



# СОДЕРЖАНИЕ

0_СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	3
1_БЛАГОДАРНОСТИ	5
2_ВВЕДЕНИЕ	6
3_МЕТОДОЛОГИЯ	8
4_ОБОСНОВАНИЕ И КОНТЕКСТ ИССЛЕДОВАНИЯ	11
5_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ	13
6_МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ	28
7_СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	35
I. ОБЗОР ПО СТРАНЕ: ГРУЗИЯ	36
II. ОБЗОР ПО СТРАНЕ: КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА	47
III. ОБЗОР ПО СТРАНЕ: РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	70
IV. ОБЗОР ПО СТРАНЕ: УКРАИНА	87
ПРИЛОЖЕНИЯ	119
ОБЗОР НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНЫХ ПОДХОДОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕНИИ ИНСТРУМЕНТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	

# О\_СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<b>АА</b>	Анонимные алкоголики
<b>АН</b>	Анонимные наркоманы
<b>АРВТ</b>	Антиретровирусная терапия
<b>БФ</b>	Благотворительный фонд
<b>ВГС</b>	Вирусный гепатит С
<b>ВЕЦА</b>	Восточная Европа и Центральная Азия
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения (WHO)
<b>ДСКН</b>	Государственная служба по контролю за наркотиками (Украина)
<b>ЕС</b>	Европейский союз
<b>ККПТ</b>	Компьютеризованная когнитивно-поведенческая терапия (англ. СВТ4СВТ)
<b>КР</b>	Кыргызская Республика
<b>ЛААМ</b>	Лево-альфа-ацетил-метадол
<b>ЛЖВ</b>	Люди, живущие с ВИЧ
<b>ЛУИН</b>	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
<b>МВД</b>	Министерство внутренних дел
<b>МК</b>	Мотивационное консультирование
<b>МКБ-10</b>	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
<b>МОЗ</b>	Министерство здравоохранения Украины (Міністерство охорони здоров`я)
<b>МОН</b>	Министерство образования и науки Украины
<b>МСТ</b>	Мотивационно-стимулирующая терапия
<b>НКО</b>	Некоммерческая организация
<b>НПО</b>	Неправительственная организация
<b>ОЗТ</b>	Опиоидная заместительная терапия (в документе также используются определения "Заместительная поддерживающая терапия/ЗПТ" и "Поддерживающая терапия методом/ПТМ")
<b>ПАВ</b>	Психоактивные вещества
<b>ПРООН</b>	Программа развития Организации Объединенных Наций (UNDP)
<b>ПТСР</b>	Посттравматическое стрессовое расстройство
<b>РПЦ</b>	Русская Православная Церковь
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита
<b>СЭПТ</b>	Стресс-энергетическая психотерапия
<b>ТБ</b>	Туберкулез
<b>ТМИ</b>	Транстеоретическая модель изменений
<b>ТС</b>	Терапевтическое сообщество
<b>УК</b>	Уголовный кодекс
<b>УНП ООН</b>	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (UNODC)
<b>ЦНС</b>	Центральная нервная система
<b>CRA</b>	Community reinforcement approach (подход на основе микросоциального подкрепления)
<b>CRAFT</b>	Community Reinforcement and Family Training (Микросоциальное подкрепление и обучение членов семьи)
<b>DSM-5</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам. Пятое издание)
<b>EMCDDA</b>	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркозависимости)
<b>ESPAD</b>	The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ)
<b>HRTC</b>	Harm Reduction Therapy Center (Центр терапии снижения вреда)
<b>ICATT</b>	Computerized Adaptation and Training Tool (Компьютеризированный инструмент адаптации и обучения)
<b>NIDA</b>	National Institute on Drug Abuse (Национальный институт по проблемам злоупотребления наркотиками)

# 0\_СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- NREPP** National Registry of Evidence-based Programs and Practices (Национальный реестр программ и практик, основанных на доказательствах)
- SAMHSA** Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Управление службы по лечению химической зависимости и психическому здоровью)
- ЮНЭЙДС** Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
- UROD** Ultra rapid opiate detoxification (Сверхбыстрая детоксикация от опиатов)

# 1\_БЛАГОДАРНОСТИ

**Авторы:** Анастасия Шебардина, Ирина Нерубаева, Наталья Двинских, МБФ «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West – AFEW-Украина*).

**Перевод:** Ирина Бабанина, Анна Олейник.

Авторы выражают искреннюю благодарность всем экспертам, консультантам и страновым исследовательским группам, без участия и поддержки которых эта работа была бы невозможной.

## **AFEW International:**

**Жанин Вилдсхут** – программному директору

**Софии Райнике** – интерну

## **Кыргызская республика:**

**Чинаре Иманкуловой** – исследовательская группа

**Жылдыз Бакировой** – исследовательская группа

## **Украина:**

**Александрю Ахмерову** – эксперту, президенту Одесского реабилитационного центра «Ступени»

**Алене Бежан** – эксперту, директору дневного реабилитационного центра для молодежи «Диалог» Черновицкого благотворительного фонда «Новая семья»

**Семену Глузману** – эксперту, президенту Ассоциации психиатров Украины, психиатру, правозащитнику

**Андрею Халамендику** – исследовательская группа, *AFEW-Украина*

**Артему Лысенко** – эксперту, заместителю председателя наблюдательного совета, психологу организации «Многие лета»

**Александрю Остапову** – эксперту, президенту Благотворительного фонда «Возвращение к жизни», председателю Правления Всеукраинской благотворительной организации «Всеукраинская ассоциация снижения вреда»

**Ирине Пинчук** – эксперту, директору Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Украины

**Андрею Тимошенко** – эксперту, председателю Наблюдательного совета организации «Многие лета»

**Владимиру Ярому** – эксперту, главному врачу Киевской городской наркологической клинической больницы «Социотерапия»

## **Российская Федерация:**

**Александрю Дмитриеву** – эксперту, руководителю реабилитационного центра «Роза ветров» (Казань)

**Владимиру Менделевичу** – руководителю исследовательской группы, профессору Казанского государственного медицинского университета

**Евгению Сахарову** – эксперту, кандидату медицинских наук, доценту, заслуженному доктору России, супервизору (Казань)

## **Грузия:**

**Маке Гогиа** – эксперту, программному директору Грузинской сети снижения вреда

**Важе Касрелишвили** – руководителю исследовательской группы в Грузии, координатору проекта в Информационном медико-психологическом центре Танадгома

**Коке Лабарткава** – эксперту, руководителю грузинской общественной организации «Новый Вектор»; Грузинская сеть людей, употребляющих наркотики (GeNPUD); Консультативный совет сообщества пациентов Грузии (GeCAB)

**Давиду Отиашвили** – эксперту, члену Ассоциации аддиктологии Грузии (Тбилиси)

**Зурабу Сихарулидзе** – эксперту, доктору медицины, директору медицинского центра «Уранти» (Тбилиси)

**Тамар Сирбиладзе** – эксперту, старшему консультанту Общественного объединения «Бемони» (Тбилиси)

**Хатуне Тодадзе** – эксперту, заместителю директора Центра психического здоровья и профилактики зависимостей (Тбилиси)

**Зурабу Вадачкория** – эксперту, директору наркологической клиники «Неогени»

# 2\_ВВЕДЕНИЕ

В этом отчете представлены результаты оценки наличия и доступности услуг лечения и реабилитации для людей, употребляющих наркотики, в выбранных странах Восточной Европы и Центральной Азии (далее – ВЕЦА). Отчет был подготовлен в соответствии с региональным компонентом, разработанным *AFEW* в рамках проекта «Восполняя пробелы: здоровье и права уязвимых групп населения – 2.0», при финансовой поддержке Министерства иностранных дел Нидерландов.

Региональный компонент был принят на срок с середины июня 2016 года до конца декабря 2020 года.

Направления регионального компонента: 1) миграция и мобильность ключевых групп населения; 2) реабилитационные услуги с учетом подходов снижения вреда; 3) работа в условиях ограниченных возможностей для гражданского общества.

## Задачи:

- 1) обмен опытом и усиление потенциала сети *AFEW* и партнерских организаций стран ВЕЦА в работе с ключевыми группами населения (особенно с людьми, употребляющими наркотики) в сфере общественного здравоохранения и прав человека;
- 2) усиление связи между региональным/местным и международным опытом в сфере общественного здравоохранения и работы с ключевыми группами населения (с акцентом на употреблении наркотиков) и правами человека;
- 3) инициирование международного диалога по вопросу соблюдения прав человека в отношении ключевых групп населения в странах ВЕЦА;
- 4) внедрение инноваций и инициатив для восполнения пробелов в указанных сферах.

Исследование проводилось по основным направлениям деятельности в сфере реабилитации и прав человека на международном и региональном уровнях *AFEW Интернешнл* и странами ВЕЦА, в которых сеть *AFEW* реализует проект по работе с людьми, употребляющими наркотики (Грузия, Кыргызстан, Российская Федерация, Украина). Продолжительность исследования: июнь – сентябрь 2017 года.

Отчет состоит из двух основных частей: обзора передового международного опыта и стандартов и обзора по четырем выбранным странам. Описание оценки включает общую цель исследования, его методологию, справочную информацию и общие данные о лечении людей, употребляющих наркотики, классификацию лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических веществ, международные стандарты и подходы к оценке и обеспечению качества лечения, данные по странам с описанием текущей ситуации, пробелы и потребности в лечении и реабилитации, приложения, содержащие детальный анализ дизайна исследования, его методов и инструментов.

Данные по каждой стране описаны и проанализированы в соответствии с ключевыми задачами оценки и содержат следующие компоненты:

- резюме;
- государственная политика в отношении наркотиков;
- характеристика наркоситуации в стране;
- нормативные документы, регулирующие лечение и реабилитацию людей, употребляющих психоактивные вещества;
- доступные типы учреждений, предоставляющих квалифицированную помощь (государственные, религиозные, коммерческие, общественные);
- наиболее распространенные подходы в лечении и реабилитации;
- доступность услуг лечения и реабилитации;
- качество услуг;
- рекомендации.

## 2\_ВВЕДЕНИЕ

Ожидается, что результаты исследования будут способствовать улучшению ситуации с доступом потребителей наркотиков к услугам лечения и реабилитации в странах ВЕЦА, – в частности тех, где работают организации, входящие в сеть *AFEW*. Проведенная оценка представляет собой первый этап в развитии направления по реабилитации и правам человека в рамках регионального подхода *AFEW*. За ним последуют этапы, связанные с оценкой пробелов, разработкой пилотных проектов в сфере адвокации, предоставления услуг и развития потенциала, а также постоянный мониторинг результатов.

# 3\_МЕТОДОЛОГИЯ

Оценка услуг лечения и реабилитации людей, употребляющих наркотики, проводилась в июне-сентябре 2017 года в четырех странах региона ВЕЦА: Грузии, Кыргызстане, Российской Федерации и Украине. Они были отобраны среди стран, в которых работают организации, входящие в сеть *AFEW*, исходя из актуальности тематики и потребностей ключевой группы.

## Цели оценки:

- 1) анализ потребностей в усовершенствовании качества имеющихся программ реабилитации или создании новых услуг, направленных на лечение и реабилитацию людей, употребляющих наркотики;
- 2) определение приоритетных направлений инвестирования ресурсов сети *AFEW* во внедрение или поддержку программ лечения и реабилитации для людей, употребляющих наркотики, в регионе ВЕЦА;
- 3) развитие потенциала у партнеров проекта «Восполняя пробелы» в Грузии, Кыргызстане, Российской Федерации, Украине и других странах ВЕЦА в сферах реабилитации и европейских подходов к реабилитации.

## Задачи оценки:

- 1) анализ международного опыта в сфере лечения и реабилитации людей, употребляющих наркотики;
- 2) определение и документирование всех имеющихся форм лечения и реабилитации людей, употребляющих наркотики, в выбранных странах ВЕЦА;
- 3) сбор данных по подходам и методам, применяемым в лечении и реабилитации людей, употребляющих наркотики;
- 4) оценка доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам лечения и реабилитации в регионе;
- 5) оценка качества предоставляемых услуг;
- 6) анализ существующей нормативной базы и выявление пробелов в законодательных актах, протоколах, стандартах и программах обучения специалистов;
- 7) предоставление рекомендаций по развитию потенциала ключевых игроков на местном уровне и сети *AFEW* на базе научно обоснованных международных практик.

## Методы и инструменты оценки

(выбраны в соответствии с каждой из указанных выше задач):

- 1) кабинетное исследование;
- 2) картирование;
- 3) полуструктурированное интервью с экспертами.

Эти методы были выбраны для анализа объекта с разных точек зрения и сочетания теоретической информации с практической реализацией.

В ходе *кабинетного исследования* были проанализированы международные и национальные подходы к лечению и реабилитации, национальное законодательство, имеющиеся стандарты, протоколы и другие соответствующие нормативы. Сведения, собранные в ходе кабинетного исследования, позволили получить общую картину текущей ситуации в каждой стране и сравнить ее с международными стандартами и лучшими практиками, что, в свою очередь, позволило описать имеющиеся программы и услуги, и выявить их пробелы и ограничения. В конце каждого раздела приведен подробный список источников, использованных в ходе кабинетного исследования.

*Картирование* позволило определить конкретные пункты предоставления услуг лечения и реабилитации в каждой из выбранных стран. Этот метод был использован с целью дополнения теоретического этапа кабинетного исследования, согласования и систематизации полученных теоретических и практических данных. Картирование позволило определить и проанализировать более 1408 пунктов, предоставляющих услуги лечения и реабилитации в четырех странах, в их числе – более 990 государственных учреждений, предоставляющих услуги детоксикации (807 – Украина, 135 – Россия, 48 – Кыргызстан), 224 пункта,

# 3\_МЕТОДОЛОГИЯ

предоставляющих услуги опиоидной заместительной терапии (18 – Грузия, 174 – Украина, 32 – Кыргызстан, 0 – Россия), 10 государственных реабилитационных центров (6 – Украина, 3 – Россия, 1 – Кыргызстан, 0 – Грузия), более 184 негосударственных, коммерческих реабилитационных центров или клиник и религиозных реабилитационных центров (93 – Украина, 9 – Грузия, 2 – Кыргызстан, 80 – Россия).

В ходе *интервью с экспертами*, которые проводились в каждой из стран исследования, были получены ценные данные, подтверждающие информацию, полученную на этапах кабинетного исследования и картирования. Все интервью были проанализированы при помощи контент-анализа; утверждения экспертов поддерживают информацию по общей ситуации в странах. Отбор экспертов происходил на основании их опыта работы с людьми, употребляющими наркотики, с учетом занимаемых ими ранее должностей, признания в сфере услуг для людей, употребляющих наркотики, рекомендаций других экспертов, а также их общей компетентности в вопросах, выбранных для оценки. Всего в четырех странах, в рамках проводимой оценки состоялись 31 интервью с экспертами. Возраст экспертов – 35–70 лет, среди них – 11 женщин и 20 мужчин, восемь экспертов – из Кыргызстана (5 женщин, 3 мужчины; возраст 42–69 лет), семь экспертов – из Грузии (3 женщины, 4 мужчины; возраст 37–58 лет), восемь экспертов – из России (1 женщина, 7 мужчин; возраст 35–60 лет), восемь экспертов – из Украины (2 женщины, 6 мужчин; возраст 35–70 лет).

Эксперты представляли следующие профессиональные группы / сферы деятельности:

- психиатр;
- нарколог;
- руководитель НПО, координатор проектов в НПО;
- главный врач наркологической службы / наркологической клиники;
- врач, предоставляющий ОЗТ;
- заместитель руководителя медицинской службы пенитенциарной системы;
- руководитель реабилитационных центров;
- медицинский психолог;
- психолог;
- руководитель клинической работы медицинских центров;
- член ассоциации аддиктологии;
- руководитель научно-исследовательского института психиатрии и наркологии;
- главный врач городских наркологических клинических больниц;
- священник, руководитель епархиального отдела по профилактике наркомании.

Данные по каждой стране описаны и проанализированы в соответствии с задачами оценки, с использованием указанных выше методов и инструментов, в следующем порядке:

- резюме;
- государственная политика в отношении наркотиков;
- характеристика наркоситуации в стране;
- нормативные документы, регулирующие лечение и реабилитацию людей, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ);
- доступные типы учреждений, предоставляющих медицинскую помощь (государственные, религиозные, коммерческие, общественные);
- наиболее распространенные подходы в лечении и реабилитации;
- доступность услуг лечения и реабилитации;
- качество услуг;
- рекомендации;
- список литературы.

# 3\_МЕТОДОЛОГИЯ

## **Ограничения исследования**

В целом, исследование достигло поставленных целей, но некоторых ограничений избежать не удалось. Первое: из-за недостатка времени не проводились интервью с клиентами программ лечения и реабилитации. В будущем, чтобы оценить качество услуг, связанных с наркологическим лечением, будет полезно получить отзывы клиентов о различных типах программ. Второе: перевод интервью (например, с грузинского языка на английский или русский языки) для проведения контент-анализа мог привести к потере некоторых деталей предоставленной информации. Третье: из-за ограниченных ресурсов, в Российской Федерации удалось опросить экспертов только из одного региона, поэтому в исследовании не отражены предполагаемые различия в качестве и доступности наркологического лечения по стране. Четвертое: из-за отсутствия в регионе ВЕЦА предварительных исследований по этой теме было проблематичным сравнить практики в странах, где проходило исследование, с международными.

*Более подробная информация по методологии (образцы инструментов оценки) – в Приложении.*

# 4\_ОБОСНОВАНИЕ И КОНТЕКСТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вследствие различных заблуждений, которые преобладали длительное время, наркотическую зависимость было принято считать социальной или нравственной проблемой, патологией, связанной с характером человека, преступной моделью поведения, которую следует наказывать, – или результатом ненадлежащего использования наркотических веществ, вызывающих зависимость. Такой упрощенный идеологический подход существовал до того, как появилось научное понимание механизмов работы мозга, которые играют ведущую роль в развитии и сохранении поведенческих признаков и симптомов расстройств, связанных с употреблением наркотических веществ. В результате многолетних медицинских исследований было получено адекватное определение наркотической зависимости как комплексного многофакторного биологического и поведенческого расстройства. Развитие науки и ее достижения позволяют нам разрабатывать все более совершенные методы лечения, направленные на нормализацию работы мозга у лиц, страдающих от наркотической зависимости, и поддержку их в изменении поведения. Наличие научно обоснованных методов лечения сейчас помогает миллионам затронутых наркозависимостью людей вернуть контроль над своей жизнью и вести продуктивный, здоровый образ жизни (UNODC, WHO, 2016). Но важно различать термины «употребление наркотиков» и «наркозависимость». Согласно Всемирному докладу о наркотиках за 2015 год (UNODC, 2015), только 1 из 10 потребителей наркотиков страдает от злоупотребления наркотиками.

К сожалению, во многих регионах мира все еще сохраняются устаревшие представления о расстройствах, связанных с употреблением наркотиков. Стигма и дискриминация, весьма распространенные по отношению к наркозависимым людям и специалистам, работающим с ними, оказывают крайне негативное влияние на реализацию качественных услуг лечения, что мешает развитию лечебных учреждений, обучению специалистов и инвестициям в программы лечения и реабилитации.

Несмотря на то, что имеющаяся доказательная база четко демонстрирует, что с расстройствами, связанными с употреблением наркотических веществ, наиболее эффективно работает система общественного здравоохранения, как и с другими медицинскими проблемами, такими как ВИЧ-инфекция и гипертония, во многих странах сложно добиться включения лечения наркозависимости в систему здравоохранения. И происходит это по причине отсутствия взаимодействия между наукой, политикой и клинической практикой.

Ведение лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотических веществ, учреждениями, подотчетными Министерству внутренних дел, Министерству юстиции или Министерству обороны, без руководства или участия со стороны Министерства здравоохранения вряд ли может привести к долгосрочным положительным результатам. Это возможно только при условии базового понимания наркотической зависимости как поведенческого расстройства, в лечении которого могут применяться и медицинские, и психологические подходы. При использовании только правоприменительных стратегий и методов вероятность достижения долгосрочных устойчивых положительных результатов невелика.

По данным Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН), на сегодняшний день на глобальном уровне доступ к программам лечения наркотической зависимости имеет каждый шестой человек. Во многих странах лечение доступно лишь в крупных городах, и не доступно в других населенных пунктах и местностях, тем более – сельских. К сожалению, во многих странах доступное лечение часто оказывается не эффективным, не подкрепленным научными доказательствами, иногда не соответствующим принципам защиты прав человека и не добровольным. Такая же ситуация часто наблюдается в высокоразвитых странах с недостаточным доступом к научно обоснованному программ лечения.

Еще одна проблема заключается в глобальном изменении наркосцены. Традиционно наркотические вещества, которые употребляли люди, были растительного происхождения, – например, кокаин, героин и конопля. В последнее время все большее распространение имеют амфетамины и другие стимуляторы, получаемые синтетическим путем в подпольных лабораториях. В попытке обойти препятствия со стороны правоохранительных органов по контролю над оборотом психоактивных веществ ежегодно производятся и распространяются сотни новых психоактивных веществ (ПАВ), и это приводит к

# 4\_ОБОСНОВАНИЕ И КОНТЕКСТ ИССЛЕДОВАНИЯ

непредсказуемым и иногда драматичным последствиям для людей, которые их употребляют. Производство и распространение новых ПАВ, которые продаются через интернет, еще более усложняют процессы мониторинга и контроля. Лишь в очень немногих странах действуют системы раннего предупреждения, позволяющие собирать и распространять информацию о новых веществах. Из-за появления новых ПАВ и изменения путей распространения наркотических веществ учреждения здравоохранения оказываются плохо подготовленными и не могут надлежащим образом реагировать на появление новых поведенческих и медицинских проблем среди потребителей наркотиков. Например, в тех регионах, где раньше были распространены опиаты, сейчас растет число расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов. При этом, система лечения, изначально направленная на ведение случаев, связанных с употреблением опиатов, не способна удовлетворить потребности новой категории пациентов. Вместе с тем, тенденция к полинаркомании среди молодых потребителей наркотиков, сочетающих «традиционные» наркотики, рецептурные наркотики, алкоголь и новые психоактивные вещества, может привести к еще более критической ситуации, требующей незамедлительного внимания со стороны программ лечения и значительных человеческих ресурсов.

Согласно позиции *AFEW* относительно употребления наркотиков и комплексного пакета услуг, необходимых для оказания поддержки всем людям для улучшения их качества жизни (с акцентом на здоровье), реабилитация является неотъемлемой составляющей континуума услуг для людей, употребляющих наркотики, а также частью расширенного пакета услуг снижения вреда, которую мы хотели бы внедрить. Разделение услуг снижения вреда и услуг лечения наркотической зависимости является мнимым, основанным на модели контроля над ВИЧ-инфекцией. На самом деле, люди, употребляющие наркотики, нуждаются в континууме услуг, которые были бы направлены на поддержание их физического здоровья (включая контроль над инфекционными заболеваниями), психического здоровья, качества жизни и соблюдение их прав. Для каждого человека, употребляющего наркотики, все указанные компоненты сочетаются, – то есть они связаны между собой.

Строгое разделение услуг снижения вреда и лечения наркотической зависимости также мешает обеспечению эффективного лечения наркотической зависимости. Анализируя успешные примеры таких стран, как Нидерланды, можно прийти к выводу, что лечение наркотической зависимости также представляет собой континуум методов и способов, в котором есть место как для контролируемого употребления наркотиков, так и для полного отказа от них, и где у каждого человека есть свои потребности, которые зависят от его опыта употребления наркотических веществ и мотивации.

Когда речь идет о снижении вреда и ВИЧ-инфекции, лечение наркотической зависимости (включая детоксикацию и реабилитацию) часто не рассматривается, поскольку этот метод воспринимается, как часть подхода, направленного на полный отказ от наркотиков и, потому, не включается в пакет услуг снижения вреда, определенный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Вместе с тем, в «Сводном руководстве» ВОЗ (*WHO, 2016*). содержится рекомендация в отношении потребителей наркотиков в тюрьмах, которая гласит, что страны должны утвердить и усилить принцип предоставления лечения, обучения и реабилитации в качестве альтернативы осуждению и наказанию за правонарушения, связанные с наркотиками.

# 5 КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Приблизительно у 10% людей, которые начинают употреблять наркотики, со временем развиваются изменения в поведении и другие симптомы, представляющие собой наркотическую зависимость и другие расстройства, связанные с употреблением наркотиков, согласно «Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам» пятого издания (DSM-5) и «Международной классификации болезней» 10-го пересмотра (МКБ-10).

В основе синдрома наркотической зависимости лежит сильная, непреодолимая тяга к употреблению наркотиков и неспособность контролировать количество употребляемых наркотических веществ, что приводит к чрезмерному их употреблению и к тому, что человек уделяет наркотикам все большее количество времени. Тяга к наркотикам может сохраняться или легко возвращаться даже после периода отказа от них, что может приводить к возврату к регулярному употреблению наркотических веществ, несмотря на сильное желание отказаться от них. Со временем употребление наркотиков занимает все большее место в жизни человека, заменяя собой другие виды деятельности, имевшие раньше важное значение.

Люди, страдающие таким расстройством, часто теряют интерес к семейной и социальной жизни, обучению, работе и отдыху. Они продолжают употреблять наркотики, несмотря на повторяющиеся социальные и личные проблемы, практикуют рискованные модели поведения и продолжают употреблять, несмотря на то что знают о негативных последствиях и проблемах, связанных с употреблением. Эти последствия увеличиваются, учитывая криминализацию употребления наркотиков, стигму и дискриминацию потребителей наркотиков. И, наконец, в отношении некоторых наркотиков со временем происходит снижение эффекта употребления определенной дозы, то есть развивается толерантность, и может возникнуть синдром отмены – набор характерных негативных симптомов, возникающих в случае, если употребляемая доза вещества снижается или его употребление прекращается.

Научные достижения и усилия, направленные на повышение осведомленности среди общего населения, приводят к постепенному изменению восприятия наркотической зависимости через работу гражданского общества. Все больше людей признают, что расстройства, связанные с употреблением наркотиков, представляют собой комплексную проблему, на которую оказывают влияние социально-психологические, биологические факторы и факторы, связанные с окружающей средой. Ее решение требует комплексного мультидисциплинарного подхода и взаимодействия различных учреждений. В настоящее время многие люди, определяющие политику, и представители общего населения начинают относиться к наркотической зависимости, не как к «самоприобретенной вредной привычке», а, скорее, как к результату ряда биологических факторов и факторов окружающей среды, неблагоприятных условий и событий; при этом такую зависимость можно предупредить или лечить. Концепция, что наркотическая зависимость развивается не в результате «низкой морали и криминального поведения», требует применения лечения вместо наказания.

Также следует подчеркнуть, что значение термина «лечение» в Европейском союзе (ЕС) и в некоторых странах ВЕЦА может несколько отличаться. В ЕС лечение включает в себя все возможные подходы и методы, направленные на оказание помощи людям, употребляющим наркотики. В международных публикациях реабилитация и социальная реинтеграция определяются в качестве целей лечения или его составляющих (UNODC, WHO, 2016). Термин «медикаментозное лечение» (например, в отношении детоксикации или ОЗТ) используется для того, чтобы подчеркнуть медицинский характер лечения. В то же время, согласно мнению экспертов и рекомендациям руководств, в странах ВЕЦА придерживаются той точки зрения, что лечение включает исключительно медицинские компоненты, а реабилитация – социальную и психологическую поддержку.

В исследованиях по вопросу лечения наркотической зависимости, как правило, приводится классификация программ по нескольким общим типам или категориям. Продолжается развитие и диверсификация подходов к лечению и реализуемых программ. На сегодняшний день многие программы не вписываются в классификации традиционных методов лечения наркотической зависимости.

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Мы хотели бы предложить несколько подходов к классификации методов лечения и реабилитации.

В целом, все подходы можно разделить на две основные группы: медикаментозные и поведенческие. К медикаментозным методам относятся детоксикация и заместительная терапия.

## МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

### Программы детоксикации

Детоксикация – процесс, в ходе которого организм очищается от наркотиков – направлена на снятие острых и потенциально опасных физиологических последствий прекращения употребления наркотиков. Основная задача любого типа детоксикации – безопасное, комфортное выведение наркотических веществ из организма и подготовка человека к последующей реабилитации. Сама по себе детоксикация не призвана решать психологические, социальные и поведенческие вопросы, возникающие у человека с наркотической зависимостью. Если не решать все эти вопросы комплексно, то повышается вероятность возврата к употреблению наркотиков. Детоксикация не лечит наркотическую зависимость. Это лишь первый шаг долгого пути лечения такой зависимости. Выбор конкретного метода лечения зависит от результатов диагностики, индивидуальных характеристик пациента, факторов риска и желания пациента.

В регионе ВЕЦА определены и наиболее распространены два типа детоксикации при употреблении опиатов: сверхбыстрая и нормальная. Сверхбыстрая детоксикация происходит в течение 8–12 часов. В это время пациент находится под наркозом, и, пока он спит, ему вводят антагонист опиатных рецепторов, который полностью вытесняет остатки морфина из нервных клеток и окончаний. Это очень опасная для здоровья и жизни пациента процедура, которая на самом деле не избавляет от состояния «ломки»: пациент не чувствует боли только во время наркоза, а, когда просыпается, то на протяжении нескольких дней страдает от синдрома отмены – болей в суставах, бессонницы, расстройства желудка и др.

Классическая детоксикация требует 7–14 дней, на протяжении которых пациенту вводят обезболивающие, седативные и снотворные препараты, при помощи которых синдром отмены проходит не так болезненно.

После детокса пациенту предлагают принимать налоксон или налтрексон (антагонисты опиатных рецепторов) в виде таблеток, инъекций или «подшивают» под кожу капсулу, которая действует в течение трех, шести или 12 месяцев.

В международной практике существуют и многие другие формы детоксикации, – в частности:

- детоксикация от героина;
- ибобаиновая терапия;
- детоксикация субutexом;
- NET-терапия (нейтоэлектрическая терапия);
- сверхбыстрая детоксикация от опиатов (UROD).

В настоящее время во многих странах (например, в Великобритании) официально разрешена самостоятельная детоксикация, которая определяется как «преднамеренная попытка достичь отказа от наркотиков на период более 24 часов при отсутствии клинической помощи» (*Gossop et al., 1991; Noble et al., 2002*). Некоторое время она вызывала беспокойство, не в последнюю очередь из-за того, что, по данным эпидемиологических исследований, большое число людей прекращают употребление опиатов без прохождения формального лечения. Вместе с тем, нет четкого понимания того, наносят ли те люди, которые предпринимая попытки самостоятельной детоксикации, себе больше вреда и достигают ли они меньших успехов, чем те, кто обращается к

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

профессиональной детоксикации (*National Collaborating Centre for Mental Health & Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit, 2007*). В ряде источников этот метод также называют естественной детоксикацией. Для проведения детоксикации применяются и некоторые нетрадиционные методы: ксеноновую терапию, акупунктуру и т.д.

Однако большинство людей обращаются к детоксикации, предполагающей использование медикаментов. Это первый этап лечения. Как уже говорилось ранее, сама по себе детоксикация не решает психологических, социальных и поведенческих проблем, связанных с наркотической зависимостью, и поэтому, как правило, не приводит к долгосрочным изменениям в поведении, необходимым для выздоровления. За детоксикацией должна следовать формальная оценка и переадресация пациента для получения услуг лечения наркотической зависимости.

Поскольку детоксикация часто сопровождается неприятными и потенциально опасными для жизни побочными эффектами, связанными с синдромом отмены, процедуру с применением препаратов, которые вводятся пациенту медицинским работником часто проводят в стационарных или амбулаторных условиях. Поэтому ее называют «медикаментозным детоксом». Существуют препараты, которые могут помочь при отмене опиатов, бензодиазепинов, алкоголя, никотина, барбитуратов и других седативных веществ (*Kleber H.D., 1996*).

## Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)

Заместительная терапия («медикаментозная терапия агонистами», «замещающая терапия агонистами» «заместительная терапия агонистами») – это введение под медицинским контролем людям с наркотической зависимостью рецептурного психоактивного вещества, которое фармакологически связано с веществом, вызывающим зависимость, с целью достижения поставленных целей лечения. Заместительная терапия широко используется в лечении никотиновой («никотинзаместительная терапия») и опиоидной зависимости (*WHO, UNODC, UNAIDS, 2004*).

ЗПТ представляет собой долгосрочное (шесть месяцев и более) применение постоянных доз заместительного препарата в комплексном лечении опиоидной зависимости с целью стабилизации физического и психического состояния пациента, снижения медицинских и социальных последствий употребления нелегальных наркотиков, возможности создания условий для его реабилитации и лечения сопутствующих проблем со здоровьем (ВИЧ-инфекции, вирусных гепатиты В и С, туберкулеза и т.д.) и возвращения к нормальной, полноценной жизни.

Заместительная терапия представляет собой практику назначения заместительного препарата в ходе комплексного лечения синдрома зависимости, связанного с употреблением опиатов. Заместительный препарат улучшает состояние пациента, предупреждает развитие синдрома отмены, снижает тягу к нелегальным наркотикам, создает возможность проведения реабилитации и сокращает вероятность использования рискованных моделей поведения, связанных с риском ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передающихся через кровь). Заместительный препарат назначается на период от нескольких недель (детоксикация) до нескольких лет.

Препараты, используемые в заместительной терапии, могут назначаться либо с сокращением дозировки на короткий промежуток времени (как правило, меньше месяца) для лечения синдрома отмены или детоксикации, либо в относительно стабильной дозировке на длительный период времени (как правило, более шести месяцев) в рамках заместительной поддерживающей терапии, что позволяет стабилизировать работу мозга и предотвратить тягу к наркотикам и синдром отмены. Термин «заместительная терапия» часто используется как аналог термина «заместительная поддерживающая терапия».

Заместительная поддерживающая терапия представляет собой один из наиболее эффективных методов медикаментозного лечения опиоидной зависимости. Существует доказательная база, сформированная по

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

результатам многочисленных контролируемых исследований, масштабных длительных обследований и программных оценок, подтверждающая, что заместительная поддерживающая терапия опиоидной зависимости приводит к существенному сокращению употребления нелегальных опиатов, снижению преступной деятельности, снижению уровня смертности по причине передозировок и распространенности моделей поведения, связанных с высоким риском передачи ВИЧ-инфекции.

Заместительная поддерживающая терапия опиоидной зависимости представляет собой важный компонент программ, ориентированных на сообщество, поскольку лечение может предоставляться на амбулаторной основе, с достижением высоких показателей удержания в программах лечения, с расширением возможностей для людей решения их основных проблем, связанных со здоровьем, психологическим состоянием, семьей, жильем, трудоустройством, а также финансовых и правовых проблем.

Назначение заместительной терапии и введение агонистов опиоидных рецепторов людям с зависимостью от опиоидов в рамках признанной медицинской практики, одобренной компетентными органами, соответствует положениям конвенций по наркотическим средствам и психотропным веществам 1961 года и 1971 года.

Лекарственные средства, используемые для ОЗТ:

- метадон;
- бупренорфин;
- лево-альфа-ацетил-метадол (ЛААМ);
- дигидрокодеин;
- диацетилморфин (героин);
- настойка опиума (лауданум).

Задачи ОЗТ:

- 1) сокращение употребления нелегальных опиоидов (прежде всего, инъекционным путем);
- 2) стабилизация и улучшение физического и психического состояния пациентов с опиоидной зависимостью;
- 3) снижение уровня правонарушений среди людей, употребляющих наркотики;
- 4) снижение уровня распространенности рискованного поведения, связанного с риском ВИЧ-инфекции, гепатитами В и С, а также других заболеваний, передающихся через кровь (прежде всего – отказ от инъекционного употребления психоактивных веществ);
- 5) привлечение людей, употребляющих наркотики, к сотрудничеству с соответствующими социальными службами и создание необходимых условий для реабилитации и реинтеграции пациентов, помощь в восстановлении отношений пациента с родными и близкими, поиске работы и т.д.;
- 6) создание необходимых условий для эффективного лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза и сопутствующих заболеваний (системных инфекций, гнойных воспалений инфекционного характера, гепатитов В и С, трофических язв, флебитов);
- 7) создание необходимых условий для предоставления качественных услуг здравоохранения для беременных женщин, употребляющих наркотики.

Следует отметить, что, благодаря многочисленным международным стандартам лечение наркотической зависимости воспринимается как комплекс медицинских, психологических и социальных услуг. Например, в Великобритании «Национальное клиническое руководство по детоксикации при употреблении опиатов» включает разделы не только по медикаментозным и физическим интервенциям, но также и по социально-психологическим интервенциям с подробным описанием моделей реабилитации.

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

## КЛАССИФИКАЦИЯ НА БАЗЕ ОРГАНИЗАЦИОННОГО ПРИНЦИПА

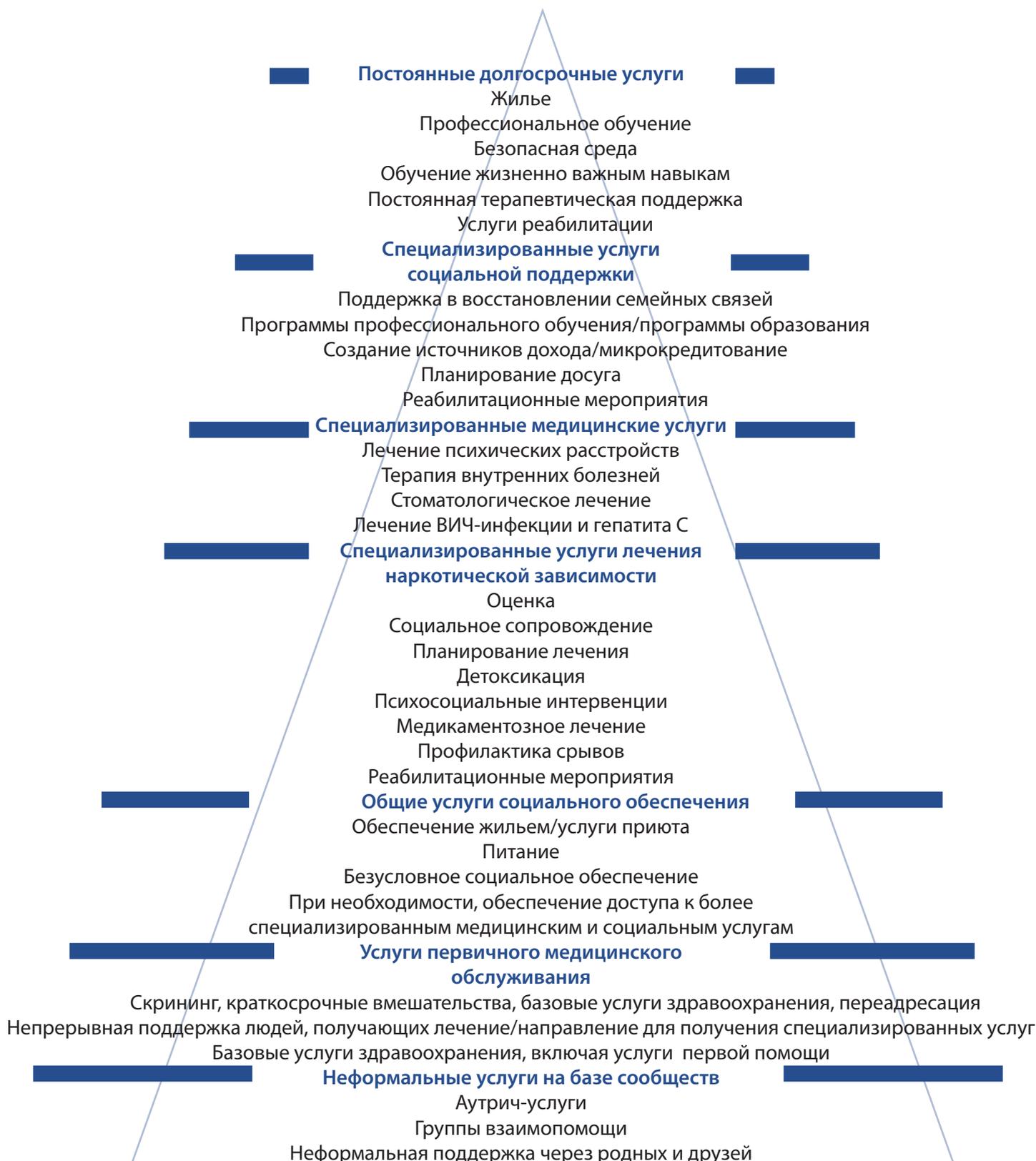
Еще один подход к классификации моделей оказания услуг основан на организационном принципе и включает три основные группы: пирамида организации услуг, услуги по принципу «единого окна», уход и лечение наркотической зависимости на базе сообществ (*UNODC, WHO, 2016*).

### Пирамида организации услуг

Большинство услуг необходимы на уровне низкой интенсивности, и в случае их предоставления помогают людям избежать развития более сложных расстройств, связанных с употреблением наркотиков. При том, что в рамках такой пирамиды потребность в большем количестве услуг будет менее интенсивной, эти услуги, как правило, являются менее специализированными и менее затратными, благодаря чему система лечения, разработанная с учетом «пирамиды», будет более экономически эффективной (при условии, что фактические услуги всегда должны базироваться на имеющихся научных доказательствах).

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

*Предлагаемые интервенции на различных уровнях предоставления услуг*



# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Однако в реальности слишком часто происходит инвестирование средств в услуги лечения в верхней части пирамиды, характеризующиеся высокой интенсивностью и высокой стоимостью. Это приводит к ситуации, когда люди с зависимостью низкой тяжести получают услуги высокой интенсивности. Значительно целесообразнее было бы соотносить степень тяжести заболевания с уровнем интенсивности лечения для экономии ресурсов и большей результативности лечения.

Согласно данным «Всемирного доклада о наркотиках за 2015» Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC, 2015), в мире существует существенный разрыв между числом людей, которые хотели бы получать лечение от расстройств, связанных с употреблением наркотиков, или могли бы извлечь пользу от такого лечения, и числом людей, которые его фактически получают. Отсутствие более низкопороговых и менее интенсивных услуг (таких как краткосрочные интервенции на уровне первичной помощи) может приводить к ситуации, когда люди, употребляющие наркотики, обращаются к системе здравоохранения только тогда, когда у них уже развились серьезные расстройства, связанные с употреблением наркотиков, вместо того, чтобы получить менее интенсивные (и менее затратные) услуги на более ранних этапах заболевания.

## **Модель организации услуг лечения: модель лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, по принципу «единого окна»**

Принимая во внимание многочисленные потребности людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, было бы крайне желательно предоставлять весь спектр медицинских и социальных услуг в одном учреждении. Такую модель предоставления услуг, которая снижает барьеры и увеличивает доступность комплексных услуг лечения и соответствующего ухода (Rapp et al., 2008), можно описать как модель «единого окна».

## **Модель организации услуг лечения: услуги лечения и ухода на базе сообществ**

В сети на базе сообществ партнерские отношения могут формироваться не только между различными службами общественного здравоохранения и социального обслуживания, но и между другими заинтересованными лицами. С целью тщательной координации всех предоставляемых услуг целесообразно разработать эффективный местный подход к лечению на базе сообществ, направленный на предоставление услуг с привлечением всех ресурсов, имеющихся в сообществе. Услуги лечения на базе сообществ формируют многофакторный и многосекторальный подход к проблемам, которые возникают у людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Эта концепция поощряет использование различных методов лечения, реабилитации и повышения качества жизни. Партнеры, входящие в сеть предоставления услуг на базе сообществ, должны работать в тесном сотрудничестве и координации с целью оказания наиболее эффективной поддержки пациенту посредством стратегий переадресации и социальной помощи, направленных на обеспечение континуума услуг. Преимуществом такой сети является то, что она предлагает различные низкопороговые точки входа в программы и содействует доступу к различным услугам лечения и ухода.

Учреждения здравоохранения, в том числе службы первичной медицинской помощи, специализированные наркологические службы, больницы, клиники и социальные службы (доступ к жилью, продуктовые талоны и т.д.), являются основными партнерами в сети предоставления услуг лечения и ухода на базе сообществ. Кроме того, могут формироваться широкие партнерские отношения и с другими заинтересованными лицами на уровне сообществ.

Важнейшую роль в обеспечении перенаправления и переадресации пациентов для получения услуг, соответствующих их потребностям, играет социальное сопровождение (кейс-менеджмент). Кейс-менеджеры работают с клиентами, с другими людьми, вовлеченными в оказание услуг лечения, а также с другими службами и организациями для того, чтобы выбрать оптимальное сочетание интервенций и услуг поддержки.

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Кейс-менеджмент обеспечивает доступность переадресации и дополнительных услуг поддержки, а также эффективность использования ресурсов. Кейс-менеджер также обеспечивает постоянную оценку прогресса, достигнутого в ходе лечения. Поскольку наркотическая зависимость представляет собой хроническое заболевание, у пациента с большой вероятностью может случиться рецидив, и тогда он может снова обратиться к имеющимся услугам.

В целом, все существующие методы и подходы могут использоваться в любых моделях оказания услуг (стационарные, амбулаторные, общие услуги, услуги в рамках пенитенциарной системы). Но каждый подход имеет свои характерные особенности и ресурсы.

Чтобы обсуждать содержание и эффективность различных составляющих лечения, необходимо понимать, что же именно имеется в виду под словом «лечение». Здесь речь идет о разграничении основных типов и подтипов лечения, а также об определении применяемых механизмов, целей, планируемой длительности и доступности терапии.

Далее приведена еще одна классификация видов лечения с разграничением основных типов и подтипов лечения, а также с определением применяемых механизмов, целей, планируемой длительности и доступности терапии (информация адаптирована; из протокола по лечению наркотической зависимости Группы по сотрудничеству в борьбе со злоупотреблением наркотиками и их незаконным оборотом (Группы Помпиду)).

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

## ТИПЫ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ

### *Специализированные стационарные программы:*

- стационарное отделение больницы;
- терапевтическое сообщество.

### *Специализированные амбулаторные программы:*

- амбулаторное отделение больницы;
- амбулатория/дневной стационар;
- местный центр услуг здравоохранения или социального обеспечения;
- низкопороговые услуги/дроп-ин центры/услуги, оказываемые на улицах.

### *Общие программы:*

- стационарная психиатрическая больница;
- амбулаторный центр психического здоровья;
- первичная медицинская помощь;
- стационарные услуги социальной защиты;
- амбулаторные услуги социальной защиты.

### *Программы лечения в тюрьмах*

#### **Типы услуг лечения:**

- детоксикация/краткосрочная интервенция;
- долгосрочная заместительная терапия;
- немедикаментозная терапия/долгосрочные услуги социально-психологической поддержки;
- рекомендации/консультирование/краткосрочная интервенция/поддержка

#### **Цель лечения:**

- отказ от наркотиков;
- стабилизация/снижение вреда/вторичная профилактика;
- поведенческие изменения.

#### **Плановая продолжительность лечения:**

- краткосрочное (<1 месяца);
- среднесрочное (1–6 месяцев);
- долгосрочное (>6 месяцев).

#### **Доступность лечения:**

- список ожидания (например, средняя продолжительность в прошлом году);
- страховое покрытие (да/нет);
- необходимая мотивация (например, порог принятия в программу: низкий/средний/высокий, необходимость полного отказа от наркотиков);
- планируемая общая продолжительность лечения (кратко-, средне-, долгосрочное);
- географическое расположение (город/пригород/сельская местность).

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

## Формы собственности

Форма собственности указывает на то, кто отвечает за работу стационарного учреждения:

- правительство:
  - национальное/федеральное,
  - местное/региональное;
- частная коммерческая организация (прибыльная);
- частная некоммерческая организация (неприбыльная).

Исходя из задач нашего документа, мы уделим основное внимание описанию стационарных и амбулаторных типов лечения, а также вопросам лечения наркозависимости в тюрьмах.

## Стационарное лечение

Стационарное лечение представляет собой спектр моделей предоставления услуг лечения и программ терапевтических (и других) услуг для потребителей наркотиков в рамках стационарных учреждений, на базе сообществ или в медицинских учреждениях (EMCDDA, 2014).

Большинство людей, получающих услуги, не нуждаются в стационарном лечении. Они могут получать эти услуги на базе сообществ, доступность и эффективность которых повысилась за последнее десятилетие. Но клиентам, которые нуждаются в безопасных и структурированных услугах, лучше получать их в стационарных условиях. Другими словами, стационарное лечение представляет собой не менее важную и крайне необходимую составляющую комплекса услуг для потребителей наркотиков.

Существует широкий спектр различных типов стационарного лечения, которое постоянно развивается, и в настоящее время формируется его доказательная база. Чтобы проводить сравнение, важно определить общие факторы и модели всего спектра услуг. Традиционно программы стационарного лечения рассчитаны на нескольких месяцев (до года), и это позволяет им успешно достичь поставленных целей. Принимая во внимание текущую неблагоприятную экономическую ситуацию, важно провести анализ того, каким образом меняется модель стационарного лечения и каким образом организации, предоставляющие услуги, реагируют на новые потребности и возможности – не только в контексте продолжительности лечения, но и в контексте его содержания и интенсивности.

