

ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Рабочая группа по совершенствованию
антинаркотической политики
и реформе системы наркологической помощи

ПРАВОВАЯ НАРКОЛОГИЯ

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

Москва, 2010

Разработчики:

Зыков О. В.

Цымбал Е. И.

Полятыкин С. А.

Доронкин В. В.

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., Моцная О. В., Огурцов П. П., Олейник С. В., Пелипас В. Е., Тюрина И. О., Эвард Д. Е.**

Правовая наркология. 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 — М: РБФ НАН, 2010. — 60 с.

Содержание

1. Введение	4
2. Место наркологической службы в системе мер по сокращению спроса на ПАВ	6
3. Государственная система профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками	8
4. Наркологическая медицинская помощь	9
4.1. Современное состояние системы государственной наркологической помощи	9
4.2. Программно-целевой подход к оказанию наркологической помощи	13
5. Организация оказания помощи гражданам, находящимся в опьянении в общественных местах	17
6. Лечебная субкультура как принципиальная основа оказания наркологической помощи	18
7. Социальная работа в наркологии	23
8. Место программ снижения вреда при оказании наркологической помощи	27
9. Реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией	29
10. Предложения по развитию правового регулирования оказания наркологической помощи	33
10.1. Общие положения	33
10.2. Регулирование оказания наркологической помощи в действующем законодательстве	35
10.3. Развитие нормативно-правовой базы оказания наркологической помощи	42
10.4. Правовое обеспечение и стандартизация немедицинской (социальной) реабилитации наркологических больных	51

**Концепция 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 (проект).**

1. Введение

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

Необходимость разработки концепции преобразования наркологической службы в Российской Федерации (далее Концепция) обусловлена высокой распространенностью злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ). По данным Национального научного центра наркологии в 2008 году в Российской Федерации зарегистрировано 550 тыс. лиц, злоупотребляющих наркотиками, значительная часть из которых вводит наркотики внутривенно. По оценкам ФСКН в России реальное количе-

ство наркопотребителей может достигать до 5 млн. человек. Столь высокий уровень алкоголизации и наркотизации ведет к существенным потерям трудоспособной части населения вследствие медицинских причин (ВИЧ-инфекция, гепатит, заболевания печени и т. п.), а также 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 году составило 66 %. Количество ВИЧ-инфицированных среди потребителей наркотиков в некоторых регионах доходит до 65 %. Распространение ВИЧ-инфекции является реальной угрозой национальной безопасности. С учетом значимости наркопотребления в распространение ВИЧ-инфекции стратегия антинаркотической политики должна быть тесно увязана со стратегией противодействия распространения 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. N 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 лече-

ния наркоманий, ни в части повышения эффективности реабилитации больных наркоманией ожидаемые результаты достигнуты не были. Давно назревшая реформа государственной системы оказания наркологической помощи не состоялась.

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

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

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

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

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

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

Стратегия первичной профилактики — утверждение принципов и формирование навыков здорового образа жизни. Это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска разви-

тия заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также путем повышения устойчивости личности к воздействию неблагоприятных факторов социальной среды, способствующих началу употребления ПАВ. К первичной профилактике относят социально-экономические и иные меры по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию, использованию технологий «позитивного большинства» и резильентности личности.

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

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

Основными рисками и угрозами в сфере оказания наркологической помощи являются:

- широкое распространение в обществе толерантного отношения к немедицинскому потреблению алкоголя и наркотиков и столь же широкое распространение негативного отношения к больным алкоголизмом и наркоманией, представление о зависимости как о 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 рецидива среди больных, прошедших лечение в наркологических учреждениях.
- широкое распространение негосударственных наркологических учреждений, ориентированных на оказание краткосрочной неотложной наркологической помощи (обрыв злоупотребления и купирование острой фазы абстинентного синдрома); без последующей реабилитации эффективность подобного лечения крайне низка, что ведет к дискредитации наркологической помощи.

3. Государственная система профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками

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

Достижение указанной цели осуществляется решением следующих основных задач:

- укрепление психического здоровья населения, снижение заболеваемости, создание условий для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни и повышения стрессоустойчивости;
- формирование негативного отношения в обществе к злоупотреблению алкоголем и наркотиками, в том числе путем проведения активной пропаганды ценностей здорового образа жизни и иных социально одобряемых духовных ценностей; формирование у несовершеннолетних и молодежи навыков, снижающих риск вовлечения в злоупотребление алкоголем и наркотиками;
- своевременное выявление причин и условий, способствующих распространению злоупотребления алкоголем и наркотиками, и организация комплексных мероприятий по эффективному их устранению;

- развитие ювенальной юстиции как правового механизма формирования и реализации реабилитационных мероприятий в отношении несовершеннолетних, употребляющих алкоголь, наркотики и другие ПАВ;
- обеспечение трудовой занятости несовершеннолетних и молодежи, в том числе и сезонной, повышение привлекательности доступных им профессий путем повышения размера минимальной оплаты труда, создание новых рабочих мест в сельской местности и малых городах, особенно возникших при градообразующих предприятиях;
- развитие системы раннего выявления злоупотребления алкоголем и наркотиками в первую очередь среди несовершеннолетних и 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.

