

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XX

№ 3

2014

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков;
Главный редактор профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;
профессор, доктор медицинских наук А.А. Аканов; доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; А.К. Тастанова; доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов; кандидат медицинских наук Ж.К. Мусабекова, Е.Б. Байкенов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск); профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х. Гонопольский (Хайфа); кандидат медицинских наук А.Т. Ескалиева (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук М.К. Телеуов (Астана)

Регистрационное свидетельство № 8864-Ж от 14.12.2007 г.

выдано Министерством культуры и информации

Республики Казахстан

Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 от 10.01.2001 г. выдано

Министерством Российской Федерации по делам печати,

телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Журнал основан в 1995 году

Периодичность: ежеквартально

Подписной индекс журнала в АО «Казпочта» – 74753

Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200

Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93

E-mail: neovitae@pisem.net

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

ПСИХИАТРИЯ

Прилуцкая М.В.

Методы диагностики игровой зависимости (литературный обзор)

5-8

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

НАРКОЛОГИЯ

Отчёт о реализации глобального проекта UNODC TREATNET II в Республике Казахстан (2009-2014)

9-70

Кулиев Р.С.

Особенности современного состояния вопроса о злоупотреблении холинолитиками (литературный обзор)

71-74

**РГКП
«Республиканский
научно-практический
центр медико-
социальных проблем
наркомании»**

ОБСУЖДЕНИЯ, ДИСКУССИИ

Мусабекова Ж.К.

Государственная антитабачная, антиалкогольная и антитабакотурская политика в Республике Казахстан

78-82

Невирко Д.Д.

Состояние, тенденции и прогноз наркоситуации в государствах-членах Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ)

83-91

Резюме

92-93

**Том XX
№ 3
2014 год**

**выходит
4 раза в год**

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

**RPSE
«Republican Research-
and-Practical Center
of Medical-Social Drug
Addiction Problems»**

PSYCHIATRY

Prilutskaya M.V.

Methods of diagnosis of gambling addiction (literature review) 5-8

NARCOLOGY

Report on the global project UNODC TREATNET II in the Republic of Kazakhstan (2009-2014) 9-70

Kuliev R.S.

Features of the current state of the question of abuse of anticholinergic (literature review) 71-74

Malikov M.K.

Pathological attraction as the main component of addictive disease (literature review) 75-77

DISCUSSION

Musabekova Zh.K.

State anti-tobacco, anti-alcohol and anti-drug policy in Kazakhstan Republic 78-82

Nevriko D.D.

The state, trends and forecast of drug situation in Member States of the Collective Security Treaty Organization (CSTO) 83-91

Summary

92-93

**Volume XX
№ 3
2014**

**Published 4 times
in a year**

ПСИХИАТРИЯ

УДК 61:001.92

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ (литературный обзор)

М.В. Прилуцкая

врач-психотерапевт РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

Игровая зависимость представляет собой одну из самых давних проблем человечества, так как связана с естественным драйвом – стремлением к исполнению ролей, сопряжённым с влечением к азарту и рискованному поведению.

По мнению Козлова В.В., Карпова А.А., игра обеспечивает функционирование следующих феноменов: 1) трансценденция эго, 2) трансценденция времени, 3) трансценденция пространства, 4) трансперсональность, 5) апрагматичность. Данные состояния во многом уподобляют игровой процесс с творческим, что обуславливает персистенцию азартного поведения на биологическом, социальном, психологическом и трансперсональном уровнях [1].

Игровая зависимость, имея в своей основе множество парадигм, свойственных химическим зависимостям, всё же представляет собой не менее сложное состояние [2, 3, 4].

Являясь комплексным понятием, гемблинг объединяет в себе множество состояний. На одном полюсе континуума игрового поведения находятся физиологические (рекреационные) формы игры, на другом – клинически очерченные патологические состояния [5].

Диагностика состояний, ассоциированных с игровым поведением, не может исчерпываться констатацией диагноза «Игровая зависимость (гемблинг)», предусмотренного Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10) [6]. Кроме того, недостаточным является верификация осевых нарушений, составляющих искомое патологическое состояние, как это предложено Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4,5) [7]. Рассматривая игровую зависимость с позиций биopsихосоциодуховных изменений, необходимым является использование целой батареи инструментов психологической, клинической, социальной оценки данной проблемы.

Исходя из вышеперечисленных фактов, нами предпринята попытка обзора существующей информации, касающейся диагностических инструментов, используемых для оценки игровой зависимости.

Цель работы: провести обзор литературы, направленный на систематизацию первичных источников из базы данных MedLine, на предмет вери-

фикации инструментов диагностики игровой зависимости.

Критерии включения в поиск:

- публикация первичных данных в базе MedLine;
- глубина поиска 10 лет (2004-2014 гг.);
- релевантность дизайна исследования, представленного в первичных данных (рандомизированное клиническое исследование, когортное исследование, кросс-секционное исследование);
- размер репрезентативной выборки, описываемой в первичных данных, не менее 100 человек;
- соблюдение критерия «сравнение с золотым стандартом».

Результаты и их обсуждение

Используемые методы диагностики и изучения игровой зависимости спекулятивно можно разделить на четыре модуля (рисунок 1).

Модуль биологических методов даёт характеристику анатомо-физиологическим составляющим континуума игровой активности.

Модуль клинико-психопатологических методов обеспечивает синдромальную квалификацию статуса гемблеров с возможным описанием предиспонирующих нозологических факторов (например: обсессивно-компульсивные расстройства, расстройства зрелой личности, аффективные нарушения, химические зависимости).

