависимость может ассоциироваться с психосоциальным стрессом, тревогой и депрессией. Семьи в которых есть зависимые члены нуждаются в психологической помощи консультировании, обучениям навыкам преодоления стрессом и управления в кризисных ситуациях.

Услуги, предоставляемые данной группе населения:

- Консультирование родителей детей (несовершеннолетних) из группы риска, включая обучение родителей оздоровительной системе воспитания ребенка.
- Консультирование родственников, членов семей и друзей лиц из группы риска (совершеннолетних).
- Консультирование родственников, членов семей и друзей зависимых лиц (совершеннолетних).
- Информирование семей об эффективных научно обоснованных методах отказа от потребления ПАВ и о медицинских организациях, оказывающих соответствующую помощь.

Критерии эффективности:

- Число проведенных консультаций.
- Показатель повторных обращений.

- Число семей, принявших участие в долгосрочных программах оказания психокоррекционной и обучающей помощи.
- Число клиентов вовлеченных в работу групп родственников и друзей алкоголиков, наркоманов, игроков (Ал-Анон, Нар-Анон, И-Анон) и других групп самопомощи.

Раннее вмешательство

Целевые группы:

- Лица с положительными данными по скрининговыми тестам.
- Лица обратившиеся в поликлиническую службу, центры здоровья в связи с обострением хронических заболеваний в связи с употреблением алкоголя или наркотических средств.
- Пациенты отделений скорой помощи госпитализированных в состоянии опьянения или получивших травму в состоянии опьянения и обратившиеся в отделение травматологии.
- Лица совершившие уголовные преступления или административные правонарушения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
- Жертвы преступлений находившихся в состоянии алкогольного опьянения.

«Раннее вмешательство» — это короткие целенаправленные дискуссии, проводимые по определенной схеме медицинским персоналом и способствующие снижению уровня потребления алкоголя у индивидов, у которых диагностируется «употребление алкоголя с вредными последствиями». Вмешательство представляет собой беседу с пациентом, в которой предоставляется информация об употреблении пациентом алкоголя, с намерением помочь ему измениться (прекратить употребление или

уменьшить его). Краткосрочные вмешательства служат тому, чтобы помочь осознать неблагоприятное влияние употребления алкоголя и мотивировать к изменению поведения. Содержат следующие компоненты: обратная связь о неблагоприятном влиянии алкоголя, сравнение уровня потребления алкоголя индивидом с общепринятыми нормами, а также обсуждение отрицательного влияния употребления алкоголя.

Критерии эффективности:

- Число проведенных кратких вмешательств.
- Число лиц, направленных на специализированное наркологическое лечение и реабилитацию.
- Уровень повторных обращений пациентов за консультацией.
- Снижение объема, частота и паттерна употребления ПАВ.
- Доля пациентов отказавшихся от употребления ПАВ.

Первичное мотивационное консультирование

Целевые группы:

- Испытуемые с положительными результатами скрининговых тестов.
- Лица госпитализированные в стационар с обострением хронических заболеваний в связи с употреблением алкоголя и/или ПАВ.
- Лица госпитализированные в связи с алкогольным психозом или интоксикационным психозом.
- Лица совершившие уголовные преступления или административные правонарушения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
- Лица, совершившие суицидальную попытку в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
- Участники ДТП в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

- Лица задержанные за управление автотранспортом в пьяном виде или в состоянии наркотического опьянения.
- Лица первично обратившиеся за наркологической помощью.
- Пациенты проходящее наркологическое лечение.

Первичное мотивационное консультирование — целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными. Происходит осознание необходимости изменения поведения, и выявляются предпосылки изменений, усиливается мотивация. Мотивационное консультирование является не конфронтационным методом, призванным стимулировать благоприятное отношение к изменению привычного проблемного поведения. Этот подход позволяет усиливать ощущение несоответствия между действительной и желаемой ситуацией и выявлять амбивалентное отношение к злоупотреблению алкоголем или ПАВ. Мотивационное интервью разработано специально для того, чтобы помочь принять решение об участии в дальнейшей реабилитации, как в группах самопомощи, так и в профессиональных реабилитационных программах. Необходима разработка и внедрение программ и технологий мотивирования лиц к сокращению или отказу от потребления ПАВ.

Критерии эффективности:

- Общее число направленных на консультацию пациентов.
- Количество проведенных консультаций.
- Доля проконсультированных пациентов, давших согласие на наркологическое лечение.
- Число пациентов согласившихся на участие в программе реабилитации после проведения мотивационного консультирования.

- Число пациентов вовлеченных в работу групп Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов, Анонимных Игроков и других, альтернативных 12-ти шаговым моделям группам самопомощи.

Неотложная наркологическая помощь

Целевые группы:

— Пациенты наркологической службы (государственной и негосударственной) и неотложных медицинских служб.

Неотложная наркологическая помощь является наиболее близкой к традиционным формам оказания наркологической помощи в России. Регламентируется в соответствии со «Стандартами оказания наркологической помощи» и «Порядками оказания наркологической помощи». Реализуется путем пребывания пациента, как в стационарных, так и в амбулаторных реабилитационных отделениях с последующем динамическом наблюдением. Лечебные мероприятия проводятся среди лиц, страдающих абстинентным синдромом при длительном злоупотреблении ПАВ. Дезинтоксикацию можно определить как процесс, в рамках которого пациенту оказывается медицинская помощь и проводятся фармакотерапевтические мероприятия, с тем, чтобы обеспечить его воздержание от наркотиков и нормальное функционирование организма с минимальными соматическими и эмоциональными расстройствами.

Этапы лечебно-диагностических мероприятий:

- Диагностика (выявление) потребляющих ПАВ пациентов. На этом этапе проводятся постановка диагноза, определение целесообразности лечебных мероприятий, постановка целей лечения, выбор лечебной программы, формирование мотивации на лечение. С пациентом, как правило, заключают письменный терапевтический контракт (договор), в котором отражены его права, обязанности и ответственность, а также права, обязанности

и ответственность врача (а иногда — и других медицинских и иных работников, участвующих в оказании наркологической помощи). Для повышения мотивации пациентов может использоваться мотивационное психологическое консультирование. Проводится как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Данный этап занимает от 1 до 5 дней.

- Прекращение приема ПАВ (детоксикация). Основной целью являются лечение состояния отмены, а также усиление мотивации пациента для дальнейшего лечения синдрома зависимости. Лечение проводят как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Этот этап занимает от 1 недели до 1 месяца в зависимости от типа ПАВ.
- Лечение синдрома зависимости включает подавление влечения к ПАВ и стабилизацию состояния трезвости путем применения индивидуальной мотивационной и групповой поддерживающей психотерапии и психологической коррекции, а при необходимости и использование лекарственных средств с доказанной эффективностью.

Главными целями этого этапа являются безопасное лечение осложнений, обеспечение воздержания от ПАВ и формирование у пациента установки на реализацию стратегий осуществления когнитивных и поведенческих изменений, которые должны лечь в основу дальнейших усилий по реабилитации. Одна лишь дезинтоксикация не приводит к полному выздоровлению пациента; этот этап следует рассматривать как подготовку к продолжительному лечению, которое преследует цель поддерживать воздержание от ПАВ и способствовать реабилитации пациента.

Общие принципы, цели лечения, ожидаемые результаты и критерии эффективности

Цель лечения острой интоксикации ПАВ: устранение интоксикации, предупреждение развития и лечение ее ослож-

нений. Ожидаемым результатом является достижение состояния трезвости, устранение осложнений интоксикации.

Цель лечения состояния отмены ПАВ:

- купирование состояния отмены,
- предупреждение развития и лечение его осложнений.

Ожидаемые результаты лечения состояния отмены:

- стабилизация психического и соматического состояния;
- отсутствие влечения к ПАВ, обусловленного состоянием отмены;
- формирование мотивации пациента на прекращение употребления ПАВ (на снижение частоты и объемов употребления ПАВ; на прекращение рискованных видов потребления ПАВ (их сочетаний).

Цель лечения психотических расстройств вследствие употребления ПАВ:

- купирование симптомов и лечение осложнений.

К ожидаемым результатам лечения относят:

- отсутствие бреда и галлюцинаций;
- наличие критики к перенесенному психотическому расстройству;
- осознание связи психотических расстройств и употребления ПАВ.

Цель лечения при резидуальных и отсроченных психических расстройствах вследствие употребления ПАВ:

- купирование симптоматики,
- лечение сопутствующих психических (соматических) расстройств и
- улучшение социального функционирования пациента.

К ожидаемым результатам лечения относят:

- предупреждение прогрессирования расстройств;
- предупреждение развития стойкой нетрудоспособности;
- сохранение способности к самостоятельному проживанию;
- достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента.

Условия лечения

Лечение острой интоксикации: при необходимости неотложная помощь оказывается врачом скорой медицинской помощи или иным врачом-специалистом, затем рекомендуется госпитализация в отделение токсикологии либо в отделение реанимации (интенсивной терапии). Длительность лечения острой интоксикации в стационаре составляет от 1 до 5–10 дней.

Лечение при употреблении ПАВ с вредными последствиями осуществляется амбулаторно.

Длительность лечения:

- при употреблении ПАВ с вредными последствиями составляет амбулаторно — до 1–3 месяцев.

Лечение при синдроме зависимости от ПАВ: в стационаре — при наличии резидуальных психотических расстройств и желании пациента, при безуспешном амбулаторном лечении в анамнезе, наличии неблагоприятного социального окружения, отсутствие поддержки родственников; амбулаторно — в остальных случаях.

Длительность лечения при синдроме зависимости составляет:

- в стационаре — от 14 дней до 2 месяцев,
- амбулаторно — до 3 –12 месяцев;
- при необходимости — неограниченно долгое время.

Лечение синдрома отмены. Показания к лечению в стационаре:

- отсутствие поддержки со стороны родственников;
- зависимость от двух и более ПАВ, сопутствующее употребление анксиолитических средств из группы бензодиазепинов (седативных средств из группы барбитуратов);
- прошлые неудачи амбулаторного лечения;
- легкий доступ к ПАВ в амбулаторных условиях;
- другие зависимости от ПАВ в анамнезе;
- расстройства поведения, сопровождающие прекращение употребления ПАВ;
- повторная рвота и невозможность приема жидкости внутрь;

- агрессивные и суицидальные тенденции;
- затрудняющие лечение в амбулаторных условиях сопутствующие психические расстройства, в том числе расстройства личности;
- декомпенсированные хронические соматические заболевания;
- острое соматическое заболевание;
- отсутствие возможности частого контакта с пациентом;
- черепно-мозговая травма в анамнезе;
- состояние отмены ПАВ с судорогами в анамнезе.

Лечение синдрома отмены в амбулаторных условиях проводится при отсутствии осложнений, отказе пациента от госпитализации, а также наличии медицинских или социальных противопоказаний.

Длительность лечения синдрома отмены в амбулаторных и стационарных условиях составляет от 7–14 до 28 дней.

Лечение психотических расстройств осуществляется, как правило, в стационаре. Длительность лечения психотических расстройств в стационаре — до 2–4 недель.

Лечение при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах:

- стационарное — при неоднократных неудачных попытках прекращения потребления ПАВ амбулаторно и при желании пациента;
- амбулаторное и полустационарное (отделение дневного пребывания) — в остальных случаях.

Длительность стационарного лечения при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах — до 2 месяцев, амбулаторного лечения — неопределенно долго.

Критерии эффективности:

- Число пациентов, доставленных службой скорой помощи в медицинские учреждения.
- Число больных, которым оказана помощь по устранению интоксикации, купированию состояния отмены.

- Снижение числа случаев развития стойкой нетрудоспособности.
- Снижение смертности от осложнений.

Предотвращение срывов и рецидивов

Целевые группы:

— Пациенты с установленным диагнозом наркологического заболевания, но не утратившие способности к социально-психологической адаптации и резильентности.

Социально-психологическая адаптация — процесс и результат активного приспособления человека к изменяющейся среде с помощью различных социальных средств. Уровень социально-психологической адаптации является результатом сформированности профессиональных навыков, социально-бытовых умений, культуры межличностных и социальных отношений, навыков здорового образа жизни и самопринятия. Показателем успешной социальной адаптации является высокий социальный статус индивида в данной среде, а также его удовлетворенность этой средой в целом. Показателем неуспешной социальной адаптации является перемещение индивида в иную социальную среду либо отклоняющееся, антисоциальное поведение.

Данный этап направлен на предупреждение срывов и рецидивов синдрома зависимости и ориентирован на пациентов, у которых уже не отмечаются тяжелые физиологические или эмоциональные последствия недавнего злоупотребления ПАВ. Цели этого этапа заключаются в том, чтобы предотвратить возврат к активному злоупотреблению ПАВ, помочь пациенту научиться сдерживать позывы к злоупотреблению ПАВ или азартными играми и помочь ему восстановить или улучшить свое здоровье и социальный статус. Мероприятия по предотвращению срывов и рецидивов включает в себя психотерапию, психокоррекционную психологическую помощь и социальную работу с пациентом после достижения воздержания от употребления ПАВ.

Важным аспектом оценки и лечения зависимостей является психологическая диагностика лиц зависимых от ПАВ. Для этой цели рекомендуется, в первую очередь, использовать те инструменты, которые широко распространены в мире, переведены на русский язык и адаптированы для использования в Российской Федерации. В качестве примера можно привести «Индекс тяжести зависимости» — Addiction Severity Index (EuropASI). В частности, версию, переведенная и адаптированную в Республике Беларусь — «Белорусский Индекс Тяжести Зависимости» (BASI) и «Наркологический профиль Модсли» — The Maudsley Addiction Profile (MAP). Эти инструменты могут использоваться как для исследования, так и для динамического мониторинга.

Во многих случаях хорошим инструментом является «График потребления ПАВ» — Time Line Followback (TLFB). График потребления ПАВ представляет собой бланк ретроспективной оценки пациентом своего ежедневного потребления ПАВ за последний месяц.

Для простейшей психометрической оценки аддитивного влечения целесообразно применить достаточно несложную, но информативную «Визуальную аналоговую шкалу», которая представляет собой прямую линию длинной 10 см, концы которой соответствуют крайним степеням интенсивности влечения («нет влечения» на одном конце, «непреодолимое влечение» — на другом). Пациенту предлагают сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент ощущений. Расстояние концом линии «нет влечения» и сделанной пациентом отметкой измеряют в сантиметрах и округляют.

Для многомерной оценки аддиктивного влечения рекомендуется применять «Обсессивно-компульсивную шкалу алкоголизации» — Obsessive Compulsive Drinking Scale. Шкала разработана на основе обсессивно-компульсивной шкалы Йеля-Брауна и предназначена для самооценки пациентом идеаторных проявлений отношения к алкоголю за последнюю неделю. Шкала позволяет выявить интенсивность

аддиктивного влечения, зафиксировать частоту и продолжительность появления мыслей, побуждений, связанных с употреблением алкоголя. Провести оценку того, насколько эти побуждения мешали, вызывали стресс или беспокойство и сколько усилий приходилось прилагать пациенту для противостояния им. Анализ особенностей отношения к алкоголю, проводимый самим пациентом, является как диагностическим тестом, так и обучающей самонаблюдению и рефлексии процедурой.

«Обсессивно-компульсивная шкала наркотизации» — Obsessive Compulsive Drug Use Scale — является модифицированным опросником для лиц зависимых от употребления наркотиков. Шкала помогает определить степень выраженности навязчивых мыслей о наркотике и позволяет оценить способность пациента контролировать свое поведение.

Для клинической оценки симптомов коморбидных психических расстройств можно использовать «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R).

Для оценки качества жизни можно применять «Опросник ВОЗ КЖ-100». Опросник позволяет оценить структуру восприятия индивидом его физического и психологического состояния, уровня независимости, межличностных отношений и личных убеждений. Оценке подлежали 6 крупных сфер: физическая сфера, психологическая сфера, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера. Также для оценки качества жизни можно использовать «Шкала качества жизни» (Health Status Survey SF-36).

Социальное функционирование пациентов можно оценить при помощи «Шкалы показателей социального функционирования у больных с синдромом зависимости Е. О. Бойко». Данная шкала позволяет количественно оценить уровень социального функционирования в таких сферах, как трудовая деятельность, семейные отношения, контакты с друзьями и знакомыми, самообслуживание, структурирование свободного времени.

Дополнительно можно использовать:

1. «Шкала депрессии Бека» — рекомендуется к использованию, так как при относительно невысоком уровне депрессии самооценочные шкалы могут быть чувствительнее, чем клинический метод.
2. «Шкала тревоги Спилбергера — Ханина» используется для уточнения структуры тревоги и оценки ее динамики
3. «Госпитальную Шкалу Тревоги и Депрессии» (HADS) простой в использовании скринговый инструмент содержащий 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики тревоги и депрессии.
4. «Шкала семейного окружения» — Family Environment Scale (FES). Методика предназначена для оценки внутрисемейного климата и состоит из 90 утверждений, позволяющих измерить три группы показателей, сгруппированных в десять шкал.

При реализации стратегий направленных на профилактику возникновения срыва или рецидива рекомендуется подход, мотивирующий пациента к изменению стиля употребления ПАВ, сокращению негативных последствий или полному воздержанию. Предотвращению срывов и рецидивов способствует повышение качества жизни, нормативных уровней притязаний, восстановление эмоциональной адекватности и развитие резильентности — способности с достоинством преодолевать жизненные трудности, строить нормальную полноценную жизнь в реальных условиях, при наличии самых разнообразных жизненных проблем.

Обязательным является проведение когнитивно-поведенческой и мотивационной психотерапии, тренинга развития социальных навыков и совладания со стрессом. Когнитивно-поведенческие вмешательства представляют собой комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами. Методики включают в себя функциональный анализ про-

блемного поведения, когнитивное реструктурирование, самоконтроль, управление рисками, образом жизни и способами предупреждения рецидивов. Важным этапом мотивационной и когнитивно-поведенческой психотерапии является формирование устойчивого психотерапевтического альянса и сотрудничества специалиста и пациента. Помощь в осознавании проблемного поведения, усиление мотивации на лечение, преодоление стигматизации, пессимизма и чувства безнадежности. Научение навыкам выявлять ситуации повышенного риска возникновения срыва, развития способности конструктивно справляться с ними, либо избегать их. Факторы риска включают в себя ситуации межличностного взаимодействия (конфликт, гнев по отношению к другому и т. п.) и личностные состояния (влечение к ПАВ, негативное мышление и др.), которые вызывали употребление ПАВ у пациента до лечения.

Необходимо вовлечение пациентов в подготовительные сеансы к участию в группах самопомощи. Такие сеансы представляют собой одну из форм структурированных вмешательств, способствующих вовлечению пациентов в группы Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов и др. Цель подготовительных сеансов — преодоление сопротивления, страха социальных контактов и предоставление информации о деятельности групп самопомощи. Вмешательство представляет собой побуждение присоединения к сообществу и способствует профилактике преждевременного выбывания из групп самопомощи. Группы самопомощи — основа лечебной субкультуры для людей с различными патологическими формами зависимого поведения. 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 доступны, бесплатны для их участников и ориентированы на активную работу над собой самого человека. На группах происходит живое общение людей с подобными проблемами, готовыми поделиться своим опытом и надеждами на выздоровление. Группы самопомо-

щи предоставляют участникам поддержку, снабжают информацией, дают возможность вербализовать свои проблемы, страхи и тревоги. Работа в группах самопомощи предполагает длительное участие человека в программе профилактики рецидива и в результате, которого у участников происходят перемены не только в поведении, но и в мировоззрении, системе ценностей, взглядов и убеждений.

С целью объективизации результатов и контроля в период лечения рекомендуется регулярно проводить исследования на наличие ПАВ в биологических средах. Об эффективности этого этапа лечения можно судить по конечным результатам в трех областях, которые имеют значение, как для пациента, так и для системы общественного здравоохранения и общественной безопасности:

- прекращение или сокращение употребления алкоголя и наркотиков;
- укрепление здоровья и социального статуса;
- ослабление угрозы для общественного здравоохранения и безопасности общества.

Угроза для общественного здравоохранения и безопасности общества со стороны лиц, злоупотребляющих ПАВ, является результатом различных форм поведения, которые приводят к распространению инфекционных заболеваний (в том числе через кровь в результате полового сношения без презерватива и общего пользования иглами и другим инъекционным инструментарием), и совершения противоправных действий и преступлений с целью финансирования или продолжения злоупотребления ПАВ.

Критерии эффективности:

- Число пациентов, находящихся под наблюдением наркологической службы.
- Доля пациентов, сохраняющих ремиссию, из контингента больных.

- Уменьшение симптомов зависимости (в баллах), измеряемого посредством методики «Индекс Тяжести Зависимости».
- Время возвращения к употреблению алкоголя или наркотиков после проведения лечения.
- Улучшение показателей качества жизни.

Медико-социальная реабилитация

Целевые группы:

— Пациенты с установленным диагнозом наркологического заболевания и утративших социально-психологическую адаптацию.

Социально-психологическая дезадаптация — проявляется в использовании личностью малоэффективных и деструктивно-патологических форм и способов приспособления и выживания; отсутствие перспективы и неспособность изменить их на более адаптивные.

- Способы причиняющие значительный вред здоровью с большим риском летального исхода.
- Отсутствие, утрата, или не способность осознать и вербализировать свои потребности, смыслы, цели и возможные способы их реализации.
- Мышление, эмоциональные реакции, поведение и личностные смыслы и цели, сильно отклоняющиеся от принятых в обществе, и носящее антисоциальный характер.
- Нарушения в эмоционально-когнитивной сфере, регулярно приводящие к внутренним конфликтам и проблемам с другими людьми.
- Частичная или полная утрата способности построения причинно — следственных связей между мировоззрением, поведением и проблемами в одной или нескольких сферах жизнедеятельности.
- Ригидная система психологических защит и способов реагирования на изменяющиеся внешние воздействия социальной среды.

- Наличие системы внешнеобвиняющих реакций и уход от личной ответственности за проживание своей жизни и ее событий; алогичное отстаивание своей правоты.
- Не способность видеть и пользоваться внутренними и внешними ресурсами, убежденность в невозможности позитивных изменений в будущем.
- Неспособность к самообеспечению и трудовой деятельности.

В п. 78 «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» указано: «Решение задач национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации в среднесрочной и долгосрочной перспективе достигается путем: *формирования национальных программ (проектов) по лечению социально значимых заболеваний (онкологические, сердечнососудистые, диабетологические, фтизиатрические заболевания, наркомания, алкоголизм) с разработкой единых общероссийских подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов…*».

Пациенты участники программы реабилитации — это лица, находящееся в трудной жизненной ситуации в связи со злоупотреблением ПАВ, проходящие реабилитацию с целью восстановления адекватного нормативному социуму личностного и социального статуса. Медико-социальная реабилитация может осуществляться в условия стационара (реабилитационное отделение), амбулаторно (дневной стационар наркологического диспансера или наркологичекой больницы), в специализированном реабилитационном центре, в терапевтическом сообществе, в «доме на пол — пути» или на группах само и взаимопомощи. А так же может быть реинтегрирована в систему ФСИН и прочие профильные учреждения, в которых могут длительное время, находится пациенты целевой группы.

Стационарная, медико-социальная реабилитация проводится на закрытой территории. Амбулаторная, или постлечебная медико-социальная реабилитация проводится в рамках дневного посещения пациентами отделения реаби-

литации, для прохождения мероприятий. Длительность амбулаторной программы от одного до шести месяцев.

Реабилитация осуществляемая в специализированном закрытом реабилитационном центре (Миннесотская модель РЦ) предполагает проживание пациентов и прохождение интенсивной групповой психотерапии и психокоррекции. Важным аспектом психокоррекционной работы является работа по программе 12-ти шагов, с целью осознания и принятия пациентами собственной болезни и необходимости длительной профилактики срыва. А так же формирование навыков преодоления отрицания и сопротивления лечению, повышение мотивации на трезвость, изменение и выработка собственной системы ценностей, основанной на трезвости. Основную работу в РЦ по Миннесотской модели выполняют консультанты по химическим зависимостям, из числа профессионально обученных, бывших пациентов.

Терапевтические сообщества (ТС) — включает программы, основанные на методологии терапевтических сообществ (Phoenix House, Gateway, Daytop, Монар и т. д.). Модель лечения средой осуществляемая в ТС предусматривает длительное психологическое лечение (не только проживание) при котором пациенты остаются в местах, где проводится лечебная программа на срок от шести месяцев, до двух лет. Данные программы, всегда основаны на полном воздержании, (абстиненции), могут включать индивидуальную и групповую терапию, обучающие группы. Одним из важнейших компонентов подхода ТС, является самоуправление. Четкая иерархия, распределение функций управления и ответственности за содержание ТС, равномерно ложится на всех участников процесса и формирует у пациентов навыки социального взаимодействия.

«Дом на пол пути» — учреждение, являющиеся промежуточным звеном между терапевтической программой и возвращением пациента домой, обычно представляет собой здание, где пациенты проживают при минимуме профессионального обслуживания. «Дом на полпути» — функ-

ционирует 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 социальные навыки, такие как: навыки труда, навыки самообеспечения, выстраивания взаимоотношений в трезвости и т. д. Эта программа является завершающим этапом приобретения лицом, страдающим зависимостью от ПАВ достаточного комплекса качеств, необходимых для жизни в условно нормальном социуме. Находясь в «доме на полпути», пациенты могут получать амбулаторное консультирование, социальные услуги, выходить из здания по собственному усмотрению или покидать его с сопровождающим.

Комплекс реабилитационных мероприятий реализуется членами наркологической бригады, представляющей собой команду специалистов в области реабилитации, в которую входят: врач психиатр-нарколог, медицинский (клинический) психолог, специалист по социальной работе, инструктор по труду и др. В результате их взаимодействия обеспечивается поэтапное решение задач реабилитационного процесса. Реабилитационный процесс в любой реабилитационной среде осуществляется при обязательном участии врача психиатра-нарколога, который выступает либо как член наркологической бригады, либо как консультант (например, в общинах, группах взаимопомощи, конфессиональных учреждениях и т. п.).

Реабилитационный процесс должен учитывать био-психо-социо-духовные аспекты. Внимание членов наркологической бригады, должно фокусироваться на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами. Лицо, находящееся в трудной жизненной ситуацию в связи со злоупотреблением психоактивными веществами, почти всегда имеет проблемы во многих других областях жизни. Эти проблемы могут быть как результатом

сформированной зависимости, так и ее причиной. Эти проблемы могут включать в себя:

— проблемы физического здоровья;

— состояние психического здоровья;

— проблемы взаимоотношений с другими людьми и с семьей;

— проблемы включенности в социальные связи и социальной поддержки;

— проблема доступа к услугам правовой, социальной и медицинской направленности;

— проблемы с законом;

— финансовые и долговые проблемы;

— проблемы трудоустройства;

— проблемы обучения и образования;

— проблемы, связанные с проведением свободного времени и отдыха;

— проблемы, связанные с жильем;

— проблемы с азартными играми;

— проблемы, связанные с кризисом отсутствия, или утраты личностных целей и смыслов.

В связи с этим необходимо комплексное, последовательное выявление всех био-психо-социо-духовных проблем связанных со злоупотреблением ПАВ. Реабилитационные мероприятия следует планировать с учетом идентифицированных проблем и степени их выраженности. Реабилитация зависимых от ПАВ должна включать определение приоритетов в получении помощи, осуществление последовательных шагов при ее реализации и индивидуальную дифференциацию компонентов лечебно-профилактических и социальных услуг.

Реабилитация зависимых от ПАВ предполагает проведение комплексной интенсивной групповой психотерапии и психокоррекции, цель которой выработка психологических и социальных навыков жизни без злоупотребления алкоголем или ПАВ. Содержанием комплексной интенсивной групповой психотерапии являются социально-психологиче-

ское моделирование различных жизненных ситуаций, с которыми сталкивается пациент, страдающий зависимостью от ПАВ. В группе заложены психотерапевтические возможности, которые занимают очень незначительное место в индивидуальной психотерапии. Это, прежде всего межличностное (социальное) обучение, позволяющее более глубоко познакомиться со стилем своего общения с другими людьми и возможность приобрести более эффективные социальные навыки. Групповая психотерапия дает участнику реабилитации возможность моделировать свое поведение, получить поддержку при экспериментировании с новыми способами жизнедеятельности, обмениваться позитивным опытом, методами решения проблем и учиться на примере других участников. Важным аспектом является профилактика срыва, развитие умения отказываться и говорить «нет»; формирование навыков преодоления отрицания своего заболевания и сопротивления лечению, повышение мотивации на трезвость.

Согласно плану мероприятий по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года: пункт 2.3.1. «Медико-социальная реабилитация больных наркоманией» Минздравсоцразвития России и заинтересованные федеральные органы исполнительной власти до 2011 года должны были: «Разработать программу развития медико-социальной реабилитации, включающую в себя внедрение современных методов медико-социальной реабилитации и ресоциализации больных наркоманией, малозатратных технологий и стационарозамещающих форм оказания реабилитационной помощи».

Принципиальное значение в организации реабилитационного процесса имеет привлечение бывших пациентов, прекративших злоупотребление, для психологической поддержки и социального сопровождения пациентов. В конечном счете, это окажет благоприятное воздействие в формировании и укреплении мотивации достижения успеха на пути к сокращению частоты и продолжительности рецидивов и в достижении устойчивой ремиссии.

Не менее важное влияние на качество и дальнейшую эффективность лечения, абилитации и реабилитации оказывает уровень подготовки специалистов, их практический опыт и возможность проходить обучение и повышение квалификации. Общая философия и точка зрения на проблему зависимого поведения и способов ее лечения и реабилитации.

Реабилитационные мероприятия независимо от условий их проведения, методики, теоретического обоснования или методов реабилитации преследуют следующие четыре цели:

- поддерживать достигнутое на этапе дезинтоксикации–стабилизации улучшение физического или эмоционального состояния;
- продолжать и поддерживать полный отказ или значительное сокращение уровня потребления алкоголя и наркотиков;
- пропагандировать, демонстрировать и поддерживать формы поведения, которые способствуют укреплению здоровья, повышению социального статуса и ослаблению угроз для общественного здравоохранения и общественной безопасности;
- пропагандировать и поощрять изменения в поведении и образе жизни, с которыми несовместимо злоупотребление психоактивными веществами.

Социально-психологический блок медико-социальной реабилитации должен включать в себя важнейшие элементы психотерапевтической помощи и ресоциализации:

- индивидуальное консультирование;
- психодиагностику;
- мотивационную психотерапию;
- когнитивно-поведенческую психотерапию;
- тренинг навыков совладания со стрессом, релаксации;
- тренинг социальных навыков и навыков решения проблем;
- групповую психокоррекцию;
- подготовительные сеансы к участию в группах самопомощи;

- занятия физической культурой;
- трудовую терапию;
- профориентацию;
- содействие в трудоустройстве;
- работу с созависимостью.

Социальные требования к реабилитации в условиях реабилитационной структуры включают: различные социальные проекты, создающие условия для трудовой деятельности и профессионального обучения, занятия спортом, творческой деятельности, проведение досуговых мероприятий, обеспечение участников реабилитации постоянной занятостью. Социальные проекты могут быть различны по своему содержанию и включать такие формы деятельности, как производственные, сельскохозяйственные, творческие и др.

С целью объективизации результатов и контроля в период прохождения реабилитации рекомендуется регулярно проводить исследования на наличие ПАВ в биологических средах.

Критерии эффективности медико — социальной реабилитации.

- Наличие и занятость реабилитационных коек.
- Общее число участников программ реабилитации.
- Удельный вес наркологических больных, участвующих в реабилитационных программах, по отношению ко всем наркологическим больным.
- Число больных завершивших реабилитационный курс.
- Число терапевтических ремиссий у больных и их продолжительность.
- Улучшение качества жизни, приведшего к ресоциализации.
- Доля пациентов, которые вернулись к контролируемому, не приводящему к проблемам, употреблению алкоголя.
- Число бывших участников реабилитационных программ, у которых возник рецидив заболевания, но сохраняется социальная адаптация.

- Количество пациентов, которым была оказана помощь в трудоустройстве и решении социально-бытовых проблем.
- Доля пациентов вовлеченных в работу групп Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов и других групп самопомощи.
- Отслеживание состояния лиц, прошедших реабилитацию в течении 3–5 лет.

К показателям результата (на примере алкогольной зависимости) относятся: общее количество трезвых дней в году, время первого употребления алкоголя, время срыва (более пяти стандартных порций алкоголя за один день), уменьшение частоты употребления алкоголя (снижение интенсивности употребления), сокращение обычных дневных (разовых) доз потребления алкоголя, снижение количества дней тяжелого пьянства.

