

Проект Концепции организационно-методического плана преобразования российской наркологической службы на основе правовых и мотивационных аспектов организации наркологической помощи, включая вопросы принудительного и обязательного лечения больных наркологического профиля

Разработчики: ЗЫКОВ О.В., ЦЫМБАЛ Е.И., ПОЛЯТЫКИН С.А., ДОРОНКИН В.К.

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

117449, Москва, ул. Шверника, д. 10-А, тел. (499) 126-3475, факс (499) 126-1064, e-mail: nan@nan.ru, www.nan.ru

1. Введение

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

значимых заболеваний (наркомания, алкоголизм) с разработкой единых общероссийских подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов.

Необходимость разработки концепции преобразования наркологической службы в Российской Федерации (далее — Концепция) обусловлена высокой распространенностью злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ). По данным Национального научного центра наркологии, в 2008 г. в Российской Федерации зарегистрировано 550 тыс. лиц, злоупотребляющих наркотиками. Из них 358,1 тыс. лиц, больных наркоманией, и 389 тыс. лиц, употребляющих наркотики инъекционно. По оценкам ФСКН России, реальное количество наркопотребителей может достигать 5 млн чел. Столь высокий уровень алкоголизации и наркотизации ведет к существенным потерям трудоспособной части населения вследствие медицинских причин (ВИЧ-инфекция, гепатит, заболевания печени и т.п.), а также смертности от внешних причин (убийства, самоубийства, несчастные случаи, отравления, дорожно-транспортные происшествия).

По данным Федерального научно-методического центра по борьбе со СПИДом, количество новых случаев ВИЧ-инфекции, приобретенной вследствие инъекционного введения наркотиков, в массиве всех зарегистрированных случаев с установленным путем передачи в 2008 г. составило 66%. Количество ВИЧ-инфицированных среди потребителей наркотиков в некоторых регионах доходит до 65%. Распространение ВИЧ-инфекции является реальной угрозой

При разработке проекта Концепции использованы материалы следующих авторов:

Аксенов П.Г., Андреева Л.А., Брюн Е.А., Голенкова Т.И., Дудко Т.Н., Злобин А.А., Кошкина Е.А., Левинсон Л.С., Медведев О.М., Мощная О.В., Огурцов П.П., Олейник С.В., Пелипас В.Е., Тюрина И.О., Эвард Д.Е.

национальной безопасности. С учетом значимости наркопотребления в распространении ВИЧ-инфекции, стратегия антинаркотической политики должна быть тесно увязана со стратегией противодействия распространению ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний.

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

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

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

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

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

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

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

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

Вторичная стратегия профилактики основана на работе с представителями групп риска, в первую очередь с детьми и молодежью. Ключевой задачей в этом направлении является создание эффективной системы защиты прав детей.

Третичная стратегия профилактики основана на создании эффективной наркологической помощи и имеет целью социальную, трудовую, психологическую и медицинскую реабилитацию лиц, у которых сформировалась зависимость от ПАВ, на основе трех принципов: анонимность, доступность, бесплатность. При лечении и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших общеуголовных преступлений, соблюдение указанных принципов обеспе-

чивает создание доброжелательной для больного системы оказания наркологической помощи, что существенно повышает мотивацию больных на прекращение злоупотребления и сохранение трезвости. Повышение уровня мотивации на сохранение трезвости является стержневым элементом реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Поставленной цели позволяет добиться перестройка системы оказания наркологической помощи на основе концепции духовно-реабилитационной деятельности.