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

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

4. Наркологическая медицинская помощь

4.1. Современное состояние системы государственной наркологической помощи

Современное состояние системы государственной наркологической медицинской помощи определяется:

- крайне низкой эффективностью бесплатной наркологической помощи, оказываемой в государственных медицинских учреждениях;
- 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 технологически взаимосвязанную последовательность мероприятий (терапевтических программ, методов лечения), имеющих своей целью повышение уровня социальной адаптации больного в условиях максимально приближенных к условиям его повседневной жизни.

Основные мероприятия по повышению эффективности наркологической помощи включают:

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

- внедрение в процесс лечения больных алкоголизмом и наркоманией безопасных медицинских технологий, направленных на минимизацию медико-социальных потерь, связанных со злоупотреблением ПАВ;
- формирование многоуровневой системы государственных и негосударственных организаций, оказывающих наркологическую помощь, обеспечение больным алкоголизмом и наркоманией доступности к эффективным программам лечения и реабилитации, восстановление их социального статуса;
- разработка стандартов для оценки эффективности работы наркологических учреждений, установление связи между объемом бюджетного финансирования государственных наркологических учреждений и эффективностью их деятельности;
- организация системы профессионального обучения и трудоустройства больных алкоголизмом и наркоманией, прошедших медико-социальную реабилитацию, разработка механизмов государственной поддержки учреждений, обеспечивающих социальную и трудовую реинтеграцию участников реабилитационных программ;
- формирование и финансирование государственной программы научных исследований в области наркологии;
- разработка и внедрение новых методов диагностики, обследования и лечения больных алкоголизмом и наркоманией.

Центральной задачей повышения эффективности оказания наркологической помощи является формирование у лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, механизмов устойчивой мотивации на прекращение злоупотребления и сохранение трезвости через участие в лечебных и реабилитационных программах. Государственная наркологическая служба долгие годы не учитывала необходимость духовного возрождения больных, обретение ими нового смысла жизни. Врач, вооруженный только лекарственными препаратами и психотерапевтическими методиками мало что может сделать в наркологии. В обществе необходим институт, с помощью которого больные алкоголизмом и наркоманией могли найти пути выздоровления. Группы самопомощи «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», «Нар-анон» (родственники наркоманов), «Алатин» (дети из семьи алкоголиков) и т. 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 сохранить не только трезвость, но также дает и психологический комфорт. Истинным критерием эффективности

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

В настоящее время для больных алкоголизмом и наркоманией финансируемая из государственного бюджета наркологическая помощь — 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 чувств. Если больной приходит к врачу, а врач, как и все общество, рассматривает его как безвольного негодяя, то необходимой помощи этот больной не получит.

В существенном пересмотре нуждается система оценки качества оказания наркологической помощи. Помимо длительности ремиссий в нее должны быть включены такие показатели: смертность больных алкоголизмом и наркоманией от причин, прямо связанных с имеющимися у этих лиц специфическими нарушениями поведения (от передозировок и иных внешних причин смерти); уровень трудовой занятости среди трудоспособных больных; прекращение наблюдения в связи с привлечением к уголовной ответственности, а также доля больных, привлеченных к административной ответственности; улучшение социальной адаптации (стабилизация семейной ситуации, сохранение или повышение трудового статуса, профессиональная переподготовка, восстановление в родительских правах); доступность наркологической помощи и полнота профилактического пространства. Показатели качества оказания наркологической помощи должны быть закреплены в соответствующем стандарте или ином правовом нормативном акте Минздравсоцразвития России.

4.2. Программно-целевой подход к оказанию наркологической помощи

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

Цель оказания наркологической помощи — достижение стойкой ремиссии, что возможно только при сознательном отказе от употребления

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

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

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

I компонент лечебно — профилактического процесса — «Снижение вреда».

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

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

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

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

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

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

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

V 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 имеющим проявления созависимости. Одним из наиважнейших факторов выздоровления является оздоровление микросоциальной среды пациента. Целью этого компонента является преодоление созависимых отношений в микрогруппе. Основной способ добиться стойкого преодоления созависимых отношений — это, используя Амбулаторный компонент лечебно — профилактического процесса, привлечь лиц, страдающих созависимостью к преодолению этого страдания путем посещения групп самопомощи.

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

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

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

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

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

Многочисленные факты нарушения прав граждан в 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 должны 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 сегодня действующей 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 помощи, 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, 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 их исключительно в отделения неотложной наркологической помощи или иные учреждения системы здравоохранения.

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

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

6. Лечебная субкультура как принципиальная основа оказания наркологической помощи

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 психоактивных веществ. Чем выше мотивация больного, чем в большей мере он способен произвольно регулировать свое поведение, тем в менее ограничительных условиях должно осуществляться его лечение. Требование минимального уровня ограничений и контроля над больным со стороны медицинского персонала основано на понимании того, что чем ближе обстановка в которой проходит лечение к той, в которой живет пациент, тем ниже вероятность рецидива болезни после выписки.