Обобщенные критерии эффективности наркологической помощи

	Задача	Целевые группы	Критерии эффективности
1	**Формирование культуры здорового образа жизни**	Население Российской Федерации	• Снижение спроса на ПАВ, проявляющегося в снижении уровня потребления. • Снижение уровня показателей административных правонарушений, в т. ч. ДТП и криминальных действий, связанных с употреблением алкоголя и/или ПАВ. • Снижение уровней заболеваемости и смертности от осложнений, связанных с употреблением ПАВ. • Сокращение времени между началом наркологического заболевания и временем обращения за медицинской и реабилитационной помощью. • Увеличение числа гражданских инициатив, изменение отношения общества к употреблению алкоголя, наркотиков, табака и участия в азартных играх.

	Задача	Целевые группы	Критерии эффективности
2	**Раннее выявление лиц, входящих в группы риска (скриниг)**	Несовершеннолетние: 1.1 Несовершеннолетние правонарушители. 1.2 Дети с диагнозом СДВГ. 1.3 Дети и подростки, ранее пробовавшие ПАВ. 1.4 Бездомные дети. 1.5 Дети и несовершеннолетние, воспитывающиеся в условиях длительного психологического или физического насилия. 1.6 Переставшие посещать школу, или регулярно ее прогуливающие. Совершеннолетние: 2.1 Пациенты проходящие лечение или наблюдающиеся по поводу тревожных расстройств (включая ПТСР и социальное фобическое расстройство), панических атак, депрессии. 2.2 Лица со склонностью к рискованному поведению и импульсивностью. 2.3 Социально уязвимые, бездомные граждане. 2.4 Лица, совершившие административные правонарушения и уголовные преступления. 2.5 Граждане, занимающиеся трудовой деятельностью, связанной с повышенным риском здоровью, работающих в экстремальных условиях, управляющих транспортом и механизмами, а так же сотрудников силовых и охранных структур.	• Число проведенных обследований. • Число лиц с установленным проблемным употреблением, направленных на консультацию и лечение. • Доля выявленных лиц с зависимостью из групп риска.

	Задача	Целевые группы	Критерии эффективности
3	**Предупреждение формирования зависимости у групп риска**	Население Российской Федерации входящее в группы риска. В группу риска входят: • Лица выявленные в результате проведенных скрининга • Лица, совершившие административные правонарушения и уголовные преступления в состоянии опьянения. • Пациенты находящиеся на наблюдении с диагнозом «пагубное употребление алкоголя» и «пагубное употребление ПАВ». • Лица которым была оказана медицинская помощь в связи с случайным отравлением ПАВ	• Число лиц с проблемным употреблением ПАВ, выявленных специалистами первичного звена системы здравоохранения (терапевты, семейные врачи). • Рост первичной обращаемости за консультацией по поводу проблемного употребления алкоголя или алкогольной, табачной, наркотической или игровой зависимости. • Снижение уровня заболеваемости алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями игровой зависимостью. • Снижение смертности от случайных отравлений ПАВ, психозов, сопутствующих соматических и инфекционных заболеваний.

	Задача	Целевые группы	Критерии эффективности
4	**Уменьшение вреда от ПАВ**	Население Российской Федерации входящие в группы риска. • Лица, злоупотребляющие ПАВ. • Граждане, совершившие правонарушения в состоянии одурманивания или правонарушения связанные с незаконным оборотом ПАВ.	• Снижение уровня индивидуального употребления ПАВ. • Изменение паттернов употребления ПАВ на менее рискованное. • Количество утилизированных «грязных» шприцев. • Число проведенных тестирований на наличие ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. • Количество проведенных до-тестовых и после-тестовых консультирований по вопросам ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП. • Увеличение количества спасенных жизней в результате предоставления антидота. • Сокращение первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и ИППП. • Увеличение числа ВИЧ+ лиц, приверженных к АРВ-терапии среди ПИН. • Число наркологических больных, решивших пройти лечение и реабилитацию.

	Задача	Целевые группы	Критерии эффективности
5	**Семейное консультирование**	• Родителей детей (несовершеннолетних) из группы риска. • Родители, родственники и друзья лиц из группы риска (совершеннолетних).	• Число проведенных консультаций. • Показатель повторных обращений. • Число семей, принявших участие в долгосрочных программах оказания психокоррекционной и обучающей помощи. • Число клиентов вовлеченных в работу групп родственников и друзей алкоголиков, наркоманов, игроков (Ал-Анон, Нар-Анон И-Анон) и других групп самопомощи.
6	**Раннее вмешательство**	• Лица с положительными результатами по скрининговыми тестам. • Больные обратившиеся в поликлиническую службу, центры здоровья в связи с обострением хронических заболеваний в связи с употреблением алкоголя. • Пациенты отделений скорой помощи госпитализированных в состоянии опьянения или получивших травму в состоянии опьянения и обратившиеся в отделение травматологии. • Граждане, совершившие уголовные преступления или административные правонарушения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. • Жертвы преступлений находившихся в состоянии алкогольного опьянения.	• Число проведенных кратких вмешательств. • Число лиц, направленных на специализированное наркологическое лечение и реабилитацию. • Уровень повторных обращений пациентов за консультацией. • Снижение объема, частота и паттерна употребления ПАВ. • Доля пациентов отказавшихся от употребления ПАВ.

	Задача	Целевые группы	Критерии эффективности
7	**Первичное мотивационное консультирование**	• Испытуемые с положительными результатами скрининговых тестов. • Лица госпитализированные в стационар с обострением хронических заболеваний в связи с употреблением алкоголя и или ПАВ, в связи с интоксикационным психозом, передозировками. • Лица совершившие уголовные преступления или административные правонарушения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. • Лица, совершившие суицидальную попытку в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. • Лица задержанных за управление автотранспортом в пьяном виде или в состоянии наркотического опьянения. • Лица первично обратившиеся за наркологической помощью. • Пациенты проходящее наркологическое лечение.	• Общее число лиц, направленных на консультацию. • Количество проведенных консультаций. • Доля проконсультированных пациентов, давших согласие на наркологическое лечение. • Число пациентов согласившихся на участие в программе реабилитации. • Число пациентов вовлеченных в работу групп Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов и других групп самопомощи.
8	**Неотложная наркологическая помощь**	• Пациенты наркологической службы (государственной и негосударственной) и неотложных медицинских служб.	• Число пациентов, доставленных службой скорой помощи в медицинские учреждения. • Число больных, которым оказана помощь по устранению интоксикации, купированию состояния отмены. • Снижение числа случаев развития стойкой нетрудоспособности. • Снижение смертности от острых состояний.

	Задача	Целевые группы	Критерии эффективности
9	**Предотвращение срывов и рецидивов**	• Пациенты с установленным диагнозом наркологического заболевания, но не утратившие способности к социально-психологической адаптации.	• Число пациентов, находящихся под наблюдением наркологической службы. • Доля пациентов, сохраняющих ремиссию, из контингента больных. • Уменьшение симптомов зависимости (в баллах), измеряемого посредством методики «Индекс Тяжести Зависимости». • Время возвращения к употреблению алкоголя или наркотиков после проведения лечения. • Улучшение показателей качества жизни.

	Задача	Целевые группы	Критерии эффективности
10	**Медико-социальная реабилитация**	Пациенты с установленным диагнозом наркологического заболевания, утратившие способность к социально-психологичекой адаптации.	• Наличие и занятость реабилитационных коек. • Общее число участников программ реабилитации. • Удельный вес наркологических больных, участвующих в реабилитационных программах, по отношению ко всем наркологическим больным. • Число больных завершивших реабилитационный курс. • Число терапевтических ремиссий у больных и их продолжительность. • Улучшение качества жизни, приведшего к ресоциализации. • Доля пациентов, которые вернулись к контролируемому, не приводящему к проблемам, употреблению алкоголя. • Число бывших участников реабилитационных программ, у которых возник рецидив заболевания, но сохраняется социальная адаптация. • Количество пациентов, которым была оказана помощь в трудоустройстве и решении социально-бытовых проблем. • Доля пациентов вовлеченных в работу групп Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов и других групп самопомощи. • Отслеживание состояния лиц, прошедших реабилитацию в течении 3–5 лет.

Система мониторинга и оценки преодоления последствий злоупотребления ПАВ

Целесообразным представляется создание системы мониторинга и оценки (МиО) злоупотребления ПАВ и эффективности наркологической помощи в преодолении вредных последствий.

Создание системы МиО предусматривает разработку индикаторов оценки наркологической ситуации в регионах России, показателей эффективности наркологической службы и наркологической помощи на базе интернет-системы с различными уровнями доступа для региональных координаторов, возможностью добавления в систему значений индикаторов с возможностью оперативной автоматической оценки обобщенных показателей головным центром МиО. При этом, лица занимающиеся принятием управленческих решений смогут оперативно отслеживать показатели ключевых индикаторов и перенаправлять усилия наркологической службы в соответствии с потребностями.

Ключевые индикаторы ассоциированные с вредными последствиями употребления ПАВ:

1. Уровень среднедушевого потребления алкоголя.
2. Средний возврат начала употребления алкоголя.
3. Средний возврат начала употребления ПАВ, участия в азартных играх.
4. Динамика первичной заболеваемости алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями курение игровая зависимость.
5. Увеличение динамика обращаемости за наркологической помощью.
6. Число лиц задержанных в состоянии опьянения, управляющих транспортным средством.
7. Число ДТП с участием водителей в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.
8. Число преступлений совершенных в состоянии опьянения.

9. Число административных правонарушений
10. Уровень первичной заболеваемости острым алкогольным гепатитом, алкогольным циррозом печени, алкогольным панкреатитом, алкогольной полинейропатией и т. д.
11. Число случаев алкогольных психозов и интоксикационных психозов.
12. Число острых алкогольных отравлений и передозировок наркотиками.

Глава 2.
Наркология сегодня: между Минздравом, ФСКН и Гражданским обществом

Введение

В данной главе приведен обзор и анализ нормативно-правовых актов, проектов и постановлений Правительства РФ, ФГУП СТАНДАРТИНФОРМа, Министерства здравоохранения РФ, Министерством образования и науки и ФСКН России за период 2011–2013 годы. Помимо этого рассмотрены опыт, практика и технологии работы институтов гражданского общества.

Минздрав

Эффективность лечения в государственных наркологических больницах и наркологических диспансерах (НД) крайне низкая, так например, количество пациентов с наркотической зависимостью, снимаемых с наблюдения в связи с выздоровлением (под «выздоровлением» понимается воздержание от употребления наркотиков три года и более), колеблется от 1,2% до 2,6% [3].Специализированная медицинская помощь в основном ограничивается купированием синдрома отмены и острых психических, поведенческих и соматических расстройств, связанных с употреблением ПАВ. Как следствие, 90% наркозависимых, прошедших однократный курс стационарного лечения, в течение года возобновляют неконтролируемое употребление наркотиков.

На практике наркологическая помощь больным с алкогольной зависимостью также часто ограничивается психофармакотерапевтическим вмешательством и декорированным (т. е. наукообразно оформленным) шаманством (методы «Торпедо», «Кодирование» и т. п. по Е. М. Крупицкому) [4]. Рос-

---

[3] А. Софронов, Д. Константинов, В. Григорьев. Методическое пособие по мониторингу и анализу наркологической заболеваемости. Режим доступа: http://www.narcom.ru/publ/info/1001 23.08.2013 г.

[4] Крупицкий Е. М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины.//Неврологический вестник — 2010, № 3. С. 25–27.

сийское общество в целом не информировано о том, что практики так называемого «кодирования», «подшивки» и прочих разновидностей «плацебо-лечения» являются манипуляциями, основанными на нарушении врачебной этики и прав пациента, его запугивании, и не предоставлении пациенту достоверной информации о его заболевании и о научно-обоснованных методах лечения[5]. Контент-анализ запатентованных методов лечения зависимого поведения в России выявил преобладание вмешательств с однократным воздействием на ЦНС. Значительная часть их представляет опасность для пациентов, неадекватна, причудлива и научно необоснованна[6]. Подобные виды воздействия практикуются только в РФ и некоторых странах СНГ и противоречат мировой практике лечения наркологических больных. Повторность поступлений в стационары для больных алкоголизмом оставляет 29%, а длительные ремиссии (более 3-х лет) после лечения составляют менее 5%. Фактически государственные наркологические больницы превратились в центры неотложной токсикологической помощи.

Особенно трагична судьба наркозависимых людей инфицированных ВИЧ, так как барьеры доступа к лечению ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики в России носят системный характер[7]. Такие пациенты в целом имеют низкий доступ к антиретровирусной терапии (АРВТ). Наследие советской системы здравоохранения определяет влияние системных факторов в современном контексте,

---

[5] Райхель Е. Применение плацебо в постсовецком периоде: гносеология и значение в лечении алкоголизма в России. Часть I.//Неврологический вестник — 2010 — Т. XLII, № 3 С. 9–24

[6] Сошников С. С., Владимиров С. К., Сосунов Р. А., Власов В. В., Граница А. С., Смирнов А. А. Контент-анализ запатентованных методов лечения наркологических расстройств в России.//Неврологический вестник — 2011 — Т. XLIII, № 4 С. 3–7.

[7] Anya Sarang, Tim Rhodes, Nicolas Sheon. Systemic barriers accessing HIV treatment among people who inject drugs in Russia: a qualitative study.// Health Policy and Planning 2012; 1–11 The Author 2012; Режим доступа: http://rylkov-fond.org/blog/health-care/hiv/research-arv/23.08.2013 г.

в том числе на ответ на проблемы ВИЧ, туберкулеза и наркопотребления. Системные барьеры доступа к антиретровирусной терапии в одном из проведенных исследований были выявлены и обозначены как «лабиринтообразная бюрократия», «системная Ловушка-22» и «вертикализация системы».

Лабиринтообразный процесс оценки готовности к лечению АРВТ приводит к тому, что для большого числа пациентов начало лечения значительно откладывается, включая тех, кто нуждается в нем незамедлительно. «Лабиринтообразная бюрократия» проявляется в том, что процесс записей на прием к специалистам, очень сильно усложняет систему и отнимает много энергии и времени у пациентов. Это приводит к откладыванию начала лечения, а также обуславливает неспособность пациентов завершить процесс, предшествующий началу приема терапии. «Системная Ловушка-22» обусловлена тем, что доступ к лечению ВИЧ и туберкулеза зачастую зависит от вылеченной наркозависимости в условиях, когда эффективное лечение наркозависимости не доступно, а нарратив «сначала вылечи наркоманию, а потом ВИЧ» был достаточно распространен среди медиков. «Вертикализация системы» проявляется например, в том, что в туберкулезных больницах наркозависимым пациентам зачастую не предоставляется никакой наркологической помощи. Ее отсутствие ведет к снижению приверженности противотуберкулезному лечению со стороны пациентов, которые вынуждены «убегать» из стационаров для обеспечения самостоятельного лечения абстинентного синдрома. Для многих пациентов это влечет за собой риск полного прекращения туберкулезного лечения. А для того чтобы, например, попасть в наркологическую больницу в Москве, пациенту необходимо предъявить паспорт с московской регистрацией, полис обязательного медицинского страхования, анализ на ВИЧ, гепатит, сифилис, флюорографию, а еще желательно направление из наркодиспансера. Все эти описанные барьеры приводят к тому, что права пациентов на доступ к квалифицированной, в том числе наркологической помощи систематически нарушаются.

Не смотря на то, что наркологическая служба России, в основном, ориентирована на купирование острых проявлений наркологических заболеваний — беременным наркозависимым женщинам не предлагается вообще никаких вариантов лечения и поддержки во время беременности. Более того, в РФ отсутствуют протоколы и какие-либо рекомендации для оказания помощи наркозависимым беременным.

Существующая практика учета наркологических больных в наркологических диспансерах (НД) порождает недоверие, отчуждает их от государственных наркологических учреждений (НД, больниц, реабилитационных центров), так как пациенты не могут получить бесплатную наркологическую помощь без последующих социальных санкций. А система «платной анонимности» усугубляет ситуацию — снижая доступность медицинской помощи и порождая возможности для коррупции.

Предыдущие попытки модернизации наркологической службы, носившие научно-необоснованный и декларативный характер потерпели полную неудачу. Например, 7 августа 2002 года министр здравоохранения России Ю. Л. Шевченко на заседании Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту заявил, что в Российской Федерации необходимо открыть около 300 наркологических реабилитационных центров на 30 тысяч мест [8].

По годам это выглядело следующим образом: 2002 г. — 53 центра, 2003 г. — 89 центров, 2004 г. — 111 центров. Предполагалось также открытие 5 специализированных реабилитационных центров для подростков — в Краснодарском крае, Калининградской, Московской, Самарской и Ульяновской областях. Предполагалось, что за счет реализации мероприятий Программы в социальной сфере будут созданы бла-

---

[8] Доклад Ю. Л. Шевченко на заседании Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту. Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/committee_5239.html 04.08.2013

гоприятные условия для возвращения к нормальной жизни и трудоустройства больных наркоманией, прошедших лечение и реабилитацию. Доля больных наркоманией с ремиссией 3 года была запланирована на уровне 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. При министрах здравоохранения России М. Ю. Зурабове и Т. А. Голиковой в течение последних 10 лет в стране не только не было создано ни одного государственного наркологического реабилитационного центра, но начался демонтаж всей службы, наступил кризис. Распоряжение Правительства РФ от 13 ноября 2003 г. № 1650-р — фактически провалено и давно назревшая реформа государственной системы оказания наркологической помощи не состоялась.

В настоящее время кризис государственной наркологической службы продолжается, о чем неоднократно заявляли организаторы здравоохранения. Учитывая, что современное состояние системы наркологической службы продолжает оставаться неудовлетворительным и нуждается в модернизации, Президент Российской Федерации В. В. Путин подписал 7 мая 2012 года указ N 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», который был принят: «В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни…». «В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни, **постановляю:**

2. Правительству Российской Федерации совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации: а) обеспечить дальнейшую работу, направленную на реализацию мероприятий по формированию здорового

образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака;

д) завершить до 1 января 2016 г. модернизацию наркологической службы Российской Федерации.

* * *

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2012 г. № 202-р был утвержден **«План мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией (на 2012–2020 годы)»**[9]. План предусматривает проведение комплексных мероприятий направленных на первичную, вторичную и третичную профилактику. Ответственными исполнителями являются Минздравсоцразвития России, ФСКН России, Минобрнауки России, МВД России, Минобороны России, Минтранс России, Минкомсвязь России, Минспорттуризм России, а также заинтересованные федеральные органы исполнительной власти.

«План мероприятий…» включает в себя совершенствование:

1. Государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков.
2. Наркологическая медицинская помощи.
3. Реабилитации больных наркоманией.
4. Социальной и трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ.

---

[9] План мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией (на 2012–2020 годы). Режим доступа: http://www.rg.ru/pril/65/01/97/202_plan.pdf 23.08.2013 г.

* * *

Министерством образования и науки РФ принят и начал реализовываться Приказ N 1474 **«О психологическом тестировании обучающихся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы основного общего, среднего (полного) общего образования и профессиональные образовательные программы начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования, на предмет потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ»**[10]. Согласно приказу региональным органам власти в сфере образования рекомендовано организовать работу по анонимному психологическому тестированию обучающихся в образовательных учреждениях на предмет потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ. Образовательные учреждения должны использовать полученные результаты тестирования для профилактики потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ обучающимися.

Для реализации психологического тестирования в школах Минздравсоцразвитием России в 2012 г. в качестве приложения к методическим рекомендациям **«Оказание медицинской помощи взрослому населению в центрах здоровья»** разработан экспресс-тест на употребление различных психоактивных веществ с целью выявления групп риска среди учащихся. На базе центров и планируется устраивать экспресс-тесты «с целью выявления проблем с потреблением табака, алкоголя

---

[10] Приказ N 1474 «О психологическом тестировании обучающихся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы основного общего, среднего (полного) общего образования и профессиональные образовательные программы начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования, на предмет потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ» Режим доступа: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/6650591/20.08.2013 г.

и психически активных веществ у детей и подростков в возрасте 10–18 лет». Тест рекомендован для самостоятельного заполнения учащимися. Часть вопросов теста в буквальном смысле знакомит с жаргонными названиями наркотиков. Кроме того, из текста опроса учащиеся могут узнать, что «для получения «необычных ощущений» можно попробовать подышать парами бензина, «понюхать… клей и аэрозоль» или «употреблять алкоголь в сочетании с таблетками». Из длинного списка наркотиков, который включает марихуану, гашиш, ЛСД, крэк, кокаин, героин, галлюциногенные грибы, ребенку безапелляционно предлагают выбрать вещество, которое он «попробовал первым». Анкета содержит вопросы о том, что именно послужило причиной «половой связи без презерватива» или «половой связи, о которой пришлось сожалеть на следующий день». Варианты ответа: наркотики, спиртные напитки, сочетание наркотиков и спиртных напитков.

Генеральная прокуратура РФ установила что: «В соответствии с Федеральным законом «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» информация, способная вызвать у детей желание употребить наркотические средства, психотропные и одурманивающие вещества, отнесена к запрещенной для распространения среди детей». В связи с этим Генеральной прокуратурой РФ предложено Министерству здравоохранения РФ принять меры к недопущению скрытой пропаганды употребления наркотиков и при необходимости инициировать проведение экспертизы информации, содержащейся в распространяемых среди несовершеннолетних тестах [11].

* * *

Авторы скандальных анкет-тестов из Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный

---

[11] Генеральная прокуратура РФ. Режим доступа: http://genproc.gov.ru/smi/news/genproc/news-82366/03.08.2013

научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГНИЦ Профмедицины), которые согласно определению Генеральной прокуратуры РФ были признаны «пропагандой употребления наркотиков среди несовершеннолетних» в 2013 году разработали анкету для взрослых, которая должна быть заполнена при диспансеризации. Вопросы в анкете, данные эксперты, составили так, что практически любого человека, который время от времени употребляет алкоголь, можно было заподозрить в наличии у него наркомании со всеми вытекающими последствиям. Анкеты не являются анонимными: в начале анкеты проходящему диспансеризацию следует указать ФИО, возраст и адрес регистрации.

Для примера:

- Вопрос 36 «Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?»
- Вопрос 37 «Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?»
- Вопрос 38 «Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?»
- Вопрос 39 «Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?»
- Вопрос 40 «Случались ли у вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?»

Согласно специалистам ГНИЦ Профмедицины «Ответ «ДА» на два и более вопросов — подозрение на наличие зависимости, показана консультация врача психиатра-нарколога»[12]. Признание человека, что он когда-либо в своей жизни выпивал спиртное в одиночестве и что у кого-либо

[12] Методические рекомендации. Анкета. Режим доступа: http://minzdravao.ru/sites/default/files/metodicheskie_rekomendacii_po_mp_pri_dispanserizacii.pdf 05.08.2013

из его родственников были проблемы с наркотикам, по мнению авторов анкеты, является достаточным основанием для направления его в наркологический диспансер.

Таким образом, ожидаемым результатом применения данных анкет будет увеличение количества лиц, которые безосновательно будут заподозрены зависимости от наркотиков. А между тем диагноз «наркомания» является медицинским противопоказанием для усыновления ребенка или установления над ним опеки либо попечительства, ограничивает возможности заниматься трудовой деятельностью, владеть оружием, управлять автотранспортом и т. д.

* * *

Распоряжением Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р Государственной программа **«Развитие здравоохранения»** (ответственный исполнитель Министерство Здравоохранения РФ) была принята[13]. Программа «Развитие здравоохранения» разделена на Подпрограммы. Подпрограмма 1 — «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни…» Целью данной Подпрограммы является «снижение заболеваемости алкоголизмом, наркоманией». Задачей Подпрограммы 1 является «снижение распространенности потребления табака» и «снижение потребления алкогольной продукции». Целевым индикатором и показателем Подпрограммы 1 является: «доля больных алкоголизмом повторно госпитализируемых в течение года» и «доля больных наркоманиями повторно госпитализируемых в течение года». Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы 1: «Снижение потребления табака на 50 процентов, недопущение его потребления детьми, подростками и беременными женщинами».

---

[13] Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения». Режим доступа: http://government.ru/special/gov/results/22177/23.08.2013 г.

Подпрограмма 2: «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи…». Перечень основных мероприятий в рамках данной Подпрограммы: «Мероприятие 2.3 Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным». Целью Подпрограммы 2 является: «Увеличение сроков краткосрочной и долгосрочной ремиссии». Задачей Подпрограммы является: «Модернизация наркологической службы Российской Федерации». Целевым индикатором и показателем Подпрограммы 2 является: «число наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет», «число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2-х лет», «число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет», «число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2-х лет».

Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы 2: «Увеличение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет до 9,7 на 100 наркологических больных». И «Увеличение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2-х лет до 10,4 на 100 наркологических больных». Следует отметить, что данные ожидания являются нереалистичными, так как количество пациентов в ремиссии более 2-х лет не может быть больше, чем количество пациентов находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет.

Еще одним ожидаемым результатом является: «Увеличение числа больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет до 12,9 на 100 больных алкоголизмом». Для справки: согласно «Основным показателям деятельности наркологической службы в 2011 году» основным показателем, характеризующим результативность наркологической службы по конечному результату был уровень достижимой у больных алкоголизмом ремиссии[14]. Так уровень ремиссии

[14] «Основные показатели деятельности наркологической службы в 2011 году». Москва 2012 год. Стр. 14. http://www.nncn.ru/datadepot/dd51/020371.pdf 23.08.2013 г.

от 1 года до 2-х лет в 2008 году составлял 13,4 на 100 больных алкоголизмом. То есть разработчики проекта под видом достижения ожидаемого результата реализации Подпрограммы («ремиссии от 1 года до 2-х лет до 12,9 на 100 больных алкоголизмом») предлагают достичь в будущем худших показателей, чем они были в 2008 году!

Помимо вышеперечисленного, в Государственной программе **«Развитие здравоохранения»** приводится перечень мер правового регулирования, которые необходимо разработать в первый год реализации данной программы (т. е. в 2013 году).

Помимо массы фактических ошибок, неточностей, искажений и несоответствий многие положения государственной программы РФ **«Развитие здравоохранения»** вызывают вопросы со стороны гражданского общества и НКО, занимающихся правозащитной деятельностью. В частности, в тексте госпрограммы говорится цитата: «Государство **не может** предоставить неограниченный объем государственных гарантий оказываемой бесплатно медицинской помощи при отсутствии зафиксированных корреспондирующих обязательств (ответственное отношение к собственному здоровью… соблюдение предписаний врача) со стороны гражданина (пациента)». Цитата № 2 «… каждый гражданин сделает свой осознанный выбор: качественная и бесплатная медицинская помощь при соблюдении … правил ответственного отношения к собственному здоровью… или в противном случае качественная медицинская помощь на условиях софинансирования…». «Софинансирование» — это эвфемизм, означающий введение платной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения. Введение платной помощи означает только одно — снижение доступности медицинской помощи для населения РФ.

Между тем, право на здоровье является одним из основных неотчуждаемых прав человека, закрепленных в ряде международных конвенций, в 41 статье Конституции РФ и законодательстве нашей страны. В 41 статье

Конституции РФ прямо указанно: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». То есть, ни о каком «софинсировании» не может быть и речи. Данное положение государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» антиконституционно.

Еще в 1990 года Комитет конституционного надзора СССР (предшественник Конституционного Суда РФ) признал не соответствующим советской Конституции любое принуждение к лечению алкоголизма и наркомании. В заключении Комитета говорится, что положение Основ законодательства о здравоохранении, согласно которому «граждане СССР должны бережно относиться к своему здоровью», неконституционно. Такая обязанность «не предусмотрена ни Конституцией СССР, ни международными актами о правах человека и не может обеспечиваться мерами принудительного характера». В этом Конституция России ничем от Конституции СССР не отличается. Обязанности быть здоровым или «ответственно относиться к собственному здоровью» в Конституции РФ также нет. Это положение программы **«Развитие здравоохранения»** противоречит статье 11 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно которой: «Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не допускается».

* * *

В соответствии с Приказом Минздрава России № 929 н от 15 ноября 2012 г. был утвержден **«Порядок оказания**

медицинской помощи по профилю «наркология»[15]. Приказ был зарегистрирован в Минюсте РФ 5 марта 2013 г. Регистрационный N 27503. **«Порядок»** отменяет приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 апреля 2010 г. № 225 ан и включает в себя 24 Приложения (штатные нормативы, стандарты оснащения, порядки организации и т. д.). **«Порядок»** провозглашает концепцию трех видов помощи: первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи и специализированной медицинской помощи. Скорой помощи предписывается транспортировать больных до медицинского учреждения. Участковые терапевты или семейные врачи должны оказывать первичную наркологическую помощь.

Врач-психиатр-нарколог осуществляет выявление наркологических заболеваний, медицинское освидетельствование, профилактическое наблюдение, проведение лечебных мероприятий, диспансерное наблюдение, определение медицинских показаний для направления пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной и (или) плановой формах, направление на медико-социальную реабилитацию, при наличии медицинских показаний — направление на консультацию к врачам других специальностей, выполнение профилактических мероприятий. Медицинская помощь оказывается на основе стандартов медицинской помощи. Предварительный диагноз наркологического заболевания устанавливается в течение первых суток с момента поступления, а основной диагноз устанавливается в течение 3–7 суток с момента поступления пациента на основании данных клинического обследования, результатов инструментальных и лабораторных исследований, динамического наблюдения.

---

[15] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 929 н г. Москва «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология». http://www.rg.ru/2013/04/25/narkologiya-dok.html 23.08.2013 г.

По окончании лечения пациент при наличии медицинских показаний направляется в медико-реабилитационные структурные подразделения медицинских организаций или в наркологические реабилитационные центры, оказывающие медико-социальную реабилитацию в стационарных условиях. После прохождения медико-социальной реабилитации в стационарных условиях пациент направляется в медико-реабилитационные структурные подразделения медицинских организаций или в наркологические реабилитационные центры, оказывающие медико-социальную реабилитацию в амбулаторных условиях.

В Приложении № 22 устанавливает порядок организации деятельности реабилитационного наркологического центра, который является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организаций. Именно это Приложение имеет непосредственное отношение к деятельности НКО работающих в сфере помощи лицам с алкогольной и наркотической зависимостью. В нем говориться о том, что специалисты государственного реабилитационного наркологического центра должны осуществлять взаимодействия с общественными, религиозными и другими организациями по оказанию реабилитационной помощи пациентам с наркологическими заболеваниями; и привлекать волонтеров к оказанию помощи больным, обучать, планировать и контролировать качество их деятельности.

Новый **«Порядок»** документально подтверждает отказ Минздрава от концепции трех уровней профилактики рекомендованных ВОЗ (первичная, вторичная и третичная профилактика). Исключается основа для деятельности так называемых «частных», «надомных» наркологов по вызову, в связи с тем, что **«Порядок»** теперь распространяется и на частную медицину, и на НКО. Новый **«Порядок»** не приблизился ни на букву к отмене наркологического учета (наблюдения), как ущемляющего права пациентов в нем нет ни слова про повышение качества их жизни и систему оценки эффективности наркологической помощи.

* * *

В декабре 2012 г. Министерство Юстиции РФ зарегистрировало утвержденные Минздравом России новые **«Стандарты специализированной медицинской и первичной медико-санитарной помощи в наркологии». «Стандарты»** представляют собой унифицированную совокупность медицинских услуг, манипуляций, лекарственных препаратов и медицинских изделий, применяемых при оказании медицинской помощи при наркологическом заболевании.

Межрегиональная общественная организация «Общество специалистов доказательной медицины» 6 марта 2012 года направило Министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т. Голиковой рецензию на **«Стандарты медицинской помощи по наркологии»,** разработанные сотрудникам министерства. Заключение экспертов общественной организации на ведомственный проект были разгромными: «Рецензируемые «Стандарты медицинской помощи по наркологии» не являются научно-обоснованными, т. е. базирующимися на исследованиях, выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины и противоречат действующему медицинскому законодательству Российской Федерации. Применение данного Стандарта не может способствовать эффективному лечению наркологических заболеваний, способно причинить вред лицам, страдающим зависимостями и повлечь за собой неоправданные расходы бюджетных средств. В нарушение Приказа о Национальном стандарте РФ ГОСТ 52600–2006 «Протоколы ведения больных. Общие положения» в разработанных Стандартах не указаны уровни убедительности доказательств, являющиеся основанием для включения в стандарт тех или иных методов и лекарственных средств, что делает данные Стандарты просто произвольно составленным перечнем лекарственных препаратов. Таким образом, разработанные Стандарты, по сути, не являются документом, позволяющим улучшить качество оказания наркологической помощи насе-

лению. В связи с несоответствием документа принятым нормативам и требованиям он не может быть отредактирован и должен быть подготовлен заново…»[16].

* * *

04.04.2013 года Министерство здравоохранения Российской Федерации направило в Правительство РФ доработанный проект **«Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года»**[17]. Реализацию модернизации наркологической службы предусматривается провести одним этапом.

Согласно **Концепции** системными проблемами в организации наркологической службы признается:

1. приоритет лечебных мероприятий над реабилитационными;
2. низкий процент больных проходящих реабилитацию;
3. отсутствие системы мотивации на лечение и реабилитацию;
4. несовершенство учета наркологических больных;
5. более выгодное положение негосударственных организаций и частнопрактикующих врачей по сравнению с государственными, так как обращение граждан в государственные и муниципальные системы здравоохранения ведет к поставке больных на учет (наблюдение), что в результате ведет к поражению в правах.