Модуль клинико-психологических методов описывает факторы риска развития игровой зависимости в пределах поля «предболезнь», изучает факторы антиаддиктивной устойчивости, даёт характеристику феномену азарта [8].

Модуль социологических методов диагностики вычисляет преваленс нарушенных форм игрового поведения, описывает паттерны игрового поведения применительно к кросскультуральным особенностям.

Результаты обзора источников, посвящённых использованию различных диагностических инструментов игровой зависимости, изложены в таблице 1.

Необходимо отметить, что на русский язык адаптировано малое количество диагностических инструментов (*).



Рисунок 1. Классификация диагностических «модулей» игровой зависимости

Таблица 1
Диагностические методы игровой зависимости

Диагностический метод		Количество ссылок в базе данных MedLine	Особенности применения
Клинико-психопатологический	DSM-IV,V*	403	1) клиническая верификация диагноза игровой зависимости в англоязычных странах; 2) стратификация степени деструктивности игрового поведения [4, 9].
	Depression scale (Hospital Anxiety and Depression Scale, Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory)*	89	1) оценка депрессивных симптомов в структуре зависимости; 2) выявление сопутствующего депрессивного расстройства [10].
	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Pathological Gambling	18	1) оценка триггерных ситуаций игры; 2) оценка резистентности и подверженности компульсивным драйвам игры; 3) выявление коморбидного обсессивно-компульсивного расстройства [11, 12, 13].
	Gambling Craving Scale	13	1) оценка триггерных ситуаций актуализации патологического влечения к игре; 2) оценка патологического влечения к игре [14, 15, 16].
	the South Oaks Gambling Screen (SOGS)*	86	1) оценка игрового паттерна (Lesieur and Blume, 1987) [17, 18, 19].
	Canadian Problem Gambling Index (CPGI)*	44	1) скрининг риска вовлечения в патологический (проблемный) гемблер [20, 21, 22].
	The Gambling-Related Cognition Scale (GRCS)	7	1) оценка когнитивных искажений патологических игроков [23, 24, 25, 26].
Клинико-социологический	Problem and Pathological Gambling Measure	82	1) скрининговая оценка патологического гемблера; 2) оценка преваленса патологического (проблемного) гемблера в популяции [27].

Диагностический метод		Количество ссылок в базе данных MedLine	Особенности применения
Клинико-психологический	The Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS)	10	1) квантифицированная оценка психического статуса пациентов с игровой зависимостью; 2) динамическая оценка терапевтической динамики [28].
	Iowa gambling task	627	1) оценка механизма принятия решений у игроков; 2) стимульное моделирование игрового цикла [29, 30].
Клинико-социологический	Multidimensional Personality Questionnaire*	7	1) оценка личностного профиля игрока [31, 32].
	The Sheehan Disability Scale (SDS)	3	1) оценка социальной активности при патологическом гемблинге [33, 34].
	Measures of perceived social support from friends and from family (PSS-Fr, PSS-Fa)	7	1) оценка степени вовлечения социального окружения игрока в зону созависимости; 2) оценка степени нарушения микросоциального функционирования игрока [35, 36].
Inventory of Gambling Situations		7	1) оценка социального игрового паттерна; 2) выявление триггерных ситуаций [37, 38].

Таким образом, при обзоре литературных источников, посвящённом оценке диагностических инструментов игровой зависимости, выявлено большое количество методик, применяе-

мых широко на практике. Однако использование таковых в отечественной аддиктологии ограничено и требует дополнительной адаптации и стандартизации.

Список использованной литературы:

1. Козлов В.В., Карпов А.А. *Психология игровой зависимости.* – М.: Психотерапия, 2011. – 333 с.
2. Ashley L.L., Boehlke K.K. *Pathological gambling: a general overview* // J. Psychoactive Drugs. 2012 Jan-Mar; 44(1): 27-37.
3. Prakash O.I., Avasthi A., Benegal V. *Should pathological gambling be considered an addictive disorder?* // Asian J. Psychiatr. 2012 Sep; 5(3): 211-4.
4. Thomasius R., Sack P.M., Strittmatter E., Kaess M. *Substance-related and addictive disorders in the DSM-5* // Z. Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2014 Mar; 42(2): 115-20.
5. Christensen D.R.I., Jackson A.C., Dowling N.A., Volberg R.A., Thomas S.A. *An Examination of a Proposed DSM-IV Pathological Gambling Hierarchy in a Treatment Seeking Population: Similarities with Substance Dependence and Evidence for Three Classification Systems* // J. Gambl Stud. 2014 Mar 14.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Санкт-Петербург: Оверлайд, 1994. – 300 с.
7. Сайт: www.DSM5.org.
8. Lister J.J., Wohl M.J., Davis C.G. *The Dark Side of Authenticity: Feeling «Real» While Gambling Interacts with Enhancement Motives to Predict Problematic Gambling Behavior* // J. Gambl Stud. 2014 May 10.
9. Gaille Challet-Bouju, corresponding author Jean-Benoit Hardouin, Jean-Luc Vünisse, Lucia Romo, Marc Valleur, David Magalon, Mülina Fatsūas, Isabelle Chüreau-Boudet, Mohamed-Ali Gorsane, JEU Group, and Marie Grall-Bronnec Study protocol: the JEU cohort study – transversal multiaxial evaluation and 5-year follow-up of a cohort of French gamblers // BMC Psychiatry. 2014; 14(1): 226. Published online Aug 20, 2014.
10. Fernie B.A., Caselli G., Giustina L., Donato G., Marcotriggiani A., Spada M.M. *Desire thinking as a predictor of gambling* // Addict Behav. 2014 Apr; 39(4): 793-6
11. Eric Hollander, Dan J. Stein Clinical manual of impulse control disorders. British library. 2006.
12. Grant J.E., Chamberlain S.R., Schreiber L.R., Odlaug B.L., Kim S.W. *Selective decision-making deficits in at-risk gamblers* // Psychiatry Res. 2011 Aug 30; 189(1): 115-20.
13. Grant J.E.I., Potenza M.N., Hollander E., Cunningham-Williams R., Nurminen T., Smits G., Kallio A. *Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling* // Am J. Psychiatry. 2006 Feb; 163(2): 303-1.
14. Young M.M., Wohl M.J. *The Gambling Craving Scale: Psychometric validation and behavioral outcomes* // Psychol Addict Behav. 2009 Sep; 23(3): 512-22.