Основными рисками и угрозами в сфере оказания наркологической помощи являются:

- широкое распространение в обществе толерантного отношения к немедицинскому потреблению алкоголя и наркотиков и столь же широкое распространение негативного отношения к больным алкоголизмом и наркоманией, представление о зависимости как о распущенности и слабости воли больного, а не тяжелом хроническом психическом расстройстве;

- стигматизация больных алкоголизмом и наркоманией и повышение порога оказания медико-социальной помощи вследствие обязательных для больного постановки на наркологический учет, сопряженный с неизбежными социальными ограничениями, и передачи сведений о лицах, потребляющих ПАВ, из наркологических учреждений в правоохранительные органы;

- сокращение числа государственных наркологических медицинских учреждений и врачей-психиатров-наркологов и фактическое отсутствие реабилитационных центров (отделений), в том числе в структуре наркологических диспансеров и наркологических больниц;

- недостаточная доступность квалифицированной бесплатной медицинской помощи и медико-социальной реабилитации для больных алкоголизмом и наркоманией и как следствие крайне высокий уровень рецидивов среди больных, прошедших лечение в наркологических учреждениях;

- широкое распространение негосударственных наркологических учреждений, ориентированных на оказание краткосрочной неотложной наркологической помощи (обрыв злоупотребления и купирование острой фазы абстинентного синдрома); без последующей реабилитации эффективность подобного лечения крайне низка, что ведет к дискредитации наркологической помощи.

3. Государственная система профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками

Целью профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками является сокращение масштабов алкоголизации и немедицинского потребления наркотиков, формирование позитивного отношения к трезвости и здоровому образу жизни, существенное снижение

спроса на алкоголь и наркотики, прежде всего, среди несовершеннолетних и молодежи.

Достижение указанной цели осуществляется решением следующих основных задач:

- укрепление психического здоровья населения, снижение заболеваемости, создание условий для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни и повышения стрессоустойчивости;

- формирование негативного отношения в обществе к злоупотреблению алкоголем и наркотиками, в том числе путем проведения активной пропаганды ценностей здорового образа жизни и иных социально одобряемых духовных ценностей; формирование у несовершеннолетних и молодежи навыков, снижающих риск вовлечения в злоупотребление алкоголем и наркотиками;

- своевременное выявление причин и условий, способствующих распространению злоупотребления алкоголем и наркотиками, и организация комплексных мероприятий по эффективному их устранению;

- развитие ювенальной юстиции как правового механизма формирования и реализации реабилитационных мероприятий в отношении несовершеннолетних, употребляющих алкоголь, наркотики и другие ПАВ;

- обеспечение трудовой занятости несовершеннолетних и молодежи, в том числе и сезонной, повышение привлекательности доступных им профессий путем повышения размера минимальной оплаты труда, создание новых рабочих мест в сельской местности и малых городах, особенно возникших при градообразующих предприятиях;

- развитие системы раннего выявления злоупотребления алкоголем и наркотиками, в первую очередь среди несовершеннолетних и молодежи, в частности, посредством ежегодной диспансеризации.

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

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

голя или наркотиков, содействие выбору позитивных жизненных стратегий.

4. Наркологическая медицинская помощь

4.1. Современное состояние системы

государственной наркологической помощи

Современное состояние системы государственной наркологической медицинской помощи определяется:

- крайне низкой эффективностью бесплатной наркологической помощи, оказываемой в государственных медицинских учреждениях;
- отсутствием правовой нормативной базы для оказания наркологической помощи;
- недостаточным числом специализированных государственных наркологических медицинских учреждений и низким качеством их кадрового обеспечения;
- недостаточным развитием сети учреждений для реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией;
- отсутствием технологий ресоциализации выздоравливающих больных алкоголизмом и наркоманией;
- недостаточностью финансового и научно-методического обеспечения наркологической медицинской помощи;
- повышением порога оказания бесплатной наркологической помощи вследствие требования обязательного учета злоупотребляющих ПАВ лиц при обращении в государственные медицинские учреждения, с последующей передачей информации о них в правоохранительные органы;
- широким использованием технологий лечения и препаратов, не имеющих подтверждения своей эффективности на основе принципов доказательной медицины;
- недостаточным использованием технологий, направленных на мотивацию лиц, допускающих злоупотребление алкоголем и немедицинское потребление наркотиков, к участию в реабилитационных программах, а также отсутствием четких критериев отбора участников для включения в программы реабилитации;
- отсутствием условий для социальной и трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ;
- установленные действующим законодательством ограничения прав граждан при наличии диагноза *алкоголизм и наркомания* не учитывают тяжесть зависимости и выраженность десоциализации их поведения.