Целью модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года, согласно тексту документа, яв-

---

[16] «Рецензия на «Стандарты медицинской помощи по наркологии». Режим доступа: http://www.nsam.ru/component/content/article/1-latest-news/170–20120307-standarts 23.08.2013 г.

[17] «Концепция модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года». Режим доступа: http://xn ——7sbabhak4bqktigbdqi0yka.xn — p1ai/images/documents/standarti/narcol_koncepc%20do%202016.pdf 23.08.2013 г.

ляется: «обеспечение доступности лечения и медико-социальной реабилитации, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и передовым достижениям медицинской и смежных наук». Результативность работы наркологической службы должна определяться по количеству больных вовлеченных в медико-социальную реабилитацию, длительности пребывания, числа больных находящихся в ремиссии от года до двух лет и более двух лет.

Авторами **Концепции** признается тот факт что: «низкая обращаемость в государственные и муниципальные медицинские организации, оказывающие наркологическую помощь, обусловлена наличием поражающего в правах граждан диспансерного учета». **С целью исправления этого недостатка, по мнению разработчиков, следует распространить практику учета на деятельность всех медицинских организаций, оказывающих наркологическую помощь.** Авторами **Концепции** предполагается осуществлять «динамическое наблюдение за лицами, проходящими социальную реабилитацию» в центрах немедицинской социальной реабилитации, созданных некоммерческими неправительственными организациями. В этой части Концепция противоречит пункту 4. «Плана мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией (на 2012–2020 годы)», утвержденного Распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2012 года № 202-р, где прямо указана необходимость «Организации государственной поддержки некоммерческих организаций, предоставляющих социальные услуги наркозависимым гражданам». **Концепция** не рассматривает реабилитационные ресурсы, созданные некоммерческими организациями, как компонент наркологической службы и вступает в противоречие с интересами этого компонента.

Помимо этого декларируется внедрение обязательного тестирования на предмет употребления психоактивных

веществ «прежде всего, среди учащихся образовательных учреждений», а также «среди населения Российской Федерации, прежде всего, среди несовершеннолетних». Проведение регулярных осмотров и освидетельствований, «разработку порядка проведения профилактических медицинских осмотров при поступлении и прохождении обучения в образовательных учреждениях, при допуске к работе с источниками повышенной опасности» и осуществление «информационного взаимодействия между правоохранительными органами и медицинскими организациями всех форм собственности».

Можно констатировать, что **«Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года»** представляют собой набор мер, направленных на ужесточение наркологического учета (наблюдения), фактическую отмену конфиденциальности и анонимности, включая возможность предоставления сведений о наркологических больных в правоохранительные органы и «обеспечение обязательной и принудительной форм лечения» под угрозами разнообразных санкций. **«Концепции модернизации наркологической службы»** носит откровенно репрессивный характер, ставит перед собой задачу фактической ликвидации деятельности негосударственных организаций и негосударственных реабилитационных центров, работающих в сфере помощи наркологическим больным, и, в случае реализации, будет действовать не в интересах пациентов.

Можно констатировать, что практическая реализация Стандартов специализированной медицинской и первичной медико-санитарной помощи в наркологии, Порядков оказания медицинской помощи по профилю «наркология», а также проекта Концепции модернизации наркологической службы, разработанных Министерством здравоохранения РФ, будет означать:

1. Снижение доступности наркологического лечения для населения.
2. Снижение качества наркологического лечения.

3. Закрепление модели лечения пациентов методами и средствами не соответствующими принципам доказательной медицины.
4. Увеличение бремени финансовых расходов из-за неэффективного лечения, закупки тестов для поголовного тестирования несовершеннолетних и т. д.
5. Расширение практики наркологического учета (наблюдения) и усиление стигматизации и маргинализации пациентов.
6. Создание предпосылок для злоупотребления наркологией и коррупции.
7. Увеличение учета лиц с «пагубным употреблением наркотиков» выявленных в результате тестирования и проведения рейдов.
8. Фактическую ликвидацию деятельности частной наркологии, негосударственных организаций и негосударственных реабилитационных центров.
9. Снижение мотивации на добровольное обращение в наркологические учреждения как в государственные, муниципальные так и негосударственные организации и реабилитационные центры.
10. Усиление неблагоприятного развития наркоситуаци в стране.
11. Полную и окончательную дискредитацию наркологической службы в глазах населения.
12. Неисполнение указа Президента N 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

ФСКН

По данным UNODC за 2011 год, Россия находится на втором месте в мире по доле населения, вовлеченной в употребление нелегальных опиатов, а героин является самым распространенным наркотическим препаратом на черном рынке. Весной 2012 г. в УК РФ внесены поправки, ужесто-

чающие ответственность за незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров. Утверждены соответствующие размеры для наркотических средств и психотропных веществ, а также для растений[18]. Судебная статистика показывает, что в 2010 году 73% осужденных по статьям, связанным с наркотиками, были осуждены за немедицинское использование или за хранение так называемых «крупных размеров» наркотика (например, не более 2,5 героина, не зависимо от его чистоты — это при том, что в официальных отчетах ФСКН указывается, что содержание чистого героина в оптовых (!!!) партиях изъятых наркотиков не превышает 20%)[19]. По данным ФСКН, более 140 тыс., находятся в тюрьмах в связи с оборотом наркотиков. По статистике Судебного департамента и Росстата в 2010 году в состоянии опьянения наркотического совершено всего 1,5% преступлений (и 28% в состоянии алкогольного опьянения соответственно). Таким образом, большинство лиц осужденных по наркостатьям — наркозависимые граждане и рядовые потребители наркотиков.

* * *

Обзор и анализ нормативно-правовых актов ФСКН России следует начать проекта **«Критерии оценки объекта сертификации: работы и услуги по социальной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотики в неме-**

---

[18] Постановление Правительства РФ от 1 октября 2012 г. № 1002 «Об утверждении значительного, крупного и особо крупного размеров наркотических средств и психотропных веществ, а также значительного, крупного и особо крупного размеров для растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, для целей статей 228, 228.1, 229 и 229.1 Уголовного кодекса Российской Федерации» Режим доступа: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70137124/23.08.2013 г.

[19] Судебный департамент при Верховном суде РФ (2012). Судебная статистика; Режим доступа: http://www.cdep.ru/index.php?id=79 23.08.2013 г.

дицинских целях». Учреждение разработчик проекта ФГБУ «Научно-исследовательский центр Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков» и АНО «Институт демографии, миграции и регионального развития» г. Москва 2011 г.

Следует знать, что данный проект не был официально утвержден, однако многие положения этого проекта плавно «перекочевали» в другие документы ФСКН имеющие ключевое значение для наркополитики.

Согласно **«Критерии оценки объекта сертификации: работы и услуги по социальной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотики в немедицинских целях»** условием для включения в программу реабилитации и ресоциализации является «Наличие в анамнезе проходящего реабилитацию лица факта немедицинского употребления наркотиков».

Наряду с прочими условиями согласно проекту «**Критерии оценки объекта сертификации…»** критические несоответствия является:

«Недопущение к участию в социальной реабилитации и ресоциализации религиозных объединений, проповедующих религиозный фундаментализм, а также тоталитарных религиозных сект, иностранных религиозных организаций и миссионеров, деятельность которых представляет угрозу информационной безопасности Российской Федерации, а также общественных и религиозных объединений, осуществляющих экстремистскую деятельность, создающую реальную угрозу нарушения прав и свобод человека и гражданина, причинения вреда личности, здоровью граждан, окружающей среде, общественному порядку, общественной безопасности, собственности, законным экономическим интересам физических и (или) юридических лиц, обществу и государству».

«Отсутствие физического, психологического или духовного насилия (религиозных и оккультных практик, оказывающих деструктивное воздействие на личность, использования методов сайентологии и дианетики)».

«Отсутствие участия реабилитационного сообщества в любых формах пропаганды и реализации стратегий «снижения вреда» (пропаганда наркопотребления под видом выдачи и обмена шприцов, пропаганда метадоновых программ, аутрич-работа по обучению наркоманов «безопасным» способам употребления наркотиков, «адвокация» с целью наркoлиберальной обработки общественного мнения и принимающих ответственное решение руководящих работников».

В поведенной «модели социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых» (по опыту Ханты-Мансийского автономного округа — Югры) говориться о «технологии обеспечения антинаркотической безопасности на региональном и муниципальном уровнях по принципу «слома» наркотизации».

В качестве механизма «слома» ставить задачу по:

1. «общественному и административному прессингу в отношении лиц, эпизодически употребляющих наркотики в целях побуждения к трезвости»,
2. «выявлению и пресечению участия в незаконном обороте наркотиков мелкооптовых и розничных их сбытчиков, одновременно являющимися их незаконными потребителями»,
3. «правовому принуждению к трезвому образу жизни и обязательной реабилитации наркозависимых лиц с антисоциальными тенденциями».

Помимо этого предполагается решать задачу «по духовной ресоциализации и реконструкции лиц, прекративших употребление наркотиков с использованием потенциала душепопечительских реабилитационных центров Русской Православной Церкви».

В отношении негосударственных организаций предполагается «обеспечить отбор эффективно работающих центров, государственную поддержку, в том числе информационную, финансовую и другие — через механизмы государственного заказа, предоставление субсидий и грантов, содействие в повышении квалификации кадров». «Центральным меха-

низмом реализации управленческих функций в отношении негосударственных реабилитационных центров может служить их добровольная сертификация. Система добровольной сертификации должна быть разработана независимой и компетентной в вопросах социальной реабилитации и ресоциализации организацией совместно с ФСКН России».

«Система добровольной сертификации должна предусматривать механизм, исключающий допуск к реабилитационной деятельности организаций экстремистской направленности, участвующих во внедрении нарколиберальных программ «снижения вреда», связанных с криминалом, а также ориентированных на зарубежные миссионерские центры тоталитарных культов».

Предполагается введение «Социально-платежная карты, выданная проходящему реабилитацию и ресоциализацию, будет информационно-учетным и платежным средством, фиксирующим прохождение его персональной программы. В перспективе возможно предоставление реабилитируемому права выбора организации, в которой он хотел бы проходить лечение, социальную реабилитацию и ресоциализацию, и наделение СПК функциями сертификата для оплаты соответствующих услуг».

Таким образом, мы видим идеологический документ не двусмысленно показывающий какие организации, по мнению ФСКН, является «хорошими» и могущими рассчитывать на государственную поддержку, а какие реабилитационные центры является «плохими» (Запад, либерализм, оккультизм, «снижение вреда», аутрич-работа, адвокация и т. д.).

Практика добровольной сертификации ФСКН

Примером сомнительной практики является религиозные организации, которые занимаются вовлечением людей в религиозную веру, однако утверждающие, что они занимаются реабилитацией наркозависимых. «Православное Братство Святого Духа», в котором цитата: «Условием реабилитации

воспитанника является воцерковление его родственников». А в качестве направления реабилитации на первом месте заявлена так называемая: «Духовная реабилитация» (священник, референт-катехизатор). Священник осуществляет:

1. духовное окормление воспитанников;
2. проводит консультации с матерями-родителями по установленному графику;
3. пробуждает мотивацию к лечению и реабилитации, а также **показывает духовный, а не медицинский характер заболевания наркомании и пробудить у него желание покаяния и духовного исправления;**
4. оказывает помощь центру продуктами от прихода.

А распорядок дня реабилитационного центра представляет собой (с официального сайта):

07.00 — подъем, личная гигиена;
07.30 — утреннее молитвенное правило;
08.00 — чтение Святоотеческих преданий;
09.00 — наведение порядка;
10.00 — завтрак;
11.00 — Евангельское чтение;
13.00 — обед;
14.00 — послушания по центру;
17.00 — чтение апостольских посланий;
19.00 — ужин;
20.00 — просмотр православного видео;
21.00 — личное время;
22.00 — вечернее молитвенное правило;
22.30 — вечерний туалет;
23.00 — отбой.

«Послушание по центру» — это эвфемизм означающий работу на подсобном хозяйстве[20]. «Распорядок дня» больше

[20] «Православное Братство Святого Духа» Распорядок дня. Режим доступа: http://брат-ство.рф/articles/kurs-reabilitacii.html 23.08.2013 г.

напоминает монастырь или порядок обучения на кафедре теологии, а не распорядок дня организации которая занимается реабилитаций наркозависимых.

На официальном сайте «Братства» говорится, что продолжительность реабилитации «не менее 1 года». Стоимость одного месяца «реабилитации» по данным на 2010 год составляла 8 тысяч рублей месяц[21].

Несмотря на это, Реабилитационный центр имеет сертификат соответствия первого уровня № СДС СРСС 0002, (№ 2!) выданный НИИ ФСКН, в котором утверждается, что деятельность, осуществляемая в Спасо-Преображенском реабилитационном центре, соответствует базовым требованиям Системы добровольной сертификации работ и услуг по социальной реабилитации лиц, употребляющих наркотики в немедицинских целях.

* * *

Распоряжением правительства от 4 марта 2013 года № 294-р утверждена государственная программа **«Противодействие незаконному обороту наркотиков»**[22]. Программа рассчитана на 2013–2020 годы. Документ подготовлен ФСКН России в целях повышения качества и результативности противодействия преступности в сфере незаконного оборота наркотиков, а также осуществления координации антинаркотической деятельности федеральных органов исполнительной власти субъектов.

В рамках программы планируется:

— разработать и реализовать государственные меры по усилению противодействия потреблению наркотиков среди молодёжи, в том числе мероприятия по организации

---

[21] «РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РФ» СПРАВОЧНИК-2010 Режим доступа: http://www.nsam.ru/rehabcenters 23.08.2013 г.

[22] Государственная программа «Противодействие незаконному обороту наркотиков». Режим доступа: http://government.ru/gov/results/23123/23.08.2013 г.

перспективной занятости, высококачественного досуга для молодёжи, развитию социальной инфраструктуры;

— создать систему мер воспитательного, образовательного, культурного и физкультурно-спортивного характера, направленных на развитие личности и мотивацию к здоровому образу жизни;

— разработать и реализовать программу формирования антинаркотической медиасреды;

— провести профилактические мероприятия с группами риска немедицинского потребления наркотиков и детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации;

— создать систему выявления лиц, употребляющих наркотики в немедицинских целях;

— участие ФСКН России в разработке национальной системы социальной реабилитации и ресоциализации.

Общий объём финансирования — 212,16 млрд. рублей. Ожидаемые результаты реализации программы — повышение уровня защищённости граждан, общества и государства от наркоугрозы, повышение эффективности взаимодействия федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по организации антинаркотической деятельности.

* * *

Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков России представила 24.06.2013 г. проект документа под названием: **Государственная межведомственная программа «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ»**[23]. Представленный документ содержит 15 глав и имеет объем 37 страниц.

---

[23] Государственная межведомственная программа «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» Режим доступа: http://www.fskn.gov.ru/pages/main/prevent/13250/index.shtml 23.08.2013 г.

Также ФСКН было представлено датируемое 23.07.2013 годом Финансово-экономическое обоснование Государственной межведомственной программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ», объем которого составляет 44 страницы.

Разработчиком и ответственным исполнителем Государственной межведомственной программы является ФСКН России. Соисполнителями Государственной межведомственной программы являются: Минтруд России, Минздрав России, МВД России, ФСИН России, Минобрнауки России, Минсельхоз России, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В пункте 1.1. утверждается что «Государственная межведомственная программа представляет собой документ государственного стратегического планирования, подготовленный во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 21 ноября 2012 г. № Пр-3132». В копии данного поручения от 26 ноября 2012 г. за подписью помощника Президента Российской Федерации, начальника управления К. Чуйченко указано, что Президентом Российской Федерации рассмотрены результаты проработки предложений ФСКН России о разработке государственной программы РФ «Лечение, социальная реабилитация и ресоциализация граждан с наркотической, алкогольной и иными видами зависимостями». Глава государства поручил ФСКН России совместно с заинтересованными ведомствами до 30 марта 2013 года разработать проект Государственной межведомственной программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ»[24]. Следует обратить внимание на то, что название программ не совпадает. Президенту докладывали о результатах проработки одной программы, а Президент поручил разработать программу другую.

---

[24] Поручение Президента Российской Федерации от 21 ноября 2012 г. № Пр-3132.

Согласно программе предполагается проведение «квалификационного отбора» организаций, предоставляющих услуги по комплексной реабилитации и ресоциализации и создание реестра организаций всех форм собственности. А также создание «надежного механизма государственного финансирования деятельности этих организаций, путем введения специального сертификата на комплексную реабилитацию и ресоциализацию». Сертификат предполагается выдать потребителю наркотиков после подписания соответствующего социального контракта между органом, осуществляющим социальный патронат, самим реабилитируемым и выбранной им организацией, реализующей программу комплексной реабилитации и ресоциализации.

То есть государство проведет отбор, создаст единую базу негосударственных реабилитационных центров и посредством безналичного платежа произведет оплату услуг по реабилитации каждому гражданину России который хочет избавиться от наркотической зависимости. Любопытным является то, что согласно проекту ФСКН Минздрав России будет исключен из перечня ведомств, которые будут организовывать этот «квалификационный отбор».

В пункте 1.3. говорится что: «Государственная межведомственная программа развивает, уточняет и конкретизирует Стратегию государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденную Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690, в части, касающейся развития программ реабилитации, а также социальной и трудовой реинтеграции потребителей наркотических средств и психотропных веществ (далее — наркотики)». Таким образом, мы видим, что в тексте Государственной программы легальные (медицинские) психотропные вещества объединены с нелегальными наркотиками и фактически отождествляются с последними.

Так 8 августа 2013 года вступило в силу Постановление Правительства РФ от 4.02.2013 г. № 78 согласно которому, двадцать сильнодействующих лекарственных средств вне-

запно стали считаться психотропными веществами: Алпразолам, Барбитал натрия, Бромазепам, Бротизолам, Диазепам, Клоназепам, Лоразепам, Медазепам, Мезокарб, Мепробамат, Мидазолам, Нитразепам, Оксазепам, Темазепам, Тетразепам, Фенобарбитал, Флунитразепам, Флуразепам, Хлордиазепоксид, Эстазолам[25]. Таким образом, граждане России, которые хранят у себя в домашней аптечке и принимают данные лекарственные средства без назначения врача (т. н. «самолечение») становятся потенциальными кандидатами на участие в программе «Комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотических средств и психотропных веществ». Если буквально следовать логике ФСКН, то любой человек допустивший использование наркотического или психотропного вещества без назначения врача (например, пенсионер, купивший в аптеке без рецепта корвалол, в состав которого входит психотропное средство фенобарбитал, и принявший его с целью успокоить нервы) — этот человек согласно определению ФСКН — «наркопотребитель». «Легальная триада» веществ вызывающих зависимость — алкоголь, табак (никотин) и кофеин употребляются в обществе в немедицинских целях и без назначения врача. Врач никому не назначал пить алкоголь или курить сигареты. Люди пьют алкоголь и курят сигареты, делая свой собственный выбор и следуя не медицинским целям, а руководствуясь рекреационными и социальными мотивами. Столь широкое определение: «потребитель наркотических средств и психотропных веществ», приводимое в программе ФСКН, будет приводить к путанице, нарушению прав человека и злоупотреблению, тем самым, создавая предпосылки для усиления коррупции.

Следует отметить тот факт, что перечень наркотических и психотропных средств с каждым годом расширяется, в него вносятся химические субстанции и растения, которые еще несколько лет назад свободно продавались в аптеках,

---

[25] Постановление Правительства РФ от 04.02.2013 г. № 78. Режим доступа: http://www.rg.ru/2013/02/08/yady-dok.html 23.08.2013 г.

назначались врачами для лечения различных болезней, использовались в пищу и культивировались на приусадебных хозяйствах. В качестве примера из российской действительности можно привести лекарственный препарат эфедрин, который еще с советских времен на протяжении нескольких десятилетий активно использовался в медицинской практике. Эфедрин назначали даже детям как средство от насморка, он применялся как лекарство для лечения аллергии, бронхиальной астмы и т. д. Однако теперь эфедрин включен в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. В 2011 году ведомство Г. Г. Онищенко внесло в перечень растений, содержащих сильнодействующие наркотические и ядовитые вещества: «Петрушку курчавую» (популярную приправу), «Аир болотный» (лекарственное растение столетиями применяемое в медицине) и «Буниум персидский» (популярную специю, известную также как «Зира»)[26]. Остается открытым вопрос нуждаются ли в реабилитации потребители зиры, аира болотного и петрушки курчавой?

В качестве обоснования разработчики программы в пункте 1.5 приводят статистические данные для обоснования необходимости ее внедрения. «По данным проведенного в 2012 годах мониторинга наркоситуации России число лиц, потребляющих наркотики в немедицинских целях, оценивается в 8 млн. человек»[27]. В утвержденной Правительством РФ государственной программе Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков» от 4 марта 2013 г. № 294-р, которая была представлена ФСКН России,

---

[26] Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11 апреля 2011 г. № 30 г. Москва. «Об утверждении СанПиН 2.3.2.2868–11 «Дополнение N 23 к СанПиН 2.3.2.1078–01 «Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов». Режим доступа: http://www.rg.ru/2011/06/03/sanpin-site-dok.html 30.08.13 23.08.2013 г.

[27] Государственная межведомственная программа «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» Режим доступа: http://www.fskn.gov.ru/pages/main/prevent/13250/index.shtml 23.08.2013 г.

утверждается что: «Общее число лиц, эпизодически и регулярно потребляющих [не медицинские] наркотики, достигает 6% населения (8,5 миллионов человек)»[28]. Из выступления председателя директора ФСКН России В. П. Иванова на заседании Государственного антинаркотического комитета 28 июня 2013 года «О подготовке к реализации государственной межведомственной программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» следует, что оценочное количество наркопотребителей равно 4,5 миллионам человек, из которых 1,5 млн. человек являются потребителями опиатов и 3 млн. человек потребляют марихуану и синтетические наркотики[29]. Тремя годами ранее в интервью Российской Газете глава ФСКН России В. П. Иванов утверждал что: «Тех, кто зависит от опиатов, — порядка 2 миллионов, и еще 3 миллиона употребляют марихуану, гашиш и синтетику», — суммарно 5 миллионов человек [30]. Таким образом, в ФСКН не имеют ясного представления, сколько на самом деле в РФ потребителей наркотиков. Разброс составляет от: плюс 500 тысяч, до минус 4-х миллионов человек.

В пункте 1.6. утверждается: «Незаконное потребление наркотиков является одной из основных причин криминализации российского общества, прежде всего молодежной

---

[28] Государственная программа Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков» от 4 марта 2013 г. № 294-р Режим доступа: http://media.fskn.gov.ru/files/gosprogramma.pdf 23.08.2013 г.

[29] Выступление председателя Государственного антинаркотического комитета, директора ФСКН России В. П. Иванова на заседании Государственного антинаркотического комитета 28 июня 2013 года «О подготовке к реализации государственной межведомственной программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ». Режим доступа: http://www.fskn.gov.ru/includes/periodics/speeches_fskn/2013/0628/150524975/detail.shtml 23.08.2013 г.

[30] Интервью с главой Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков: «Российская газета» — Федеральный выпуск № 5101 (22) от 4 февраля 2010 года Режим доступа: http://www.rg.ru/2010/02/04/igly.html 23.08.2013 г.

среды». Данное утверждение является ошибочным, (причина меняется местами со следствием) как причиной «криминализации российского общества» является не наркотики, а законодательство которое криминализирует то или иное поведение связанное с наркотиками.

В пункте 1.6. помимо этого утверждается что: «Потребители наркотиков вносят решающий вклад в эпидемиологическое распространение наркомании, являются основой криминальной дистрибьюторской сети, покупая и продавая до 2 млрд. разовых доз наркотиков в год (по данным ФСКН России)». Однако можно утверждать это чисто теоретические выкладки, основанные не на фактах (проведенных исследованиях), а на допущении. Методология расчета, которой пользуется ФСКН, предельно абсурдна: «В стране порядка 1,5 млн. человек являются потребителями опиатов. Каждый опийный наркоман, а это потребители и героина и ацетилированного опия, ежедневно потребляет в среднем две дозы наркотика на протяжении примерно 300 дней в году. Таким образом, только полтора миллиона упомянутых наших сограждан ежегодно покупают и потребляют миллиард разовых доз наркотиков опийной группы. С учетом того, что практически весь этот контингент — безработные, то на каждую дозу, необходимую для снятия абстинентной крайне болезненной ломки, они зарабатывают путём дистрибуции порядка 5 доз ежедневно. Таким образом, только рядовые опиатные наркоманы осуществляют около 200 миллионов фактов сбыта наркотиков — то есть совершают 200 миллионов наркопреступлений ежегодно. Еще не менее 3 млн. человек в нашей стране потребляют марихуану и синтетические наркотики, поэтому общее количество наркодоз, покупаемых наркоманами разного профиля, достигает в год 2 миллиардов, а общее количество фактов сбыта, то есть, опять же, наркопреступлений — около 400 миллионов»[31].

---

[31] Выступление председателя Государственного антинаркотического комитета, директора ФСКН России В. П. Иванова на заседании Государ-

Таким образом, данные ФСКН России о «покупках и продажах до 2 млрд. разовых доз наркотиков в год» носят чисто умозрительный, гипотетический характер. Если бы они были верны, то можно было бы задать представителям ФСКН вопрос об эффективности их деятельности по пресечению незаконного оборота наркотиков — что собственно и является основной задачей этого силового ведомства. Почему ФСКН России не пресекло 400 миллионов наркопреступлений совершенных в 2012 году? По словам главы ФСКН РФ за наркопреступления ежегодно наказывают 300 тысяч человек[32]. А преступлений совершается 400 миллионов! Таким образом, получается, что эффективность работы ФСКН (и МВД) по части пресечения преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков равна практически нулю (0,075%)! Вопросы эти разумеется риторические.

В пункте 1.11. документа указано: «В настоящее время в Российской Федерации существует порядка 500 центров немедицинской социальной реабилитации и ресоциализации, созданных негосударственными организациями… В этих центрах ежегодно проходят реабилитацию до 20 тысяч наркозависимых». Согласно проекту предполагается пункт 1.12.: «создание необходимых механизмов и условий для увеличения числа реабилитируемых наркопотребителей до 150 тысяч человек ежегодно и повышения эффективности освобождения от зависимости до 30% устойчивой длительной ремиссии». По мнению ФСКН «включение 150 тысяч, прежде всего наиболее криминально активных потребителей наркотиков в долгосрочные программы реабилитации

ственного антинаркотического комитета 28 июня 2013 года «О подготовке к реализации государственной межведомственной программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ». Режим доступа: http://www.fskn.gov.ru/includes/periodics/speeches_fskn/2013/0628/150524975/detail.shtml 23.08.2013 г.

[32] «В РФ за наркопреступления ежегодно наказывают 300 тысяч человек». «Российская газета» от 26.04.2013 года. Режим доступа: http://www.rg.ru/2013/04/26/fskn-anons.html 23.08.2013 г.

и ресоциализации должно стать решающим фактором сокращения масштабов незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, разрушения инфраструктуры сбыта наркотиков и декриминализации общества».

То есть, по мнению ФСКН, «решающим фактором сокращения масштабов незаконного потребления наркотических средств» будет направление 150 тысяч (из 8 миллионов наркопотребителей как утверждалось ранее) что равно 1,875% от всей предполагаемой численности. Изоляция (реабилитация) менее 2-х процентов наркопотребителей никак не скажется на наркоситуации в стране. Следует напомнить прошлое — на пике развития системы лечебно-трудовых профилакториев в СССР было 314 ЛТП (из них 90% — в РСФСР), общее количество мест в которых составляло 273,7 тысячи. В общей сложности через «принудительное лечение и трудовое перевоспитание» прошло более 2 млн. человек[33]. К тому же до 75% лиц, освобожденных из ЛТП, начинали употреблять алкоголь или наркотики в течение первых дней или недель после освобождения. Ужесточение борьбы, рост нетерпимости привело лишь к усилению проблемы. По данным Госкомстата СССР контингент больных алкоголизмом и наркоманией с 1970 по 1988 годы вырос в три раза; продажа алкоголя в России на душу населения с 1960 по 1980 годы увеличилась в 2,3 раза; заболеваемость алкоголизмом с 1970 по 1990 годы возросла в 1,6 раза; смертность возросла в 1,3 раза. Соответственно увеличилась и преступность, в том числе, особенно, так называемая «пьяная преступность». В 1988 г. совершили преступление в состоянии алкогольного опьянения 379 тыс. человек или 44,7% всех осужденных[34]. Так как выводы относительно недавнего прошлого не были сделаны, есть риск по-

---

[33] Пелипас В. Е., Соломонидина И. О. Принудительное и обязательное лечение больных наркологического профиля: опыт и перспективы. Пособие для врачей. Москва, 2004.

[34] Гришко А. Я. Концепция социально-медицинской реабилитации хронических алкоголиков и наркоманов, направляемых на принудительное лечение. Рязань, 1990.

лучить те же результаты, но уже не ЛТП и МВД, а с ФСКН и реабилитационными центрами.

В пункте 1.13. утверждается: «Государственная межведомственная программа опирается на успешно реализуемые в отечественной и международной практике подходы в организации системы реабилитации и ресоциализации, которые эффективно работают в США, Швеции, Польше, Израиле и других странах. В материалах 55-й сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам, состоявшейся в Вене в 2012 году, представлены компоненты комплексной программы сокращения спроса на наркотики (Резолюция 55/12). В отношении лиц, потребляющих наркотики в немедицинских целях, выделяются следующие необходимые этапы работы:

- профилактика,
- ранняя диагностика и вмешательство,
- лечение и обеспечение ухода,
- реабилитация,
- социальная интеграция,
- предоставление дополнительных услуг (включающих помощь в трудоустройстве, получении образования)».

Однако следует отметить, что ни в одной стране мира практика реабилитации и ресоциализации не направлена на «потребителей наркотиков». В материалах 55-й сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам на странице 31 говорится о том, что «наркозависимость представляет собой хроническое, но поддающееся профилактике и лечению многофакторное расстройство здоровья…»[35]. В материалах 55-й сессии Комиссии ООН говорится о лицах, которые больны наркоманией и не слова не говорится о лицах «потребляющих наркотики в немедицинских целях». Таким образом, мы видим грубую фальсификацию документов ООН в интересах разработчиков проекта.

---

[35] Материалы 55-й сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам. Вена 2012 год. Режим доступа: http://sartraccc.ru/Traffic/scien_rep/0037/wcms.pdf 23.08.2013 г.

В проекте Государственной межведомственной программы использовано следующее понятие: «2.1. Потребители наркотиков — лица, допускающие потребление наркотиков без назначения врача».

Однако, согласно МКБ — 10 наркотическая зависимость является заболеванием (диагноз устанавливает исключительно врач психиатр-нарколог) и наркомания не тождественна наркопотреблению[36]. «Потребление наркотиков» не диагноз, а описание потенциально проблемного поведения. Потребитель наркотиков — это лицо, допускающее немедицинское (без назначения врача) употребление наркотиков (веществ, химических субстанций синтетического или растительного происхождения входящих в утвержденный список наркотических средств), без вредных последствий для психического и физического здоровья и без формирования симптомов зависимости. «Потребление наркотиков» — не является болезнью в медицинском смысле этого слова, потребитель наркотиков в состоянии самостоятельно отказаться от дальнейшего употребления наркотических средств и от дальнейшего экспериментирования с ПАВ. Наркопотребитель, в отличие от наркозависимого, не нуждается в специфической наркологической помощи или прохождении реабилитации, так как не является пациентом. Отождествлять потребителя наркотиков с наркоманом (наркозависимым) — означает совершать грубую фактическую ошибку.

По данным Федерального агентства по наркотикам NIDA в США за 2011 год доля лиц старше 12 лет, допускавших за период жизни употребление нелегальных наркотиков составила 47% (более 100 миллионов человек), 41.9% взрослых и подростков в США имеют опыт употребления марихуаны, 19.9% не предписанных врачом психотропных препаратов,

---

[36] Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике/Пер. на русск. яз. Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — СПб,: Адис. — 1994. — 302 с.

14.3% употребляли кокаин, 1.6% героин[37]. Более 30 миллионов человек, живущих в США употребляли с не медицинскими целями галлюциногенные наркотики: диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), псилоцибин и мескалин[38].