Сам терапевтический процесс представляет собой последовательный переход от более ограничительных условий лечения к менее ограничительным. Вопрос о минимально достаточном для сохранения трезвости уровне контроля решается для каждого пациента индивидуально перед началом лечения. Максимально высокий уровень контроля предлагается пациентам на период детоксикации (купирования абстинентного синдрома), минимальный — в группах самопомощи (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 можно выделить и промежуточный уровень (полустационарные условия пребывания больных).

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

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

Программа детоксикации, являясь наиболее близкой к традиционным формам 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 психоактивных веществ и их метаболитов, купирование абстинентного синдрома. Таким образом, программа детоксикации представляет собой медицинскую подготовку для успешного прохождения пациентом следующих этапов лечения. Длительность этапа детоксикации, как правило, не превышает нескольких дней, проводится детоксикация в стационарных условиях.

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

Для обеспечения постепенного изменения условий лечения между стационарным и амбулаторным программами могут включаться программы полустационарного пребывания, которые позволяют обеспечить более строгий, чем в амбулаторных условиях контроль над больными. Такие полустационарные программы могут иметь разные названия (Дом на полпути, Дом трезвого проживания). Однако все они предусматривают проживание выздоравливающих алкоголиков и наркоманов в общежитиях при обязательном воздержании от приема психоактивных веществ и регулярное участие в программах самопомощи. В случаях

обоснованных подозрений на возобновление употребления психоактивных веществ, проводятся тесты на алкоголь и наркотики. Одной из форм реабилитационной работы является привлечение всех пациентов к самоуправлению путем регулярного проведения общих собраний для обсуждения текущих дел. Больные, участвующие в полустационарных программах, обеспечиваются работой или имеют иные источники самостоятельного дохода. Это позволяет привлекать пациентов к частичной оплате проживания в общежитии, что сокращает финансовые затраты на реализацию программы. Длительность участия пациентов в программе, как правило, не ограничивается.

Программы амбулаторного лечения включают те же виды психотерапевтической помощи и реабилитационных услуг, что и программы с более строгим контролем над поведением больных (стационарные и полустационарные). Основным их отличием является свободное проживание пациентов. Эти программы предусматривают менее активное участие пациентов в психотерапевтических и реабилитационных мероприятиях, что связано как со стабилизацией их психического состояния, так и с ограниченностью свободного времени. Программы амбулаторной помощи представляют собой завершающий этап лечения, 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, направленная на изменение дезадаптивных убеждений больного, коррекцию когнитивных ошибок, изменение дисфункционального поведения; снижение вероятности возникновения рецидива; решение психосоциальных проблем, которые могут либо быть следствием зависимости от ПАВ, либо выступать в качестве факторов риска формирования зависимости. Когнитивная терапия проводится как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. В наркологии когнитивная терапия направлена на снижение потребления ПАВ, профилактику рецидивов и изменение дисфункциональных поведенческих паттернов.

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

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

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

вышение эффективности других используемых в программе психотерапевтических и реабилитационных методик.

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

7. Социальная работа в наркологии

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

ная помощь лицам, входящим в группы повышенного риска развития наркологических заболеваний и лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ, членам их семей и ближайшего окружения, включающая медицинские, медико-психологические, социально-психологические, педагогические и юридические (правовые) ее аспекты.

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

- воспитательный подход — социальный работник выступает в роли учителя, консультанта, эксперта: дает советы, обучает умениям, демонстрирует правильное поведение, устанавливает обратную связь;
- фасилитативный подход — социальный работник выступает как помощник, сторонник или посредник в преодолении проблемных ситуаций, в том числе связанных с нарушениями личности или дезорганизацией поведения больного; нацелен на интерпретацию поведения, обсуждение альтернативных направлений деятельности и действий, объяснение ситуаций, подбадривание и мобилизацию внутренних ресурсов;
- адвокативный подход — применяется тогда, когда социальный работник выполняет функцию представителя интересов конкретного клиента или группы клиентов, защищает их права.

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

Социальная работа в наркологии может осуществляться социальными работниками, прошедшими соответствующую профессиональную подготовку, а также консультантами — лицами, имеющими собствен-

ный 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;
- ведет совместный прием врачом-наркологом и (или) психологом;
- принимает участие в формировании структуры лечебной программы, основанной на духовно-ориентированных методах лечения (прежде всего на идеологии «12 шагов» сообщества АА);
- активно участвует в профилактических программах, прежде всего — в общении с молодежной аудиторией;
- участвует в разработке и реализации индивидуальных терапевтических программ, связанных с долговременным, в том числе 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 эффективности этой работы, да и самой возможности ее проведения на системной основе, является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью групп самопомощи. Такая взаимосвязь обеспечивает решение ряда важнейших задач как с точки зрения организации лечебного процесса, так и судьбы пациентов в целом. Пациент должен воспринимать лечение в наркологическом учреждении как естественный компонент вхождения в новую человеческую среду, основным идеалом которой является трезвость, — а в этом как раз и заключается основной принцип движения Анонимных алкоголиков. В то же время группы самопомощи — естественный источник кадров для наркологической службы и только используя мощный потенциал людей, которые 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 злоупотребление ПАВ не может рассматриваться как единственная цель оказания наркологической помощи. Сопутствующей целью лечения больных алкоголизмом и наркоманией является сокращение социальных 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, 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 никотинсодер-