Важно отметить, что стационарное лечение может предоставляться на базе сообществ, в больницах и в тюрьмах. Задачи программ стационарного лечения, в основном, состоят в следующем: профилактика возврата к активному употреблению наркотиков, предоставление людям здоровых альтернатив употреблению наркотиков, помощь в проблемах, лежащих в основе их наркотической зависимости, для принятия решений, благоприятных для здоровья. Стационарное лечение помогает людям контролировать употребление наркотиков, преодолеть проблемы, связанные с употреблением, улучшить свое здоровье и повысить уровень благополучия, а также изменить стиль жизни, в том числе путем налаживания семейных и социальных отношений, обучения, волонтерской деятельности и трудоустройства.

Программы стационарного лечения могут предложить клиентам ряд преимуществ в рамках комплексного пакета услуг, благодаря которым они могут отойти от среды употребления. Эти программы также могут гарантировать клиентам безопасность и оказать поддержку в обучении навыкам, необходимым для полноценной жизни без наркотиков.

К основным используемым подходам относятся программа «12 шагов»/«Миннесотская модель», «Терапевтическое сообщество» (ТС) и вмешательства, основанные на применении когнитивно-поведенческой (или другой) терапии.

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

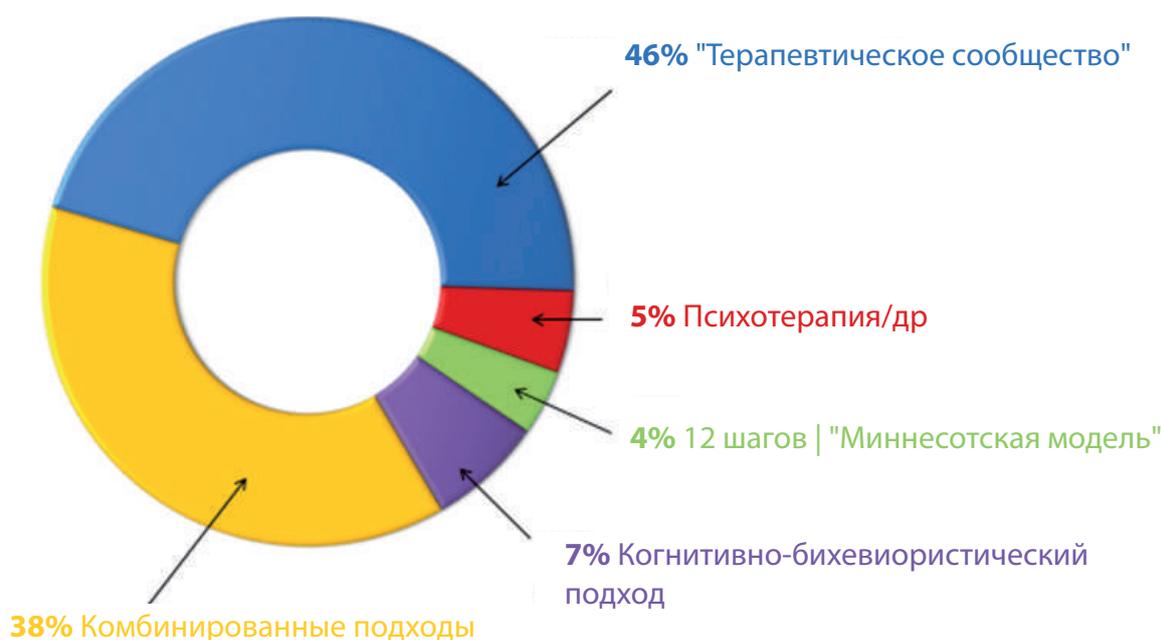
В Приложениях можно найти подробное описание наиболее популярных в Европе подходов к предоставлению стационарных и амбулаторных услуг.

Учреждения, предоставляющие услуги, можно разделить на две группы: 1) учреждения, предоставляющие услуги на базе сообществ, 2) учреждения, предоставляющие услуги на базе медицинских учреждений.

1. Учреждения, предоставляющие услуги на базе сообществ, – это центры, предоставляющие услуги лечения людям с наркотической зависимостью, работающие на базе сообществ.

Учреждения на базе медицинских учреждений предусматривают стационарные отделения в больницах для лечения наркозависимых людей. Это могут быть либо отдельные учреждения, предоставляющие исключительно услуги лечения наркотической зависимости, либо палаты в психиатрических лечебницах или больницах общего профиля, которые теоретически могут занимать наркозависимые люди, но на практике они могут быть заняты (и это бывает часто) пациентами общего профиля или пациентами психиатрических отделений.

## Применение различных терапевтических подходов в стационарном лечении в Европе



Как правило, стационарное лечение является средне- или долгосрочным, при этом его фактическая продолжительность зависит от индивидуальных потребностей клиентов. Вместе с тем, по имеющимся данным, в последние годы в некоторых европейских странах наблюдается сокращение плановой продолжительности стационарного лечения, что связано как с развитием методов лечения, так и с сокращением финансирования.

## Амбулаторное лечение

Услуги амбулаторного лечения и ухода предоставляются клиентам, которые не находятся в лечебном учреждении постоянно. Хотя у лечебного учреждения (например, больницы) может быть возможность оставлять их на ночь, но люди проживают дома и приходят в такое лечебное учреждение только для получения соответствующих услуг.

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Содержание и интенсивность амбулаторных услуг могут существенно отличаться. Их диапазон может включать как программы обучения по вопросам здоровья, так и медицинские центры, предоставляющие непрерывные услуги лечения и реабилитации.

Такой тип услуг больше всего подходит для пациентов, обладающих достаточными ресурсами и серьезной социальной поддержкой со стороны семьи и близких. Амбулаторная модель представляет собой идеальный вариант долгосрочного поддерживающего лечения пациентов с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, поскольку большинство проблем, связанных с употреблением наркотиков, могут решаться в амбулаторных условиях, которые могут предусматривать как социально-психологические, так и медикаментозные интервенции. Целевая группа зависит от конкретной интервенции, реализуемой в амбулаторных условиях.

Основные цели амбулаторного лечения – помочь пациентам прекратить или сократить употребление наркотиков, минимизировать медицинские, психические и социальные проблемы, связанные с употреблением наркотиков, снизить риски возврата к употреблению наркотиков и развить навыки личного и социального взаимодействия в рамках долгосрочной реабилитации. Еще одной важной целью является повышение доступа к услугам лечения и ухода людям с серьезными расстройствами, которые не готовы к госпитализации и стационарному лечению.

Программы амбулаторного лечения для людей с наркотической зависимостью могут существенно отличаться друг от друга, в зависимости от уровня интенсивности предлагаемых услуг.

## *Интервенции высокой интенсивности*

Амбулаторные программы интенсивной терапии могут требовать частого взаимодействия с пациентами (каждый день или несколько часов в течение одного или нескольких дней).

## *Интервенции средней и низкой интенсивности*

Менее интенсивные интервенции могут включать проведение еженедельных групп поддержки, индивидуальное консультирование или обучение по вопросам здоровья и наркотиков. В ходе амбулаторного лечения соответствующий персонал может проводить регулярные оценки употребления наркотиков и алкоголя, а также физического и психического состояния пациентов. Важно обеспечить регулярное взаимодействие с организациями, предоставляющими сопутствующие услуги. Сюда относится интеграция амбулаторного лечения с услугами лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, туберкулеза и заболеваний, передающихся половым путем. Такая координация также дает клиентам возможность познакомиться с соответствующими услугами психиатрических лечебниц на случай, если возникнет необходимость в стационарном лечении, – например, при психозах, суицидальном поведении или потребности в детоксикации.

Наиболее эффективное достижение целей лечения может быть обеспечено путем сочетания медикаментозных и социально-психологических интервенций. В идеале, программы амбулаторного лечения для людей с наркотической зависимостью должны предлагать широкий спектр услуг для решения проблем, возникающих у клиентов в различных сферах жизни.

В настоящее время не существует авторитетных исследований, которые бы определяли конкретный подход к лечению людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Составляющие лечения должны быть адаптированы к потребностям конкретного человека. Научные публикации говорят об эффективности методов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), мотивационного консультирования (МК), мотивационно-стимулирующей терапии (МСТ), семейной терапии (СТ), ведения срывов (ВС), консультирования по вопросам употребления наркотиков, а также программы «12 шагов» и т.д.

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

## Лечение наркотической зависимости в тюрьмах

Люди, находящиеся в учреждениях лишения свободы, имеют такие же права на получение медицинских услуг, как и люди на свободе. Это означает, что соответствующие медицинские учреждения должны иметь возможность предоставления им всех необходимых услуг лечения и ухода – в частности, в связи с наркотической зависимостью, в условиях, сравнимых с условиями для общего населения (EMCDDA, 2012).

В большинстве европейских стран предоставление лечения наркотической зависимости в местах лишения свободы осуществляется специальным внутренним персоналом, но администрация тюрем часто поддерживает партнерские отношения с различными организациями на базе сообществ, службами общественного здравоохранения и неправительственными организациями.

Этапы лечения:

- поступление в учреждение исполнения наказания (оценка проблем, связанных с употреблением наркотиков, оценка риска суицидального поведения);
- лечение наркотической зависимости (профилактика инфекционных заболеваний, связанных с употреблением наркотиков; программа игл и шприцев; лечение гепатита С);
- подготовка к освобождению и программа поддержки.

## Поступление в учреждение исполнения наказания

Широко принятым стандартом медицинского обслуживания в местах лишения свободы является медицинское обследование всех заключенных под стражу или поступающих после вынесения обвинительного приговора. Целью обследования является диагностика возможных физических и психических заболеваний, с целью принятия необходимых мер, – например, по продолжению ранее начатого лечения.

### *Оценка проблем, связанных с употреблением наркотиков*

Во многих странах вновь поступившие в учреждения лишения свободы проходят обследование с целью выявления наркотической зависимости или проблем, связанных с употреблением наркотиков. Обычно применяется клиническая оценка, которая проводится врачом, психиатром или психологом для подтверждения диагноза наркотической зависимости или психических расстройств. В некоторых странах для этой цели используются стандартизированные тесты, опросники и интервью.

Медицинская консультация при поступлении в учреждения лишения свободы также используется, как первая возможность для информирования людей о возможностях лечения и профилактики, повышения осведомленности о рисках, раздачи профилактических материалов, включая гигиенические наборы и презервативы, а также их переадресации для получения специализированных услуг лечения.

### *Оценка риска суицидального поведения*

Неотъемлемой составляющей медицинской помощи в учреждениях лишения свободы должно быть раннее выявление среди поступивших людей, употребляющих наркотики, с риском суицидального поведения и их переадресация для получения необходимых услуг лечения. Как показал опыт Великобритании, интеграция оценки риска суицидального поведения в систему медицинского обслуживания во всех учреждениях лишения свободы привела к существенному сокращению числа суицидов среди женщин: с 36 случаев за период 2002–2004 гг. до 15 случаев за период трех лет, последовавших за внедрением программы (2005–2008 гг.) (Marteau et al., 2010).

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

## Лечение наркотической зависимости

Лечение наркотической зависимости направлено одновременно и на улучшение состояния здоровья людей, находящихся в местах лишения свободы, и на снижение высоких уровней употребления нелегальных наркотиков в учреждениях лишения свободы. Возможности лечения потребителей наркотиков в европейских тюрьмах включают ряд методов, которые при отсутствии стандартной номенклатуры можно разделить на три типа:

- 1) «малоинтенсивное лечение», которое включает консультации и краткосрочное лечение, которое проводится в стационарных условиях учреждений лишения свободы;
- 2) «средне- или высокоинтенсивное немедикаментозное лечение», подразумевающее наличие стационарных палат для лечения наркотической зависимости, – например, создание терапевтических сообществ в учреждениях лишения свободы;
- 3) «средне- или высокоинтенсивная заместительная терапия», включающая метадоновые и бупренорфиновые программы.

Могут применяться различные модели лечения, включая когнитивную, поведенческую терапию, программу «12 шагов» и заместительную терапию. УНП ООН описывает различные типы стационарного немедикаментозного лечения, которые могут быть применимы в тюрьмах (*UNODC, 2008a*).

**Когнитивно-поведенческая** терапия представляет собой структурированные психологические интервенции, которые помогают людям, находящимся в местах лишения свободы, развить навыки, необходимые для ведения трезвой жизни. Применяемые методы включают профилактику срывов, – например, стратегии преодоления жизненных трудностей, выявление рискованных ситуаций и факторов, приводящих к употреблению наркотиков, выявление деструктивных мыслей, управление эмоциями и решение проблем.

Кроме того, в тюрьмах используется программа «12 шагов», которая предполагает биологическую или психологическую уязвимость человека с наркотической зависимостью. Целью лечения является полный отказ от наркотиков. Люди, находящиеся в учреждениях лишения свободы, обычно проходят первые пять шагов этой программы. Предполагается, что и после освобождения они будут продолжать посещать группы взаимопомощи в учреждениях лишения свободы или на базе сообщества.

**Терапевтические сообщества** представляют собой особую форму долгосрочного группового стационарного лечения наркотической зависимости с привлечением к участию и с применением принципов терапии посредством окружающей среды. Другими словами, клиентов поощряют брать на себя ответственность, причем, как за себя, так и за других.

Исследований и оценок программ лечения в учреждениях лишения свободы проведено не так много – поэтому, мы пока обладаем довольно ограниченной информацией об их эффективности. Но два рандомизированных исследования, проведенных в учреждениях лишения свободы, были включены в обзор по эффективности терапевтических сообществ и сравнению с другими методами лечения людей с наркотической зависимостью (*Smith et al., 2006*). Их авторы обнаружили мало доказательств того, что терапевтические сообщества имеют существенные преимущества в сравнении с другими методами стационарного лечения на базе сообществ. Люди, состоящие в терапевтических сообществах в учреждениях лишения свободы, реже повторно попадали в эти учреждения в первые 12 месяцев после освобождения, чем те, которые не получали лечения или проходили альтернативное лечение. Таким образом, тюремные терапевтические сообщества могут быть лучше, чем просто тюрьмы, однако авторы указывают и на ряд методологических ограничений, препятствующих более точным выводам. Поскольку оба исследования проводились в США, их результаты могут оказаться не вполне применимыми к ситуации в странах Европы.

# 5\_КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

**Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)** – это основной подход к лечению зависимости от опиатов в странах Европейского союза. В «Систематическом обзоре эффективности опиоидной заместительной терапии в тюрьмах» (*Hedrich et al., 2012*) были проанализированы данные 21 исследования, в том числе шести экспериментальных исследований. Авторы пришли к выводу, что преимущества лечения в учреждениях лишения свободы аналогичны преимуществам лечения на базе сообществ: такая терапия позволяет привлечь проблемных потребителей опиатов к лечению, сократить употребление нелегальных опиатов и уровень рискованного поведения, а также потенциально минимизировать риски передозировки после освобождения. Успех программ зависел от качества лечения. В Обзоре подчеркивается важность налаживания связей между учреждениями лишения свободы и программами, реализуемыми на базе сообществ, для обеспечения непрерывности лечения и его долгосрочных результатов. Полученные данные также показывают, что прерывание лечения, особенно в связи с короткими сроками заключения под стражу, связаны с существенным ростом заболеваемости гепатитом С.

Ситуация с доступностью заместительной терапии в странах, включенных в эту оценку, неодинакова. ОЗТ в местах лишения свободы доступна в Кыргызстане и Грузии (хотя в Грузии она применяется как метод детоксикации); в Украине в тюрьмах доступа к ОЗТ нет (препараты заместительной терапии могут получить только те пациенты, которые принимали участие в программах ОЗТ до заключения); в России ОЗТ запрещена.

## **Подготовка к освобождению и программы непрерывной поддержки**

Большая часть стратегий и методов социальной поддержки и реабилитации для людей, которые освобождаются из мест лишения свободы, носит общий характер и направлены на всех бывших осужденных. Но некоторые применяемые модели актуальны именно для людей, которые употребляют наркотики или имели опыт такого употребления.

Особенно важным для потребителей наркотиков на этапе, непосредственно предшествующем освобождению из мест лишения свободы (в идеале, также на протяжении всего срока тюремного заключения), является взаимодействие тюремных служб с медицинскими и социальными службами на воле, с целью плавного перехода к лечению на базе сообществ. Термин «программы непрерывной поддержки» относится к программам, направленным на предоставление непрерывных услуг «до», «во время» и «после» тюремного заключения. Реализация программ непрерывной поддержки и переадресации относится к обязанностям тюремных служб или служб пробации и может играть ключевую роль в профилактике срывов.

Сеть *AFEW* содействует предоставлению непрерывных услуг ведения людям, находящимся в местах лишения свободы в странах ВЕЦА, начиная с 2005 года. За это время был реализован ряд проектов, направленных на их поддержку в процессе освобождения и дальнейшей ресоциализации. Начиная с 2012 года, в Украине в местах лишения свободы предоставляются услуги непрерывной социальной поддержки для подростков.

# 6\_МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ

Не существует единого документа, определяющего стандарты лечения для всех стран. Все международные стандарты и руководства могут быть использованы только в качестве рекомендаций и в случае их использования должны быть адаптированы к условиям региона. Но есть общие принципы, на которых основаны все стандарты по работе с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков.

«Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков» Управления ООН по наркотикам и преступности и Всемирной организации здравоохранения (UNODC, WHO, 2016) были подготовлены для оказания поддержки странам-членам ООН в разработке и расширении услуг и предоставлении эффективного лечения, в соответствии с этическими принципами. Цель лечения – избежать негативного влияния, которое расстройства, связанные с употреблением наркотиков, оказывают на человека, и помочь людям в максимально возможной степени избавиться от этих расстройств и стать полноправными членами общества.

## КЛЮЧЕВЫЕ ПРИНЦИПЫ И СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Расстройства, связанные с употреблением наркотиков, могут успешно поддаваться лечению при помощи ряда медикаментозных и психосоциальных интервенций. Такие интервенции были разработаны с опорой на научные доказательства, а их эффективность была проверена с использованием научных стандартов, применяемых в разработке методов лечения других расстройств. Цели лечения: 1) снизить интенсивность тяги к употреблению и самого употребления; 2) улучшить качество жизни и благополучия людей, затронутых этой проблемой; 3) предотвратить будущий вред путем снижения риска возникновения осложнений и повторного развития заболевания.

Многие интервенции из числа тех, которые широко используются при работе с людьми, затронутыми проблемой наркозависимости, не отвечают стандартам эффективной терапии. Они являются не только не эффективными, но могут даже наносить вред пациентам. Разница между эффективными и не эффективными интервенциями имеет важное значение с финансовой точки зрения. Во многих странах ресурсы, выделяемые для работы с людьми, употребляющими наркотики, весьма ограничены, то есть необходимо определить приоритеты для их распределения. Для оценки интервенций: какие стоит, а какие не стоит поддерживать – могут использоваться научно обоснованные стандарты. Они позволят определить, какие виды деятельности должны развиваться и финансироваться в приоритетном порядке за счет средств государственного бюджета, а какие – не должны, как не отвечающие требованиям эффективной терапии.

«Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков» содержат набор требований, которые должны соблюдаться при внедрении любых форм аутрич-услуг, лечения, реабилитации и восстановления, независимо от того, какая именно философия лечения применяется и в каких условиях. Это чрезвычайно важно, поскольку люди, страдающие расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, заслуживают лечения, соответствующего, как минимум, этическим нормам и основанным на соблюдении стандартов, аналогичных стандартам лечения других хронических заболеваний.

### **Принцип 1. Лечение должно быть физически и практически доступным, привлекательным и соответствовать потребностям**

В большинстве случаев расстройства, связанные с употреблением наркотиков, успешно поддаются лечению, если люди имеют доступ к услугам, которые охватывают весь спектр их потребностей. Услуги лечения должны отвечать потребностям клиента на конкретном этапе расстройства и включать аутрич-услуги, скрининг, стационарное и амбулаторное лечение, долгосрочное лечение в стационарных условиях, реабилитацию и поддержку при выздоровлении.

Услуги должны быть доступными, привлекательными, предоставляться как в городах, так и в сельской местности, пункты предоставления услуг должны иметь удобный график работы, а клиенты – минимальное время ожидания.

# 6\_МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ

Барьеры, ограничивающие доступность услуг лечения, должны быть минимизированы. Услуги должны включать не только лечение наркотической зависимости, но также социальную поддержку и общие услуги здравоохранения. Регуляторные нормы не должны затруднять доступ людей из затронутых групп к соответствующим программам лечения. Среда лечения должна быть дружественной, учитывать культурные особенности и потребности каждого клиента, она должна содействовать, а не препятствуют доступу к программам.

## **Принцип 2. Соблюдение этических стандартов в предоставлении услуг лечения**

Лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должно основываться на общепринятых этических стандартах: соблюдении прав человека и уважении человеческого достоинства. Это включает соблюдение права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического благополучия, при отсутствии стигмы и дискриминации. Каждый человек должен самостоятельно принимать решение о начале лечения. Лечение не должно быть принудительным, не должно проводиться вопреки воли пациента. Перед проведением любой лечебной интервенции должно быть получено согласие пациента. Следует обеспечить ведение точной и своевременной медицинской документации и соблюдать конфиденциальность информации. Следует избегать карательных, унижительных, оскорбляющих человеческого достоинство интервенций. Отношение к людям с соответствующими расстройствами должно быть к страдающим от медицинского заболевания и заслуживающим лечения так же, как заслуживают его люди с другими психическими или физическими расстройствами.

## **Принцип 3. Содействие лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков, путем эффективной координации работы органов уголовного правосудия, медицинских и социальных служб**

Расстройства, связанные с употреблением наркотиков, должны рассматриваться, в первую очередь, как медицинская проблема, а не как преступное поведение, и по возможности потребители наркотиков должны получать услуги лечения в учреждениях системы здравоохранения, а не уголовного правосудия. Люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, могут совершать правонарушения, но эти правонарушения в большинстве случаев представляют собой мелкие правонарушения с целью получения средств для покупки наркотиков. Они перестают это делать в случае успешного лечения наркотической зависимости.

Система уголовного правосудия должна тесно сотрудничать с медицинскими и социальными службами, предлагая людям лечение в качестве альтернативы уголовному преследованию и лишению свободы. Работники правоохранительных органов и судов, а также сотрудники пенитенциарной системы должны получать соответствующее образование для того, чтобы принимать действенное участие в работе, направленной на лечение и реабилитацию людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Должны быть предусмотрены возможность лечения наркозависимых лиц в период отбывания наказания, а также после их освобождения, поскольку эффективное лечение снижает риск повторных правонарушений. Предоставление непрерывных услуг является крайне важным и следует всячески содействовать этому.

В любом случае в системе правосудия людям должны предоставляться услуги лечения и ухода, согласно таким же стандартам, которые действуют для общего населения.

## **Принцип 4. Лечение должно быть научно обоснованным и отвечать конкретным потребностям людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков**

Интервенции и инвестиции в лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должны основываться на научно обоснованных подходах и доказательной базе. К лечению расстройств, связанных с

# 6\_МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ

с употреблением наркотиков, должны применяться такие же стандарты, какие используются при медикаментозных и психосоциальных интервенциях в других областях здравоохранения. По возможности следует применять только те методы медикаментозного лечения и психосоциальной поддержки, эффективность которых научно доказана или согласована с международным экспертным органом. Продолжительность и интенсивность (дозировка) интервенции должны соответствовать научно обоснованным рекомендациям. Мультидисциплинарные команды должны применять различные интервенции, адаптированные к потребностям каждого пациента. Организация лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, должна базироваться на философии лечения хронического заболевания, а не на подходе снятия «острых симптомов». Тяжелые расстройства, связанные с употреблением наркотиков, очень схожи по своему протеканию и прогнозу с другими хроническими заболеваниями, такими как диабет, ВИЧ-инфекция, онкозаболевания и гипертония. При использовании модели длительного лечения и ухода повышаются шансы на долгосрочное выздоровление, стабильный отказ от употребления наркотиков, отсутствие проблем, связанных с употреблением наркотиков, улучшение физического, психологического, духовного состояния человека, а также его социального и профессионального статуса.

## **Принцип 5. Соответствие условиям и потребностям отдельных подгрупп**

Нескольким подгруппам внутри сообщества людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, требуется отдельное внимание и часто специализированные услуги. К группам со специфическими потребностями можно отнести подростков, пожилых людей, беременных женщин, секс-работников, сексуальные и гендерные меньшинства, этнические и религиозные меньшинства, людей, находящихся в местах лишения свободы и представителей маргинализированных групп. Работа с такими подгруппами требует дифференцированного подхода и специального планирования лечения, с учетом их уникальных потребностей и факторов уязвимости. Некоторые подгруппы требуют особого внимания на всех этапах континуума лечения. В частности, дети и подростки должны получать услуги лечения не в тех учреждениях, где их получают взрослые пациенты, а в тех, где есть возможность работать над решением проблем такого рода пациентов, с опорой на систему здравоохранения, систему образования и социального обеспечения, устанавливая, при необходимости взаимодействие с семьями, школами и социальными службами. В особой защите и в особых услугах нуждаются женщины, обращающиеся за услугами лечения. Они часто сталкиваются с проявлениями домашнего и сексуального насилия, при этом риску жестокого обращения подвергаются еще и дети. В этом случае целесообразно поддерживать партнерские отношения с социальными службами по защите детей и женщин. Для достижения наибольшей эффективности женщинам могут предоставляться услуги в безопасном для них пространстве, без мужчин. Программы лечения должны быть адаптированы к потребностям детей, что позволит родителям, обеспечивающим уход за детьми, получать услуги лечения и будет содействовать развитию навыков ответственного воспитания детей и ухода за ними. Женщины могут нуждаться в обучении и поддержке по вопросам сексуального здоровья и контрацепции.

## **Принцип 6. Обеспечение эффективного управления программами и услугами лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков**

Качественные и эффективные услуги лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, требуют наличия подотчетной и эффективной системы управления клинической практикой. Стратегии, программы, процедуры и механизмы координации лечения должны быть заранее определены и доведены до сведения всех членов терапевтической команды, администрации и целевой аудитории. Организация, предоставляющая услуги, должна принимать во внимание данные текущих исследований и потребности клиентов. Лечение лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, которые часто имеют многочисленные социально-психологические проблемы, а иногда и соматические нарушения, является сложным как для организации в целом, так и для отдельных сотрудников. Для этой сферы характерна высокая текучесть персонала, в связи с чем организациям рекомендуется применять меры, направленные на поддержку и поощрение сотрудников.

# 6\_МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ

## **Принцип 7. Постоянный мониторинг и оценка интегрированных стратегий, услуг, процедур, подходов к лечению и имеющихся связей**

Проблема наркозависимости является сложной и многосторонней, – поэтому, для эффективного лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, следует использовать комплексный подход. Для обеспечения социальной поддержки пациентам рекомендуется применять подход с широким вовлечением служб первичной медицинской помощи и мультидисциплинарных команд. Комплексный подход предполагает услуги психиатрической и психологической помощи, поддержку муниципальных социальных служб, поддержку в обеспечении жилья, обучении и трудоустройстве, правовую помощь и специализированные услуги здравоохранения (в области ВИЧ-инфекции, гепатитов, других заболеваний). Следует проводить постоянный мониторинг и оценку системы организации лечения. Это требует планирования и реализации услуг в жесткой последовательности, с обеспечением устойчивых связей между (1) стратегией, (2) оценкой потребностей, (3) планированием лечения, (4) предоставлением услуг, (5) мониторингом услуг, (6) оценкой результатов и (7) повышением качества услуг.

**Сеть AFEW считает важным придерживаться еще одного принципа: значимого участия сообщества. Участие людей, употребляющих наркотики, в планировании, мониторинге и оценке качества услуг может значительно повысить эффективность лечения и реабилитации.**

## **ЛЕЧЕНИЕ С АКЦЕНТОМ НА ПОДРОСТКАХ И ЛЮДЯХ, НАХОДЯЩИХСЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**

Среди всех групп населения дети и люди, находящиеся в местах лишения свободы, являются одними из самых уязвимых. Существующие ограничения приводят к тому, что представители этих двух групп имеют крайне низкий доступ к услугам, направленным на лечение наркотической зависимости, и не могут обеспечить защиту своих прав. Именно поэтому во всех стандартах и протоколах должно уделяться особое внимание детям и людям, находящимся в местах лишения свободы.

### **Дети и подростки**

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, представляют собой серьезные заболевания. Чем раньше человек начинает употреблять такие вещества, тем больше у него риск быстрого перехода к употреблению тяжелых наркотиков и развития расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Наркозависимость в детском возрасте затрагивает все сферы жизни и вызывает долговременные, а иногда и необратимые негативные последствия. По этой причине необходимость лечения зависимости у молодых людей и детей является более острой, а лечение должно предоставляться безотлагательно и более интенсивно. Дети, употребляющие психоактивные вещества, как правило, не воспринимают это, как проблему для себя и окружающих людей. Вместе с тем, употребление психоактивных веществ может негативно сказаться на развитии ребенка. Кроме того, значительно повышается вероятность того, что в будущем таким детям понадобятся услуги лечения психических расстройств и расстройств, связанным с употреблением наркотических веществ. Дети могут жить в семьях, могут жить на улице, могут быть сиротами, лишенными родительской опеки, их могут призывать на военную службу, они могут находиться в исправительных учреждениях. Условия и характер лечения для двух последних подгрупп детей могут существенным образом отличаться от традиционного стационарного лечения. Для них могут использоваться аутрич-услуги и дроп-ин центры в большей степени, чем такие модели обычно применяются в лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, у взрослых.

Исследования по вопросам лечения детей ограничены и, хотя имеются положительные доказательства того, что социально-психологические методы лечения эффективны для детей старшего возраста, следует учитывать, что руководства по лечению детей часто основаны на результатах исследований по лечению взрослых пациентов или подростков старшей возрастной группы. Это может приводить к появлению неожиданных проблем, – например, к реакции на медицинские препараты, не совпадающей с реакцией на эти препараты взрослых пациентов. Многие социально-психологические методы лечения должны быть адаптированы к уровню развития и жизненному опыту детей.

# 6\_МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ

Другие моменты, которые следует принимать во внимание при лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, у детей и подростков:

- Дети и подростки, употребляющие наркотики, имеют особые потребности в лечении, связанные с недостаточным развитием когнитивных способностей, а также ограниченными возможностями справляться с жизненными трудностями из-за недостаточного уровня социально-психологического развития.
- Для подростков характерны высокая степень рискованного поведения и поиск новых ощущений; они легко поддаются влиянию ровесников.
- Среди подростков, у которых есть проблемы с употреблением наркотиков, широко распространены сопутствующие психиатрические расстройства и проблемы в семье, на решение которых должно быть направлено лечение.
- Дети и подростки с меньшей готовностью по сравнению со взрослыми пациентами рассказывают о своих проблемах, их мышление более конкретно, их языковые навыки менее развиты, и они могут быть в меньшей мере склонны к самоанализу, чем взрослые.
- Поведенческие интервенции должны быть адаптированы с учетом ограниченных когнитивных способностей детей и подростков.
- У детей и подростков может быть иная мотивация, чем у взрослых, для участия в программах лечения и определения целей лечения вместе с людьми, предоставляющими лечение.

Учитывая, что для многих подростков этот период совпадает с началом сексуальной жизни, а также высокие показатели сексуального насилия среди подростков с наркозависимостью, тестирование на инфекции, передающиеся половым путем (включая ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С), должно быть важной составляющей лечения наркозависимости. Лечение также должно включать в себя такие компоненты, как развитие социальных навыков, профессиональное обучение, семейные интервенции, интервенции, направленные на защиту сексуального здоровья, включая профилактику нежелательной беременности и заболеваний, передающихся половым путем.

Программы лечения должны стремиться наладить связь с другими сферами социальной жизни подростков (школа, занятия спортом, хобби) и учитывать важность хороших отношений с ровесниками. В лечении подростков по возможности должно поощряться позитивное вовлечение родителей. Необходимо обеспечить доступ к службам опеки для детей.

## Люди, находящиеся в местах лишения свободы

Во всем мире более 10 миллионов людей находятся в местах лишения свободы (около 146 на 100 000 населения), и многие из них имеют или ранее имели проблемы с наркотиками. Кроме того, значительная часть людей, у которых имеются проблемы с употреблением наркотиков и которые на этот момент не отбывают срок заключения, по меньшей мере один раз отбывали наказание в местах лишения свободы. Во многих тюрьмах и исправительных колониях, как правило, имеется группа «заключенных», которым могут предоставляться эффективные услуги лечения. Что касается людей, не содержащихся в местах лишения свободы, услуги лечения они могли или могут получать в условиях пробации или условно-досрочного освобождения, программ лечения и реабилитации по решению суда и «в соответствующих случаях» – путем направления на лечение вместо его содержания под стражей. Оказание услуг лечения людям, нуждающимся в услугах лечения, помогает достичь существенного снижения в уровнях употребления наркотиков и преступной деятельности, а также в росте показателей общественного здоровья (например, по причине снижения уровня распространенности гепатита С, ВИЧ-инфекции и т.д.). При отсутствии лечения люди с большим опытом употребления наркотиков и правонарушений, скорее всего, будут продолжать употреблять наркотики и совершать правонарушения, при этом представляя серьезную угрозу для общественного здоровья.

Оказание услуг лечения и реабилитации при наркозависимости в учреждениях лишения свободы должно

# 6\_МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ

основываться на таких же научно обоснованных принципах, как и в других сферах здравоохранения среди общего населения. Кроме того, в таком контексте также должны соблюдаться указанные ниже принципы.

Женщины-потребители наркотиков – еще одна группа, которая нуждается в особом внимании. В большинстве стран ВЕЦА женщины сталкиваются с двойной стигмой и имеют гораздо более низкий доступ к услугам. Эта группа требует специальных подходов и условий, которые отражали бы их потребности и способствовали изменению стигматизирующего отношения.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Результаты многочисленных исследований показали, что лечение «работает» для многих клиентов. Похоже, что «правило третей» (*Miller W., Sanchez-Craig R., 1996*) применимо к результатам лечения как алкоголизма, так и наркотической зависимости: около одной трети клиентов достигают полного отказа от наркотиков; у одной трети наблюдаются улучшения, но полного отказа от наркотиков они не достигают; еще у одной трети нет улучшений после лечения.

В разных странах и даже в пределах одной страны в интервенциях в сфере лечения наркотической зависимости имеются существенные различия. Часто выбор тех или иных интервенций обусловлен скорее политическими или административными факторами, а не эффективностью. Кроме того, нет достаточных доказательств преимущества использования тех или иных подходов для тех или иных групп населения. Пытаясь восстановить некий баланс и повысить осведомленность по эффективности различных подходов к лечению, ученые предприняли попытки стандартизировать процедуры сбора и регистрации информации, используемой в исследованиях, направленных на оценку лечения. Две наиболее распространенные методики, применяемые в оценочных исследованиях: ретроспективный, часто натуралистический анализ и перспективные исследования – контролируемые или рандомизированные клинические испытания. Третья, менее распространенная методика – моделирование.

Хотя имеющаяся совокупность доказательств говорит о том, что лечение «работает», очевидно, что большая часть этих доказательств получена в ходе проведения натуралистических исследований с использованием широкого спектра методов оценки результатов лечения.

С научной точки зрения есть четыре основных препятствия в оценке лечения:

- несравнимые результаты исследований;
- отсутствие согласия в отношении того, какой результат лечения является успешным;
- применение различных показателей, в частности в отношении употребления наркотиков;
- отсутствие контрольных групп.

Одна из серьезнейших проблем – достижение консенсуса по поводу того, какой результат лечения считать успешным. В большинстве публикаций успешным результатом лечения является достижение полного отказа от наркотиков. Во многих исследованиях общий показатель отказа от наркотиков рассматривается как основной, а иногда и единственный критерий «успешной» оценки. Некоторые исследования содержат данные по частоте употребления психоактивных веществ, – в других регистрируется соответствующий промежуток времени и показатель рецидивов. Кроме употребления наркотиков и полного отказа от употребления могут также анализироваться такие факторы, как трудоустройство клиентов, их социальные связи и психологическое состояние.

Еще одной проблемой является оценка экономической эффективности, которая включает оценку потребностей людей, употребляющих наркотики, и систематический анализ затрат и эффективности для формирования политики в отношении распределения имеющихся ресурсов. На сегодняшний день оценка подходов к лечению считается неотъемлемой частью управления программами и не воспринимается исключительно как направление научной работы (распространенное раньше отношение). Оценка экономической эффективности может быть проведена по одной из двух причин: учет или повышение качества.

# 6\_МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ

Оценка услуг для наркозависимых может быть проведена на многих уровнях, включая направления и компоненты лечения, услуги лечения, программы и службы, а также системы лечения (WHO, 1997). Что касается учета, оценка программ лечения проводится для того, чтобы продемонстрировать их эффективность организациям и учреждениям, предоставляющим финансирование. Чтобы обеспечить дифференциацию программ и предоставить лицам, определяющим политику, данные о качестве различных интервенций, необходима максимально точная оценка. Люди, занимающиеся разработкой программ и управлением, сталкиваются с необходимостью обеспечивать все более строгий баланс между затратами на предоставление услуг и полученными результатами. Поэтому, оценку экономической эффективности часто рассматривают, как аудиторскую проверку. В большинстве стран экономическая оценка проводится с целью максимизировать предоставление услуг здравоохранения с использованием имеющихся – и часто ограниченных – ресурсов.

Эффективная экономическая оценка должна включать в себя два ключевых элемента:

- сравнение ресурсов (или затрат) и результатов (или эффекта);
- сравнение альтернативных методов лечения.

Качество лечения в странах Европы обеспечивается путем применения научно обоснованных рекомендаций и поиска консенсуса по поводу стандартов. Сюда относятся:

- наличие рекомендаций и их соблюдение;
- стандарты оказания услуг, показатели обеспечения персоналом и минимальные требования к квалификации персонала;
- регистрация и оценка результатов реализации программ;
- связь между финансированием и обеспечением качества.

По ряду причин это не является эффективным способом оценки лечения наркозависимости: во всем мире люди, употребляющие наркотики, говорят о потребности в качественных и дружественных услугах лечения, во многих странах мира лечение наркотической зависимости отсутствует, ограничено или недоступно.

Помимо широко выраженной потребности в лечении наркотической зависимости, также очевидно, что, принимая во внимание задачи лечения (помощь наркозависимым людям в контроле над употреблением наркотиков, что может привести к снижению вреда, сокращению рисков от употребления и даже к отказу от употребления), это один из наиболее простых способов профилактики ВИЧ-инфекции. Кроме того, во многих странах мира ВИЧ-положительные люди, употребляющие наркотики, принимаются в программы антиретровирусной терапии (АРВТ) только после полного отказа от наркотиков. Лечение наркозависимости может содействовать началу АРВТ, а при условии соответствующей поддержки для пациентов можно достичь достаточно высоких показателей по приверженности (модель центра приверженности АРВТ в Пакистане в рамках программы «Восполняя пробелы»: стационарное отделение, куда могут обратиться ВИЧ-положительные потребители наркотиков, чтобы в течение определенного периода времени пройти детоксикацию, начать АРВТ, обучиться приверженности и далее получать необходимую поддержку в пунктах оказания услуг по всей стране).

Как правило, уровень качества услуг реабилитационных центров измеряется тем, сколько людей отказываются от наркотиков, но такое отношение к реабилитации является слишком узким. Реабилитация может выполнять намного больше функций: она действительно может способствовать полному отказу от наркотиков, но, помимо этого, реабилитация может помочь человеку контролировать употребление наркотиков, перейти к более безопасному и менее рискованному употреблению наркотиков (путем информирования, обучения и поддержки менее опасных практик инъекционного употребления, профилактики передозировок, медицинских обследований, тестирования на ВИЧ-инфекцию, при необходимости – начале АРВТ и т.д.) и посредством всего

вышеуказанного содействовать улучшению качества жизни людей. К сожалению, не удалось получить существенных доказательств эффективности реабилитации в контексте рисков передачи ВИЧ-инфекции или других показателей, кроме полного отказа от наркотиков.

# 7\_СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization (WHO) (2016). Consolidation guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for Key Populations (update).  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf?ua=1>.
2. National Collaborating Centre for Mental Health & Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit (2007). Drug misuse: Opioid detoxification.  
[www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_231361\\_EN\\_UK04\\_Detoxification.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231361_EN_UK04_Detoxification.pdf).
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (1999). Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union.  
[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/140/Monograph3\\_159815.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/140/Monograph3_159815.pdf).
4. Kleber H.D. Outpatient detoxification from opiates. *Primary Psychiatry*, 1996, 1, 42-52.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012). Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_191812\\_EN\\_TDSI12002ENC.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191812_EN_TDSI12002ENC.pdf).
6. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2014). Residential treatment for drug use in Europe. – [http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/residential-treatment\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/residential-treatment_en).
7. National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) (2006) Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006. – [www.dldocs.stir.ac.uk/documents/mocdmupdate2006.pdf](http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/mocdmupdate2006.pdf).
8. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2015). World Drug Report. – [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf).
9. United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization (2016). International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. Draft for field testing.  
[https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_59/ECN72016\\_CRP4\\_V1601463pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/ECN72016_CRP4_V1601463pdf).
10. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2004). Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper. – [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/PositionPaper\\_English.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf).
11. Harm Reduction Lessons. Lesson 19: Substitution Maintenance Treatment.  
<http://www.aidslessons.org.ua/en/lessons/i-level/67-lesson-19-substitution-maintenance-treatment.html>.
12. Допомога наркозалежним в Україні. Довідник реабілітаційних центрів в Україні, 2014.  
<http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/spravochnik2014.pdf>.
13. International addiction treatment clinic. Drug detoxification process.  
<http://www.heroindetoxeurope.com/drug-detoxification-program>
14. RehabCenter.net. – <http://www.rehabcenter.net/the-best-drug-detox-methods-which-is-right-for-you/>.
15. Gossop M., Battersby M., Strang J. Self-detoxification by opiate addicts (1991). A preliminary investigation. *Br J Psychiatry*, 1991 Aug, 159, 208–212.
16. Miller W.R., Sanchez-Craig M. (1996). How to have a high success rate in treatment: advice for evaluators of alcoholism programs. *Addiction*. 1996 Jun., 91(6), 779-85.
17. Noble A., Best D., Man L., Gossop M. & Strang J. (2002). Selfdetoxification attempts among methadone maintenance patients. What methods and what success? *Addictive Behaviors*, 2002, 27 (4), 575–584.
18. Smith N.E., Butler T., Andrews G., Allnutt S., Sakashita C., Basson J. (2006). Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. *Aust N Z J Psychiatry*, 2006, Mar, 40(3), 272–276.
19. United Nations Office on Drugs and Crime (2008a). Annual report questionnaire 2008, UNODC, Vienna.
20. Richard C. Rapp, Amy L. Otto, D. Timothy Lane, Cristina Redko, Sue McGatha, and Robert G. Carlso (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug Alcohol Depend*, 2008 Apr 1, 94(1-3), 172–182.
21. Marteau D., Palmer J., & Stöver H. (2010). Introduction of the Integrated Drug Treatment System (IDTS) in English Prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 2010, 6(3), 117–124.
22. Hedrich D., Alves P, Farrell M., Stöver H., Moller, Mayet S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*. 2012 Mar, 107(3), 501–517.

# ГРУЗИЯ

## РЕЗЮМЕ

Согласно опросу, проведенному в Грузии в 2014 году, оценочное число людей, употребляющих инъекционные наркотики, составляло 52 500 человек (50 000–56 000). Распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, в возрастной группы от 18 до 64 лет составляла 2,24% (2,13%–2,39%), среди общего населения – 1,41% (1,34%–1,51%).

Наиболее популярные инъекционные наркотики – Субоксон (бупренорфин + налоксон), «винт из шишек» (кустарный препарат из травы эфедры для получения инъекционного амфетаминоподобного стимулятора), героин и его неочищенный вариант – «уличный героин» или «сырец». Распространена полинаркомания. Лечение наркозависимости в Грузии регулируется **законом «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и наркологической помощи»**. Этот закон определяет источники финансирования, реабилитационные программы и правила их работы, требует соблюдения конфиденциальности и предусматривает добровольный характер оказания услуг.

**Лечение** для лиц, страдающих наркотической зависимостью, предоставляется государственными, частными и неправительственными организациями. Государственное финансирование охватывает опиоидную заместительную терапию (до 5000 пациентов), стационарную и амбулаторную детоксикацию (после опиоидных и неопиоидных наркотиков) и последующую краткосрочную первичную реабилитацию, включающую консультации нарколога, медикаментозное лечение и курс психотерапии. Однако средств, выделенных на детоксикацию и первичную реабилитацию, недостаточно, поэтому доступ к услугам затруднен, а списки ожидания являются частым явлением.

Детоксикация и заместительная терапия (Субоксон) также доступны в частных учреждениях: детоксикация – в Тбилиси, Субоксон – в Тбилиси, Кутаиси, Батуми и Гори.

Опиоидная заместительная терапия (как метадоном, так и Субоксоном) и детоксикация при опиоидной зависимости регулируются приказом Министерства труда, здравоохранения и социального обеспечения Грузии. Используемые методы детоксикации при неопиоидной зависимости существуют с советских времен и не закреплены какими-либо протоколами.

Только одно государственное учреждение предлагает первичную **краткосрочную реабилитацию** вместе с детоксикацией и опиоидной заместительной терапией (ОЗТ). В настоящее время услуги долгосрочной стационарной реабилитации в государственных учреждениях недоступны. Психосоциальную реабилитацию предоставляют только три НПО (две – в Тбилиси, одна – в Восточной Грузии). В этих НПО используются разные методики: основанные на изучении Библии, «12 шагов», управление стрессовыми ситуациями, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), арт-терапия, трудотерапия. Единых принципов или системы оценки эффективности услуг по реабилитации не существует. Следует упомянуть, что программы реабилитации на базе НПО сильно зависят от донорского финансирования, что сказывается на их устойчивости. Движение групп взаимопомощи развивается крайне медленно.

**Доступ** к комплексному лечению наркозависимости и услугам по реабилитации в Грузии **ограничен**, особенно за пределами столицы. Правительство не поддерживает программы полного цикла лечения наркозависимости (то есть долгосрочные реабилитацию и ресоциализацию), и это влияет на эффективность доступного лечения. Из-за отсутствия гендерно-чувствительных и адаптированных для разных возрастных групп программ также существуют проблемы с доступом к услугам для женщин и молодежи.

## НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЮ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПАВ

Законный оборот наркотических средств в Грузии регулируется законом *«О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и наркологической помощи»* (так называемый «Рамочный закон») (принят Парламентом Грузии в 2002 году; поправки внесены в 2012), в то время как оборот нелегальных наркотиков регулируется *Кодексом Грузии об административных правонарушениях и Уголовным кодексом Грузии*. Согласно и одному, и другому кодексу, употребление нелегальных наркотических веществ является правонарушением.

Согласно статье 45 *Кодекса Грузии об административных правонарушениях*, употребление наркотиков без назначения врача впервые за год или хранение небольшого количества наркотика исключительно для личного употребления карается штрафом в 500 лари (170 евро). В исключительных случаях Кодексом предусмотрен административный арест на срок до 15 суток. Повторение того же правонарушения в течение года считается уголовным преступлением и карается, согласно статье 273 *Уголовного кодекса Грузии*.

Согласно закону *«О борьбе с наркотическими преступлениями»*, принятому в 2007 году, лицо, совершившее правонарушение по статье 273 *Уголовного кодекса*, лишается ряда прав (в том числе, права на вождение автомобилем, работу врачом или юристом, на должность в государственных органах или органах местного самоуправления и т.д.). Эти взыскания налагаются решением суда и действуют три или более лет.

*Уголовным кодексом Грузии* предусмотрены следующие уголовно наказуемые деяния: нелегальная торговля наркотиками или другими психотропными препаратами, а также незаконное изготовление, хранение, производство, продажа, импорт и экспорт психотропных веществ (для получения более подробной информации см. Уголовный кодекс Грузии, раздел XXXIII «Преступления, связанные с наркотиками»).

Суровость наказания за преступления, связанные с наркотиками, зависит от отягчающих обстоятельств, – например, от количества изъятого наркотика. Контролируемые количества регулируются «Рамочным законом», который определяет малые, крупные и особо крупные размеры для более чем 200 наркотических средств и 67 психотропных веществ. Для многих наркотических средств, распространенных в стране (например, амфетамина, метамфетамина и дезоморфина) малые размеры законом не установлены, и любое количество считается крупным размером. В ответ на употребление кустарного дезоморфина, по совместной инициативе Министерства внутренних дел и Министерства охраны труда и социальной защиты, были внесены поправки в «Рамочный закон». Эти изменения устанавливают уголовную ответственность за продажу лекарственных препаратов, содержащих кодеин, эфедрин, норэфедрин и псевдоэфедрин.

В ответ на незаконный оборот новых психоактивных веществ, в 2014 году был принят закон «О новых психоактивных веществах». Соответственно, в Уголовный кодекс были включены новые положения, на основании которых производство, приобретение, хранение и т.д. новых психоактивных веществ (девять различных классов ПАВ, согласно их химической структуре, и список из 20 препаратов) были криминализованы.