Нет никаких оснований полагать, что эти лица (почти половина всего населения США) являются наркозависимыми и нуждающимися в лечении или в прохождении комплексной реабилитации и ресоциализации. Только у меньшинства наркопотребителей формируется болезненное пристрастие — наркозависимость. В государственной программе Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков» от 4 марта 2013 г. № 294-р указывается, что по состоянию на 1 января 2012 года диагноз «наркомания» поставлен [всего] 457591 лицу[39]. «По оценкам UNODC, примерно у 12 процентов потребителей запрещенных наркотиков — развивается наркотическая зависимость, и они переходят в категорию «проблемных» наркопотребителей. Этот показатель значительно разнится в зависимости от типа наркотиков. Например, согласно данным обследования домохозяйств по вопросам потребления наркотиков и здоровья, проведенного в Соединенных Штатах в 2010 году, наркозависимыми могут считаться 15% потребителей кокаина. Этот показатель увеличивается до 26% для метамфетамина, а для героина составляет более 50%. Для каннабиса данный показатель равен 10 процентам»[40]. По этой же причине

---

[37] NIDA. National Survey of Drug Use and Health; 2013. Available from: http://www.drugabuse.gov/national-survey-drug-use-health 23.08.2013 г.

[38] Krebs TS, Johansen P-Ш (2013) Psychedelics and Mental Health: A Population Study. PLoS ONE 8 (8). Режим доступа: http://www.plosone.org/article/info: doi/10.1371/journal.pone.0063972 23.08.2013 г.

[39] Государственная программа Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков» от 4 марта 2013 г. № 294-р Режим доступа: http://media.fskn.gov.ru/files/gosprogramma.pdf 23.08.2013 г.

[40] ЮНОДОК Всемирный доклад о наркотиках 2012 год. Организация Объединенных Наций. Нью-Йорк, 2012 год. Режим доступа: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_russian.pdf 23.08.2013 г.

некорректно говорить о «лечении» или «реабилитации» потребителя наркотиков, так как лечение — это медицинские мероприятия, направленные на исцеление от болезни, а реабилитация — это восстановление утраченных функций после перенесенного расстройства и максимизация здоровья.

В пункте 10.2. говорится, что необходим дифференцированный поход к потребителям наркотиков «в зависимости от пола, возраста, формы потребления наркотиков (единичное, неоднократное, в том числе регулярное потребление лицами, у которых сформировалась зависимость от наркотиков), состояния здоровья и других признаков». То есть авторы проекта считают возможным и необходимым направлять на длительную реабилитацию лиц, которые употребили наркотики один раз в жизни! В пункте 10.3. говорится: «При единичном потреблении наркотиков необходимо устранение психологических, микросоциальных, средовых факторов и условий, способствующих началу и возможному продолжению потребления наркотиков, восстановление социально приемлемого поведения с прекращением потребления наркотиков». Однако совершено не ясно как разработчики проекта собираются достигнуть этой амбициозной цели и причем тут реабилитация особенно в связи с тем, что самым распространенным мотивом первого употребления наркотиков является банальное человеческое любопытство.

К тому же согласно научным данным большинство тех, кто пробовал или эпизодически употреблял наркотики, с возрастом отказываются от них без всякого лечения и реабилитации[41]. От трети до половины общего числа знакомых с наркотическими средствами составляют те, чье знакомство с ними ограничено одним двумя случайными эпизодами. По данным опроса свыше семи тысяч представителей учащейся молодежи, проведенного осенью 1997 года в Санкт-Петербурге, примерно для половины (46,6%) всех имеющих

---

[41] Кесельман Л. Е.. Мацкевич М. Г. Социальное пространство наркотизма. 2–е изд. перераб. и доп.- СПб.: Издательство «Медицинская пресса», 2001.

опыт употребления каких-либо наркотических средств, приобщенность к миру наркотиков ограничена единственным эпизодом, то есть не имела никакого продолжения после первой пробы[42]. Гипотеза о том, что большинство людей однажды попробовав наркотическое средство обречено на неизбежную последующую наркозависимость давно была признана несостоятельной. Однако разработчики проекта об этом вероятно не знают или предпочитают игнорировать факты.

В целом методология проекта «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» строится на **ошибочном допущении**, того что «потребители наркотиков» и «наркозависимые» тождественны друг другу.

Согласно проекту предполагается пункт 4.2. «Комплексный подход, предусматривающий: … охват реабилитацией и ресоциализацией всех потребителей наркотиков;». То есть всех 8 миллионов человек, которые, по мнению ФСКН являются наркопотребителями (то есть в том числе и лицами без зависимости).

Конечно ФСКН не медицинская организация, а силовая структура. На сайте ФСКН сообщается, что «ФСКН России является федеральным органом исполнительной власти, специально уполномоченным на решение задач в области оборота наркотических средств, противодействия их незаконному обороту». Однако представители данной организации активно высказывают суждения, не относящиеся к их основной деятельности, а относящиеся, например, к сфере медицины и здравоохранения. Например, в Решении совещания председателя Государственного антинаркотического комитета от 29 марта 2013 года указано: «Сегодня наркозависимость — болезнь «удовольствия», и этим она отличается от других заболеваний. Поэтому далеко не всегда наркопо-

---

[42] Итоги социологического исследования наркотизации среди молодежи Санкт-Петербурга. Научный отчет НИИКСИ СПбГУ. — СПб., 1998, с. 7.

требители стремятся от нее избавиться. Это приводит к распространению наркоэпидемии по типу социального инфицирования, когда наркозависимый через коммуникативные связи пропагандирует свою поведенческую модель и вовлекает в потребление наркотиков окружающих»[43]. Разумеется, подобное «определение» являются научно необоснованным идеологическим штампом, которое не соответствует описанию, приводимому в МКБ — 10 или DSM–IV. Однако путаница в терминах и определениях, их сознательное по сути искажение может привести к неадекватным выводам, оценкам и прогнозам. Можно предположить что подобное «передергивание» по-видимому, сознательно используется представителями данного ведомства для манипуляции статистикой и лоббирования собственных интересов.

В главе «Целевые показатели Государственной межведомственной программы» авторы программы предлагают в качестве инструмента мониторинга эффективности использовать показатель 5.1.: «Доля потребителей наркотиков, впервые употребивших наркотики в немедицинских целях, из числа опрошенных в ходе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах, в динамике — ежегодное снижение на 1–4 процента». Учитывая то, что такие исследования ранее не проводились и более того они даже не предусмотрены «Методикой и порядком осуществления мониторинга» — невозможно говорить о расчетном снижении или росте данного показателя[44]. Отсутствие исходных

---

[43] Решение совещания председателя Государственного антинаркотического комитета с высшими должностными лицами субъектов Российской Федерации по теме «Создание системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей, как основы декриминализации общества» г. Москва 29 марта 2013 года. Режим доступа: http://youth.fskn.gov.ru/includes/periodics/news_all/2013/0329/170524054/detail.shtml 23.08.2013 г.

[44] Методика и порядок осуществления мониторинга, а также критерии оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах. Режим доступа: http://www.ucfo-gak.ru/upload/iblock/cb7/cb79475e4f2e47ad9cd42c3125558f16.pdf 23.08.2013 г.

цифр распространенности делает этот критерий оценки неадекватным.

В пункте 6.4. утверждается: «Прогнозный ориентировочный объем финансирования мероприятий Государственной межведомственной программы (в ценах соответствующих лет) в 2014–2016 г. составит: общий объем 25.423,3 миллиона рублей. То есть только на начальном этапе потребуется почти 25,5 миллиардов рублей! Следует отметить тот факт, что общая стоимость реализации программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» просто астрономическая и составит: «общий объем — 179 707,9 млн. рублей, в том числе: за счет средств федерального бюджета — 132 723,8 млн. рублей, за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации — 29 985,6 млн. рублей; за счет внебюджетных источников — 16 998,5 млн. рублей».

Для сравнения, общий размер расходов на Государственную межведомственную программу соответствует половине всех изначально заявленных затрат на проведение зимней олимпиады в Сочи в 2014 году.

В пункте 7.1. говорится о «формировании многоканальной системы выявления потребителей наркотиков и их мотивировании к участию в программах комплексной реабилитации и ресоциализации». Это «мотивирование» предполагается осуществлять в том числе: «медицинскими работниками медицинских организаций вне зависимости от организационно-правовой формы в соответствии с законодательством Российской Федерации» (пункт 7.2.). Речь идет, видимо, в том числе и о коммерческих и частных медицинских организациях. Предполагается «внесение информации о потребителе наркотиков в единую информационно-аналитическую систему персонального учёта» (пункт 7.3.).

Согласно проекту пункт 7.10.: «С целью повышения эффективности деятельности по выявлению, мотивированию и включению потребителей наркотиков в програм-

мы…: — создание информационно-аналитической системы персонального учёта и сопровождения потребителей наркотиков, состоящей из двух баз данных: 1) потребителей наркотиков, совершивших административное правонарушение или преступление; 2) потребителей наркотиков, вовлеченных в программы комплексной реабилитации и ресоциализации».

Таким образом, разработчиками проекта предполагается создание банка персональных данных альтернативного и, по-видимому, параллельного медицинскому (диспансерному) учету (наблюдению). Данная система учета может вступить в противоречие с Законом РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В статье 9 «Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи» указано, что «Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечения в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом»[45]. А так же ФЗ от № 323 — «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 13 указывает на необходимость соблюдения врачебной тайны[46]. Предполагаемые действия по реализации ряда положений проекта «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» противоречат Федеральному закону Российской Федерации от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных», так как целью «Федерального закона является обеспечение защиты прав и свобод челове-

---

[45] Закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Режим доступа: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=LAW; n=121938 23.08.2013 г.

[46] Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html 23.08.2013 г

ка и гражданина при обработке его персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну»[47]. А также могут подпадать под статью УК РФ № 137. «Нарушение неприкосновенности частной жизни»[48].

Между тем диагноз «наркомания» является основанием для существенного поражения гражданина РФ в правах, включая ограничения возможности заниматься трудовой деятельностью, владеть оружием, управлять автотранспортом, опекать и усыновлять детей. Статья 69 Семейного Кодекса РФ допускает лишение родительских прав лиц с диагнозом «наркомания», а статья 30 Гражданского Кодекса дает основание суду законную возможность «ограничить дееспособность лица, злоупотребляющего наркотическими средствам». Настораживает тот факт, что в проекте «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» даже не предусмотрен механизм снятия с персонифицированного учета. То есть авторами разработчиками концепции подразумевается пожизненное поражение в правах любого человека, попавшего в базу данных «информационно-аналитической системы персонального учёта».

В пункте 11.4. указано: «Ресоциализация потребителей наркотиков может считаться завершенной в случае устойчивого, на протяжении не менее двух лет после прекращения потребления наркотиков, восстановления, поддержания и развития социальных отношений, в том числе семейных и трудовых, наличия социально приемлемых источников постоянных доходов, обеспечивающих финансовую независимость». Однако последней части перечня критериев

---

[47] Федеральный закон Российской Федерации от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных». Режим доступа: http://www.rg.ru/2006/07/29/personaljnye-dannye-dok.html 23.08.2013 г

[48] Уголовный Кодекс РФ № 137. «Нарушение неприкосновенности частной жизни». Режим доступа: http://www.consultant.ru/popular/ukrf/10_27.html 23.08.2013 г.

не соответствует почти половина трудоспособного населения Российской Федерации, которые ни разу в своей жизни не употребляли наркотики. По словам вице-премьера Ольги Голодец 38 миллионов граждан трудоспособного возраста работают в непрозрачных условиях[49]. То есть, по определению ФСКН они не «ресоциализированы». Так как не представляется возможным выносить суждения о «социальной приемлемости» и размере реальных уровнях доходов, их постоянстве, наличию или отсутствию «финансовой независимости» по крайней мере, у 38 миллионов человек — трудоспособных граждан РФ.

Более того проект, представленный ФСКН строится на допущении того, что **все** «потребители наркотиков» по определению десоциализированы. Так согласно описанию, указанному в пункте 11.4. Государственной межведомственной программы, «потребители наркотиков» имеют:

Неразвитые социальные отношения, в том числе семейные и трудовые;

У них отсутствуют социально приемлемые источники постоянных доходов, обеспечивающие их финансовую независимость[50].

На этом допущении основано намерение «реабилитировать» и «реинтегрировать». Приставка «ре» — означает возврат к исходному состоянию, которое было до употребления. Однако это допущение что все потребители наркотиков по определению десоциализированы является неверным. Нет никаких научных данных подтверждающих это предположение. В Российской Федерации в последние годы подобные исследования, по-видимому, вообще не проводи-

---

[49] «Ольга Голодец: 38 миллионов трудоспособных россиян заняты непонятно чем». «Российская газета» от 03.04.2013 года. Режим доступа: http://www.rg.ru/2013/04/03/sektor-anons.html 23.08.2013 г.

[50] Государственная межведомственная программа «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» Режим доступа: http://www.fskn.gov.ru/pages/main/prevent/13250/index.shtml 23.08.2013 г

лись. По данным Национального обследования о потреблении наркотиков и здравоохранения в 2011 году в США большинство потребителей запрещенных наркотиков в возрасте 18 лет и старше, которые употребляли нелегальные наркотики хотя бы раз месяц, были трудоустроены. Из 19.9 миллионов человек 13,1 миллиона (65.7%) были трудоустроены на полный или неполный рабочий день [51].

А что если гражданин, эпизодически употребляющий наркотики трудоустроен, имеет приемлемые источники постоянных доходов и социально адаптирован? В этом случае можно ожидать возникновение выраженной социальной десоциализации у тех людей, которые будучи социализированы, будут вынуждены проходить не нужную им «реабилитацию» и «ресоциализацию» с возможным отрывом от семьи, учебы и работы, при реализации проекта ФСКН «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ».

Согласно пункту 12.4. и 13.1. осуществлять руководство Государственной межведомственной программой будет Государственный антинаркотический комитет. Вызывает сомнение, декларируемое разработчиками «межведомственное взаимодействие», которое в представлении ФСКН может быть сведено к тому, что Минздрав, Минтруд, ФСИН, МВД России, органы исполнительной власти субъектов РФ должны выступить в роли «поставщика» потребителей наркотиков (клиентов) для подконтрольных ФСКН реабилитационных центров.

Проект ФСКН «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» противоречит Национальному стандарту Российской Федерации **«Реабилитационные услуги лицам,**

---

[51] NSDUH. National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings; 2011. Available from: http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k11Results/NSDUHresults2011.htm 23.08.2013 г.

зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг» ГОСТ Р 54990–2012[52].

Более того, разработчики проекта, по-видимому, не знают о существовании Национального стандарта Российской Федерации «Реабилитационные услуги зависимым от наркотических средств…», так как в пункте 12.1. указывают: «В рамках научно-методического обеспечения Национальной системы предусматривается разработка: рекомендаций по разработке в субъектах Российской Федерации стандартов в сфере комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков». В пункте 12.4. также говорится о необходимости «разработки стандартов в сфере комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков»[53]. Таким образом, проект представленный ФСКН создает предпосылки для невыполнения требований действующего Национального стандарта Российской Федерации и этим способствует разрушению существующей нормативной базы.

Проект, представленный ФСКН, строится на допущении того, что с помощью мер принуждения можно достичь улучшения качества наркологической помощи и снизить спрос на наркотики.

Проект, представленный ФСКН предполагает идеологическую монополизацию реабилитационного пространства под эгидой силового ведомства.

Проект, представленный ФСКН, означает исключение профессионального научного, медицинского сообщества из дискуссий о реабилитации.

---

[52] «Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг» ГОСТ Р 54990–2012. Приказ об утверждении национального стандарта РФ. Режим доступа: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=EXP; n=543052 23.08.2013 г.

[53] Государственная программа Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков» от 4 марта 2013 г. № 294-р Режим доступа: http://media.fskn.gov.ru/files/gosprogramma.pdf 23.08.2013 г.

Проект, представленный ФСКН оторван от действительности и носит идеалистический характер.

Анализ финансово-экономического обоснования Государственной межведомственной программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» требует отдельной работы. Однако следует отметить, что разработчики проекта отнюдь не скрывают тот факт, что расчет проводился «аналого-сопоставительным методом исчисления затрат» и «ориентировочно». Средняя расчетная продолжительность реабилитации составляет 9 месяцев. Размер выплат организации за месячное пребывание потребителя наркотиков в реабилитационном центре равен 20 тыс. рублей. Из них на питание реабилитанта в месяц предусмотрено тратить 6600 рублей, на отдых и досуг 70 рублей. Медицинские расходы оценены в 260 рублей. Образование и профессиональная подготовка (с целью ресоциализации) предусмотрена по специальности «Оператор котельной» расчетная стоимость обучения составляет 13 тыс. руб.

Ольга Мишина руководитель Департамента обеспечения межведомственного взаимодействия ФСКН России на заседании Государственного антинаркотического комитета 28 июня 2013 года представила модель Реабилитационного Центра, в котором расчетная продолжительность пребывания гражданина России равна 18 месяцам[54]. Первый этап реабилитации длится до 6-го месяца пребывания наркопотребителя в Центре. Второй этап — социальная реабилитация и трудовая интеграция на производстве, который длится

---

[54] Выступление Ольги Мишиной руководителя Департамента обеспечения межведомственного взаимодействия ФСКН России на заседании Государственного антинаркотического комитета 28 июня 2013 года «О подготовке к реализации государственной межведомственной программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ». Режим доступа: http://www.fskn.gov.ru/includes/periodics/akcii/2013/0628/151024981/detail.shtml 23.08.2013 г.

с 6-го по 12-й месяцы пребывания в Центре. В качестве места работы (трудовой интеграции) потребителей наркотиков выбран «Совхоз имени Тимирязева» (федеральное государственное унитарное предприятие). Оплата за труд не предусмотрена. Однако следует напомнить, что даже во времена СССР работа в ЛТП оплачивалась в соответствии с трудовым законодательством (с учетом вычета ряда издержек). Таким образом «трудовая интеграция» — это эвфемизм, означающий рабский труд в совхозе без оплаты. Предварительная проработка экономических аспектов создания такого государственного центра комплексной реабилитации и ресоциализации оценена в 430–450 млн. рублей. Также было заявлено что: «Обсуждение проекта с представителями Общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «Опора России» выявило заинтересованность предпринимательского сообщества в его реализации». Что, собственно совсем не удивительно, учитывая предполагаемый масштаб финансовых вливаний и возможность сэкономить на зарплате низведенных до положения крепостных крестьян «потребителей наркотиков».

Таким образом, реализация проекта **«Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ»**, не обоснованная этически, научно и юридически, приведет к:

1. Значительным финансовым издержкам.
2. Ошибочному отождествлению потребителей наркотиков с наркозависимыми.
3. Созданию круга «своих» реабилитационных центров.
4. Созданию предпосылок для коррупции.
5. Нарушению неприкосновенности частной жизни.
6. Нарушению врачебной тайны.
7. Дальнейшему снижению мотивации на добровольное обращение в наркологические и реабилитационные учреждения.
8. Расширению практики наркологического учета (наблюдения).

9. Репрессивным мерам по отношению к гражданам.
10. Созданию дополнительного основания для существенного поражения граждан РФ в правах.
11. Расширению круга лиц и организаций, имеющих доступ к персональным данным.
12. Десоциализации потребителей наркотиков.
13. Еще большему недоверию к наркологической службе и реабилитации, и как следствие — снижению выявляемости наркомании.
14. Дискредитации реабилитационных центров и самой идеи «реабилитации» в глазах населения.

Заключение. Проект документа Государственная межведомственная программа «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» по ряду пунктов входит в противоречие с действующим законодательством. Проект необоснованно дорог, содержит грубые фактические и методологические ошибки, противоречит общепризнанным международным стандартам, принципам медицинской этики, деонтологии и доказательности. В проекте заложены значительные коррупционные риски. Ряд центральных положений проекта основаны на произвольных допущениях, неверных толкованиях и подмене понятий. Проект предполагает более чем семикратное наращивание реабилитационных ресурсов (с исходных 20 до 150 тысяч), без научно-обоснованной оценки потребности в этих ресурсах. Данный проект Государственной межведомственной программы не может быть отредактирован и должен быть подготовлен заново, с участием группы авторитетных экспертов (в первую очередь юристов, врачей, психологов, специалистов по социальной работе и представителей гражданского общества), с последующей экспертизой специалистами ведущих профильных научных институтов.

Рекомендации. Необходимо включение в план мероприятий проведение эпидемиологического мониторинга

с соответствующим ресурсным обеспечением. В первую очередь следует провести тщательную научно-обоснованную, репрезентативную оценку числа потребителей наркотиков, с разбивкой по видам употребляемых ПАВ, возрастам, полу, занятости, частоте употребления наркотиков. Выделение среди потребителей лиц, которые соответствуют критериям пагубного употребления, и отделения их от лиц, которые соответствуют критериям зависимости от наркотиков. Отсутствие подобных исходных данных не позволяет оценить потребность в реабилитационных ресурсах, а также осуществить планирование ожидаемых показателей.

В виду большой социальной значимости проблемы при проведении оценки, помимо экспертных заключений и обсуждения в профессиональных кругах следует привлечь широкий круг заинтересованных лиц и представителей гражданского общества, занимающихся правозащитной деятельностью.

Гражданское общество

На сегодняшний день в Российской Федерации, по приблизительным оценкам, более 5000 некоммерческих организаций работают в сфере «предотвращения роста уровня социально значимых заболеваний». Из них около 800 организаций заявляют о том, что они занимаются реабилитацией наркозависимых. Большинство этих организаций в своей работе использует те или иные технологии реабилитационной и социальной деятельности.

Особенностью российского социума является традиционное и чрезмерное проникновение государства во все сферы общественной жизни. Если в западной цивилизации симбиоз государства и гражданского общества во многом вызван синхронизацией процесса их генезиса, то в России государственная доминанта объясняется особенностями национального исторического процесса, обусловившими

гипертрофированную централизацию политической власти и подчинение ее интересам всей общественной жизни. Для того чтобы система наркологической помощи была эффективной, необходимо, чтобы все субъекты осуществляли свою деятельность в сфере профилактики и предотвращения роста уровня социально опасных заболеваний на основе единой стратегии, с использованием комплекса легитимных социальных технологий и всех ресурсов территории. Ибо, несмотря на декларативное единодушие по поводу важности профилактики и реабилитации, отсутствует согласие в отношении наилучших способов ее осуществления.

Сегодня стало очевидно и то, что для решения проблем алкоголизма и наркомании необходимо более активное использование потенциала гражданского общества, а именно потенциал некоммерческих организаций и самоорганизации граждан. Гражданское общество — это динамичная форма обеспечения адекватного взаимодействия политических институтов и сложно структурированного общества, представляющего совокупность частных и общественных интересов, или взаимосвязанная совокупность общественно-политических институтов.

Институты гражданского общества играют роль посредника между целевой аудиторией социальной политики и органами государственной власти. Значимость посреднического потенциала проявляется на основных этапах решения проблем данных социальных групп: обозначения проблемы, планирования мероприятий, их реализации и последующей оценки эффективности. Особенно важна деятельность гражданского общества в сфере профилактики. Под **профилактикой** понимают любые мероприятия, разработанные для того, чтобы избежать злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами и уменьшить негативные социальные последствия и вред, наносимый здоровью. Это широкое понятие может включать действия, направленные на ограничение **предложения** (основанные на том принципе, что снижение доступности психоактивных веществ ограничивает

возможности для злоупотребления и возникновения зависимости) и ограничение **спроса** (включая пропаганду здоровья и профилактику заболеваний). Термин **«снижение спроса»** был использован для описания политики и программ, направленных на сокращение потребительского спроса на наркотические и психотропные средства, на которые распространяется действие международных конвенций по контролю над психоактивными веществами.

Ограничение спроса может быть достигнуто через специальные программы, направленные на:

- изменение тех факторов, которые предрасполагают индивидов к экспериментированию с психоактивными веществами, постоянному употреблению и формированию зависимости;
- посредством активизирования защитных факторов у индивида и его окружения;
- снижение поощрения злоупотребления со стороны окружения;
- информирование, просвещение и консультирование по вопросам, связанным с алкоголем и психоактивными веществами;
- реабилитацию лиц, ставших зависимыми от алкоголя и наркотиков, ибо зависимые лица являются основными потребителями, формирующими спрос на наркотики.

Существуют убедительные научные доказательства, что факторами, способствующими развитию алкогольной или наркотической зависимости, являются пережитые человеком психологические травмы, недостаток внимания в детстве, тяжелые условия жизни, социальное отторжение и эмоциональные проблемы, а не моральная слабость или поиск удовольствий[55]. Насилие, репрессии, карательные методы не способствуют сокращению потребления наркоти-

---

[55] Buchanan J. (2004) Missing Links? Problem drug use and social exclusion. Probation Journal. Vol. 51 № 4. P. 387–397

ков, но парадоксальным образом усиливают проблему наркомании. В связи с масштабностью задач и трудностью их реализации во всем мире возрастает роль так называемого «третьего сектора» — совокупности общественных негосударственных организаций (созданных на истинно добровольной, волонтерской основе, независимых в организационном и материальном отношении), занимающих свою нишу в сфере социальных услуг, организующих свою работу как на коммерческой, так и в рамках целевой благотворительности. Несмотря на значительную пестроту НКО, работающих в наркологической сфере, по организационным формам, источникам средств, штатам, направлениям деятельности и т. п., всех их объединяет то, что большинство этих структур было создано или профессионалами, неудовлетворенными своей деятельностью в рамках официальной наркологии, педагогической или правоохранительной деятельности, или группами лиц — носителей проблем. Имеющие активную гражданскую позицию специалисты смогли реализовать свои представления о развитии наркологической помощи и противодействии распространения алкоголизма и наркомании именно в рамках НКО[56]. Указанные службы работают как вне конфессиональных рамок, так и на конфессиональной основе, например, христианские приюты, «братства трезвости», общины и коммуны и т. д. Во многих странах мира успешно функционируют специализированные структуры, решающие те или иные лечебно-реабилитационные задачи в рамках различных организационных и научно-методических парадигм: 12-шаговые программы — в том числе сообщества: «Анонимные Алкоголики» (АА), «Анонимные Наркоманы» (АН), «Анонимные Игроки» (АИ), «Ал-Анон» (программа для родственников алкоголиков), «Нар-Анон» (программа для родственников наркозависимых) и т. п. Функционируют

[56] Зыков О., Цетлин М., Полятыкин С., Молев Е. Опыт неправительственных объединений по решению проблем, связанных с потреблением алкоголя. Режим доступа: http://www.narcom.ru/cabinet/online/18.html 23.08.2013 г.

различные терапевтические сообщества и реабилитационные центры, как амбулаторные, так и стационарные. Для потребителей услуг предлагаются разные уровни реабилитационных программ, например, первичные реабилитационные программы для новичков, программы профилактики срыва, семейные программы и т. д.

* * *

Для того чтобы система наркологической помощи была эффективной, необходимо, чтобы все субъекты (государственные и негосударственные) осуществляли свою деятельность в сфере профилактики и предотвращения роста уровня социально-опасных заболеваний на основе единой стратегии, с использованием комплекса легитимных социальных технологий и всех ресурсов территории. «Союзом некоммерческих организаций социальной деятельности и гражданских инициатив» с участием ряда экспертов в октябре 2010 года был разработан проект Стандарт организации НКО (НПО) **«Социальные услуги зависимым от наркотиков и алкоголя и гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации».**

Действие стандарта распространяется на социальные услуги, предоставляемые учреждениями социального обслуживания некоммерческих организаций гражданам, зависимых от наркотиков и алкоголя и гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, а так же предусматривает критерии, определяющие качественный и количественный результат деятельности организации социальной пользы.

Стандарт устанавливает:

1. Типы учреждений НКО (НПО)
2. Виды социальных услуг, их состав, формы,
3. Условия размещения учреждений,
4. Состав специального технического оснащения учреждений,
5. Состав и характеристику документации учреждений,

6. Требования к персоналу учреждений,
7. Порядок и условия предоставления социальных услуг,
8. Систему и контроль качества социальных услуг.

Социально-ориентированные НКО (НПО) — организации общественной пользы, предоставляющие социальные услуги гражданам независимо от их национальности, вероисповедания и места жительства, зарегистрированные в установленном законом порядке и действующие на принципах прозрачности и открытости.

И осуществляет такие виды деятельности, как:

1. социальная поддержка и защита граждан;
2. подготовка населения к преодолению последствий стихийных бедствий, экологических, техногенных или иных катастроф, к предотвращению несчастных случаев;
3. оказание помощи пострадавшим в результате стихийных бедствий, экологических, техногенных или иных катастроф, социальных, национальных, религиозных конфликтов, беженцам и вынужденным переселенцам;
4. охрана окружающей среды и защита животных;
5. охрана и в соответствии с установленными требованиями содержание объектов (в том числе зданий, сооружений) и территорий, имеющих историческое, культовое, культурное или природоохранное значение, и мест захоронений;
6. оказание юридической помощи на безвозмездной или льготной основе гражданам и некоммерческим организациям и правовое просвещение населения, деятельность по защите прав и свобод человека и гражданина;
7. профилактика социально опасных форм поведения граждан;
8. благотворительная деятельность, а также деятельность в области содействия благотворительности и добровольчества;
9. деятельность в области образования, просвещения, науки, культуры, искусства, здравоохранения, профилакти-

ки и охраны здоровья граждан, пропаганды здорового образа жизни, улучшения морально-психологического состояния граждан, физической культуры и спорта и содействие указанной деятельности, а также содействие духовному развитию личности;

10. другие виды деятельности, направленные на решение социальных проблем, развитие гражданского общества в РФ, установленные федеральными законами, законами субъектов РФ, нормативными правовыми актами представительных органов муниципальных образований.

Услуги, предоставляемые НКО гражданам в учреждениях социального обслуживания, разделяются на следующие виды:

1. Социально-бытовые и социально-экономические услуги, обеспечивающие благоприятные и безопасные условия жизнедеятельности граждан, направленные на восстановление социального статуса гражданина и его трудовых навыков;
2. Социально-медицинские услуги, обеспечивающие охрану здоровья, своевременное оказание необходимой медицинской помощи, профилактику заболеваний и формирование навыков здорового образа жизни, контроль за соблюдением санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований;
3. Социально-педагогические услуги, направленные на повышение интеллектуального уровня граждан, расширение их кругозора, углубление знаний, формирование умений и навыков, развитие творческого потенциала; услуги по организации культурно-досуговой деятельности, туристские, краеведческие и экскурсионные, обеспечивающие разумное и полезное проведение гражданами свободного времени, их духовно-нравственное развитие, приобщение к ценностям культуры и искусства; услуги в сфере физической культуры и спорта, направленные на физическое развитие, укрепление здоровья и закаливание организма;

4. Социально-психологические услуги, направленные на улучшение психического состояния граждан и их адаптацию к условиям жизнедеятельности;
5. Социально-правовые услуги, направленные на оказание гражданам и их родителям (родственникам) юридической помощи, защиту их законных прав и интересов, связанных с пользованием услугами учреждения отдыха и оздоровления;
6. Информационные услуги, направленные на предоставление своевременной и достоверной информации о различных сторонах деятельности учреждения;
7. Транспортные услуги.

Данный Стандарт официально утвержден не был.

* * *

В 2010 году был разработан и утвержден **Стандарт «Антинаркотические некоммерческие организации: цели, виды и принципы деятельности; требования к социальному обслуживанию людей, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением наркотических средств; критерии оценки результативности основных направлений деятельности».** Сокращенное название «Стандарт АННКО 1.0».

Стандарт был разработан Свердловской Областной Общественной Организацией «Центр поддержки гражданских инициатив «Открытое общество», внесен Управлением Федеральной Службы по Контролю за оборотом наркотиков по Свердловской области. Впервые введен в действие 2 марта 2010 года. Использовать данный стандарт может любая организация в России. Соблюдая определенные требования, установленные государственными органами стандартизации можно участвовать в процессе добровольной сертификации.

Стандарт разработан с целью повышения социальной эффективности деятельности антинаркотических некоммерческих организаций (АННКО) и качества услуг, оказываемых ими в ходе социального обслуживания людей, попавших

в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением наркотических средств. Антинаркотические некоммерческие организации — это социально ориентированная некоммерческая организация, зарегистрированная в порядке, установленном российским законодательством о некоммерческих объединениях, действующая как корпорация общественной пользы, вносящая вклад в повышение уровня устойчивости общества через решение социально значимой проблемы — противодействие распространению наркомании[57].

Стратегическая цель АННКО — повышение устойчивости общества путем снижения уровня его наркотизации через пропаганду здорового образа жизни, социальную реабилитацию людей, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением наркотических средств, повышение уровня гражданской ответственности населения.

Данная цель достигается решением следующих основных задач:

1. профилактика асоциального образа жизни, связанного с употреблением наркотических средств, в том числе через пропаганду здорового образа жизни и повышение гражданской ответственности населения;
2. социальная реабилитация лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию, в связи с употреблением наркотических средств;
3. развитие эффективного взаимодействия общественных институтов, властных структур, частных лиц с целью решения проблем, связанных с противодействием наркотизации общества.

Основные направления и формы социальной помощи:

1. Содействие в восстановлении адекватного правового статуса.