-
-
15. Black D.WI., McNeilly D.P., Burke W.J., Shaw M.C., Allen J. *An open-label trial of acamprosate in the treatment of pathological gambling* // *Ann Clin Psychiatry*. 2011 Nov; 23(4): 250-6.
16. Ashrafioun Ll., McCarthy A., Rosenberg H. *Assessing the impact of cue exposure on craving to gamble in university students* // *J. Gambl Stud*. 2012 Sep; 28(3): 363-75.
17. Venuleo C., Salvatore S., Mossi P. *The Role of Cultural Factors in Differentiating Pathological Gamblers* // *J. Gambl Stud*. 2014 Jun 27.
18. Casadio P., Olivoni D., Ferrari B., Pintori C., Speranza E., Bosi M., Belli V., Baruzzi L., Pantieri P., Ragazzini G., Rivola F., Atti A.R. *Personality disorders in addiction outpatients: prevalence and effects on psychosocial functioning* // *Subst Abuse*. 2014 Mar 31; 8: 17-24.
19. Lesieur H.R., Blume S.B. *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers*. *Am J. Psychiatry*. 1987; 13: 1184-1188.
20. Turner N.E., Preston D.L., McAvoy S., Gillam L. *Problem gambling inside and out: the assessment of community and institutional problem gambling in the Canadian correctional system* // *J. Gambl Stud*. 2013 Sep; 29(3): 435-51.
21. Dufour M.I., Brunelle N., Roy E. *Are Poker Players All the Same? Latent Class Analysis* // *J. Gambl Stud*. 2013 Dec 8.
22. Miller N.V., Currie S.R., Hodgins D.C., Casey D. *Validation of the problem gambling severity index using confirmatory factor analysis and rasch modelling*. // *Int J. Methods Psychiatr Res*. 2013 Sep 9.
23. Emond M.S., Marmurek H.H. *Gambling related cognitions mediate the association between thinking style and problem gambling severity* // *J. Gambl Stud*. 2010 Jun; 26(2): 257-67.
24. Taylor R.N., Parker J.D., Keefer K.V., Kloosterman P.H., Summerfeldt L.J. *Are gambling related cognitions in adolescence multidimensional?: Factor structure of the Gambling Related Cognitions Scale* // *J. Gambl Stud*. 2014 Jun; 30(2): 453-65.
25. Billieux J., Van der Linden M., Khazaal Y., Zullino D., Clark L. *Trait gambling cognitions predict near-miss experiences and persistence in laboratory slot machine gambling* // *Br J. Psychol*. 2012 Aug; 103(3): 412-27.
26. Oei T.P.I., Raylu N. *Familial influence on offspring gambling: a cognitive mechanism for transmission of gambling behavior in families* // *Psychol Med*. 2004 Oct; 34(7): 1279-88.
27. Winfree W.R., Ginley M.K., Whelan J.P., Meyers A.W. *Psychometric Evaluation of the Gambling Self-Efficacy Questionnaire With Treatment-Seeking Pathological Gamblers* // *Psychol Addict Behav*. 2014 Sep 1.
28. Kim S.W., Grant J.E., Potenza M.N., Blanco C., Hollander E. *The Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS): a reliability and validity study* // *Psychiatry Res*. 2009 Mar 31; 166(1): 76-84.
29. Brevers D., Koritzky G., Bechara A., Noil X. *Cognitive processes underlying impaired decision-making under uncertainty in gambling disorder* // *Addict Behav*. 2014 Oct; 39(10): 1533-6.
30. Turnbull O.H., Bowman C.H., Shanker S., Davies J.L. *Emotion-based learning: insights from the Iowa Gambling Task* // *Front Psychol*. 2014 Mar 21; 5: 162.
31. Savage J.E., Slutske W.S., Martin N.G. *Personality and Gambling Involvement: A Person-Centered Approach* // *Psychol Addict Behav*. 2014 Aug 18.
32. Hwang J.Y., Shin Y.C., Lim S.W., Park H.Y., Shin N.Y., Jang J.H., Park H.Y., Kwon J.S. *Multidimensional comparison of personality characteristics of the Big Five model, impulsiveness, and affect in pathological gambling and obsessive-compulsive disorder* // *J. Gambl Stud*. 2012 Sep; 28(3): 351-62.
33. David C. Hodgins. *Reliability and validity of the Sheehan disability scale modified for pathological gambling* // *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 177.
34. Sheehan K.H., Sheehan D.V. *Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale*. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008; 13: 70-83.
35. Procidano M.E., Heller K. *Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies*. *Am J. Community Psychol*. 1983; 13: 1-24.
36. Moore S.M., Thomas A.C., Kyrios M., Bates G., Meredyth D. *Gambling accessibility: a scale to measure gambler preferences*. // *J. Gambl Stud*. 2011 Mar; 27(1): 129-43.
37. Turner N.E., Littman-Sharp N., Toneatto T., Liu E., Ferentzy P. *Centre for Addiction and Mental Health Inventory of Gambling Situations: Evaluation of the Factor Structure, Reliability, and External Correlations*// *Int J. Ment Health Addict*. 2013; 11: 526-545.
38. Petry N.M., Rash C.J., Blanco C. *The Inventory of Gambling Situations in problem and pathological gamblers seeking alcohol and drug abuse treatment* // *Exp Clin Psychopharmacol*. 2010 Dec; 18(6): 530-8.