Тестирование на наркотическое опьянение на улицах превратилось в устоявшуюся практику с 2006 года. Оно регулируется совместным приказом Министерства внутренних дел, Министерства труда, здравоохранения и социального обеспечения (Приказ №1244-278/n), изданным на основании статьи 45 Кодекса Грузии об административных правонарушениях. Согласно этому закону, полиция имеет право останавливать граждан на улице для проведения теста на наркотическое опьянение при «наличии достаточных оснований полагать, что лицо находится в состоянии наркотического опьянения» (до 2013 года применялась формулировка «разумное подозрение», которая давала простор для самых разных интерпретаций). Существующая карательная нормативно-правовая база Грузии не позволяет внедрить сбалансированную стратегию по вопросам, связанным с наркотиками. Наркостратегия в стране традиционно в большей степени ориентирована на снижение поставок и на наказание, чем на уменьшение спроса и лечение.

В настоящее время идет разработка протоколов предоставления услуг по лечению и снижению вреда.

Метадоновая заместительная терапия была начата в 2005 году и регулируется приказом Министерства здравоохранения, труда и социального обеспечения № 302/п **«Об утверждении методики внедрения пилотных программ заместительной терапии опиоидной зависимости»** от 8 декабря 2005 года. Позднее в этот приказ были внесены некоторые поправки.

Протокол заместительной терапии Субоксоном был утвержден в 2016 году и одобрен приказом Министерства здравоохранения, труда и социального обеспечения №01-139/о от 20 июня 2016 года.

Был издан специальный приказ, регулирующий опиоидную заместительную терапию в тюрьмах –совместный приказ Министерства здравоохранения, труда и социального обеспечения и Министерства юстиции Грузии № 266/п-№298 **«О правилах внедрения программ заместительной терапии для лиц с опиоидной зависимостью в пенитенциарных учреждениях»**.

**«Национальная стратегия борьбы с наркозависимостью» и «План действий на 2013–2017 годы»**, разработанный на основе Национальной стратегии, были приняты в 2013 году Межведомственным координационным советом по борьбе с наркоманией при Министерстве юстиции. Межведомственный координационный совет является основным координационным органом по вопросам борьбы с наркотиками в стране. Однако значительная часть «Плана действий» (например, разработка превентивных институциональных механизмов в системе образования) не подкреплена наличием бюджетных ресурсов, в связи с чем вряд ли может быть реализована. Государственные учреждения, как и НПО, не проводят мониторинг внедрения «Плана действий», то есть в стране нет доказательной базы, которая позволила бы оценить его влияние на развитие наркоситуации.

«Национальная платформа по наркополитике» недавно подала в Парламент Грузии законопроект, основной целью которого является декриминализация употребления наркотиков и хранения наркотиков в малых дозах через повышение пороговых количеств всех типов наркотиков для личного употребления. Предложенная модель предполагает внедрение четырех основных компонентов в систему нелегального употребления наркотиков: 1) профилактика употребления наркотиков; 2) создание комиссий, ответственных за оценку потребностей клиентов в услугах, создание механизмов перенаправления клиентов в необходимые программы; 3) улучшение услуг консультирования и лечения; 4) создание системы социальной и психосоциальной реабилитации.

Протоколы лечения и снижения вреда находятся на стадии разработки. После принятия вышеупомянутого закона определенные направления будут нуждаться в особой поддержке, – в частности, направление по расширению возможностей программ реабилитации и лечения, а также по внедрению действенных систем оценки эффективности услуг лечения, реабилитации и смежных услуг. Необходимо создать и обновить руководства и программы повышения квалификации и, одновременно, искать возможности для того, чтобы хорошо зарекомендовавшие себя (следовательно, успешные) программы лечения и реабилитации были признаны специалистами.

## ХАРАКТЕРИСТИКА НАРКОСИТУАЦИИ В СТРАНЕ

Исследование для определения оценочного числа ЛУИН проводилось в Грузии четыре раза с использованием различных методов: охвата–повторного охвата, оценки размера сети, метода множителей-бенчмаркинга. По результатам каждого опроса размеры группы утверждались среди экспертов методом консенсуса. Согласно последнему экспертному консенсусу, оценочное число ЛУИН в 2014 году составляло 52 500 человек (50 000–56 000), а распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, в возрастной группы от 18 до 64 лет составляла 2,24% (2,13%–2,39%), среди общего населения – 1,41% (1,34%– 1,51%).

Согласно данным Национального центра контроля заболеваний и общественного здоровья, в 2015 году число новых выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией в Грузии составило 170 среди женщин и 547 среди мужчин (NCDC, 2015b). Показатель заболеваемости составил 19,3 на 100 000 населения. До 2010 года основной путь передачи ВИЧ-инфекции – при употреблении инъекционных наркотиков. Позднее на первое место вышли гетеросексуальные контакты. К 2015 году доля «инъекционного пути передачи» упала до 28,5%, в то время как доля «гетеросексуальных контактов» выросла до 50,2%. Доля «гомосексуальных контактов» также выросла – до 19,8%. Из 18 811 тестов, проведенных в 2015 году среди ЛУИН, в рамках Государственной программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией, 38 результатов теста оказались положительными. Показатель выявления ВИЧ-инфекции составил 0,2%.

По данным дозорного биоповеденческого исследования, проведенного в семи городах Грузии (2015), медианный возраст начала употребления неинъекционных и инъекционных наркотиков не изменился с 2012 года и составляет, соответственно, 15–16 лет и 18–20 лет. В исследовании указаны различные типы наркотиков, которые ЛУИН употребляли инъекционным или неинъекционным путем в течение месяца, предшествующего исследованию. В сочетанной выборке было выявлено, что 72,5% (1476 человек) в течение предыдущего месяца употребляли наркотики неинъекционным путем. Наиболее распространенными неинъекционными наркотиками были средства, угнетающие центральную нервную систему, и галлюциногены. Средства, угнетающие ЦНС, такие как Баклофен, Габапентин, Прегабалин и прочие, употребляли 69% потребителей неинъекционных наркотиков. Более чем половина этой подгруппы в выборке сообщила о приеме галлюциногенов. Примерно 10% потребителей неинъекционных наркотиков упоминали о приеме новых неинъекционных наркотиков, известных под названиями «Био-каннабис», «Кристалл», «Соль для ванн». Употребление этих наркотиков более распространено среди младшей возрастной группы (<25 лет), по сравнению с более старшими представителями группы (23,6% против 8,5%).

Инъекционная наркосцена за последние годы значительно изменилась. Героин является самым употребляемым инъекционным наркотиком в Грузии. Второе место занимает бупренорфин. Применение героина снизилось в 2012 году, но в 2015 году вернулось на тот же уровень (58,1%). Применение бупренорфина в 2012 году также снизилось, вновь поднявшись до 26% в 2014–2015 годах. Напротив, по сравнению с 2012 годом меньшее число ЛУИН сообщили об употреблении кустарных опиатов, таких как дезоморфин, и амфетаминоподобных стимуляторов («винт», «джефф»).

Большинство ЛУИН никогда не обращались в наркологические учреждения. Только 6% прошли или проходят какой-то вид лечения. Среди ЛУИН во всех городах каждый четвертый респондент указывал, что живет «в крайней нужде». Охват программами профилактики с 2012 года увеличился с 24% до 32,4%. Хотя осведомленность о программах обмена шприцев улучшилась в городах Телави, Батуми и Зугдиди, в целом, уровень знаний о программах остается низким. Намного лучше ЛУИН осведомлены о программах заместительной терапии. Распространенность вирусного гепатита С (ВГС) среди ЛУИН достигает 66,2% по всем семи городам.

*«Наиболее распространенным наркотиком является марихуана, однако все большую популярность приобретают психоактивные вещества (баклофен, габапентин, диазепам из аптек), среди инъекционных наркотиков – Субоксон, “винт из шишек” (кустарный препарат из эфедры для получения амфетаминоподобного стимулятора) и героин, а также его плохо очищенный “уличный” вариант, называемый “сырец”. Среди молодежи также распространен психоактивный препарат “Биос”».*

# I\_ГРУЗИЯ

*«Для нашей страны полинаркомания является очень распространенным явлением, которое связано с наличием определенных наркотиков. Потребление дезоморфина и "джеффа" снижается из-за ограниченной доступности компонентов, в то время как растет сбор эфедры в окрестностях Тбилиси для изготовления "винта" и увеличивается потребление клубных наркотиков, в особенности среди молодежи. Это приводит к отравлениям и летальным случаям из-за употребления неизвестных веществ».*

## ДОСТУПНЫЕ ТИПЫ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ КВАЛИФИЦИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ (ГОСУДАРСТВЕННЫЕ, РЕЛИГИОЗНЫЕ, КОММЕРЧЕСКИЕ, ОБЩЕСТВЕННЫЕ)

Люди с наркозависимостью в Грузии получают лечение в государственных и частных учреждениях.

Лечение также могут предоставлять организации неправительственного сектора.

Типы лечения: 1) амбулаторное и стационарное, направленное на полный отказ от наркотиков (детоксикация), после чего предоставляется кратковременная первичная реабилитация и кратковременная психосоциальная реабилитация; 2) опиоидная заместительная терапия (ОЗТ). В рамках краткосрочной первичной реабилитации пациент может получить консультации нарколога, медикаментозное лечение и краткий курс психотерапии.

Существует один государственный реабилитационный центр – Центр психического здоровья и профилактики зависимости в Тбилиси. Его услуги включают программу алкогольной и наркотической детоксикации, а также первичной реабилитации. Центр управляет программой ОЗТ по всей стране. 16 сайтов ОЗТ работают в 10 городах Грузии, еще два сайта – в двух тюрьмах.

Государство предоставляет пациентам ваучеры на оплату стоимости двухнедельной стационарной и двухнедельной амбулаторной программы. Согласно приказу Правительства №308, от 30 июня 2015 года, цена за 14-дневный курс лечения не должна превышать 1600 лари (543 евро), за реабилитацию – 400 лари (135 евро). Государство также компенсирует стоимость двухнедельной амбулаторной детоксикации метадоном или Субоксоном. Индивидуальное планирование реабилитации на более длительный период предполагает отдельную плату.

С 1 июля 2017 услуги опиоидной заместительной терапии обеспечиваются в рамках государственного бюджета (предполагается обеспечить лечение до 5000 пациентов). Субоксоновая терапия доступна на базе общественных и коммерческих организаций. Субоксоновая заместительная терапия в коммерческих клиниках доступна примерно за 600 лари (203 евро) в месяц.

Что касается программ реабилитации, стационарных и амбулаторных, их стоимость компенсируется или за счет средств донорских организаций, или оплачиваются самими пациентами. Страховые компании не покрывают расходы на такого рода услуги.

В Грузии есть три НПО по лечению/реабилитации: Центр психосоциальной реабилитации «Камара» (Тбилиси), реабилитационный центр при Центре информирования и консультирования по вопросам репродуктивного здоровья «Танадгома» (муниципальный район Кварели, село Греми) и организация «Teen Challenge Georgia» (Тбилиси). Эти НПО финансируются преимущественно за счет международных доноров. Две из них предоставляют услуги бесплатно, в «Teen Challenge Georgia» лечение стоит 400 лари (135 евро) в месяц. «Танадгома» и «Teen Challenge Georgia» предлагают стационарное лечение, «Камара» – амбулаторные программы. Длительность программ составляет от 1 до 12 месяцев.

Всего в Грузии существуют шесть частных/коммерческих клиник. Все они находятся в Тбилиси. Эти клиники предоставляют услуги детоксикации и первичной реабилитации, продолжительностью от пяти до 28 дней. Стоимость лечения – от 200 до 4000 лари (68–1357 евро). Одна из клиник – «Уранти» – также предлагает Субоксоновую программу.

## НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

В стране приняты следующие методы лечения и реабилитации:

- детоксикация и первичная реабилитация (медико-психологический метод);
- Опиоидная заместительная терапия (метадон и Субоксон);
- психосоциальная реабилитация (два стационарных центра, один амбулаторный центр), движение групп взаимопомощи.

Цель детоксикации – облегчить проявления синдрома отмены. В Грузии хорошо налажены и работают подходы, предусматривающие полный отказ от опиоидов, и заместительная терапия (метадоном и Субоксоном). Для осуществления неопиоидной детоксикации применяется широкий спектр неопиоидных препаратов: седативных и обезболивающих средств, нейролептиков, противосудорожных препаратов, миорелаксантов, антидепрессантов, транквилизаторов. Режимы лечения зависят от типа употребляемого наркотика, его доз, стажа и практики употребления. Лечение рассчитано, в среднем, на 10–14 дней. Метод применяется со времен СССР, но протоколы и системы оценки для него все еще не приняты.

После детоксикации проводится краткая медико-психологическая реабилитация (еще две недели). Долгосрочная психосоциальная реабилитация по-прежнему остается проблематичной: государственные услуги по стационарной реабилитации недоступны, работают лишь несколько амбулаторных инициатив. По этой причине часто после детоксикации случаются рецидивы.

В направлении психосоциальной реабилитации, как уже упоминалось, работают два стационарных и одно амбулаторное учреждение. Применяются разные подходы: религиозный, «12 шагов», система непрерывного подкрепления, направленная на предотвращение срывов, когнитивно-поведенческая терапия, арт-терапия, трудотерапия. Движение групп взаимопомощи развивается крайне медленно. Системы оценки эффективности в настоящее время отсутствуют.

В рамках подхода опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) доступны и метадон, и Субоксон.

Опиоидная заместительная терапия в тюрьмах применяется в двух учреждениях: №2 и №8, – а также в медицинском учреждении №18 для осужденных женщин. Данных относительно эффективности программы нет.

В двух пенитенциарных учреждениях реализуется программа «Атлантис»: в женской колонии № 5 и в колонии №2. НПО периодически проводят всевозможные реабилитационные мероприятия, способствующие психосоциальной реабилитации людей, употребляющих наркотики. Например, Информационно-медико-психологический центр Танадгома – проводил тренинги по когнитивно-поведенческой терапии и ведению групп самопомощи для персонала колонии. Эти методы используются в колонии для поддержки психосоциальной реабилитации осужденных, которые употребляли наркотики.

## ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

В стране существуют определенные финансовые и экономические барьеры для доступности лечения.

Специализированные клиники работают, в основном, в столице. Единственная государственная клиника есть в Батуми, но она сейчас находится в процессе реорганизации, и сохранение ее статуса как стационара – под вопросом.

За последние годы доступ к лечению улучшился: государственный бюджет на лечение увеличился с 0 до 5–6 млн лари (1,7–2 млн евро). Однако средств, выделенных на детоксикацию и первичную реабилитацию, все еще недостаточно, и они недоступны для всех бенефициаров. Как указали в интервью эксперты, часто на эти услуги существует большой список ожидания. Доступ к отдельным программам лечения (например, Субоксоном) ограничен. Метадон доступен только в рамках государственных программ, где его выдают ежедневно. Альтернатив не существует, поскольку Субоксон стоит дорого и, следовательно, для большинства недоступен.

В идеале за детоксикацией и первичной реабилитацией должны следовать услуги реабилитации и ресоциализации в стационарных и амбулаторных условиях. Но такие условия для долгосрочных поведенческих изменений практически недоступны. В этой сфере работают лишь три центра, один стационарный и один амбулаторный центр в Тбилиси и один стационарный в Восточной Грузии (примерно по 20 стационарных мест в каждом). Эти центры функционируют, в основном, за счет донорских организаций. В случае сокращения или прекращения финансирования жизнестойчивость их работы окажется под вопросом.

Ситуация с лечением для женщин, употребляющих наркотики, достаточно сложная, по причинам, связанным с культурным и социальным контекстами. Женщины, употребляющие наркотики, подвергаются стигме и дискриминации и, поэтому, часто воздерживаются от участия в программах лечения.

Для несовершеннолетних потребителей наркотиков доступ к программам ограничен, так как большинство частных и негосударственных лечебных и реабилитационных учреждений не принимают пациентов младше 18 лет. Тем не менее, подростки могут получить некоторые услуги при наличии согласия со стороны родителей или опекунов (услуги детоксикации, медицинской диагностики и пр.).

В Грузии отсутствует система обеспечения качества и оценки эффективности услуг лечения и реабилитации. В настоящее время идет разработка протоколов предоставления услуг лечения и услуг снижения вреда. Эксперты считают, что развитие инструментов оценки и стандартов услуг по реабилитации могут значительно расширить доступ к услугам и поднять их качество.

В рамках программ опиоидной заместительной терапии и снижения вреда установлены индикаторы эффективности – такие, как рецидив, привлечение клиентов в программу и т.д. Руководитель медицинского учреждения следит за качеством услуг, их соответствием протоколам (принятым министерством), а также за соблюдением должностных обязанностей (согласно уставу учреждения), но системный контроль за другими видами деятельности не проводится.

Коммерческие клиники и неправительственные реабилитационные центры обычно имеют собственную систему внутреннего мониторинга и могут предоставлять информацию по запросу. Если финансирование предоставляет донорская организация или государство, система отчетности основывается на их требованиях.

Если учреждение не участвует в государственных или донорских программах, применяются только внутренние процедуры отчетности.

Студенты государственного медицинского института после окончания института, для получения специальности врач–нарколог проходят резидентуру в наркологии. Для того, чтобы работать наркологами, они должны также сдать экзамен по наркологии и получить лицензию. Социальные работники и психологи проходят курс наркологии (в основном, теорию) во время учебы в университете. Им не нужна специальная лицензия для работы в этой сфере.

Частный университет Iliuni предлагает магистерский курс по аддиктологии, в котором особое внимание уделено исследованиям и анализу ситуаций

<http://iliauni.edu.ge/en/iliauni/AcademicDepartments/mecnierebata-da-xelovnebis-fakulteti-269/programebi-303 /mecnierebata-da-xelovnebis-fakulteti-samagistro-programebi / adiqciis-kvlevebi>

## РЕКОМЕНДАЦИИ

Эти рекомендации были разработаны экспертами или предложены по результатам оценки существующего законодательства и практик.

- **Улучшить доступ к лечению и комплексной реабилитации.**

*«Улучшить и расширить доступ к лечению и реабилитации. Поддерживать процессы после лечения – внедрить комплексную программу социализации».*

*«Эффективность лечения во многом зависит от длительности: необходимо, что оно было минимум, три месяца (15 дней – стационар, 75 дней – амбулаторно)».*

*«Следует включить амбулаторное лечение в систему государственного финансирования (сейчас его выделяют только на стационарное [лечение])».*

*«Нужно внедрять механизмы социальной реабилитации, обучения и трудоустройства, посредством создания сети реабилитационных центров».*

- **Внедрить научно обоснованные подходы к лечению и реабилитации.**

*«Я рекомендую AFEW внедрять новые успешные подходы к лечению и реабилитации, а также поддерживать внедрение этих подходов в Грузии».*

*«Разработать общенациональную систему долгосрочной реабилитации».*

*«Географическое расширение амбулаторного лечения».*

- **Изменить рекомендации по администрированию программ опиоидной заместительной терапии (ОЗТ).**

*«Разрешить выдачу препаратов для ОЗТ на руки (все еще запрещено приказом Министерства; пациент должен каждый день приходить на сайт ОЗТ за дозой), внедрить программу поддержки заместительной терапии в пенитенциарную систему».*

*«Повысить разовые дозы Субоксона (общий пересмотр рекомендаций)».*

*«"Практики положительного подкрепления" в ОЗТ для приверженных к программе пациентов приветствуются».*

- **Улучшить качество лечения.**

*«Единые критерии оценки и обеспечения качества, разработка отсутствующих и обновление существующих протоколов для повышения качества лечения».*

*«Кадровые ресурсы (терапевты и другой персонал) должны проходить повышение квалификации и переподготовку».*

- **Разработать руководства по не-опиоидной детоксикации.**

- **Внедрить гендерно-чувствительные и адаптированные к возрасту (для подростков) программы.**

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Access to treatment for substance-using women in the Republic of Georgia: socio-cultural and structural barriers. Otiashvili D. et al. Int J Drug Policy. 2013 Nov;24(6):566-72 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23756037>
2. Administrative Offences Code (Article 45)  
[http://tcc.gov.ge/uploads/kanonmdebloba/samartaldargevata\\_kodeqsi.pdf](http://tcc.gov.ge/uploads/kanonmdebloba/samartaldargevata_kodeqsi.pdf)
3. Approving methodology for implementing pilot programs on substitution therapies for opioid drug addiction. Order No.302 of the MOHLSA, 24/11/2005. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1431791>
4. Drug situation in Georgia, annual report 2015, Tbilisi, 2016. ADDIGE (Addictology Development in Georgia). The report is published in the frame of the project "Development of Human Resources, Evidence Base and Quality Standards in Addictology in Georgia", funded by EC, within the TEMPUS funding mechanism <http://altgeorgia.ge/2012/myfiles/DRUG%20ENG%20green.pdf>
5. Georgian Law on Drugs, Psychotropic Substances, Precursors and Narcological Aids, adopted by the Parliament of Georgia in 2002 and amended in 2012  
<http://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/05/31/0f88ac53c772228ad66ba7226b2d90aa.pdf>
6. Joint MOHLSA and MOJ order #266/n-#298 regarding "Implementation rules of substitution therapy programs for opioid addiction within penitentiary institutions"  
<https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/80914>
7. Joint order of the Ministry of Internal Affairs, and the Ministry of Labor, Health and Social Affairs (Order#1244-278/n) <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1084129>
8. Law on Combating Drug Crime, adopted in 2007(<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1670322>)
9. Law on New Psychoactive Substances was enforced in 2014(  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2272444>)
10. Approval of state health programs for 2015, order #308 (from June 30, 2015)  
[http://ssa.gov.ge/files/01\\_GEO/JAN\\_PROG/308\\_new.pdf](http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/JAN_PROG/308_new.pdf)
11. Suboxone Substitution Therapy. State clinical standard (Protocol), Approved by MOHLSA, Order No. 01-139, 20 June 2016  
<http://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/05/31/1e0ac003891cb3a5f86ff52a1445a81d.pdf>
12. The Criminal Code of Georgia (Chapter XXXIII: Drug related crime)  
[http://tcc.gov.ge/uploads/kanonebi/sixxlis\\_samartlis\\_kodeqsi.pdf](http://tcc.gov.ge/uploads/kanonebi/sixxlis_samartlis_kodeqsi.pdf)
13. The National Strategy for Combating Drug Addiction and the Action Plan for 2013-2017 and developed on the basis of the strategy, approved in 2013 by the Inter-agency Coordination Council for Combating Drug Addiction  
<http://www.justice.gov.ge/Multimedia%2FFiles%2Fsabchoebi%2F%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%9B%E1%83%9D%E1%83%A5%E1%83%9B%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%9D%20%E1%83%92%E1%83%94%E1%83%92%E1%83%9B%E1%83%90.pdf>
14. Bio-behavioral surveillance survey in Tbilisi, Batumi, Zugdidi, Telavi, Gori, Kutaisi in 2012  
<http://bemonidrug.org/ge/wp-content/uploads/2014/07/BSS-among-IDUs-2012-eng.pdf>
15. Bio-Behavioral Surveillance Survey among People Who Inject Drugs in 7 cities of Georgia, 2015  
<http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2016/03/PWID-BBS-Report-2015-ENG.pdf>

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## РЕЗЮМЕ

Согласно официальной статистике в Кыргызской Республике на 1 января 2017 года на наркологическом учете состояли 8428 человек с наркотической зависимостью, а с зависимостью от психоактивных веществ, не отнесенных к наркотикам, – 115 человек.

Согласно результатам исследования 2015 года с использованием показателей дозорного эпиднадзора, оценочное число потребителей инъекционных наркотиков составляло 25 000 человек. Наиболее распространенные наркотики: анаша (каннабис), гашиш, героин. Среди молодежи чаще встречается потребление летучих растворителей, таких как «карб», клей «Момент», бензин. Также становятся популярными синтетические наркотики, такие как «соли» и «спайсы».

Государственная политика Кыргызской Республики в сфере контроля над наркотиками осуществляется в рамках [Антинаркотической программы](#), утвержденной постановлением Правительства Кыргызской Республики № 54 от 27 января 2014 года. Программа направлена на координацию антинаркотической деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и гражданского общества, установление эффективного государственного и общественного контроля над наркоситуацией в стране. В программе прописаны все виды наркопрофилактики, и третичная наркопрофилактика описана, как комплекс мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов наркологических заболеваний и их осложнений и дальнейшую реабилитацию зависимых лиц.

Наркологическая помощь, в том числе реабилитация лиц с зависимостью от употребления психоактивных веществ, предоставляется в государственных медицинских учреждениях Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, медицинских учреждениях республиканской пенитенциарной системы, частными наркологами и неправительственными организациями.

В настоящее время пациентам в стране предлагаются следующие виды лечения в [государственных лечебных учреждениях наркологического профиля](#):

- 1) детоксикация: проводится стационарно и амбулаторно во всех государственных наркологических учреждениях;
- 2) поддерживающая терапия метадонотерапией (опиоидная заместительная терапия/ОЗТ).

На 1 октября 2017 года в Республике существовало 32 сайта ОЗТ. В программе принимали участие 1223 человека (включая 105 женщин), из них в пенитенциарной системе – 450 человек (включая 19 женщин).

### [Стационарная медико-психологическая реабилитация и программы амбулаторной реабилитации](#)

В настоящее время реабилитационное лечение в Республике предоставляется в двух медицинских учреждениях наркологического профиля: в Республиканском центре наркологии г. Бишкек (реабилитационный амбулаторный кабинет) и в Ошском Межобластном центре наркологии (реабилитационное отделение; 5 коек). Консультации нарколога и психолога доступны в районных наркологических кабинетах.

### [Программы наркологической помощи в пенитенциарной системе.](#)

В уголовно-исполнительной системе работают девять сайтов поддерживающей терапии метадонотерапией: два – на базе следственных изоляторов, шесть – на базе исправительных колоний, один – на базе колонии-поселения.

Реабилитационная программа в пенитенциарной системе представлена программой «Атлантис», основанной на Миннесотской модели лечения зависимых от психоактивных веществ. В пенитенциарной системе также функционирует программа «Чистая зона», в которую поступают после успешного лечения в «Атлантисе».

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## Наркологическая помощь в частных клиниках

В Кыргызской Республике широко распространены частные клиники, предоставляющие услуги детоксикации, но услуги реабилитации предоставляет только одна частная клиника – клиника доктора Назаралиева. Стоимость этих услуг в этой клинике может достигать 1695 евро за месяц. Средняя продолжительность реабилитации – 35-40 дней, но в некоторых случаях может потребоваться и гораздо больше времени (до 12 месяцев).

## Неправительственные организации, предоставляющие реабилитационные услуги

В настоящее время в Кыргызстане работает один неправительственный реабилитационный центр – «Центр плюс», в г. Ош. Существует он за счет самофинансирования. Одновременно в центре могут проживать до 18 человек. Продолжительность реабилитационной программы – до шести месяцев.

Большое количество неправительственных организаций, оказывающих услуги людям, употребляющим психоактивные вещества, представлены как:

- социальные учреждения;
- дроп-ин центры (обеспечение доступными видами информационных, медико-психологических услуг и социальной поддержкой);
- социальное общежитие (обеспечение местом проживания);
- «Дом на полпути» (обеспечение возможности пройти курс адаптационной терапии, участия в программе реабилитации зависимости и дальнейшей социальной адаптации);
- социальное бюро для освобождающихся заключенных (из числа потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ).

В последнее время из-за недостаточного финансирования некоторые неправительственные организации закрываются.

Наиболее распространенные подходы и модели реабилитации:

- по типу "Терапевтического сообщества" (ТС);
- по типу психотерапевтических и реабилитационных групп самопомощи («Анонимные Алкоголики»/ «АА»), «Анонимные Наркоманы»/ «АН»);
- по религиозно-ориентированному типу, где работа также ведется по принципу ТС, но через «призму» религии;
- амбулаторная модель реабилитации (индивидуальная работа психолога и психиатра с клиентом).

Для оценки качества лечения в системе здравоохранения Кыргызской Республики функции контроля возложены на Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), который также является распределителем финансовых средств. Контроль качества предоставляемых услуг также проводит Лицензионный отдел Министерства здравоохранения, согласно утвержденным стандартам предоставляемых услуг и установленным индикаторам качества лечебного процесса.

Лицензирование частной медицинской деятельности и негосударственного сектора здравоохранения осуществляется в соответствии с положениями и приказами Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Это лицензирование касается только наркологии и психиатрии и не касается услуг социально-психологической реабилитации. Мониторинг и оценка качества услуг в неправительственном секторе зависят от вида деятельности и требований донора.

Все практикующие врачи обязательно проходят первичную специализацию и каждые пять лет – обучение с целью повышения квалификации. Подготовка наркологов и психиатров осуществляется в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации (КГМИПипК), на кафедре

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

неврологии, нейрохирургии и психиатрии, с включением вопросов реабилитации. Однако, как показывает практика, на эти вопросы выделяется слишком мало учебного времени.

Также в КГМИПиПК для медицинских и немедицинских специалистов предоставляется дистанционное обучение по вопросам наркозависимости и снижения вреда. Это обучение возможно, благодаря финансовой поддержке международных организаций (на базе *learn.aids.gov.kg* и веб-сайта КГМИПиПК). Но если для психиатров-наркологов разработан пакет соответствующих учебных планов и программ, то для специалистов смежного профиля (психологов, педагогов, социальных работников) программ и пособий пока явно недостаточно.

Доступ к услугам детоксикации и заместительной терапии можно назвать удовлетворительным, хотя существуют и определенные барьеры, – например, стоимость детоксикации при необходимости сооплаты или обязательность постановки на наркологический учет при включении в программы заместительной терапии. Потребители наркотиков также могут получить консультации нарколога и психолога в районных наркологических кабинетах. Доступность реабилитационных программ стационарного типа для людей с зависимостью от психоактивных веществ в настоящее время в Республике низкая.

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ НАРКОТИКОВ

Основные виды наркопрофилактики описаны в Антинаркотической программе, утвержденной постановлением правительства Кыргызской Республики от 27 января 2014 года, № 54.

Государственная политика Кыргызской Республики в сфере контроля над наркотиками осуществляется в рамках следующих стратегических направлений:

- снижение предложения нелегальных наркотиков;
- снижение спроса на нелегальные наркотики;
- снижение вреда от употребления наркотиков.

Основными целями антинаркотической программы являются:

- уменьшение объемов незаконного оборота наркотиков;
- снижение уровня употребления наркотиков и вызванных этим негативных последствий;
- обеспечение доступности лекарственных наркотических средств и психотропных веществ в соответствии с потребностями здравоохранения.

Успешная реализация целей в сфере контроля над наркотиками требует решения комплекса следующих задач:

- развитие государственной системы первичной, вторичной и третичной наркопрофилактики, с приоритетом к первичной профилактике;
- борьба с наркопреступностью и коррупцией, особенно в организованных формах;
- совершенствование государственной системы контроля над законным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- совершенствование правоохранительной деятельности в противодействии незаконному обороту наркотиков;
- совершенствование системы медицинской наркологической помощи;
- снижение негативных последствий незаконного употребления наркотиков (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты и другое);
- совершенствование организационного, нормативно-правового и ресурсного обеспечения антинаркотической деятельности;
- вовлечение гражданского общества в антинаркотические профилактические мероприятия;
- повышение уровня и эффективности международного сотрудничества.

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## ХАРАКТЕРИСТИКА НАРКОСИТУАЦИИ В СТРАНЕ

Исследований по оценке количества потребителей наркотиков в стране проводилось немного. Первое исследование по распространенности наркопотребления было проведено в 2002 году Управлением ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН). Согласно этому исследованию, оценочное число наркопотребителей в Республике составило 80–100 тысяч человек (2,62–3,27% от общего числа населения в возрастной группы от 16 до 64 лет). Из них примерно 54 тысяч человек (1,77 % от общего числа населения в возрастной группы от 16 до 64 лет) практиковали инъекционный способ употребления.

Следующее исследование было проведено в Республике в 2006 году, при поддержке УНП ООН. По результатам этого исследования, количество «проблемных потребителей наркотиков» в Республике составило 26 тысяч человек (495 на 100 тысяч общего населения), из них потребителей инъекционных наркотиков – 25 тысяч человек (476 на 100 тыс. общего населения).

Последнее исследование было проведено в 2015 году, с использованием показателей дозорного эпиднадзора (ДЭН). Согласно его результатам, количество потребителей инъекционных наркотиков составило 25 тысяч человек.

По официальной статистике, которая проводится, согласно приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «Обязательный учет лиц, страдающих определенными видами наркологических расстройств», на наркологическом учете, с зависимостью от психоактивных веществ, в том числе алкоголя, состоят на 1 января 2017 года:

- с наркотической зависимостью (всего/женщин/лиц до 18 лет) – 8428 человек/501 человек/один человек;
- с зависимостью от психоактивных веществ, не отнесенных к наркотикам (всего/женщин/лиц до 18 лет) – 115 человек/семь человек/12 человек;
- с зависимостью от алкоголя (всего/женщин/лиц до 18 лет) – 33 562 человека/3809 человек/0 человек.

Первичная заболеваемость за 2016 год:

- с зависимостью от наркотиков (всего/женщин/лица до 18 лет) – 354/16/0 человек;
- с зависимостью от ненаркотических веществ (всего/женщин/лица до 18 лет) – 12 человек/0 человек/семь человек;
- с зависимостью от алкоголя (всего/женщин/лица до 18 лет) – 1697 человек/199 человек/0 человек.

Отмечается тенденция к снижению количества пациентов, состоящих на наркологическом учете, с зависимостью от употребления психоактивных веществ.

Из интервью экспертов о наркосцене:

*«В стране популярными являются героин (опий), анаша (канабис). В последнее время стали чаще встречаться синтетические наркотики – такие, как спайсы. Среди молодежи чаще встречается употребление летучих растворителей, таких, как “Карб”, клей “Момент”, бензин».*

*«Я думаю, на первом месте – употребление гашиша, затем – героин».*

*«В основном, сейчас употребляют героин. Есть новые наркотики: спайсы, соли всякие, – но это больше молодежь употребляет».*

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩ СФЕРУ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПАВ

Деятельность наркологической службы в Кыргызской Республике основаны на нижеперечисленных нормативных документах.

### Законы

1. Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах». Устанавливает единый порядок законного оборота контролируемых веществ и меры противодействия незаконному обороту наркотиков.
2. Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике». Определяет порядок правового регулирования вопросов предупреждения распространения ВИЧ-инфекции на территории Республики.
3. Закон «О лекарственных средствах». Этот закон касается наркотических средств и психотропных веществ, применяемых в медицине в качестве лекарственных средств и подлежащих государственному контролю. Действующая в стране нормативно-правовая база разрешает свободное, без ограничения по времени суток, приобретение через аптечную сеть шприцев и игл, не содержит запрета на реализацию программ обмена шприцев и игл.

### Постановления

1. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О порядке учета, хранения и использования наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Кыргызской Республике».
2. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, подлежащих контролю в Кыргызской Республике».

### Программы

1. Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2013–2016 годы.
2. Антинаркотическая программа Правительства Кыргызской Республики. Программа направлена на координацию антинаркотической деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и гражданского общества, установление эффективного государственного и общественного контроля над наркоситуацией в стране. В программе прописаны все виды наркопрофилактики, где третичная наркопрофилактика описана, как комплекс мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов наркологических заболеваний и их осложнений, а также на дальнейшую реабилитацию зависимых лиц.

### Приказы и положения

1. Клинический протокол «Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии метадонном» (от 29 мая 2015 года).
2. Клиническое руководство по заместительной поддерживающей терапии метадонном при синдроме зависимости от опиоидов (№ 49, от 11 ноября 2010 года).
3. Клиническое руководство «Диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств в результате употребления опиоидов» (№825, от 25 декабря 2012 года).
4. Клинический протокол «Оказание помощи при передозировках опиоидами» (2013 год).
5. Стандарты по предоставлению медицинских услуг для потребителей инъекционных наркотиков, утвержденные приказом № 494 от 8 октября 2010 года: «Стандарт проведения детоксикационной терапии состояния отмены от опиоидов в стационарном отделении Республиканского центра наркологии»; «Стандарт профилактики передозировок от опиоидов с применением налоксона»; «Стандарт проведения реабилитационных мероприятий, лицам с зависимостью от опиоидов».
6. Положение о наркологическом реабилитационном центре, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 12 февраля 2004 года, №65. Этот документ регламентирует

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

деятельность реабилитационного центра, определяет его цели, задачи и направления работы.

7. *Учебные видеомодули ICATT (Computerized Adaptation and Training Tool) – базовый и продвинутый уровень, для оказания наркологической помощи группам с особыми потребностями (больные с коморбидными психическими расстройствами, несовершеннолетние и женщины, в том числе беременные женщины). Учебные модули включают доступ к разнообразным учебным материалам, научным обзорам, видео-, тестированию до и после прохождения обучения. Этот модуль доступен только при прохождении обучения в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации.*

8. *Клинические протоколы «Неонатальный абстинентный синдром» и «Применение опросника ASSIST в первичном звене здравоохранения» по ведению и оказанию комплексной помощи беременным женщинам, употребляющим психоактивные вещества (включая вещества опийной группы), новорожденным (ведение синдрома отмены у новорожденных, чьи матери употребляют психоактивные вещества).*

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## ДОСТУПНЫЕ ТИПЫ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ КВАЛИФИЦИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ (ГОСУДАРСТВЕННЫЕ, РЕЛИГИОЗНЫЕ, КОММЕРЧЕСКИЕ, ОБЩЕСТВЕННЫЕ)

Наркологическая помощь, в том числе реабилитация лиц с зависимостью от употребления психоактивных веществ, в Республике предоставляется государственными медицинскими учреждениями Министерства здравоохранения, медицинскими учреждениями пенитенциарной системы, а также неправительственными организациями и частными наркологами.

### Наркологическая помощь в государственных учреждениях

#### 1. Детоксикация

Проводится на стационарном и амбулаторном уровнях во всех государственных наркологических учреждениях: в 39 наркологических кабинетах районных Центров семейной медицины (ЦСМ), в трех учреждениях городов Бишкек (Республиканский центр наркологии со стационаром на 180 коек), Ош (Ошский межобластной центр наркологии со стационаром в 50 коек, из них пять коек – в реабилитационном отделении), Жалалабат (наркологическое отделение на 30 коек в Жалалабатском центре психического здоровья), а также в 5 пунктах областных объединенных больниц (наркологические койки в составе психонаркологических отделений областных объединенных больниц, с общим фондом в 45 коек: в Нарынской – 5, Иссык-Кульской – 12, Таласской – 10, Жалалабадской – 5, Баткенской – 13).

За 7–14 дней детоксикации пациенты должны заплатить от 330 до 2980 сом (4–37 евро). Размер оплаты зависит от категории клиента (получающие социальное пособие, застрахованные лица).

#### 2. Поддерживающая терапия метадонем (опиоидная заместительная терапия)

Поддерживающая (или заместительная) терапия при синдроме зависимости от опиоидов проводится только в государственных лечебно-профилактических учреждениях. Предоставление услуг заместительной терапии в Кыргызской Республике началось с 2002 года, при поддержке Фонда Сорос-Кыргызстан и Программы развития ООН (ПРООН). С 2005 года и по настоящее время деятельность кабинетов выдачи метадона финансируется за счет средств Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Программа поддерживающей (заместительной) терапии полностью бесплатна для клиентов. Для участников программы также бесплатны услуги детоксикации от сочетанного употребления.

Терапия метадонем в стране проводится в соответствии с Клиническим протоколом «Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии метадонем» (от 30 июня 2015 года) и Клиническим руководством по заместительной поддерживающей терапии метадонем при синдроме зависимости от опиоидов (от 11 октября 2010 года).

Поддерживающая терапия метадонем была включена в предыдущие и в новую пересматриваемую *Государственную программу по преодолению ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2017–2021 годы*. Все кабинеты выдачи метадона в стране включены в «Реестр субъектов законного оборота наркотических веществ». Над ними осуществляется государственное регулирование и контроль, в соответствии с законом Кыргызской Республики «О правилах хранения, учета, отчета наркотических средств». Метадон в Кыргызской Республике входит в «Список I наркотических веществ, подлежащих национальному контролю», и с 2006 года внесен в «Перечень жизненно важных лекарственных средств Кыргызской Республики».

Развитие программ заместительной терапии включено в стратегию вторичной наркопрофилактики в Антинаркотической программе Правительства Кыргызской Республики (№ 54, от 27 января 2014 года).

Программа поддерживающей заместительной терапии развернута в 32 сайтах Республики, включая пенитенциарную систему. На 1 октября 2017 года всего в Республике существовало 32 сайта поддерживающей терапии, из которых на сегодняшний день работают 30 сайтов. В программе заместительной терапии принимают участие 1223 человек, из них 105 женщин, в пенитенциарной системе – 450 человек, из которых 19 – женщины.

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

21 сайт расположен в организациях здравоохранения Кыргызской Республики (в г. Бишкек – пять сайтов, в Чуйской области – семь, в г. Ош – четыре, в Ошской области – три, в Жалалабатской области – один, в Баткенской области – один). Девять сайтов поддерживающей терапии находятся в учреждениях уголовно-исполнительной системы: два – на базе следственных изоляторов, шесть – на базе исправительных колоний, один – на базе колонии-поселения. В исправительной колонии № 27 сайт не функционирует по причине отсутствия осужденных из числа людей, употребляющих инъекционные наркотики. В исправительной колонии №10 в г. Джалал-Абад с 1 июля деятельность сайта приостановлена. На 10 сайтах услуги предоставляют по принципу «единого окна», вместе с услугами фтизиатра и инфекциониста.

Предоставление услуг детоксикации и поддерживающей терапии сопровождается консультированием, направленным на мотивирование пациентов к получению или продолжению курсов терапии, профилактике рецидивов и передозировок. Профилактика передозировок налоксоном в настоящее время входит в общий комплекс деятельности программ снижения вреда (пунктов обмена шприцев).

### 3. Медико-психологическая реабилитация

#### 3.1. Реабилитация в государственных лечебно-профилактических учреждениях

Услуги реабилитации в Кыргызской Республике предоставляются с декабря 2003 года в Республиканском центре наркологии в рамках регионального проекта УНП ООН «Расширение профилактических и лечебно-реабилитационных услуг для потребителей инъекционных наркотиков в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане». В Кыргызстане он реализуется как подпроект проекта «Создание системы медико-психологической и психосоциальной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами в г. Бишкек».

До недавнего времени существовал Наркологический реабилитационный центр при Республиканском центре наркологии, где проводился первый базовый этап реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ. Все сотрудники Реабилитационного центра проходили обучение по уровням реабилитационного процесса в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании по науке и образованию в г. Павлодаре Республики Казахстан.

Была разработана основная законодательная база, в которой реабилитационный процесс представлен в виде комплекса медицинских, социальных и психологических мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования патологии зависимости, восстановление/приобретение эффективных жизненных навыков и на интеграцию в общество.

Реабилитационный центр при Республиканском центре наркологии успешно действовал при поддержке международных организаций и имел хороший показатель в отношении рецидивов. Но в связи с прекращением финансирования от международных организаций и переходом на систему сооплаты, многие обученные специалисты ушли из центра. Это ослабило его работу, а затем привело к перепрофилированию центра в амбулаторный кабинет оказания психологической помощи лицам с зависимостью от психоактивных веществ.

В соответствии с существующими нормативными документами, Наркологический реабилитационный центр является медицинской организацией или подразделением лечебно-профилактической организации наркологического профиля, осуществляющей специализированную реабилитационную помощь людям с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ. Реабилитационное отделение является структурной единицей Республиканского центра наркологии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (РЦН МЗКР).

Основными задачами реабилитационного центра являются:

1) разработка и реализация программ медико-социальной реабилитации пациентов, направленных на формирование у них стойких установок на воздержание от употребления психоактивных веществ;

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

- 2) укрепление самостоятельности пациента, стимулирование самодисциплины и готовности к взаимопомощи;
- 3) формирование и укрепление навыков здорового образа жизни в ситуациях самообслуживания, коммуникации, трудовой и досуговой деятельности;
- 4) помощь в формировании гармоничных межличностных отношений в микрогруппе, – в частности, в семье, с вовлечением членов семьи в реабилитационные программы и программы по профилактике рецидивов заболевания; обучение методам преодоления конфликтно-стрессовых ситуаций;
- 5) участие в создании общественных психотерапевтических и реабилитационных групп самопомощи вне реабилитационного центра (по типу «Анонимных алкоголиков»/ «Анонимных наркоманов» и т.п.).

В настоящее время реабилитационное лечение в Республике проводится в двух лечебных учреждениях наркологического профиля: в реабилитационном амбулаторном кабинете при Республиканском центре наркологии в г. Бишкек и в реабилитационном отделении на пять коек в г. Ош в Ошском межобластном центре наркологии. Консультации нарколога и психолога также доступны в районных наркологических кабинетах. Стационарная реабилитация может проходить до 30 дней; амбулаторная имеет разную продолжительность, в зависимости от потребностей пациента, но в большинстве случаев – тоже около месяца.

Основными условиями приема в программы реабилитационного лечения являются предварительное прохождение детокс-терапии, высокий уровень мотивации пациента на лечение и отсутствие обострений соматических, неврологических и психических заболеваний.

Программы медико-психологической реабилитации состоят из следующих компонентов:

- психотерапевтический компонент;
- психологический компонент;
- работа групп само- и взаимопомощи;
- подготовка к адаптации и реинтеграции в общество;
- терапия занятостью;
- работа с семьей.

После прекращения финансирования Наркологического реабилитационного центра международными организациями, оплата услуг осуществляется по принципу «сооплаты», которая предполагает участие граждан в оплате стоимости получаемых ими медицинских услуг, в том числе реабилитационной направленности, сверх объема финансирования Программы государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью, утвержденного Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 20 ноября 2015 года (№ 790).

Размер сооплаты, вносимой пациентами при госпитализации, зависит от категории клиента. Так лица, получающие социальное пособие, вносят минимальный размер сооплаты (330 сом/4 евро), застрахованные лица вносят средний уровень сооплаты (840 сом/10 евро – в городских, районных областных больницах; в республиканских организациях и национальных центрах – 1160 сом/14 евро).

Остальные граждане вносят максимальный уровень сооплаты (2650 сом/33 евро – в городских и районных стационарах, 2980 сом/37 евро – в республиканских организациях и национальных центрах). В Программе госгарантий предусмотрен механизм медицинского обслуживания граждан из числа малообеспеченных слоев, лиц без определенного места жительства, лиц, поступивших без документов, и военнослужащих срочной службы. Решение об освобождении внесения сооплаты выносит лечебно-контрольная комиссия организации здравоохранения, рассмотрев заявление пациента (или его родственников) и справки, подтверждающей вышеперечисленное.

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Основными критериями для вступления в программу реабилитации является официально выставленный по МКБ–10 диагноз зависимости от ПАВ, желание пациента, отсутствие синдрома отмены, отсутствие когнитивных нарушений, тяжелых соматических, неврологических, психиатрических обострений. В случае обострений заболеваний реабилитация откладывается до решения этих проблем или стабилизации пациента.

## **3.2 Реабилитационные программы в наркологической службе пенитенциарной системы**

Республиканское законодательство различает добровольное и принудительное лечение. Добровольное лечение зависимости от наркотических или психотропных веществ осуществляется в государственных и частных лечебных учреждениях, а также в ряде неправительственных организаций (НПО). В медицинских учреждениях пенитенциарной системы проводится принудительное лечение по решению суда о принудительном лечении и добровольное лечение в реабилитационных центрах.

Реабилитационная программа в пенитенциарной системе представлена программой «Атлантис», основанной на Миннесотской модели лечения людей, зависимых от психоактивных веществ.

При разработке и внедрении этой программы в пенитенциарной системе Кыргызской Республики был использован многолетний опыт работы «Атлантис» в Польше и опыт сообществ «Анонимные Алкоголики» и «Анонимные Наркоманы» в Кыргызстане.

Реабилитационные центры «Атлантис» функционируют в пенитенциарной системе Кыргызской Республики на базе учреждений №3 и № 47 – с марта 2004 года, в учреждениях №№ 2, 10, 27, 31 – с 2007 года.

Целями реабилитационной программы являются: предоставление пациентам объективной информации о химической зависимости, создание условий для начала процесса идентификации с болезнью и признания, что пациент лишился контроля над употреблением алкоголя и наркотиков, оказание помощи в понимании психологического механизма химической зависимости, указание пациенту возможности конструктивного проявления его эмоций.

В пенитенциарной системе также функционирует программа «Чистая зона», куда поступают уже после успешного лечения в «Атлантисе». «Чистая зона» в пенитенциарной системе – это особая, изолированная территория внутри тюрьмы. Там существуют свои правила, нет привычных решеток на окнах, а вместо тюремных нар – чистые койки, есть учебные и жилые помещения, столовая, тренажерный зал. В так называемой «Чистой зоне» содержатся люди, которые полностью отказались от наркотиков. Особенности лечения в этом центре – стрессовая терапия. Первоначально снимается синдром отмены от употребления наркотиков путем полного отказа от всех психоактивных веществ – и проводятся психологические упражнения. Люди в «Чистой зоне» получают не только лечебно-психологическую поддержку, но и профессию (плотники, парикмахеры). Им предоставляется возможность «пообщаться» с внешним миром через интернет.

НПО также могут оказывать психологическую и социальную поддержку людям, находящимся в местах лишения свободы, которые участвуют в программе «Атлантис», а также тем, кто выходит из мест лишения свободы.