---

[57] ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской федерации по вопросу поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций» от 5 апреля.2010 N 40-ФЗ

2. Содействие в восстановлении и формирование поддерживающей системы социальных связей.
3. Социально-бытовая и культурная адаптация.
4. Содействие в восстановлении трудовых навыков в системе хозяйственной деятельности.
5. Содействие в восстановлении здоровья.
6. Содействие в восстановлении или повышении образовательного статуса.
7. Содействие в решении вопросов жизнеустройства, проживания.

* * *

Потенциал гражданского общества заключается в возможности формировать предложения по совершенствованию нормативно-правовой базы и по организации более эффективной работы государственных структур. Так, например Проект реформы наркологии «Правовая наркология», которая была разработана экспертами Российского благотворительного фонда «Нет Алкоголизму и Наркомании» (НАН) совместно с Общественной палатой РФ и ведущими специалистами НПЦ Наркологии и ННЦ Наркологии. Возможность разработки Концепции основывалась на реальном опыте и понимании технологий профилактической и реабилитационной деятельности, что удалось сформулировать в трехтомнике «Профилактика зависимостей»[58]. Издание трехтомника создало условия к предметности данной дискуссии, предопределило конструктивность диалога с профессиональным сообществом и заявило практическую ценность этого диалога. Проект «Правовая наркология» был представлен на заседании Правительственной комиссии по профилактике правонарушений 15.12.2010 г. В соответствии с решением Комиссии (протокол № 4 от 15.12.2010 г.),

[58] «Профилактика зависимостей». Под общей редакцией О. В. Зыкова, 2010; Режим доступа: http://www.nan.ru/3tom/23.08.2013 г.

текст «Правовая наркология. Концепция реформы системы наркологической помощи» был направлен в регионы. Поступили отзывы из 58 субъектов РФ и на основе анализа полученных дополнений и замечаний Концепция «Правовая наркология» была доработана. На заседании Правительственной Комиссии по профилактике правонарушений 28.12.2011 г. доработанная версия Концепции «Правовая наркология» с учетом позиции регионов была повторно заслушана.

В соответствии с решением Правительственной комиссии по профилактике правонарушений пункт 1.2.2 Концепция «Правовая наркология» рекомендована для представления Правительству РФ. Текст Концепции «Правовая наркология» был направлен органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации которым было предписано в соответствии с пунктом 1.5.2. протокола заседания Правительственной комиссии по профилактике правонарушений использовать Концепцию «Правовая наркология» в процессе формирования региональных моделей организации эффективной наркологической помощи. Субъектам Российской Федерации предписывалось в срок до 31 марта 2012 года отчитаться о проделанной работе. В соответствии с решением Правительственной комиссии регионы отчитались о проделанной работе. В информационно-справочных материалах полученных из всех 83 субъектов РФ сообщалось, что Концепция «Правовая наркология. Концепция реформы системы наркологической помощи» была использована для формирования региональных моделей организации наркологической помощи. 15 мая 2012 года от лица Общественной палаты Концепция «Правовая наркология» и блок материалов, которые в нее вошли, подписанные секретарем ОП РФ Е. П. Велиховым, были направлены в адрес вновь назначенного председателя Правительства РФ Д. А. Медведева.

Однако, несмотря на всю проделанную работу концепция реформы системы наркологической помощи «Правовая наркология» была **проигнорирована** Минздравом и не была использована при дальнейшей подготовке нормативных документов.

* * *

В сентябре 2012 года ФГУП СТАНДАРТИНФОРМом при участии Союза некоммерческих организаций социальной деятельности и гражданских инициатив был разработан **Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг»**[59]. Стандарт был внесен техническим комитетом по стандартизации ТК 406 «Социальное обслуживание населения». 18.09.2012 года был утвержден и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и методологии № 327-ст. Дата введения в действие Стандарта — с 1 июля 2013 года.

Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг» ГОСТ Р 54990–2012 содержит в себе:

1. Область применения.
2. Нормативные ссылки.
3. Термины и определения.
4. Общие положения.
5. Основные виды и характеристики реабилитационных услуг.

Заявленная в **Национальном стандарте** область применения: реабилитационные социальные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя, предоставляемые специализированными реабилитационными центрами. Действия реабилитационных учреждений, согласно **Национальному стандарту** должны предусматривать проведение совокупности медицинских,

---

[59] Приказ об утверждении национального стандарта РФ. Режим доступа: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=EXP; n=543052 23.08.2013 г.

психологических, воспитательных, педагогических, социально-психотерапевтических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления психоактивных веществ. И должны быть направлены на избавление вышеуказанных лиц от патологической зависимости от психоактивных веществ, восстановление их личности и социального статуса, преобразование и восстановление мировоззрения этих лиц, направленного на соблюдение здорового образа жизни.

Каждый этап предоставления и вид реабилитационных социальных услуг, согласно **Национальному стандарту,** должен быть ориентирован на конкретную реально достижимую цель, отраженную в договоре между реабилитантом и реабилитационным учреждением. Обязательной составной частью реабилитационного процесса зависимых от психоактивных веществ являются разработка и периодическое уточнение модели жизни реабилитанта в учреждении и после ухода из него. Реабилитационные социальные услуги предоставляют комплексно. Согласно **Национальному стандарту** реабилитационные социальные услуги, предоставляемые реабилитантам, должны быть направлены на восстановление и развитие уровня их функциональных способностей в быту и социуме, восстановление разрушенных или утраченных семейных, общественных связей и отношений вследствие возникновения патологической зависимости от психоактивных веществ.

Для этого в **Национальном стандарте** предусмотрены следующие формы (индивидуальные и групповые) и методы предоставления этих услуг:

1. беседа, повествование, объяснение, демонстрация;
2. поведенческий и личностный тренинги;
3. групповое обсуждение;
4. ситуационно-ролевые, деловые и развивающие игры;
5. подведение итогов, разбор трудных случаев;

6. индивидуальное консультирование по проблеме;
7. обязательное участие в трудовых процессах;
8. работа групп самопомощи (объединение людей для оказания само- и взаимопомощи).

Согласно **Национальному стандарту** предоставление услуг должно быть построено на принципах добровольности и уважения к личности зависимых от психоактивных веществ. Содержание и длительность реабилитации определяются конкретной реабилитационной программой и условиями пребывания в ней, которые необходимо выполнять реабилитанту. Предоставление реабилитационных социальных услуг включает в себя типовую систему следующих реабилитационных мероприятий:

1. медицинское и психологическое обследование реабилитанта;
2. проведение реабилитационно-экспертной диагностики реабилитанта, определения и оценки реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза и социального статуса для выявления необходимости конкретных реабилитационных мероприятий, индивидуальных для каждого реабилитанта, по всем направлениям реабилитации;
3. проведение реабилитационных мероприятий с членами семьи и другими созависимыми;
4. формирование модели жизни реабилитанта;
5. реализация реабилитационных мероприятий;
6. послереабилитационное сопровождение;
7. мониторинг (наблюдение);
8. собственная оценка и анализ эффективности реабилитационных воздействий;
9. содействие последующей ресоциализации (социальной интеграции).

Реабилитационную помощь зависимым от психоактивных веществ в учреждениях оказывают конфиденциально, а сведения о них предоставляют заинтересованным органи-

зациям в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Согласно **Национальному стандарту** основными видами реабилитационных услуг являются:

1. социально-медицинские реабилитационные услуги;
2. услуги по профессионально-трудовой реабилитации;
3. услуги по социальной реабилитации.

Реабилитация считается завершенной при условии устойчивой ремиссии, когда реабилитант достиг уровня, демонстрирующего уверенное желание реализовать намеченную позитивную модель жизни. В качестве основных критериев эффективности проведенного курса реабилитации согласно **Национальному стандарту** является возврат гражданина в общество и возобновление его полноценного функционирования в нормативном социальном окружении, обретение им психологического и физического здоровья, экономической устойчивости и восстановление правового статуса.

Национальный стандарт Российской Федерации **«Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг» ГОСТ Р 54990–2012** создает рамку, необходимую для того, чтобы не допустить злоупотребление правами пациентов (реабилитантов). Национальный стандарт требует от сотрудников безусловного уважения достоинства человеческой личности, дает право на получение конфиденциальной помощи, провозглашает отказ от принуждения, различных форм насилия, принуждения и эксплуатации лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации в связи с зависимостью от психоактивных веществ.

* * *

Таким образом, мы видим пример того, как институты гражданского общества, в т. ч. некоммерческие организации,

могут осуществлять не только социальную, реабилитационную помощь, подготовку кадров, но и активно участвовать в выработке нормативно-правовых актов на государственном уровне и содействовать их принятию. Внедрение какой-либо инновации невозможно в качестве одномоментного события, реализованного посредством принятия какого-либо нормативно-правового акта. Необходима метатехнология — технология продвижения технологии. «Технология продвижения технологии» — это совокупность методов и приемов, направленных на внедрение и распространение инновации в оформленном виде определенного деятельного комплекса, обеспечивающего получение запланированного результата. Механизм внедрения состоит из трех взаимосвязанных элементов:

- Создание прецедентов, реализация пилотных проектов, разработка действующих моделей инновационных социальных технологий.
- Организация образовательных и просветительских процессов; создание обучающих программ, методических разработок, проведение конференций, семинаров, подготовка кадров.
- Разработка требуемых нормативно-правовых актов и содействие их принятию.

Гражданское общество, находясь в тесной взаимосвязи с органами государственной власти, могут и уже оказывают помощь в решении проблем профилактики и реабилитации граждан, зависимых от алкоголя и наркотиков. Необходимо дальнейшее формирование и тиражирование эффективных технологий профилактики алкоголизма и наркомании с целью вовлечения профильных общественных организаций в процесс совершенствования системы наркологической помощи. Эффективная работа представителей гражданского общества возможна во взаимодействии организации со структурами региональной и местной власти. Такое взаимодействие открывает доступ к целевой аудитории, орга-

низационным, информационным и экспертным ресурсам властных структур и имеет целью совершенствование существующей системы наркологической помощи.

Приложение 1.

Экспертное заключение на проект государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков»

наименование проекта государственной программы Российской Федерации

1. Экспертная оценка проекта государственной программы

1.1 Оценка адекватности целей и показателей государственной программы

1.1.1 Оценка соответствия целей и показателей государственной программы (подпрограмм) установленным в Указах Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г., иных стратегических документах целям и задачам государственной политики в сфере реализации государственной программы

В процессе экспертизы были использованы следующие нормативные документы:

1. Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2002–2004 годы» утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации № 44 от 23 января 2002 года
2. Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы» утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации № 561 от 13 сентября 2005 года
3. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденная Указом Президента РФ от 09.06.2010 № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года»
4. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, утвержденная Указом Президента

Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года»
5. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года «
6. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р
7. «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года», одобренная распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р
8. «Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих» утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года № 715 с изменениями, внесенными Постановлением Правительства Российской Федерации № 710 от 13 июля 2012 года
9. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1663-р об утверждении «Основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года»
10. Указ Президента Российской Федерации № 1374 от 18 октября 2007 года «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров»
11. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 июня 2011 г. № 485 «Об утверждении положения о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации»

12. Федеральный закон от 08 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»
13. Федеральный закон от 02 июня 1992 года № 3186–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
14. Федеральный закон от 07 декабря 2011 года № 420-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации»
15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 апреля 2010 г. № 225 ан «Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации»
16. Протокол № 9 заседания Государственного антинаркотического комитета от 24 сентября 2010 года (http://map.fskn.gov.ru/pages/gak/4602/4614/8527/index.shtml)
17. Решение Правительственной комиссией по профилактике правонарушений от 28 декабря 2011 года протокол № 4 (http://www.mvd.ru/mvd/prav_kom/com_work/)
18. Информационно-справочные материалы о выполнении п. 1.5.2. протокола заседания Правительственной комиссии по профилактике правонарушений от 28 декабря 2011 года № 4 (прилагается)
19. Доклад «О ходе выполнения Российской Федерацией Политической Декларации и Плана действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков» (прилагается)

При подготовке проекта государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков» с периодом исполнения с 2013 г. по 2020 г. было изначально допущено три системные ошибки:

1. Все нормативные документы последнего периода, посвященные рассматриваемой проблематике, включая базовый документ «Стратегия государственной антинарко-

тической политики Российской Федерации до 2020 года», утвержденный Указом Президента РФ от 09.06.2010 № 690, в котором выделен специальный раздел IV «Совершенствование системы мер по сокращению спроса на наркотики», подчеркивают приоритетность формирования политики снижения спроса на психоактивные вещества (далее — ПАВ), что связано с политическим осознанием паллиативности любых мер, ограниченных борьбой с предложением ПАВ. Вся структура предлагаемого к рассмотрению документа, включая финансовые акценты, демонстрирует неготовность и неспособность разработчиков мыслить категориями приоритетности формирования политики снижения спроса на ПАВ.

2. Основная часть существующих тематических базовых нормативных документов в качестве угрожающего фактора не выделяет определенную группу ПАВ — наркотики, из числа иных ПАВ, в том числе имеющих открытый легальный оборот, таких как алкоголь, табак и др., одновременно делая акцент не на борьбу с этими веществами, а на необходимость профилактики их пагубного влияния:

«Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года», утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537. *«72. Одними из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации являются возникновение масштабных эпидемий и пандемий, массовое распространение ВИЧ-инфекции, туберкулеза, наркомании и алкоголизма, повышение доступности психоактивных и психотропных веществ»*

«Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р: «… *Формирование здорового образа жизни должно стать важнейшим направлением политики в области охраны здоровья. При этом основой пропаганды здорового образа жизни должно стать наряду*

с информированием о вреде низкой физической активности, нерационального и несбалансированного питания, потребления алкоголя, табака, наркотических и токсических веществ также обучение навыкам по соблюдению правил гигиены и режима труда, учебы, режима и структуры питания».

«Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», утвержденная Указом Президента РФ от 09.10.2007 № 1351: «*… Уровень смертности обусловлен также высоким уровнем заболеваемости населения, распространенностью алкоголизма, наркомании, табакокурения. Не созданы условия, побуждающие людей бережно относиться к собственному здоровью и здоровью своих детей. Недостаточно развиты формы досуга, способствующие ведению здорового образа жизни (физическая культура, спорт, туризм, активный отдых и другие)».*

«Перечень социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года № 715 с изменениями, внесенными Постановлением Правительства Российской Федерации № 710 от 13 июля 2012 года: *«8. F 00-F 99 психические расстройства и расстройства поведения».*

«Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года» утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1663-р: «*… Необходимо реализовать комплекс профилактических мероприятий, направленных на сокращение потребления алкоголя, наркотиков и табака».*

3. Наиболее очевидной первоначальной ошибкой составителей документа является отсутствие анализа неуспешности аналогичных программ предыдущих периодов (неуспешность предыдущих аналогичных программ следует, в том числе, из описательной части представленного на экспертизу документа):

Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их неза-

конному обороту на 2002–2004 годы» (утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации № 44 от 23 января 2002 года);

Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы» (утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации № 561 от 13 сентября 2005 года).

Очевидно не только смысловое, но и текстуальное совпадение в описании целей, задач и предлагаемых мер в вышеозначенных программах прошлых периодов и документе, представленном на экспертизу. Тем более не понятно, почему составители не попытались по-пунктно проанализировать неэффективность реализованных целевых программ. На данный факт указывают также российские и международные эксперты в докладе «О ходе выполнения Российской Федерацией Политической Декларации и Плана действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков» (прилагается), представленном в 2011 году и подготовленном при поддержке представительств Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) во исполнение Политической Декларации 2009 года утвержденной 52-й сессией Комиссии по наркотическим средствам ООН:

«Примечательно, что по завершении выполнения предыдущего документа, выступавшего основой действий государства в сфере снижения спроса — Федеральная Целевая Программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы», эффективность воздействия мероприятий в рамках этого документа на спрос на незаконные наркотики не была подвергнута какой-либо публичной оценке».

1.1.2. Оценка адекватности набора показателей государственных программ (подпрограмм) с точки зрения воз-

можности оценки степени достижения целей и соблюдения баланса интересов при разработке и реализации государственной политики в сфере реализации государственной программы

Эксперт, проводящий настоящую экспертизу, считает приоритетной задачей в заявленной программе тему снижения спроса на ПАВ, которой преимущественно посвящена вторая подпрограмма «Координация антинаркотической деятельности федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

Разработчики настоящего документа, осознавая важность темы снижения спроса, что следует из декларативной части второй подпрограммы, обнаружили неспособность расставить необходимые приоритеты, включая финансовые, и не раскрыли эту тему содержательно. Изначально обращает на себя внимание, что в подпрограмме, название которой начинается со слова «координация» отсутствуют соисполнители подпрограммы, при этом исполнителем подпрограммы является Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков — силовая структура, деятельность которой, прежде всего, направлена на борьбу с незаконным предложением наркотиков. Известно, что для координации антинаркотической деятельности создан Государственный антинаркотический комитет (ГАК), что следует из текста Указа Президента Российской Федерации № 1374 от 18 октября 2007 года, но в настоящее время этот орган фактически встроен в деятельность ФСКН России и малоэффективно исполняет координационную функцию с позиции предметно-содержательной деятельности. В представленной подпрограмме не заявлена цель модернизации деятельности ГАК как координационного органа антинаркотической деятельности, и в целом не прослеживается роль этой структуры, присутствующей в тексте проекта программы номинально.

В настоящий период времени в мировой практике, подтвержденной различными международными актами, прежде

всего документами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), деятельность в области снижения спроса на ПАВ структурирована по трем направлениям профилактики: первичная профилактика, направленная на утверждение принципов здорового образа жизни; вторичная профилактика, направленная на работу с лицами группы риска; и третичная профилактика, направленная на работу с зависимым контингентом. Такая структура профилактической деятельности воспринята российской наркологией, что подтверждается Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 апреля 2010 г. № 225 ан «Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации»:

«17. Первичная медицинская профилактика включает:

информирование населения о влиянии на здоровье таких негативных факторов как употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, а также участие в азартных играх, и возможности их предупреждения;

информирование граждан о негативном влиянии на здоровье женщин употребления алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ в репродуктивный период, включая период беременности, в целях предупреждения внутриутробного поражения плода;

медико-генетическое консультирование, направленное на выявление предрасположенности к потреблению психоактивных веществ;

мотивационное консультирование детей и подростков, направленное на изменение дезадаптивных форм поведения, а также на снижение риска распространения парентеральных инфекций (ВИЧ-инфекции, гепатиты) в связи с употреблением психоактивных веществ, и, при наличии медицинских показаний, проведение специфического медикаментозного лечения;

семейное консультирование, включая обучение родителей оздоровительной системе воспитания ребенка;

раннее выявление лиц, входящих в группы риска: употребляющих алкоголь, наркотические и другие психоактивные вещества, участвующих в азартных играх, а также больных с наркологическими заболеваниями и патологическим влечением к азартным играм.

18. Вторичная медицинская профилактика включает:

информирование граждан о системе наркологической помощи и медико-социальной реабилитации при наркологических заболеваниях и патологическом влечении к азартным играм;

формирование у граждан мотивации к обращению за наркологической медицинской помощью и медико-социальной реабилитацией;

предупреждение формирования заболевания у лиц, имеющих эпизоды злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами;

предупреждение формирования заболевания у лиц, входящих в группу риска: употребляющих алкоголь, наркотические и другие психоактивные вещества с пагубными последствиями, а также участвующих в азартных играх.

19. Третичная медицинская профилактика включает:

предупреждение дальнейшего злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами;

уменьшение вреда от употребления алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ;

оказание наркологической помощи;

предотвращение срывов и рецидивов заболеваний у больных, прекративших употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, а также прекративших участие в азартных играх;

осуществление медико-социальной реабилитации».

Предлагаемая подпрограмма, не имеющая программно-целевых инструментов, как следует из паспорта подпрограммы, не имеет стройной структуры, принятой в мировой практике и воспроизведенной в выше представленном нор-

мативном документе Минздравсоцразвития РФ. Безусловно, разработчики подпрограммы должны были воспринять эту структуру уровней профилактики, при этом, представив эту деятельность не только в узко медицинском контексте. В этом случае соисполнителем программных элементов первого уровня профилактики должен выступать Минобрнауки РФ, соисполнителем второго уровня профилактики, где главной задачей является сокращение насилия в обществе и сокращение тюремного населения, должны выступать МВД РФ и ФСИН России, а соисполнителем третьего уровня профилактики — Минздрав РФ. При этом данный перечень ведомств — возможных соисполнителей не является исчерпывающим, а минимально необходимым для реализации заявленных задач.

В подпрограмме декларируется «*… особую роль в достижении цели подпрограммы должны сыграть внедрение и реализация национальной системы социальной реабилитации и ресоциализации*», при этом подпрограмма никак не расшифровывает, как эта задача будет решаться. В «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» сказано:

«78. Решение задач национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации в среднесрочной и долгосрочной перспективе достигается путем:

формирования национальных программ (проектов) по лечению социально значимых заболеваний (онкологические, сердечнососудистые, диабетологические, фтизиатрические заболевания, наркомания, алкоголизм) с разработкой единых общероссийских подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов…».

Представляется, что ФСКН России без партнерства с Минздравом РФ в принципе не способна решать эту задачу, тем более, что решать ее необходимо в ограниченные сроки, заявленные в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»: «*… д) за-*

вершить до 1 января 2016 г. модернизацию наркологической службы Российской Федерации».

Также следует указать, что из текста подпрограммы становиться очевидно, что разработчики не ориентированы в существующих методах и подходах к решению данных задач. Например, никак не используется и не упоминается Концепция реформы наркологии, разработанная Общественной палатой Российской Федерации, рекомендованная к использованию органами исполнительной власти субъектов федерации решением Правительственной комиссией по профилактике правонарушений (пункт 1.5.2. протокола № 4 от 28 декабря 2011 года http://www.mvd.ru/mvd/prav_kom/com_work/) и в настоящий момент уже принятая к применению в 39 субъектах федерации (справка Правительственной комиссии по профилактике правонарушений прилагается).

Основная часть предлагаемых подпрограммой мероприятий носит декларативный, а в некоторых случаях, откровенно демагогический характер, которые скорее могут принести вред, чем заявленную пользу. Прежде всего, это касается публичных мероприятий, где используется слово «наркотик». Является очевидным фактом, что чрезмерное эксплуатирование темы наркотиков в информационном пространстве приводит к увеличению количества несовершеннолетних, экспериментирующих с употреблением ПАВ. ФСКН России, не выстраивая тесное взаимодействие в процессе проведения таких акций с экспертным сообществом, представляющим, прежде всего, образовательные структуры подведомственные Минобрнауки РФ, и с профильными некоммерческими организациями, чья роль в принципе плохо прослеживается в проекте программы, может нанести значительный вред, который в конечном итоге приведет к увеличению количества лиц, употребляющих наркотики.

Одной из реальных, эффективных и немногих, поддержанных ФСКН России в последний период времени инициатив, направленных на уменьшение спроса на ПАВ, является законодательное закрепление технологии «лечение вместо

наказания», что нашло свое отражение в Федеральном законе № 420-ФЗ от 07 декабря 2011 года. Данный законодательный акт закрепляет возможность замены ряда статей Уголовного кодекса, сопряженных с незаконным оборотом наркотиков, на лечение и реабилитацию подсудимого в случае его добровольного согласия. Законодатель продекларировал это право, что предполагает технологическое насыщение, прежде всего путем создания образовательных стандартов, включая образование представителей судебного сообщества; организационных стандартов, обеспечивающих взаимодействие судебного решения и реабилитационных программ; и информационных стандартов, позволяющих прежде всего подсудимому знать о своих правах. Приходится констатировать и вызывает удивление, что представленная подпрограмма, не смотря на крайнюю актуальность и очевидность для ФСКН данной темы, упоминает деятельность «*… специализированных наркосудов…*» исключительно с позиций «*… проработать вопрос о создании…*», хотя требуются неотлагательные конкретные и предметные действия, на что указывают российские и международные эксперты в Докладе «О ходе выполнения Российской Федерацией Политической Декларации и Плана действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков»:

«*Наркосуды неплохо зарекомендовали себя за рубежом. Однако в отсутствие научно-обоснованной и соответствующей международным стандартам системы лечения наркозависимости, наркосуды лишь ухудшат ситуацию, став аналогом показавшей неэффективность советской системы лечебно-трудовых профилакториев*».

Также хочется указать на очевидную неадекватность некоторых заявленных подпрограммой приоритетов: «Одним из приоритетов государственной политики в сфере реализации подпрограммы является построение новой модели развития общества». Не понятно, как исключительно силами ФСКН России, поскольку подпрограмма не имеет соиспол-

нителей, может быть построена «новая модель развития общества», возможно разработчики подпрограммы сознательно не указали, о какой модели идет речь.

1.1.3. Анализ соответствия целей и показателей государственных программ (подпрограмм) установленным нормативным и методическим требованиям

Основным нормативным документом, дающим возможность анализировать динамику наркоситуации в стране, и таким образом оценивать, в том числе, эффективность реализации государственной программы, является «Положение о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации» утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 июня 2011 г. № 485. Данный документ основан на использовании принципа фиксации динамики формализованного набора статистических показателей, что не в полной мере обеспечивает валидность получаемых данных. Современный мировой опыт оценки состояния наркопотребления, прежде всего основан на проведении лонгитюдных социологических исследованиях в различных популяционных группах. Предлагаемая программа не обсуждает эти проблемы и не рассматривает возможность следовать за мировыми тенденциями в оценке динамики наркоситуации.

1.2. Оценка оптимальности набора подпрограмм как с точки зрения их полноты и достаточности, так и с точки зрения управления и мониторинга их реализации

Очевидна нецелесообразность объединения в одной программе подпрограммы борьбы с предложением наркотиков и подпрограммы снижения спроса на них. Цели этих подпрограмм и методы их достижения концептуально различны. В случае создания самостоятельной программы, направленной на формирование политики снижения спроса, необходимо включать в нее весь круг проблем, связанных с патологическими формами зависимого поведения как от химических веществ (наркомания, алкоголизм, табакокурение и др.), так и иных поведенческих патологий (игромания и др.). Вклю-

чение в данный перечень нехимических форм зависимого поведения актуализировано в вышеупомянутом Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 апреля 2010 г. № 225 ан «Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации» — «2. *Наркологическая помощь оказывается гражданам, страдающим в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (далее — наркологические заболевания), а также патологическим влечением к азартным играм…*».

Факторами, подтверждающими необходимость формирования самостоятельной программы, направленной на решение проблемы снижения спроса, является изначальное понимание этого со стороны разработчиков рассматриваемой программы, что подтверждается решением Государственного антинаркотического комитета «… Обратиться к Президенту Российской Федерации с предложением о включении в перечень государственных программ, утверждаемый Правительством Российской Федерации, государственной программы по кардинальному снижению спроса на наркотики» (протокол № 9 заседания ГАК от 24 сентября 2010 года http://map.fskn.gov.ru/pages/gak/4602/4614/8527/index.shtml), а также рядом нормоустанавливающих документов, имеющих аналогичные цели и задачи в части снижения спроса на ПАВ, но не ориентированных на регламентацию оборота узкой группы химических веществ — наркотиков. Например, «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года», одобренная распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р.

1.3. Оценка необходимости и достаточности мероприятий для достижений целей реализации государственных программ

Оценивая первую подпрограмму «Комплексные меры противодействия незаконному обороту наркотиков» и учитывая, что эксперт, проводящий настоящую экспертизу, не обладает достаточным объемом профессиональных знаний в области правоохранительной деятельности, можно констатировать, что практически все изложенные в подпрограмме мероприятия фактически обеспечивают решение одной задачи — дополнительно финансировать основную деятельность ФСКН России и укрепить материально-техническую базу данного ведомства. Необходимо констатировать еще один факт, снижающий качество заявленного документа — отсутствие программно-целевых инструментов, что констатируется в паспорте подпрограммы.

Мероприятия, изложенные в подпрограмме «Координация антинаркотической деятельности федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», не решают задачу «координации» и не структурированы в соответствии с современными представлениями. Отсутствие описания в подпрограмме трех уровней профилактики как основы деятельности, не дает возможность сформулировать адекватные декларируемым целям мероприятия.

1.4. Оценка достаточности и полноты описания мер правового регулирования для достижения целей и решения задач государственной программы

Проект программы не заявляет и не создает инструментов правового регулирования обеспечивающего вовлечение широких слоев гражданского общества в антинаркотическую деятельность. Тема участия институтов гражданского общества заявляется декларативно в форме «дежурных» публичных мероприятий, которые в очень маленькой степени могут повлиять на снижение уровня употребления ПАВ, что является главной темой подпрограммы «Координация анти-

наркотической деятельности федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации». Можно утверждать, что такая форма общественного участия в реализации программы не эффективна и не целесообразна, и может привести к дискредитации заявленных мероприятий.

2. Предложения по совершенствованию проекта государственной программы (с учетом результатов оценки)

2.1. Предложения по корректировке (уточнению) целей государственной программы (подпрограмм)

Можно согласиться с первоначальной позицией Государственного антинаркотического комитета, констатированной в вышеупомянутом протоколе № 9 заседания ГАК от 24 сентября 2010 года о необходимости формирования самостоятельной программы *«… по кардинальному снижению спроса на наркотики»,* в то же время указав на то, что эта программа должна охватывать не только узкую группу химических веществ, но должна способствовать развитию всего многообразия профилактических технологий, направленных на различные, присутствующие в обществе формы патологического зависимого поведения (наркомания, алкоголизм, табакокурение, игромания и др.). Также следует указать, что исполнителем этой программы ни в коем случае не может быть исключительно ФСКН, а по возможности необходимо привлечь наиболее широкий круг заинтересованных ведомств, которым придется в процессе подготовки совместной программы договариваться между собой о целях и задачах отдельных мероприятий, что будет являться самостоятельной ценностью. Такая государственная программа может называться программой «Кардинального трезвения и оздоровления нации» и обеспечиваться реализацией политики снижения спроса на ПАВ.

Касаясь вопроса дополнительного финансирования основной деятельности ФСКН, включая ее материально-техническое обеспечение, в чем собственно и заключается подпро-

грамма «Комплексные меры противодействия незаконному обороту наркотиков», можно использовать иные финансовые инструменты, а не государственную программу.

2.2. Предложения по корректировке (уточнению) состава показателей государственной программы (подпрограмм)

Состав показателей должен основываться не на анализе динамики формальных статистических данных, а на логике выстраивания разнонаправленных тематических лонгитюдных социологических исследований в различных популяционных группах, включая анализ динамики личностного роста исследуемых лиц, основываясь на развитии персонифицированных профилактических программ, что в свою очередь будет обеспечивать межведомственное взаимодействие не в виде совещаний и бумагооборота, а в виде формирования единого понятийного пространства в процессе оценки рисков возникновения патологической зависимости и возможностей недопущения или преодоления ее как в отношении отдельных лиц так и групп граждан.

2.3. Предложения по корректировке (уточнению) значений показателей государственной программы (подпрограмм)

Значения не должны основываться на механическом арифметическом сложении формальных статистических данных и предъявлении их динамики как метода формирования показателей государственной программы. Такие показатели трудно верифицировать и они не являются валидными. Состав значений должен определяться в процессе проведения лонгитюдных социологических исследований и меняться в зависимости от динамики проявления форм зависимого поведения и моды на употребление различных ПАВ и иных форм асоциального поведения в различных популяционных группах.

2.4. Предложения по корректировке (уточнению) состава подпрограмм государственной программы

Категорически нельзя формировать единую программу из подпрограммы, направленной на борьбу с предложением,

и подпрограммы, направленной на снижение спроса. При этом, формируя самостоятельную программу снижения спроса нельзя ограничиваться узким кругом химических веществ, имеющих определенный правовой статус (наркотиков), а надо включать подпрограммы, направленные на профилактику широкого круга асоциальных форм поведения, актуальных для общества в момент формирования программы.

2.5. Предложения по корректировке (уточнению) состава основных мероприятий и ведомственных целевых программ подпрограмм государственной программы

Основные мероприятия, направленные на снижение спроса на ПАВ должны быть максимально персонифицированы и рассчитаны на личностный рост и повышение способности к преодолению жизненных трудностей (резильентности) как основного способа профилактики употребления ПАВ и преодоления зависимости от ПАВ. Количество публичных массовых акций должно быть минимизировано, как и упоминание наркотиков в информационном пространстве.

2.6. Предложения по корректировке (уточнению) состава и содержания мер государственного регулирования в рамках государственной программы

В рамках программы необходимо инициировать процесс внесения изменений в Федеральный закон от 08 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» с целью изъятия Главы VII «Наркологическая помощь больным наркоманией», одновременно внеся изменения в Федеральный закон от 02 июня 1992 года № 3186–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» с целью обеспечения государственного регулирования деятельности наркологической службы в Российской Федерации.

2.7. Предложения по оценке рисков реализации государственной программы

Основные риски носят ментальный характер и основаны на идеологизации и политизации темы использования тех или иных антинаркотических технологий, а также неготов-

ности и неспособности мыслить категориями их эффективности, включая финансовую эффективность, что приводит к реализации затратных программ, носящих популистский характер и не приводящих к снижению уровня потребления ПАВ, включая наркотики.