НАРКОЛОГИЯ

Проект TREATNET II – содействие дальнейшему продвижению услуг для лиц, имеющих проблемы с наркотиками в Республике Казахстан

**ОТЧЁТ
О РЕАЛИЗАЦИИ ГЛОБАЛЬНОГО ПРОЕКТА UNODC TREATNET II
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН
(2009-2014)**

Национальный координатор проекта	Ескалиева Алтынай	Директор РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании»
Главный редактор	Юсопов Олег	Директор ОФ «Центр мониторинга за алкоголем и наркотиками», менеджер проекта, мастер-тренер, отличник здравоохранения Республики Казахстан
Составители	Аяганова Динара	Психотерапевт отделения психотерапии и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», консультант проекта
	Байкенов Ерболат	Психолог отделения психотерапии и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», мастер-тренер, консультант проекта
	Мусабекова Жаннат	Заместитель директора по научно-исследовательской работе и образованию РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», мастер-тренер, консультант проекта
	Садвакасова Гульмира	Главный врач РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», руководитель амбулаторной службы проекта

Краткая информация

Глобальный проект TREATNET был инициирован Управлением по наркотикам и преступности Организации Объединённых Наций (УНП ООН) в 2005 году.

Данный отчёт обобщает полученный опыт участия Казахстана во второй фазе проекте TREATNET с 2009 по 2014 гг. (компонент по наращиванию потенциала и компонент по развитию наркологических услуг).

В рамках компонента по наращиванию потенциала в Республике Казахстан было проведено 34 индивидуальных, 2 национальных тренинга и 1 тренинг для социальных работников. В ходе проведения данных тренингов были обучены 743 специалиста, ока-

зывающих наркологические услуги (врачи-наркологи, врачи-психотерапевты, психологи, социальные работники, консультанты по зависимостям), а также врачебный персонал учреждений по лечению соматических и психических заболеваний, учреждений первичной медико-санитарной помощи. Кроме того были подготовлены 20 национальных тренеров из числа преподавателей медицинских высших учебных заведений и кафедр психологии.

Оценка эффективности показала достаточный уровень освоения материала обучающимися лицами, а также достаточный уровень удовлетворённости обучением.

Наиболее полезными знаниями для практикующих специалистов были принципы мотивацион-

ного интервьюирования и когнитивно-поведенческие подходы в профилактике рецидивов. Среди отдельных навыков полезными были отмечены освоение использования индекса тяжести аддикции.

В то же время наиболее сложным для участников представляется применение навыков в клинических условиях, в частности в области оценки и планировании лечения, что по всей вероятности, связано с организационной структурой наркологических учреждений и нехваткой времени для специалистов.

Одним из важных предложений со стороны участников тренинга является предложение о необходимости перевода на казахский язык учебных материалов и адаптации.

Для обеспечения устойчивости проектной деятельности были запланированы адаптация и интеграция учебных материалов TREATNET в высшие учебные заведения Республики Казахстан. На текущий момент материалы полностью интегрированы в учебные программы повышения квалификации Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, а также частично интегрированы в учебные программы медицинских учебных заведений.

Кроме того, учебные пакеты TREATNET были включены Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании при проведении семинаров в регионах страны в рамках реализации Плана мероприятий Государственной Программы развития здравоохранения РК «Саламатты •аза•стан» на 2011-2015 годы.

Другим важным направлением в деятельности проекта TREATNET являлось расширение доступа к услугам по лечению наркотической зависимости, а также в устраниении пробелов в потенциале, необходимом для оказания наркологической помощи. Мероприятия по данному компоненту разворачивались в основном в г. Павлодаре, основным координатором всех инициатив являлся Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании.

В рамках проекта TREATNET в Республике Казахстан в городе Павлодаре была предпринята попытка создать циклическую модель лечебных услуг, максимально отвечающую международным принципам и стандартам оказания наркологической помощи. Функционирование данной модели лечения было возможным за счёт создания сети (партиёрские организации и команды специалистов в пределах одного города), которая нацелена на удовлетворение наиболее актуальных потребностей лиц, имеющих проблемы с наркотиками, а также их семей.

Внедрённая модель услуг позволили достичь показателей удержания клиентов в лечебной программе – около 80%, воздержания от употребления ПАВ в течение года – в 40% случаев и достичь показателя удовлетворённости лечебными и социальны-

ми услугами среди 85% клиентов, обратившихся за помощью.