жащих 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 существующим уровнем коррупции в медицине и правоохранительных органах, неразвитостью 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 года. В рамках этих программ больным наркоманией оказывается консультативная помощь, бесплатно обмениваются шприцы, предоставляются презервативы, облегчается доступ больных 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 ее частью, ведущей рискованный образ жизни и не обращающейся за специализированной помощью, оказы-

ваемой 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 обращаемость и соблюдение необходимых условий лечения и реабилитации. По своей сути программы снижения вреда являются социально-ориентированными и могут реализовываться некоммерческими общественными организациями.

9. Реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией

Реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией определяется как совокупность медицинских, психологических, педагогических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления алкоголя или наркотиков.

Современное состояние системы реабилитации лиц, больных наркоманией, определяется:

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

ных алкоголизмом и наркоманией и его дальнейшую интеграцию в общество;

- отсутствием системы государственных мер, стимулирующих деятельность по социальной и трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ.

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

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

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

Целью духовно-реабилитационной деятельности при оказании наркологической помощи должно быть приобщение личности больного к высшим духовно-нравственным идеалам. Представляется, что правильнее

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

Применительно к взаимодействию общества и наркологического больного особое значение в настоящее время приобретает восстановление прав больного, в том числе и моральных, включая право на доброжелательное отношение со стороны общества, которое невозможно без формирования в обществе культуры отношения к больному человеку и его заболеванию. Духовно-реабилитационная составляющая в структуре наркологической помощи должна определять цели и задачи этой помощи и лежать в основе определения критериев ее эффективности. Если понятия нравственности и духовности не брать за основу, то наркологическую помощь можно было бы считать эффективной, если число наркологических больных снижалось бы за счет «естественной» убыли (смертности).

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

в себя изменения, затрагивающие все сферы жизни: отношение к собственному здоровью, психологическому состоянию, трудовой деятельности, отношению к обучению и образованию, отношению к обществу и ближайшему окружению, нравственным и религиозным ценностям.

Главную роль в организации процесса духовной реабилитации должны играть негосударственные организации, поскольку государство в лице ФСКН, МВД, здравоохранения, соцзащиты, органов по делам семьи и молодежи, многие годы пытаются переложить ответственность за эту проблему друг на друга. Координация между государственными и общественными структурами до настоящего времени отсутствует: нет общих подходов распределения ответственности и рычагов воздействия. Нормы морали необходимо воплотить в четкие правовые механизмы. При оказании наркологической помощи необходимо осуществить переход мер государственного принуждения к мерам духовно-реабилитационного характера. В Российской Федерации около 800 негосударственных организаций заявляют о том, что они занимаются реабилитацией наркозависимых. Абсолютное большинство этих организаций в своей работе использует те или иные технологии духовно-реабилитационной деятельности. Эти организации имеют либо религиозную христианскую направленность, либо используют подход 12 шаговой программы Анонимных алкоголиков и наркоманов, в которой формулируется понятие о Боге и нравственных ценностях.

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

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

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

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

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

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

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

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

Задача государства, общества и Церкви заключается в том, чтобы вооружить каждого человека нравственным иммунитетом к употреблению психоактивных веществ, реализовать принцип «богоподобного достоинства человеческой личности», что соответствует Основам социальной концепции Русской Православной Церкви.

10. Предложения по развитию правового регулирования оказания наркологической помощи

10.1. Общие положения

Заболевание алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией существенно ограничивает права больного. Из этого следует, что оказание наркологической помощи, одним из элементов которой является установление диагноза наркологического заболевания, должно иметь четкое нормативно-правовое регулирование, в том числе, на уровне федерального законодательства. Согласно ст. 4 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее Основы законо-

дательства о здравоохранении; Закон РФ от 22 июля 1993 г. № 5487-1) задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются:

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

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

В период с 1992 по 1999 гг. в Российской Федерации были приняты федеральные законы, создавшие основу правового регулирования тех специфических общественных отношений, которые возникают при оказании медицинской помощи. Базовым нормативным актом в области медицинского права стали Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья. Основы закрепили важнейшие положения: принципы организации охраны здоровья граждан; права граждан при оказании медицинской помощи, включая положение о добровольности ее оказания (правовым основанием для медицинского вмешательства является добровольное информированное согласие гражданина или его законного представителя). С учетом особенностей ряда заболеваний, требующих специального правового регулирования, (прежде всего необходимости недобровольного медицинского вмешательства в целях защиты интересов самого больного и других граждан) положения Основ о недобровольном медицинском вмешательстве получили развитие в Законе РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее Закон о психиатрической помощи), а также в Федеральном законе от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