Стратегической целью развития государственной системы оказания наркологической помощи является повышение качества медицинских и реабилитационных услуг для больных алкоголизмом и наркоманией, обеспечение доступности наркологической помощи, следствием чего должно стать снижение социальных потерь, связанных со злоупотреблением алкоголем и

наркотиками, существенное увеличение доли больных, прекративших злоупотребление ПАВ после лечения.

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

Повышение эффективности лечения больных алкоголизмом и наркоманией также связано с внедрением новых организационных принципов: этапность и очередность проведения мероприятий, длительность, непрерывность и комплексное воздействие. Комплексный характер наркологической помощи подразумевает, что на каждом этапе ее оказания медицинское вмешательство осуществляется по четырем направлениям:

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

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

Основные мероприятия по повышению эффективности наркологической помощи включают в себя:

- создание полноценной нормативно-правовой базы оказания наркологической помощи, предусматривающей возможность недобровольного лечения больных только в тех случаях, когда они по своему психическому состоянию представляют непосредственную угрозу для себя или для окружающих;
- развитие низкопороговых программ помощи больным алкоголизмом и наркоманией для максимального охвата этого контингента с целью повышения уровня мотивации к прекращению употреб-

ления ПАВ и предотвращения негативных последствий потребления наркотиков;

- внедрение в процесс лечения больных алкоголизмом и наркоманией безопасных медицинских технологий, направленных на минимизацию медико-социальных потерь, связанных со злоупотреблением ПАВ;

- формирование многоуровневой системы государственных и негосударственных организаций, оказывающих наркологическую помощь, обеспечение больным алкоголизмом и наркоманией доступности к эффективным программам лечения и реабилитации, восстановление их социального статуса;

- разработку стандартов для оценки эффективности работы наркологических учреждений, установление связи между объемом бюджетного финансирования государственных наркологических учреждений и эффективностью их деятельности;

- организацию системы профессионального обучения и трудоустройства больных алкоголизмом и наркоманией, прошедших медико-социальную реабилитацию, разработку механизмов государственной поддержки учреждений, обеспечивающих социальную и трудовую реинтеграцию участников реабилитационных программ;

- формирование и финансирование государственной программы научных исследований в области наркологии;

- разработку и внедрение новых методов диагностики, обследования и лечения больных алкоголизмом и наркоманией.

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

Истинным критерием эффективности наркологической помощи должен быть не отказ от алкоголя, а высокое качество жизни без алкоголя.

В настоящее время для больных алкоголизмом и наркоманией финансируемая из государственного бюджета наркологическая помощь — бесполезный институт. Сейчас наркологические больные знают, что посещение наркодиспансера, повлечет только ограничение его в правах, поэтому они не обращаются за бесплатной наркологической помощью. Бюджетная наркология, не ориентированная на реабилитацию больного, остается частью репрессивной государственной машины, какой она была в советское время. Наше общество, медицина, формально признав, что наркомания и алкоголизм — это болезнь, не рассматривают наркоманов и алкоголиков как больных людей. Все равно их рассматривают как преступников или моральных вырожденцев. Нельзя помочь человеку, если не уважаешь его личность, его чувства. Если больной приходит к врачу, а врач, как и все общество, рассматривает его как безвольного негодяя, то необходимой помощи этот больной не получит.