Также в рамках проекта был значительно расширен спектр профилактических и лечебных услуг, которые раньше не были представлены или представлены ограничено. Данные услуги включали в себя: проведение скринингов и краткосрочных интервенций по проблемам потребления психоактивных веществ, оценку на основе индекса тяжести аддикции, планирование лечения на основе биопсио-социального подхода, мотивационное интервьюирование, консультирование на основе когнитивно-поведенческого подхода, профилактику передозировок среди лиц, потребляющих опиоиды, социальную интеграцию посредством организации «Дома на попутчи».

Участие в проекте TREATNET и проведённые образовательные мероприятия в рамках проекта оказали существенную методологическую поддержку при разработке Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании нормативных правовых актов наркологической службы и протоколов оказания наркологических услуг в Республике Казахстан.

Глобальный проект «TREATNET»

История развития проекта

Глобальный проект TREATNET был запущен Управлением по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций (UNODC/УНП ООН) в 2005 году (см: <http://www.unodc.org/treatment/>).

Treatnet – это международная сеть ресурсных лечебных и реабилитационных наркологических центров, нацеленная на совершенствование качества лечебных услуг для лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) за счёт кооперации, информационного обмена и расширения возможностей двадцати ресурсных центров, представляющих все регионы мира.

Деятельность данных центров направлена на синтез, демонстрацию и распространение передового опыта и применения лучших технологий для обеспечения эффективного лечения и реабилитации наркозависимости.

В настоящее время сеть TREATNET действует в 21 стране в четырёх регионах мира. Её целью является уменьшение отрицательных медико-социальных последствий наркозависимости, включая ВИЧ и СПИД, путём повышения качества услуг по лечению наркологической зависимости и оказанию наркологической помощи, а также расширения доступа к услугам по лечению наркозависимости для всех лиц, нуждающихся в таких услугах.

Сеть TREATNET способствует повышению уровня осведомлённости о наркозависимости как о расстройстве здоровья, требующем лечения, а также противодействует стигматизации и дискrimинации.

В этом контексте основную роль играют мероприятия по наращиванию потенциала, оказывающие поддержку местным органам власти в создании сетей лечебных центров для оказания услуг по лечению наркозависимости, основанных на фактических данных.

Сеть TREATNET оказывает поддержку местным органам власти в создании как минимум двух лечебных центров в каждой стране. Цель этого мероприятия заключается в расширении доступа к услугам по лечению наркозависимости и оказанию наркологической помощи, а также в устранении проблем в профессиональном потенциале, необходимом для лечения наркозависимости и оказания наркологической помощи. Мероприятия по определению конкретных потребностей стран и предоставлению технической помощи путём выделения грантов для проведения тренингов и совершенствования услуг также являются одними из основных элементов стратегии TREATNET.

Участие Республики Казахстан

ГГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании» (РНПЦ МСПН) являлся ресурсным центром для Центральной Азии в рамках проекта Treatnet с 2005 года и принимал участие в подготовке и проведении проектных мероприятий до настоящего времени. Сотрудники РНПЦ МСПН являлись участниками рабочей группы проекта по разработке документа, агрегирующего лучшие практики лечения наркозависимости, основанные на сообществе (см. http://www.unodc.org/docs/treatment/CBTS_AB_24_01_09_accepted.pdf). С 2009 года в рамках второй фазы проекта РНПЦ МСПН занимался внедрением и апробацией определённой части этих моделей и услуг на своей базе в г. Павлодаре с целью дальнейшего их распространения в наркологических службах страны.

ГГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании» является главным учреждением Министерства здравоохранения Республики Казахстан в области профилактики и лечения зависимости от наркотиков, а также в области исследований и образования в этой сфере. РНПЦ МСПН проводит системную работу по реформированию наркологической службы страны и внедрение новых моделей и услуг по профилактике и лечению наркозависимости. Участие в проекте TREATNET и проведённые образовательные мероприятия в рамках проекта оказали существенную методологическую поддержку при разработке РНПЦ МСПН нормативных правовых актов наркологической службы страны, способствующих реформированию и совершенствованию наркологических услуг.

Стандарты TREATNET для улучшения качества услуг по лечению наркозависимости и оказанию

наркологической помощи, а также предложенные в рамках проекта инструменты для оценки лечебных программ внесли значительный вклад в подготовку Протоколов диагностики и лечения наркологических больных в Республике Казахстан (РК). В частности, были разработаны проекты следующих документов:

– приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении стандарта организации оказания наркологической помощи населению Республики Казахстан», утверждённый от 25 апреля 2014 г. № 188;

– приказ «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 марта 2013 года № 166 «Об утверждении Правил проведения медицинских осмотров лиц, претендующих на получение права управления транспортными средствами»» (осмотр нарколога состоит из следующих этапов: 1 – скрининг-опрос на выявление группы риска по наркологическому профилю; 2 – объективный осмотр нарколога; 3 – проведение экспресс-тестирования на употребление наркотических веществ; 4 – при выявлении положительного результата тестирования направление в наркологическую организацию для проведения химико-токсикологического анализа биологических сред на предмет употребления ПАВ) – зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 июля 2014 года № 9619, опубликован в средствах массовой информации, вступит в силу с 20.10.2014 г.;

– приказ «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»» (пункт 5, подпункт 7 следующего содержания: «...определение уровней риска употребления алкоголя и других ПАВ среди учащихся 11 классов средних общеобразовательных школ и семнадцатилетних учащихся средних учебных заведений путём скрининговых опросов и тестирования»), который на момент составления отчёта находился на согласовании в государственных органах.