Эксперт
Зыков Олег Владимирович

Приложение 2.
Медиация как основа первичной профилактики

ПОНЯТИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИАЦИИ

Под медиацией обычно понимается процесс, в рамках которого участники с помощью беспристрастной третьей стороны (медиатора) сами разрешают конфликт.

Восстановительная медиация — это процесс, в котором медиатор создает условия для восстановления способности людей понимать друг друга и договариваться о приемлемых для них вариантах разрешения проблем (при необходимости — о заглаживании причиненного вреда), возникших в результате конфликтных или криминальных ситуаций.

В ходе восстановительной медиации важно, чтобы стороны имели возможность освободиться от негативных состояний и обрести ресурс для совместного поиска выхода из ситуации. Восстановительная медиация включает предварительные встречи медиатора с каждой из сторон по отдельности и общую встречу сторон с участием медиатора.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИАЦИИ

— добровольность участия сторон

Стороны участвуют во встрече добровольно, принуждение в какой-либо форме сторон к участию недопустимо. Стороны вправе отказаться от участия в медиации как до ее начала, так и в ходе самой медиации.

— информированность сторон

Медиатор обязан предоставить сторонам всю необходимую информацию о сути медиации, ее процессе и возможных последствиях.

— нейтральность медиатора

Медиатор в равной степени поддерживает стороны и их стремление в разрешении конфликта. Если медиатор чув-

ствует, что не может сохранять нейтральность, он должен передать дело другому медиатору или прекратить медиацию. Медиатор не может принимать от какой-либо из сторон вознаграждения, которые могут вызвать подозрения в поддержке одной из сторон.

— конфиденциальность процесса медиации

Медиация носит конфиденциальный характер. Медиатор или служба медиации обеспечивает конфиденциальность медиации и защиту от разглашения касающихся процесса медиации документов.

Исключение составляет информация, связанная с возможной угрозой жизни либо возможности совершения преступления; при выявлении этой информации медиатор ставит участников в известность, что данная информация будет разглашена.

Медиатор, передает информацию о результатах медиации в структуру, направившую дело на медиацию.

Медиатор может вести записи и составлять отчеты для обсуждения в кругу медиаторов и кураторов служб примирения. При публикации имена участников должны быть изменены.

— ответственность сторон и медиатора

Медиатор отвечает за безопасность участников на встрече, а также соблюдение принципов и стандартов. Ответственность за результат медиации несут стороны конфликта, участвующие в медиации. Медиатор не может советовать сторонам принять то или иное решение по существу конфликта.

— заглаживание вреда обидчиком

В ситуации, где есть обидчик и жертва, ответственность обидчика состоит в заглаживании вреда, причиненного жертве.

— самостоятельность служб примирения

Служба примирения самостоятельна в выборе форм деятельности и организации процесса медиации.

ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ МЕДИАЦИИ

Основой восстановительной медиации является организация диалога между сторонами, который дает возможность сторонам лучше узнать и понять друг друга. Диалог способствует изменению отношений: от отношений конфронтации, предубеждений, подозрительности, агрессивности к позитивным взаимоотношениям. Медиатор помогает выразить и услышать точки зрения, мнения, чувства сторон, что формирует пространство взаимопонимания.

Важнейшим результатом восстановительной медиации являются восстановительные действия (извинение, прощение, стремление искренне загладить причиненный вред), то есть такие действия, которые помогают исправить последствия конфликтной или криминальной ситуации.

Не менее важным результатом медиации может быть соглашение или примирительный договор, передаваемый в орган, направивший случай на медиацию. Примирительный договор (соглашение) может учитываться данным органом при принятии решения о дальнейших действиях в отношении участников ситуации.

Восстановительная медиация ориентирована на процесс коммуникации, она направлена, в первую очередь, на налаживание взаимопонимания, обретение способности к диалогу и способности решить ситуацию. Достижение соглашения становится естественным результатом такого процесса.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБ ПРИМИРЕНИЯ

Программы восстановительной медиации могут осуществляться в службах примирения.

Службы примирения при исполнении своих функций должны быть независимыми и самостоятельными. Деятельность служб примирения должна получить официальный

статус в рамках структур, в которых она создается.

Службы примирения могут создаваться как по ведомственному принципу (в системе образования, молодежной политики, социальной защиты, судебных, правоохранительных органов и пр.), так и носить межведомственный, надведомственный (службы при муниципалитетах, КДНиЗП и пр.) или территориальный характер.

Медиаторы, руководители служб и кураторы должны пройти специальную подготовку.

Служба примирения использует разные программы: медиацию, круги сообществ, школьную конференцию, а также может разрабатывать свои оригинальные программы, основанные на принципах восстановительной медиации.

Служба примирения ведет мониторинг и собирает статистику по поступившим запросам и проведенным медиациям.

Службы примирения должны обладать достаточной самостоятельностью при исполнении своих функций.

ОСОБЕННОСТИ СЛУЖБЫ ПРИМИРЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

В системе образования программы восстановительной медиации могут осуществляться на базе общеобразовательных учреждений всех типов (7 и 8 видов — в исключительных случаях), учреждений дополнительного образования, учреждений среднего профессионального образования, вузов.

В школьную службу примирения (ШСП) обязательно входят учащиеся-медиаторы и взрослый куратор.

В школьных службах примирения медиаторами (при условии прохождения специальной подготовки по медиации) могут быть:

а) учащиеся;

б) педагогические работники образовательного учреждения;

в) взрослый (родитель, сотрудник общественной или государственной организации или иной взрослый) по согласованию с администрацией образовательного учреждения.

Возможно совместное ведение медиации взрослым и ребенком.

Куратором службы примирения может быть взрослый, прошедший подготовку в качестве медиатора и готовый осуществлять систематическую поддержку и развитие службы примирения. Куратор должен иметь доступ к информации о происходящих в образовательном учреждении конфликтах. Задача куратора — организовать работу службы примирения и обеспечить получение службой примирения информации о конфликтах и криминальных ситуациях.

Это может быть заместитель директора по учебно-воспитательной работе, психолог, социальный педагог (заместитель директора по социальной работе), уполномоченный по правам ребенка и прочее.

Участниками программ примирения могут быть дети, педагоги, администрация, родители. При медиации конфликтов между взрослыми обязательно участие взрослого медиатора.

Допускается, чтобы стороны конфликта были направлены администратором на предварительную встречу с медиатором (где проясняется ситуация конфликта и рассказывается о медиации), но встреча между сторонами проходит только добровольно.

Куратор должен получить согласие от родителей медиаторов-школьников на их участие в работе службы примирения.

Служба примирения должна разработать положение, которое должно быть утверждено администрацией образовательного учреждения. Также возможно внесение дополнений о службе примирения в устав образовательного учреждения и другие документы.

Если в результате конфликта стороне нанесён материальный ущерб, то присутствие взрослого на встрече в качестве соведущего обязательно, а куратору рекомендуется пригласить на встречу родителей, либо получить разрешение родителей на участие их детей в данной медиации.

По аналогии службы примирения могут создаваться в общежитиях, спецшколах и так далее.

ПОДГОТОВКА И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИАТОРОВ, ТРЕНЕРОВ И КУРАТОРОВ.

Медиатор не обязательно должен иметь специальное образование (педагога, психолога и т п.), но обязательно должен пройти подготовку в качестве медиатора.

Основные этапы подготовки взрослых медиаторов должны включать в себя:

1. Теоретическое обучение медиации, включая специфику восстановительной медиации и знание настоящих стандартов.

2. Прохождение тренингового курса по освоению основных навыков медиации;

3. Самостоятельное проведение серии медиаций и последующую супервизию с более опытными медиаторами или в кругу других медиаторов, а также написание отчетов по проведенным медиациям.

Формы подготовки медиаторов службы медиации могут разрабатывать самостоятельно.

Медиатор должен знать специфику работы с обидчиками и пострадавшими в той области, в которой он работает.

Тренер по медиации должен быть практикующим медиатором

Куратор службы должен пройти обучение в качестве медиатора.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИАЦИИ

Необходимо стремиться к организации и развитию сообществ восстановительной медиации.

Продвижение восстановительной медиации способствует расширению возможностей использования восстановительного способа реагирования на конфликтные и крими-

нальные ситуации и тем самым содействует укреплению позитивных социальных связей в обществе.

Для продвижения стандартов восстановительной медиации рекомендуется:

1. Распространять информацию о целях и задачах восстановительной медиации, положительных ее аспектах, процедурах и результатах среди всех заинтересованных лиц.

2. Развивать методическую и нормативно-правовую базу.

3. Организовать обучение ведущих и координаторов программ восстановительной медиации.

Необходимо стремиться к внедрению восстановительной медиации в деятельность различных ведомств, в различные сферы общественной жизни.

Развитие восстановительной медиации в образовательной среде согласно Концепции включает следующие основные принципы:

1. Комплексность

Согласованное взаимодействие:

- на межведомственном уровне — органов и учреждений, отвечающих за различные аспекты государственной системы восстановительной медиации в рамках своей компетенции (органы и учреждения образования, социальной защиты населения, правоохранительные органы, юстиции и др.);
- на профессиональном уровне — специалистов различных профессий, в функциональные обязанности которых входят различные аспекты восстановительной медиации (воспитатели, педагоги, дошкольные, школьные психологи, социальные педагоги и социальные работники детства, работники комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, инспекторы подразделений по делам несовершеннолетних, судьи);
- в системе образования — органов управления образованием на федеральном, региональном, муниципальном уровнях, а также образовательных учреждений, отве-

чающих за взаимодействие и координацию различных профилактических мероприятий в русле единой целостной программы комплексной профилактики.

2. Дифференцированность

Дифференциация целей, задач, средств и планируемых результатов восстановительной медиации с учетом: во-первых, возраста. По возрасту наиболее значимо выделение группы детей старшего дошкольного возраста (5–6 лет), младшего школьного возраста (7–10 лет), среднего школьного возраста (11–14 лет), старшего подросткового возраста (15–16 лет), юношеского возраста (17–18 лет) и молодежи (от 18 лет); во-вторых, степени вовлечения в конфликты, в том числе в конфликты с законом.

3. Аксиологичность (ценностная ориентация)

Этот принцип включает формирование у детей и молодежи мировоззренческих представлений об общечеловеческих ценностях, законопослушности, уважении к человеку, государству, окружающей среде и др., которые являются ориентирами и регуляторами их поведения. Принятие общечеловеческих ценностей и норм поведения является одним из основных морально-этических барьеров на пути к противоправной деятельности, нанесения обиды или ущерба другой стороне, а в случае попадания в конфликтную ситуацию служит основанием для участия в процессах восстановительной медиации.

4. Многоаспектность

Сочетание различных направлений деятельности восстановительной медиации. Ведущими аспектами профилактической деятельности в образовательной среде являются:

- социальный аспект, ориентированный на формирование позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих выбор образа жизни, ориентированный на разрешение конфликта и примирение сторон, дающее

больше возможности для социализации участников обеих сторон, а также развитие социальной активности сообщества, участвующего в разрешении конфликта;
- психологический аспект, направленный на формирование позитивно-когнитивных оценок, понимания и принятия ситуации противоположной стороны, развитие личностного потенциала, быть способным сделать позитивный выбор в трудной жизненной ситуации, включая ситуацию когда обидчик, нанесший ущерб может быть понят и прощён;
- образовательный аспект, формирующий систему представлений и знаний о социально-психологических, правовых и морально-этических последствиях конфликтов и преимуществах их разрешения.

Многоаспектность комплексной профилактики включает также направленность ее воздействия на различные уровни в поле субъект-объектных взаимодействий при реализации программ восстановительной медиации:
- социально-средовое воздействие, направленное на снижение конфликтности среди детей и подростков и на создание социально-поддерживающей инфраструктуры — школьных служб примирения;
- воздействие на “саморазрушающее” поведение детей и подростков, вовлеченных в конфликтную (криминальную), а также на другие отклоняющиеся (“девиантные”) формы поведения детей группы риска;
- воздействие, связанное с индивидуальными или групповыми формами восстановительной медиации.

5. Последовательность (этапность)

Принцип последовательности или этапности предусматривает, что ее цели и задачи должны быть:
- разделены на общие стратегические и частные (этапные), т.е. не могут быть реализованы одномоментно или авторально, по типу разовой кампании;

- на каждом этапе возможность реализации поставленных целей и задач должна быть поддержана соответствующим целевым финансированием;
- для обеспечения последовательности или “алгоритма” шагов в реализации системного развития восстановительной медиации в нее должен обязательно входить социально-психологический мониторинг, ориентированный не только на оценку субъективных и объективных факторов конфликтности образовательной среды, но и на формирование структур восстановительной медиации.

6. Легитимность

Легитимность предусматривает необходимую правовую базу деятельности в области восстановительной медиации. К правовой базе указанной деятельности, безусловно, относятся все нормативные акты о правах и обязанностях лиц, которые в пределах своей компетенции и статуса обязаны заниматься восстановительной медиацией. К правовой базе относятся также права и обязанности детей и молодежи, которые затрагиваются в различной степени, когда по отношению к ним осуществляются активные профилактические мероприятия. Таким образом, правовые границы восстановительной медиации предусматривают:

- действия, не нарушающие установленную в законе компетенцию органа или лиц, осуществляющих примирительные процедуры;
- действия, не нарушающие права несовершеннолетнего как гражданина и члена общества, к которому относятся эти примирительные процедуры.

При этом может возникать правовая ситуация, когда те или иные действия в границах осуществления восстановительной медиации не запрещены, однако не регламентированы нормативными актами.

Следовательно, компетенция органов и лиц, осуществляющих примирительные процедуры, и степень взаимо-

действия различных ведомств и специалистов должны быть закреплены в соответствующих нормативных актах. Это ставит перед участниками восстановительной медиации специфические задачи: максимальный учет отраслевых законов, их согласование в рамках концепции активной, системной восстановительных программ; использование мирового и российского опыта в правовом обеспечении примирительных процедур, организации выявления конфликтов, осуществление примирительных программ, с одной стороны; защиты их прав и законных интересов — с другой. Для этого необходима соответствующая специальная, в том числе правовая, подготовка специалистов, участвующих в программах восстановительной медиации. Особое внимание должно быть обращено на правовые гарантии прав несовершеннолетнего во всех случаях участия его в программах восстановительной медиации, влекущих принуждение и ограничение его прав.

Цели Концепции развития Восстановительной медиации в образовательной среде

- развитие и распространение восстановительного подхода к конфликтам и криминальным ситуациям;
- развитие и закрепление, как культурной традиции, способность людей к взаимопониманию;
- развитие в образовательной среде восстановительного способа реагирования на конфликты и правонарушения;
- трансляция цивилизованных норм взаимоотношений между детьми через самих детей;
- снижение уровня конфликтности образовательной среды;
- снижение численности детей и подростков, вовлеченных в межличностные, социальные конфликты, в том числе в конфликты с законом;
- снижение количества правонарушений, совершаемых детьми и в отношении детей;
- снижение последствий карательной системы разрешения конфликтов.

Основные задачи Концепции развития восстановительной медиации в образовательной среде

- вовлечение в деятельность восстановительной медиации всех без исключения учреждений системы образования;
- ограничение административных и карательных реакций на конфликтные ситуации, нарушения дисциплины и правонарушения и развитие восстановительных практик, таких как медиация, «Круг сообщества», «Школьная восстановительная конференция» в образовательной среде;
- передача ценностей восстановительной культуры (таких как ответственность, взаимопонимание, поддержка) педагогам, администрации, учащимся и родителям;
- насыщение восстановительными практиками существующих в образовательной среде форм управления и воспитания, налаживание взаимопонимания между разными участниками образовательного процесса;
- улучшение качества воспитания и формирования у детей и молодежи установок, направленных на:

— улучшение качества образования за счет снижения уровня конфликтности образовательной среды и изменения ценностных ориентаций учащихся;
— повышение качества психологического здоровья детей и молодежи;
— улучшение криминогенной обстановки в образовательной среде;
— снижение уровня воздействия асоциальных групп;
— возвращение в образовательные учреждения детей и молодежи, имевших конфликт с законом;
— оказание детям и молодежи консультативной, юридической и психологической и социальной помощи;
— осуществление примирительных программ в семьях учащихся, а также в местах досуга детей и молодежи;
— создание системы раннего выявления конфликтности детей и молодёжи, на уровне школы, семьи и мест досуга (секции, кружки и пр.);

- реализация этапов восстановительной медиации:

— создание организационных структур;
— подготовка: кадров, нормативно-правовой базы, дифференцированных восстановительных программ, программ научных исследований;
— взаимодействие с различными государственными, общественными, частными учреждениями и организациями, а также со средствами массовой информации.

Концепция развития восстановительной медиации учитывает все многообразие факторов, способствующих разрешению конфликтов, главным образом, личностные особенности детей и подростков, значимых для образовательных учреждений.

В процесс реализации Концепции Восстановительной медиации должны включаться при поддержке государства профессиональные сообщества медиаторов таких как Ассоциация восстановительных практик, осуществляющая свою деятельность во многих регионах России.

Фактически речь идет не только и не столько о разработке и принятии в качестве отправной точки всех мероприятий Концепции развития восстановительной медиации, но и о создании новой организационной структуры в рамках образовательных учреждений. Прообраз такой структуры может быть смоделирован в виде двух базовых федеральных центров, поддерживаемых Минобразования России — организационно-методического — Ассоциация восстановительных практик и практического — Школьных Служб Примирения (ШСП).

Эти центры должны соответствовать трем основным задачам:

- учебно-методический полигон мероприятий по развитию восстановительной медиации в образовательных учреждениях, включая решение задач примирения;
- действующий в реальной образовательной среде прототип будущих региональных центров восстановительной медиации;

- информационный узел, позволяющий адекватно интерпретировать результаты мониторинга по различным регионам с целью оценки развития восстановительных практик и эффективности Школьных Служб Примирения.
- Внедрение восстановительной медиации происходит в конкретных реальных условиях. Невозможно одномоментное введение в практику всех желательных нововведений. Главным является четкое определение этапов внедрения, что позволяет сделать развитие восстановительной медиации наиболее эффективной.

ЭТАПЫ СОЗДАНИЯ СЛУЖБЫ. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Исходя из нашего опыта создания служб примирения, можно составить некоторый «усредненный» вариант этапов создания службы.

ПЕРВЫЙ ЭТАП работы начинается с понимания конкретным представителем педагогического коллектива значимость идеи, принятие идеи восстановительной медиации и готового взять на себя ответственность за создание службы в своей школе. Этот человек становится куратором службы, и сначала ему нужно:

1) оценить тип и количество конфликтов — насколько они оправдывают создание в школе именно службы, а не наличие одного взрослого ведущего;

2) оценить, насколько директор поддерживает идею службы, готов ли он отпускать учеников на тренинг, решать другие организационные и финансовые вопросы. Определить людей, от которых зависит типичная для данного учреждения реакция на конфликтные ситуации (администраторы, учителя, лидеры класса) и оценить, будет ли хотя бы часть из них поддерживать Службу;

3) убедиться, готов ли сам куратор в течение достаточно долгого времени (возможно, не один год) кропотливо работать над развитием службы.

Если на эти вопросы получены утвердительные ответы, между школой и Центром «СПР» подписывается договор о сотрудничестве, и с куратором, администрацией, а затем и с учениками обсуждается модель будущей Службы, ее миссия, стратегия и проч.

ВТОРОЙ ЭТАП: дальнейшая работа куратора разделяется на два одновременно развиваемых направления.

1. Создание службы: организация подготовки ведущих (центром «СПР» проводятся обучающие тренинги), нахождения помещения для службы, установление расписания работы и т. д. Цель — создание условий для реализации восстановительного подхода.

2. Встраивание службы в структуру школы: нахождение способов получения информации, реагирование администрации в случае примирения сторон, и т. д. Цель — поступление в службу информации о ситуациях.

ТРЕТИЙ ЭТАП: — работа с конкретными случаями. По результатам проведенных программ примирения проводится супервизия со стороны опытных ведущих. Составляются бланки заявок, пишутся отчеты по проведенным программам. Налаживается взаимодействие с психологами и социальными педагогами. Завершением этого этапа можно считать успешное разрешение нескольких ситуаций, презентация результата администрации и коллективу школы, признание важности этой деятельности.

ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП: идет накопление и анализ опыта, подводится статистика. Появляется «Положение о службе», в котором закреплены основные моменты работы службы, ее структура для конкретной школы. Организуется Клуб ведущих. На этом этапе расширяются виды деятельности (например, курирование младших — аналог социальной работы), ставится вопрос об устойчивости службы, передаче опыта новым ведущим, презентации проекта для других школ и т. д. Нам кажется, что на этом этапе служба может определить, какие негативные процессы она будет корректировать в первую очередь.

Результатом деятельности службы является складывание новой традиции взаимодействия между людьми. Поэтому так необходимо, чтобы восстановительный способ был успешен, получил огласку и был испробован многими учениками. А также, чтобы имеющие высокий статус носители старого административного или криминального способа (если такие есть) не оказывали активного противодействия новому способу.

Развитие восстановительной медиации одна из технологий создания эффективной многоуровневой системы защиты детства, основанной на международных стандартах. Она ориентирована на:

- развитие государственно-общественного механизма реализации Конвенции о правах ребенка;
- повышение уровня защищенности ребенка от насилия и любых форм эксплуатации, обеспечение гарантий получения детьми — жертвами насилия социально-психологической помощи;
- снижение количества правонарушений, совершаемых детьми и в отношении детей;
- расширение практики применения технологий восстановительного подхода в сфере правосудия, а также в иных сферах, затрагивающих права и законные интересы ребенка;
- повышение качества социализирующей деятельности в отношении детей находящихся в конфликте с законом;
- расширение спектра мер воспитательного характера.

Реализация Концепции Восстановительной медиации будет способствовать привлечению детей к участию в общественной жизни и воспитанию у детей гражданственности.

Приложение 3. Психологическое тестирование на основе метода «Оценка Рисков и Возможностей» (ОРВ)

В числе прочих мер, направленных на улучшение наркоситуации в стране, сегодня широко обсуждается перспектива тестирования отдельных групп населения на предмет употребления наркотических средств. Ключевым предметом этой дискуссии является выбор методики подобного тестирования.

Наиболее точные сведения о подростке, как известно, дает клинико-психиатрическое обследование. Однако оно имеет существенные ограничения. Во-первых, клинико-психиатрическое обследование в России законодательно приравнено к оказанию психиатрической помощи и поэтому может производиться только при согласии родителя ребенка до 14 лет. Во-вторых, клиническое обследование занимает значительное время и поэтому фактически может применяться только к ограниченному количеству подростков. В-третьих, проведение такого обследования требует наличия соответствующей квалификации, которой располагают, как правило, только психиатры и медицинские психологи.

Поэтому у широкого круга практиков различного профиля возникла потребность в диагностическом инструментарии, который бы лишен перечисленных выше ограничений.

Требования к методам диагностики в системе профилактики наркомании в образовательной среде

Система профилактики наркомании, как хронического заболевания, предполагает функционирование системы раннего выявления не только самого опыта наркопотребления, но и т. н. «предболезненных» проявлений, провоцирующих начало приобщения к наркотикам, под которыми понимаются определенные поведенческие нарушения и жизненные обстоятельства.

Система ранней диагностики наркомании должна быть направлена, в первую очередь, на подростковую субпопуляцию, в которой вероятность первых проб всех видов психоактивных веществ наиболее высока.

Обследование сколько-нибудь значительного количества подростков практически исключает возможность использования сугубо клинико-психиатрических подходов к диагностике, а предполагает применение формализованных социально-психологических методов, дающих в результате стандартизированные статистически обоснованные оценки.

Использование методики в системе ранней диагностики наркомании должно быть доступно широкому кругу специалистов, работающих с подростками, в первую очередь, в системе образования.

Результаты оценки должны быть пригодны для планирования профилактических мероприятий в отношении подростков.

К настоящему времени в мировой практике широкое распространение получили методики, отвечающие всем перечисленным выше требованиям. Современные социально-психологические методы оценки и прогноза отклоняющегося поведения в силу общности этиологии многих видов девиаций, в т. ч. и наркомании, нашли универсальное применение в самых разных типах организаций, имеющих отношение к контролю поведения подростков. Базовая концепция таких методов состоит в определении оптимального сочетания мер репрессивного и поддерживающего характера.

Подобные методики предназначены для комплексного анализа широкого круга социальных и психологических потребностей и проблем подростка. Оценка обычно проводится специалистом, который заполняет соответствующий бланк (ответный лист) на конкретного наблюдаемого подростка. Оценка подростка сбора большего объема индивидуальных данных, могут включать себя психологическое тестирование, клиническое интервьюирование, получение записей из других учреждений и консультирование с другими экспертами,

наблюдающими подростка. Таким образом, процедура оценки используется только в отношении ограниченной группы подростков, выявленной ранее в ходе первичного скрининга или определенной какими-то другими средствами как группа, вероятно нуждающаяся в углубленной оценке.

Выбор той или иной методики зависит от различных факторов: ситуации, в которой находится подросток; ресурсов, которые фактически имеются в распоряжении; доступности профессиональной помощи подростковых служб, психиатрии или социальных служб и т. д.

Использование методики «Оценка рисков и возможностей» (ОРВ) в образовательной среде

В декабре 2010 года Решением Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав исполнительной власти субъектов РФ рекомендовано использовать Метод структурированной оценки рисков совершения повторных правонарушений и возможностей реабилитации несовершеннолетнего «Оценка рисков и возможностей» (ОРВ) как способ, обеспечивающий межведомственное взаимодействие субъектов профилактики.

Методика «Оценки рисков и возможностей» (ОРВ) в условиях образовательного учреждения может использоваться для решения следующих задач:

- формирование социально-педагогической базы данных подростков, находящихся на внутришкольном учете (контроле);
- количественная оценка уровня риска совершения противоправных деяний подростком группы «риска»;
- анализ условий и причин негативных проявлений девиаций (поведенческих отклонений) в среде обучающихся;
- планирование обоснованных профилактических и реабилитационных мероприятий в отношении учащихся, стоящих на внутришкольном учете (на индивидуальном и/или групповом уровнях).

Таким образом, методика ОРВ может рассматриваться как дополнение к форме «Учётная карта несовершеннолетнего, находящегося в социально опасном положении», используемой в учреждениях системы образования для социально-педагогической характеристики учащихся.

Рекомендуемая форма работы с методикой ОРВ в условиях образовательной среды — заочная оценка поведенческих, психологических и социально-демографических характеристик учащихся — несовершеннолетних группы «риска». Заочная оценка предполагает предварительный сбор ответственным специалистом всех необходимых сведений о подростке, стоящем на внутришкольном контроле (учете), посредством интервьюирования как непосредственно самого несовершеннолетнего, так и представителей его ближайшего окружения, сторонних специалистов, компетентных в частных вопросах, касающихся истории криминализации подростка, особенностях его физического и душевного здоровья и пр.

Методика включает в себя 12 блоков вопросов, отражающих поведенческие, психологические и социально-демографические характеристики несовершеннолетних:

1) прошлые и настоящие правонарушения/решения суда;
2) семейные обстоятельства/выполнение родительских функций;
3) образование/трудовая занятость;
4) отношения со сверстниками;
5) злоупотребление психоактивными веществами;
6) свободное время/досуг;
7) личностные качества/поведение;
8) установки/социальные ориентации;
9) Социально-психологические факторы риска;
10) Проблемы физического и психического здоровья;
11) Психо-эмоциональные проблемы;
12) Предыстория криминализации.

Каждый из блоков состоит из нескольких вопросов, ответы на которые в совокупности определяют степень «про-

блемности» каждой из 12 сторон жизни подростка, а также общую степень поведенческого риска для оцениваемого подростка. Количество суждений, необходимое для определения уровня риска как низкого, среднего или высокого определяется с помощью статистических критериев. Статистически обоснованная оценка уровня риска по каждому из вопросных блоков складывается в общую оценку уровня риска для подростка.

Использование методики ОРВ в образовательной среде позволяет достигать ряд важных практических целей в рамках профилактики наркомании.

1. Первичный этап отбора подростков, демонстрирующих поведенческие нарушения, осуществляют сами работники учебного заведения, которые рекомендуют постановку подростка на внутришкольный контроль. Известно, что именно эта категория специалистов наиболее чувствительна к проблемам подростка, поскольку постоянно оценивает его на предмет соответствия требованиям учебного процесса.

2. Осуществляется прямая оценка вовлеченности подростка в проблему употребления психоактивных веществ.

3. Оценка вовлеченности подростка в проблему употребления психоактивных веществ, взаимосвязана с оценкой всех сторон поведения подростка, что позволяет учитывать всю сложную поведенческую этиологию наркомании на самой ранней стадии, часто даже до момента первой пробы.

4. Результаты оценки дают формализованные основания для планирования социально-педагогических или психокоррекционных мероприятий в отношении конкретного подростка.

5. Широкое внедрение использования методики ОРВ в практику российских учебных заведений позволит без существенных финансовых затрат осуществлять эпидемиологические оценки распределения поведенческих нарушений подростков на уровне территории с целью планирования профилактических программ муниципального, регионального и федерального уровней.

Приложение 4.
Стандарты реабилитации в наркологии

Разработка Российского благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)

Стандарты реабилитации в наркологии (далее Стандарты) разработаны в соответствии с требованиями Федерального закона № 184-ФЗ «О техническом регулировании».

Стандарты разработаны с целью повышения эффективности социально-психологического реабилитационного процесса в условиях социального обслуживания лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи со злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ). При формировании Стандартов были учтены основные положения Концепции «Правовой наркологии» разработанной Общественной палатой Российской Федерации и обобщен многолетний опыт работы различных реабилитационных центров, как в России, так и за ее пределами.

Стандарты включают три основных раздела:

Цели, задачи, принципы и формы реабилитации в наркологии

Данный раздел описывает базовые концептуальные и методологические принципы реабилитации в наркологии, представленные в системе целей, задач, принципов и форм реабилитации.

Требования к реабилитации в наркологии

В данном разделе представлены требования к организации реабилитационного процесса в наркологии; к содержанию Программы реабилитации; к нормам и правилам в оказании помощи с учетом требований национальных стандартов к методологическим особенностям социальной реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации в связи со злоупотреблением психоактивными веществами.

Основные компоненты реабилитации в наркологии

В разделе представлена последовательность проведения, условия и характеристики каждого компонента реабилитации в наркологии.

Стандарты подлежат дополнению в случае ввода в действие новых технических регламентов и национальных стандартов, содержащих не учтенные в настоящем документе требования и рекомендации по повышению эффективности реабилитационного процесса в наркологии.

1. Область применения Стандартов реабилитации в наркологии

1.1. Стандарты определяет цель и задачи реабилитации лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи со злоупотреблением ПАВ, он устанавливает основные формы, содержание и условия ее прохождения.

1.2. Учет основных требований Стандартов обязателен для всех организаций (медицинского, не медицинского, религиозного направлений), занятых социальной реабилитацией лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи со злоупотреблением ПАВ, в установленном законом порядке.

2. Основные термины и определения

Био-психо-социо-духовный подход — это концептуальная модель, подразумевающая существование сложной многофакторной природы заболевания и утверждающая, что биологические, психологические, социальные и духовные факторы играют значительную роль в функционировании человека. При реализации этого подхода внимание фокусируется не на болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами.

Восстановление трудовых навыков людей, находящихся в трудной жизненной ситуацию в связи со злоупотреблением психоактивными веществами — восстановление (формирование) адекватного трудового статуса человека

в условиях реального производственного процесса, с учетом степени его подготовленности и трудоспособности, а также запросов современного общества.

Качество жизни — это индивидуальное соотношение целей человека в обществе, его планов и возможностей с положением индивида в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества. Качество жизни — это показатель общего благополучия человека, удовлетворенность жизнью в целом.

Мотивация — побуждение к действию, динамический процесс психофизиологического плана, управляющий поведением человека, определяющий его направленность, организованность, активность, устойчивость и способность человека деятельно удовлетворять свои потребности.

Наркотические средства — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года.

Психоактивные вещества (ПАВ) — любое химическое вещество естественного или искусственного происхождения, которое влияет на функционирование центральной нервной системы, приводя к изменению психического состояния.

Резильентность — это способность человека с достоинством преодолевать жизненные трудности, строить нормальную полноценную жизнь в реальных условиях, при наличии самых разнообразных жизненных проблем (в том числе и зависимости от алкоголя или наркотиков). Резильентность включает в себя способность человека защищать свою целостность от воздействия сильных неблагоприятных внешних воздействий, а также способность строить полноценную жизнь в трудных условиях, уметь ее планировать. Резильентность может проявляться в сохранении трезвости,

несмотря на высокий риск развития злоупотребления алкоголем или ПАВ, даже при наличии неблагоприятных факторов, вызывающих стресс и напряжение.