«Специальные» законодательные акты в области охраны здоровья граждан появлялись в тех случаях, когда возникала необходимость до-

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

10.2. Регулирование оказания наркологической помощи в действующем законодательстве

Постановлением Верховного Совета РФ от 22 июля 1993 г. № 5494–1 была утверждена «Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации». К числу первоочередных задач антинаркотической политики Концепция относила совершенствование медицинских и юридических подходов к раннему выявлению незаконных потребителей наркотиков, выделение групп населения с повышенным риском незаконного потребления наркотиков и дифференцированное проведение в отношении них предупредительных мероприятий, развитие законодательства, регламентирующего лечение больных наркоманией и социальную реабилитацию наркоманов.

Для реализации этих задач Концепция предполагала:

- развитие наркологической службы с учетом подхода к наркомании и токсикомании как социально опасным заболеваниям;
- улучшение организации наркологической службы в местах лишения свободы;
- целевое финансирование и материально-техническое снабжение сети наркологических учреждений для повышения качества лечения, исходя из научного анализа эффективности существующих лечебных и реабилитационных подходов;
- создание государственного фонда социальной поддержки и реабилитации наркоманов, поддержку благотворительной деятельности в пользу такого фонда;

- повышение качества профессиональной подготовки и переподготовки персонала лечебно-реабилитационных служб, в том числе психиатров-наркологов, психологов, социальных работников;
- создание организационных предпосылок для психопрофилактической работы с семьями и родственниками больных наркоманией, привлечения их к участию в реабилитационной работе с наркоманами.

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

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

Предметом правового регулирования Закона является оборот наркотических средств и психотропных веществ, а не оказание медицинской помощи наркологическим больным.

Вне области правового регулирования Закона оказались наиболее распространенные виды наркологической патологии — алкоголизм и токсикомании.

Вопросам организации наркологической помощи в Законе уделено недостаточное внимание (6 из 59 статей), поэтому многие важные проблемы лечения больных наркоманией и после принятия Закона, остались неурегулированными. Действовавшие ранее ведомственные нормативные акты, например, инструкция «О порядке диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств без клинических проявлений заболевания»,

утвержденная Приказом Минздрава СССР от 12 сентября 1988 г. № 704, решали эту задачу более успешно.

Многие статьи, в которых рассматривается порядок оказания медицинской помощи больным наркоманией, имеют бланкетный (отсылочный) характер. Так, п. 5 ст. 44 и ст. 56 настоящего Закона устанавливают, что порядок медицинского освидетельствования лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они больны наркоманией или находятся в состоянии наркотического опьянения, а также порядок медицинского наблюдения и учета больных наркоманией, определяются федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. Тем самым, вопросы, непосредственно затрагивающие гражданские права и свободы больных наркоманией, регулируются не Законом, а решением федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, что вряд ли допустимо.

Отдельные положения ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» грубо противоречат действующему в настоящее время и действовавшему ранее законодательству. Так, п. 3 ст. 54 Закона устанавливает, что больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера. Однако по действовавшему ранее уголовному законодательству (п. «г» ч. 1 ст. 97 УК РФ) принудительные меры медицинского характера могут быть применены только к лицам, совершившим преступления и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании. Федеральным законом от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ норма о принудительном лечении алкоголизма и наркомании осужденных была из Уголовного кодекса исключена, а принудительное лечение заменено обязательным лечением осужденных, отбывающих наказание в виде лишения свободы.

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

совершивших тяжкие преступления или особо тяжкие преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, после освобождения из мест лишения свободы.

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

Вызывает сомнения и круг лиц, в отношении которых возможно установление наблюдения за ходом социальной реабилитации. Представляется, что медико-социальная реабилитация, осуществляемая при контроле со стороны органов внутренних дел, необходима для лиц, совершивших преступления вследствие злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ). В настоящее время около 70 % особо тяжких насильственных преступлений против личности (убийств, причинения тяжкого вреда здоровью, изнасилований) совершается в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

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

видетельствования, а также механизм недобровольного исполнения, что характерно для добровольного медицинского вмешательства.

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

Статья 56 Закона является отсылочной, она устанавливает, что порядок медицинского наблюдения за больными наркоманией и учета больных наркоманией определяется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. Такой подход законодателя представляется ошибочным. Во-первых, вопросы, прямо затрагивающие права граждан, регулируются не федеральным законом, а ведомственным нормативным актом, что не способствует приоритетной защите прав граждан. Во-вторых, ведомственные нормативные акты разрабатываются крайне медленно.