*«Вот “Альтернатива в наркологии” – они приезжают по пятницам в исправительное учреждение №31, проводят мини-сессии, консультации «равный-равному». Потом они, посредством социального работника этого учреждения, работают с теми осужденными, которые уже заканчивают срок, то есть они предоставляют жилье, помогают восстанавливать документы».*

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## Наркологическая помощь в частных клиниках

В Республике широко распространены частные клиники по предоставлению детоксикации людям, употребляющим психоактивные вещества, но единственной частной клиникой реабилитационного типа является клиника доктора Назаралиева.

Стоимость услуг детоксикации составляет 1300–1500 сом (16–19 евро) в сутки, услуг реабилитации – от 1695 евро в месяц. Средняя продолжительность реабилитации – 35–40 дней, в отдельных случаях может достигать 12 месяцев.

В клинике доктора Назаралиева после очистки организма и нормализации обмена веществ пациент переходит ко второму блоку реабилитации: психотерапевтическому, – направленному на стабилизацию психологического состояния, реконструкцию личности и повторную социализацию.

Врачи проводят с пациентами личностно-ориентированную терапию, главными задачами которой являются выработка здоровых мотиваций, устойчивость к стрессам и продление психологической ремиссии. На 7–10 дней пациенты отправляются в санаторно-курортную зону «Ак-Тенгир» («Светлое пространство»), расположенную на южном берегу горного озера Иссык-Куль (Кыргызстан). В течение этого времени они осваивают тренинги психоэнергетической трансформации по авторской программе доктора Назаралиева «Mindcrafting».

В программу входят дыхательный тренинг «Абсолютус», медитация по системе интегральной йоги Шри Ауробиндо, «Танец дервиша», тренинг с использованием звукоформы АУМ (звуковой камертон для волновой настройки организма), лапидопсихотерапия (медитация с камнем), релакс-тренинг Шавасана. Терапевтические тренинги были разработаны доктором Назаралиевым на стыке духовных практик Востока и прагматичного подхода Запада. По убеждению автора, эти практики позволяют контролировать свое состояние при помощи дыхания, активировать творческий потенциал и воображение, отстраниться от своих проблем и перенести ощущение тяжести, плохие воспоминания и негативные эмоции на камень, чтобы скинуть его в прямом и переносном смысле «с души» на Горе Спасения Таштар-Ата. В совокупности, комплекс тренингов позволяет психологически оздоровить человека и подкрепить его мотивацию на здоровый образ жизни.

На заключительном этапе реабилитации по методу Назаралиева пациент может выбрать паломничество на расстояние 280 км к Горе Спасения Таштар-Ата (Кыргызстан) или стресс-энергетическую психотерапию (СЭПТ) (авторы этого метода определяют его как императивное внушение мотивации на отказ от наркотиков). В последний день пациента привозят на гору Таштар-Ата, где он скидывает свой камень на рукотворный курган, сжигает вещь, напоминающую о прошлом, и повязывает ленточку на ветви боярышника. Так происходит «якорение» новых установок и ценностей свободного от зависимости человека.

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## НПО, предоставляющие реабилитационные программы

В республике до 2006 года существовал реабилитационный центр «Шанс», где после прохождения первого этапа реабилитационного процесса в реабилитационном отделении Республиканского центра наркологии, клиенты проходили второй этап – ресоциализацию в общество. В реабилитационном центре «Шанс», в течение не более шести месяцев проходили терапию занятостью, применялись дыхательные техники, клиенты пекли хлеб для своих реабилитантов. Центр закрылся из-за отсутствия финансирования.

В настоящее время в Кыргызстане работает один неправительственный реабилитационный центр – «Центр плюс», функционирующий в г. Ош на условиях самофинансирования. Это отдельный дом с подсобным хозяйством, есть машина; реабилитанты разводят кроликов и коров. В Центре одновременно могут проживать до 18 человек. Реабилитационная программа может продолжаться до шести месяцев.

В стране существует большое количество неправительственных организаций, работающих в сфере оказания услуг людям, употребляющим психоактивные вещества. Среди этих организаций:

- социальные учреждения;
- дроп-ин центры (обеспечение информационных, медико-психологических услуг и услуг социальной поддержки);
- социальные общежития (обеспечение местом проживания);
- «Дома на полпути» (обеспечение возможностью пройти курс адаптационной терапии; обеспечение участия в программах реабилитации зависимости и дальнейшей социальной адаптации);
- социальные бюро для освобождающихся из мест лишения свободы Людей, употребляющих наркотики и людей, живущих с ВИЧ.

Программы НПО, как правило, низкопороговые и доступны всем желающим. Хотя, конечно, есть определенные требования и правила в зависимости от формата работы НПО.

*«У нас совсем низкий порог. Главное – желание человека, и чтобы не страдал острым психическим расстройством. Если человек с психическим расстройством, или у него активная форма туберкулеза и так далее, нужно время, чтобы они пришли в форму. С ними можно работать, и это не говорит, что мы отказываемся. Даже с психическими больными в состоянии ремиссии, – мы можем с ними работать. И с больными туберкулезом можем работать, когда они выздоравливают».*

*«Мы говорим: вот мы берем, и у нас очень несложные требования: чтобы ты приходил, чтобы не пропускал занятия, чтобы сдал какие-то анализы».*

В последнее время из-за недостаточного финансирования некоторые НПО закрываются.

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Лечение людей с зависимостью от психоактивных веществ можно условно разделить на три этапа:

- 1) проведение дезинтоксикационных мероприятий и купирование абстинентного синдрома с нормализацией соматоневрологических нарушений и коррекцией психопатоподобных расстройств;
- 2) восстановление нарушений метаболизма, поведенческих расстройств и нормализация психического состояния (включая сон);
- 3) определение условий, предшествующих рецидивов заболевания и назначение противорецидивного лечения; внимание внутренним и внешним факторам, приводящим к спонтанной актуализации влечения к психоактивным веществам.

Лечебные подходы и методы, применяемые в Кыргызской Республике:

- 1) неотложная помощь и интенсивная дезинтоксикация при острых и хронических отравлениях психоактивными веществами;
- 2) лечение синдрома отмены в случае перерыва в употреблении ПАВ, вызвавшем физическую зависимость. При опиоидной зависимости в состоянии отмены используются  $\alpha 2$ -блокатор опиатных рецепторов (клонидин) и агонист опиатных рецепторов (метадон);
- 3) лечение осложнений, вызванных длительным употреблением психоактивных веществ;
- 4) лечение коморбидных состояний (депрессия, тревога и т.д.);
- 5) подавление влечения и устранение зависимости;
- 6) противорецидивное лечение;
- 7) программы снижения вреда (длительная поддерживающая терапия метадонном при опиоидной зависимости, пункты обмена шприцев);
- 8) лечение сопутствующих заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В и С);
- 9) программы профилактики передозировок (налоксон);
- 10) реабилитация и ресоциализация.

Подходы в реабилитации, используемые в Кыргызской Республике:

- По типу терапевтического сообщества (ТС)

До недавнего времени принципы ТС использовались в работе Наркологического реабилитационного центра. Услуги предоставлялись квалифицированными специалистами, в соответствии с разработанными стандартами. Режим работы – круглосуточный.

Реабилитационный процесс строился на условии сохранения контактов пациента с внешним миром.

«Терапевтическое сообщество» было частью комплексной программы реабилитации, которая, наряду с принципами ТС использовала также терапию средой, терапию занятостью и др. В настоящее время сохранились некоторые элементы реабилитационного процесса, такие как индивидуальная работа с клиентом и его семьей.

- По типу общественных психотерапевтических и реабилитационных групп самопомощи («Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы»). Группы само- и взаимопомощи, как правило, функционируют амбулаторно на основе 12-шагового подхода.

Миннесотская модель (или ее Хейзелденский вариант) — стационарная, а затем и амбулаторная 12-шаговая реабилитационная программа, базирующаяся на таких принципах, как добровольность, честность, полный отказ от употребления наркотиков и пр.

Программа «Анонимные Алкоголики» работает в Республике с 1996 года, «Анонимные Наркоманы» – с 1998 года. Активно функционирует группа «Взрослые дети алкоголиков».

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

- По религиозно-ориентированному типу

Здесь работа также ведется по принципу терапевтического сообщества, через призму религии. Используются метод Г. А. Шичко: проведение занятий, с учетом психолингвистических закономерностей образования понятий для переориентации личности людей с непреодолимыми вредными привычками и влечениями. Ежедневно, в течение 10 дней проводятся тренинги в виде курсов и домашних занятий, а затем, два раза в неделю – встречи, которые проводит лидер сообщества, используя формат встреч «АА» или «АН».

- Амбулаторная модель реабилитации

Предполагает индивидуальную работу психолога и психиатра с клиентом. Индивидуальная работа с клиентом проводится следующим образом:

- 1) лечение — интенсивная работа с физической зависимостью, направленная на ее преодоление и стабилизацию физических проблем;
- 2) реабилитация — интенсивная работа над собственными личностными и межличностными проблемами, выявление и осознание эмоциональных проблем и неадекватных защитных механизмов;
- 3) подготовка к жизни вне реабилитационного учреждения — интенсивно проводится работа по профилактике рецидивов (развитие социальных навыков и умений, межличностной и коммуникативной компетентности, навыков противодействия давлению социальной среды, противодействия искушению наркотизации и т.д.);
- 4) регулярные встречи с пациентом продолжительностью не менее 1–2 часов. Встречи планируются вместе с пациентом, в зависимости от их цели и задач. С течением времени интервалы между встречами увеличиваются. В этот период иногда подключают помощь группы — «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы».

Амбулаторная модель реабилитации очень распространена в Республике, как в государственном секторе наркологической службы, так и частных клиниках наркологического профиля.

Стоит отметить, что, хотя амбулаторная модель реабилитации в некоторых источниках описывается как отдельный подход, по мнению авторов этого отчета, она является скорее описанием формы предоставления услуг.

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Как отметили в интервью эксперты, доступ к услугам детоксикации и заместительной терапии, в целом, удовлетворительный, хотя существуют определенные барьеры – например, стоимость детоксикации при необходимости сооплаты или обязательность постановки на наркологический учет при включении в программы заместительной терапии.

*«На метадон у нас проблемы нет “зайти”. А вот детокс – он слишком дорогой для наркозависимых. И наркозависимые еще боятся пойти в программу ОЗТ, потому что их сразу ставят на учет. Это тоже их смущает, потому что там проблемы с правами начинаются, с милицией».*

*«В любом случае, спрос на реабилитацию был очень низкий, это все (реабилитация в государственном учреждении) – платно, даже если это небольшие деньги, даже сооплата, но немало людей, которые нуждаются в реабилитации, они как раз не платежеспособные».*

По мнению экспертов, сильное влияние на обращаемость к услугам оказывают традиции и воспитание.

*«Замечаю, что, чем дальше от крупных городов, тем чаще семья традиционно пытается скрыть употребление наркотиков. Все остается в семье. Очень редко обращаются за лечебной помощью».*

*«Ну, конечно, у нас воспитание... у нас родители очень стесняются. Если ребенок болен наркозависимостью, они стесняются обращаться за помощью, они стесняются, чтобы он вступал в эту метадоновую программу, они против этого. Ну, не дай Бог это родственники узнают. И религия, и воспитание у нас очень влияют на такие вещи».*

Доступность реабилитационных программ стационарного типа для людей с зависимостями от употребления психоактивных веществ в настоящее время в Республике низкая. Реабилитационное отделение на пять коек имеется только в г. Ош, в Ошском межобластном центре наркологии.

Услуги можно получить, если обратиться к амбулаторным реабилитационным программам в государственных лечебных учреждениях районного уровня (психоневрологические или наркологические кабинеты/отделения). Помимо амбулаторной реабилитационной помощи у психиатра или нарколога, можно обратиться к специалистам, которые, в свою очередь, в зависимости от нужд и потребностей обратившихся, перенаправят их в социальные службы, в программу «Анонимные Наркоманы» или «Анонимные Алкоголики» или в НПО, работающие с людьми, употребляющими инъекционные наркотики.

В г. Бишкек наркологическое отделение было перепрофилировано в кабинеты амбулаторной психокоррекционной помощи для людей с зависимостью, включая несовершеннолетних. В амбулаторных условиях проводятся консультирование и диагностика, оказываются медикаментозная и физиотерапевтическая помощь, проводится психотерапия с индивидуальными, групповыми и семейными занятиями, на которых рассматривается широкий круг проблем, образовательные сессии по вопросам здоровья, с особым вниманием вопросам личной гигиены, личностного и нравственного роста, укрепления благосостояния и профилактики рецидивов заболевания, предоставляются услуги психотерапии и консультирования, включая семейное консультирование, а также помощь в вопросах профориентации и устройства на работу.

Многие частные клиники проводят индивидуальную и семейную психокоррекционную работу. Такие клиники расположены, в основном, в городах Бишкек и Ош.

Некоторые НПО, помимо стандартного пакета услуг социальных учреждений (бытовые, информационные, консультационные услуги), предоставляют психологическую, социальную и реабилитационную помощь. Но их крайне мало. Еженедельные встречи по типу встреч АН и АА доступны в некоторых религиозных учреждениях (мечети, церкви).

Функция контроля и оценка качества лечения в системе здравоохранения Кыргызской Республики возложена на Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), который, вместе с тем, является распределителем финансовых средств. Контроль качества предоставляемых услуг также проводит лицензионный отдел Министерства здравоохранения, согласно утвержденным стандартам предоставляемых услуг и установленным индикаторам качества лечебного процесса.

Совместным приказом Фонда обязательного медицинского страхования от 23 декабря 2016 года, № 361 и Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 23 декабря 2017, №912 «О совершенствовании системы управления качеством медицинских, профилактических и фармацевтических услуг в системе Единого плательщика» утверждены:

- 1) положение об управлении качеством медицинских, профилактических и фармацевтических в системе Единого плательщика;
- 2) методика проведения экспертизы качества медицинских услуг и мониторинга исполнения договоров в системе Единого плательщика;
- 3) методика анализа базы данных по пролеченным случаям в стационарах, работающих в системе Единого плательщика;
- 4) учетные формы по экспертизе качества медицинских услуг в системе Единого плательщика;
- 5) отчетные формы по экспертизе качества медицинских услуг в системе Единого плательщика;
- 6) инструкции к составлению отчетных форм по экспертизе качества медицинских услуг в системе Единого плательщика.

Согласно вышеуказанному приказу, управление качеством медицинских и профилактических услуг проводится на основе заключаемого договора с поставщиком медицинской, профилактической и лекарственной помощи населению, в соответствии с законодательством Республики. Для определения качества используются следующие методы:

- экспертиза качества, предоставляемой медицинской, профилактической помощи и лекарственного обеспечения;
- мониторинг, анализ и оценка качества медицинских, профилактических услуг и лекарственного обеспечения, на основе согласованных индикаторов;
- изучение мнения пациентов о качестве медицинской, профилактической и лекарственной помощи, об условиях ее предоставления.

Экспертиза качества медицинских, профилактических услуг и лекарственного обеспечения проводятся врачами-экспертами Фонда обязательного медицинского страхования (или привлекаются внештатные эксперты). Плановая экспертиза качества проводится в соответствии с планом проведения экспертизы, ежегодно утверждаемым ФОМС. Внеплановая экспертиза качества проводится на основании обращений граждан, а также по поручению Министерства здравоохранения.

Также в каждом лечебном учреждении, согласно типовому положению «О комитете по качеству и безопасности медицинской помощи в организации здравоохранения лечебно-профилактического профиля», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 27 марта 2006 года, № 146, Комиссия по качеству проводит Координацию исполнения мероприятий по качеству предоставления услуг. Указанная комиссия может предложить план изменения качества оказания услуг.

*«Предварительно мы с ФОМСом в начале года пишем соглашение об индикаторах успешности и потом ежеквартально проверяем свои данные и сдаем их в ФОМС. Также сам ФОМС имеет право проверить нас на вопрос эффективности. То есть постоянный проводится аудит. Успешность лечения в нашем центре — это*

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

*Рецидив через шесть месяцев у нас считается хорошим и успешным лечением; через год – тоже считается очень успешным. Мы ежеквартально сдаем отчеты по пролеченным случаям, а пролеченный случай у нас – это как один из индикаторов эффективности предоставляемых услуг. Мониторинг проводим при помощи обратной связи с каждым пациентом».*

В государственных учреждениях, в том числе в программах опиоидной заместительной терапии, постоянно проводится внутренний мониторинг и оценка качества услуг.

*«У нас в центре есть комиссия по оценке качества предоставляемых услуг. Эта комиссия очень серьезная, она разбирает каждый случай смертности и каких-то сложных клинических случаев. На счет качества еще: в каждом отделении есть книга жалоб и предложений, которую периодически разбирают, то есть заведующие отделениями, они периодически разбирают, и если это входит в компетенцию заведующего отделением, то решается в самом отделении. Когда проходят у нас проверки любых комиссий, то мы после этих внутренних и внешних аудитов проводим разбор штрафов. Если на нас возлагаются штрафы, то во главе с администрацией у нас идут разборы. На счет успешности могу сказать, что такая проверка и оценка были по заместительной программе и в пенитенциарной системе. Это было несколько оценок, которые проводились международными экспертами».*

*«В нашей программе разработаны критерии эффективности программы. У нас также несколько раз проводили оценку эффективности реализации программы заместительной терапии. Также мы ежеквартально сдаем отчеты по индикаторам – таким, как удержание в программе более шести месяцев, или сколько клиентов получают АРВ-терапию».*

В неправительственных организациях, в зависимости от вида деятельности и требований донора, существует своя система мониторинга и оценки эффективности.

*«В НПО ежеквартально проводятся мониторинги. Потом ежегодные отчеты существуют, и донор выпускает ежегодный отчет о своей деятельности и деятельности организаций, которых они финансируют».*

*«У нас также проводятся фокус– группы. У нас есть сетка оценки качества услуг. Там разработаны специально вопросы о доступности, о местонахождении, о графике работы, удовлетворенности услугами».*

*«... смотрят, как человек менялся по ходу, были анкеты до и после».*

*«Индекс излечиваемости, где можно смотреть, насколько принимает, вернулся в общество, вернулся на работу, в семье меньше стало конфликтов, что он стал восстанавливать свои связи».*

## Сертификация

Медицинская и фармацевтическая деятельность на территории Кыргызской Республики осуществляется физическими и юридическими лицами только при наличии специального разрешения (лицензии). Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности осуществляется в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики (Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» с изменениями и дополнениями по состоянию на 17 апреля 2009 года, принятый Законодательным собранием Жогорку Кенеша Кыргызской Республики 11 ноября 2004 года, Статья 5 «Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности»).

Аккредитация физических и юридических лиц, занимающихся медицинской деятельностью, независимо от форм собственности, осуществляется в обязательном порядке в целях улучшения качества медицинской помощи. Порядок аккредитации определяется уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения (Статья 6 «Аккредитация физических и юридических лиц, занимающихся медицинской деятельностью»).

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Виды лицензий, кем выдаются, какие для этого необходимы документы, сроки выдачи лицензий – все это регламентировано в Законе Кыргызской Республики «О лицензировании (с изменениями и дополнениями по состоянию на 13 октября 2009 года), принятом Законодательным собранием Жогорку Кенеша Кыргызской Республики 24 февраля 1997 года.

Организации здравоохранения проходят лицензирование и аккредитацию в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Кыргызской Республики (Закон Кыргызской Республики «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике», принятый Законодательным собранием Жогорку Кенеша Кыргызской Республики 23 июня 2004 года, Статья 21 «Лицензирование и аккредитация организаций здравоохранения»).

Оказание частных наркологических услуг (наркология и психотерапия) требует обязательного лицензирования, согласно «Положению о лицензировании отдельных видов деятельности» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 15 июля 2011 года), утвержденному постановлением Правительства Кыргызской Республики от 31 мая 2001 года, № 260. Специалисты, осуществляющие частную медицинскую практику, должны обязательно сдать квалификационный экзамен (аттестация).

Во «Временном Положении о порядке лицензирования частной медицинской деятельности в Кыргызской Республике», утвержденном приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 21 апреля 2017 года, №337, определены стандарты лицензирования негосударственного сектора здравоохранения Кыргызской Республики и представлен перечень разрешенных видов медицинской деятельности в негосударственном (частном) секторе здравоохранения, подлежащих лицензированию на территории Кыргызской Республики (наркология и психиатрия в этом списке есть, реабилитации нет).

## Последипломные образовательные программы

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации (КГМИПиПК) – государственное высшее образовательное учреждение, реализующее систему непрерывного медицинского образования врачей, медсестер и других специалистов, работающих в системе здравоохранения Кыргызстана.

В КГМИПиПК реализуются программы последипломного обучения: в интернатуре, клинической ординатуре и аспирантуре – по широкому перечню медицинских специальностей, включая наркологию и психиатрию. В КГМИПиПК осуществляется последипломная подготовка в рамках программ двухгодичной и одногодичной интернатуры.

Клиническая подготовка происходит, в основном, на базе Республиканского центра психического здоровья и Республиканского центра наркологии.

В институте осуществляется подготовка клинических ординаторов, наркологов и психиатров на кафедре неврологии, нейрохирургии и психиатрии, с включением вопросов реабилитации в психиатрии и наркологии, но как показывает практика, на эти вопросы выделяется слишком мало учебных часов.

Все практикующие врачи обязательно проходят специализацию – первичную и систематическую – в течение каждых пяти лет, с присвоением категории специалиста.

Также в КГМИПиПК для медицинских и немедицинских специалистов предоставляется дистанционное обучение по вопросам наркозависимости и снижения вреда. Это обучение возможно, благодаря финансовой поддержке международных организаций (на базе learn.aids.gov.kg и веб-сайт КГМИПиПК). Но если для психиатров-наркологов разработан пакет соответствующих учебных планов и программ, то для специалистов смежного профиля (психологов, педагогов, социальных работников) программ и пособий пока явно недостаточно.

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## РЕКОМЕНДАЦИИ

- **Продвигать научно-обоснованные методы и подходы реабилитации путем обучения специалистов и обмена опытом. Разработать систему обучения и комплексную учебную программу по реабилитации для психологов и социальных работников.**

*«Все наши медики, врачи, медицинские сестры проходят каждые пять лет специализацию, а по окончании сдают экзамены на категорию, но вот, как я знаю, вопросы реабилитационного процесса в учебных программах мало освещены».*

*«Было бы здорово обучать равных консультантов. Равный консультант – это же человек, который является первичным звеном. Во многом это будет зависеть от него: будет ли клиент дальше лечиться или нет, до медицинского учреждения дойдет или нет».*

*«Я думаю, было бы хорошо создать базу специалистов, которые были уже ранее обучены по вопросам реабилитационного процесса. Эти специалисты сейчас могут заниматься не этой деятельностью, они могут быть везде. Желательно эту базу создать и использовать их потенциал для обучения новых специалистов».*

- **Провести научно-практическую встречу всех специалистов, работающих в сфере оказания помощи при зависимостях, включая кафедру Кыргызской государственной медицинской академии (КГМА) и ПК по разработке учебных программ в наркологической службе. Создать рабочую группу по разработке учебных программ, созданию и обновлению клинических протоколов для реабилитационного процесса.**

*«Надо заново реанимировать, поднять, восстановить по кусочкам. Те, кто работал собрать всех, собрать рабочую группу. Они могли бы внести ценные предложения и начать разрабатывать концепцию комплексных реабилитационных подходов в лечении наркологических больных».*

- **Обновить и усовершенствовать существующую нормативно-правовую базу по реабилитационному процессу. Существующие нормативные акты: «Положение о наркологическом реабилитационном центре» и «Стандарт реабилитации больных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов» – нуждаются в пересмотре, с учетом сокращения объема предоставляемых услуг и перехода на амбулаторный уровень реабилитационного процесса в Республиканском центре наркологии.**

- **Внедрить в штатное расписание реабилитационного отделения/центра/процесса понятие «консультант зависимости» или «резидент зависимости».**

*«Мне кажется, что надо обязательно пересмотреть штатное расписание реабилитационного процесса и внедрить такое понятие, как “консультант зависимости”».*

- **Увеличить финансовую поддержку реабилитационных услуг; возобновить работу реабилитационного центра/отделения, хотя бы на уровне г. Бишкек, возможно, при привлечении мэрии г. Бишкек.**

*«Ну, я считаю, что детокс у нас должен быть бесплатный для наркозависимых. И потом, должна быть длительная реабилитация человека – тоже, желательно, бесплатная».*

*«Объединить усилия с городом, создать городской реабилитационный центр. Чтобы мэрия и городское управление здравоохранения взяли на себя часть организационных вопросов».*

*«Я думаю, нам нужно обязательно разработать механизм оплаты или сооплаты за реабилитационную помощь».*

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

*«Я думаю, что в гражданском секторе нужно усилить работу реабилитационных центров. У нас эта работа очень хорошо идет в колониях. А когда человек освобождается, ему особо некуда идти. И если они идут, там они не задерживаются, – скорее всего, там слабая работа, на гражданском секторе».*

• **Улучшить механизм взаимодействия различных структур и субъектов реабилитационного процесса (государственные и частные лечебные центры, службы, оказывающие социальные, юридические услуги, неправительственные организации, предоставляющие различные услуги, местные органы самоуправления (акиматы), группы само- и взаимопомощи «Анонимные Алкоголики» и «Анонимные Наркоманы»). Усилить взаимодействие гражданского сектора и пенитенциарной службы по вопросам оказания услуг реабилитации.**

*«Если как-то наладить взаимосвязь врачей наркологии с НПО, было бы больше возможностей, и охват лучше был бы, и реальная картина».*

*«Нам надо реанимировать такое партнерство. У нас была налажена такая концепция, что человек, который попадает в наши программы наркологии, «Социум» и другие учреждения, он уже из этого круга никуда не пропал».*

*«Было бы хорошо, если бы существовал какой-то механизм, чтобы можно было предоставлять помещения для «Анонимных Алкоголиков» и «Анонимных Наркоманов», и для групп родственников на базе наркологических клиник».*

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антинаркотическая программа Правительства Кыргызской Республики, утвержденная постановлением Правительства Кыргызской Республики от 27 января 2014 года, № 54. – <http://cbd.minjust.gov.kg>.
2. Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2013–2016 годы. – <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/93959>.
3. Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике». – <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/1747?cl=ru-ru>.
4. Закон «О лекарственных средствах». – <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/513?cl=ru-ru>.
5. Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» (1998).  
<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/74>.
6. Клинический протокол «Клиническое ведение неонатального абстинентного синдрома у новорожденных, рожденных от матерей, принимающих психоактивные вещества».  
<http://www.rcn.kg/normative-base/guide>.
7. Клинический протокол «Скрининг беременных на потребление психоактивных веществ с применением теста ASSIST». – [http://www.med.kg/images/MyFiles/KP/akusherstvo/28\\_kp\\_ASSIST.pdf](http://www.med.kg/images/MyFiles/KP/akusherstvo/28_kp_ASSIST.pdf).
8. Клинический протокол «Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии метадоном». – <http://www.rcn.kg/normative-base/guide>.
9. Клинический Протокол «Оказание помощи при передозировках опиоидами».  
<http://www.rcn.kg/normative-base/guide>.
10. Клиническое руководство по заместительной поддерживающей терапии метадоном при синдроме зависимости от опиоидов. – [www.kgma.kg/pdf%20files/KP/11\\_KP\\_Терапия\\_метадоном\\_при\\_зависимости.pdf](http://www.kgma.kg/pdf%20files/KP/11_KP_Терапия_метадоном_при_зависимости.pdf).
11. Клиническое руководство «Диагностика, лечение психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов». – <http://www.med.kg/ru/n-hr/kp-kr.html>.
12. Н.Н. Иванец, В.Е. Пелипас, Т.Н. Дудко, М.Г. Цетлин. Организационно-методические аспекты реабилитации наркологических больных. – <http://archiv.council.gov.ru/files/journalsf/item/20060920094157.pdf>.
13. Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ: Раннее выявление и профилактика распространения зависимостей. – Павлодар, 2003, том 3.  
[http://shkola-48.ru/data/objects/386/files/cms\\_images\\_stories\\_monografiya\\_lutchaya\\_praktika\\_3h3.pdf](http://shkola-48.ru/data/objects/386/files/cms_images_stories_monografiya_lutchaya_praktika_3h3.pdf).
14. Национальный отчет о наркоситуации в Кыргызской Республике (2011).  
<http://www.day.kg/ischezajushhie-shedevry/1511-nacionalnyjj-otchet-o-narkosituacii-v-kyrgyzskoj.html>.
15. Положение о порядке лицензирования частной медицинской практики в Кыргызской Республике.  
<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/30692?cl=ru-ru>.
16. Положение о наркологическом реабилитационном центре, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 12 февраля 2004 года, № 65.  
[http://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=30293034#pos=1;-135](http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30293034#pos=1;-135).
17. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, подлежащих контролю в Кыргызской Республике».  
<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/58704?cl=ru-ru>.
18. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О порядке учета, хранения и использования наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Кыргызской Республике».  
<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/94051>.
19. Приказ №248 от 18.05.15 г. «Об утверждении стратегии развития последипломного и непрерывного медицинского образования в Кыргызской Республике на период 2014–2020 годы». – <http://www.ksmi.kg/>.
20. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 25 декабря 2009 года, № 838 «Об утверждении стандартов услуг по снижению вреда, связанного с инъекционным потреблением наркотиков в Кыргызской Республике (с изменениями от 12 июля 2011 года)». – <http://rcn.kg/normative-base/standard>.
21. Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью, утвержденная Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 20 ноября 2015 года, № 790. – <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/98211?cl=ru-ru>.

# II\_КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

22. Игонин А.Л., Шевцова Ю.Б., Баранова О.В., Визельман А.М. Реабилитация больных алкоголизмом с точки зрения коррекции нарушений их социального поведения.

[http://ruskline.ru/analitika/2010/02/17/reabilitaciya\\_bolnyh\\_alkogolizmom\\_s\\_tochki\\_zreniya\\_korrekcii\\_narushenij\\_ih\\_socialnogo\\_povedeniya](http://ruskline.ru/analitika/2010/02/17/reabilitaciya_bolnyh_alkogolizmom_s_tochki_zreniya_korrekcii_narushenij_ih_socialnogo_povedeniya).

23. Приказ Фонда обязательного медицинского страхования (№ 361, от 23 декабря 2016 года) и Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (№912 от 23 декабря 2017 года) «О совершенствовании системы управления качеством медицинских, профилактических и фармацевтических услуг в системе Единого плательщика». – <http://www.foms.kg>.

24. «Стандарт проведения детоксикационной терапии состояния отмены от опиоидов в стационарном отделении Республиканского центра наркологии», «Стандарт психосоциальной поддержки».

<http://www.rcn.kg/normative-base/standard>.

25. «Стандарт профилактики передозировок от опиоидов с применением препарата налоксон», «Стандарт проведения реабилитационных мероприятий, лицам с зависимостью от опиоидов».

<http://www.rcn.kg/normative-base/standard/1>.

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

## РЕЗЮМЕ

Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков в Российской Федерации в 2016 году составило 495 982 человека, 338,5 на 100 тыс. населения.

В 2016 году среди зарегистрированных больных наркоманией, как и в предыдущие годы, большинство составили больные с опиоидной зависимостью (69,6%). Затем – больные полинаркоманией и зависимые от других наркотиков – 15,8%. Больных с зависимостью от каннабиноидов – 9,6%. Пациентов с зависимостью от психостимуляторов (амфетамины, кокаин и т.п.) – 4,9%.

Из общего числа потребителей наркотиков 262 924 человека употребляли наркотики инъекционным путем (люди, употребляющие инъекционные наркотики – ЛУИН), 179,4 на 100 тыс. населения.

Специалисты, задействованные в лечении и реабилитации, отмечают все большую распространенность «солей», «спайсов», аптечных и синтетических наркотиков и все меньшую популярность героина. Такие изменения, по мнению экспертов, могут потребовать пересмотра подходов к лечению наркозависимых.

Лечение наркозависимых осуществляется в Российской Федерации на основании Федеральных клинических рекомендаций, разработанных Российским обществом психиатров и утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В «Федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению синдрома зависимости» основной упор сделан на применении психотропных лекарственных средств (в первую очередь, антипсихотиков), что является не эффективным и не безопасным, учитывая результаты последних исследований и данные доказательной медицины.

Лечением пациентов наркологического профиля могут заниматься медицинские учреждения, имеющие лицензию на такой вид деятельности: государственные или частные. Для получения сертификата врача–психиатра–нарколога, имеющего право проводить лечение пациентов наркологического профиля, врач, имеющий образование врача–лечебника, должен пройти ординатуру по этой специальности. Специального образования по реабилитации наркологических больных не существует.

Медицинская реабилитация регулируется «Протоколом ведения больных. Реабилитация больных наркоманией» (2003), утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ.

Социальная реабилитация наркозависимых регулируется Национальным стандартом «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг» (2012). Основной целью реабилитации, согласно этому документу, является «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).

Деятельность государственных реабилитационных центров регламентируется вышеперечисленными нормативными актами, а также внутренними приказами и положениями. Деятельность религиозных или частных реабилитационных центров не сертифицируется.

К 2016 году в Российской Федерации существовали следующие типы учреждений, предоставляющих квалифицированные услуги реабилитации: государственные, частные, религиозные. Помимо этого, в регионах страны распространены так называемые «мотивационные центры» – частные клиники по принудительной реабилитации наркозависимых, в которые на недобровольной основе помещаются потребители наркотиков.

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Самостоятельных государственных реабилитационных центров в Российской Федерации – три, из которых два являются стационарными и один – амбулаторный. Число коек в реабилитационных стационарных центрах – 195. Реабилитационных центров (отделений) в составе специализированных наркологических (психиатрических) учреждений на 2016 год – 135, с общим числом коек 3168. Число амбулаторных отделений медицинской реабилитации в центрах и отделениях – 70. В этих организациях работает 1466 психологов, 575 специалистов по социальной работе и 846 социальных работников. Из них в амбулаторной реабилитации – 746, 367 и 427 соответственно.

В 2016 году в амбулаторные реабилитационные программы были включены 89 297 пациентов наркологического профиля. Стационарную реабилитацию из них прошли 29 381 человек.

В государственных центрах лечение и реабилитация осуществляются бесплатно за счет средств Фонда медицинского страхования, при условии постановки на наркологический учет. По желанию пациентов лечение может проводиться анонимно, но на платной основе.

В 2004–2009 годах в России работал проект ГЛОБУС («Глобальное объединение усилий против СПИДа»), в рамках которого реализовывались программы снижения вреда для групп риска. В феврале 2011 года глава Министерства здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова заявила, что российские власти не верят в эффективность программ снижения вреда и считают опасным опыт применения опиоидной заместительной терапии. В настоящее время в России официально запрещено использование программ снижения вреда и заместительной поддерживающей терапии.

Частные реабилитационные центры действуют во всех регионах России. Однако статистика по этим центрам не ведется. Стоимость лечения варьируется от 30 000 рублей (500\$) до 60 000 рублей (1000\$) в месяц. В некоторых центрах стоимость существенно выше – до 5000\$. Продолжительность стационарной реабилитации в таких центрах может составлять от 45 дней до 1,5 лет.

Следует отметить активное участие Русской Православной Церкви в предоставлении услуг реабилитации: В Российской Федерации при РПЦ работают около 80 реабилитационных центров.

В декабре 2012 года РПЦ утвердила концепцию по реабилитации наркозависимых *«Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых»*. Документ описывает основные принципы церковного понимания реабилитации, а также особенности организации реабилитационного процесса. Показателем успеха реабилитации, с точки зрения РПЦ, наряду с устойчивой ремиссией зависимого, является сформировавшаяся христианская ценностная мотивация в повседневной жизни.

Наркологическая помощь (лечение и реабилитация), как и информация о ней, в целом, доступны. Однако следует отметить и ряд проблем в этой сфере: отсутствие общих стандартов и подходов для реабилитационных центров различных форм собственности, проблемы с контролем над качеством предоставляемых услуг, неравномерность доступа к услугам в разных регионах, использование подходов с недоказанной эффективностью как в лечении, так и в реабилитации. Возникают сложности в обеспечении услугами несовершеннолетних, инвалидов, предоставлении услуг семьям, где оба партнера употребляют наркотики, особенно, если в таких семьях есть дети. Препятствиями для обращения за помощью в государственные клиники и реабилитационные центры являются невозможность обращения на анонимной основе, необходимость постановки на учет, отношение персонала и неудовлетворительные бытовые условия. В частных клиниках – высокая стоимость услуг.

Качество услуг оценить крайне затруднительно. Нет единого подхода к мониторингу и оценке реабилитационных программ.

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Большинство государственных и частных реабилитационных центров используют 12-шаговую программу, а также широкий перечень различных психотерапевтических методов: бихевиоральную терапию, когнитивную терапию, арт-терапию, гипнотерапию и др. Частные и религиозные центры могут быть организованы в виде терапевтического сообщества или терапевтической общины.

Основным критерием эффективности для любых видов программ называется достижение стойкой ремиссии. Существуют также другие критерии успешности, – например, процент/количество успешно завершивших курс стационарного лечения или реабилитации, повторности госпитализации, удовлетворенность клиентов. Эксперты отмечают необходимость расширения критериев успешности программ реабилитации индикаторами, касающимися различных сфер жизни: состояния здоровья, социальных связей, трудоустройства и т.д., – в соответствии с международными стандартами.

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

## ХАРАКТЕРИСТИКА НАРКОСИТУАЦИИ В СТРАНЕ

В 2016 году амбулаторными наркологическими учреждениями были зарегистрированы 292 407 больных наркоманией (в 2015 году – 311 785), 199,5 на 100 тысяч населения (в 2015 году – 213,0). По сравнению с 2015 годом этот показатель снизился на 6%. Кроме того, 203 575 человек в 2016 году были зарегистрированы с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление наркотиков». В расчете на 100 тысяч населения этот показатель составил 138,9 (в 2015 году – 159,0). По сравнению с уровнем 2015 года этот показатель уменьшился на 12,6%.

Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков (включая больных наркоманией и лиц с пагубным употреблением наркотиков) в 2016 году составило 495 982 человека, 338,5 на 100 тысяч населения, что на 9% ниже уровня 2015 года (371,9).

Среди зарегистрированных больных наркоманией в 2016 году, как и в предыдущие годы, большинство составили больные с опиоидной зависимостью (69,6%). Второе ранговое место заняла группа пациентов, включающая больных полинаркоманией и зависимых от других наркотиков – 15,8%. Больные с зависимостью от каннабиноидов заняли третье ранговое место – 9,6%. На четвертом месте – группа пациентов с зависимостью от психостимуляторов (амфетамины, кокаин и т.п.) – 4,9%.

За период с 2015 по 2016 годы динамика показателей общей заболеваемости различными формами наркоманий носила разнонаправленный характер. Так, заболеваемость опиоидной наркоманией уменьшилась с 157,5 на 100 тысяч населения до 138,9, – то есть на 12%. Заболеваемость каннабиноидной наркоманией осталась на прежнем уровне (2015 год – 19,3, 2016 год – 19,2 на 100 тысяч населения). Наблюдался значительный рост показателя общей заболеваемости у пациентов с зависимостью от других наркотиков и полинаркоманией: с 27,5 до 31,5 на 100 тысяч населения, – то есть увеличился на 14,5%, с зависимостью от психостимуляторов – с 8,6 до 9,8 на 100 тысяч населения, то есть увеличился на 13,7%.

Из общего числа потребителей наркотиков 262 924 человека употребляли наркотики инъекционным способом (люди, употребляющие инъекционные наркотики – ЛУИН), 179,4 на 100 тысяч населения (в 2015 году – 298 155 или 203,6 на 100 тысяч населения.). При этом, показатель учтенной распространенности (обращаемости) этого контингента снизился на 12%.

Категория пациентов, употребляющих наркотики инъекционным способом, является группой риска распространения ВИЧ-инфекции и других парентеральных инфекций. Несмотря на неуклонное снижение обращаемости числа ЛУИН в наркологические учреждения, уровень ВИЧ-инфекции среди этой категории пациентов растет. Если в 2009 году этот показатель составлял 13,2%, то в 2016 году – 24,3%.

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

## НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЮ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПАВ

Лечение наркозависимых осуществляется в Российской Федерации на основании Федеральных клинических рекомендаций, разработанных Российским обществом психиатров и утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

*Цель:* избавление пациента от зависимости.

*Философия:* стратегия «без наркотиков» (drug free strategy).

*Задачи:*

- 1) подавление синдрома патологического влечения;
- 2) лечение соматоневрологических последствий хронической интоксикации ПАВ.

*Тактика:* комплексное медикаментозное и психотерапевтическое лечение.

Стоит отметить, что в «Федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению синдрома зависимости» основной упор сделан на применении психотропных лекарственных средств (в первую очередь, антипсихотиков), которые, в соответствии с современными исследованиями и в контексте доказательной медицины, являются не эффективными и не безопасными.

Для получения наркологической помощи требуется установление наркологического диагноза. В случаях обнаружения тяжелой соматической или психической патологии пациенту рекомендуется пройти лечение в учреждениях соматического или психиатрического профиля. Продолжительность лечения не регламентирована, реабилитация осуществляется на добровольной основе и может потребовать от трех до 12 месяцев.

Все реабилитационные мероприятия разделены на медицинскую (медико-социальную) и социальную реабилитацию.

**Медицинская реабилитация** регулируется протоколом ведения больных «Реабилитация больных наркоманией» (2003), утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации. Документ содержит описание мероприятий, оказываемых больным наркоманией на этапе реабилитации.

Задачи медицинской реабилитации:

- подавление основного синдрома заболевания: патологического влечения к психоактивным веществам (посредством комплекса фармакологических, физиотерапевтических и других мероприятий);
- нивелирование астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, обусловленных злоупотреблением психоактивных веществ;
- восстановление коммуникативных навыков;
- обучение пациентов навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать наркотикам «нет»;
- обучение умению определять «предвестники» обострения влечения к психоактивным веществам и преодолевать рецидивы заболевания;
- обучение анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения;
- формирование ответственности за свое поведение и здоровый образ жизни;
- формирование (или восстановление) навыков систематического труда и учебы;
- стабилизации профессиональных отношений, возобновление положительных социальных контактов;
- нейтрализации наркотической субличности и ее влияния на личность в целом, осознание и развитие здоровых конструктивных частей личности;
- формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок;

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

- формирование реальной жизненной перспективы;
- восстановление семейных отношений;
- психотерапевтическая работа с родственниками больных, направленная на расширение их знаний о медико-социальных последствиях наркомании, обучение их навыкам оказания психологической поддержки больным и контролю над их состоянием с целью предупреждения рецидивов заболевания, обучение навыкам преодоления созависимости;
- медико-социальная профилактика срывов (одно- или двукратное употребление наркотиков на фоне ремиссии) и рецидивов заболевания;
- формирование мотивации к участию в реабилитационных программах и стремлению к жизни без психоактивных веществ;
- формирование мотивации к целенаправленной деятельности, повышение нормативных уровней притязаний и социальных интересов;
- восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции, с акцентом на приоритет положительных эмоций при решении личных и социальных задач;
- повышение качества жизни наркологических больных, стремящихся пройти программу реабилитации и избежать рецидивов заболевания.

**Социальная реабилитация** наркозависимых регулируется Национальным стандартом «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг» (2012). Основной целью реабилитации определено «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).

Курс реабилитации включает четыре направления:

- возрождение, то есть 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;
- социальную реадaptацию, формирование компенсаторных социальных навыков после избавления от патологической зависимости от психоактивных веществ, из-за которой социальные контакты были нарушены;
- творчество, то есть самостоятельность в принятии решений и выбор наилучшего результата, раскрытие внутреннего потенциала».

Деятельность государственных реабилитационных центров регламентируется вышеперечисленными нормативными актами, а также внутренними приказами и положениями. Для осуществления лечения пациентов наркологического профиля частные медицинские учреждения должны получить соответствующую лицензию. В других случаях, если реабилитационными центрами (частными или религиозными) не предоставляются медицинские услуги, деятельность центров не сертифицируется.

Русская Православная Церковь в декабре 2012 года утвердила концепцию по реабилитации наркозависимых **«Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых»**. Документ описывает основные принципы церковного понимания реабилитации, а также особенности организации реабилитационного процесса. Помимо собственных оригинальных программ реабилитации наркозависимых, Русская Православная Церковь допускает использование методик, заимствованных из опыта российской наркологии, форм и методов, разработанных в других странах, если они находятся в согласии с нравственными принципами, гарантирующими благо и достоинство человеческой личности.

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Руководящая роль в реабилитации отводится православному священнику. В концепции также указано, что желательно привлекать к деятельному участию в церковной реабилитации специалистов: наркологов, медиков, психологов, социальных работников. Однако специалисты–профессионалы могут допускаться к участию в реабилитационном процессе, организованном в православной общине только при условии, что являются воцерковленными людьми или, как минимум, разделяют христианскую систему ценностей.

Показателем успеха реабилитации, с точки зрения Церкви, наряду с устойчивой ремиссией зависимого является сформировавшаяся христианская ценностная мотивация в повседневной жизни..

## ДОСТУПНЫЕ ТИПЫ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ КВАЛИФИЦИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ (ГОСУДАРСТВЕННЫЕ, РЕЛИГИОЗНЫЕ, КОММЕРЧЕСКИЕ, ОБЩЕСТВЕННЫЕ)

К 2016 году в Российской Федерации существовали следующие типы учреждений, предоставляющих квалифицированные реабилитационные услуги: государственные, частные, религиозные. Помимо этого, в различных регионах страны распространены так называемые «мотивационные центры» – частные клиники по принудительной реабилитации наркозависимых, в которые на недобровольной основе помещаются наркозависимые.

Лечением пациентов наркологического профиля вправе заниматься медицинские учреждения: государственные или частные, - имеющие лицензию на такой вид деятельности.

Реабилитационные услуги законодательно не регламентированы.

Самостоятельных государственных реабилитационных центров в России три, из которых два – стационарных и один – амбулаторный. Число коек в реабилитационных стационарных центрах – 195. Реабилитационных центров (отделений) в составе специализированных наркологических (психиатрических) учреждений Российской Федерации на 2016 год – 135. Из которых реабилитационных центров – 17, реабилитационных отделений – 118, общее число коек – 3168. Число амбулаторных отделений медицинской реабилитации в центрах и отделениях – 70. В этих организациях работает 1466 психологов, 575 специалистов по социальной работе и 846 социальных работников. Из них в амбулаторной реабилитации – 746, 367 и 427 соответственно.

В 2016 году в амбулаторные реабилитационные программы включены 89 297 пациентов наркологического профиля (в 2015 году – 91 700), что составляет 3,7% от числа обратившихся за амбулаторной наркологической помощью. Из числа пациентов с зависимостью от ПАВ, включенных в амбулаторные реабилитационные программы, успешно завершили амбулаторную реабилитацию 48 898 человек, или 55% от числа проходивших амбулаторную реабилитацию. После окончания стационарного этапа реабилитации за амбулаторной реабилитационной помощью обратилось 9603 пациента.

Стационарную реабилитацию успешно завершили 81,5% от числа проходивших (всего прошли 29 381 пациент). Средняя продолжительность стационарной реабилитации для пациентов, успешно ее завершивших, составила 42 койко-дня. После прохождения стационарной реабилитации было направлено для прохождения амбулаторного этапа 14 949 человек, или 62,5% от числа успешно завершивших стационарный этап реабилитации. Однако следует отметить, что 37,5% пациентов по окончании стационарного этапа реабилитации не направляются в амбулаторные реабилитационные программы.

Государственные реабилитационные центры финансируются из бюджета. В государственных центрах лечение осуществляется бесплатно, за счет средств Фонда медицинского страхования, при условии постановки на наркологический учет. По желанию пациентов лечение может проводиться анонимно, но на платной основе. Перед началом стационарного лечения пациент сдает необходимый минимум анализов, требуемый для госпитализации в медицинское учреждение (ВИЧ, RW, гепатиты, флюорография).

Для включения в программу реабилитации обычно требуется 10 дней «чистоты», то есть не употребления каких-либо наркотических веществ. Однако это правило в настоящее время не всегда строго соблюдается.

*«Единственное ограничение, и то в последнее время оно претерпевает некие изменения: 10 дней чистоты (не употребления всех химических веществ). В связи с новыми видами наркотиков, мы не можем достоверно убедиться, употреблял он 10 дней или не употреблял».*

В программы реабилитации, как правило, включают пациентов, прошедших лечение (детоксикацию). Сначала пациентов включают в краткосрочные реабилитационные программы (до трех месяцев), затем, по их желанию, – в долгосрочные (до одного года).

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Число реабилитационных центров при Русской Православной Церкви – около 80. Разработана и реализуется Концепция Русской Православной Церкви по реабилитации наркозависимых. Реабилитационные центры могут получать финансовую поддержку от государства. Методы не носят научного характера, включают трудотерапию и «воцерковление». В некоторых из центров работают психологи.

Кроме Русской Православной Церкви, услуги реабилитации предоставляют церкви других христианских конфессий и мусульманские реабилитационные центры.