Социальная реабилитация людей, находящихся в трудной жизненной ситуации в связи со злоупотреблением ПАВ — это динамичная система деятельности, направленная на достижение полного или частичного восстановления личностного и социального статуса человека методом лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий. Главная цель социальной реабилитации — восстановление утраченных положительных социальных навыков и формирование нормативного социального статуса на основании изменения личностных ценностей и развития творческого, интеллектуального потенциала.

Созависимость — понимается как состояние, характеризующееся глубокой поглощенностью и сильной эмоциональной, социальной и возможно физической зависимостью от другого человека и его поведения. Чаще всего термин употребляется по отношению к родственникам и близким лиц, зависимых от алкоголя или наркотических средств.

Стигматизация — ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана.

Терапевтический контракт — представляет собой договоренность между специалистом и Участником Программы о цели, задачах, критериях достижения результатов и времени запланированного завершения. Терапевтический контракт создает рамку взаимодействия и распределяет границы ответственности сторон.

Трудная жизненная ситуация — ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность человека.

Управление случаем в наркологии — программа непрерывного индивидуального медико-социального сопровождения лиц, находящихся в тяжелой жизненной ситуации в связи со злоупотреблением ПАВ. Включает в себя активный поиск, мотивационное консультирование, социальную и психологи-

ческую поддержку, обеспечение доступа к услугам правовой, социальной, медицинской и иной направленности.

Участник Программы реабилитации — лицо, находящееся в трудной жизненной ситуации в связи со злоупотреблением ПАВ, добровольно проходящий данную программу с целью восстановления адекватного нормативному социуму личностного и социального статуса.

3. Нормативная документация

Основные нормативные документы, которые были использованы при составлении настоящего Стандарта:

- Международный стандарт AA1000 SES «Взаимодействие с заинтересованными сторонами»;
- Конституция РФ;
- Гражданский кодекс РФ от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ;
- Федеральный закон «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 11.08.1995 г. № ФЗ –135;
- Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19.05.1995 г. № ФЗ-82;
- Федеральный закон «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 г. № ФЗ-7;
- Федеральный закон «О техническом регулировании» от 27.12.2002 г. № ФЗ-184;
- Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в РФ» от 10.12.1995 г. № ФЗ –195;
- Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 г. N ФЗ- 3;
- Федеральный закон «О защите прав потребителей» от 07.02.1993 г. № ФЗ-2300;
- Федеральный закон «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека ВИЧ-инфекция» от 30.03.1995 г. № ФЗ-38;
- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ.

- Приказ Минздрава РФ «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)»» от 22.10.2003 г. N 500.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации» от 09.04. 2010 г. N 225 ан.
- Основные технологии лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманией. Методические рекомендации от 19.01.2009 г. № 06/225/804.
- Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5. 2826–10 «Профилактика ВИЧ инфекции» от 11.01. 2011 г. № 1;
- ГОСТ Р 52143–2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»;
- ГОСТ Р 52495–2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения».

4. Цели, задачи и принципы реабилитации в наркологии

4.1. Актуальность проблемы реабилитации лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи со злоупотреблением ПАВ

В отечественной системе оказания наркологической помощи исторически сложилось так, что в отношении зависимых лиц ставились и решались в основном медико-биологические задачи, а в западной наркологии — преимущественно социально-реабилитационные. Этот существенный пробел в развитии реабилитационного звена — одна из причин, по которой в нашей стране необходима стимуляция и внедрение передовых международных социально-реабилитационных технологий оказания помощи. В основе мировой клинической практики лечения зависимости лежат принципы доказательности и ориентация на нужды и запросы пациента.

Повышение эффективности лечения больных алкогольной и наркотической зависимостью также связано с внедрением новых организационных принципов: этапность и очередность проведения мероприятий, длительность, непрерывность и комплексное воздействие. Лечение не дол-

жно ограничиваться процедурами детоксикации и должно включать в себя социальную реабилитацию. Необходим программно-целевой подход к оказанию наркологической помощи, который предполагает дифференцировку компонентов лечебно-профилактического процесса в зависимости от уровня мотивации.

Расстройство вследствие злоупотребления алкоголем и зависимость от употребления наркотических средств является стойким и рецидивирующим заболеванием. Цель лечения состоит не в изоляции пациента от общества, а в уменьшении злоупотребления, сокращении частоты и продолжительности рецидивов, в достижении устойчивой ремиссии, ресоциализации и повышении качества жизни. Первоочередной задачей является помощь в сокращении и/или прекращении приема ПАВ и в изменении сопутствующих дезадаптивных паттернов поведения.

Общая проблема для всех зависимых лиц состоит в недостаточной, неустойчивой или амбивалентной мотивации к лечению и прохождению социально-психологической реабилитации. Мотивация при этом выражается в степени готовности к изменению существующего положения и предусматривает:

- желание начать лечение;
- активное сотрудничество в достижении терапевтических целей во время лечения и вплоть до его запланированного завершения;
- стремление избежать рецидивов после окончания лечения.

В связи с этим возрастает роль реабилитационных технологий поддерживающих и усиливающих мотивацию на разных этапах оказания помощи. Программно-целевое построение наркологической службы позволит пациенту самостоятельно выбирать ту программу, которая соответствует его уровню мотивации.

4.2. Основная цель и задачи реабилитации в наркологии

Целью реабилитации в наркологии является повышение эффективности социальной реабилитации, уменьшении употребления, сокращении частоты и продолжительности рецидивов, в достижении устойчивой ремиссии, и повышении качества жизни Участника Программы реабилитации. Первоочередной задачей реабилитации в наркологии является активная мотивация на сокращение и/или прекращение приема ПАВ и в изменении сопутствующих дезадаптивных паттернов, включая антисоциальное и рискованное поведение.

Для реализации поставленной цели необходимо решать следующие задачи:

1. Повысить мотивацию на снижение уровня алкоголизации/наркотизации, уменьшить вред от наркопотребления, усилить мотивацию к полному отказу от употребления ПАВ.
2. Обеспечить благоприятные условия для прохождения Программы социальной реабилитации.
3. Обеспечить формирование и поддержание терапевтического контракта с Участником Программы реабилитации, включающего достижение заранее согласованных целей во время прохождения реабилитации вплоть до ее запланированного завершения.
4. Развивать резильентность зависимой личности, повысить качество жизни.
5. Обеспечить эффективную ресоциализацию лиц зависимых от ПАВ, поддерживая мотивацию необходимую для избегания вероятных рецидивов после окончания Программы реабилитации.

4.3. Основные принципы реабилитации в наркологии

— ***принцип уважения прав и достоинства личности***: безусловное соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья, соблюдения этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения, включающее приоритет интересов Участника реабилитации при оказании медицин-

ской, профилактической и социальной помощи. Любые формы дискриминации на основании заболевания (диагноза) и стигматизация недопустимы;

— ***принцип доступности***: отсутствие множества предварительных требований и условий, усложняющих поступление на реабилитацию; территориальная доступность и доступное по времени лечение;

— ***принцип профессионализма***: предоставление качественного лечения — на основе доказавших свою эффективность, научно-обоснованных методик и реабилитационных технологий;

— ***принцип добровольного и информируемого согласия***: лечение и реабилитация базируется на принципах информированного и добровольного согласия;

— ***принцип ответственности***: обеспечение благоприятной реабилитационной средой, психологической и медицинской поддержкой, объективностью суждений и гражданской ответственностью при принятии решений в ходе реализации Программы и социальных проектов;

— ***принцип открытости***: информация о Программе реабилитации предоставляется в установленном порядке всем заинтересованным сторонам;

— ***принцип анонимности***: обеспечение создания безопасной системы оказания реабилитационной помощи, включающей методологическое требование, согласно которому Участник Программы реабилитации не идентифицируется, во избежание возможного использования полученных персональных данных против его личных интересов.

5. Требования к реабилитации в наркологии

5.1. Организация реабилитационного процесса в наркологии

5.1.1. Весь комплекс реабилитационных мероприятий реализуется членами наркологической бригады, представляющей собой команду специалистов в области реабилита-

ции, в которую входят: врач психиатр-нарколог, медицинский (клинический) психолог, специалист по социальной работе, инструктор по труду и др. В результате их взаимодействия обеспечивается поэтапное решение задач реабилитационного процесса.

5.1.2. Реабилитационный процесс в любой реабилитационной среде осуществляется при обязательном участии врача психиатра-нарколога, который выступает либо как член наркологической бригады, либо как консультант (например, в общинах, группах взаимопомощи, конфессиональных учреждениях и т. п.).

5.1.3. Реабилитационный процесс должен учитывать био-психо-социо-духовные аспекты. Внимание членов наркологической бригады, должно фокусироваться на Участнике Программы как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами. Лицо, находящееся в трудной жизненной ситуацию в связи со злоупотреблением психоактивными веществами, почти всегда имеет проблемы во многих других областях жизни. Эти проблемы могут быть как результатом сформированной зависимости, так и ее причиной. Эти проблемы могут включать в себя:

- проблемы физического здоровья;
- состояние психического здоровья;
- проблемы взаимоотношений с другими людьми и с семьей;
- проблемы включенности в социальные связи и социальной поддержки;
- проблема доступа к услугам правовой, социальной и медицинской направленности;
- проблемы с законом;
- финансовые и долговые проблемы;
- проблемы трудоустройства;
- проблемы обучения и образования;
- проблемы, связанные с проведением свободного времени и отдыха;
- проблемы, связанные с жильем;
- проблемы с азартными играми.

В связи с этим необходимо комплексное, последовательное выявление всех био-психо-социо-духовных проблем связанных со злоупотреблением ПАВ. Реабилитационные мероприятия следует планировать с учетом идентифицированных проблем Участника Программы и степени их выраженности. Реабилитация зависимых от ПАВ должна включать определение приоритетов в получении помощи, осуществление последовательных шагов при ее реализации и индивидуальную дифференциацию компонентов лечебно-профилактических и социальных услуг.

5.1.4. Принципиальное значение в организации реабилитационного процесса имеет привлечение бывших пациентов, прекративших злоупотребление, для психологической поддержки и социального сопровождения Участников реабилитации. В конечном счете, это окажет благоприятное воздействие на Участников реабилитации в формировании и укреплении мотивации достижения успеха на пути к сокращению частоты и продолжительности рецидивов и в достижении устойчивой ремиссии.

5.1.5. Реабилитация зависимых от ПАВ осуществляется не в естественных условиях их проживания, а в искусственно созданной для личностного и социального восстановления (функционирования) реабилитационной среде, которая включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственность и психологическую поддержку.

5.1.6. Реабилитационная среда для Участников реабилитации в наркологии может быть:

- открытой (сообщества Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов, получившие признание альтернативные «12-шаговым» моделям программы самопомощи и др.);
- полузакрытой (община, реабилитационное общежитие и др.);
- закрытой (наркологический реабилитационный центр или больница, монастырь/храм, а также пенитенциарные учреждения, как особая система реализации реабилитационных программ).

5.1.7. Осуществление реабилитации в амбулаторных условиях и дневном стационаре позволяет Участникам продолжить работу или учебу, и жить дома в семье. Вместе с тем, перед Участником реабилитации ставится целый ряд требований, включающих тщательно расписанную и контролируемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на выздоравливание, быть дисциплинированными и ответственными за взятые на себя обязательства.

5.1.8. В случаях ухудшения клинического состояния, появления срывов или рецидивов заболевания Участник реабилитации направляется на лечение в наркологический стационар (или дневной стационар) для проведения противорецидивной терапии, а далее, при добровольном согласии, переводится в стационарные условия реабилитации.

5.1.9. После завершения реабилитационной программы в условиях стационара или общины Участник направляется в амбулаторное отделение или дневной стационар для осуществления поддерживающих противорецидивных реабилитационных программ, для участия в работе групп самопомощи Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов или альтернативных «12-шаговых» программ реабилитации.

5.1.10. Для обеспечения постепенного изменения условий лечения между стационарными и амбулаторными программами Участники реабилитации могут включаться в программы полустационарного пребывания, которые позволяют сформировать более строгий, чем в амбулаторных условиях контроль. Такие полустационарные программы могут иметь различные названия («Дом на полпути», «Дом трезвого проживания» и др.). Все они предусматривают проживание в общежитиях, индивидуальное консультирование, усиливающее мотивацию и регулярное участие в программах самопомощи. Участие в полустационарных программах дает возможность приобрести социальные навыки и развить способности к заботе о себе и самообеспечению.

5.2. Содержание, этапы и методы реабилитации в наркологии

5.2.1. Реабилитация включает в себя последовательный переход от более ограничительных условий реабилитации, к менее ограничительным. Вопрос о минимально достаточном уровне контроля решается для каждого Участника индивидуально перед началом прохождения реабилитации. Максимально высокий уровень контроля предлагается пациентам на период детоксикации (купирования абстинентного синдрома), минимальный — в группах самопомощи. Это позволяет выбрать оптимальный терапевтический маршрут для Участников с различными уровнями мотивации и скорректировать лечебную тактику при изменении мотивации.

5.2.2. Программа содержит несколько основных блоков: медицинский, психотерапевтический, психологический (психокоррекционный, индивидуальные психологические консультации) и социальный. Реализацию медицинского блока контролирует врач психиатр-нарколог, психотерапевтического и психологического — врач-психотерапевт, медицинский психолог, а социального — специалист по социальной работе (социальный работник).

5.2.2.1. Программа детоксикации (медицинский блок), является наиболее близкой к традиционным формам оказания наркологической помощи. Для этой цели необходимо применение специфической медикаментозной терапии только с доказанной эффективностью. Лечение представляет собой медицинскую подготовку необходимую для успешного прохождения следующего этапа реабилитации и предусматривает оказание мотивационной психотерапевтической помощи.

5.2.2.2. Для успешной социально-психологической реадаптации личности и для выработки адекватной лечебно-реабилитационной помощи важны: выявление, оценка и учет значимых психологических факторов. Психодиагностика — это оценка психических свойств, состояний личности, особенностей психических процессов и перспектив развития на основе существующих норм при помощи пси-

ходиагностических методик. Результаты, полученные в ходе психодиагностических исследований, являются основой для формирования индивидуальных психокоррекционных мероприятий.

5.2.2.3. Психотерапия и психокоррекция проводится на всех этапах реабилитации. Основные ее направления: смягчение личностных и поведенческих расстройств, усиление мотивации на участие в реабилитации и отказ от употребления ПАВ. Повышение качества жизни, нормативных уровней притязаний, восстановление эмоциональной адекватности и развитие резильентности — способности с достоинством преодолевать жизненные трудности, строить нормальную полноценную жизнь в реальных условиях, при наличии самых разнообразных жизненных проблем.

5.2.3. Выбор и продолжительность психотерапевтических мероприятий определяется особенностями клинической картины, личностного и социального статуса Участника реабилитации. Обязательным является проведение когнитивно-поведенческой и мотивационной психотерапии, тренинга развития социальных навыков и совладания со стрессом. Важным этапом мотивационной и когнитивно-поведенческой психотерапии является формирование устойчивого психотерапевтического альянса и сотрудничества специалиста и Участника реабилитации. Помощь в осознавании проблемного поведения, усиление мотивации на лечение, преодоление стигматизации, пессимизма и чувства безнадежности. Научение навыкам выявлять ситуации повышенного риска возникновения срыва, развития способности конструктивно справляться с ними, либо избегать их.

5.2.3.1. Мотивационная психотерапия является не конфронтационным методом, призванным стимулировать благоприятное отношение к изменению привычного проблемного поведения. Этот подход позволяет усиливать ощущение несоответствия между действительной и желаемой ситуацией и выявлять амбивалентное отношение к злоупотреблению алкоголем или ПАВ. Мотивационная психотерапия спо-

собствует осознанию взаимосвязи между злоупотреблением ПАВ и возникающими проблемами и позволяет достигать договоренности о целях, задачах и сроках реабилитации.

5.2.3.2. Для успешной социально-психологической реадаптации в обществе необходим тренинг социальных навыков. Цель тренинга социальных навыков заключается в том, чтобы помочь Участнику Программы достичь способности решать свои повседневные проблемы, а не уходить от их решения, употребляя ПАВ. Употребление алкоголя или наркотических средств в этой модели оказания помощи рассматривается как патологическое средство, позволяющие совладать с трудными ситуациями, избавиться от неприятных эмоций и уходить от давления со стороны общества. Больший набор навыков совладания будет ослаблять стресс в ситуациях повышенного риска, и служить альтернативой употребления ПАВ. Техники тренинга социальных навыков включают в себя формирование чувства уверенности в себе, моделирование и ролевое проигрывание навыков, например отказа от ПАВ и решения межличностных проблем. Помимо этого Участники обучаются навыкам совладания со стрессом и техникам релаксации.

5.2.3.3. Решение задач реабилитации в наркологии предполагает обязательное использование семейной психотерапии для коррекции семейных проблем и для создания внутрисемейной реабилитационной среды. В качестве объекта воздействия выступает вся семья, члены которой, благодаря психотерапевтическому влиянию, обучаются коммуникации и преодолевают созависмые отношения. Происходит изменение в структуре семьи, разрыв «порочного круга» во взаимоотношении и переход семьи на иной, более зрелый уровень функционирования. В результате у Участника реабилитации происходит переосмысление своей роли в семье, дифференцирование, психологическое взросление.

5.2.3.4. Социально-психологический блок реабилитации в наркологии включает в себя важнейшие элементы психотерапевтической помощи и ресоциализации:

- индивидуальное консультирование;
- психодиагностику;
- мотивационную психотерапию;
- когнитивно-поведенческую психотерапию;
- тренинг навыков совладания со стрессом, релаксации;
- тренинг социальных навыков и навыков решения проблем;
- групповую психокоррекцию;
- занятия физической культурой;
- трудовую терапию;
- профориентацию;
- содействие в трудоустройстве;
- работу с созависимостью.

5.2.4. Социальные требования к реабилитации в условиях реабилитационной структуры включают: различные социальные проекты, создающие условия для трудовой деятельности и профессионального обучения, занятия спортом, творческой деятельности, проведение досуговых мероприятий, обеспечение Участников реабилитации постоянной занятостью.

Социальные проекты могут быть различны по своему содержанию и включать такие формы деятельности, как производственные, сельскохозяйственные, творческие и др.

5.2.5. Важным фактором изменения является оздоровление микросоциальной среды пациента. Для этого необходимо привлекать созависимых лиц к индивидуальному консультированию, семейному консультированию и психотерапии, к участию в профессиональных реабилитационных программах и посещению групп самопомощи.

5.2.6. Сроки реализации реабилитации в наркологии зависят от мотивации Участника, быстроты адаптации к функционированию в условиях амбулатории или стационара и степени осуществления, заранее согласованных с Участником целей и задач реабилитации. С целью объективизации результатов и контроля в период прохождения реабилитации рекомендуется регулярно проводить исследования на наличие ПАВ в биологических средах.

5.2.7. Неотъемлемой частью реабилитации в наркологии является деятельность групп самопомощи. Самопомощь представляет собой нечто большее, чем просто участие в собраниях Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов. Она включает в себя такие дополнительные компоненты: работа «по шагам» («12-шаговая программа») с консультантом; участие в организационных собраниях, общественных мероприятиях и иных социализирующих действиях в реабилитационном сообществе, что способствует формированию новых жизненных навыков, нового уровня резильентности.

5.2.8. Обязательным условием реабилитации в наркологии является ведение учета лиц, проходящих реабилитацию. Учет включает в себя общее количество Участников Программы, а так же учет количество прервавших участие и количество завершивших. Учитывается количество терапевтических ремиссий и их продолжительность. Количество включенных в постреабилитационную (противорецидивную) программу, количество и удельный вес Участников повторно (в течение всего периода наблюдения) включенных в реабилитационную программу. Учитывается изменение качества жизни Участника Программы, которое включает в себя:

- улучшение медицинского и социального статусов — (приступивших к работе, учебе, получивших более квалифицированную и высокооплачиваемую работу после завершения этапа реабилитации);
- улучшение семейного статуса — удельный вес лиц, восстановивших и улучшивших свой семейный статус, в сравнении с исходными данными;
- улучшение или стабилизация материального положения;
- повышение самооценки и самоуважения;
- повышение навыков совладания со стрессом и решения проблем;
- улучшение межличностных взаимоотношений и отношений в семье;

- снижение риска совершения противоправных действий, рискованных поступков, насилия в семье, угрозы суицидального поведения.

К показателям результата (на примере алкогольной зависимости) относятся: общее количество трезвых дней в году, время первого употребления алкоголя, время срыва (более пяти стандартных порций алкоголя за один день).

Необходим учет тех Участников, которые вернулись к контролируемому — не приводящему к проблемам употреблению алкоголя.

Необходим учет количества и удельный вес бывших Участников реабилитационной Программы, у которых возник рецидив заболевания, но сохраняется социальная адаптация.

Количество и удельный вес Участников, которым была оказана помощь в трудоустройстве и решении социально-бытовых проблем.

Количество и удельный вес Участников, вовлеченных в работу групп Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов и других групп самопомощи.

Количество и удельный вес ВИЧ-инфицированных вовлеченных в программы реабилитации.

5. Основные компоненты реабилитации в наркологии

5.1. Информирование

Информирование — это снабжение сведениями и установление контакта между службами медико-социальной помощи и лицами, в них нуждающимися. Цель информирования — привлечь к общению с наркологической и социальной службой для предоставления лицам, находящимся в сложной жизненной ситуации в связи со злоупотреблением ПАВ, помощи и информации о способах ее получения. Возможным механизмом реализации является выход специально обученных сотрудников и/или добровольцев профильных служб в места нахождения наркозависимых. Такая модель управления случаем в наркологии предусматривает активный поиск

и привлечение пациентов, их мотивирование на изменение поведения. Эта деятельность включает в себя мотивационное консультирование, социальную и психологическую поддержку, обеспечение доступа к услугам правовой, социальной и медицинской и иной направленности.

Другим компонентом лечебно-профилактического процесса является — «Контактный телефон». Доступный способ связи и получения информации о возможностях получения помощи и о порядке ее предоставления.

5.2. Неотложная наркологическая помощь

Физическое страдание пациента в период прекращения употребления, заставляющее его обратиться за помощью в наркологическую службу, создает наиболее благоприятные условия для формирования мотивации к отказу от злоупотребления ПАВ. Для этого необходимо применение специфической медикаментозной терапии только с доказанной эффективностью, адекватностью ее назначения и максимально возможным психотерапевтическим вмешательством. Специально обученные сотрудники и/или добровольцы профильных служб, имеющие опыт собственного выздоровления, могут посещать пациентов, проходящих курс детоксикации, с целью усиления мотивации на выздоровление и участие в реабилитационных программах после ее завершения.

5.3. 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 злоупотребления алкоголем или ПАВ. Содержанием комплексной интенсивной групповой психотерапии являются социально-психологическое моделирование различных жизненных ситуаций, с которыми сталкивается пациент, страдающий зависимостью от ПАВ. В группе заложены психотерапевтические возможности, которые занимают очень незначи-

тельное место в индивидуальной психотерапии. Это, прежде всего межличностное (социальное) обучение, позволяющее более глубоко познакомиться со стилем своего общения с другими людьми и возможность приобрести более эффективные социальные навыки. Групповая психотерапия дает Участнику реабилитации возможность моделировать свое поведение, получить поддержку при экспериментировании с новыми способами жизнедеятельности, обмениваться позитивным опытом, методами решения проблем и учиться на примере других участников. Важным аспектом является профилактика срыва, развитие умения отказываться и говорить «нет»; формирование навыков преодоления отрицания своего заболевания и сопротивления лечению, повышение мотивации на трезвость. Компоновка используемых терапевтических технологий всегда носит авторский характер, зависит от уровня подготовки и опыта персонала и должна включать следующие этапы:

— этап адаптации — данный этап направлен на приспособление Участника реабилитации к условиям и распорядку проживания в реабилитационной среде и установление личных контактов с сотрудниками и другими участниками Программы реабилитации. Специалистами Программы поддерживается желание продолжать реабилитацию, что способствует профилактике преждевременного выбывания из Программы, поощряется ответственность и нормативное поведение. Этот этап включает в себя вовлечение в реабилитационную программу и максимально возможное физическое и психическое восстановление. Конструируется микросоциальное окружение, устанавливаются психотерапевтические и доверительные отношения с родственниками Участника реабилитации и формируются группы для оказания психокоррекционной помощи. Этап адаптации завершается заключением терапевтического контракта.

— этап интеграции — данный этап представляет собой вхождение в реабилитационную программу, включающую медицинский, психотерапевтический, психологический

и социальный аспекты. Формируется устойчивый психотерапевтический альянс и осуществляется сотрудничество специалистов и Участника реабилитации в достижении терапевтических целей вплоть до его запланированного завершения. Осуществляется постепенный переход от процесса информирования и мотивирования Участника реабилитации к процессу обучения способам и приемам решения проблем. Происходит научение навыкам прогнозирования последствий собственного поведения, обучение как выявлять ситуации повышенного риска возникновения срыва и рецидива. Осуществляется поддержка способности конструктивно справляться с такими ситуациями, либо уклоняться от их возникновения. Участие в Программе реабилитации поддерживает и развивает резильентность — умение личности проходить через сложные обстоятельства, с достоинством преодолевать жизненные трудности, строить нормальную, полноценную жизнь в реальных условиях, при наличии различных жизненных проблем. Она включает способность человека защищать свою целостность и уметь планировать будущее. Происходит постепенное восстановление утраченных положительных социальных навыков и формирование нормативного социального статуса на основании изменения жизненных приоритетов и личностных ценностей.

Проводится психотерапевтическая работа с родственниками Участника реабилитации с целью коррекции проявлений созависимости.

— этап стабилизации — на этом этапе стабилизируется психическое состояние Участника реабилитации и происходит значимая актуализация его резильетности, как принципа жизнеустройства. Акцент переносится на психосоциальный аспект реабилитационной программы, преследующей достижение основной цели — восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных и социальных качеств, подготовка к возвращению в семью и в общество. Стимулируется благоприятное отношение к изменению привычного поведения, развиваются навыки самонаблюдения,

управления рисками и самоконтроля. Благодаря тренингу социальных навыков достигается способность решать повседневные проблемы, совладать с трудными ситуациями, справляться с негативными эмоциями. Увеличивается объем физического и интеллектуального труда, стимулируется профессиональная ориентация. Происходит восстановление (формирование) адекватного трудового статуса в условиях реального производственного процесса, с учетом степени подготовленности и трудоспособности, развитие творческого и интеллектуального потенциала. Участники реабилитации активно вовлекаются в работу по само- и взаимопомощи в сообществах Анонимных Наркоманов, Анонимных Алкоголиков и др. По возможности Участников регулярно вывозят из реабилитационного центра для участия в работе этих сообществ.

— этап постреабилитации — это завершающий этап, направленный на профилактику срывов и рецидивов заболевания, улучшение качества жизни, организацию социальной и психологической поддержки Участников реабилитации и членов их семей. Профилактика рецидивов нацелена на обучение тому, как справляться с ситуациями, связанными с высоким риском рецидива, а также на повышение уровня их уверенности в себе с целью улучшения их способности справляться с такими ситуациями. Факторы риска включают ситуации межличностного взаимодействия (конфликт, гнев по отношению к другому и т. п.) и личностные состояния (влечение к ПАВ, негативное мышление и др.), которые вызывали употребление ПАВ у пациента до лечения.

На данной стадии обеспечивается эффективная ресоциализация, восстановление адекватного личностного и социального статуса. Этот период реализуется усилиями реабилитационной бригады в амбулаторных условиях. Резильентность Участника реабилитации проявляется в сохранении трезвости, несмотря на риск развития злоупотребления алкоголем или ПАВ, даже при наличии неблагоприятных факторов, вызывающих стресс и напряжение. Резильент-

ность проявляется в мотивации сохранения трезвости после окончания реабилитации и большей самоэффективности.

В случае рецидива заболевания возможно неоднократное повторение прохождения реабилитационных программ.

5.4. Амбулаторные реабилитационные программы

Амбулаторные реабилитационные программы могут реализовываться в следующих формах:

— индивидуальное мотивационное консультирование — целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий злоупотребления над положительными. Происходит осознание необходимости изменения поведения, и выявляются предпосылки изменений, усиливается мотивация. Мотивационное интервью разработано специально для того, чтобы помочь принять решение об участии в дальнейшей реабилитации, как в группах самопомощи, так и в профессиональных реабилитационных программах.

— когнитивно-поведенческие вмешательства — это комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами. Методики включают в себя функциональный анализ проблемного поведения, когнитивное реструктурирование, самоконтроль, управление рисками, образом жизни и способами предупреждения рецидивов.

— подготовительные сеансы к участию в группах самопомощи — представляют собой одну из форм структурированных вмешательств, способствующих вовлечению Участников реабилитации в группы Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов и др. Цель подготовительных сеансов — преодоление сопротивления, страха социальных контактов и предоставление информации о деятельности групп самопомощи. Вмешательство представляет собой побуждение присоединения к сообществу и способствует

профилактике преждевременного выбывания из групп самопомощи.

— группы самопомощи — основа лечебной субкультуры для людей с различными патологическими формами зависимого поведения. 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 доступны, бесплатны для их участников и ориентированы на активную работу над собой самого человека. На группах происходит живое общение людей с подобными проблемами, готовыми поделиться своим опытом и надеждами на выздоровление. Группы самопомощи предоставляют участникам поддержку, снабжают информацией, дают возможность вербализовать свои проблемы, страхи и тревоги. Работа в группах самопомощи предполагает длительное и непрерывное участие человека в реабилитационном процессе в результате, которого у участников происходят перемены не только в поведении, но и в мировоззрении, системе ценностей, взглядов и убеждений.

Приложение 5.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО

ПО ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ И МЕТРОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСТ Р 54990— 2012

СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя

Основные виды социальных услуг

Издание официальное

Москва
Стандартинформ
2012

Предисловие

Цели и принципы стандартизации в Российской Федерации установлены Федеральным законом от 27 декабря 2002 г. № 184-93 «О техническом регулировании», а правила применения национальных стандартов Российской Федерации — ГОСТ Р 1.0—2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения»

Сведения о стандарте

1 РАЗРАБОТАН Федеральным государственным унитарным предприятием «Российский научно-технический центр информации по стандартизации, метрологии и оценке соответствия» (ФГУП «СТАНДАРТИНФОРМ») при участии Союза некоммерческих организаций социальной деятельности и гражданских инициатив

2 ВНЕСЕН Техническим комитетом по стандартизации ТК 406 «Социальное обслуживание населения»

3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 18 сентября 2012 г. № 327-ст

4 В настоящем стандарте реализованы нормы:
- Конституции Российской Федерации;
- Трудового кодекса Российской Федерации;

федеральных законов:
- от 15 ноября 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации»;
- от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (по состоянию на август 2009 года).

Кроме того, в стандарте использованы материалы приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 октября 2003 г. № 500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)» и от 9 апреля 2010 г. № 225ан «Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации»

5 ВВЕДЕН ВПЕРВЫЕ

Информация об изменениях к настоящему стандарту публикуется в ежегодно издаваемом информационном указателе «Национальные стандарты», а текст изменений и поправок — в ежемесячно издаваемых информационных указателях «Национальные стандарты». В случае пересмотра (замены) или отмены настоящего стандарта соответствующее уведомление будет опубликовано в ежемесячно издаваемом информационном указателе «Национальные стандарты». Соответствующая информация, уведомление и тексты размещаются также в информационной системе общего пользования — на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет

© Стандартинформ, 2012

Настоящий стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен в качестве официального издания без разрешения Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии

Содержание

1 Область применения 1
2 Нормативные ссылки 1
3 Термины и определения 1
4 Общие положения 2
5 Основные виды и характеристика реабилитационных услуг 4
5.1 Социально-медицинские реабилитационные услуги 4
5.2 Услуги по профессионально-трудовой реабилитации 5
5.3 Услуги по социальной реабилитации 6

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг

Social services of the population. Rehabilitation services for persons addicted to drugs, psychotropic substances and alcohol. Basic types of social services

Дата введения — 2013—07—01

1 Область применения

Настоящий стандарт распространяется на реабилитационные социальные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя (далее — зависимые от психоактивных веществ), предоставляемые специализированными реабилитационными центрами (далее — учреждения).

Настоящий стандарт устанавливает основные виды и характеристики этих услуг.

2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использованы нормативные ссылки на следующие стандарты:

ГОСТ Р 52142—2003 Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг. Общие положения

ГОСТ Р 52143—2003 Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг

Примечание — При пользовании настоящим стандартом целесообразно проверить действие ссылочных стандартов в информационной системе общего пользования — на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет или по ежегодно издаваемому информационному указателю «Национальные стандарты», который опубликован по состоянию на 1 января текущего года, и по соответствующим ежемесячно издаваемым информационным указателям, опубликованным в текущем году. Если ссылочный стандарт заменен (изменен), то при пользовании настоящим стандартом следует руководствоваться заменяющим (измененным) стандартом. Если ссылочный стандарт отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, применяется в части, не затрагивающей эту ссылку.