Данный отчёт обобщает полученный опыт участия Казахстана в проекте TREATNET с 2009 по 2014 гг. (компонент по наращиванию потенциала и компонент по развитию наркологических услуг) и включает в себя анализ результативности проекта. Настоящий отчёт может быть полезен для лиц, принимающих решения, для руководителей и специалистов наркологических учреждений РК и других заинтересованных лиц.

Компонент по наращиванию потенциала

Образовательный пакет TREATNET был разработан международным консорциумом клинических

экспертов, исследователей и тренеров под руководством Университета Калифорнии в Лос-Анджелесе / Интегративная Программа по злоупотреблению ПАВ (UCLA/ISAP). Данная инициатива является центральным компонентом инициативы UNODC в рамках глобального проекта TREATNET, которая направлена на улучшение уровня знаний и навыков специалистов наркологического профилля по всему миру.

Более подробно с учебными пакетами, разработанными в рамках проекта TREATNET, можно ознакомиться на сайте УНП ООН <http://www.unodc.org/treatment/en/training-package.html>.

Учебные пакеты TREATNET

Комплект учебных материалов Treatnet II содержит три тома различной тематической направленности, каждый из которых состоит из трёх модулей:

Том А. Скрининг, оценка и планирование лечения

Модуль 1. Скрининг и краткосрочные вмешательства с применением ASSIST

Модуль 2. Индекс Тяжести Аддикции (ИТА)

Модуль 3. Планирование лечения на основе MATRS: применение ИТА

Том В. Элементы психосоциального лечения

Модуль 1. Наркотическая зависимость и основные навыки консультирования

Модуль 2. Мотивирование клиентов к прохождению лечения и преодоление сопротивления

Модуль 3. Когнитивно-поведенческие стратегии и профилактика срыва

Том С. Медикаментозное лечение зависимости и отдельные группы населения

Модуль 1. Основы зависимости: алкоголь и бензодиазепины, психостимуляторы, летучие вещества и каннабис

Модуль 2. Опиоиды: основы зависимости; терапия агонистами, частичными агонистами и антагонистами опиатных рецепторов

Модуль 3. Отдельные группы населения: лица с сопутствующими расстройствами, женщины и молодые люди

Структура каждого модуля включает в себя отдельные семинары (рисунок 1). Учебные материалы были предоставлены в виде руководств для тренеров в виде печатных материалов на бумаге, а также в формате учебных презентаций Power Point. Комплект каждого тома содержит раздаточный материал для отработки практических навыков, а также вспомогательные материалы – форма предварительной и заключительной оценок уровня знаний и форма определения степени удовлетворённости обучающихся. Кроме основного тематического материала учебные комплекты были дополнены инструкциями по проведению тренинга (раздел «Как проводить учебные занятия»).

Наращивание потенциала в Республике Казахстан

Обучение специалистов

Наращивание потенциала в области оказания наркологических услуг в Республике Казахстан (РК) проходило в несколько этапов. Первый этап включал в себя обучение команды национальных тренеров на специально организованном тренинге тренеров. Обучение проходило в рамках регионального тренинга Treatnet II «Лечение и уход за наркозависимыми», который был организованным UNODC в г. Ташкенте в 2009 г.

Команда из РК, отобранная для обучения на региональном тренинге, была представлена специалистами из различных организаций: Медицинский университет (г. Астана); Центр медико-социальной реабилитации (г. Астана); Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар); Павлодарский областной центр по профилактике и лечению зависимых заболеваний (г. Павлодар); Областной наркологический диспансер Южно-Казахстанской области (г. Шымкент).

Всего в рамках данного тренинга были подготовлены девять национальных тренеров. Из них по тому А «Скрининг, оценка и планирование лечения» – 3 специалиста; по тому В «Элементы психосоциального лечения» – 3 специалиста и по тому С «Медикаментозное лечение и отдельные группы

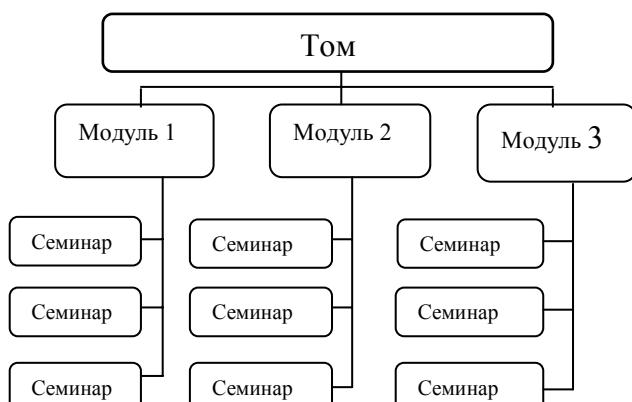


Рисунок 1. Структура учебных материалов Treatnet

населения» – 3 специалиста. На период дальнейшей реализации проекта действующая команда тренеров состояла из 6 национальных тренеров и 2 мастер-тренеров (таблица 1).

Кроме этого из числа подготовленных национальных тренеров 3 специалиста прошли региональный тренинг для социальных работников, который также проходил в рамках Treatnet II в г. Ташкенте в августе 2012 года.

В качестве подготовительного этапа команда национальных тренеров при поддержке мастер-тренеров за период с 2009 по 2010 годы провела ряд индивидуальных тренингов на местном уровне, которые были реализованы в рамках образовательных циклов при РНПЦ МСПН, а также в рамках специально

организованных тренингов. Всего было проведено 34 индивидуальных тренинга, в ходе которых было обучено 647 человек (таблица 2).