4.2. Программно-целевой подход к оказанию наркологической помощи

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

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

Традиционное диспансерно-участковое построение наркологической службы в принципе не предполагает дифференцированности компонентов лечеб-

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

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

1-й компонент лечебно-профилактического процесса — «Снижение вреда»

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

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

2-й компонент лечебно-профилактического процесса — «Контактный телефон»

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

3-й компонент лечебно-профилактического процесса — «Первичное консультирование»

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

4-й компонент лечебно-профилактического процесса — «Неотложная наркологическая помощь»

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

5-й компонент лечебно-профилактического и реабилитационного процесса — «Амбулаторный компонент реабилитационного процесса»

Амбулаторный компонент лечебно-профилактического процесса должен быть в значительной мере обращен к родственникам и близким лиц, страдающих зависимостью от ПАВ и имеющих проявления созависимости. Одним из важнейших факторов выздоровления является оздоровление микросоциальной среды пациента. Целью этого компонента является преодоление созависимых отношений в микрогруппе. Основной способ добиться стойкого преодоления созависимых отношений — это привлечение лиц, страдающих созависимостью, к преодолению этого страдания путем посещения групп самопомощи, используя амбулаторный компонент лечебно-профилактического процесса.

6-й компонент лечебно-профилактического процесса — «Комплексная интенсивная групповая психотерапия»

Комплексная интенсивная групповая психотерапия может реализовываться в режиме как дневного стационара, так и круглосуточного стационара, расположенного как в городской, так и в загородной зоне. Цель комплексной интенсивной групповой психотера-

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

7-й компонент лечебно-профилактического процесса — «Дом на полпути»

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

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

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

Неоднократно предпринимались попытки передать медицинские вытрезвители из системы МВД в Минздравсоцразвития. Очевидно, что предварять данный процесс должно обсуждение тех функций, которые обязаны исполнять государственные и муниципальные органы, решая проблему неотложной помощи гражданам, находящимся в алкогольном или наркотическом опьянении и нуждающимся в такой помощи.

Необходимо разделить функцию доставки данных граждан в специализированные учреждения и функцию оказания профессиональной помощи данным гражданам. Смешение этих функций в действующей сегодня системе медвытрезвителей является очевидной предпосылкой для нарушения законных прав и интересов граждан. Известны многочисленные факты, когда в медицинские вытрезвители доставляются граждане не по признаку необходимости оказания по-

мощи, а в силу совершенно иных, зачастую носящих преступный характер соображений сотрудников данной системы.

Функцию доставки граждан, находящихся в опьянении, нужно передать службам, имеющим необходимые ресурсы и подчиненным МЧС. Безусловно, в случае принятия такого решения данные ресурсы должны быть расширены.

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

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

При выявлении находящихся в состоянии опьянения несовершеннолетних или беременных женщин надо исключить их доставку в органы внутренних дел и, при необходимости, направлять исключительно в отделения неотложной наркологической помощи или иные учреждения системы здравоохранения.

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

При развертывании отделений неотложной наркологической помощи в значительных масштабах воз-

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

6. Лечебная субкультура как принципиальная основа оказания наркологической помощи

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

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

но выделить и промежуточный уровень (полустационарные условия пребывания больных).

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

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

Программа детоксикации, являясь наиболее близкой к традиционным формам оказания наркологической помощи, обязательно предусматривает оказание мотивационной психотерапевтической и реабилитационной помощи в минимальном, но абсолютно необходимом объеме. Цель программы явно вытекает из ее названия — безопасное освобождение организма от ПАВ и их метаболитов, купирование абстинентного синдрома. Таким образом, программа детоксикации представляет собой медицинскую подготовку для успешного прохождения пациентом следующих этапов лечения. Проводится детоксикация в стационарных условиях, ее длительность, как правило, не превышает нескольких дней.

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

Для обеспечения постепенного изменения условий лечения между стационарным и амбулаторным про-

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

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

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

Вне зависимости от организационных форм оказания наркологической помощи (стационарная, полустационарная, амбулаторная) содержание этой помощи определяется используемыми психотерапевтическими и реабилитационными методами. Эти методы

направлены на коррекцию сформировавшейся у больного зависимости, а также поддержание трезвости. Программы оказания стационарной и амбулаторной помощи, как правило, предусматривают возможность использования всех коррекционных и реабилитационных методов.