*«Не православных в России... смотря каких, исламских, например, – я думаю, немного, по пальцам пересчитать можно. Если говорить о других конфессиях, протестантах, баптистах, лютеранах, – их очень много. Они работают неофициально. Они называют это центрами, но реальных таких центров, где профессионально оказывается помощь, хотя бы социально-трудовой реабилитации, – таких, я думаю, немного».*

Частные реабилитационные центры действуют во всех регионах России. Однако статистика по ним не ведется. Их точно не меньше 80, – скорее всего, значительно больше.

*«Частных центров сейчас огромное количество. Их трудно сосчитать. Детоксы – они более-менее просчитываются, потому что на детокс выдается лицензия Министерства здравоохранения, на частный. Их количество известно. А вот частные реабилитационные центры – их количество неизвестно. В свое время, когда был наркоконтроль, они под Казанью насчитали порядка 70 реабилитационных центров, коттеджей и т.п., в которых содержались наркозависимые. Это только под Казанью. Для реабилитации лицензия формально не нужна».*

Такие центры обязаны получить лицензию на ведение медицинской деятельности и выполнять требования Федеральных клинических рекомендаций. Лечение и реабилитация осуществляются анонимно, на коммерческой основе. Если в центре не предусмотрена детоксикация, стандартное требование для клиентов для начала реабилитации – определенный период трезвости (около пяти дней).

Частные реабилитационные центры осуществляют свою деятельность на платной основе. Стоимость варьирует от 30 000 рублей (500\$) до 60 000 рублей (1000\$) в месяц. В некоторых центрах стоимость достигает 5000\$. Продолжительность стационарной реабилитации – от 45 дней до 1,5 лет.

Помимо частных реабилитационных центров, распространены так называемые «мотивационные центры», в которые наркозависимые помещаются по заявлению родственников, без согласия самих пациентов. Терапия в таких центрах не проводится. Используется изоляция и труд. За включение в такие программы с участников требуется плата.

## НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ

На практике большинство государственных и частных реабилитационных центров используют 12-шаговую программу, а также различные психотерапевтические методы: когнитивно-поведенческую терапию, арт-терапию и т.д. В одних центрах это может быть 12-шаговая модель с элементами разных видов психотерапии, в зависимости от потребностей пациента, в других – работа исключительно с помощью психотерапевтических методов.

*«В основе многих реабилитационных центров лежит 12- шаговая программа, так называемая Миннесотская модель».*

*«...это такая комплексная модель, включающая элементы бихевиоральной терапии и когнитивной терапии, и гипнотерапии, и множество других психотерапевтических методик».*

Частные и религиозные центры могут быть организованы в виде терапевтического сообщества или терапевтической общины.

*«Мы используем метод терапевтической общины. Когда люди приходят добровольно, с определенной целью: стать трезвыми. И добровольно соглашаются на распорядок дня. И сами регулируют, чтобы этот распорядок соблюдался, поведением внутри своей общины. А все остальные: педагоги, волонтеры, психологи – они лишь оказывают помощь в индивидуальном консультировании и в общем направлении, поддержке, так скажем, людей в этой программе, чтобы они за рамки не выходили. Они курируют общее, так сказать, направление, чтобы это не выходило за рамки, чтобы это работало. А так, ребята сами решают все эти вопросы: внутренние, дисциплинарные, и если какие-то возникают нюансы. Есть распорядок – это основное. От него отталкиваются. А дальше – бытовые вопросы решаются коллегией».*

При наличии послелечебной программы пациентам оказывается поддержка в социальной интеграции, улучшении отношений в семье, получении необходимых социальных, бытовых и трудовых навыков, помощь с трудоустройством. Не всегда, конечно, такие комплексные программы доступны, а если доступны, не обязательно востребованы.

*«По поводу социальной реинтеграции, как раз вот это позволяет уже послелечебная программа в течение трех месяцев, где пациент уже реинтегрируется в социум, в семью, продумывает, где он будет работать, или уже какие-то разовые работы выполняет. Мы уделяем этому большое внимание, потому как реабилитация, как просто терапия, была бы неэффективна без ресоциализации».*

*«Скорее, у нас есть какие-то элементы этой социальной реинтеграции, чем комплексный какой-то подход. Начиная с того, что они сами себя обслуживают, – многие же и этого не умеют. Там читать многие учатся – многие, когда приходят, читать не умеют. Заканчивая тем, что он там какую-то работу ведут, у нас постоянно приезжают волонтеры. Люди с детьми приезжают, семьями, они общаются. У нас там создана специальная детская площадка. Плюс – животные, уход за животными. То есть они все-таки получают у нас немножко элементы социализации. Но, конечно, я не могу сказать, что это комплексная какая-то программа».*

## ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

В Российской Федерации наркологическая помощь (лечение и реабилитация), в целом, доступны. Многие центры работают с «недогрузкой», однако в ряде регионов существуют листы ожидания. Загруженность коечного фонда для реабилитации наркологических больных остается низкой по сравнению с ситуацией по обычным наркологическим койкам, что может свидетельствовать как о недостаточной востребованности такого рода помощи, так и о необходимости внедрения стационарзамещающих технологий в области реабилитации.

В Российской Федерации существуют государственные, частные и религиозные типы учреждений, предоставляющих услуги реабилитации. Услуги лечения (детоксикации) можно получить в государственных и в частных центрах. Эксперты отмечают изменения к лучшему в сфере реабилитации наркозависимых, – прежде всего, это наличие выбора, внедрение новых подходов, программ, изменение отношения к проблеме.

*«За последние 10-15 лет все значительно изменилось. Сейчас появилась именно реабилитация, настоящая. Раньше, если мы тупо лечили медикаментами одними наркоманов, то сейчас появились именно реабилитационные мероприятия какие-то, поддерживающая терапия, психологическое сопровождение и так далее. По нашей клинике могу сказать, мы еще активно приобщаем к работе родственников пациентов, что тоже немаловажно для их ремиссии. Стало больше программ, не только лечение, мотивация и реабилитация, но сейчас появился, в общем-то, дальнейший этап реабилитации – ресоциализация... Есть возможность уже не только реабилитировать, но и предоставлять рабочие места».*

*«Ситуация изменилось, слава Богу, в лучшую сторону. Все-таки гораздо больше людей начинают понимать, что это не просто, что проблема достаточно сложная. Все-таки сейчас более лояльно начинают относиться к этому контингенту больных, считать действительно их больными, а не злодеями какими-то. И в тех центрах, где мне приходится сотрудничать, очень многие сотрудники прекрасно это понимают, хотя, может быть, и продолжают работать в рамках тех же самых «12 шагов», но стараются наполнить их более-менее либеральным отношением и более свежими сведениями, почерпнутыми в рамках достижений доказательной наркологии. В частности, они уже больше не относятся так жестко, грубо к программе снижения вреда, к программе отказа от мнимого абсолюта, к жесткой абстиненции, как критерию абсолютного выздоровления. Сегодня в рамках индивидуальных консультаций молодые сотрудники активно пользуются уже не традициями отечественной наркологии, такой кондовой, а вот современными представлениями».*

Вместе с тем, следует отметить и наличие ряда проблем: отсутствие общих стандартов и подходов для реабилитационных центров различных форм собственности, проблемы с контролем над качеством предоставляемых услуг, неравномерность доступа к услугам в разных регионах, использование подходов с недоказанной эффективностью как в лечении, так и в реабилитации. Серьезной проблемой остается нарушение прав человека, применение насилия, особенно в так называемых «мотивационных центрах».

*«Ситуация неоднозначная. Потому как в настоящее время лечение и реабилитация наркозависимых осуществляются как в государственных, так и в частных центрах. Реабилитация проводится также и в религиозных центрах, так скажем, под эгидой религиозных конфессий. Отсутствуют единые стандарты в оказании реабилитационной и наркологической помощи. Усилились тенденции, которые обозначают положение дел – "кто во что горазд"».*

*«Еще более непрозрачно ситуация складывается, потому как частные центры, где оказывается помощь, там ситуация (это известно из прессы и криминальных сообщений) носит негуманный характер, а иногда даже и криминальный».*

*«Это использование – в соответствии со стандартами препаратов психотропных, в частности нейролептиков, антипсихотиков. И этим отличается российская психиатрия и постсоветская психиатрия и наркология от всех остальных. Огромное количество антипсихотиков входит в перечень, который необходимо назначать наркозависимым, хотя в стандарты ВОЗа они не входят».*

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

В связи с изменением наркосцены, все большей распространенностью «солей», «спайсов», аптечных и синтетических наркотиков и меньшим использованием героина, эксперты отмечают необходимость в пересмотре подходов к лечению наркозависимых: *«...переход наркологической проблемы в психиатрический профиль из-за появления и употребления новых наркотиков».*

Отмечая, в целом, доступность информации по услугам лечения и реабилитации и большой выбор реабилитационных центров, эксперты выделяют ряд препятствий и барьеров к доступу к услугам. В государственных центрах – это, прежде всего, невозможность получить помощь на условиях анонимности и необходимость постановки на учет. Как следствие – негативные последствия для пациента, например, запрет на управление транспортным средством, если не зафиксирована стойкая ремиссия, подтвержденная поликлинической службой (согласно приказу Министерства здравоохранения, не менее трех лет).

Другими причинами нежелания обращения за помощью в государственные клиники могут быть неудовлетворительные бытовые условия и отношение персонала.

В частных клиниках – высокая стоимость.

Также проблемы возникают в обеспечении услугами несовершеннолетних, инвалидов, предоставлении услуг семьям, где оба партнера употребляют наркотики, особенно, если в таких семьях есть дети.

*«Мы не можем брать инвалидов: у нас ограниченные условия. Были обращения, но мы не в состоянии, у нас нет таких возможностей инвалидов брать. Приходят иногда семьями, муж и жена – наркоманы или алкоголики. Мы пробовали брать. Но пока не очень получается. То есть с этим тоже есть свои сложности. Ну и плюс количество мест ограничено, нет возможностей таких, чтобы селить их сразу, тем более с детьми. Невозможно. Несовершеннолетних мы не можем брать. И такие обращаются. Мы не можем. Мы не работаем с детьми, с несовершеннолетними».*

В штате реабилитационного центра могут состоять различные специалисты: врачи, медсестры, психологи, медицинские психологи, социальные работники, а также консультанты из числа бывших пациентов. Уровень их квалификации оказывает существенное влияние на качество предоставляемых услуг.

Штат государственных реабилитационных центров и критерии подбора персонала строго регламентируются. В коммерческих и религиозных центрах штат варьируется, в зависимости от потребностей и возможностей центра. Существует практика привлечения специалистов на регулярной основе или по необходимости.

Для получения сертификата врача–психиатра–нарколога, имеющего право проводить лечение пациентов наркологического профиля, врач, имеющий образование врача–лечебника, должен пройти ординатуру по этой специальности (*Приказ Министерства труда №293, от 21 марта 2017 года*). Обучением занимаются профильные кафедры (психиатрии и наркологии) всех медицинских ВУЗов страны (их более 50). Обучение (очное, двухлетнее обучение, нагрузка – 1152 учебных часа) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным стандартом, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (2014 года). После окончания ординатуры, один раз в пять лет психиатр–нарколог должен проходить курсы повышения квалификации. Федеральный образовательный стандарт обязателен к исполнению во всех ВУЗах страны, вне зависимости от формы собственности.

В рамках обучения существует вариативная часть (по выбору), в рамках которой можно изучать детскую психиатрию или судебную психиатрию. Кроме того, обязательным является прохождение практик. Такой вид образования может быть как бесплатным (бюджетным), так и платным.

Образование по специальности «психиатрия–наркология» доступно и покрывает потребности. Однако образовательные стандарты по терапии наркологических расстройств основываются на устаревших и антинаучных представлениях. Так, в российской наркологии до сих пор существует доктрина о том, что «патологическое влечение» к наркотикам (и другим ПАВ) является психопатологическим синдромом, который нуждается в терапии с использованием антипсихотиков (нейролептиков) – веществ, применяемых при терапии шизофрении. Подходы снижения вреда полностью игнорируются. Таким образом, представляется очевидным необходимость пересмотреть учебные программы, в соответствии с результатами исследований, построенных на принципах доказательной медицины.

Для развития научных основ реабилитации наркозависимых требуется создание специальных сертифицированных программ для психологов. Специального образования по реабилитации наркологических больных не существует. В рамках обучения в ординатуре по специальности «психиатрия–наркология» предусмотрено изучение технологий реабилитационного процесса.

Каких-то специальных требований к обучению и сертификации социальных работников и консультантов для работы в реабилитационных центрах нет. Тем не менее, для социальных работников и консультантов существует возможность пройти стажировку и обучение на базе центров.

Качество услуг оценить крайне проблематично. Система мониторинга и оценки неудовлетворительны.

Для любых видов программ в Российской Федерации основной заявленный критерий эффективности – достижение стойкой ремиссии, полный отказ от употребления.

Для государственных учреждений мониторинг ремиссии является обязательным. Эффективность оценивается по достижению 1–2-годовой ремиссии. Оценка осуществляется на основании самоотчетов пациентов и их родственников.

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

*«Ремиссия отслеживается через наших социальных работников, через данные поликлиники, кто в дальнейшем наблюдается, ну и через сообщество “Анонимных Наркоманов” или “Анонимных Алкоголиков”».*

Также стараются отслеживать результаты работы программ и частных реабилитационных центров. В частных реабилитационных центрах, как и в религиозных центрах, могут возникать определенные сложности в поддержке регулярной коммуникации с пациентами, прошедшими реабилитацию в стационарных условиях, и/или с их родственниками. Особенно в случаях, если не предусмотрена амбулаторная программа, или пациент отказывается от участия в такой программе.

*«В частных мы пытаемся коммуницировать – путем обзвона, поддержки пациента, когда пациент ведем уже после выписки из реабилитационного центра. Родственники приходят. Группы поддержки есть».*

*«У нас в церкви пытаются критерии какие-то выработать, – хотя бы для себя, чтоб понимать, что происходит. Обратная связь ведь существует только с тем, кто хочет поддерживать эту обратную связь, да? В большинстве случаев это люди, которые получили какую-то помощь и действительно вышли на ремиссию. Или наоборот: те, кто сорвался, – они опять возвращаются. И иногда возвращаются и второй раз, и третий раз. С ними связь поддерживается, потому что они сами нуждаются в этом, прежде всего».*

Существуют также другие формальные критерии успешности, – например, процент или количество успешно завершивших курс стационарного лечения или реабилитации, повторности госпитализации.

Эксперты отмечают необходимость расширить перечень критериев успешности программ реабилитации индикаторами, касающимися определенных сфер жизни (состояние здоровья, социальные связи, трудоустройство и т.д.), в соответствии с международными стандартами, и отслеживать улучшения «в амбулаторной среде».

В центрах разных форм собственности также могут существовать внутренние, «программные» критерии качества услуг:

*«Есть инструменты, у каждого специалиста есть критерии оказания помощи: объем выполнения реабилитационной программы, качество выполнения, отсутствие претензий со стороны пациентов и родственников».*

На пациентов заводится так называемая «история болезни» (или «карта пациента»), в которой описываются проведенное лечение, используемые подходы, динамика процесса. Однако такая практика существует во всех частных и религиозных центрах.

Реабилитационные центры стараются собирать информацию об удовлетворенности клиентов качеством услуг, непосредственно получая эту информацию от клиента или по косвенным показателям.

*«Мы раз в год оцениваем эффективность лечебных программ пациентов, которые прошли курс реабилитации в стационаре, в сообществе. Сами отслеживаем, они приходят. Есть такая хорошая традиция: пациент приходит на юбилей центра, где говорит свои добрые слова. А также есть такая форма, как «Книга отзывов пациентов» послереабилитационной и послелечебной программы».*

*«На мой взгляд, основной показатель – повторное обращение в отделение в случае срыва. Если срыв все-таки случился. А также – рекомендации своим знакомым, друзьям и родственникам».*

*«Пишут отзывы в интернете – можно на это еще ориентироваться».*

*«В некоторых центрах по окончании заполняют анкету: как тебе понравилось/не понравилось».*

# III\_РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Эксперты, в основном, скептически относятся к информации об удовлетворенности клиентов, основанной на их отзывах. Некоторые эксперты относятся скептически к возможности получения этой информации. Также не все считают степень удовлетворенности клиента показателем качества услуг.

*«В некоторых центрах по окончании заполняет анкету: как тебе понравилось/не понравилось. Но это же анонимная штука. Учитывая, что это анонимно, трудно проверить, заполнял ли анкету сам человек, или за него заполнила медсестра, чтобы получить хороший отзыв».*

*«В основном, человек, если он прошел весь курс реабилитации, и у него все хорошо... конечно, он даст положительный отзыв».*

*«Пациенты, которые там удерживаются, в большинстве случаев – насильно, если прийти и спросить пациента, который находится в таком центре: “Хочешь ли ты дальше продолжать лечение?”, – естественно, подавляющее большинство скажет: “Нет”. Конечно, ни о какой удовлетворенности говорить не приходится».*

## РЕКОМЕНДАЦИИ

- **Стандартизация деятельности по реабилитации, государственная сертификация/лицензирование реабилитационных центров для обеспечения качества услуг. В основе стандартов должны лежать научно-обоснованные подходы.**

*«Если концепция и стандарты будут утверждены, и будет утвержден механизм реализации, четкий механизм, определяющий уровень оказания и необходимый персонал для оказания этой помощи, и такая помощь будет требовать лицензирования, – я думаю, что тогда все войдет в цивилизованное русло».*

*«Любой центр, который хочет этим заниматься, или коммерческая организация (предположим, религиозной направленности), или общественная организация, – все они должны получить лицензию. Качество услуг должно соответствовать заявляемым требованиям. Там должны быть специалисты, которые могут заниматься этим. Там должны быть социальные работники, специалисты по социальной работе, психологи, врачи. Это должно лицензироваться и контролироваться».*

*«...сделать дифференцированный подход к лечению и реабилитации пациентов. Эта дифференциация должна быть построена, во-первых, на том, какая тяжесть зависимости и какое психоактивное вещество человек употребляет. Во-вторых – по методам оказания помощи, в зависимости от того, к чему человек стремится. Если человек готов уменьшить или снизить риск употребления, надо его включать в так называемые низкопороговые программы. То есть пусть будет снижение вреда, и пусть будет реабилитация, построенная на достижении полной трезвости, и пусть будет реабилитация по «12 шагам». И пусть религиозная реабилитация существует. Пусть человек выбирает. Выбрал – пусть он туда и идет. Но если он идет в государственный центр, то должен иметь гарантии безвредности, безопасности, не унижения человеческого достоинства. И должны внедряться только те методы реабилитации и лечения, которые научно доказаны».*

- **Внедрение качественной реабилитации как альтернативы тюремному заключению.**

*«Я за то, чтобы была создана система, когда по приговору суда, если человек, допустим, признан больным, его принуждают, законно принуждают пройти реабилитацию – не просто отсидеть, а пройти реабилитацию. В качестве альтернативы. И чтоб были специалисты, которые действительно там с ним будут заниматься, которые будут готовить его, работать с его зависимостью».*

- **Обучение специалистов, создание ресурсов для обучения, обзоры научно обоснованных методов, организация и проведение научных конференций.**

*«Необходимо создать русскоязычный сайт для специалистов, оказывающих наркологическую помощь, с предоставлением научной информации о результатах современных научных исследований, построенных в парадигме доказательной медицины».*

*«...на сегодня, может быть, единственное, что бы я хотел, – учебной базы специалистов, чтобы появилась возможность больше учиться».*

*«А еще можно предложить поддержку в обучении, обучении специалистов, именно общественных, НКО, включая религиозных, в том числе за границей».*

*«Они (AFEW) должны, как мне кажется, максимально широко информировать специалистов о том, какие методы работают, какие не работают. Продолжать проводить обзоры всего этого».*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Проф. В. Д. Менделевич. Заставить быть здоровым: о мотивационных центрах для наркозависимых и о «принуждении к здоровью». – <https://www.youtube.com/watch?v=iMsERyUnodg>.
2. Протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения России от 22 октября 2003 года, №500. <http://docs.cntd.ru/document/1200119092>.
3. Государственная межведомственная программа «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ». [http://www.pskov.ru/sites/default/files/gmp\\_reabilitaciya\\_i\\_resocializaciya\\_potrebiteley\\_narkoticheskikh\\_sredstv.pdf](http://www.pskov.ru/sites/default/files/gmp_reabilitaciya_i_resocializaciya_potrebiteley_narkoticheskikh_sredstv.pdf).
4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома зависимости. <http://psychiatr.ru/news/281>.
5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств. <http://psychiatr.ru/news/392>.
6. Концепция Русской Православной Церкви по реабилитации наркозависимых, 2010: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1266458.html>, <http://www.patriarchia.ru/db/text/2883600.html>, <http://www.tvc.ru/news/show/id/118252>.
7. Кошкина Е.А., Киржанова В.В и др. Проблемы развития наркологической службы в условиях модернизации. // *Социальные аспекты здоровья населения. 2014. №5.*
8. Менделевич В.Д., Загробян Л.С. Доступность медицинской помощи наркозависимыми женщинами. – Казань: «Медицина», 2012.
9. Национальная система социальной реабилитации и ресоциализации людей с зависимостями – государственная индустрия восстановления и развития человеческого потенциала России. Проектно-аналитический доклад. – М.: ФСКН, 2011.
10. Национальный стандарт «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг» (2012). – <http://sdgi.ru/certification/54990-2012/>.
11. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015–2016 годах. / Статистический сборник. М. 2017. – [http://www.nncn.ru/2\\_878.html](http://www.nncn.ru/2_878.html).
12. Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых. Документ принят на заседании Священного Синода Русской Православной Церкви от 26 декабря 2012 года (журнал № 128). – <http://www.patriarchia.ru/db/text/2674661.html>.
13. Постановление Правительства РФ от 15 августа 2015 года, № 846 «О предоставлении поддержки социально ориентированным некоммерческим организациям, осуществляющим деятельность в области комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, осуществляющих незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ». [http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docview&page=1&print=1&nd=102377513&rdk=1&empire=.](http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docview&page=1&print=1&nd=102377513&rdk=1&empire=)
14. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 октября 2003 года, № 500 «Об утверждении Протокола ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)"», – <http://docs.cntd.ru/document/901879159>.
15. Приказ Министерства труда России от 21 марта 2017 года, № 293н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)"» (зарегистрировано в Минюсте России 6 апреля 2017 года, № 46293). – <https://minjust.consultant.ru/documents/34926>.
16. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 года, № 1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ». – <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102393977>.
17. Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных. Методические рекомендации. – М., 2014.
18. Федеральный закон РФ от 25 ноября 2013 года, №317–ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – <https://rg.ru/2013/11/27/zdorovyie-dok.html>.

# IV\_УКРАИНА

## РЕЗЮМЕ

В 2015 году в системе здравоохранения Украины были зарегистрированы 3591 человек с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления психоактивных веществ (ПАВ). **Оценочная численность ЛУИН в Украине составляет 346 900 человек (Річний звіт, 2016).** Оценочное число несовершеннолетних ЛУИН – 21 700 человек, потребителей неинъекционных наркотиков – неизвестно.

Наркосцена имеет некоторые различия по регионам. Общей тенденцией является то, что ранее распространенный ацетилованный опиум сейчас уступает место психостимуляторам и аптечным наркотикам, все популярнее, особенно среди молодежи, становятся так называемые «дизайнерские наркотики» («соли», «миксы», «спайсы»), которые можно заказать через интернет и забрать в специальных секретных местах («закладках»).

Наркополитику на национальном уровне определяет **«Стратегия государственной наркополитики на период до 2020 года»**. Основная задача Стратегии – определение приоритетов государственной наркополитики, направленной на переход от карательных, репрессивных методов к подходу, основанному на лечении и профилактике, как наиболее эффективным моделям. Стратегия является достаточно прогрессивным документом, но, к сожалению, не предусмотрены меры по ее практическому внедрению на национальном уровне.

Еще одной проблемой являются **ограничительные правовые нормы**, связанные с хранением наркотиков для личного употребления. Законами Украины предусмотрены таблицы количеств наркотических веществ, согласно которым изъятое количество может классифицироваться в понятиях «малый», «крупный» и «особо крупный» размер. Незначительное пороговое значение «малого» размера приводит к применению непропорционально суровых наказаний к большинству людей, которые хранят наркотики для личного употребления.

**Предоставление медицинской помощи** для пациентов с наркозависимостью регулируется различными нормативными документами и предоставляется на базе государственных наркологических центров и психиатрических клиник. Услуги детоксикации и опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) доступны и в частных клиниках, имеющих соответствующую лицензию. Однако **услуги реабилитации** могут также предоставляться частными/коммерческими, неправительственными, благотворительными и религиозными организациями. Обзор украинского законодательства показывает, что существующая нормативно-правовая база не устанавливает никаких законных барьеров для реабилитации людей с наркозависимостью. Нет четко определенного механизма получения разрешения на открытие и работу реабилитационного центра (стационарного или лабораторного), нет инструкций по содержанию реабилитационной программы и механизмам оценки качества ее работы, не прописаны требования к персоналу. Более того, не определен механизм предоставления услуг людям, имеющим опыт употребления наркотиков, но не имеющим установленного диагноза наркозависимости. Нет процедур и протоколов в отношении консультаций, перенаправлений и услуг поддержки для несовершеннолетних потребителей наркотиков.

В государственной системе медицинской помощи людям с наркозависимостью работают 33 наркологических центра, три наркологических стационара, 40 наркологических дневных стационаров и более 500 кабинетов консультирования по вопросам наркозависимости. Программы ОЗТ на основе бупренорфина и метадона (таблетированного и жидкого) доступны в 174 медицинских учреждениях страны. Среди этих учреждений только два государственных центра предлагают комплексную программу стационарной реабилитации.

В настоящее время нет официальной статистики относительно общего количества негосударственных реабилитационных центров в Украине. Но краткий обзор доступной информации показывает, что их число довольно велико и точно превышает 100. Из 93 центров, которые были включены в картирование, все предоставляют стационарную помощь, 26 из них – еще и амбулаторные услуги.

# IV\_УКРАИНА

Существующая практика работы с потребителями наркотиков включает различные методы детоксикации, заместительную терапию, неотложную помощь, социальную и психосоциальную реабилитацию. Программы реабилитации, используемые центрами, имеют ряд различий, но основаны, как правило, на подходе «12 шагов». В центрах также применяются психотерапия (индивидуальная и групповая), гештальт-терапия, семейная терапия, когнитивная терапия, когнитивно-поведенческий подход, трудотерапия, арт-терапия и прочее. Выбор программ и подходов зависит от опыта и образования специалистов, которые их проводят.

Программы лечения и реабилитации, в целом, доступны для потребителей наркотиков. Нет недостатка информации о таких программах. Тем не менее, существует ряд **проблем, связанных с представлением качественной помощи** наркозависимым людям, и **доступностью** этой помощи.

Основные проблемы:

- Программы, предоставляемые государственными учреждениями, обычно являются высокопороговыми. Несмотря на наличие большого количества услуг в разных ценовых категориях, для многих клиентов оплата, какая бы она ни была, является проблемой.
- Отсутствуют специализированные услуги для несовершеннолетних и женщин, которые соответствовали бы их потребностям.
- Услуги по лечению и реабилитации практически недоступны в тюрьмах. На нерегулярной основе их предоставляют НПО или религиозные организации.
- Не существует руководств по оценке эффективности услуг. Нет механизма контроля за предоставлением услуг, включая диагностику и постановку на учет. Не проводится мониторинг случаев успешного предоставления этих услуг и лечения.
- Образование по вопросам лечения и реабилитации наркозависимых людей доступно только медицинским специалистам (наркологам). Специального обучения для социальных работников и психологов нет, за исключением кратких курсов и тренингов.
- Отсутствуют стандарты и протоколы реабилитации, что усложняет контроль над качеством услуг и оценку их эффективности.
- Не существует руководств и стандартов по предоставлению услуг людям с зависимостью от психостимуляторов.

## ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ НАРКОТИКОВ

На законодательном уровне государственная политика Украины в отношении наркотиков определена *«Стратегией государственной политики в отношении наркотиков на период до 2020 года»*. Основная задача Стратегии – определение приоритетов государственной наркополитики, направленной на переход от карательных, репрессивных методов к подходу, основанному на лечении и профилактике, как наиболее эффективным моделям.

Исполнителями Стратегии являются Министерство социальной политики Украины, Министерство здравоохранения Украины, Министерство образования и науки Украины, Министерство внутренних дел Украины, Служба безопасности Украины, Министерство инфраструктуры Украины, Администрация Государственной пограничной службы Украины, Государственный комитет телевидения и радиовещания Украины, Министерство финансов Украины, Министерство молодежи и спорта Украины, Министерство юстиции Украины, Государственная служба Украины по лекарственным средствам, Государственная служба Украины по контролю за наркотиками, Государственная фискальная служба Украины.

Руководствуясь принципами гуманизации наркополитики, государство определяет следующие приоритеты: профилактика наркозависимости, преодоление стигматизации, лечение и реабилитация людей, больных наркоманией. В соответствии со Стратегией, предусмотрены следующие мероприятия:

- содержательное обновление профилактической работы с целью формирования в обществе защитных социальных барьеров, готовности противостоять рискам и здорового образа жизни;
- проведение профилактической работы как составной части всех видов и форм реализации наркополитики;
- пропаганда среди широких слоев населения здорового образа жизни с акцентом на детях, ученической и студенческой молодежи;
- проведение постоянного мониторинга эффективности профилактических мероприятий;
- взаимодействие государственных органов и институтов гражданского общества со средствами массовой информации с целью повышения уровня осведомленности населения, предоставления объективной, научно обоснованной информации об опасностях, связанных с употреблением наркотиков, алкоголя и табакокурением;
- снижение уровня стигматизации и дискриминации людей, употребляющих наркотики, включая людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), путем повышения уровня осведомленности населения об этих проблемах и установления ответственности за нарушение прав людей, употребляющих наркотики, и ЛЖВ, особенно если нарушения связаны с дискриминационным отношением;
- создание целостной, доступной, эффективной, научно обоснованной, подотчетной системы лечения и реабилитации людей с наркозависимостью, основанной на оценке их реальных потребностей;
- внедрение новейших методик скоординированного биопсихосоциального подхода и фармакологического лечения, предполагающего взаимодействие учреждений здравоохранения, социальных служб, общественных и неправительственных организаций, в том числе групп и программ самопомощи;
- обеспечение доступности всех видов услуг по лечению наркозависимости, выполнение психосоциальных и фармакологических программ (в частности, детоксикации) в учреждениях пенитенциарной системы, сопровождение и контроль этого процесса и др.

Следует отметить, что в Стратегии не прописаны услуги лечения, реабилитации и ресоциализации для несовершеннолетних и направления работы с женщинами, – в частности, с матерями, воспитывающими несовершеннолетних детей, с опытом «немедицинского» употребления наркотических веществ, не состоящими на учете, не имеющими поставленного диагноза «наркомания». Вместе с тем, в Стратегии отмечается важность «решения проблем» беременных женщин.

Документом предусмотрено создание условий для комплексного, интегрированного применения всех компонентов лечебной системы, их взаимодействия с опорой на доказательно обоснованные методики, обеспечения доступности медицинского обслуживания и расширения возможностей лечения и альтернатив

# IV\_УКРАИНА

альтернатив наказанию. Указывается важность соответствия услуг лечения и реабилитации наркозависимых лиц международным стандартам и протоколам. Также отмечается необходимость внедрения и поддержки системы мониторинга качества и эффективности этой работы. Указана важность организации программ для профессиональной подготовки в высших учебных заведениях специалистов, которые бы занимались профилактикой наркозависимости и лечением зависимости, – и ничего не сказано о подготовке специалистов по реабилитации и ресоциализации.

Реализация Стратегии осуществляется посредством ежегодно утверждаемого «Плана действий» и его финансирования за счет бюджетов на национальном и местном уровнях.

## Субъекты формирования и реализации наркополитики в Украине

Законом Украины «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» («Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», 1995), а также «*Стратегией государственной политики в отношении наркотиков на период до 2020 года*» определены полномочия центральных органов исполнительной власти в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров и противодействия этому обороту.

**Министерство здравоохранения Украины** отвечает за формирование государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и за оказание медицинской помощи (профилактика и реабилитация) наркозависимым людям. Помимо этого, МОЗ Украины участвует в разработке общегосударственных программ и нормативных актов в сфере контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

**Государственная служба Украины по лекарственным средствам и контролю за наркотиками** отвечает за реализацию государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, противодействия их незаконному обороту, за лицензирование хозяйственной деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, за осуществление государственного регулирования и контроля в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и противодействие незаконному обороту. Деятельность этой службы координируется Кабинетом министров Украины через министра здравоохранения. Таким образом, реализация государственной политики в сфере контроля над оборотом наркотиков должна осуществляться через Министерство здравоохранения, что позволит сосредоточить соответствующее внимание на мероприятиях медицинской реабилитации наркозависимых в рамках современного сбалансированного подхода к проблеме наркотиков.

До 2015 года в Украине существовала Государственная служба по контролю за наркотиками (ДСКН). Постановлением Кабинета Министров Украины №647, от 12 августа 2015 года функции ДСКН были полностью переданы Государственной службе Украины по лекарственным средствам и контролю за наркотиками. Ожидается, что объединение Государственной службы лекарственных средств и Государственной службы по контролю за наркотиками будет иметь существенное влияние на реализацию наркополитики в Украине. Объединение в одном ведомстве вопросов обеспечения лекарственными средствами и контроля за легальным оборотом наркотических средств и психотропных веществ будет способствовать обеспечению легальных потребностей населения Украины в наркосодержащих медицинских препаратах, гуманизации наркополитики в целом, внедрению подходов, ориентированных на мероприятия медико-профилактического характера (*Річний звіт, 2016*).

**Министерство социальной политики Украины и Министерство образования Украины** отвечают за организационно-практическое обеспечение профилактики и реабилитации наркозависимых лиц, а также профилактики употребления детьми и молодежью психоактивных веществ.

# IV\_УКРАИНА

**Национальная полиция Украины** обеспечивает реализацию государственной политики в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, отвечает за проведение превентивной и профилактической деятельности, направленной на предотвращение совершения правонарушений, реализацию мероприятий, направленных на социальную адаптацию лиц, освободившихся из мест лишения свободы.

Законодательство Украины содержит таблицы размеров наркотических средств, согласно которым размер (объем) изымаемого вещества может классифицироваться как «незначительный», «крупный» и «особо крупный» (Приказ Министерства здравоохранения Украины «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу» от 1 августа 2000, № 188, с изменениями от 11 апреля 2012 года). Мера наказания определяется размером (объемом) изымаемого вещества. Одной из ключевых проблем национальной политики в отношении наркотиков является крайне низкий порог для «незначительного объема». Это приводит к непропорционально жестким наказаниям для подавляющего большинства людей, употребляющих или хранящих наркотики для личного употребления (Поиск альтернатив репрессивным мерам в наркополитике, 2016).

Эксперты отмечают, что, несмотря на наличие прогрессивной стратегии в области наркополитики, на практике отсутствуют конкретные действия по ее комплексной реализации.

*«Наше государство и наши компетентные органы, тот же МОЗ, они особо не горят желанием работать в этом направлении и разрабатывать какие-то государственные программы помощи. То есть все держится на энтузиазме общественности и, спасибо, пока ещё помогают фонды, благотворительные организации и так далее».*

*«Так государственных (программ обучения по реабилитации наркозависимых) априори существовать не может, потому что государство не занималось реабилитацией наркоманов. Они могут посредниками выступить, да, организовать что-то. Но для кого? У них нет объектов под названием реабилитационные центры, у них нет этой специфики. Зачем им этим заниматься? Они как бы в стороне стоят. Понятно, что они должны этим заниматься, но они не видят в этом необходимости. Потому что их структур нет, их специалистов нет».*

*«Надо разработать единый общегосударственный протокол, по которому должны работать все вот такие реабцентры. Соответственно, когда будет контроль, будут единые правила игры, которые разработаны и учреждены на законодательном уровне, тогда будет контроль и порядок».*

## ХАРАКТЕРИСТИКА НАРКОСИТУАЦИИ В СТРАНЕ

По состоянию на 1 января 2016 года под наблюдением в системе здравоохранения Украины состоит 699 942 человека с расстройствами психики и поведения в результате употребления психоактивных веществ. За 2015 год с таким диагнозом на учет были поставлены 113 609 человек, из которых 32 587 – с установленным диагнозом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Пациенты с хроническим алкогольным синдромом и психотическими алкогольными расстройствами – 28 921 человек (88,8%) и 3591 человек (11,0%) – это пациенты с зависимостью от наркотических веществ (*Річний звіт, 2016*).

По данным Украинского центра общественного здоровья Министерства здравоохранения, на 1 июля 2017 года общее число случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Украины – 306 295, из которых 97 584 – случаи СПИДа и 43 206 – смерти, обусловленные СПИДом (*Інформаційний бюлетень «ВИЧ-інфекція («ВІЛ-інфекція в Україні», 2017, №48)*).

За 2016 год всего зарегистрировано 17 066 человек, у которых впервые установлен диагноз ВИЧ-инфекция, из них 10 506 были инфицированы гомосексуальным и гетеросексуальным путем (61,6%; для сравнения: в 2015 году – 59,3%, в 2014 году – 56,7%), 3728 – через инъекционное употребление наркотиков (21,8%; для сравнения: в 2015 году – 21,7%, в 2014 году – 24,23%).

Оценочное число людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН) в Украине составляет 346 900 человек (*Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні», 2017*).

Согласно биоповеденческому исследованию, проведенному среди ЛУИН (*Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів, 2016*), 80% ЛУИН составляют мужчины. Наиболее многочисленной является возрастная группа старше 25 лет – 89,5% (средний возраст – 34 года). Большинство ЛУИН имеют полное или среднее образование, около 25% состоят в официальном браке, 35% официально не женаты/не замужем, но имеют постоянных партнеров, 71% имеют какую-то работу (постоянную или случайные заработки).

Большинство ЛУИН начинали употребление с неинъекционных наркотиков (66%). Первая попытка для многих произошла в подростковом возрасте, до 19 лет: 73% имели практику применения неинъекционных наркотиков, 59% – инъекционных.

Самым популярным наркотиком в Украине остается экстракт опия («ширка»). Среди наркотиков, относящихся к группе стимуляторов, чаще всего называли метамфетамин в виде раствора («винт»). Среди наркотиков, употребляемых только неинъекционным путем, самый популярный – марихуана (каннабис) – 27%. Употребление амфетамина только неинъекционным путем отметили 4% респондентов, трамадола – 1%, других аптечных препаратов – 2%.

Что касается частоты употребления, то, согласно сообщениям респондентов, в среднем, за последние сутки употребляли наркотики инъекционным путем один раз, за последнюю неделю – около пяти дней и около 20 дней за последний месяц.

Общее количество подростков из групп риска, с учетом обновленных данных на 2015 год (*UNICEF, Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка, 2016*) оценивается в 129 000 человек (возраст: от 10 до 19 лет включительно). Из них 21 700 – потребители инъекционных наркотиков (17 500 – мальчики, 4200 – девочки). Количество потребителей неинъекционных наркотиков не известно. Но, учитывая тенденцию ко все большему распространению среди молодежи именно неинъекционных наркотиков, можно с высокой степенью вероятности предположить, что эта цифра значительно больше.

С 1995 года Украина принимает участие в проекте «The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs». По результатам проведенного исследования (*UNICEF, Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка, 2015*), установлено: 11,3% учащихся 15–17 лет имеют опыт употребления разных наркотических

# IV\_УКРАИНА

веществ (15,4% – юноши, 7,9% – девушки). Хотя бы один раз в жизни марихуану или гашиш пробовали 10,6% опрошенных (14,5% – юноши, 7% – девушки).

По мнению специалистов, вовлеченных в процесс лечения и реабилитации наркозависимых, за последнее время на наркосцене в Украине произошли существенные изменения. Эти изменения касаются распространенности наркотических веществ, появления новых ПАВ, новых способов их изготовления и приема, а также их доступности и последствий для здоровья. Ситуация имеет некоторые отличия по регионам страны, но, в целом, наблюдается тенденция к тому, что ацетилованный опий, ранее широко распространенный, «уступает место» психостимуляторам и аптечным наркотикам. Популярными, особенно среди молодежи, становятся «соли», «миксы» и «спайсы», которые легко получить через интернет с использованием «закладок».

*«Взять вот наш четвертьвековой опыт, – и я бы сказал, что ситуация кардинально поменялась. Во-первых, меняются сами вещества, которые люди употребляют, меняются способы их изготовления, меняются способы приема. Более того, меняется и контингент самих употребляющих. Скажем, в начале 90-х наркоманы, в основном, употребляли вытяжку из маковой соломки. Это опий, приготовленный кустарным способом. А сейчас всего очень много, и оно все продается в аптеке. Кроме того, есть еще то, что называют полуправильными наркотиками. Это “соли”, “миксы”, “спайсы”. Вот что в последнее время стало очень широко распространено».*

*«На сегодняшний день на половине домов в Киеве висят надписи: вот, пожалуйста, “шишки”, “спайсы”, “соли” – и номер телефона. И действительно, да, наши пациенты подтверждают, что, позвонив туда или выйдя в интернет – не позвонив, а через интернет делается – действительно можно заказать, абсолютно спокойно, и не имеет значения, сколько тебе лет, 12 или 13, тебе оставляют “закладку”. Деньги перечислил туда, закладку тебе сказали, время и место, подошел, забрал».*

*Новые виды наркотиков, которые отличаются по составу и способу приготовления, имеют значительно более разрушающий эффект на психическое и физическое здоровье потребителя и приводят к инвалидизации на фоне небольших сроков употребления.*

*«Опиаты на протяжении пяти лет начинают существенно ослаблять свои позиции. У нас начинают доминировать психостимуляторы. Вещество очень сложное, очень проблемное. Если взять на примере амфетамина – вещества, о котором наши врачи знают уже десятилетия. Как правило, это вещество ввозилось извне. На сегодняшний день львиная доля этого вещества производится у нас в стране. Я предполагаю, что при дефиците какого-то ингредиента его пытаются чем-то заменить – и получается качественно новое вещество. Поэтому, амфетамин ли это – возникает большой-большой вопрос. Два года тому назад мы столкнулись с качественно новой для себя проблемой: у нас массово стали появляться психозы после употребления амфетамина. Как правило, раньше мы с этим не сталкивались. То ли изменилась форма потребления вещества, то ли изменилось само вещество, его химическая структура. У нас сейчас появляются психозы, которые появляются не на фоне длительного употребления, не на фоне отмены, а это могут быть всего лишь три пятницы, три дискотеки – и подростка к нам привозит уже бригада “скорой помощи”».*

*«... если вот лет 10 даже назад, как бы это не звучало странно, но психоактивные вещества были намного качественнее, чище. И, в принципе, человек, конечно, впадал в зависимость, разрушался, да, но последствия тогда были намного меньше, чем сейчас. Потому что есть, например, так называемые “аптечные наркотики”... ну, вы знаете – по типу кодеина, по типу трамадола. Вот “крокодил”, вот эти “годишки” ... это сейчас относится практически ко всем наркотикам. В принципе, через год у человека уже начинаются необратимые процессы. У него гниет челюсть, у них пропадает зрение, он их уничтожает. Буквально год-два – и уже необратимые процессы, и практически происходит инвалидизация. И момент еще очень важный, что они так воздействуют на психику человека, что очень много пациентов, которые обращаются, мы им уже не можем помочь, потому что мы не психиатрическая лечебница. И они приходят через год употребления и у очень многих уже такое расстройство психики, что это уже ближе к компетенции психиатров. И очень часто это уже точка невозврата».*

## НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЮ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПАВ

### **1. *Распоряжение Кабинета Министров Украины «Об одобрении Стратегии государственной политики в отношении наркотиков на период до 2020 года» от 28 августа 2013, №735-р.***

Стратегия определяет сущность и современные направления государственной политики в отношении наркотиков, которые формируются на основе интегрированного и сбалансированного подхода к уменьшению объема предложения наркотиков, находящихся в незаконном обороте, снижения спроса на них и преодоления наркомании как опасного социального явления. Человек, его жизнь, здоровье, честь, достоинство, неприкосновенность и безопасность признаются наивысшими социальными ценностями. Стратегический вектор государства – переход от карательного, уголовно-правового направления антинаркотических мероприятий к лечебно-профилактическим.

Стратегия задает вектор государственной политики в отношении наркотиков и описывает подходы и принципы, которыми необходимо руководствоваться при создании и изменении нормативно-правовой базы в контексте контроля над оборотом наркотиков и предоставления помощи людям, употребляющим наркотики. В Стратегии отмечается, что лечение и реабилитация людей, больных наркоманией, требуют новых подходов, а именно: комплексного, интегрированного применения всех компонентов лечебной системы и их взаимодействия с опорой на доказательно обоснованные методики, обеспечения доступности медицинского обслуживания, расширения возможностей лечения и альтернатив наказанию.

Министерство здравоохранения Украины координирует разработку ежегодного «[Плана по реализации Стратегии](#)», который утверждается Кабинетом Министров Украины. Ответственность за выполнение «Плана» возлагается на министерства, определенные в стратегии, другие центральные органы исполнительной власти, областные администрации и Киевскую городскую госадминистрацию. Все перечисленные органы передают информацию по выполнению плана Министерству здравоохранения, которое обобщает ее и представляет Кабинету Министров Украины. Расходы, связанные с выполнением плана мероприятий, предписано осуществлять в рамках, предусмотренных государственным и местными бюджетами на соответствующий год, а также за счет других источников, не запрещенных законодательством.

### **2. *Постановление Кабинета Министров Украины «Об утверждении порядка разработки региональных стратегий развития и планов мероприятий по их реализации, а также проведение мониторинга и оценки результативности реализации указанных региональных стратегий и планов мероприятий» от 11 ноября 2015 года, № 932.***

Документ определяет механизм разработки и внедрения региональных стратегий развития, планов мероприятий по их реализации, проведение мониторинга и оценки результативности этих региональных стратегий и планов мероприятий.

### **3. *Распоряжение Кабинета Министров Украины «Об утверждении плана действий по реализации Национальной стратегии в области прав человека на период до 2020 года» от 23 ноября 2015 года, № 1393-р.***

В документе содержатся пункты о разработке и утверждении стандартов предоставления услуг по медико-социальной реабилитации и психосоциальной адаптации для несовершеннолетних, больных наркоманией, людей с опытом употребления психоактивных веществ, а также пункты по созданию государственной системы социального заказа перечисленных услуг, с учетом международного опыта.

### **4. *Закон Украины «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» от 15 февраля 1995 года, №60/95-ВР.***

Целесообразно отметить, что в законодательных документах (до 2013) регламентировано предоставление услуг по лечению и реабилитации людям, больным наркоманией (то есть с установленным диагнозом), людям,

# IV\_УКРАИНА

страдающим психическим расстройством, которое характеризуется психической и/или физической зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества по результатам медицинского обследования, проведенного в соответствии с Законом Украины №62/95-ВР от 15 февраля 1995 г. «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах». Здесь не указываются различия, связанные с видом или опытом употребления наркотических средств. Если человек имеет зависимость от наркотического средства или психотропного вещества, но не имеет установленного диагноза «наркомания» (Статья 12 этого закона, по результатам врачебно-консультативной комиссии), то он/она не считается больным, а значит, не требует лечения и/или реабилитации. Касательно категории лиц, употребляющих наркотические вещества, но не злоупотребляющих такими средствами, то их статус, как и механизм получения услуг (в частности, услуг реабилитации) не прописаны.

**5. Закон Украины «О мерах противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и злоупотреблению ими» от 15 февраля 1995 года, №62/95-ВР.**

**6. Инструкция для выполнения статьи 12 и Порядок для выполнения статьи 13 Закона Украины «О мерах противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и злоупотреблению ими»**

**7. Инструкция «О порядке выявления и постановки на учет лиц, незаконно употребляющих наркотические средства или психотропные вещества» – Приказ Министерства здравоохранения Украины, Министерства внутренних дел Украины, Генеральной прокуратуры Украины и Министерства юстиции Украины от 10 октября 1997 года, №306/680/21/66/5.**

В документах представлен утвержденный порядок взаимодействия органов внутренних дел, исправительно-трудовых учреждений и органов здравоохранения по обеспечению учета потребителей наркотиков и истории проведенного лечения.

Люди, незаконно употребляющие наркотические средства или психотропные вещества, направляются органами внутренних дел на медицинский осмотр в лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее диспансерную наркологическую помощь. При этом, основанием для направления на медицинское освидетельствование людей, зависимых от указанных веществ, является информация, которая поступила от предприятий, организаций, учреждений, средств массовой информации или отдельных граждан о том, что они незаконно употребляют наркотические средства или психотропные вещества либо находятся в состоянии наркотического опьянения. По мнению экспертов, эта статья о выявлении людей, незаконно употребляющих наркотические средства или психотропные вещества, является устаревшей и может трактоваться, как мера принудительного медицинского осмотра.

Основанием для постановки на учет является установление диагноза «наркомания», «токсикомания» или состояния наркотического опьянения. Люди, которые уклоняются от добровольного медицинского осмотра или обследования, подлежат принудительной доставке в наркологическое заведение работниками органов внутренних дел.