В ходе индивидуальных тренингов были обучены специалисты наркологических организаций, преподаватели факультетов психологии, а также врачи-интерны и студенты факультетов психологии. По тому А было обучено 142 человека, по тому В – 398 специалистов и по тому С – 107 специалистов.

Следующий этап обучения специалистов предполагал проведение двух национальных тренингов. Первый национальный тренинг был организован в ноябре 2009 года в г. Павлодаре с участием специалистов из северно-восточных регионов РК. Второй тренинг был проведен в марте 2011 года в г. Шым-

Таблица 1

Национальные тренеры в рамках проекта TREATNET в Республике Казахстан

ФИО	Направление	Уровень
Россинский Юрий	Том В	Мастер-тренер
Юсопов Олег	Том А	Мастер-тренер
Байкенов Ерболат	Том В	Национальный тренер
Ким Михаил	Том В	Национальный тренер
Кусаинов Алмас	Том С	Национальный тренер
Мусабекова Жаннат	Том А	Национальный тренер
Небельцова Анна	Том В	Национальный тренер
Шабалова Елена	Том С	Национальный тренер

Таблица 2

Количество обученных специалистов в ходе индивидуальных тренингов TREATNET

Название тома/модуля	Количество обученных специалистов
Том А. Скрининг оценка и планирование лечения	142
Модуль 1. Скрининг и краткосрочные вмешательства с применением ASSIST	36
Модуль 2. Индекс Тяжести Аддикции (ИТА)	47
Модуль 3. Планирование лечения на основе MATRS: применение ИТА	59
Том В. Элементы психосоциального лечения	398
Модуль 1. Наркотическая зависимость и основные навыки консультирования	186
Модуль 2. Мотивирование клиентов к прохождению лечения и преодоление сопротивления	102
Модуль 3. Когнитивно-поведенческие стратегии и профилактика срыва	110
Том С. Медикаментозное лечение зависимости и отдельные группы населения	107
Модуль 1. Основы зависимости: алкоголь и бензодиазепины, психостимуляторы, летучие вещества и каннабис	34
Модуль 2. Опиоиды: основы зависимости; терапия агонистами, частичными агонистами и антагонистами опиатных рецепторов	37
Модуль 3. Отдельные группы населения: лица с сопутствующими расстройствами, женщины и молодые люди	36
Общее число обученных специалистов	647

кенте (ЮКО), на котором были обучены специалисты южных регионов страны.

Подготовительные мероприятия к национальным тренингам включали информирование учреждений здравоохранения соответствующих регионов о проведении тренинга, отбор специалистов для участия в тренинге, подготовка вспомогательного материала, организация проезда и проживания участников тренинга.

Из каждого региона были отобраны по три специалиста – врач-нарколог; врач-психотерапевт или психолог, а также врачи общей практики (ВОП).

Таким образом, были сформированы три группы: 1) Группа А. Врачи-наркологи наркологических учреждений; 2) Группа В. Врачи-психотерапевты и психологи, наркологических учреждений; 3) Группа С. ВОП (врачи центров СПИД, фтизиатры и дерматовенерологи). Расписание учебных занятий для каждой группы было составлено из отдельных модулей различных томов учебного пакета TREATNET. Содержание расписаний было скомплектовано с учетом специфики профессиональной деятельности специалистов вышеперечисленных групп.

Учебное расписание национальных тренингов TREATNET в РК

Группа А. Врачи-наркологи наркологических учреждений

- | | |
|---------------|---|
| 1 день | Индекс Тяжести Аддикции (ИТА). |
| 2 день | Опиоиды: основы зависимости; терапия агонистами, частичными агонистами и антагонистами опиатных рецепторов. |
| 3 день | Отдельные группы населения: лица с сопутствующими расстройствами, женщины и молодые люди. |
| 4 день | Мотивирование клиентов на лечение и преодоление сопротивления. |
| 5 день | Когнитивно-поведенческие стратегии и профилактика срыва. |
| 6 день | Планирование лечения с применением ИТА. Формулировка целей и задач на основе MATRS. |

Группа В. Врачи-психотерапевты, психологи наркологических учреждений

- | | |
|---------------|---|
| 1 день | Наркотическая зависимость и основные навыки консультирования. |
| 2 день | Мотивирование клиентов на лечение и преодоление сопротивления. |
| 3 день | Когнитивно-поведенческие стратегии и профилактика срыва. |
| 4 день | Индекс Тяжести Аддикции (ИТА). |
| 5 день | Планирование лечения с применением ИТА. Формулировка целей и задач на основе MATRS. |

Группа С. Врачи общей практики

- | | |
|---------------|---|
| 1 день | Основы зависимости: алкоголь и бензодиазепины; психостимуляторы, летучие вещества и каннабис. |
| 2 день | Скрининг и краткосрочные вмешательства с применением ASSIST. |

Согласно составленному расписанию продолжительность национальных тренингов для группы А составляла 6 дней, группы В – 5 дней и группы С – 2 дня.

В ходе реализации национальных тренингов было обучено 83 специалиста из 6 северо-восточных регионов и г. Астаны и 4 южных регионов и г. Алматы. В тренингах приняли участие 25 врачей-наркологов, 6 врачей-психотерапевтов, 24 психолога и 1 социальный работник. Из числа врачей общей практики (ВОП) было обучено 27 специалистов (врачи центров СПИД, фтизиатры, дерматовенерологи).