При оказании наркологической помощи целесообразно использовать следующие психотерапевтические методы:

- *когнитивная терапия* (образовательные программы по проблемам, связанным с химической зависимостью) — проводится как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Программы направлены на обеспечение пациентов информацией о проявлениях и последствиях зависимости. Эти знания необходимы пациентам для лучшего понимания собственных проблем, возникающих в процессе становления воздержания, направлены на информирование их о том, что требуется от больного, чтобы прекратить злоупотребление и оставаться трезвым. Занятия в таких группах проводят консультанты;

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

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

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

7. Социальная работа в наркологии

Социальная работа — это профессиональная деятельность, объектом которой являются люди, нуждающиеся в социальной помощи, поддержке, социальных услугах. *Социальная помощь* — совокупность социальных услуг, разносторонняя медико-социальная, социально-психологическая, социально-педагогическая, социально-бытовая, правовая поддержка индивида, семьи, социальной группы, общины в проблемных, кризисных, критических, стрессовых ситуациях и состояниях, оказываемая как государственными, так и негосударственными службами.

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

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

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

- *воспитательный* подход — социальный работник выступает в роли учителя, консультанта, эксперта: дает советы, обучает умениям, демонстрирует правильное поведение, устанавливает обратную связь;
- *фасилитативный* подход — социальный работник выступает как помощник, сторонник или посредник в преодолении проблемных ситуаций, в том

числе связанных с нарушениями личности или дезорганизацией поведения больного; нацелен на интерпретацию поведения, обсуждение альтернативных направлений деятельности и действий, объяснение ситуаций, подбадривание и мобилизацию внутренних ресурсов;

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

В основе медико-социальной работы в наркологии лежат следующие принципиальные положения:

- *принцип экосистемности* предполагает учет всей системы взаимоотношений человека и среды и многоуровневое воздействие на проблему;

- *принцип полимодальности* состоит в сочетании в системе медико-социальной работы качественно различных, но взаимодополняющих подходов, ориентированных на достижение конкретной цели;

- *принцип солидарности* заключается в сочетании и согласованном организационном взаимодействии в медико-социальной работе государственных учреждений, действующих в данной сфере и различных общественных организаций;

- *принцип конструктивной стимуляции* проявляется в отказе от использования исключительно патерналистских форм медико-социальной помощи и опеки, максимальном поощрении развития ресурсов клиентов;

- *принцип континуальности* подразумевает непрерывность, цельность, последовательность, этапность, преемственность и динамичность медико-социальной работы, реализацию ее моделей и программ, а не отдельных акций.

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

- ведут доврачебный прием в случае, когда пациент хочет получить первичную информацию о возможных методах и формах работы с ним, о путях выздоровления;

- ведут совместный прием с врачом-наркологом и (или) психологом;

- принимают участие в формировании структуры лечебной программы, основанной на духовно-ориентированных методах лечения (прежде всего на идеологии «12 шагов» сообщества АА);

- активно участвуют в профилактических программах, прежде всего в общении с молодежной аудиторией;

- участвуют в разработке и реализации индивидуальных терапевтических программ, связанных с долговременным, в том числе стационарным, лечением пациента в наркологическом учреждении в качестве одного из вариантов формирования терапевтических сообществ (загородных общин и т.п.) для наркологических контингентов.

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

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

Говоря о социальной работе в наркологии, следует ясно осознавать, что залогом ее эффективности, да и самой возможности ее проведения на системной основе является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью групп самопомощи. Такая взаимосвязь обеспечивает решение ряда важнейших задач с точки зрения как организации лечебного процесса, так и судьбы пациентов в целом. Пациент должен воспринимать лечение в наркологическом учреждении как естественный компонент вхождения в новую сре-

ду, основным идеалом которой является трезвость, а в этом как раз и заключается основной принцип движения Анонимных алкоголиков. В то же время группы самопомощи — естественный источник кадров для наркологической службы, и только используя мощный потенциал людей, которые самой жизнью, своей собственной судьбой призваны помогать себе подобным, можно сформировать новую, обращенную к личности пациента идеологию медико-социальной работы в наркологии.