Органы внутренних дел ведут учет всех людей, в отношении которых установлено, что они незаконно употребляют наркотические средства или психотропные вещества. Исключение составляют те, кто добровольно обратились за медицинской помощью и выполняют рекомендации врача.

Пункт 8 отмечает, что, если в результате медицинского обследования установлен диагноз «наркомания» или «токсикомания», то врачебно-консультативная комиссия наркологического учреждения должна предложить курс добровольного лечения и социально-психологической реабилитации.

# IV\_УКРАИНА

**8. «Об утверждении Порядка проведения медицинского осмотра и медицинского обследования лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами или психотропными веществами» – Приказ Министерства здравоохранения Украины и Министерства внутренних дел от 16 июня 1998 года, №158 /417.**

Документ утверждает порядок медицинского освидетельствования и медицинского обследования людей, употребляющих наркотические средства или психотропные вещества. В «Порядке» определены условия осмотра и обследования пациентов.

**9. Закон Украины «О социальных услугах» от 19 июня 2003 года, № 966-IV.**

Закон регламентирует основные принципы получения социальных услуг, в том числе людям с установленным диагнозом («наркомания»), перечень услуг и общие стандарты их оказания.

**10. Закон Украины «Об объединении граждан» от 16 июня 1992 года, №2460.**

Закон содержит описание механизмов создания общественных организаций, определение общественной организации (как объединения граждан с целью защиты и удовлетворения своих прав: социальных, экономических, творческих, национально-культурных, прав на занятия спортом и других). Общественные организации имеют права на создание учреждений и предпринимательство, необходимые для выполнения их уставных целей. Закон регламентирует работу общественных организаций, которые предоставляют реабилитационные услуги.

**11. Постановление Кабинета Министров Украины «Об утверждении Типового положения о центре ресоциализации наркозависимой молодежи» от 16 сентября 2009 года, №979.**

Типовое положение описывает общие стандарты создания центров ресоциализации наркозависимой молодежи и содержит общую рекомендацию областным государственным администрациям по созданию таких центров на территории Украины.

**12. Приказ Министерства здравоохранения Украины «Об утверждении Порядка проведения заместительной поддерживающей терапии больных с опиоидной зависимостью» от 5 июня 2012 года, № 200.**

Порядок проведения заместительной поддерживающей терапии для больных с опиоидной зависимостью включает в себя описание критериев и процедуру вступления в программу ОЗТ, права и обязанности лечебно-профилактических учреждений, медперсонала и пациентов, основные виды документации и т.д. Стоит обратить внимание, что в текущей редакции закона единственным критерием для вступления в программу ОЗТ является наличие установленного диагноза зависимости от опиоидов. При этом, пациенты, не достигшие 18 лет, также могут быть включены в программу ОЗТ, на основании письменного обращения их родителей или других законных опекунов, особенно если присутствуют такие дополнительные обстоятельства, как ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С, туберкулез, беременность, септические состояния и онкологические заболевания.

**13. «Порядок взаимодействия учреждений здравоохранения, органов внутренних дел, следственных изоляторов и исправительных центров по обеспечению непрерывности лечения препаратами заместительной поддерживающей терапии» – Приказ Министерства здравоохранения Украины, Министерства внутренних дел, Министерства юстиции и Государственной службы Украины по контролю за наркотиками от 7 ноября 2012 года, № 1868/22180.**

Приказ регламентирует порядок взаимодействия ключевых государственных субъектов, задействованных в обеспечении непрерывного лечения с применением заместительной поддерживающей терапии для больных с опиоидной зависимостью.

# IV\_УКРАИНА

## **14. Приказ Министерства здравоохранения Украины «Об утверждении клинических протоколов оказания медицинской помощи по специальности "наркология"» от 21 сентября 2009 года, № 681.**

Приказ содержит протоколы по оказанию помощи людям, находящимся в разных клинических состояниях, среди которых – синдром зависимости, состояние абстиненции и т.д. Следует отметить, что все протоколы касаются вопросов предоставления помощи людям, употребляющим наркотики опиоидного ряда. Другими словами, клинических протоколов по оказанию помощи людям, употребляющим психостимуляторы, приказ не содержит.

Приказ определяет порядок проведения медицинского осмотра и заполнения протокола медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения (используется комплексный подход в зависимости от симптоматики и тяжести).

Стандарты оказания наркологической помощи, утвержденные этим приказом, хотя формально и обязательны для исполнения, однако сформулированы таким образом, что позволяют при тождественных состояниях применять различные препараты и вмешательства: от заместительной терапии до массажа и иглоукалывания.

Согласно результатам исследования «Оценка соответствия национальных документов по лечению опиоидной зависимости международным стандартам», проведенного Украинским офисом Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) в 2015 году, действующие клинические протоколы наркологической помощи в значительной степени не соответствуют международным стандартам. Имеется также несоответствие с некоторыми национальными стандартами – например, со «Стандартом лечения ВИЧ-позитивных людей, которые являются потребителями инъекционных наркотиков». Прежде всего, это касается вопросов ведения коморбидной патологии, интегрированной помощи и ресурсного обеспечения. Действующие клинические протоколы крайне схематичны, и ими сложно пользоваться, как рабочим алгоритмом. Дополнительные действующие документы, описывающие стандарты помощи ВИЧ-положительным потребителям наркотиков и ОЗТ, не компенсируют полностью имеющиеся недостатки. основополагающие международные принципы: вовлечение сообществ в лечение, развитие политики, лечение зависимости вместо уголовного наказания / как альтернативы уголовному наказанию – не нашли в них своего отражения.

## **15. Приказ Министерства здравоохранения Украины «Об организации работы по мониторингу алкогольной и наркотической ситуации в Украине» от 11 мая 2006 года, № 268.**

**Поручение Кабинета Министров Украины от 29 марта 2005 года, № 14297/1/1-05 к письму Представительства ПРООН по проекту «Национальное наблюдение над ситуацией по алкоголю и наркотикам».**

**Приказ Министерства здравоохранения Украины «О реорганизации Государственного учреждения «Украинский медицинский и мониторинговый центр по алкоголю и наркотикам Министерства здравоохранения Украины» в Государственное учреждение «Украинский медицинский и мониторинговый центр по алкоголю и наркотикам Министерства здравоохранения Украины»» от 17 декабря 2013 года, № 260-о.**

**Приказом Министерства здравоохранения Украины от 18 февраля 2015 года, №12-о «Об утрате силы приказа Министерства здравоохранения Украины от 17 декабря 2013 года, № 260-о» приостановлена процедура реорганизации (восстановлен статус) Государственного учреждения «Украинский медицинский и мониторинговый центр по алкоголю и наркотикам Министерства здравоохранения Украины».**

Вышеупомянутые нормативно-правовые акты регулируют создание и функционирование Государственного учреждения «Украинский мониторинговый и медицинский центр по наркотикам и алкоголю Министерства здравоохранения Украины». Основными функциями Центра являются: проведение мониторинга наркотической и алкогольной ситуации в Украине, координация деятельности и организация взаимодействия центральных органов исполнительной власти, учреждений здравоохранения и неправительственных организаций в области

# IV\_УКРАИНА

лечебно-диагностической и профилактической работы в отношении наркотиков и алкоголя, обеспечение потребностей населения в квалифицированной и доступной наркологической помощи.

Согласно регуляторным требованиям Украины, лечить больных наркоманией могут только специализированные лицензированные медицинские учреждения. Государственные наркологические диспансеры и психиатрические клиники, как правило, оказывают помощь при острых нарушениях, вызванных употреблением наркотиков, и предоставляют услуги ОЗТ. Услуги реабилитации могут также предоставлять частные, общественные, благотворительные и религиозные организации. Однако ни в одном документе нет описания механизмов для получения разрешения упомянутыми выше организациями на открытие и работу реабилитационного центра (стационарного или амбулаторного), требований к персоналу, содержанию реабилитационной программы и оценке качества ее работы.

Все медицинские, психологические и социально-реабилитационные программы включены во «Временные стандарты диагностико-лечебного процесса стационарной помощи в Украине», утвержденные в 1998 году, и в «Нормативы оказания медицинской помощи взрослому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях Украины», утвержденные в 2002 году. Эти документы содержат методы детоксикации, заместительную терапию, неотложную помощь, психологические реабилитационные программы («12 шагов» и т.д.). Однако в «Стандартах» не хватает основных принципов оказания наркологической помощи и, что самое важное, – не определены цели лечения.

Человеку с диагнозом «наркозависимость» лечение предоставляется на добровольных началах (и бесплатно, за счет государства). Однако в случае уклонения или опасного поведения, по решению суда лечение может быть принудительным. Лица, достигшие 16-летнего возраста, направляются в специализированные лечебно-воспитательного учреждения сроком до года. Все остальные направляются в лечебные учреждения системы здравоохранения.

Согласно части 4 статьи 309 Уголовного кодекса (УК) Украины, возможно освобождение от уголовной ответственности за действия, предусмотренные частью 1 статьи 309 Кодекса, а именно: незаконное производство, изготовление, приобретение, хранение, перевозку либо пересылку наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов без цели сбыта. Основанием для освобождения человека от уголовной ответственности является добровольное обращение в медицинское учреждение и начало лечения от наркомании.

В случае освобождения от наказания с испытательным сроком, согласно статье 76, части 2, пункту 5 УК, в качестве дополнительной обязанности суд может назначить прохождение курса лечения от расстройств психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ.

Нормативно-правовая база Украины не создает препятствий для прохождения реабилитации людям с наркозависимостью. Вместе с тем, она не имеет четких механизмов регулирования деятельности реабилитационных центров, и большинство из них работают по своим, внутренним уставам.

Если человек употребляет наркотики или психотропные вещества, государство нормативно регулирует механизм его добровольного лечения или, при определенных условиях, задействует механизм принудительного лечения.

Нет прописанного алгоритма для реабилитационных программ (стационарных или амбулаторных), как нет и прописанных механизмов оценки качества и эффективности их работы.

Не прописан механизм получения услуг – в частности, социальных услуг для людей, употребляющих наркотики, но не имеющих поставленного диагноза «наркозависимость». Не прописаны процедуры и нет протоколов в отношении услуг консультирования, направлений и социального сопровождения несовершеннолетних, употребляющих наркотики. Прописано положение о создании и работе центра ресоциализации наркозависимой молодежи, ориентированное на предоставление услуг по социальной реабилитации людям до 35 лет, без детей, обязательно с поставленным диагнозом «наркомания».

# IV\_УКРАИНА

Отсутствуют протоколы консультирования людей, употребляющих наркотики, специалистами социальной сферы и образования, и механизмы мониторинга и оценки этой услуги.

## ДОСТУПНЫЕ ТИПЫ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ КВАЛИФИЦИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ (ГОСУДАРСТВЕННЫЕ, РЕЛИГИОЗНЫЕ, КОММЕРЧЕСКИЕ, ОБЩЕСТВЕННЫЕ)

По состоянию на 1 января 2016 года, согласно данным «Украинского мониторингового и медицинского центра по наркотикам и алкоголю Министерства здравоохранения Украины», наркологическая служба Украины включала следующие подразделения, предоставляющие медицинские услуги людям, употребляющим наркотики:

- 33 наркологических диспансера (из них 23 имеют стационары, общее количество коек – 2457);
- 3 наркологические больницы (всего – 378 коек);
- 40 наркологических дневных стационаров (всего – 1404 койки);
- 508 наркологических кабинетов;
- 162 хозрасчетных наркологических кабинета;
- 19 наркологических отделений в психиатрических больницах (всего – 753 койки);
- 274 наркологических койки в центральных районных и городских больницах;
- 27 кабинетов анонимного лечения наркологических больных;
- 15 подростковых наркологических кабинетов.

Таким образом, в наркологической службе Украины 807 учреждений предоставляют услуги лечения и реабилитации людям, употребляющим наркотики. Общее число койко-мест – 5266. Количество врачей–наркологов – 1147.

Согласно действующим стандартам, комплексный подход обеспечивается путем проведения диагностики, лечения и реабилитации. На первом этапе лечения применяются медико-биологические методы, на следующем – психосоциальные, направленные на возвращение пациентов к полноценной социальной жизни. Но, хотя по стандартам, в рамках лечения наркомании, кроме детоксикации, должна быть еще и медико-социальная реабилитация, на практике далеко не всегда ее предоставляют.

*«Если взять государственную наркологию в нашей стране, то, в принципе, – это услуги детоксикации: обрыв запоев, вывод с абстиненции пациентов опиоидной группы».*

Программа ОЗТ реализуется в 174 учреждениях охраны здоровья Украины. По данным «Альянса общественного здоровья», в 2016 году услуги ОЗТ получили 9214 человек, из них 967 – ОЗТ бупренорфином, 260 – жидким метадоном и 7987 – таблетированным метадоном (Річний звіт, 2016).

Цены за услуги детоксикации значительно отличаются, в зависимости от региона, типа медицинского учреждения и вида наркотика. Например, курс детоксикации продолжительностью от трех до 10 дней в частной клинике может стоить порядка шести–семи тыс. гривен (190–220 евро).

Заместительная терапия метадоном является бесплатной для пациентов, которые состоят на учете. В основном, ОЗТ финансируется за счет средств Глобального фонда, но в 2016 году 106 человек получили препараты ОЗТ за счет местных бюджетов.

Услуги ОЗТ также предоставляются на платной основе. Стоимость месячного курса ОЗТ бупренорфином зависит от индивидуальной дозировки, но, в среднем, составляет порядка 2–3 тысяч гривен (63–95 евро).

Услуги детокса и ОЗТ могут предоставляться на базе коммерческих организаций, при наличии соответствующих лицензий.

**Программы реабилитации наркозависимых (немедикаментозные)** в Украине реализуются в государственных медицинских учреждениях (на базе наркологических диспансеров, наркологических дневных стационаров, в центральных районных и городских больницах и психиатрических лечебницах), а также в общественных, благотворительных и религиозных организациях, частных и коммерческих центрах.

# IV\_УКРАИНА

Всего в Украине существует два государственных медицинских центра подотчетных Министерству здравоохранения, с комплексной реабилитационной стационарной программой: в Киеве («Социотерапия») и в Днепре. Под патронажем Министерства социальной политики, за счет бюджетных средств работают четыре государственных центра ресоциализации наркозависимой молодежи: в Киевской, Житомирской, Николаевской и Хмельницкой областях (всего – 85-90 коек). По данным Украинского мониторингового и медицинского центра по наркотикам и алкоголю, в 2015 году в эти центры за помощью обратились 349 человек, имеющих наркотическую зависимость, и 210 человек – их родственников. Из обратившихся 180 человек были включены в программу ресоциализации, 95 человек прошли ее полный курс.

На сегодняшний день нет официальной информации по количеству негосударственных реабилитационных центров в Украине, соответственно, нет информации и по соотношению центров разного вида собственности и форм предоставления реабилитационных услуг. Функция по систематическому сбору и сведению этой информации возложена на Украинский мониторинговый и медицинский центр по наркотикам и алкоголю Министерства здравоохранения.

Имеющиеся формы получения [реабилитационной помощи](#):

- врачебные консультации (амбулаторные и стационарные);
- реабилитационные программы;
- терапевтические сообщества (стационарные);
- программы духовной психотерапии и религиозной реабилитации.

Согласно закону Украины от 23 апреля 1991 года, №987-XII «О свободе совести и религиозных организациях», религиозные организации могут в контексте выполнения своих уставных задач основывать, в том числе, благотворительные заведения (приюты, интернаты, больницы, реабилитационные центры) с правом юридического лица. Таким образом, НПО, благотворительные фонды и религиозные организации, могут лечить больных, получив в установленном законом порядке лицензию на осуществление медицинской практики. Однако медицинская практика регулируется другим законодательством. Что касается предоставления реабилитационных услуг, то это происходит, как правило, в соответствии с уставными целями организации, ресурсами, личными предпочтениями владельцев или администрации и профессиональным опытом сотрудников. Организации сами определяют содержание реабилитационной программы, критерии качества и оценки эффективности услуг, требования к персоналу и учетно-отчетной документации, составляют график работы и т.д. Это происходит, потому что не существует официальных нормативных документов (протоколов и стандартов), где бы эти требования были четко прописаны.

Следует отметить, что религиозные организации и благотворительные фонды не имеют права получать плату за свои услуги – только благотворительные взносы. Основа бесплатной реабилитации – в основном, механизм самообеспечения через труд пациентов (развитие трудовых навыков и самодисциплины наркозависимого и т.д.). Подобные объединения не подпадают под действие закона «О социальных услугах». Их деятельность регламентируется внутренним уставом, который предусматривает предоставление социальных услуг.

Согласно результатам картирования, в рамках которого были проанализированы 93 центра, стоимость участия в стационарной программе реабилитации варьируется от 4000 гривен (127 евро) до 27 000 гривен (854 евро) в месяц. Рекомендованная продолжительность участия в программе, в среднем, составляет шесть месяцев (но не менее одного месяца). Восемь центров позиционируют себя как христианские (в частности, православные), в основе деятельности которых – религия; остальные – как общественные/частные.

Исходя из описания, иногда сложно провести грань между общественными, частными и коммерческими реабилитационными центрами.

Из 93 центров все предлагают услуги реабилитации в стационарных условиях. В 26 центрах дополнительно возможно амбулаторное лечение. Наибольшее количество центров расположены в крупных городах: Киеве, Харькове, Днепре, Одессе, Львове – или рядом с ними. Практически все центры – смешанного типа: для мужчин

# IV\_УКРАИНА

и женщин. После дополнительного уточнения информации (обзвона) оказалось, что некоторые из центров также принимают и несовершеннолетних, по заявлению родителей. 36 центров предлагают услуги по работе с родственниками. Все центры заявляют о добровольности участия в программе реабилитации, хотя часть из них даже на сайтах указывает и «принудительную мотивацию» (принудительное лечение).

Помимо принудительного лечения, известны и другие случаи нарушения прав пациентов: физическое насилие, эксплуатация, унижение человеческого достоинства и др.

*«Есть центры, в которые люди попадают не по собственной воле, а по принуждению. Там их лишают свободы, за ними следят охранники. В случае побега их догоняют, наказывают».*

*«Людей привозили туда, потому что добровольно в это рабство в жизни никто не пойдет. Людей туда привозили – кого в багажнике, кого в наручниках. Они приходили туда... некоторые не знали, что их ожидает. И пошло–поехало. То есть территория закрыта, курить нельзя. Закурил – яму копаешь два метра, хоронишь бычок. Работа, молитва, не дай Бог, где-то пожаловаться. Сразу и физическое насилие, и издевательства типа на цепи приковать к дереву и простоять на жаре. Ну, разные формы. Я считаю, что это преступное поведение по отношению к этим больным людям и жесткое их использование в личных целях».*

## НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Украинские медицинские учреждения используют следующие модели лечения при опиоидной наркозависимости:

- детоксикация в стационаре с помощью клонидина и неспецифических средств (внутривенные инфузии растворами глюкозы, гемодеза или полиглюкина, транквилизаторы, нейролептики, снотворные, витамины и общеукрепляющие) в течение 10–14 суток, с последующей выпиской и рекомендациями воздерживаться от употребления наркотиков;
- детоксикация с помощью инъекционного бупренорфина с добавлением транквилизаторов и снотворных амбулаторно, с последующим курсом реабилитации в реабилитационных центрах;
- лечение состояния зависимости транквилизаторами, тимолептиками и антидепрессантами в стационаре в течение 14–21 дня, с рекомендациями после выписки посещать любую реабилитационную программу или собрания «Анонимных Наркоманов»;
- опиоидная заместительная терапия (метадоном и бупренорфином).

### Основные подходы, которые используют реабилитационные центры:

- комбинированный подход (чаще всего: детокс + «Терапевтическое сообщество» + «12 шагов») – 65 центров;
- «12 шагов» – 45 центров;
- «Терапевтическое сообщество» – 25 центров;
- детокс – 22 центра.

Программы реабилитации, по которым работают центры, достаточно разнообразны, однако в большинстве случаев их основу составляет программа «12 шагов». Также в перечне подходов центров: психотерапия (индивидуальная и групповая), гештальт-терапия, семейная терапия, клиент-центрированная терапия, когнитивная терапия, когнитивно-бихевиоральный подход, трудовая терапия, арт-терапия, тренинги социальных навыков. Выбор подходов и программ зависит от опыта работы и особенностей обучения специалистов, которые ее проводят.

*«Здесь тоже нет единого какого-то реабилитационного комплекса. Но чаще всего используется программа “12 шагов”».*

*«На сегодняшний день в процентном соотношении больше всего “Миннесотская модель” используется. Это правда. Но люди у нас, если говорить о наших психологах, используют все. И бихевиоральные подходы... все методы и подходы, которые в их представлении... я не вправе рушить их схемы, на которых базируется существование этого отделения, потому как оно уже оправдало себя за столько лет».*

*«Транзактный анализ, экзистенциальный, психоанализ, – абсолютно все направления в терапии и в психотерапии, в психологии, которые используются, – они накладываются на работу с зависимостями. Там групповая и индивидуальная – это только такие маленькие веточки. Бывает терапевтическая группа, кто как ее понимает. Ее называют “итоги дня”, “рефлексия”, “группа эмоций” – по-разному называют, но она имеет возможность терапевтически коснуться процесса выздоровления. Информационное занятие или вмешательство, или интервенционно-мотивационные группы – ну да, могут быть. Интервью? – Могут быть. Ну и консультирование психолога по разным направлениям, если он на чем-то там специализируется. Никто не регламентирует – это твое личное дело».*

Из нестандартных методик центры предлагают: спорт-терапию, духовную терапию, релаксационные техники, процессуальную психологию, психодраму, энергетическую психотерапию, «Глубокий ПЭАТ», «ГП-4», «Проработку Сущностей», «ТАТ» (Технология акупрессы Тапас), «ЕFT» (Технология эмоциональной свободы), «Эквилибрум», «Рандеву прошлого», «Квантовое смещение», «Холотропное дыхание», «Смехотерапию» и др.

# IV\_УКРАИНА

Некоторые центры предоставляют в качестве дополнительных услуг массаж, сауну, тренажерный зал, походы, купания в водоеме.

После завершения программы многие центры предлагают услуги дальнейшего социально-психологического сопровождения.

По всей стране активно работают группы «Анонимные Наркоманы» – при реабилитационных центрах любой формы собственности, при общественных организациях, как группы самопомощи или инициативные группы.

*«И практически во всех городах, поселочках и каких-то даже небольших населенных пунктах существует то, что мы называем группы самопомощи “Анонимные Наркоманы”. Вот это настоящая программа “12 шагов”».*

*«12-шаговая программа, по большому счету, это “Анонимные Алкоголики” и “Анонимные Наркоманы”. Это прекрасное сообщество».*

## ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Доступ к программам опиоидной заместительной терапии существенно отличается в разных регионах Украины и, в целом, является неудовлетворительным. В частности, процентное число лиц с опиоидной зависимостью, охваченных услугами ОЗТ, в соотношении с лицами, которые состоят на диспансерном учете, в среднем, составляет 21,5% (рекомендовано – 35%) и варьируется по регионам от 44,1% (в Винницкой области) до 6,8% (в Одесской области) (*Український моніторинговий центр з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України, 2016*).

Несмотря на это, стоит отметить и позитивные тенденции: в 2016 году каждый пятый пациент стал получать препарат ОЗТ «по альтернативной модели» на несколько дней, для самостоятельного приема (по рецептам в лечебном заведении, «домашний стационар»). Также, процент людей, которые смогли в 2016 году в 18 регионах получить препарат ОЗТ для самостоятельного приема увеличился с 6% до 23,3% (Річний звіт, 2016). Также в 2016 году количество пациентов, которые самостоятельно оплатили препараты ОЗТ, увеличилось почти в четыре раза, по сравнению с 2015 годом.

Законодательно предусмотрена возможность проведения заместительной терапии в местах лишения свободы. Согласно межведомственному приказу от 22 октября 2012 года, № 821/937/1549/5/156 «Об утверждении Порядка взаимодействия учреждений здравоохранения, органов внутренних дел, следственных изоляторов и исправительных центров по обеспечению непрерывности лечения препаратами заместительной поддерживающей терапии», пациентам ОЗТ гарантируется получение непрерывного лечения во время пребывания в следственных изоляторах и в местах отбытия наказания с лишением свободы, таких как исправительные центры.

Для обеспечения реализации программ ОЗТ в местах отбытия наказания с лишением свободы, был разработан проект совместного приказа Министерства здравоохранения Украины, Министерства внутренних дел Украины и Министерства юстиции Украины «Об утверждении Порядка взаимодействия учреждений здравоохранения, органов и подразделений национальной полиции, следственных изоляторов и учреждений исполнения наказаний по оказанию медицинской помощи задержанным, лицам, взятым под стражу и осужденным, больным туберкулезом, и обеспечение их лечением», однако он так и не был принят.

Сейчас программы ОЗТ в местах лишения свободы не реализуются, несмотря на законодательно благоприятную ситуацию. Таким образом, непрерывность лечения для пациентов ОЗТ в тюрьмах недоступна. Также в местах лишения свободы практически нет доступа к услугам реабилитации.

*«Реабилитационных программ в настоящее время нет. Есть в нашей колонии – одной из. Мы тоже осуществляли там такую деятельность, но опять же – в рамках одного из наших проектов. Он был по ВИЧ/СПИДу, но мы, используя те возможности, тот ресурс, который у нас был, заходили в колонию и там пытались организовать для начала группы «Анонимные Наркоманы» и «Анонимных Алкоголики». Какое-то время они действовали, и потом это прекращается действие. Потому что это все было на энтузиазме. Туда очень тяжело заходить, как вы сами понимаете. Там нужно достаточно много усилий приложить. И сейчас, насколько мне известно, в тюрьме для тех, кто находится в колониях, в лагерях, единственный, кто туда вхож, это представители всевозможных религиозных конфессий. То есть фактически реабилитационного никакого мероприятия нигде не проводится».*

По мнению экспертов, услуги лечения и реабилитации в целом доступны для людей, употребляющих наркотики. Детоксикацию можно пройти как в государственных, так и в частных клиниках, увеличился доступ к заместительной поддерживающей терапии. Предложение услуг реабилитации значительно превышает спрос. Картирование реабилитационных центров показало, что в Украине нет дефицита информации о подобных программах. Количество центров по всей Украине значительно превышает 100 (в картировании анализировались 93 центра), многие из них имеют более одного филиала в крупных городах Украины.

# IV\_УКРАИНА

Доступ услуг к программам реабилитации, в первую очередь, зависит от стоимости таких программ. Поэтому, наиболее доступны программы реабилитации религиозного характера.

Популярны и доступны программы амбулаторной поддержки, в частности по принципу АН.

*«Препятствий, поверьте мне, нет – наоборот. Профицит огромный услуг. Огромнейший. Не дефицит, а профицит. В несколько раз превышает».*

*«У кого есть доступ к интернету, то более чем достаточно (рекламы). Там вас завалят этими всеми предложениями. Но в наркодиспансере по месту, например, могут родителей информировать. В частности, наш наркодиспансер информирует о нашем ребцентре, о других ребцентрах – религиозных и так далее. Дают телефоны, нам звонят потом: вот, нам дали телефон в наркослужбе».*

*Вместе с тем, эксперты отмечают ряд проблем в предоставлении качественной помощи наркозависимым и в ее получении.*

Отношение персонала все еще влияет на обращаемость в государственные учреждения. К тому же, программы, которые предоставляются на базе государственных учреждений, традиционно являются высокопороговыми. «Безусловно, существует дискриминация. Она конкретная. Ну, можно от врачей, от кого угодно слышать: “Да что его – наркоман, что его лечить? Помрет, оно и к лучшему, – меньше наркоманов будет”».

*«Как в Киеве, так и во всех регионах, диспансеры и больницы никогда не были низкопороговыми структурами. Безусловно, есть определенные критерии отбора, и пропускная способность».*

При достаточно широком выборе предоставляемых услуг, не решен вопрос с обеспечением их комплексности и качества. Нет утвержденных и рекомендуемых стандартов предоставления реабилитационных услуг. Нет системного подхода к государственному финансированию реабилитации и сопутствующих услуг, обеспечению соблюдения прав человека, внешнему мониторингу качества со стороны государственных органов и органов местного самоуправления.

*«Взять пример: биопсихосоциальная модель. Взять человека – и на год ему распланировать реабилитационную программу. Раз или два раза в год, например, должен стационарно проходить лечение и наблюдаться участковым психиатром или наркологом. Потом пройти четыре месяца в каком-то ребцентре. Сегодня же деньги идут на койку и на место, если говорить о государственном. И, например, пройти переобучение, если он там был... ну, не может уже по состоянию здоровья выполнять работу, – должен получить новую специальность. Этим занимаются наши фонды и биржи труда. Но они не внедряются в нашу реабилитационную программу. Где-то деньги идут разрозненно во все места, а что бы их подвязать к одному человеку, привязать к программе – это отсутствует. Поэтому, нет нормальной реабилитации человека».*

Несмотря на то, что существует большое количество предложений в разных ценовых категориях, для многих клиентов остается проблемой именно «небесплатность» услуг. В этой связи стоит отметить программы опиоидной заместительной терапии, которые финансируются Глобальным фондом или из государственного бюджета, и, соответственно, бесплатны для пациентов (хотя существуют и платные программы). Но только программы ОЗТ не могут решить всех проблем в лечении наркозависимости.

*«Ну, помощь, скажем так, неотложную помощь получают все граждане, в том числе и наркоманы. Но лечение, опять же, наркоман может получить, так чтобы его вывели из состояния, его вернули, его реанимировали, а дальше говорят, что теперь надо платить деньги – для того, чтобы человек как-то пришел в себя».*

# IV\_УКРАИНА

*«То есть у людей нет денег, никаких. Куда он пойдет? У него 1000–2000 гривен, он звонит в ребцентр, ему там называют сумму. Куда он пойдёт? Он пойдёт на ту тысячу купит алкоголь, выпьет и пойдет дальше».*

Также эксперты отмечают проблемы в обеспечении доступа к услугам для несовершеннолетних, соответствующих их потребностям и возрастным особенностям. Единственный государственный реабилитационный центр, в котором есть отделение для несовершеннолетних, работает в г. Днепр при Днепропетровском областном наркологическом диспансере. Многие общественные и частные центры не работают с клиентами младше 18 лет или оказывают им ограниченный набор услуг (например, только индивидуальные консультации). В случае, если реабилитационные центры принимают несовершеннолетних, к ним часто применяются те же подходы, что и ко взрослым, без учета возрастных особенностей и жизненного опыта, что, по мнению специалистов, может приводить к негативным последствиям. Уникальным примером специализированного амбулаторного реабилитационного центра для несовершеннолетних потребителей ПАВ является центр «Диалог» на базе БФ «Новая семья» в г. Черновцы. Программа центра рассчитана на подростков в возрасте 14–18 лет (продолжительность – от трех до девяти месяцев).

*«Действительно, только в Днепре, в госструктуре, в наркологическом диспансере есть такая служба. В Украине это вообще огромнейшая проблема – зависимость у детей и подростков. Из-за разделения специальности “Психиатрия” есть детский психиатр, но нет детского нарколога. Если подойти с юридической точки зрения, то взрослый специалист не может оказывать помощь детям».*

*«Не доступно для ребят в возрасте до 18 лет. Возможно, это такое мое убеждение, что если мне 18 лет, и я приношу свои какие-то детские травмы, детские страхи, проблемы, только учусь жить в старшем сообществе – ну, не корректно меня садить за один стол с 30–летним, или 28–летним человеком, с опытом в два раза выше чем у меня. Это тоже нарушает и безопасность наших подростков. Они выходят с центра, где узнают о способах и видах наркотиков. Не потому, что им под кроватью это кто-то рассказал, а потому, что на общей терапии, на группе, когда они делились своим опытом. Они его слышат».*

*«Понятно, мы несовершеннолетних не берем, – да, детей. Хотя неоднократно были у нас и звонки. Постоянно обращаются. Да, 14–15 лет детки».*

*«Я вам хочу сказать, что это отдельная вообще статья работы, статья расходов и т.д., и т.п. Нужно просто понимать, что должен быть ресурс у организации. Вот если бы гипотетически была бы какая-то организация, которая бы могла финансировать это, мы бы абсолютно четко с этой работой бы справились. Для этого нужно отдельно стоящее здание, именно где будут такие подростки, где будет проводиться работа с ними. А не смешивать их с 50–летними наркоманами. Да, это усугубит их зависимость, на самом деле. Это отдельная работа специалистов – с их родственниками, так называемая “семейная групповая терапия”. Это очень важно со всеми, а с подростками тем более. Если взять нашу организацию, то, скажем так, компетентности или профессионализма будет достаточно. Но это очень серьезные затраты».*

Также существуют пробелы в предоставлении услуг, ориентированных на женщин.

*«В основном, они у нас все смешанные: мужчины и женщины могут пребывать в одном центре. Женских центров, ну, очень мало. По крайней мере, чтобы направить девочку на реабилитацию, мы ищем женские РЦ. На протяжении трех лет ни один женский не открылся».*

*«Вообще центры, которые предоставляют услуги женщинам или матерям, я уже не говорю про несовершеннолетних девочек, это считанные центры в Украине».*

Медицинская деятельность в стране лицензируется и должна соответствовать требованиям, указанным в нормативных документах Министерства здравоохранения Украины.

*«Вообще, если дается лицензия на медицинскую практику, то эти лицензии выдает Министерство здравоохранения, и такие центры подчиняются всем нормативным документам Минздрава. Минздрав может проверять такие центры. Это аккредитация учреждения, и если что-то случится по каким-то жалобам, то нужно создавать комиссии. Есть Департамент оценки качества лечения. Есть Отдел лицензирования. Он должен смотреть на соответствие критериям лицензирования».*

Контроль качества всех видов медицинской помощи осуществляется, согласно порядку, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Украины от 28 сентября 2012 года, №752. В Украине действуют следующие приказы Министерства здравоохранения по стандартизации медицинской помощи по блоку МХК-10 (F10-F19):

- приказ «Об утверждении стандарта лечения ВИЧ-положительных людей, которые являются потребителями инъекционных наркотиков» от 19 августа 2008 года, №476;
- приказ «Об утверждении методических рекомендаций “Заместительная поддерживающая терапия в лечении с синдромом зависимости от опиоидов” от 10 ноября 2008 года, №645;
- Приказ «Об утверждении клинических протоколов предоставления медицинской помощи по специальности “Наркология”» от 21 сентября 2009 года, №681.

В отчете «Украинского мониторингового и медицинского центра по наркотикам и алкоголю Министерства здравоохранения» за 2016 год (*Український моніторинговий центр з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України, 2016*) указано, что приказ Министерства здравоохранения «Об утверждении клинических протоколов предоставления медицинской помощи по специальности «Наркология» от 21 сентября 2009 года, №681 не соответствует современным требованиям предоставления медицинской помощи. В этом же отчете указано, что мониторинг качества услуг, которые предоставляются людям с наркозависимостью, выявил несоответствие большинства медицинских протоколов научно обоснованным подходам доказательной медицины.

На практике, как правило, мониторинг лечения осуществляется только внутри лечебного учреждения и определяется существующими ресурсами заведения и профессионализмом главного врача и других профильных специалистов.

Нет также указаний на то, каким образом следует оценивать эффективность используемых способов лечения. Механизм надежного контроля за предоставлением услуг, начиная с диагностики, постановки на учет, кейсом услуг и эффективностью, отсутствует. Это не может не влиять на механизм доступа к качественным услугам и их результативность.

Мониторинг и оценка эффективности программ реабилитации зависят от особенностей и возможностей каждой отдельной организации и программы: формы собственности и источника финансирования, наличия специалистов и нормативных требований к их деятельности, используемых подходов и т.д. Не существует единого алгоритма, стандартов реабилитационной программы (стационарной или амбулаторной), как, соответственно не существует закрепленного нормативно механизма оценки их качества и эффективности. Обеспокоенность экспертов вызывает также отсутствие системных подходов к контролю соблюдения прав человека в реабилитационных центрах.

*«У нас абсолютно нет никакого протокола по качественной работе реабилитации. Чтобы, например, была хоть и государственная комиссия по той же наркологии, которая бы могла выехать, проверить».*

# IV\_УКРАИНА

*«Вот недели две назад Генпрокуратура четыре реабилитационных центра (три – в Киевской области, один – в Киеве) закрыла. Там, по Львову, по Николаеву. Вот сейчас немножко начали в этом направлении работать правоохранители. Ну, опять же, одних закрыли, вторые открылись. Или же тех закрыли, а через месяц они опять всплыли. Тут нужен комплексный подход государственный».*

Как показало картирование центров, предоставляющих услуги реабилитации, основным критерий эффективности, который используется во внутренней оценке программ, – краткосрочная ремиссия клиентов, которая отслеживается при первичной поддержке контакта с клиентом, сразу после окончания им стационарной программы. На сайтах некоторых центров указывается «процент успешности» клиентов, который не детализируется и может варьироваться от 30 до 80%. Однако использование только этого критерия, связанного с ремиссией (краткосрочной или даже долгосрочной) не достаточно для измерения эффективности, так как он не учитывает хронический и рецидивирующий характер заболевания.

*«Если есть трезвые люди, хоть кому-то это помогло – можно говорить о какой-то степени эффективности. Но, опять же, какой ценой эта трезвость достигается, тоже большой вопрос».*

*«В качестве мерила того, работает программа или нет, используют самый главный фактор: употребляет человек или нет. Хотя и это, как мне кажется, является не самым главным. Потому что следует помнить, что ведь болезнь наркомании – она рецидивирующая и хроническая. То есть в некоей подавленной форме болезнь всегда существует в человеке, и ее обострение может вызвать рецидив».*

Как показатель успешности, также используется такой индикатор, как процент завершивших программу.

*«...удержание в самой программе, потому как все-таки три месяца – это колоссальный срок. Порядка 20% людей мы теряем. Это те люди, которые не находятся 90 дней».*

*«То есть это является одним из критериев того, что, если я зашел в программу на 6–9 месяцев, и я вышел через 6–9 месяцев, то программа вообще очень хорошая, и там можно работать. Но никто потом не отслеживает, имеет ли человек или не имеет. То есть системы, которая могла бы эффективно подсчитывать эффективность реабилитационных программ, – ее не существует».*

Вместе с тем, по мнению экспертов, некорректно оценивать эффективность реабилитации только по поведению человека в искусственно созданных условиях. Хорошей практикой считается отслеживание состояния клиента хотя бы на протяжении года после завершения стационарного этапа реабилитации. Обычно после завершения стационарной или амбулаторной реабилитации, клиентам рекомендуют посещать группы АН, группы самопомощи, служения и «домашние группы» (в религиозных центрах). Если такие группы существуют при центре реабилитации или в партнерской организации, у центра есть возможность отследить длительность ремиссии, рецидивы, общую динамику. Для получения обратной связи (и, в то же время, для привлечения новых клиентов) практикуются организации конференций, дни «открытых дверей», дни рождения центров, проведение «открытых» групп, групп для родственников и т.д.

*«Самый главный вопрос – это даже не то качество работы, которая проведена за этот месяц или два, а то, что человек получает потом, выходя. Как его поддерживают, чем он занимается потом».*

*«Во-первых, ремиссия. Потому что мы работаем с абсолютной трезвостью. Но, понятное дело, что, когда человек бросает психоактивные вещества, его проблемы часто только начинаются. И если его просто выпустить из реабилитационного центра, как многие, пожать ему руку и сказать “спасибо”, – да, у 99% происходит рецидив. И, в принципе, можно говорить о каком-то результате, когда человек находится в ремиссии хотя бы от года до трех. Это показатель».*

# IV\_УКРАИНА

*«Для того, чтобы мы понимали, что наша услуга качественная, мы должны видеть нашего бывшего пациента, посещающего собрания группы АН».*

*«Есть система обратной связи, есть система семейных дней, есть система дней рождений реабилитационных центров, куда приглашаются выпускники».*

*«Хочешь–не хочешь, поначалу поддерживаем, контролируем. Ну.. как контролируем? То есть смотрим, где-то корректируем. Но все равно это же, понимаете, такое закрытое сообщество, в котором информация идет. Там есть спонсор, есть группы, и мы интересуемся. То есть до года где-то мы отслеживаем. Да, год мы точно смотрим, а потом уже – соответственно, по их желанию. Если они проявляют инициативу какую-то и принимают участие, то, конечно, мы с ними работаем. А так – мы отслеживаем до года».*

Однако не всегда у центров достаточно ресурсов для продолжительной поддержки участников реабилитационных программ. В процессе реабилитации сотрудниками центра отслеживается динамика изменений клиента, существует система внутреннего мониторинга, но вне рамок стационарной реабилитации оценить эффективность программ крайне затруднительно.

*«То есть во время его нахождения в программе, в реабилитационном центре это можно измерить. По тому, как он включается, как он работает, какие есть у него отзывы или обратная связь какая. То есть здесь измерить можно. Как только он выходит “за порог”, он попадает в незнакомую для нас среду. Потому что он может из другого города быть или из другого социального слоя, например. Он попадает в среду, где проконтролировать невозможно».*

*«Очень много телефонных звонков делают нам. Некоторым мы звоним. Со всеми не получается, потому что нет таких ресурсов у нас: ни человеческих, ни финансовых. Единственное, что мы можем, это подключаем их обязательно к группе Анонимных Наркоманов. Группа АНовская есть практически в каждом городе, и у нас есть список телефонов и контактных лиц. Некоторые идут, и действительно пользуются советом, и приходят в эту группу. А некоторые – нет. Все ж зависит от них».*

В рамках создания системы мониторинга и оценки в сфере реабилитации эксперты рекомендуют внедрять современные комплексные подходы, в соответствии с лучшими мировыми практиками.

*«NIDA, National Institute on Drug Abuse, – у них есть документ, который называется “Эффективность реабилитации зависимого человека от наркотических препаратов”. И там, в пункте №1 стоит – уменьшение криминогенного поведения, например. То есть человек раньше совершал преступления, например, три раза в год, а если он теперь одно совершил – из-за того, что перестал употреблять, то можно говорить об эффективном реабилитационном процессе, который он проходит. Этот документ состоит из 13 пунктов, как определить эффективность реабилитации».*

*«Надо смотреть физическое здоровье, эмоции человека, его интеллектуальные способности, его духовную жизнь. И дальше – всю его систему взаимоотношений, как он восстанавливает взаимоотношения с окружающим миром. Это, в первую очередь, семья, работа, увлечения, друзья и так далее. Если здесь наблюдаем улучшения, то тогда можно говорить о некоей эффективной реабилитационной программе. Потому что понятие здоровья – оно носит не только физиологический характер, здоровье – это и социальный фактор».*

## Квалификация и обучение специалистов

Персонал реабилитационных центров и специализированных медицинских учреждений варьируется и зависит от формы собственности, имеющихся ресурсов и идеологии этого учреждения. В государственных учреждениях работают врачи–наркологи, психиатры, психологи, социальные работники и другие специалисты. Штат общественных и религиозных реабилитационных центров обычно включает психологов, социальных работников, равных консультантов. Могут также привлекать врачей других специальностей или средний медицинский персонал, специалистов по физической культуре и т.д. В Украине существует ряд центров, где основу персонала составляют исключительно равные консультанты и другие сотрудники без специального медицинского или психологического образования.

В Украине лечением пациентов с наркозависимостью имеют право заниматься врачи–наркологи. Специальность «врач–нарколог» предполагает наличие высшего образования (специалист, магистр) по направлению «Медицина», специальности «Лечебное дело» и прохождение интернатуры по специальности «Психиатрия» с последующей специализацией по «Наркологии», а также наличие сертификата врача–специалиста (См. «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я»). Наркологи в обязательном порядке участвуют в курсах повышения квалификации (не меньше одного раза в период между аттестационными циклами), а также регулярно проходят аттестацию на присвоение или подтверждение квалификационной категории.

Качество предоставляемых услуг соответствующими специалистами по лечению и реабилитации обеспечивается путем прохождения аттестаций и курсов повышения квалификации, которые регулируются следующими учебными программами и нормативно-правовыми документами:

- *Интерактивный курс повышения квалификации Министерства здравоохранения «Лечение опиоидной зависимости» для медицинских специалистов». – [https://courses.prometheus.org.ua/courses/course-v1:MOZ+TOD101+2017\\_T2/about](https://courses.prometheus.org.ua/courses/course-v1:MOZ+TOD101+2017_T2/about);*
- *Приказ Министерства здравоохранения Украины от 2 октября 2015 года, №650 «О внесении изменений в Положение о порядке проведения аттестации врачей»;*
- *Приказ Министерства здравоохранения Украины «Положение о порядке проведения аттестации врачей» от 19 декабря 1997 года, № 359;*
- *Приказ Министерства здравоохранения Украины «О дальнейшем усовершенствовании аттестации врачей» от 19 декабря 1997 года, №359;*
- *Закон Украины «О профессиональном развитии работников» от 5 июля 2012 года, № 5067- VI;*
- *Приказ Министерства здравоохранения Украины «О порядке направления на стажировку врачей, которые не работали по специальности более трех лет, и о порядке их последующего допуска к врачебной деятельности» от 17 марта 1993 года, № 48;*
- *Приказ Министерства здравоохранения Украины «Об утверждении Положения о проведении экзаменов на предаттестационных циклах» от 18 мая 1994 года, №73.*

Аттестация медицинских психологов, как и врачей, происходит, согласно приказам Министерства здравоохранения Украины (см. выше). Аттестация практических психологов регулируется Министерством образования и науки Украины, при условии, что они работают в учебных заведениях различных форм собственности или в центрах практической психологии и социальной работы. Таким образом, аттестация практических психологов осуществляется в соответствии с «Типовым положением об аттестации педагогических работников Украины» (приказ Министерства образования и науки Украины от 20 августа 1993 года, № 310), с изменениями и дополнениями (приказ Министерства образования и науки Украины 1 декабря 1998 года).

Аттестация социальных работников проходит согласно «Порядку аттестации социальных работников, других специалистов, оказывающих социальные и реабилитационные услуги», утвержденного Приказом Министерства социальной политики Украины от 1 октября 2012 года, № 612.

# IV\_УКРАИНА

Важно отметить, что в Украине не существует специальных положений или учебных программ для социальных работников и психологов, работающих в реабилитационных центрах. В ряде высших учебных заведений проводят краткосрочные курсы по аддиктологии, которые не могут обеспечить полноценной подготовки специалистов по работе в этой сфере. Специфические знания и опыт такие специалисты получают непосредственно на рабочем месте.

Большинство реабилитационных центров указывают, что в их штате работают консультанты по вопросам химических зависимостей или равные консультанты (обычно – бывшие клиенты центров). Такие профессии не включены в «Классификатор профессий Украины», обучение такой специальности в учебных учреждениях Украины не проводится и, соответственно, отсутствуют образовательные программы и стандарты качества этой работы.

Контроль над обучением и повышением квалификации персонала может взять на себя работодатель, привлекая для обучения внешних экспертов и разрабатывая внутренние процедуры. Сотрудники центров с целью повышения квалификации могут периодически проходить стажировки и обучение (обычно – кратковременные курсы или тренинги). Однако следует иметь в виду, что каких-то общих подходов к обучению или требований к знаниям и навыкам специалистам по вопросам реабилитации наркозависимых не существует.