Минздравсоцразвития России были изданы следующие приказы в области наркологии «О мерах по совершенствованию наркологической помощи населению Российской Федерации» от 29.09.1997 N 287, «О реорганизации Государственного научного центра психиатрии и наркологии» от 29.09.1997 N 286, «О наркологических реабилитационных центрах» от 18.03.1997 N 76, «О медицинской помощи больным наркоманией с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами» от 06.10.1998 N 290, «Об аналитической диагностике наркотических средств, психотропных и других токсических веществ в организме человека» от 05.10.1998 N 289, «Об утверждении Стандартов (моделей протоколов) диагностики лечения наркологических больных» от 28.04.1998 N 140, «Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)» от 23.08.1999 N 327, «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)» от 22.10.2003 N 500, «О совершенствовании ока-

зания наркологической помощи несовершеннолетним» от 30.12.2003 N 623, «Об утверждении рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений» РФ от 27.01.2006 N 45. Положение о медицинском наблюдении за больными наркоманией и учете больных наркоманией до настоящего времени отсутствует.

В некоторых нормативных актах Минздрава России используются расплывчатые или некорректные формулировки, что затрудняет практическое использование этих документов. Так, в положении «Об организации деятельности наркологического кабинета по обслуживанию детского населения», утвержденном Приказом Минздрава России от 30 декабря 2003 г. № 623 «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним», сказано, что «в своей деятельности наркологический кабинет по обслуживанию детского населения руководствуется законодательством Российской Федерации». Однако какими из действующих законов (Основами законодательства о здравоохранении, Законом о психиатрической помощи или ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах») должен пользоваться «нарколог, обслуживающий детское население», в Положении не сказано. Также в документе не раскрыто правовое содержание понятия «динамическое наблюдение», которое осуществляется за «несовершеннолетними с синдромом зависимости от психоактивных веществ (больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями)». Действующее законодательство знает только две существенно различающиеся формы медицинского наблюдения — консультативно-диагностическое и диспансерное. К какой из этих форм должно быть отнесено «динамическое наблюдение», Положение не раскрывает.

Алкоголизм (наркомания, токсикомания) — это хроническое неинфекционное заболевание, которое протекает с фазами обострений и ремиссий. Ведущими расстройствами при этом заболевании являются патологическое влечение к ПАВ и абстинентный синдром при прекращении их приема. В процессе заболевания у больного возникают расстройства личности, в тяжелых случаях достигающие выраженного слабоумия, а также развиваются соматоневрологические осложнения и нарушения социального функционирования.

При решении вопроса об организации лечения и реабилитации лиц, злоупотребляющих ПАВ необходимо дифференцировать три существенно различающиеся друг от друга группы потребителей ПАВ:

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

Многообразие проявлений наркологической патологии необходимо учитывать при оказании наркологической помощи, поэтому важным принципом оказания этого вида медицинской помощи является комплексность терапии. Данный принцип подразумевает необходимость сочетания биологических, психотерапевтических и реабилитационных методов на всех этапах лечения; коррекцию не только наркологических, но психических, соматических и социальных нарушений. В каждом конкретном случае удельный вес используемых медикаментозных и немедикаментозных методов определяется вкладом в механизм заболевания биологических и социально-психологических факторов. С учетом особенностей клинической картины наркологического расстройства формируется программа терапии. Однако реабилитационные мероприятия обязательны на всех этапах лечения заболевания, хотя проводиться они могут в различных формах.

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

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

Реабилитация осуществляется вне государственного или муниципального медицинского учреждения, например, в учреждении социального обслуживания населения или ином учреждении, деятельность

которого подлежит лицензированию. В этом случае процесс реабилитации регламентируется отраслевым законодательством в зависимости от имеющейся лицензии.

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

Успешная реабилитация и коррекция социально-психологического функционирования наркологических больных в значительной мере определяют эффективность всего процесса оказания наркологической помощи. Однако указанная деятельность не требует лицензирования, если осуществляется вне рамок амбулаторно-поликлинической или стационарной наркологической помощи как «прочие виды работ и услуг». В условиях недостаточной правовой регламентации социальной работы и практически полного отсутствия таковой в области психологической коррекции это приводит к бесконтрольной деятельности тех юридических и физических лиц, занятых реабилитацией наркологических больных и оказанием им психологической помощи, основной целью которых является получение прибыли.

10.3. Развитие нормативно-правовой базы оказания наркологической помощи

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

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

Использование норм Закона о психиатрической помощи позволяет оптимальным образом решить проблему недобровольного медицинского вмешательства в наркологии. Этот вид наркологической помощи по медицинским показаниям можно оказывать в форме недобровольного осви-

детельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический (наркологический) стационар, используя закрепленные в Законе основания для добровольного и недобровольного освидетельствования, добровольной и недобровольной госпитализации, соответствующие процедуры, а также гарантии соблюдения прав больного и интересов общества. Ориентация на медицинские показания при недобровольной госпитализации наркологических больных является важной гарантией того, что главным в ее содержании будет лечение, а не изоляция больного. Именно превращение принудительного лечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией из метода лечения в форму социальной изоляции наркоманов обусловило крайне низкую эффективность деятельности лечебно-трудовых и лечебно-воспитательных профилакториев, входивших в систему учреждений МВД.