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

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

8. Место программ снижения вреда при оказании наркологической помощи

Алкоголизм и наркомания являются хроническими психическими расстройствами с высоким риском возникновения рецидивов, каждый из которых ухудшает прогноз результатов дальнейшего лечения. В связи с этим прекращение злоупотребления ПАВ не может рассматриваться как единственная цель оказания наркологической помощи. Сопутствующей целью лечения больных алкоголизмом и наркоманией является сокращение социальных и медицинских потерь, связанных со злоупотреблением ПАВ. Для реализации указанной цели необходимо сохранение связей между больным и социумом, максимальное уменьшение барьеров при оказании больному всех видов медико-социальной помощи, особенно таких, как ВИЧ-инфекция, гепатиты, туберкулез и др.

Одним из направлений, позволяющих сократить медико-социальные потери от злоупотребления наркотиками, прежде всего инъекционными, являются программы «снижения вреда», которые могут включать в себя как самостоятельный компонент заместительную терапию. Ярким примером эффективности заместительной терапии при злоупотреблении ПАВ являются никотинсодержащие препараты (жевательная резинка, пластырь и т.п.). Многие курильщики с помощью указанных лекарственных средств ослабляют физическую зависимость от никотина, что позволяет части из них полностью отказаться от курения. В любом случае сокращение числа выкуренных сигарет снижает риск развития рака легких и иных заболеваний, возникающих вследствие воздействия смол, содержащихся в табачном дыме. Сегодня использование никотинсодержащих препаратов является распространенным и одобряемым обществом методом медикаментозной терапии никотиновой зависимости, который помогает миллионам людей и дает значительный медико-социальный эффект. Отсутствие вокруг этого метода лечения ожесточенной полемики в значительной мере связано с тем, что курильщиков (лиц с никотиновой зависимостью) общество воспринимает достаточно терпимо, а сам никотин не рассматривается как наркотик. Касаясь наиболее спорного вопроса использования наркотических веществ в рамках заместительной терапии в отношении соответствующего контингента больных, страдающих наркотической зависимостью, необходимо констатировать неготовность и неспособность наркологической службы реализовывать данную технологию на современном этапе. Прежде всего это связано с неразви-

тостью реабилитационного компонента наркологической службы и высоким уровнем агрессивных настроений в обществе в отношении наркологического контингента.

Под стратегией «снижения вреда» понимаются программы, основной целью которых является уменьшение негативных медицинских и социальных последствий употребления ПАВ без выдвигания требования о немедленном и полном отказе от наркотиков. Все программы снижения вреда ориентированы на повышение качества жизни и улучшение здоровья больных наркоманией, эта цель достигается после прекращения наркотизации и становления устойчивой ремиссии.

В современном российском законодательстве нет четких критериев, позволяющих отнести ту или иную терапевтическую программу к программам заместительной терапии или снижения вреда. В Российской Федерации программы по работе с больными наркоманией, в той или иной степени использующие положения концепции снижения вреда, реализуются с 1996 г. В рамках этих программ больным наркоманией оказывается консультативная помощь, бесплатно обмениваются шприцы, предоставляются презервативы, облегчается доступ больным наркоманией к специализированной медицинской помощи.

Программы по работе с больными наркоманией, основанные на концепции снижения вреда, являются низкопороговыми (в отличие от организационных форм и методов лечения, предлагаемых в системе государственной наркологической помощи). Эти программы служат своеобразным мостом между больными наркоманией, в первую очередь, наиболее проблемной их частью, ведущей рискованный образ жизни и не обращающейся за специализированной помощью, оказываемой государственными наркологическими учреждениями, а также иными организациями и программами по профилактике наркомании и реабилитации наркозависимых. Они напрямую влияют на качество лечения зависимости от наркотиков, а также ВИЧ-инфекции, поскольку способны эффективно мотивировать наркопотребителей на обращение и соблюдение необходимых условий лечения и реабилитации. По своей сути программы снижения вреда являются социально-ориентированными и могут реализовываться некоммерческими общественными организациями.

Окончание читайте в следующем номере