3 Термины и определения

В настоящем стандарте применены следующие термины с соответствующими определениями:

3.1 **реабилитационные социальные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя (далее – зависимые от психоактивных веществ):** Действия реабилитационных учреждений, предусматривающие проведение совокупности медицинских, психологических, воспитательных, педагогических, социально-психотерапевтических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления психоактивных веществ, и направленные на избавление вышеуказанных лиц от патологической зависимости от психоактивных веществ, восстановление их личности и социального статуса, преобразование и восстановление мировоззрения этих лиц, направленного на соблюдение здорового образа жизни.

Издание официальное

3.2 **зависимый от психоактивных веществ:** Лицо, имеющее расстройства функций организма, обусловленные злоупотреблениями психоактивными веществами, приводящие к угрозе здоровью (жизни) и потере социального статуса и вызывающие необходимость социальной помощи.

3.3 **реабилитант:** Индивид, являющийся объектом реабилитации, клиент реабилитационного учреждения, которому оказывают реабилитационные социальные услуги.

3.4 **созависимый:** Родственник или близкий человек зависимого от психоактивных веществ, своими действиями влияющий на его адаптацию в социуме.

3.5 **ресоциализация:** Возвращение или укрепление социальных связей, усвоение индивидом ценностей и норм, отличающихся от усвоенных им ранее, вид личностного изменения, при котором зрелый индивид принимает тип поведения, отличный от принятого им прежде, восстановление социального и личностного статусов, реинтеграция и востребованность в обществе.

3.6 **реадаптация:** Комплекс лечебно-профилактических мер, государственных и общественных мероприятий, направленных на восстановление утраченных или ослабленных реакций человека, приспособленности человека к конкретным условиям его труда и быта, процесса повторного включения индивида в общественный контекст и формирования у него компенсаторных социальных навыков после избавления от патологической зависимости от психоактивных веществ, из-за которой социальные контакты были нарушены.

3.7 **модель жизни:** Образ жизни, отвечающий нормам, принятым в обществе, и определяемый качеством жизни, имиджем человека и его самооценкой.

4 Общие положения

4.1 Настоящий стандарт устанавливает основные виды реабилитационных социальных услуг зависимым от психоактивных веществ, прошедшим курс лечения.

4.2 Обязательной составной частью реабилитационного процесса зависимых от психоактивных веществ являются разработка и периодическое уточнение модели жизни реабилитанта в учреждении и после ухода из него. Модель жизни разрабатывается с участием реабилитанта, с учетом его возможностей, способностей и склонностей. Модель жизни должна быть доведена до полного принятия ее реабилитантом и до желания реализовать ее в повседневной жизни.

4.3 Модель жизни должна помочь реабилитанту сформулировать программу его реабилитации в учреждении, цель и задачи его здоровой жизни, сформулировать смысл жизни с полным отказом от приема наркотиков, психотропных веществ и алкоголя на протяжении процесса реабилитации.

4.4 Реабилитационные социальные услуги, предоставляемые реабилитантам, должны быть направлены на восстановление и развитие уровня их функциональных способностей в быту и социуме, восстановление разрушенных или утраченных семейных, общественных связей и отношений вследствие возникновения патологической зависимости от психоактивных веществ.

При этом используют следующие формы (индивидуальные и групповые) и методы предоставления этих услуг:

- беседа, повествование, объяснение, демонстрация;
- поведенческий и личностный тренинги;
- групповое обсуждение;
- ситуационно-ролевые, деловые и развивающие игры;
- подведение итогов, разбор трудных случаев;
- индивидуальное консультирование по проблеме;
- обязательное участие в трудовых процессах;
- работа групп самопомощи (объединение людей для оказания само- и взаимопомощи).

4.5 Реабилитационные социальные услуги предоставляют комплексно, что подразумевает проведение реабилитационных мероприятий специалистами разных профилей. Предоставление услуг должно быть построено на принципах добровольности и уважения к личности зависимых от психоактивных веществ для восстановления духовных, моральных и нравственных общечеловеческих ценностей, воспитания чувств социальной значимости и ответственности, а также приобретения трудовых навыков, опыта проживания в коллективе, решения конфликтов мирным путем и становления в социуме. Содержание и длительность реабилитации определяются конкретной реабилитационной программой и условиями пребывания в ней, которые необходимо выполнять реабилитанту.

4.6 При поступлении в реабилитационное учреждение зависимый от психоактивных веществ должен пройти собеседование с врачом психиатром-наркологом, психологом или специалистом по социальной работе, который определяет психофизическое состояние, особенности личности, соци-

ального и семейного статусов зависимого от психоактивных веществ, его способности участвовать в тех или иных реабилитационных программах.

4.7 Реабилитационные социальные услуги предоставляются реабилитационными учреждениями последовательно и непрерывно.

Персонал реабилитационного учреждения должен следить за соблюдением реабилитантами правил внутреннего распорядка, должностных инструкций, недопустимостью нарушения ими законодательства Российской Федерации (гражданского, административного, уголовного).

4.8 Каждый этап предоставления и вид реабилитационных социальных услуг должны быть ориентированы на конкретную реально достижимую цель, отраженную в договоре между реабилитантом и реабилитационным учреждением, о которой реабилитант должен знать и к достижению которой должен стремиться.

4.9 Составной частью реабилитационных социальных услуг, установленных в настоящем стандарте, могут являться социальные услуги в соответствии с ГОСТ Р 52143 (в том числе социально-бытовые, социально-правовые и др.), которые предоставляют (при необходимости) в дополнение к реабилитационным социальным услугам определенного вида для повышения эффективности и результативности реабилитационного процесса.

4.10 Реабилитация считается завершенной при условии устойчивой ремиссии, когда личность (реабилитант) во всем многообразии социальных отношений, за исключением псевдосоциума наркогенной среды, достигла уровня, демонстрирующего уверенное желание реализовать намеченную позитивную модель жизни.

В качестве основных критериев эффективности проведенного курса реабилитации целесообразно использовать возврат гражданина в общество и возобновление его полноценного функционирования в нормативном социальном окружении, обретение им психологического и физического здоровья, экономической устойчивости и восстановление правового статуса.

4.11 Предоставление реабилитационных социальных услуг включает в себя типовую систему следующих реабилитационных мероприятий:

- медицинское и психологическое обследование реабилитанта;
- проведение реабилитационно-экспертной диагностики реабилитанта, определения и оценки реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза и социального статуса для выявления необходимости конкретных реабилитационных мероприятий, индивидуальных для каждого реабилитанта, по всем направлениям реабилитации;
- проведение реабилитационных мероприятий с членами семьи и другими созависимыми;
- формирование модели жизни реабилитанта;
- реализация реабилитационных мероприятий;
- послереабилитационное сопровождение;
- мониторинг (наблюдение);
- собственная оценка и анализ эффективности реабилитационных воздействий;
- содействие последующей ресоциализации (социальной интеграции).

Конкретные виды, состав, объемы, формы, сроки проведения реабилитационных мероприятий определяют реабилитационные учреждения.

4.12 В реабилитационном учреждении следует строго соблюдать установленные федеральным законом и законами субъектов Российской Федерации нормативы распространения печатной продукции, аудио- и видеопродукции; недопустимо распространение продукции, пропагандирующей насилие, жестокость, порнографию, наркоманию, токсикоманию, антиобщественное поведение.

4.13 Курс реабилитации включает в себя четыре направления:

- возрождение, т. е. восстановление духовных, моральных и нравственных общечеловеческих ценностей;
- труд с целью обучения и восстановления трудовых навыков, определяющих социальную значимость и востребованность реабилитанта в обществе, а также ответственность перед близкими (семьей, родными), восстановление социального и личностного статусов, реинтеграцию и востребованность в обществе;
- социальная реадаптация, формирование компенсаторных социальных навыков после избавления от патологической зависимости от психоактивных веществ, из-за которой социальные контакты были нарушены;
- творчество, т. е. самостоятельность в принятии решений и выбор наилучшего результата, раскрытие внутреннего потенциала.

4.14 Основной целью реабилитации являются внутреннее изменение моральных и духовных ценностей человека, ментальных привычек, а также обучение и восстановление трудовых навыков, обеспечение возможности трудоустройства (в том числе в специально созданных условиях).

4.15 Предоставление реабилитационных социальных услуг реабилитанту осуществляют с учетом следующих факторов, оказывающих существенное влияние на качество предоставляемых услуг и способствующих повышению эффективности работы реабилитационного учреждения.

Этими факторами являются:

- комплект документов, в соответствии с которыми учреждение осуществляет деятельность по оказанию реабилитационных социальных услуг;
- условия размещения реабилитационного учреждения;
- наличный персонал учреждения;
- специальное и табельное техническое оснащение учреждения (оборудование, приборы, аппаратура и другие средства реабилитации);
- полнота и объем информации об учреждении, о порядке и правилах предоставления реабилитационных социальных услуг;
- наличие и состояние собственной и внешней систем (служб) контроля качества предоставляемых услуг.

Содержание факторов изложено в ГОСТ Р 52142.

4.16 При поступлении граждан в реабилитационное учреждение выявляют с помощью сбора, анализа, изучения медицинской документации, осмотра следующие сведения:

- состояние их физического здоровья и необходимость ухода за ними;
- необходимость обращения в медицинское учреждение;
- состояние зрения, слуха и разговорной речи;
- состояние рассудка и когнитивные способности (способности узнавания, восприятия, познания);
- социальные интересы и творческие способности.

4.17 Медицинскими противопоказаниями к приему в реабилитационное учреждение являются тяжелые острые и хронические в стадии декомпенсации соматические заболевания, психические расстройства, инфекции, требующие изоляции, надзора, обследования и лечения в медицинском стационаре.

После улучшения психического и(или) соматического состояния вопрос о приеме в реабилитационное учреждение рассматривается повторно.

4.18 Реабилитационную помощь зависимым от психоактивных веществ в учреждениях оказывают конфиденциально, а сведения о них предоставляют заинтересованным организациям в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5 Основные виды и характеристика реабилитационных услуг

Настоящий стандарт устанавливает следующие виды реабилитационных социальных услуг:

- социально-медицинские реабилитационные услуги;
- услуги по профессионально-трудовой реабилитации;
- услуги по социальной реабилитации.

5.1 Социально-медицинские реабилитационные услуги

Социально-медицинские реабилитационные услуги направлены на компенсацию нарушенных или возобновление утраченных функций организма зависимых от психоактивных веществ, восстановление способностей к выполнению определенных видов деятельности, восстановление духовных, моральных и нравственных общечеловеческих ценностей.

Социально-медицинские реабилитационные услуги включают в себя следующее:

5.1.1 Создание необходимых условий для проведения первичного медицинского осмотра и первичной санитарной обработки реабилитантов, выявление нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

5.1.2 Создание необходимых условий для обеспечения ухода за реабилитантами с учетом состояния здоровья, в том числе оказание санитарно-гигиенических услуг.

5.1.3 Содействие в организации экстренной медико-психологической и первой доврачебной помощи.

5.1.4 Содействие в организации экстренного медико-социального обследования и консультативного врачебного приема.

5.1.5 Создание необходимых условий для проведения процедур, связанных со здоровьем (прием лекарств, профилактические мероприятия и др.), и содействие в проведении процедур, оказываемых врачами узкой специализации (стоматологи, гинекологи, урологи и т. д.).

5.1.6 Создание необходимых условий для организации лечебно-трудовой деятельности и других лечебно-оздоровительных мероприятий.

5.1.7 Оказание помощи в освоении физических упражнений.

5.1.8 Создание необходимых условий для наблюдения за состоянием здоровья (измерение температуры тела, артериального давления).

5.1.9 Создание необходимых условий для обучения реабилитантов личной гигиене [овладению умением и навыками гигиены, ухода за кожей, ногтями, волосами, сохранения и укрепления своего здоровья, соблюдению норм гигиены в целях профилактики ВИЧ (СПИД)], правилам общежития и ответственного социального поведения.

5.1.10 Доставка реабилитантов, при необходимости, в стационарные медицинские учреждения.

5.1.11 Содействие в проведении медико-социальной экспертизы.

5.1.12 Содействие в госпитализации реабилитантов и в направлении по заключению врачей на санаторно-курортное лечение.

5.1.13 Создание необходимых условий для обеспечения реабилитантов лекарственными средствами в процессе реабилитации, которое осуществляют в соответствии с перечнем лекарств согласно предписанию (рецепту) врача.

5.2 Услуги по профессионально-трудовой реабилитации

Услуги по профессионально-трудовой реабилитации направлены на восстановление или приобретение профессиональных навыков реабилитантов, обеспечение реабилитантам возможности сохранить бывшую или получить другую подходящую для них работу и тем самым способствовать их социальной интеграции, обеспечению материальной независимости, возможности самообеспечения и повышения социального статуса.

Услуги по профессионально-трудовой реабилитации включают в себя:

5.2.1 Оказание помощи реабилитантам в овладении новыми знаниями и информационными технологиями по имеющимся у них специальностям.

5.2.2 Трудовую терапию, которая начинается с разъяснения реабилитантам важности этой терапии, проводимой с целью восстановления и развития нарушенных функций, формирования компенсаторных навыков, навыков по самообслуживанию и по выполнению трудовых операций, способствующих физическому и интеллектуальному развитию, нормализации общих физиологических параметров организма, регулярной трудовой деятельности как элемента их социального статуса и экономической независимости.

5.2.3 Трудовая терапия реабилитантов организуется с учетом ряда клинико-физиологических и социальных критериев (характера функциональных нарушений, состояния интеллектуальной сферы, уровня развития или сохранности профессионально-трудовых навыков, условий труда и быта) и в зависимости от этапа реабилитации должна играть роль общеукрепляющей, восстановительной (функциональной) или производственной (профессиональной) трудовой терапии.

5.2.3.1 Общеукрепляющая трудовая терапия представляет собой выполнение реабилитантом самых легких заданий и операций с целью повышения жизненного тонуса, его заинтересованности в активных физических действиях, мотивации к выздоровлению и восстановлению трудоспособности, освоению и закреплению навыков самообслуживания.

5.2.3.2 Восстановительная трудовая терапия направлена на восстановление нарушенных трудовых способностей реабилитантов и профилактику их двигательных расстройств в период, когда происходит их приспособление к условиям жизнедеятельности в реабилитационном учреждении.

5.2.3.3 Производственная трудовая терапия способствует восстановлению нарушенного или формированию трудового стереотипа с целью приобретения или усовершенствования реабилитантами профессиональных навыков и умений, освоения трудовых процессов, имеющих профессиональную направленность.

5.2.3.4 Производственная трудовая терапия проводится путем организации труда реабилитантов:

а) в производственных мастерских с проведением для реабилитантов обучающих мероприятий по соблюдению норм техники безопасности и пожарной безопасности;

б) в группах, занятых творческим трудом (цветоводством, тканебумагопластикой, плетением, изготовлением предметов по технологиям традиционных художественных промыслов и др.), в художественных и музыкальных коллективах.

Все виды творчества должны быть направлены на обеспечение самостоятельности в принятии решений реабилитантом и выбор наилучшего результата. Творческий подход к повседневной работе должен пробудить в реабилитанте стремление улучшить положение существующих дел, дать ему способность стремиться к большим достижениям в социуме, производственной деятельности и своей карьере;

в) в подсобных хозяйствах при реабилитационных учреждениях, в сельском хозяйстве, строительных бригадах, производственных мастерских и т. д.

5.2.3.5 Производственную трудовую терапию реабилитантов проводят в трудовых коллективах с предоставлением им выбора видов труда для удовлетворения индивидуальных наклонностей и способностей, с использованием дозированных видов и режимов труда, учитывающих психофизические возможности реабилитантов и их ориентацию на приобретение полезных навыков трудовой деятельности.

5.2.3.6 Конкретными видами действий в процессе трудовой терапии могут быть растениеводство и животноводство, переработка овощной и молочной продукции, выпечка хлеба и производство макаронных изделий, ремонтно-строительные работы, деревообрабатывающее производство, заготовка дров, производство керамических изделий и тротуарной плитки, слесарное и авторемонтное дело, обслуживание сельскохозяйственной техники, швейное и обувное производство, комплекс хозяйственных и бытовых работ и т. п.

Упомянутые виды действий должны способствовать психофизическому восстановлению и воспитанию у реабилитантов чувства социальной значимости и ответственности, вызывать ощущение успеха и осознание социальной полезности, а также способствовать социальной адаптации человека.

5.3 Услуги по социальной реабилитации

5.3.1 Услуги по социальной реабилитации представляют собой комплекс мер, направленных на повышение уровня функциональных способностей зависимых от психоактивных веществ в быту и социуме, восстановление личных качеств, восстановление разрушенных или утраченных ими общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья, вызванного потреблением наркотиков, психотропных веществ или алкоголя.

5.3.2 Услуги по социальной реабилитации направлены на восстановление разрушенных взаимоотношений реабилитантов с макро- и микросредой, с восстановлением социального статуса личности, их способностей к бытовой, профессиональной и общественной деятельности, на обеспечение их социальной адаптации, достижение самостоятельности, материальной независимости и интеграции, представляющей собой процесс включения в различные типы социальных структур, во все сферы жизнедеятельности общества.

5.3.3 Услуги по социальной реабилитации реабилитантов включают в себя:

- услуги по социально-средовой реабилитации;
- услуги по социально-педагогической реабилитации и воспитанию;
- услуги по социально-психологической реабилитации;
- услуги по социокультурной реабилитации;
- услуги по физической реабилитации;
- услуги по ресоциализации и социальной реадаптации;
- услуги по созданию реабилитационной среды и условий проживания в реабилитационных учреждениях.

5.3.3.1 Услуги по социально-средовой реабилитации:

- определение и оценка наиболее развитых функций реабилитанта для ориентации в окружающей среде с целью последующего подбора на этой основе соответствующего ему вида возможной для него общественной и(или) семейно-бытовой деятельности;
- обучение (при необходимости) реабилитанта навыкам правильной ориентации и перемещения в окружающей среде, безопасного пользования средствами транспорта, умению самостоятельно посещать общественные места, владеть другими навыками самостоятельного жизнеобеспечения.

5.3.3.2 Услуги по социально-педагогической реабилитации и воспитанию:

- социально-педагогическое консультирование, направленное на оказание помощи реабилитантам в правильном понимании и решении стоящих перед ними социально-педагогических проблем (родительско-детские отношения, формирование супружеских и семейных отношений, предупрежде-

ние и преодоление педагогических и воспитательных ошибок, межличностные отношения и статус в семье и т. д.);

- социально-педагогическую диагностику и обследование личности, которые на основе всестороннего изучения личности реабилитанта должны дать объективную оценку ее состояния для оказания в соответствии с установленным диагнозом эффективной педагогической помощи, а также установить степень социальной дезадаптации;

- педагогическую коррекцию, направленную на оказание квалифицированной педагогической помощи реабилитантам в исправлении ими допущенных педагогических ошибок или конфликтных ситуаций в семье, а также в исправлении неадекватных родительских установок при воспитании детей;

- коррекционное обучение реабилитанта, включающее в себя его обучение жизненным навыкам, персональной сохранности, социальному общению, социальной независимости, восстановление социального опыта специальными педагогическими методами, учитывающими имеющиеся у реабилитанта нарушения функций организма и ограничения способности к обучению, вызванные потреблением наркотиков, психоактивных веществ и алкоголя;

- процесс целенаправленного формирования системы качеств личности, взглядов и убеждений в целях подготовки ее к активному участию в общественной, производственной и культурной жизни.

5.3.3.3 Услуги по социально-психологической реабилитации:

Услуги по социально-психологической реабилитации направлены на оказание реабилитантам психологической помощи для достижения таких целей социальной реабилитации, как восстановление или формирование способностей, позволяющих успешно выполнить различные социальные роли (семейные, профессиональные, общественные и другие) и иметь возможность быть реально включенными в разные области социальных отношений и жизнедеятельности, пройти успешную социальную адаптацию, ресоциализацию и интеграцию в общество.

Услуги по социально-психологической реабилитации включают в себя:

а) психологическое консультирование, которое представляет собой взаимодействие между психологом и реабилитантом с целью оказания последнему психологической помощи для разрешения проблем в области социальной адаптации, налаживания межличностных отношений, социализации и интеграции. Оно включает в себя:

- выявление значимых для реабилитанта проблем социально-психологического характера в области раскрытия и реализации собственного потенциала, межличностных взаимоотношений, общения, поведения в семье, в группе (трудовой, учебной), в обществе, при разрешении различных конфликтных ситуаций, проблем личного роста, социализации и др.;

- обсуждение с реабилитантом выявленных проблем с целью раскрытия и мобилизации ресурсов для последующего решения этих проблем;

- оказание первичной психологической помощи в решении выявленных социально-психологических проблем и формировании позитивной установки на социально-психологическую реабилитацию;

- предварительное определение формы и содержания необходимой в дальнейшем услуги по социально-психологической реабилитации, уточнение ее содержания в каждом конкретном случае;

б) психодиагностику, которая заключается в выявлении психологических особенностей реабилитанта, определяющих специфику его поведения и взаимоотношений с окружающими, возможности его социальной адаптации с использованием психодиагностических методов и в анализе полученных данных в целях его социально-психологической реабилитации.

Психодиагностика включает в себя:

- анализ исходной документации на обследуемого реабилитанта;
- конкретизацию целей и задач психодиагностики, планирование и разработку ее программы;
- проведение психодиагностики;
- обработку и анализ психодиагностических данных;
- подготовку заключения по результатам психодиагностики;

в) психологическую коррекцию, которая заключается в активном психологическом воздействии, направленном на преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении реабилитанта, с целью:

- восстановления или формирования оптимального функционирования психологических механизмов, обеспечивающих полноценное включение реабилитанта в различные формы социальных отношений и жизнедеятельности, формирование социально-психологической комплектности в соответствии с требованиями социальной среды;

- психопрофилактики нежелательных негативных тенденций в личном развитии реабилитанта, его социализации на всех уровнях социума.

Психологическая коррекция реализуется в виде циклов занятий, обеспечивающих создание необходимых условий для исправления и развития психических функций и качеств, ответственных за социальную адаптацию реабилитанта. Форма проведения занятий — различные по тематике и сложности сюжета ролевые игры, учебные занятия, выполнение тестовых заданий с обратной связью и другие;

г) психотерапевтическую помощь, представляющую собой систему психологических воздействий, направленных на перестройку системы отношений личности реабилитанта, деформированной употреблением наркотиков, психоактивных веществ или алкоголя, и решающих задачи по изучению его отношения к социальному окружению и своей собственной личности;

д) психопрофилактику, заключающуюся в своевременном выявлении состояния социально-психологической дезадаптации реабилитанта и систематическом контроле за ее проявлениями, в обеспечении и поддержке психологического благополучия, предупреждении возможных нарушений системы его взаимоотношений в микро- и макросоциумах, в создании условий для полноценного функционирования личности и предупреждении возможных психических нарушений, обусловленных, в первую очередь, социальными отношениями;

е) психотерапию — систему воздействия на психику, а через психику и на поведение зависимого от психоактивных веществ, решающего задачи по освобождению от наркотической или алкогольной зависимости и по изменению его отношения к социальному окружению и собственной личности;

ж) социально-психологический тренинг, который заключается в активном психологическом воздействии, направленном на снятие у реабилитанта последствий психотравмирующих ситуаций и нервно-психической напряженности, вызванных употреблением наркотиков, психоактивных веществ и алкоголя, на развитие и тренировку отдельных психических функций и качеств его личности, ослабленных потреблением наркотиков и алкоголя, но необходимых для успешной адаптации в социальных условиях, а также на формирование способностей, позволяющих ему успешно выполнять различные социальные роли (семейные, профессиональные, общественные и другие) и иметь возможность быть реально включенным в разные области социальных отношений и жизнедеятельности.

Выделяют следующие виды тренингов: тренинг различных интеллектуальных, моторных функций, тренинг личностного роста, коммуникативный, арт-терапевтический и другие в зависимости от целей;

и) социально-психологический патронаж, который заключается в систематическом наблюдении за реабилитантами для своевременного выявления ситуаций психического дискомфорта, обусловленных употреблением наркотиков, психотропных веществ и алкоголя и вызванных этими проблемами их адаптации в семье, на производстве, в социуме в целом и оказания им, при необходимости, психологической помощи. Эта помощь должна быть направлена:

- на внутреннюю гармонизацию личности;
- коррекцию и стабилизацию внутрисемейных отношений;
- коррекцию межличностных отношений в трудовом коллективе (рабочей группе), коррекцию отношений и субординацию;
- организацию обучения созависимых членов семьи реабилитанта методам психолого-педагогической реабилитации с целью преодоления их созависимого поведения;
- оказание психологической помощи семье в целом как ближайшему социальному окружению реабилитанта;
- формирование у реабилитанта адекватных моделей социального поведения;

к) формирование у реабилитантов навыков устойчивого отказа от употребления наркотических средств, алкоголя и психотропных веществ и перехода к здоровому образу жизни, тренировку этих навыков в реальных ситуациях самообслуживания, взаимодействия, трудовой и досуговой деятельности, оказание им помощи в приобретении опыта устойчивой социальной занятости в постреабилитационный период в целях адаптации в социуме;

л) организацию встреч и бесед с реабилитантами представителей официально зарегистрированных организаций, предприятий, общественных и религиозных организаций (врачей, психологов, социологов, священнослужителей и т. д.) с целью изменения у реабилитантов субкультуры, неотъемлемой частью которой являются наркотики с их «привлекательными» идеалами, и переориентации их жизненных ценностей на общепринятые в обществе нормы морали;

м) профилактику рецидивов потребления реабилитантами наркотиков, алкоголя и психоактивных веществ;

н) восстановление духовных и нравственных общечеловеческих ценностей.

5.3.3.4 Услуги по социокультурной реабилитации

Услуги по социокультурной реабилитации включают в себя:

- организацию досуга реабилитантов для удовлетворения их духовных потребностей, расширения их культурного и общего кругозора: посещение театров, кинотеатров, музеев, выставок, организацию праздничных мероприятий и т. д.;
- организацию выступлений музыкальных и музыкально-танцевальных коллективов;
- организацию и проведение творческих конкурсов песен и поэзии;
- организацию работы творческих коллективов, проведение концертов художественной самодеятельности, танцевальных вечеров;
- разработку и реализацию разнопрофильных досуговых программ (информационно-образовательных, развивающих, оздоровительно-развлекательных и других), способствующих удовлетворению потребностей реабилитантов в широком социальном общении, самореализации и самоутверждении, развитии творческой инициативы;
- обеспечение реабилитантов периодическими изданиями, создание библиотеки;
- организацию работы клубов общения реабилитантов, использующих все технологии социокультурной реабилитации (приобщение к культурно-историческим ценностям, участие в культурно-досуговых и культурно-массовых мероприятиях и т. д.);
- групповую арттерапию — деятельность художественной и дизайнерской мастерской, направленную на развитие ценных социальных навыков, оказание взаимной поддержки членами группы, решение общих проблем, повышение самооценки, развитие навыков принятия коллективных решений;
- организацию посещения реабилитантов родителями и близкими родственниками;
- формирование устойчивого позитивного отношения к здоровому образу жизни, интересной работе, материальному достатку, семье, развлечениям, самосовершенствованию, доброте, справедливости, искренности.

5.3.3.5 Услуги по физической реабилитации

Услуги по физической реабилитации включают в себя следующие физкультурно-оздоровительные мероприятия:

- разъяснение реабилитантам сущности и содержания физкультуры как части физической реабилитации, направленной на формирование или совершенствование необходимых физических навыков и индивидуальных способностей;
- проведение контроля и оценки физического состояния реабилитантов в период реализации программы физической реабилитации, физического восстановления или развития;
- подбор и оптимизацию физической нагрузки реабилитантам, которая должна представлять комбинацию упражнений различной интенсивности, быстроты, силы, выносливости;
- определение и рекомендации реабилитантам видов и объема физических нагрузок, учитывающих особенности их физического состояния и физиологические механизмы воздействия физических нагрузок на системы и организм в целом;
- проведение утренней гигиенической и оздоровительной гимнастики;
- организацию и проведение занятий по плаванию, оздоровительному бегу и ходьбе, футболу, волейболу, теннису, шахматам, настольному теннису, городкам, спортивному ориентированию и другим видам спорта, предоставление для этих целей соответствующих помещений, спортивных площадок, спортивного инвентаря;
- привлечение реабилитантов к активному участию в физкультурно-спортивных праздниках, других подобных спортивных мероприятиях.

5.3.3.6 Услуги по социальной адаптации

Услуги по социальной адаптации реабилитантов включают в себя:

- систематическую просветительскую работу для формирования положительного отношения к активному образу жизни, сохранению здоровья, продления жизни;
- консультации по вопросам социальной адаптации, проведение мероприятий по обустройству в реабилитационном учреждении;
- создание комфортных условий проживания в реабилитационном учреждении (создание комфорта в жилых комнатах, адекватное расселение реабилитантов, организация бытовых комнат, благоустройство прилегающих территорий и т. д.);
- применение терапии занятости, направленной на организацию осмысленного досуга и установление нормальных межличностных отношений;
- организацию занятий по способностям (музыка, изобразительное искусство, литература, художественная самодеятельность или занятия прикладного характера);
- оборудование тренажерных залов, проведение в них занятий с реабилитантами;

- организацию помощи по содержанию в надлежащем состоянии спортивной одежды и обуви;
- организацию и проведение тематических встреч с известными спортсменами и ветеранами спорта;
- организацию коллективных мероприятий развлекательно-познавательного характера (литературных вечеров, экскурсий, встреч с деятелями культуры, науки и искусства и т. п.);
- организацию проведения выставок художественного творчества проживающих в учреждении реабилитантов, шахматных и шашечных турниров и других мероприятий, где демонстрируются их достижения в рамках соревнований;
- организация и проведение военно-спортивных игр и других мероприятий по патриотическому воспитанию.

5.3.3.7 Услуги по созданию оптимальной социально-реабилитационной среды и условий проживания в реабилитационных учреждениях

Услуги по созданию оптимальной реабилитационной среды и условий проживания реабилитантов направлены на поддержание их жизнедеятельности в процессе прохождения курса реабилитации и включают в себя:

а) услуги жилищно-бытового комплекса:
- организацию и осуществление приема и размещения зависимых от психоактивных веществ в учреждение;
- предоставление реабилитантам жилой площади и помещений для организации реабилитационных мероприятий, трудовой и учебной деятельности, культурного и бытового обслуживания, отвечающих государственным санитарно-эпидемическим правилам и нормативам, требованиям пожарной безопасности и профилактики травматизма;
- создание условий для отправления религиозных обрядов;
- предоставление реабилитантам в пользование мебели согласно действующим в учреждении нормативам;
- приготовление и подачу пищи, сервировку стола, ознакомление с основными продуктами питания, способами приготовления и хранения пищи, предоставление реабилитантам с ослабленным здоровьем усиленного питания, обогащенного витаминами, соблюдение при питании санитарных норм и правил;
- предоставление мягкого инвентаря (одежды, обуви, нательного белья и постельных принадлежностей) согласно действующим в учреждении нормативам;
- предоставление транспорта для перевозки реабилитантов на лечение, обучение или с целью участия в программных мероприятиях, если по состоянию здоровья или условиям пребывания в учреждении им противопоказано пользование общественным транспортом;
- предоставление реабилитантам возможности для соблюдения личной гигиены, включая пользование баней и душем;
- предоставление личных вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка;
- организацию мелкого ремонта одежды и обуви реабилитантов;
- обеспечение сохранности вещей и ценностей, принадлежащих реабилитантам;

б) первичный инструктаж по приобретению навыков самообслуживания, ухода в учреждении за одеждой, обувью и их ремонтом;

в) обучение реабилитантов навыкам ухода за жилищем и предметами личной гигиены и повседневного домашнего обихода;

г) инструктаж и обучение реабилитантов этике и культуре поведения (путям и средствам установления личных взаимоотношений, навыкам поведения и отношений с руководством и сотрудниками учреждения, за столом, в общественных местах, культуре общения со старшими и др.);

д) социально-правовые услуги, предоставляемые в следующих формах:
- оказание содействия в юридической помощи по различным вопросам жизнедеятельности реабилитантов;
- оказание практической и консультативной помощи реабилитантам в оформлении различных документов.

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

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

Серия изданий «Правовая наркология»

Выпуск 0. Мотивационные технологии формирования резильентности
Выпуск 1. Медиация
Выпуск 2. Психологическое тестирование
Выпуск 3. Стандарты реабилитации
Выпуск 4. Реабилитационные программы
Выпуск 5. Детский реабилитационный центр
Выпуск 6. Наркология. Критерии эффективности

Все электронные версии выпусков серии «Правовая наркология» размещены на сайте
http:\\правовая-наркология.рф

Все издания распространяются бесплатно.
Получить издания можно в Российском благотворительном фонде «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН):
117449 Москва ул. Шверника дом 10-А
Тел. (499) 126-34-75, факс (499) 126-10-64
e-mail: nan@nan.ru
www.nan.ru

Отпечатано в типографии «П-Центр»
Москва, ул. Академика Королева, 13
Заказ 23. Тираж 600 экз.