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

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

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

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

В Закон о психиатрической помощи включена самостоятельная норма о судебно-психиатрической экспертизе (ст. 14). Указанную норму необходимо дополнить новой частью, в которой необходимо указать, что

судебная экспертиза для установления факта опьянения или наличия зависимости от ПАВ по гражданским и уголовным делам, а также при рассмотрении дел об административных правонарушениях производится врачами психиатрами-наркологами.

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

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

Статьей 24 Основ законодательства о здравоохранении установлен общий порядок, согласно которому правом на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него наделяются несовершеннолетние старше 15 лет. Федеральным законом от 1 декабря 2004 года № 151-ФЗ «О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» для несовершеннолетних, больных наркоманией, этот возраст был повышен до 16 лет.

Причины внесенных изменений очевидны. Согласно ст. 20.22 КРФоАП появление в состоянии опьянения несовершеннолетних в возрасте до 16 лет, а равно распитие ими алкогольной и спиртосодержащей продукции, потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, иных одурманивающих веществ на улицах, стадионах, в скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, в других общественных местах является основанием для привлечения их родителей к административной ответственности. В отношении подростков старше 15 лет, но младше 16 лет возникала парадоксальная ситуация: родители не могли без согласия несовершеннолетних обеспечить оказание им наркологической помощи, но должны были нести административную ответственность за употребление своими детьми ПАВ. Таким образом, родители добросовестно, но безуспешно пытавшиеся лечить своих детей, злоупотребляющих ПАВ, оказывались без вины виноватыми, поскольку административная ответственность за потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (ст. 6.9 КРФоАП), распитие алкогольной и спиртосодержащей продукции либо потребление наркотических средств или психотропных веществ в общественных местах (ст. 20.20 КРФоАП) и появление в общественных местах в состоянии опьянения (ст. 20.21 КРФоАП) наступает с 16 лет.

Федеральный закон от 1 декабря 2004 года № 151-ФЗ устранил указанное противоречие лишь частично. Во-первых, он повысил возраст информированного согласия только для потребителей наркотических средств и психотропных веществ, тогда как административную ответственность влечет появление в общественных местах в состоянии опьянения и распитие в общественных местах спиртных напитков и потребление там же одурманивающих веществ. Во-вторых, этот Закон касается оказания медицинской помощи несовершеннолетним страдающим наркоманией, тогда как действия, образующие состав административных правонарушений, предусмотренных статьями 6.8 (незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов), 6.9, 20.20 и 20.21 КРФоАП могут совершаться несовершеннолетними, употребляющими спиртные напитки и одурманивающие вещества.

В связи с изложенным представляется целесообразным законодательно закрепить положение, что несовершеннолетним в возрасте до 16 лет, употребляющим ПАВ, врачи психиатры-наркологи оказывают помощь по просьбе или с согласия их законных представителей. Для этого необ-

ходимо внести соответствующие изменения в ч. 2 ст. 4, ч. 2 ст. 7, ч. 3 ст. 11, ч. 2 ст. 23, ч. 2 ст. 26, ч. 4 ст. 28 и ч. 1 ст. 31 Закона о психиатрической помощи.

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

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

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

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

Оказание наркологической помощи имеет две специфические особенности. Во-первых, необходимость медицинского наблюдения за практически здоровыми лицами с эпизодическим приемом ПАВ, у которых отсутствует зависимость. Во-вторых, возможностью криминализации поведения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Отмеченное обстоятельство позволяет включить в перечень критери-

ев для установления диспансерного наблюдения за наркологическими больными выраженную десоциализацию и криминализацию личности больных.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(7) Мотивированное решение комиссии психиатров-наркологов оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении, прекращении или продлении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящей Закона.

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

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

(2) Учреждения, оказывающие наркологическую помощь, по запросам органов внутренних дел, ФСКН предоставляют сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя только о лицах, находящихся на диспансерном наблюдении. Учреждения, оказывающие наркологическую помощь, ежеквар-

тально информируют территориальный орган внутренних дел по месту жительства больного, находящегося на диспансерном наблюдении, о посещении наркологического учреждения, выполнении медицинских назначений, продолжении приема ПАВ.

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

- «О количестве больных с зависимостью от наркотических средств и психотропных веществ» (раздел 3);
- «О лицах, которые злоупотребляют наркотическими средствами и психотропными веществами, но у которых еще не сформировался синдром зависимости» (раздел 4);
- «О лицах, умерших от употребления наркотических средств и психотропных веществ» (раздел 15).

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

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

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

Целесообразно законодательно запретить возможность использования «плацебо-лечения» и родственных им процедур при оказании наркологической помощи. При использовании подобных методов «лечения»

нарушается важнейший принцип оказания медицинской помощи — принцип информированного согласия, поскольку врач не предоставляет пациенту честной, объективной, информации о сути применяемого им лечебного метода.