*«Про курсы. Такие курсы специальные отсутствуют. Это все проводят на свой страх и риск те, кто уже достаточно давно занимается какими-то вариантами реабилитации. Они у себя, чтобы заработать немножко денег, собирают консультантов из каких-то тоже реабилитационных центров и проводят некие краткосрочные варианты того, что я называю тренингом. Два-три дня... может быть, неделя. Эти консультанты или их руководство платит какие-то деньги за каждого и, таким образом, это происходит. И что им там рассказывают, безусловно, – это то, что они сами умеют. Вот свою реабилитационную программу презентуют и, таким образом, происходит вот это обучение. И выписывают некое подобие сертификатов или каких-то дипломов, документов. Опять же, это все – самодеятельность. Централизованно таких вот людей, которые бы имели возможность получить сертификат государственного образца не существует».*

*«Организация называется “Христианский гуманитарный университет”. Это христианская община дает деньги, и у них там есть такое обучение, несколько лет проходят это обучение. И они выписывают некий диплом, в котором пишут, что ты получил специальность “Психолог-аддиктолог”. Ну, как бы специализация. Действительно, в направлении “зависимое поведение”, “аддикция”. Но это, опять же, это не государственного образца диплом».*

## РЕКОМЕНДАЦИИ

- **Разработка комплексной государственной политики по вопросам лечения и реабилитации людей, зависимых от наркотиков, и механизмов ее практического внедрения.**

*«Вот это нужно менять: отношение государства к реабилитационной политике. Да, она (реабилитационная политика) должна появиться обязательно».*

*«Тут нужно что? – на уровне приказов. Чтобы это был приказ Министерства здравоохранения, на основании закона о том, что, допустим, каждая областная наркология должна у себя организовать реабилитационный центр, который бы действовал по следующему стандартному протоколу, в котором должны быть... В стандартном протоколе это все прописано: персонал центра, их квалификация и так далее».*

*«Вот здесь очень важно, чтобы в каждой области, в зависимости от населения, уровня наркотизации, было бы определенное количество реабилитационных центров, которые бы имели поддержку с бюджета».*

*«Это не обязательно, чтобы они (реабилитационные центры) были государственные. А государство должно контролировать соблюдение условий и соблюдение выполнения стандартов лечения».*

*«Все самое ресурсное, что можно было придумать – оно уже прописано в стандарте, в стратегии национальной: и про единую базу, и про систему мониторинга, и проверку качества кадров. Если бы это все делалось и регламентировалось процессуально, кто за что отвечает, – это бы решило многие вопросы».*

*«Принцип “единого окна”, где человек придя, получил бы всю информацию и помощь, а не так, что он пришел, а ему сказали: “О, а у тебя еще тут проблема, иди туда”. То есть, чтобы было комплексное предоставление услуг. Как вот это вижу я, например? Происходит звонок: “Да, у меня есть зависимость”. Человека приглашают на консультацию. Это должны быть государственные программы, а не частные, где ему скажут, заплати столько-то. Он получает консультацию. Следующий этап – его направляют на детоксикацию. Следующий этап – на реабилитацию. И дальше – ресоциализация. В зависимости от его проблем, созданных во время зависимости, это защита тоже и юридических прав».*

- **Создание экспертного совета по разработке и внедрению стандартов лечения и реабилитации.**

*«Организовать круглый стол и пригласить релевантных специалистов, которые в теме, пригласить практиков, которые в теме. И пригласить, может быть, человека, который хорошо знает подход тех же самых Америки или Евросоюза».*

*«Единый протокол разработать и, соответственно, должны в нем брать участие, в этой работе, специалисты, которые касаются этой сферы деятельности. Это и правоохранительные органы, медики, психологи, контролирующие органы. То есть это однозначно для того, чтобы разработать такой качественный продукт, где было бы все: и правовая часть, и часть медицинская, и психологическая».*

- **Разработка недостающих и усовершенствование существующих стандартов и протоколов, которые бы отражали потребности всех групп, включая несовершеннолетних, женщин, употребляющих наркотики, и людей, находящихся в местах лишения свободы. Перевод и адаптация международных документов.**

*«Первое – это разработки стандартов и клинических протоколов. Общественные организации могли бы делать драфт документов. Могли бы организовать перевод, литературную редакцию, а потом мы, специалисты, могли бы сделать свои комментарии».*

# IV\_УКРАИНА

*«По клиническим протоколам речь идет всего лишь об опиоидной зависимости. Если говорить о других проблемах с другими ПАВ, то нет протоколов ведения таких больных. Я имею в виду людей, которые имеют зависимость от психостимуляторов, в первую очередь».*

*«Вообще в этих протоколах нужно описывать коморбидные состояния. До 70% – это коморбидные состояния, то есть ПТСР и зависимость, аутизм и шизофрения. И нужно эти имеющиеся протоколы дорабатывать алгоритмами, как вести людей при коморбидных состояниях».*

- **Повышение качества услуг путем разработки критериев эффективности, создания адекватной системы лицензирования услуг реабилитации и мониторинга качества услуг.**

*«Обязательно должна быть аккредитация деятельности того или иного учреждения. Должен быть определенный инструмент».*

*«Государство должно контролировать соблюдение условий и соблюдение выполнения стандартов лечения».*

*«Второй момент – это ревизия всех реабилитационных центров с целью их стандартизации, с последующим лицензированием услуг».*

*«В любом случае, я так думаю, мы придем к этой стандартизации. Если она будет, порог ее будет вначале, хотя бы на первом этапе, каких-то 5–7 лет снижен максимально низко, максимально допустимо низко. Для того, чтобы не отсеять те организации, которые могут, но в силу каких-то причин у них нет денег и прочие вещи... ведь только финансово емкие коммерческие структуры могли войти на рынок на этот и быть управленцами этого рынка. То вот, здесь нужен гибкий подход к стандартизации услуг».*

- **Подготовка специалистов в сфере реабилитации зависимостей. Разработка программ обучения. Организация стажировок.**

*«Организовать обучение врачей, медсестер, консультантов, психологов. Они должны пройти эту школу по реабилитации зависимостей. Они должны простажироваться где-то».*

*«Нет структуры, которая занималась бы подготовкой кадров (для реабилитации)».*

*«Образование, в первую очередь. Программы образования. Причем, не только врачей. Основное – это психологи и социальные работники».*

- **Привлечение местных органов самоуправления и представителей общественности к контролю над выполнением требований и соблюдением стандартов предоставления услуг реабилитации, мониторингу соблюдения прав и т.д.**

*«... создание такой рабочей группы, куда бы входили эксперты, местные громады, и проверяли, насколько эти центры безопасны».*

- **Системная работа по вопросам зависимости в школах: обучение психологов, разработка методических рекомендаций, работа с родителями, работа с детьми.**

*«Так же считаю, что у нас плохо налажен контакт между психологами в школах и психологами в медицинских учреждениях. Потому что проблемы начинаются в школе. И зависимости тоже. У нас 25 тысяч психологов в Минобразовании. Но те психологи, которые работают в школе, они должны видеть, где компетенция медицинского психолога и где возможно порекомендовать психолога в медицинском учреждении для подростка. Но нет контакта психолога школы и психолога медицинского. Считается, что если психолог, то*

# IV\_УКРАИНА

*он знает все. Нет, если он не имеет специализации, подготовки медицинской психологии. И у нас нет методических рекомендаций «когда» «как» психологу в школе посотрудничать с психологом в лечебном учреждении. Нет точки соприкосновения. Вот если вы (AFEW) работаете с подростками, можно было бы сделать акцент, найти взаимодействие».*

*«Почему не ввести, например, в школе, вот просто действительно обязательно в каждой школе, курс для родственников? Даже можно без детей. Ну, потом и с детьми, конечно. Для родственников – информационный курс по тому, как определять зависимость, что это такое, почему она формируется, как родители себя должны вести».*

# IV\_УКРАИНА

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. UNICEF, Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка (2015). Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні. <http://knowledge.org.ua/file/espac-2015-natsionalnyj-otchet/>.
2. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні». 2017. № 48. <http://phc.org.ua/uploads/documents/c21991/1489e96901f2c3c26f4210ba6a9698cc.pdf>.
3. Річний звіт «Впливаємо на епідемії, підтримуємо спільноти» (2016). – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я». – [http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2017/08/ar2016\\_ua.pdf](http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2017/08/ar2016_ua.pdf).
4. Державна установа «Український моніторинговий центр з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України» (2016). – <http://www.ummcda.org.ua/index.php/pro-tsentr/zavdannya-tsentru>.
5. Закон України «Про професійний розвиток працівників» (05. 07. 2012, № 5067–VI). <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4312-17>.
6. Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» (15. 02. 1995, №62/95-ВР). – <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/62/95-вр>.
7. Закон України «Про соціальні послуги». – <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/966-15>.
8. Закон України «Про об'єднання громадян» (16. 06. 1992, №2460). <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2460-12>.
9. Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» (1995). <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/60/95-%D0%B2%D1%80>.
10. Міністерство охорони здоров'я, Міністерство внутрішніх справ України, Генеральна прокуратура України, Міністерство юстиції України. Наказ «Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини» (10. 10. 1997, №306/680/21/66/5). <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0534-97>.
11. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів. / Барська Ю. Г., Сазонова Я. О. – К.: МБФ «Альянс Громадського Здоров'я», 2016. <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2015/09/monsin.pdf>.
12. Національний звіт за 2016 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2015 року). <http://www.ummcda.org.ua/index.php/61-natsionalnogo-zvitu-za-2016-rik>.
13. Міністерство охорони здоров'я, Міністерство внутрішніх справ України «Про затвердження Порядку проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами» (16. 06. 1998, №158/417). – <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0482-98>.
14. Інтерактивний курс підвищення кваліфікації Міністерства здравоохранения Украины «Лечение опиодной зависимости» для медицинских специалистов. [https://courses.prometheus.org.ua/courses/course-v1:MOZ+TOD101+2017\\_T2/about](https://courses.prometheus.org.ua/courses/course-v1:MOZ+TOD101+2017_T2/about).
15. Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні»/ Берлева Г., Сазонова Я. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2017. <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/07/mio2016high.pdf>.
16. UNICEF, Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка (2016). Підлітки груп ризику: оцінки і динаміка. – [https://www.unicef.org/ukraine/ukr/pidlitki\\_grup\\_riziku.pdf](https://www.unicef.org/ukraine/ukr/pidlitki_grup_riziku.pdf).
17. Поиск альтернатив репрессивным мерам в наркополитике. Отчет. / Региональная встреча. Киев, Украина, 25–26 апреля 2016 года. [http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/kyiv\\_meeting\\_report\\_april\\_25-26\\_russian.pdf](http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/kyiv_meeting_report_april_25-26_russian.pdf).
18. Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство юстиції України, Державна служба України з контролю за наркотиками. Наказ «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії» (07. 11. 2012, № 1868/22180). <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1868-12/paran17#n17>.

# IV\_УКРАИНА

19. Міністерство охорони здоров'я. Наказ «Про порядок контролю якості медичної допомоги» (28. 09. 2012, № 752). – <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>.
20. Кабінет Міністрів України. Постанова «Про затвердження Типового положення про центр ресоціалізації наркозалежної молоді» (16. 09. 2009, №979). – <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/979-2009-п.21>. Кабінет Міністрів України. Постанова «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» (02. 03. 2016, № 285). – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF/paran8#n8>.
22. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку розроблення регіональних стратегій розвитку і планів заходів з їх реалізації, а також проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації зазначених регіональних стратегій і планів заходів» (11. 11. 2015, № 932). <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/932-2015-%D0%BF>.
23. Міністерство охорони здоров'я. Наказ «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу» (01. 08. 2008, № 188). – <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0512-00>.
24. Міністерство охорони здоров'я. Наказ «Про подальше удосконалення атестації лікарів» (19. 12. 1997, № 359). – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0014-98>.
25. Міністерство охорони здоров'я. Наказ «Про порядок направлення на стажув лікарів і їх наступного допуску до лікарської діяльності» (17. 03. 1993, № 48). – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0019-93>.
26. Міністерство охорони здоров'я. Наказ «Про затвердження Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» (18. 05. 1994, №73). – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0146-94>.
27. Міністерство охорони здоров'я. Наказ «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» (05. 06. 2012, № 200). – <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12>.
28. Министерство здравоохранения Украины. Приказ «Об утверждении стандарта лечения ВИЧ-позитивных людей, являющихся потребителями инъекционных наркотиков» (19. 08. 2008, №476). [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ8565.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ8565.html).
29. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ «Про подальше удосконалення атестації лікарів» (19. 12. 1997, № 359). – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0014-98>.
30. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ «Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів» (02. 10. 2015, №650). – <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0176-16>.
31. Міністерство охорони здоров'я, Міністерство внутрішніх справ України, Генеральна прокуратура України, Міністерство юстиції України. Наказ «Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини» (05. 11. 1997, № 534/2338). <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0534-97>.
32. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів» (10. 11. 2008, №645). [http://uazakon.com/documents/date\\_33/pg\\_gncrsq/index.htm](http://uazakon.com/documents/date_33/pg_gncrsq/index.htm)
33. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності "наркологія"» (21. 09. 2009, № 681). [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20090921\\_681.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090921_681.html).
34. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» (28. 08. 2013, №735-р). – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-п>.
35. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року» (23. 11. 2015, № 1393-р). <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1393-2015-п>.
36. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року (28. 08. 2013, № 735-р). – <http://zakon3.rada.gov.ua>.
37. Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство праці та соціальної політики України. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я. <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=4233>.

# IV\_УКРАИНА

38. Типовое положение об аттестации педагогических работников Украины // Міністерство освіти і науки України. Наказ «Про затвердження Типового положення про атестацію педагогічних працівників» (20. 08. 1993 г. № 310). – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1255-10>.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Обзор наиболее популярных подходов к реабилитации и лечению в мире (подготовлен Софией Райнике)

- Миннесотская модель лечения зависимости (программа «12 шагов» или «модель воздержания»)
- Психотерапия снижения вреда
- Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)
- Подход на основе микросоциального подкрепления (CRA)
- Микросоциальное подкрепление и обучение членов семьи (CRAFT) – расширенный вариант подхода «микросоциальное подкрепление»
- Матричная модель
- Терапевтические сообщества

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## МИННЕСОТСКАЯ МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ (ПРОГРАММА «12 ШАГОВ» ИЛИ «МОДЕЛЬ ВОЗДЕРЖАНИЯ»).

### Когда и кем разработана

«Миннесотская модель» основана на личном опыте и наработках Даниэля Андерсона (Anderson, McGovern and DuPont, 1999). Разработана в 1950-х годах доктором Нельсоном Брэдли и Даниэлем Андерсоном в психиатрическом госпитале штата Миннесота. Важно отметить, что ни один из них до этого не имел опыта работы с зависимыми. Мотивом создания «Миннесотской модели» было желание помочь алкоголикам более «действенным и гуманным» способом. «Миннесотская модель» была разработана после изучения литературы, психологических исследований, интервью с алкоголиками и выздоравливающими участниками «АА». Модель была впервые применена в организации под названием «Hazelden Foundation», которая на то время была одним из двух учреждений, работавших напрямую с алкоголиками по программе «Анонимные Алкоголики» (или программе «12 шагов»). Оттуда она распространилась по всей стране, а затем – и по всему миру.

### Цели и задачи

Достичь трезвости и воздерживаться от употребления любых наркотических веществ, вызывающих зависимость.

### Краткое содержание (компоненты)

В «Миннесотской модели» сотрудничают непрофессиональные работники, прошедшие подготовку (бывшие наркозависимые, прекратившие употреблять наркотические вещества) и профессионалы (Anderson, McGovern & DuPont, 1999).

Главные элементы «Миннесотской модели»:

- 1) «объединение профессионального персонала с обученными алкоголиками, находящимися в процессе восстановления»;
- 2) «фокусировка на концепте заболевания и наша связь с сообществом "12 шагов"»;
- 3) «ориентация на привлечение семьи»;
- 4) «стойкий отказ от употребления всех наркотических веществ, вызывающих зависимость»;
- 5) «акцент на пациенте и обучении семьи»;
- 6) «индивидуализированный план лечения»;
- 7) «континуум лечения, включающий стабильную последующую поддержку и план ведения пациента».

(Anderson, McGovern and DuPont, 1999. С. 112)

Anderson отмечает, что два важнейших элемента «Миннесотской модели» состоят в том, что: 1) необходимо уважать каждого клиента и его семью, а это значит, что каждому следует предоставлять индивидуальный план лечения; 2) «Миннесотская модель» основана на идее, что с помощью Высшей силы и модели «АА» можно достичь излечения от зависимости (то есть трезвости).

Главной идеей «Миннесотской модели» является следование программе «12 шагов». R. Muck, работавший над применением метода «12 шагов» для лечения детей с нарушениями поведения, связанными с химической зависимостью, определил «шаги» следующим образом:

– Первые три шага помогают детям стать честнее, принять решение прекратить употреблять наркотики и алкоголь, и выбрать новый стиль жизни. Шаги с четвертого по девятый — это Шаги действия. Они помогают детям оставаться честными, разработать и применять План действий для нового стиля жизни и исправить ошибки прошлого, если это возможно. Шаги с десятого по двенадцатый — это Шаги роста, которые поощряют детей продолжать работать с программами восстановления в течение жизни. «Как правило, первые пять шагов охватываются программой лечения, тогда как шаги с шестого по двенадцатый рассчитаны на постоянный контакт с группой самопомощи». Следует заметить, что, хотя в описании шагов использовалось слово «дети», описанный метод «12 шагов» также применяется и для взрослых (Muck et al., 2001).

# ПРИЛОЖЕНИЯ

Лечение по методу «12 шагов», как правило, включает групповую терапию, индивидуальную терапию, семейное консультирование, лекции и обучение психологической самопомощи, проведение досуга, написание проектов и посещение встреч «АА» или «АН» после завершения курса терапии в стационаре, если это было включено в начальный план лечения.

## **Философия и психологические подходы**

«Миннесотская модель» основана на философии «Анонимных Алкоголиков», также известной как программа «12 шагов». «Миннесотская модель» рассматривает химическую зависимость, как заболевание, тем самым утверждая, что может дать пациенту восстановление, а не исцеление от заболевания.

Сообщество «Анонимные Алкоголики» было основано в 1935 году в Нью-Йорке биржевым брокером Биллом В. и хирургом из штата Огайо доктором Бобом С. Оба они, по их собственному признанию, были алкоголиками. Билл В. в 1939 году написал руководство к программе «Анонимные Алкоголики», в котором определил те самые «12 шагов» к восстановлению, которые, по его мнению, способны помочь эффективно преодолеть алкогольную зависимость. Методика «12 шагов» применялась на базе групп самопомощи силами равных, то есть не предполагающих присутствия на занятиях специалистов (*Historical Data: The Birth of A.A. and Its Growth in the U.S./Canada, 2017*). Большое значение в программе уделено Высшей силе, вмешательство которой необходимо для успешного достижения трезвости. В настоящее время в программе «Анонимные Алкоголики» состоят около двух миллионов участников в разных странах мира (*Glaser, 2015*).

## **Критерии доступа для клиентов (возраст, тип наркотиков, предыдущий опыт лечения и реабилитации, проблемы со здоровьем и т.д.)**

Критерии для вступления в программу, работающую на основе «Миннесотской модели», определяет учреждение, в котором реализуется программа (это учреждение только с мужскими группами, только с женскими группами, учреждение, которое лечит подростков, и т.д.). Сама «Миннесотская модель» не имеет никаких критериев или ограничений. Методика «АА» изначально была сосредоточена на алкогольной зависимости. Через некоторое время по ее схеме были разработаны методики для других зависимостей (например, «Анонимные Наркоманы»/АН).

Философия «АА», сама по себе, не имеет критериев, однако общественные группы поддержки, руководствующиеся программой «12 шагов», могут создавать свои специфические критерии для желающих присоединиться (например, группы для мужчин, группы для женщин).

## **Продолжительность**

Изначально «Миннесотская модель» предусматривала 28-дневное стационарное лечение, индивидуально скорректированное для каждого клиента. После 28-дневной стационарной программы клиенту следовало продолжать посещать встречи «АА». С того времени в модель был включен амбулаторный компонент, а требования к пребыванию в лечебных учреждениях стали менее жесткими (*Anderson, McGovern & DuPont, 1999*). Опять-таки, каждое учреждение, вероятнее всего, будет устанавливать свои сроки пребывания в стационаре. Сами по себе «АА» состоят из групп, проводимых силами равных, которые не предполагают участия профессионального персонала. Люди могут посещать собрания «АА» или «АН» столько, сколько захотят.

## **Эффективность (критерии эффективности, система мониторинга и оценки и т.д.)**

Для «Миннесотской модели» успешным результатом лечения считается способность клиента оставаться трезвым. Исследования эффективности программы «12 шагов» чаще фокусируются на сравнении результатов среди клиентов, которые закончили и не закончили программу, чем на сравнении 12-шаговой программы с другими методиками (*Muck et al., 2001*).

# ПРИЛОЖЕНИЯ

Результаты исследования программы «12 шагов»:

1. У клиентов стационара, имеющих расстройства, связанные с употреблением алкоголя, посещавших встречи «АА» еженедельно, было отмечено увеличение числа дней трезвости и уменьшение объемов употребления алкоголя, по сравнению с пациентами, посещавшими встречи «АА» нерегулярно или не посещавшими вообще (*Gossop et al., 2003*).
2. Люди, посещавшие группы «АА» и/или «АН», в течение года имели показатели воздержания, превышавшие показатели людей, не принимавших участия ни в одной из групп (*Crape et al., 2002*).
3. Люди, которые продолжают посещать собрания «АА» в течение длительного периода времени (например, 4–8 лет), более склонны оставаться трезвыми в течение 16 лет (*Moos & Moos, 2006*).

Исследователи R. Moos и C. Timko (*Moos u Timko, 2008*) отмечают, что, несмотря на недостаточность эмпирической доказательной базы по эффективности групп «АН», можно предположить, что результаты «АА» применимы и к «АН», поскольку «АА» и «АН» следуют тем же «12 шагам», имеют одинаковый стиль проведения групп и литературу.

К сожалению, вследствие анонимного характера программы «АА» исследователям Moos и Timko было сложно провести оценку показателей эффективности и успешности, если она не сопровождалась амбулаторным или стационарным лечением. L.M. Dodes (*Dodes, 2014*) попытался исследовать показатели удержания в программе «АА» в дополнение к оценке трезвости участников «АА». Результаты этого исследования показывают, что успешность «АА» составляет 5–10%. Более того, он предположил, что применение программ «12 шагов» в качестве единственного метода лечения часто приводит к рецидиву.

## **Одобрение или рекомендации со стороны национальных или международных организаций**

Около 60% государственных программ лечения наркозависимости в Соединенных Штатах Америки используют программу «12 шагов», как основной метод лечения, 80% программ лечения наркозависимости сообщили об использовании метода «по крайней мере иногда» (*Substance Abuse and Mental Health Administration, 2011*). Это свидетельствует, что «12 шагов» – один из наиболее широко используемых и популярных методов лечения в США.

Однако в последние годы методы, основанные на воздержании от употребления, подвергаются широкой критике со стороны ряда исследователей, стремящихся найти более эффективные методы лечения людей, употребляющих наркотики. Одним из их основных аргументов – рецидивы среди тех, кто прошел лечение с помощью программ, поддерживающих воздержание, являются обычным делом, и такие рецидивы рассматриваются, как неудача пациента, который не смог удержаться в трезвости. Если рецидив называть неудачей, это может вызвать чувство стыда или вины (*Mancini, Linhorst, Borderick & Bayliff, 2008*). Также исследования показали, что клиенты программ лечения, основанных на воздержании, могут лгать или скрывать факт употребления наркотиков от медицинских работников, – прежде всего, чтобы избежать чувства стыда и вины, способных, в свою очередь, «усилить чувство никчемности, которое клиенты и без того тоже испытывают». (*Mancini et al, 2008, p. 398*).

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Источники:

1. Anderson, D. J., McGovern, J. P., & DuPont, R. L. (1999). The origins of the Minnesota 32 model of addiction treatment—a first person account. *Journal of Addictive Diseases*, 18(1), 107–114.
2. Crape, B. L., Latkin, C. A., Laris, A. S., & Knowlton, A. R. (2002). The effects of sponsorship in 12-step treatment of injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(3), 291–301.
3. Dodes, Lance M. (2014). *The sober truth: debunking the bad science behind 12-step programs and the rehab industry*. Boston: Beacon Press.
4. Glaser, G. (2015). *The Bad Science of Alcoholics Anonymous*. The Atlantic.  
<https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2015/04/the-irrationality-of-alcoholics-anonymous/386255/>.
5. Gossop, M., Harris, J., Best, D., Man, L. H., Manning, V., Marshall, J., & Strang, J. (2003). Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol and Alcoholism*, 38(5), 421–426.
6. *Historical Data: The Birth of A.A. and Its Growth in the U.S./Canada*. (2017).  
[http://www.aa.org/pages/en\\_US/historical-data-the-birth-of-aa-and-its-growth-in-the-uscanada](http://www.aa.org/pages/en_US/historical-data-the-birth-of-aa-and-its-growth-in-the-uscanada).
7. Mancini, M. A., Linhorst, D. M., Broderick, F., & Bayliff, S. (2008). Challenges to implementing the harm reduction approach. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(3), 380–408.
8. Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: A 16-year follow-up of initially untreated individuals. *Journal of clinical psychology*, 62(6), 735–750.
9. Moos, R., & Timko, C. (2008). Outcome research on twelve-step and other self-help programs. In M. Galanter, & H. O. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (4th ed. pp. 511–521). Washington, DC: American Psychiatric Press.
10. Muck, R., Zempolich, K. A., Titus, J. C., Fishman, M., Godley, M. D., & Schwebel, R. (2001). An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth & Society*, 33(2), 143–168.
11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2010. Data on Substance Abuse Treatment Facilities. DASIS Series S-59, HHS Publication No. (SMA) 11-4665. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ПСИХОТЕРАПИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

### Когда и кем разработан метод

Согласно недавним публикациям на тему психотерапии снижения вреда, в авангарде разработки этого метода были несколько ученых. Особо следует отметить Эдит Спрингер, Эндрю Татарски, а также Дженни Литтл и доктора Пэтт Деннинг, которые в настоящее время являются, соответственно, директором и руководителем направления клинических служб и обучения в Центре терапии по снижению вреда в Калифорнии. В исследовательской работе Дженни Литтл (*Little, 2006*) о группах терапии снижения вреда сказано, что первой публикацией, представившей идею психотерапии снижения вреда, была работа Спрингер об эффективных методах профилактики ВИЧ-инфекции среди активных потребителей наркотиков (*Springer, 1991*). Позднее вышло исследование доктора Татарски о психотерапии снижения вреда, сосредоточенное на проблеме злоупотребления алкоголем (*Tatarsky, 1998*), и исследование доктора Деннинг по снижению вреда как терапевтическому подходу для людей, живущих с ВИЧ, с расстройствами личности и химической зависимостью в анамнезе (*Denning, 1998*).

### Цели и задачи

Одной из основных целей снижения вреда, а, следовательно, и терапии снижения вреда, является уменьшение вреда, связанного с употреблением наркотиков. Однако терапия снижения вреда делает акцент на том, что именно клиент в сотрудничестве с квалифицированным профессионалом должен ставить себе конкретные цели. Каждый клиент – индивидуальность, и поэтому у разных клиентов могут быть разные ожидания относительно того, какого результата они хотят достичь. Для некоторых это – трезвость, для других – просто контроль и уменьшение вреда, которому они подвергаются при употреблении наркотиков (*Tatarsky, 2003*).

### Краткое содержание (компоненты)

Психотерапия снижения вреда объединяет «принципы и интервенции в сфере общественного здоровья, мотивационное интервьюирование и психиатрическое лечение с психодинамической психотерапией, чтобы создать комплексную модель лечения лиц с химической зависимостью и психиатрическими или эмоциональными проблемами» (*Little, 2006, p. 69*).

Клиенты психотерапии снижения вреда работают над ослаблением своей проблемы наркозависимости, а также социальных, эмоциональных и психиатрических проблем (*Little, 2006*).

Центр терапии снижения вреда (HRTC) в Калифорнии, США, является образцовым примером внедрения психотерапии снижения вреда.

Программа снижения вреда включает:

- 1) комплексную оценку потребления психоактивных веществ, эмоциональных, психиатрических, социальных и профессиональных проблем;
- 2) краткую «вводную группу», для ознакомления клиентов с моделью снижения вреда;
- 3) индивидуальную терапию, сосредоточенную на совместно разработанных целях;
- 4) терапию с учетом травмирующего опыта;
- 5) групповую терапию (опционально);
- 6) лечение с медикаментозной поддержкой: психиатрические и наркологические препараты, включая опиоидную заместительную терапию (HRTC –The Center for Harm Reduction Therapy. (n.d.)).

### Философия и психологические подходы

Философской основой этого подхода является концепция снижения вреда. Снижение вреда было создано с целью противодействия распространению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. В дальнейшем философия снижения вреда развилась в подход, который сейчас рассматривается с точки зрения общественного здоровья. Суть подхода – в снижении вреда, связанного с употреблением психоактивных веществ, в частности, посредством уменьшения определенных видов рискованного поведения, связанного с

# ПРИЛОЖЕНИЯ

Harm Reduction International определяет идеологию снижения вреда как сосредоточенную «в основном, на смягчении неблагоприятных медицинских, социальных и экономических последствий, без обязательного снижения употребления наркотиков» (*Harm Reduction International, n.d., p. 6*). Последняя фраза особенно важна, поскольку философия снижения вреда признает и подчеркивает тот факт, что «достичь общества, свободного от наркотиков, невозможно» (*The Drug Policy Alliance, 2017, p. 1*), и что потребители наркотиков могут хотеть снизить потребление или минимизировать вред, связанный с потреблением наркотиков, но не прекратить использование наркотиков полностью (*Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal, & Toneatto, 1993*).

В сочетании с философией снижения вреда используются когнитивно-поведенческие подходы, направленные на поддержание изменения аддиктивного поведения, и «транстеоретическая модель изменений» (*Little, 2006*).

«Транстеоретическая модель изменений» (ТМИ) была разработана в конце 1970-х годов. Исследователи выявили, что люди бросают курить, когда они к этому готовы. Следовательно, ТМИ фокусируется на принятии решений индивидуумами и признает, что смена поведения происходит постоянно в циклической системе. ТМИ предполагает шесть этапов изменений, и для перехода от этапа к этапу нужно работать с аффективными, когнитивными и оценочными процессами (*LaMorte, 2016*).

## **Критерии доступа для клиентов (возраст, тип наркотиков, предыдущий опыт лечения и реабилитации, проблемы со здоровьем и т.д.)**

Критериев для приема в программу снижения вреда нет. На своем сайте HRTC отмечает, что их центр часто работает с людьми, которые еще не решили отказаться от употребления наркотических веществ, и эта терапия может помочь им сделать правильный выбор (*HRTC – The Center for Harm Reduction Therapy, n.d.*).

«Мы приглашаем людей, которые до сих пор употребляют, которые не знают, хотят ли они меняться, и как именно, и ищут разумной альтернативы программам “Брось сейчас и навсегда!”. Цель у этих людей может варьироваться от полного отказа от употребления до контролируемого или более безопасного употребления. Мы движемся в том темпе, в котором способен двигаться клиент, и мы понимаем, что конечный результат лечения может отличаться от ожидаемого вначале, и успехи могут быть как маленькими, так и большими (*HRTC – The Center for Harm Reduction Therapy, n.d.*)».

## **Продолжительность**

Нет определенных сроков, так как цели устанавливает клиент со своим психотерапевтом, на индивидуальной основе. Подход снижения вреда предполагает, что каждый человек индивидуален, и продолжительность лечения для каждого своя.

## **Эффективность (критерии эффективности, система мониторинга и оценки и т.д.)**

Поскольку одной из основополагающих идей подхода снижения вреда является право каждого клиента ставить свои собственные цели относительно того, чего он хочет достичь за время лечения, оценить эффективность этой терапии достаточно трудно. К тому же, нет единых критериев эффективности, так как критерии каждый клиент также устанавливает для себя лично.

Однако эффективность стратегий снижения вреда за последние десятилетия подтверждена огромным количеством исследований. Несколько международных организаций поддерживают эту практику (более подробно о них – см. ниже).

## **Одобрение или рекомендации со стороны национальных или международных организаций**

Поскольку терапия снижения вреда является относительно новым подходом к лечению химической зависимости, не так много доступной информации, связанной с его оценкой со стороны национальных или международных организаций. Но такие организации, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН/UNODC) и Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС/UNAIDS) рекомендуют применять стратегии снижения вреда на международном уровне для борьбы с

# ПРИЛОЖЕНИЯ

передачей и распространением ВИЧ-инфекции, а также уменьшением иного вреда, вызванного употреблением наркотиков. Эти организации применяли практики снижения вреда, как основу комплексного пакета мер по противодействию распространению ВИЧ-инфекции и уменьшению вреда, связанного с употреблением наркотиков (*Unaid.org*, 2016).

## Источники:

1. Denning, P. (1998). Therapeutic interventions for people with substance abuse, HIV, and personality disorders: Harm reduction as a unifying approach. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4(1), 37–52.
2. Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive behaviors*, 18(3), 347–353. *Harm Reduction*. (2017). Drugpolicy.org. Retrieved 1 May 2017, from <http://www.drugpolicy.org/harm-reduction>.
3. Harm Reduction International. (n.d.). What is harm reduction? – <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>.
4. HRTC – The Center for Harm Reduction Therapy. (n.d.). *What We Do*. <http://harmreductiontherapy.org/helping-harm-reduction-therapy/>.
5. HRTC – The Center for Harm Reduction Therapy. (n.d.). Individuals. <http://harmreductiontherapy.org/individuals/>.
6. LaMorte, W. (2016). The Transtheoretical Model (Stages of Change). [online] Behavioral Change Models. <http://sphweb.bumc.bu.edu/otit/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories6.html>.
7. Lee, H. S., Engstrom, M., & Petersen, S. R. (2011). Harm reduction and 12 steps:
8. Complementary, oppositional, or something in-between? *Substance use & misuse*, 46(9), 1151–1161.
9. Little, J. (2006). Harm reduction therapy groups: engaging drinkers and drug users in a process of change. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1(1), 69-93. <http://harmreductiontherapy.org/wp-content/uploads/2014/11/Harm-Reduction-Groups.pdf>.
10. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.
11. Springer, E. (1992). Effective AIDS prevention with active drug users: The harm reduction model. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 4(2), 141–157.
12. Tatarsky, A. (1998). An integrated approach to harm reduction psychotherapy: a case of problem drinking secondary to depression. *In session: Psychotherapy in Practice*, 4(1), 9–24. NY: Wiley and Sons.
13. Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 25(4), 249–256.
14. Unaid.org. (2016). Harm Reduction. [http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/october/20161009\\_harmreduction](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/october/20161009_harmreduction).

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (КПТ)

### Когда и кем разработана

Когнитивно-поведенческая терапия была разработана в 1960-х годах Аароном Бекон, когда он работал психиатром в Пенсильванском университете. Проводя ряд экспериментов для изучения депрессии, Бек обнаружил, что людям, страдающим депрессией, негативные мысли приходят в голову спонтанно. Это явление он назвал «автоматическими мыслями». Бек заметил, что, когда он помогал пациентам обнаруживать и оценивать такие «автоматические мысли», их мысли были более четкими, они лучше справлялись со своими повседневными делами и лучше себя чувствовали. Такой процесс Бек назвал «когнитивной терапией», сейчас ее чаще называют «когнитивно-поведенческой терапией» (*History of Cognitive Behaviour Therapy, 2016*).

### Цели и задачи

В контексте лечения наркотической зависимости целью КПТ является совместная работа психотерапевта и клиента с целью выявления:

- 1) пагубных моделей поведения или мыслей;
- 2) моделей саморазрушающего поведения;
- 3) ситуаций или психических состояний, которые приводят к повышению вероятности употребления наркотиков.

После выявления таких состояний и моделей поведения цель психотерапевта и клиента заключается в развитии альтернативного образа мыслей, работе с эмоциями, которые могут приводить к употреблению наркотиков, и работе с пагубными моделями поведения. Еще одна цель состоит в разработке стратегий решения проблем, которые помогут (*Carroll & Onken, 2005; Cognitive Behavioural Therapy for Addiction, 2017*).

### Краткое содержание (компоненты)

Waldron и Kaminer (*Waldron & Kaminer, 2004*) говорят о том, что КПТ не должна рассматриваться в качестве «единого унифицированного подхода». Это связано с тем, что целый ряд подходов к лечению можно определить, как когнитивно-поведенческую терапию, при этом такие подходы будут отличаться акцентами на тех или иных вопросах и компонентах, которые включаются в лечение.

Вместе с тем, исследователи определили, что в контексте лечения наркотической зависимости КПТ, вероятнее всего, будет включать в себя следующие компоненты: «самоконтроль, избегание внешних раздражителей, изменение зависимости от обстоятельств и развитие умения справляться с жизненными трудностями с целью управления тягой к употреблению и ее сдерживания. Кроме того, терапия часто может включать другие интервенции, направленные на развитие навыков (таких как навыки отказа от наркотиков и алкоголя, навыки общения, решения проблем, уверенности в себе), управление настроением (например, развитие навыков расслабления, умения контролировать эмоции, модификация когнитивных искажений) и предотвращение срывов с целью содействия трезвости» (*Waldron, & Kaminer, 2004, p. 94*).

По мнению Magill и Ray (*Magill & Ray, 2009*), основополагающими стратегиями в лечении любых форм КПТ в контексте лечения наркотической зависимости являются:

- 1) выявление меж-/внутриличностных факторов, которые могут приводить к срывам;
- 2) развитие умения справляться с жизненными трудностями;
- 3) развитие навыков отказа от наркотиков;
- 4) функциональный анализ употребления наркотиков;
- 5) расширение круга деятельности, не связанной с употреблением наркотиков.

Waldron и Kaminer (*Waldron & Kaminer, 2004*) также отмечают, что типичными составляющими КПТ в контексте лечения наркотической зависимости являются домашние задания, репетиция поведения, моделирование и обратная связь.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

Примеры подходов к КПТ включают:

- 1) мотивационные интервенции;
- 2) ведение срывов;
- 3) профилактику срывов

(*McHugh, Hearon & Otto, 2010*).

КПТ может проводиться как в групповом, так и в индивидуальном формате (*McHugh, Hearon & Otto, 2010*).

## Философия и психологические подходы

КПТ основана на теориях социального и оперантного обучения (*Carroll & Onken, 2005*).

Керролл и Онкен поясняют, что важнейшие характеристики этих теорий в контексте лечения наркотической зависимости – развитие понимания предпосылок и последствий употребления наркотиков, способности выявлять эмоциональные состояния и ситуации, в которых человек особенно подвержен тяге к употреблению наркотиков, обучение тому, как избегать таких состояний или ситуаций, и, наконец, развитие когнитивных и поведенческих навыков для того, чтобы справляться с такими ситуациями и состояниями, если их невозможно избежать.

## Критерии доступа для клиентов (возраст, тип наркотиков, предыдущий опыт лечения и реабилитации, состояние здоровья и т.д.)

Похоже, не существует какого-либо определенного набора критериев для определения клиентов, которым рекомендована КПТ. Вместе с тем, *Waldron* и *Kaminer* (*Waldron, & Kaminer, 2004*) отмечают, что КПТ для подростков, у которых имеются проблемы, связанные с употреблением наркотиков, будет некоторым образом отличаться от КПТ для взрослого населения. Они объясняют, что «по мере взросления подростков их когнитивные способности, эмоциональная зрелость и социальные функции изменяются, степень их независимости растет, а отношения с родителями становятся более равными. Таким образом, цели по изменению поведения (например, в контексте того, как вести диалог о получении тех или иных выгод, как выявлять срывы) будет существенным образом отличаться, в зависимости от возраста и уровня развития подростка» (*Waldron, & Kaminer, 2004, p. 95*).

*Bentler* (*Bentler, 1992*) высказал предположение о том, что употребление психоактивных веществ в подростковом возрасте может привести к нарушениям в развитии различных навыков (например, в развитии навыков обучения и межличностного общения, формирования просоциальной идентичности, умения справляться с жизненными трудностями и т.д.). Поэтому КПТ должна применяться более широко и быть направлена, помимо прочего, на развитие тех навыков, которые подростки, возможно, не смогли развить естественным образом.

## Продолжительность

Согласно *Waldron* и *Kaminer* (*Waldon & Kaminer, 2004*), когнитивно-поведенческую терапию не следует рассматривать как единообразный подход, поскольку существует ряд интервенций, которые можно включить в более широкий спектр КПТ. Следовательно, точная оценка продолжительности КПТ невозможна (*McHugh, Hearson&Otto, 2010*). Более того, обычно КПТ является частью программы лечебного центра, поэтому продолжительность КПТ, вероятнее всего, будет зависеть от продолжительности пребывания, предусмотренной этим учреждением.

Проведя обзор исследований по продолжительности и эффективности КПТ при химической зависимости исследователи заметили (*McHugh, Hearson & Otto, 2010*), что результаты не дают сделать выводы относительно того, какова наиболее эффективная продолжительность КПТ. Ряд исследований выявил положительную корреляцию между продолжительностью КПТ и благоприятным результатом для клиента, другие не обнаружили различий между курсами терапии разной продолжительности.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## **Эффективность (критерии эффективности, система мониторинга и оценки и т. д.)**

Путем мета-анализа 34 исследований, посвященных применению КПТ при расстройствах, связанных с химической зависимостью, было выявлено, что КПТ, очевидно, имеет наибольший эффект при лечении проблем, связанных с употреблением каннабиса, за которым следует эффективность при употреблении кокаина и опиоидов (*Dutra et al., 2008*). Терапия оказалась наименее эффективной при попытке лечения пациента с проблемой полинаркомании. Эффективность измерялась в количестве дней, в течение которых пациент воздерживался от употребления наркотика, по поводу зависимости от которого он обращался.

Magill и Ray (*Magill & Ray, 2009*) оценили 53 контролируемых клинических исследования КПТ, проводимые среди взрослых, которым был официально поставлен диагноз расстройства, связанного с употреблением нелегальных наркотиков или со злоупотреблением алкоголем. Их результаты показали, что КПТ действительно имеет значимый терапевтический эффект, хотя и небольшой. Они заметили, что в течение контрольных периодов продолжительностью шесть и 12 месяцев эффект КПТ был ниже, чем непосредственно после терапии. На основе полученных результатов они предположили, что КПТ наиболее эффективна в следующих случаях: расстройства, связанные с употреблением марихуаны, в сочетании с другими видами психотерапии, у женщин, а также в случае применения в сокращенном формате. Важно заметить, что этот мета-анализ рассматривал эффективность КПТ по количеству дней, в течение которых пациенты воздерживались от употребления психоактивных веществ после КПТ.

На основе этого мета-анализа можно предположить, что в рамках КПТ воздержание от употребления считается приемлемым результатом, поэтому можно считать КПТ успешной, если пациент в дальнейшем соблюдает трезвость. Однако если от пациентов не требуют вернуться в лечебное учреждение для контрольного осмотра, сложно оценить, соблюдали они трезвость или нет.

## **Альтернатива**

Альтернативной версией КПТ является компьютеризированная КПТ (*ККПТ, англ. CBT4CBT*). ККПТ – программа на основе веб-приложения, обучающая людей с расстройствами, связанными с химической зависимостью, навыкам управления или снижения употребления наркотиков. Программа использует практические упражнения, примеры, видео и интерактивную графику для достижения следующих целей:

- 1) понять проблему употребления наркотиков;
- 2) достигнуть изменений в употреблении наркотиков;
- 3) справляться с тягой к наркотику;
- 4) быть способным сказать «нет» наркотикам;
- 5) приобрести навыки решения проблем;
- 6) распознавать и изменять мысли о наркотиках;
- 7) улучшить навыки принятия решения;
- 8) снизить риск передачи ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С.

Клиент должен пройти определенные модули. Продолжительность каждого модуля – от 45 минут до 1 часа. Пациента обычно просят пройти один модуль в неделю. Важно заметить, что ККПТ предназначена для употребления в сочетании со стандартным форматом программы амбулаторного лечения наркозависимости (*CBT4CBT, 2017*).

## **Одобрение или рекомендации со стороны национальных или международных организаций**

Национальный институт по проблемам злоупотребления наркотиками (NIDA) включил КПТ в список основанных на доказательствах поведенческих терапий, которые могут применяться при расстройствах, связанных с химической зависимостью, обозначаемых на сайте Института термином «наркозависимость» (*Cognitive-Behavioral Therapy (Alcohol, Marijuana, Cocaine, Methamphetamine, Nicotine), 2017*).

Управление службы по лечению химической зависимости и психическому здоровью (SAMHSA) включило метод ККПТ в «Национальный реестр программ и практик, основанных на доказательствах» (NREPP) (*CBT4CBT, 2017*).

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## References:

- 1) Bentler, P. M. (1992). Etiologies and consequences of adolescent drug use: Implications for prevention. *Journal of Addictive Diseases*, 11(3), 47–61.
- 2) Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452–1460.
- 3) CBT4CBT (Computer-Based Training for Cognitive–Behavioral Therapy). (2017). National Registry of Evidence-based Programs and Practices. – <http://nrepp.samhsa.gov/ProgramProfile.aspx?id=204#hide3>.
- 4) *Cognitive Behavioral Therapy for Addiction*. (2017). American Addiction Centers. <http://americanaddictioncenters.org/cognitive-behavioral-therapy/>.
- 5) *Cognitive-Behavioral Therapy (Alcohol, Marijuana, Cocaine, Methamphetamine, Nicotine)*. (2017). Drugabuse.gov. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral>.
- 6) Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179–187.
- 7) History of Cognitive Behavior Therapy. (2016). Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. <https://www.beckinstitute.org/about-beck/our-history/history-of-cognitive-therapy/>.
- 8) Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(4), 516–527.
- 9) McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511–525.
- 10) Waldron, H. B., & Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive–behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99(s2), 93–105.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ПОДХОД НА ОСНОВЕ «МИКРОСОЦИАЛЬНОГО ПОДКРЕПЛЕНИЯ» (CRA)

### Когда появился и кем разработан

Изначально названный «Микросоциальное подкрепление», подход был разработан исследователями Hunt и Azrin в 1973 году (Hunt & Azrin, 1973). Этот вариант терапии концентрировался на лечении алкоголизма. Затем Azrin совершенствовал этот метод, направив его преимущественно на работу с членами семей людей, страдающих от алкогольной зависимости. Это было положено в основу метода CRAFT (Микросоциальное подкрепление и обучение членов семьи – поддержка силами социального круга и членов семьи). Мы рассмотрим этот метод далее. Miller, Meyers и Hiller-Sturmhofel (Miller, Meyers & Hiller-Sturmhofel, 1999) отметили, что термин «микросоциальное подкрепление» употребляется, в основном, для обозначения подхода, основанного на поддержке силами социального круга пациента (CRA).

### Цели и задачи

По убеждению Miller, Meyers и Hiller-Sturmhofel, основополагающей целью CRA является «преобразование жизни человека таким образом, чтобы трезвость приносила большее удовлетворение, нежели пьянство» (Miller, Meyers & Hiller-Sturmhofel, 1999, p. 116). Важно заметить, что в этом описании использовано слово «пьянство», потому что изначальной целью CRA была именно работа с людьми, злоупотребляющими алкоголем.

Исследователи поясняют, что для достижения этой главной цели необходимы два шага, а именно: усиление положительного подкрепления для формирования трезвости и устранение положительного подкрепления для употребления алкоголя. Опять-таки, хотя это описание касается только алкоголя, идея усиления/устранения положительного подкрепления может использоваться при зависимости от любых веществ.

Roozen et al. (Roozen, Boulogne, van Tulder, van den Brink, De Jong, & Kerkhof, 2004) поясняют, что одной из основоположных целей CRA является изменение условий среды, в которой живет человек, например, посредством смены досуга, труда и участия семьи, таким образом, чтобы создать более здоровый образ жизни, который считается более оптимальным, чем жизнь с потреблением психоактивных веществ.

### Краткое содержание (компоненты)

Применяется сочетание различных терапевтических факторов, в том числе:

- 1) развитие мотивации – помощь клиенту осознать негативные последствия его нынешнего поведения и преимущества от смены поведения, которое включало химическую зависимость;
- 2) установление трезвости – постановка целей с терапевтом, направленных на достижение трезвости;
- 3) анализ механизмов пьянства – определение, в каких обстоятельствах наиболее вероятно употребление вещества (в этом случае алкоголя);
- 4) усиление положительного подкрепления – помощь в ресоциализации клиента и достижение условий, при которых жизнь без психоактивных веществ приносит больше удовольствия, чем их употребление;
- 5) репетиция поведения – отработка навыков решения проблем, таких как межличностное общение;
- 6) вовлечение значимых для пациента людей – обучение навыкам усиления положительного подкрепления и общения между клиентом и членами его семьи (Miller, Meyers & Hiller-Sturmhofel, 1999).

Roozen et al. (Roozen, Boulogne, van Tulder, van den Brink, De Jong, & Kerkhof, 2004) отмечают, что «мотивационные программы на основе ваучеров» также широко применяются в сочетании с CRA и могут использоваться, как способ поощрения трезвости. Ваучеры на услуги или розничные товары обычно выдают участникам программ CRA после сдачи анализа мочи и получения отрицательного результата на употребление веществ.

### Философия и психологические подходы

Изначальный вариант этого метода – «Микросоциальное подкрепление» – был основан на теории социального обучения (Azrin, 1976).

Meyers и Smith (Meyers & Smith, 1995) предполагают, что CRA признает важность влияния среды на химическую

# ПРИЛОЖЕНИЯ

зависимость, следовательно, включает методы, сосредоточенные на смене такого влияния среды, чтобы превратить ее импульсы в благоприятные, а не в подкрепляющие употребление веществ.

Shottenfeld et al. (*Schottenfeld, Pantalon, Chawarski, & Pakes, 2000*) поясняет, что подход CRA основан на теоретическом принципе, предполагающем, что злоупотребление психоактивными веществами продолжается из-за сочетания недостатка положительного подкрепления, не связанного с веществами, и наличия подкреплений, связанных с веществами.

Roozen et al. (*Roozen, Boulogne, van Tulder, van den Brink, De Jong, & Kerkhof, 2004*) описывают CRA как «многосторонний подход на основе биопсихосоциальной мотивации», что соответствует предыдущим определениям CRA. «Биопсихосоциальная модель», разработанная Engel (1977), предполагает, что расстройства, связанные с химической зависимостью, следует рассматривать с точки зрения сочетания биологических, когнитивных, психологических и социокультурных факторов (*Donovan & Marlatt, 2013*).

## **Критерии доступа для клиентов (возраст, тип наркотиков, предыдущий опыт лечения и реабилитации, проблемы со здоровьем, и т.п.)**

Хотя первоначально подход CRA был направлен на лечение проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем, исследование показало, что CRA также эффективен при работе с людьми, имеющими проблему злоупотребления другими веществами – например, такими, как кокаин и героин (*Miller, Meyers & Hiller-Sturmhofel, 1999*).

## **Продолжительность**

Miller и Meyers (1999) заметили, что в предыдущем исследовании, сконцентрированном на клиентах с алкогольной зависимостью, положительный результат наступал после 5–8 сессий CRA.