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

Уголовная статистика свидетельствует о том, что значительная часть насильственных и корыстно-насильственных преступлений в Российской Федерации совершается лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. В связи с этим УК РФ предусматривал возможность назначать решением суда лицам, страдающим алкоголизмом или наркоманией и осужденным за совершенные преступления не только наказания, но принудительные меры медицинского характера. Федеральный закон от 08.12.2003 N 162-ФЗ исключил из УК РФ положения о применении принудительных мер медицинского характера в отношении осужденных, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Вместо принудительного лечения в УИК РФ было внесено изменение, в соответствии с которым к осужденным, больным алкоголизмом или наркоманией, учреждением, исполняющим наказание в виде лишения свободы, по решению медицинской комиссии должно применяться обязательное лечение.

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

Следует отметить, что принудительное лечение алкоголизма и наркомании в том виде, в котором оно существовало до декабря 2003 г. не могло

считаться эффективным. Это было связано с тем, что лечение осуществлялось только в период исполнения наказания, когда осужденный и так находился под достаточно жестким контролем, а также с недостаточной мотивированностью осужденных на лечение. В связи с этим представляется необходимым внести в УК России положение, дающее возможность замены наказания или его части принудительным лечением алкоголизма или наркомании. Возобновление осужденным в период исполнения принудительных мер медицинского характера употребления алкоголя или наркотиков должно влечь назначение наказания.

Исходя из приоритета профилактических мер административного, медицинского и общественного характера целесообразно внесение в законодательство изменений, направленных на формирование правовой основы снижения спроса на алкоголь и наркотики, сочетающих соблюдение прав человека, разумные ограничения и запреты, уголовно-правовые и административные санкции, дифференцированные формы и методы лечения, информирование, консультирование, помощь и иные профилактические меры. Также в спектре мер правового реагирования на правонарушающее поведение лиц, злоупотребляющих ПАВ, следует значительно активнее использовать лечение как альтернативу наказанию.

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

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

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

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

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

реабилитации. Необходимо совершенствование законодательной базы, а также создание учреждений социальной реабилитации (например: социально-реабилитационных центров, реабилитационно-трудовых коммун, общин и т. п.). Термин «социальная реабилитация наркологических больных» должен обрести четкое правовое определение.

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

В Российском законодательстве подходы к стандартизации и сертификации качества услуг определяется Федеральным законом от 27 декабря 2002 года № ФЗ-184 «О техническом регулировании» на основании которого в 2005 и 2003 гг. были приняты несколько национальных стандартов по социальному обслуживанию:

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

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

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

Введение термина «социальная реабилитация наркологических больных» в Федеральный закон № ФЗ-195 «Об основах социального обслуживания населения в РФ» и Федеральный закон № ФЗ- 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах» позволило бы распространить

нормы стандартизации уже существующие в нашей стране в виде национальных стандартов и на сферу наркологической помощи. То есть основной проблемой стандартизации социальной реабилитации наркологических больных в системе государственного здравоохранения является нечеткость формулировок законодательства социальной сферы.

Осуществление самой реабилитации может быть возложено на учреждения социального обслуживания. Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» уже много лет относит оказание услуг, в том числе реабилитационных при различных заболеваниях, людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, к сфере деятельности учреждений социального обслуживания. Наркомания — это, безусловно, заболевание, формирующее у пациента трудную жизненную ситуацию. Социальная практика уже развивается в данном направлении. Тому есть яркие примеры. В Московской области в Егорьевском районе с 2007 года действует отделение по реабилитации подростков, употребляющих психоактивные вещества, при центре социальной реабилитации инвалидов «Чайка». Помимо подростков на реабилитацию принимают и совершеннолетнюю молодежь. В Департаменте труда и социальной защиты населения Ханты-мансийского автономного округа — Югры помощь лицам, страдающим наркоманией и токсикоманией, осуществляет учреждение социального обслуживания Центр социальной адаптации «Феникс» г. Нижневартовск. Реабилитацию проходят граждане старше 18 лет, страдающие наркоманией и токсикоманией. В Иркутской области единственным государственным учреждением, оказывающим населению услуги в сфере социальной реабилитации зависимостей, является областное государственное учреждение министерства по физической культуре, спорту и молодежной политике «Центр реабилитации наркозависимых «Воля». Целевой группой учреждения является молодежь от 18 до 35 лет и ее ближайшее окружение.

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

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

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

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

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

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

На сегодня в рамках Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации сложились самые благоприятные перспективы для устранения межведомственных противоречий и нормативных пробелов между социальной защитой и здравоохранением

в области реабилитации наркозависимых. О необходимости развивать федеральную сеть реабилитационных центров для социальной адаптации зависимых регулярно говорит и Президент РФ и министр здравоохранения и руководитель ФСКН.

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

Предложения и замечания к проекту Концепции
направлять по e-mail: nan@nan.ru

Российский благотворительный фонд
«Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)
117449 Москва, ул. Шверника дом 10-А,
тел. (499) 126-34-75, факс (499) 126-10-64,
e-mail: nan@nan.ru, www.nan.ru

Отпечатано в типографии «П-Центр»
Заказ №15. Тираж 800 экз.

Распространяется бесплатно.