Национальный институт по проблеме злоупотребления наркотиками (NIDA) описывает CRA, как «интенсивную 24-недельную программу амбулаторной терапии» (*NIDA, 2012*).

Других показаний по продолжительности программы.

## **Эффективность (критерии эффективности, система мониторинга и оценки, и т.п.)**

CRA считается «успешным» или «эффективным», если человек достигает и поддерживает трезвость. Не ясно, предполагает ли это воздержание исключительно от «вещества, вызвавшего проблему», или от всех психоактивных веществ.

Roozen et al. (*Roozen, Boulogne, van Tulder, van den Brink, De Jong, & Kerkhof, 2004*) провели системный обзор исследовательской литературы, посвященной применению CRA у пациентов с расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, а именно алкоголя, кокаина и опиоидов. Их целью было «сравнение эффективности: (1) CRA – по сравнению с обычной терапией и (2) CRA – по сравнению с CRA + управление нестандартными ситуациями». К сожалению, в исследовании отсутствует четкое определение, что имеется в виду под «обычной терапией».

Полученные исследователями результаты указывали, что, при сравнении с «обычной терапией», подход CRA показал большую эффективность – по количеству дней употребления алкоголя. Однако в отношении того, насколько CRA способствовал длительному воздержанию от алкоголя, результаты были не столь однозначными. Исследователи также выявили, что сочетание «CRA + поощрение (ваучеры)» более эффективно способствовало трезвости среди пациентов, которые хотели избавиться от употребления кокаина, – по сравнению с пациентами, лечившимися от алкогольной или опиоидной зависимостей. Подход «CRA + поощрение (ваучеры)» был более эффективен, чем только программа CRA, при работе с людьми, имеющими проблему употребления кокаина. Практически не обнаружено доказательств того, что CRA эффективнее метанодовых программ для пациентов с опиоидной зависимостью.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## **Одобрение или рекомендации со стороны национальных или международных организаций**

NIDA (2012) внес CRA в список поведенческих терапий, основанных на доказательствах, которые могут применяться для лечения расстройств, связанных с химической зависимостью, на веб-сайте организации определяемых термином «наркозависимость».

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Источники

- 1) Azrin, N.H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 14(5), 339–348.
- 2) Donovan, D. M., & Marlatt, G. A. (Eds.). (2013). *Assessment of addictive behaviors*. Guilford Publications.  
<http://www.guilford.com/excerpts/donovan.pdf>.
- 3) Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11(1), 91–104.
- 4) Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. Guilford Press.
- 5) Meyers, R.J. & Wolfe, B.L. (2004). *Get Your Loved One Sober: Alternatives to nagging, pleading and threatening*. Hazelden Publishing & Educational Services: Center City MN.
- 6) Miller, W. R., Meyers, R. J., & Hiller-Sturmhofel, S. (1999). The community-reinforcement approach. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 116–121.
- 7) NIDA (2012). *Community Reinforcement Approach Plus Vouchers (Alcohol, Cocaine, Opioids)*.  
<https://www.centerforaddictionrecovery.com/blog/nida-community-reinforcement-approach-plus-vouchers-alcohol-cocaine-opioids/>.
- 8) Rozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and alcohol dependence*, 74(1), 1–13.
- 9) Schottenfeld, R. S., Pantaloni, M. V., Chawarski, M. C., & Pakes, J. (2000). Community reinforcement approach for combined opioid and cocaine dependence: patterns of engagement in alternate activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(3), 255–261.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## «МИКРОСОЦИАЛЬНОЕ ПОДКРЕПЛЕНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ» (CRAFT) – РАСШИРЕННЫЙ ВАРИАНТ ПОДХОДА «МИКРОСОЦИАЛЬНОЕ ПОДКРЕПЛЕНИЕ»

### Когда и кем разработана

Первоначальный вариант CRAFT назывался «Микросоциальное подкрепление» и был разработан Hunt и Azrin (Hunt & Azrin, 1973). Несколько лет спустя Azrin (Azrin, 1976) усовершенствовал этот метод, и в дальнейшем развил его совместно с Sisson (Sisson & Azrin 1986). Самый последний вариант (Sisson & Azrin, 1986) был направлен, в основном, на работу с членами семей пациентов с алкогольной проблемой, которая положена в основу метода CRAFT. Метод CRAFT упоминается в некоторых исследованиях – таких, как «Программа обучения с микросоциальным подкреплением» (CRT). Методика, которую Hunt и Azrin назвали «Микросоциальное подкрепление» (подкрепление силами социального круга), сейчас чаще всего называют «Микросоциальное подкрепление» (CRA) (Miller & Meyers, 1999).

### Цели и задачи

Целью CRAFT является «улучшение соблюдения терапии членами семьи пациента с химической зависимостью с целью большего вовлечения зависимого пациента в терапию» («Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)», 2017, p. 1).

### Краткое содержание (компоненты)

CRAFT проводится в амбулаторных условиях.

Компоненты CRAFT обычно включают:

- 1) развитие мотивации;
  - 2) функциональный анализ;
  - 3) управление нештатными ситуациями;
  - 4) тренировка навыков коммуникации;
  - 5) вступительное обучение;
  - 6) немедленное вступление в программу;
  - 7) повышение разнообразия и осмысленности жизни;
  - 8) обучение навыкам безопасности
- («Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)», 2017).

### Философия и психологические подходы

Подход CRAFT основан на подходе «Подкрепление силами социального круга» (CRA). CRA предполагает, что достижение воздержания возможно через усиление положительного подкрепления трезвости и ослабление положительного подкрепления для употребления алкоголя (Miller & Meyers, 1999). Более подробное описание CRA содержится в предыдущем разделе этого отчета.

Важно заметить, что, хотя подход CRA изначально разрабатывался преимущественно для лечения алкогольной зависимости, исследования показали его эффективность и при употреблении наркотиков, таких как героин и кокаин (Miller & Meyers, 1999).

Изначальный вариант этого метода – «Микросоциальное подкрепление» – был основан на модели теории социального обучения (Azrin, 1976).

### Критерии доступа для клиентов (возраст, тип наркотиков, предыдущий опыт лечения и реабилитации, проблемы со здоровьем и т.д.)

Эта программа преимущественно сосредоточена на членах семьи/значимых людях клиентов, а не на самих клиентах. Следовательно, критерии такого метода предполагают, что участник является членом семьи или значимым лицом для пациента с расстройством, связанным с химической зависимостью. Программа будет использоваться в сочетании с основанной на доказательствах программой лечения для пациента с химической зависимостью.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## **Продолжительность**

Kirby et al. (1999) было проведено исследование интервенции «Обучение микросоциальному подкреплению» (CRT), которое, по сути, представляет собой метод CRAFT. Исследование потребовало от участников посещения 14 часов сессий, разделенных на период в 10 недель, после чего считалось, что программа пройдена. Но поскольку критерий был установлен учеными, проводившими исследование, указанную продолжительность не стоит считать «официальной».

Miller и Meyers (1999) на основе исследований с применением метода CRAFT предположили, что порядка пяти сессий с участвующим членом семьи достаточно, чтобы пациент обратился за лечением.

По мнению Управления службы по лечению химической зависимости и психическому здоровью, курс CRAFT должен состоять из 12–14 сессий продолжительностью 60 минут каждая, которые проводятся дважды в неделю в течение четырех недель и один раз в неделю – в течение шести недель. Но рекомендации могут различаться в зависимости от особенностей членов семьи или значимых людей пациента (Intervention Summary – Community Reinforcement and Family Training (CRAFT), 2017).

## **Эффективность (критерии эффективности, система мониторинга и оценки и т.д.)**

Kirby et al. (1999) было проведено исследование эффективности программы CRT (или CRAFT) в условиях более привычных групп самопомощи, использующих подход «12 шагов». В исследовании приняли участие 32 члена семей людей, употреблявших наркотики. Результаты показали, что, если члены семей потребителей наркотиков участвуют в программе CRAFT, то потребители наркотиков с большей вероятностью остаются в программе и чаще доходят до ее завершения.

Одна из целей этого исследования – определить влияния химической зависимости на членов семьи потребителей наркотиков, используя «Опросник по влиянию химической зависимости на семью». В Опроснике рассматривались следующие аспекты: финансовая ситуация, стиль жизни, физическое насилие, взаимодействие с правоохранительными и другими государственными органами, здоровье, внутрисемейные отношения и эмоциональные проблемы. Настроение, социальная функциональность, функциональность семьи и самооценка также измерялись – для другой шкалы. После 10 недель участия в программе наблюдалось существенное ослабление финансовых и связанных со здоровьем проблем. Показатели снижения физического насилия, эмоциональных и связанных с отношениями проблем были очень близки к «значительным». Кроме этого, контрольное интервью после 10 недель терапии показало существенное улучшение настроения всех членов семьи. Все это свидетельствует, что метод CRT может быть эффективен для повышения общего качества жизни членов семьи пациентов с химической зависимостью.

Результаты также показали, что при работе по методу CRT родственники участников, имеющие химическую зависимость, с большей вероятностью начинали лечение, чем в программе «12 шагов». Это доказывает, что метод CRAFT может быть эффективным способом не только улучшить качество родственников людей с химической зависимостью, но и повысить вероятность того, что сами люди с химической зависимостью обратятся за лечением, если не сделали этого ранее.

Аналогичное исследование, проведенное Meyers и Wolfe (2004), показало результаты, очень близкие к полученным Kirby et al. (1999).

Важно отметить, что для точной оценки эффективности программы CRT исследователи использовали результаты психологических измерений. Маловероятно, что это можно было бы сделать без психологических исследований. Похоже, не существует одной, принятой системы оценки эффективности метода CRT по определению того, улучшилось ли качество жизни участвующих в программе членов семьи людей с химической зависимостью. Но такую систему можно разработать посредством дискуссий со специалистами, внедряющими CRT.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Одобрение или рекомендации со стороны национальных или международных организаций

Управление службы по лечению химической зависимости и психическому здоровью (SAMHSA) включило метод CRAFT в «Национальный реестр программ и практик, основанных на доказательствах» (NREPP) (Intervention Summary – Community Reinforcement and Family Training (CRAFT), 2017).

## Источники

- 1) Azrin, N.H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 14(5), 339–348.
- 2) Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). (2017). <http://www.apa.org>.  
<http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/intervention/community-reinforcement.aspx>.
- 3) Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 91–104.
- 4) Intervention Summary – Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). (2017). *SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices*. – <http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=378>.
- 5) Kirby, K.C., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Garvey, K.A., & LaMonaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 56(1), 85–96.
- 6) Meyers, R.J. & Wolfe, B.L. (2004). *Get Your Loved One Sober: Alternatives to nagging, pleading and threatening*. Hazelden Publishing & Educational Services: Center City MN.
- 7) Miller, W. R., Meyers, R. J., & Hiller-Sturmhofel, S. (1999). The community-reinforcement approach. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 116–121.
- 8) Sisson, R. W. & Azrin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(1), 15–21.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## МАТРИЧНАЯ МОДЕЛЬ

### Когда появился и кем разработана

«Матричную модель» разработали Rawson, Obert, McCann и Mann, в исследовательском центре Matrix Center, в Южной Калифорнии, в середине 1980-х годов (Rawson, Obert, McCann & Mann, 1985). Эту модель разработали для ответа на «первую волну кокаинозависимых» (Rawson, Shoptaw, Obert, McCann, Hasson, Marinelli-Casey, Brethen, Ling, 1995, p. 118), которые начали обращаться за лечением. Хотя изначально ее назвали «нейроповеденческой моделью», но затем название изменили с тем, чтобы включить информацию о разработавшей модель организации (Rawson et al., 1995).

### Цели и задачи

Первоначальные цели «Матричной модели» были изложены Rawson et al. (1995), и описывались, как создание структуры, с опорой на которую люди, зависимые от кокаина, могли достичь следующих целей:

- 1) воздерживаться от употребления любых наркотика;
- 2) пройти курс лечения продолжительностью 12 месяцев;
- 3) узнать о наркотической зависимости и рецидивах;
- 4) получить поддержку профессионального терапевта;
- 5) провести обучение для членов семьи наркозависимого;
- 6) ознакомиться с программами самопомощи;
- 7) пройти контроль лечения посредством анализов мочи.

### Краткое содержание (компоненты)

«Матричная модель» описывается, как программа интенсивной амбулаторной терапии (Rawson et al., 1995; *About Matrix Institute on Addictions, 2017*).

Изначальная процедура «Матричной модели» включала следующие компоненты:

- 1) *индивидуальные сессии* – 20 индивидуальных сессий проводятся профессиональным терапевтом в первые шесть месяцев лечения;
- 2) *образовательные группы* – проводятся в первые 16 недель лечения для клиентов и членов семьи. В основном, направлены на информирование участников о биологических основах зависимости, медицинском влиянии стимуляторов на организм, влиянии зависимости на членов семьи и т.д.
- 3) *группы стабилизации* – проводятся в течение первых двух недель лечения, помогают клиентам соблюдать трезвость в течение выходных дней;
- 4) *группы профилактики рецидива* – обсуждаются навыки распознавания близящегося рецидива и способы его предотвращения;
- 5) *совместные сессии* – сессии с участием клиента и значимого для него лица. Направлены на улучшение коммуникации между участниками. В течение первых шести месяцев лечения следует запланировать, минимум, семь совместных сессий;
- 6) *анализы мочи* – произвольно сдаются каждую неделю для выявления, не употреблял ли клиент психоактивные вещества;
- 7) *собрания анонимных наркоманов* – проводятся раз в неделю в учреждении, где клиент проходит лечение; клиенту рекомендуют посещать эти собрания;
- 8) *анализ рецидива* – если случается рецидив, у терапевта есть инструкция, как проработать с клиентом понимание причин рецидива и как использовать эту информацию для предотвращения рецидивов в будущем;
- 9) *группы социальной поддержки* – эта группа способствует поиску новых друзей и совместному времяпрепровождению, не связанному с наркотиками

(Rawson, Shoptaw, Obert, McCann, Hasson, Marinelli-Casey, Brethen, Ling, 1995).

Obert et al. (Obert, McCann, Marinelli-Casey, Weiner, Minsky, Brethen, & Rawson, 2000) отмечают, что из-за экономических ограничений программа была модифицирована таким образом, чтобы включать больше

# ПРИЛОЖЕНИЯ

групповых занятий, меньше индивидуальных сессий и исключить семейные группы.

Современная редакция веб-сайта Matrix Institute не содержит столь детального объяснения процедуры, поэтому сложно определить, придерживаются ли именно этой структуры в настоящее время. Институт предоставляет следующую информацию о составляющих «Матричной модели»:

- 1) группы раннего восстановления;
- 2) группы профилактики рецидива;
- 3) семейные обучающие группы;
- 4) индивидуальные сессии;
- 5) группы социальной поддержки;
- 6) собрания по программе «12 шагов»

(*About Matrix Institute on Addictions, 2017*).

## **Философия и психологические подходы**

К сожалению, разработчики начального варианта «Матричной модели» не указали, какие именно философские или психологические подходы положены в ее основу. Rawson et al. (*Rawson, Shoptaw, Obert, McCann, Hasson, Marinelli-Casey, Brethen, Ling, 1995*) просто объясняют, что «материалы поэтапной терапии были разработаны на основе применения концепций, описанных в теоретических и прикладных исследованиях потребностей кокаиновых наркоманов, пытавшихся прекратить потребление кокаина. Материалы терапии во многом основаны на опубликованной литературе по вопросам профилактики рецидива, семейной и групповой терапии, образовательной работы по поводу наркотиков, а также мониторинга наркозависимости» (*Rawson et al., 1995, p. 119*).

## **Критерии доступа для клиентов (возраст, тип наркотиков, предыдущий опыт лечения и реабилитации, проблемы со здоровьем и т.д.)**

«Матричная модель» изначально была разработана для помощи пациентам с проблемой употребления кокаина/злоупотребления кокаином. Однако официальный вебсайт *Matrix Institute* в настоящее время описывает программу, как пригодную для терапии любого вида зависимости от нелегальных или рецептурных наркотиков, а также алкоголя (*About Matrix Institute on Addictions, 2017*).

## **Продолжительность**

В описании изначальной «Матричной модели» было четко указано, что она рассчитана на 12 месяцев (*Rawson et al., 1995*). В последующих редакциях «Матричной модели» отмечается, что по экономическим соображениям программу переформатировали таким образом, что ее продолжительность составила всего 16 недель (четыре месяца) (*Obert, McCann, Marinelli-Casey, Weiner, Minsky, Brethen, & Rawson, 2000*).

Веб-сайт Matrix Institute поясняет, что, по результатам исследования, всем клиентам может быть рекомендована матричная программа продолжительностью четыре месяца. Но поскольку программы терапии носят индивидуальный характер, продолжительность может варьироваться (*Intensive Outpatient, 2017*).

Пример графика терапии приведен: <https://www.matrixinstitute.org/treatments/outpatient/>.

Управление службы по лечению химической зависимости и психическому здоровью (SAMHSA) описывает «Матричную модель», как 16-недельную программу (*Matrix Model, 2017*).

## **Эффективность (критерии эффективности, система мониторинга и оценки и т.д.)**

«Матричная модель» считается эффективной, если клиент сохраняет трезвость. Это является одной из основных целей программы. Согласно Rawson et al. (1995), этот критерий подлежит постоянному мониторингу посредством еженедельных анализов мочи. Но они проводятся, пока клиент участвует в программе.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Одобрение или рекомендации национальных или международных организаций

Национальный институт по проблемам злоупотребления наркотиками (NIDA) включил «Матричную модель» в список основанных на доказательствах интервенций для потребителей стимуляторов (*The Matrix Model (Stimulants)*, 2012).

Управление службы по лечению химической зависимости и психическому здоровью (SAMHSA) включило «Матричную модель» в «Национальный реестр программ и практик, основанных на доказательствах» (NREPP) («*About Matrix Institute on Addictions*», 2017).

## References:

- 1) About Matrix Institute on Addictions. (2017). *Matrixinstitute.org*.  
<https://www.matrixinstitute.org/about-matrix-institute/>.
- 2) Intensive Outpatient. (2017). *Matrixinstitute.org*. – <https://www.matrixinstitute.org/treatments/outpatient/>.
- 3) Matrix Model. (2017). SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. – <http://nrepp.samhsa.gov/ProgramProfile.aspx?id=182>.
- 4) Obert, J. L., McCann, M. J., Marinelli-Casey, P., Weiner, A., Minsky, S., Brethen, P., & Rawson, R. (2000). The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: history and description. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 157–164.
- 5) Rawson, R.A., Obert, J.L., McCann, M.J., & Mann, A.J. (1985). Cocaine treatment outcome: Cocaine use following inpatient, outpatient, and no treatment. *NIDA Research Monograph*, 67, 271–277.
- 6) Rawson, R.A., Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., Marinelli-Casey, P. J., Brethen, P. R., Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(2), 117–127.
- 7) The Matrix Model (Stimulants). (2012). *Drugabuse.gov*.  
<https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-3>.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СООБЩЕСТВА

### Когда и кем разработан метод

Метод «терапевтических сообществ» (ТС) был разработан в результате распространения лечения химической зависимости в реабилитационных центрах и основывался на движении самопомощи («Анонимные Алкоголики») в 1950-х (NIDA, 2015). Исследование Sacks и Sacks (*Sacks & Sacks, 2010*) показало, что группы стационарного лечения в реабилитационных центрах развились в центры с демократическим стилем управления и самообеспечением, что помогало восстановиться при химической зависимости и поощряло трезвость. С этого и начался метод ТС.

### Цели и задачи

«Терапевтические сообщества» ориентированы на восстановление (NIDA, 2015, p. 2), восстановление личности, в целом, восстановление стиля жизни, - а не только на достижение воздержания от наркотиков.

Многочисленные исследования показывали, что ТС мотивирует людей анализировать собственное поведение и стараться жить полноценной жизнью. Описывалось, что этот подход основан на желании учиться, усердно работать, брать на себя ответственность за свои действия и быть честным (NIDA, 2015).

Vanderplasschen et al. (*Vanderplasschen, Colpaert, Atrique, Rapp, Pearce, Broekaert & Vandeveld, 2013*) также отмечают, что ТС не отрицает, что при химической зависимости могут быть рецидивы, но эти рецидивы следует рассматривать, как возможность на них учиться.

NIDA (2015) поясняет, что ТС рассматривает восстановление от химической зависимости, как «постепенный, но непрерывный процесс когнитивных изменений через клинические интервенции. Участникам программы понадобится время, чтобы пройти разные этапы лечения, определяя собственные цели на пути к выздоровлению». «Цель ТС – добиться, чтобы пациент к моменту выхода из программы не только освободился от наркотиков, но и трудоустроился или поступил в учебное заведение, или начал учебный курс. Нередко участники программы, показавшие прогресс в восстановлении, становятся лидерами и сотрудниками программ ТС» (NIDA, 2015, p. 2).

### Краткое содержание (компоненты)

ТС считается формой долгосрочного стационарного лечения химической зависимости. Vanderplasschen et al. (2013) описывают ТС как «свободную от наркотиков среду, в которой люди с аддиктивными проблемами живут вместе в организованных и структурированных условиях, чтобы поддерживать изменения, направленные на восстановление и ресоциализацию» (*Vanderplasschen, Colpaert, Atrique, Rapp, Pearce, Broekaert & Vandeveld, 2013, p. 1*).

ТС устанавливает четкие ожидания относительно поведения участников во время пребывания в программе. Те, кто им соответствует, получают как поведенческие, так и психологические поощрения. Примеры поощрений включают похвалу или повышение статуса участника в группе (NIDA, 2015).

Bunt, Muehlbachand и Moed (*Bunt, Muehlbach & Moed, 2008*) поясняют, что процедура ТС разделена на три этапа. NIDA (2015) так определяет эти три этапа:

- Этап 1: человек должен участвовать во всех видах деятельности, поскольку это поможет ему ознакомиться со средой ТС и начать формировать позитивное отношение, позитивное поведение и ответственность.
- Этап 2: внедрение методов лечения химической зависимости (таких, как КПТ).
- Этап 3: начинается подготовка к выходу из ТС и ресоциализации в обществе по месту проживания.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

Ежедневные мероприятия в ТС :

- 1) утренние и вечерние встречи центра;
- 2) распределение работы, которую нужно выполнить;
- 3) занятия в группах;
- 4) семинары;
- 5) свободное время;
- 6) рекреационное время;
- 7) индивидуальное консультирование

(NIDA, 2015).

Важной частью ТС является распределение работы, поскольку это помогает сформировать уважение, проявить ответственность, понимание важности работы и т.д. Еще одним важным аспектом ТС является концепция взаимопомощи – положительный опыт взаимодействия, налаживания связей и построения социальных взаимоотношений (NIDA, 2015).

NIDA (2015) поясняет, что «участников ТС поощряют брать ответственность за свое поведение и устанавливать цели в сфере их собственного благополучия, конструктивного участия в жизни общества, строить планы относительно своей жизни после выхода из программы. Еще одна важная терапевтическая цель – помочь людям выражать свои чувства и управлять своими чувствами приемлемым и конструктивным способом» (NIDA, 2015, p. 5).

## **Философия и психологические подходы**

Метод ТС рассматривает понятия «аддикция» и «химическая зависимость» с биопсихосоциальной точки зрения. Биопсихосоциальная точка зрения объясняет «аддикцию» как результат сочетания биологических, психологических и социальных факторов (Perfas & Spross, 2007).

## **Критерии доступа для клиентов (возраст, тип наркотиков, предыдущий опыт лечения и реабилитации, проблемы со здоровьем и т.д.)**

Нет указаний на то, что существуют какие-либо критерии для участия в программах ТС. Вероятно, критерии для клиентов могут определяться учреждением, в котором проводится ТС.

## **Продолжительность**

По данным Центра лечения химической зависимости, продолжительность лечения, в среднем, составляет 12 месяцев (1 год), но может быть продлена до 18 месяцев, в зависимости от того, насколько успешно пациент проходит программу (Center for Substance Abuse Treatment, 1999).

DeLeon (DeLeon, 2012) указывает, что, чем более продолжительное лечение, тем лучше результат.

## **Одобрение или рекомендации со стороны национальных или международных организаций**

Национальный институт по проблемам злоупотребления наркотиками (NIDA), а также Центр лечения химической зависимости считают ТС целесообразным методом для лечения химической зависимости.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Источники

- 1) Bunt, G. C., Muehlbach, B., & Moed, C. O. (2008). The therapeutic community: an international perspective. *Substance Abuse*, 29(3), 81–87.  
<http://dx.doi.org.proxy.library.uu.nl/10.1080/08897070802218844>.
- 2) Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Treatment of Adolescents with Substance Use Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Center for Substance Abuse Treatment. Rockville.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64342/>.
- 3) De Leon G. *Therapeutic communities: today and tomorrow*. Presentation to Drugs and Society Seminar, Columbia University, May 2012.
- 4) National Institute on Drug Abuse (2015). *Therapeutic Communities*. Research Report Series. National Institute on Drug Abuse.  
<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-fundamental-components-therapeutic-communities>.
- 5) Perfas, F. B., & Spross, S. (2007). Why the concept-based therapeutic community can no longer be called drug-free. *Journal of psychoactive drugs*, 39(1), 69–79.  
<http://dx.doi.org.proxy.library.uu.nl/10.1080/02791072.2007.10399866>.
- 6) Sacks, S., & Sacks, J. Y. (2010). Research on the effectiveness of the modified therapeutic community for persons with co-occurring substance use and mental disorders. *therapeutic communities*, 31(2), 176.
- 7) Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandavelde, S. (2013). *Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective*. The Scientific World Journal, 2013. – <http://dx.doi.org/10.1155/2013/427817>.

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

## ШАБЛОН ДЛЯ КАБИНЕТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

### **Цель 1. Проанализировать международный опыт в сфере лечения и реабилитации потребителей наркотиков**

Просьба предоставить информацию о доказательных подходах и методах, которые используются в лечении и реабилитации потребителей наркотиков во всем мире. Пожалуйста, попробуйте ответить на следующие вопросы при описании каждого подхода и метода:

- Название подхода или метода
- Когда и кем разработан
- Цели и задачи
- Краткое содержание (компоненты)
- Какая философские и/или психологические подходы составляют основу
- Критерии доступа (возраст, тип наркотиков, опыт лечения и реабилитации, аспекты здоровья и т.д.)
- Продолжительность
- Эффективность (критерии эффективности, система мониторинга и оценки и т.д.)
- Одобрение или рекомендации со стороны национальных или международных организаций
- Др.

Просьба также добавить какие-либо рекомендации или направления политики, регулирующие лечение и реабилитацию на международном уровне (ВОЗ, УНП ООН, Совет Европы, Группа Помпиду и т.д.), описание различных форм (собственность, режимы и т.д.).

<i>Название используемого документа/ресурса</i>	<i>Краткое описание</i>	<i>Ссылки</i>
1.		
2.		
....		

### **Цель 2. Выявить и задокументировать все доступные типы учреждений, предоставляющих лечение и реабилитацию потребителям наркотиков в странах региона ВЕЦА**

Под «типами учреждений» мы понимаем тип собственности центров, служб или клиник (государственные, частные, религиозные или негосударственные), режим предоставления услуг (амбулаторный, стационарный или лечение с пребыванием), финансирование (государственный или местные бюджеты, международные доноры, частные пожертвования, медицинское страхование и т.д.).

Пожалуйста, приведите обзор имеющихся типов учреждений, предоставляющих лечение и реабилитацию в вашей стране. Добавьте все необходимые детали.

<i>Название используемого документа/ресурса</i>	<i>Краткое описание</i>	<i>Ссылки</i>
1		
2.		
...		

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

## **Цель 3. Собрать данные относительно подходов и методов, которые применяются в лечении и реабилитации**

Просьба предоставить информацию о доказательных подходах и методах, которые используются в лечении и реабилитации потребителей наркотиков в вашей стране. Пожалуйста, попробуйте ответить на следующие вопросы при описании каждого подхода и метода:

- Название подхода или метода
- Когда и кем разработан
- Цели и задачи
- Краткое содержание (компоненты)
- Какая философские и/или психологические подходы составляют основу
- Критерии доступа (возраст, тип наркотиков, опыт лечения и реабилитации, аспекты здоровья и т.д.)
- Продолжительность
- Эффективность (критерии эффективности, система мониторинга и оценки и т.д.)
- Одобрение или рекомендации со стороны национальных или международных организаций
- Др.

Просьба также добавить какие-либо рекомендации или направления политики, регулирующие лечение и реабилитацию на международном уровне (ВОЗ, УНП ООН, Совет Европы, Группа Помпиду и т.д.).

<i>Название используемого документа/ресурса</i>	<i>Краткое описание</i>	<i>Ссылки</i>
1.		
2.		
...		

## **Цель 4. Оценить доступ потребителей наркотиков к услугам лечения и реабилитации в регионе**

Большая часть информации будет получена в ходе экспертных интервью, однако некоторые сведения можно получить из дополнительных источников: исследований, обзоров, веб-сайтов реабилитационных центров или клиник, других публикаций.

<i>Название используемого документа/ресурса</i>	<i>Краткое описание</i>	<i>Ссылки</i>
1.		
2.		
...		

## **Цель 5. Оценить качество предоставляемых услуг**

Анализ качества услуг может включать следующие аспекты:

- Существующие стандарты и протоколы услуг
- Образовательные программы для специалистов
- Сертификация программ и специалистов
- Система мониторинга и оценки
- Утвержденный пакет документов
- Др.

<i>Название используемого документа/ресурса</i>	<i>Краткое описание</i>	<i>Ссылки</i>
1.		
2.		

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

**Цель 6. Проанализировать существующие нормативные требования и указать на пробелы в законодательстве, протоколах, стандартах и учебных программах для специалистов**

Пожалуйста, попробуйте перечислить все документы, которые ссылаются на лечение и реабилитацию в вашей стране.

<i>Название используемого документа/ресурса</i>	<i>Краткое описание</i>	<i>Ссылки</i>
1.		
2.		
3...		

**Цель 7. Предоставить рекомендации по развитию потенциала местных основных субъектов и сети AFEW на основе доказательных данных из международной практики**

Используя информацию, приведенную выше, пожалуйста, предоставьте рекомендации и выводы, которые могут быть использованы для развития потенциала местных ключевых субъектов и сети AFEW.

<i>Название используемого документа/ресурса</i>	<i>Краткое описание</i>	<i>Ссылки</i>
1.		
2.		
...		

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

## ШАБЛОН ДЛЯ КАРТИРОВАНИЯ

Картирование обычно определяют, как метод, используемый для связи ресурсов общины с согласованным видением, организационными целями, стратегиями или ожидаемыми результатами. Картирование сосредоточено на том, что могут предложить общины путем выявления активов и ресурсов, которые можно использовать для развития системы.

Существуют несколько принципов, определяющих уникальность работы по картированию. Во-первых, стратегии картирования сосредоточены на том, что уже имеется в общине. Идея заключается в том, чтобы опираться на сильные стороны внутри общины. Во-вторых, картирование основывается на отношениях. Ключом к работе по картированию является развитие партнерств: группы равных лиц с общими интересами, работающих вместе в течение длительного периода времени, для достижения общих целей. В-третьих, картирование охватывает понятие того, что для реализации видения и достижения целей общине, возможно, придется выходить за пределы программных и географических границ. Эти принципы обеспечивают основу процесса картирования.

В нашей работе картирования по странам мы сосредоточимся на первом и втором принципах.

Информация, полученная в ходе картирования, будет способствовать достижению следующих целей:

Цель 1. Выявить и задокументировать все доступные формы лечения и реабилитации людей, употребляющих наркотики, в странах ВЕЦА.

Цель 2. Собрать данные относительно подходов и методов, которые применяются в лечении и реабилитации.

Цель 4. Оценить доступ людей, употребляющих наркотики, к услугам лечения и реабилитации в регионе.

## I. Имеющиеся ресурсы и средства

### 1.1. Государственные лечебно-реабилитационные учреждения

Пожалуйста, составьте список доступных реабилитационных центров и программ, используя следующую схему (когда это применимо):

- Название
- Стационар/амбулаторное лечение
- Источник финансовой поддержки
- Стоимость
- Используемый(е) подход (ы)
- Продолжительность
- Расположение
- Целевая группа (возраст, пол, вид наркотиков)
- Критерии доступа
- Данные по эффективности
- Комментарии

В процессе сбора информации в качестве вспомогательного инструмента вы также можете использовать «Руководство по картированию реабилитационных и лечебных учреждений» (Приложение).

### Общие выводы

Пожалуйста, сделайте выводы относительно учреждений, доступных в вашей стране, а также их общего количества, применяемых подходов и доступности.

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

## **1.2. Негосударственные лечебно-реабилитационные учреждения**

Пожалуйста, составьте список доступных реабилитационных центров и программ, используя следующую схему (когда это применимо):

- Название
- Стационар/амбулаторное лечение
- Источник финансовой поддержки
- Стоимость
- Используемый(е) подход (ы)
- Продолжительность
- Расположение
- Целевая группа (возраст, пол, вид наркотиков)
- Критерии доступа
- Данные по эффективности
- Комментарии

В процессе сбора информации в качестве вспомогательного инструмента вы также можете использовать «Руководство по картированию реабилитационных и лечебных учреждений» (Приложение).

### **Общие выводы**

Пожалуйста, сделайте выводы относительно учреждений, доступных в вашей стране, а также их общего количества, применяемых подходов и доступности.

## **1.3. Частные (коммерческие) лечебно-реабилитационные учреждения**

Пожалуйста, составьте список доступных реабилитационных центров и программ, используя следующую схему (когда это применимо):

- Название
- Стационар/амбулаторное лечение
- Источник финансовой поддержки
- Стоимость
- Используемый(е) подход (ы)
- Продолжительность
- Расположение
- Целевая группа (возраст, пол, вид наркотиков)
- Критерии доступа
- Данные по эффективности
- Комментарии

В процессе сбора информации в качестве вспомогательного инструмента вы также можете использовать «Руководство по картированию реабилитационных и лечебных учреждений» (Приложение).

### **Общие выводы**

Пожалуйста, сделайте выводы относительно учреждений, доступных в вашей стране, а также их общего количества, применяемых подходов и доступности.

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

## **1.4. Образовательные учреждения**

Просьба описать образовательные программы и учреждения, которые обеспечивают подготовку специалистов в стране. Пожалуйста, добавьте детали: утверждено это на национальном уровне или является только местной инициативой, обязательно или по выбору, какого плана специалисты обучаются, критерии вступления, условия оплаты и т.д.

### **Общие выводы**

Пожалуйста, сделайте общие выводы о наличии, доступности специального образования, а также пробелов в системе. Предоставьте, пожалуйста, какие-либо рекомендации или предложения на основе полученной информации

## **II. ОСНОВНЫЕ СУБЪЕКТЫ И ПАРТНЕРСТВО**

Пожалуйста, составьте список и краткое описание всех основных субъектов в сфере лечения и реабилитации потребителей наркотиков. Пожалуйста, добавьте информацию о их роли/обязанностях, отношениях и влиянии на доступность и стоимость услуг в стране.

### **Общие выводы**

Пожалуйста, сделайте общие выводы о наличии, доступности специального образования, а также пробелов в системе. Предоставьте, пожалуйста, какие-либо рекомендации или предложения на основе полученной информации.

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

## РУКОВОДСТВО ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЭКСПЕРТНЫХ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННЫХ ИНТЕРВЬЮ

Полуструктурированное интервью – это качественный метод исследования, который сочетает в себе определенный набор открытых вопросов (вопросы, которые стимулируют обсуждение) с возможностью для интервьюера исследовать конкретные темы или ответы дальше. Полуструктурированное интервью не ограничивает респондентов определенным набором конкретных ответов (в отличие от структурированного опросника) и используется для понимания того, как работают интервенции и как их можно улучшить. Это также позволяет респондентам обсуждать и поднимать вопросы, которые, возможно, не были изначально запланированы исследователями, но являются важными для самого исследования.

Этот метод поможет собрать следующую информацию:

- 1) оценить качество предоставляемых услуг;
- 2) проанализировать существующие нормативные требования и указать на пробелы в законодательстве, протоколах, стандартах, учебных программах для специалистов;
- 3) предоставить рекомендации по развитию потенциала местных основных субъектов и сети AFEW на основе доказательных данных из международной практики.

### I. ВВЕДЕНИЕ

1. Представьте себя, организацию и проект, который вы представляете.
2. Кратко опишите цели и задачи исследования, а также ожидаемую продолжительность интервью.
3. Попросите респондента подписать информированное согласие.
4. Переспросите, есть ли у человека какие-либо вопросы по поводу исследования или процедуры его проведения.
5. Спросите респондента о его/ее опыте, названии текущей должности, другой информации – и заполните следующую таблицу.

ФИО респондента	
Организация	
Название должности	
Обязанности	
Опыт, связанный с лечением и реабилитацией людей, употребляющих наркотики	

### II. ОБЩАЯ СИТУАЦИЯ В СФЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ

1. Как бы вы охарактеризовали ситуацию в стране с лечением и реабилитацией людей, употребляющих наркотики?
2. Изменилось ли что-то в этой сфере в последнее время?
3. Можете ли вы описать ситуацию с наркотиками в стране? Какие наркотики более популярны? Есть ли различия по полу и возрасту?
4. Как вы думаете, существует ли некий культурный контекст, который влияет на лечение и реабилитацию в вашей стране (ценности, традиции, религия)?
5. Какие формы лечения и реабилитация существуют в стране? Пожалуйста, перечислите все вам известные.

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

## III. УЧРЕЖДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ВАШЕЙ СТРАНЕ

1. Существуют ли в стране государственные лечебно-реабилитационные клиники/центры (в том числе: детокс, ОЗТ, реабилитационный центр, «АН», группы самопомощи и т.д.)? Если да, пожалуйста, уточните детали:

- Сколько?
- Расположение учреждений?
- Стационарное/амбулаторное лечение?
- Какова продолжительность программы(-м)?
- Сколько пациентов могут получать услуги в одном центре/клинике одновременно?
- Какова средняя плата за лечение, или оно предоставляется бесплатно? Если бесплатно, кто покрывает расходы (страхование, местный или государственный бюджет и т.д.)?
- Каковы критерии вступления в программу(-ы)?
- Какие там специалисты и какие у них компетенции (психологи, социальные работники, специалисты в области здравоохранения, члены сообществ, сертифицированы они или нет и т.д.)?
- Существуют ли какие-либо нормативные требования, регулирующие работу центров и клиник?
- Существуют ли какие-либо формы отчетности, используемые в центрах и клиниках?
- Какие подходы и методы используются в государственных лечебно-реабилитационных центрах и клиниках? Включают ли они компонент социальной реинтеграции?
- Какая цель/цели упомянутых форм лечения и реабилитации (абстиненция, поведенческие изменения, снижения вреда, вторичная профилактика, стабилизация)?
- Как бы вы оценили доступ к услугам в государственных учреждениях? Существуют ли какие-либо препятствия (стоимость, расположение, комплекс услуг, юридические аспекты, установки и т.д.)? Доносится ли информация о таких организациях посредством рекламы, системы направлений?
- Как бы вы оценили эффективность государственных услуг? Существует ли какая-либо информация об их эффективности?
- Как бы вы оценили качество услуг и отношение специалистов? Какие инструменты и процедуры используются для оценки качества услуг?
- Проводится ли мониторинг успешности лечения? Если да, каковы показатели успешности лечения?
- Существуют ли показатели удовлетворенности клиентов? Как проводится мониторинг удовлетворенности клиентов?
- Существуют ли государственные программы лечения и реабилитации в тюрьмах? Если да, то в чем их особенность (доступ, качество, длительность и т.д.)?

2. Существуют ли в стране частные (коммерческие) лечебно-реабилитационные клиники/центры (в том числе: детокс, ОЗТ, реабилитационный центр, «АН», группы самопомощи и т.д.)? Если да, пожалуйста, уточните детали:

- Сколько?
- Расположение учреждений?
- Стационарное/амбулаторное лечение?
- Какова продолжительность программы(ам)?
- Сколько пациентов могут получать услуги в одном центре/клинике одновременно?
- Какова средняя плата за лечение, или оно бесплатное? Если бесплатное, кто покрывает расходы (страхование, местный или государственный бюджет и т.д.)?
- Каковы критерии вступления в программу(ы)?
- Какие там специалисты и какие у них компетенции (психологи, социальные работники, специалисты в области здравоохранения, члены сообществ, сертифицированы или нет и т.д.)?
- Существуют ли какие-либо нормативные требования, регулирующие работу центров и клиник?
- Существуют ли какие-либо формы отчетности, используемые в центрах и клиниках?
- Какие подходы и методы используются в государственных лечебно-реабилитационных центрах и клиниках? Включают ли они компонент социальной реинтеграции?
- Какая цель/цели упомянутых форм лечения и реабилитации (абстиненция, поведенческие изменения, снижения вреда, вторичная профилактика, стабилизация)?

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

- Как бы вы оценили доступ к услугам в государственных учреждениях? Существуют ли какие-либо препятствия (стоимость, расположение, комплекс услуг, юридические аспекты, установки и т.д.)? Доносится ли информация о таких организациях посредством рекламы, системы направлений?
- Как бы вы оценили эффективность государственных услуг? Существует ли какая-либо информация об их эффективности?
- Как бы вы оценили качество услуг и отношение специалистов? Какие инструменты и процедуры используются для оценки качества услуг?
- Проводится ли мониторинг успешности лечения? Если да, каковы показатели успешности лечения?
- Существуют ли показатели удовлетворенности клиентов? Как проводится мониторинг удовлетворенности клиентов?
- Существуют ли частные (коммерческие) программы лечения и реабилитации в тюрьмах? Если да, то в чем их особенность (доступ, качество, длительность и т.д.)?

3. Существуют ли в стране негосударственные (общественные, религиозные) лечебно-реабилитационные клиники/центры (в том числе: детокс, ОЗТ, реабилитационный центр, «АН», группы самопомощи и т.д.)? Если да, пожалуйста, уточните детали:

- Сколько?
- Расположение учреждений?
- Стационарное/амбулаторное лечение?
- Какова продолжительность программы (м)?
- Сколько пациентов могут получать услуги в одном центре/клинике одновременно?
- Какова средняя плата за лечение, или оно бесплатное? Если бесплатное, кто покрывает расходы (страхование, местный или государственный бюджет и т.д.)?
- Каковы критерии вступления в программу(ы)?
- Какие там специалисты и какие у них компетенции (психологи, социальные работники, специалисты в области здравоохранения, члены сообществ, сертифицированы или нет и т.д.)?
- Существуют ли какие-либо нормативные требования, регулирующие работу центров и клиник?
- Существуют ли какие-либо формы отчетности, используемые в центрах и клиниках?
- Какие подходы и методы используются в государственных лечебно-реабилитационных центрах и клиниках? Включают ли они компонент социальной реинтеграции?
- Какая цель/цели упомянутых форм лечения и реабилитации (абстиненция, поведенческие изменения, снижения вреда, вторичная профилактика, стабилизация)?
- Как бы вы оценили доступ к услугам в государственных учреждениях? Существуют ли какие-либо препятствия (стоимость, расположение, комплекс услуг, юридические аспекты, установки и т.д.)? Доносится ли информация о таких организациях посредством рекламы, системы направлений?
- Как бы вы оценили эффективность государственных услуг? Существует ли какая-либо информация об их эффективности?
- Как бы вы оценили качество услуг и отношение специалистов? Какие инструменты и процедуры используются для оценки качества услуг?
- Проводится ли мониторинг успешности лечения? Если да, каковы показатели успешности лечения?
- Существуют ли показатели удовлетворенности клиентов? Как проводится мониторинг удовлетворенности клиентов?
- Существуют ли частные (общественные, религиозные) программы лечения и реабилитации в тюрьмах? Если да, то в чем их особенность (доступ, качество, длительность и т.д.)?

- **Известно ли вам, каким из упомянутых выше учреждений отдают предпочтение пациенты в стране, и почему?**
- **Должны ли какие-либо из типов заведений получить лицензию на предоставление услуг людям, употребляющим наркотики? Как это регулируется?**
- **Существует ли процедура закрытия центров? Знаете ли вы про такие случаи? Какие были причины?**
- **Какие-либо другие комментарии?**

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

## IV. НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

1. Назовите, пожалуйста, все нормативные акты, регулирующие сферу лечения и реабилитации потребителей наркотиков в стране? Существуют ли какие-либо стандарты, протоколы, законы, программы или другие документы?
2. Как вы считаете, что необходимо улучшить в нормативном регулировании? Какие дополнительные документы необходимо разработать? Какие существующие – пересмотреть?

## V. ОБРАЗОВАНИЕ И СЕРТИФИКАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Существуют ли какие-либо учебные программы для специалистов, работающих в этой сфере? Если да, укажите, какие виды, какие специалисты могут пройти обучение, качество образования и другую соответствующую информацию.
2. Существуют ли какие-либо требования к специалистам, работающим в этой сфере (обязательная сертификация или обучение в аспирантуре, надзор)?

## VI. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Есть ли у вас какие-либо предложения относительно усовершенствования системы лечения и реабилитации для людей, употребляющих наркотики? Как можно улучшить качество услуг? Какие другие подходы или формы необходимо внедрить в стране?
2. Есть ли у вас какие-либо предложения *AFEW*, как мы можем способствовать усовершенствованию?

# ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСПЕРТНЫХ ИНТЕРВЬЮ (НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ)

### Информированное согласие об участии в исследовании ПОТРЕБНОСТИ И БАРЬЕРЫ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ, В СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

*AFEW Интернешнл* приглашает вас принять участие в исследовании, направленном на изучение ситуации с доступом людей, употребляющих наркотики, к услугам реабилитации и лечения. Перед тем, как принять решение, пожалуйста, внимательно прочитайте информацию о целях и условиях исследования.

*AFEW Интернешнл* — международная сеть неправительственных организаций, целью которой является содействие укреплению здоровья уязвимых групп населения, расширению для них доступа к услугам общественного здравоохранения в области профилактики, лечения и ухода, связанных с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом, гепатитом С, и обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья.

Данное исследование проводится в рамках проекта «Восполняя пробелы: здоровье и права уязвимых групп населения – 2.0» и направлено на решение следующих задач:

1. Изучение потребностей в улучшении качества существующих программ реабилитации или внедрении новых услуг, направленных на лечение и реабилитацию людей, употребляющих наркотики.
2. Определение приоритетных направлений инвестирования ресурсов сети *AFEW* в сфере запуска или поддержки программ лечения и реабилитации людей, употребляющих наркотики, в регионе ВЕЦА.
3. Развитие потенциала партнеров в Украине, Грузии, Кыргызстане, Таджикистане, Казахстане и России в сфере реабилитации и европейских подходов к реабилитации.

Для достижения указанных целей планируется проведение кабинетного исследования, картирования услуг и интервью с экспертами.

Интервью с вами будет касаться вашей оценки текущей ситуации в сфере оказания услуг по лечению и реабилитации для людей, употребляющих наркотики, существующей нормативной и методологической базы, потребностей и барьеров в получении услуг. Участие в исследовании является добровольным, конфиденциальным и, по желанию, анонимным. Ваша личная информация не будет нигде опубликована. На основании предоставленной профессиональной информации будут сделаны обобщающие выводы и рекомендации. Вы можете задавать вопросы или остановить интервью в любой момент. Предполагаемая продолжительность интервью – около 1,5 часов. Интервью будет записываться, чтобы можно было обработать данные.

Если вы согласны принять участие в исследовании, поставьте вашу подпись для подтверждения того, что:

- ваше решение является добровольным;
- вы понимаете цели и характер исследования;
- вы понимаете, что интервью будет записываться с целью обработки данных, записи интервью публиковаться не будут, отдельные цитаты (без указания личной информации) и обобщенная информация будет использоваться для написания отчета;
- вы можете задавать любые вопросы, которые вас интересуют о данном исследовании;
- вы можете отказаться принимать участие в исследовании в любой момент, не объясняя своего решения или не отвечать на отдельные вопросы;
- вы понимаете, что вам гарантируется конфиденциальность и, при необходимости, анонимность при анализе полученной информации, а также при публикации отчета по исследованию;
- вы понимаете, что у вас есть доступ к результатам исследования, которые по вашему требованию вам должны предоставить организаторы исследования.

Для корректного анализа данных, пожалуйста, впишите информацию, поставьте подпись и дату (предоставляя информацию, вы, тем самым, даете согласие на ее использование):

ФИО (или только Имя) \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Место работы (по согласию) \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Пол (обведите) М Ж

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_



Ministry of Foreign Affairs of the  
Netherlands



Исследование осуществлялось в рамках проекта «Восполняя пробелы: здоровье и права уязвимых групп населения – 2.0», финансируемого Министерством иностранных дел Нидерландов.

#### **Контактная информация**

---

*AFEW Интернешнл*  
Van Diemenstraat 48  
1013 NH Amsterdam  
The Netherlands

Телефон: +31206381718  
Эл. адрес: [info@afew.nl](mailto:info@afew.nl)

Сайт: [www.afew.org](http://www.afew.org)  
Facebook: [AFEWInternational](https://www.facebook.com/AFEWInternational)  
Twitter: [AFEW\\_Int](https://twitter.com/AFEW_Int)