В соответствии с расписанием, представленном выше, специалисты были обучены знаниям и навыкам из различных томов. Так врачи-наркологи (группа А) кроме знаний в области медикаментозного лечения были обучены навыкам оценки и планиро-

вания лечения, а также знаниям и навыкам в области мотивационного интервьюирования, когнитивно-поведенческих подходов и профилактике срывов.

Врачи общей практики (группа В) получили основные знания в области зависимости и были обучены применению скринингов и краткосрочных вмешательств.

Врачи-психотерапевты/психологи (группа С), помимо обучения навыкам оценки и планирования лечения, мотивационного интервьюирования и когнитивно-поведенческих подходов, получили знания в области наркотической зависимости, а также обучились основным навыкам консультирования.

В целом, в ходе реализации индивидуальных и национальных тренингов в РК было обучено 730 человек. Из числа обученных 534 (73,2%) человека

являлись специалистами, оказывающими наркологические услуги (врачи-наркологи, врачи-психотерапевты, психологи, социальные работники, а также консультанты по зависимостям), 38 (5,2%) были врачами общей практики и психиатрических и соматических лечебных учреждений, 65 (8,9%) – преподаватели факультетов психологии. Кроме того было обучено 36 (4,9%) врачей-интернов и 57 (7,8%) студентов факультетов психологии.

В целом, в Республике Казахстан в ходе реализации индивидуальных и национальных тренингов 64 специалиста (включая врачей-интернов и студентов факультетов психологии) обучились скринингу и краткосрочным вмешательствам; 102 специалиста овладели навыками работы с Индексом Тяжести Аддикции; планирование лечения изучили 114 специалистов; 241 специалист повысил уровень знаний в области наркотической зависимости и основных навыков консультирования; 157 специалистов обучились мотивационному интервьюированию; профилактике срыва с применением когнитивно-поведенческих подходов обучились 135 специалистов. В области медикаментозного лечения 67 специалистов были обучены терапии агонистами, частичными агонистами и антагонистами опиатных рецепторов; 68 специалистов изучили раздел – алкоголь и бензодиазепины, психостимуляторы, летучие вещества и каннабис и 60 специалистов изучили раздел – отдельные группы населения: лица с сопутствующими расстройствами, женщины и молодые люди (Таблица 3).

Кроме того, в рамках проекта в 2013 году в г. Астане был организован отдельный национальный тренинг для социальных работников наркологических учреждений «Оценка и ведение наркотической зависимости». Целью тренинга являлось повышение уровня знаний и навыков социальных работников для создания и работы мультидисциплинарной команды по оказанию наркологической помощи в региональных учреждениях наркологической службы РК. В ходе тренинга было обучено 13 социальных работников наркологических учреждений. Программа тренинга включала элементы некоторых модулей основного учебного материала Treatnet (использование ИТА, навыки мотивационного интервьюирования, когнитивно-поведенческие стратегии).

Обучение тренеров

В 2012 году на базе РНПЦ МСПН был организован национальный тренинг тренеров. Основной задачей тренинга являлась подготовка тренеров из числа преподавателей медицинских ВУЗов и преподавателей кафедр психологии с последующей интеграцией учебных материалов Treatnet II в образовательные программы высших учебных заведений (ВУЗ).

Для проведения тренинга тренеров национальные тренеры прошли специальную подготовку, которую проводили мастер-тренеры из Казахстана

(таблица 1). Подготовка включала как освоение теоретического материала, так и отработку практических навыков, необходимых для проведения тренинга тренеров. Из числа национальных тренеров были подготовлены: по тому А – Мусабекова Жаннат; по тому В – Байкенов Ерболат; по тому С – Кусаинов Алмас. По окончании обучения данные специалисты получили сертификаты мастер-тренеров.

Технический этап подготовки к тренингу тренеров включал в себя: информирование администрации ВУЗов о проведении тренинга, отбор специалистов для участия в тренинге, подготовку раздаточного материала, а также организацию проезда и проживания участников тренинга.

Всего в тренинге приняли участие преподаватели из 7 образовательных учреждений: 1) Инновационный Евразийский университет (г. Павлодар); 2) Павлодарский государственный университет (г. Павлодар); 2) Карагандинский Государственный Медицинский Университет (г. Караганда); 3) Государственный Медицинский Университет (г. Семей); 4) Восточно-Казахстанский Гуманитарный Университет им. Аманжолова (г. Оскемен); 5) Южно-Казахстанский Государственный Университет (г. Шымкент); 6) Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова (г. Алматы).

В тренинге тренеров приняли участие 20 человек. В соответствии с учебными материалами были сформированы три группы в соответствии с учебными томами TREATNET. Группа А (Том А) – 7 человек (скрининг, оценка и планирование лечения), группа В (Том В) – 9 человек (элементы психосоциального лечения) и группа С (Том С) – 4 человека (медикаментозное лечение зависимости и отдельные группы населения).

Продолжительность тренинга составила 12 дней. Кроме основного материала участники тренинга прослушали материал, касающийся методологии преподавания. Структура занятий также включала практическую отработку навыков презентации материала. Каждому участнику тренинга были предоставлены учебные материалы в электронном виде (CD-носителях), а также материалы, отпечатанные на бумаге.

По окончании тренинга с 16 тренерами были заключены договоры на проведение тренингов в своих образовательных учреждениях. Согласно условиям договора участники должны провести четыре индивидуальных (самостоятельно) тренинга с последующей процедурой отчетности, предусмотренной в ходе реализации тренингов TREATNET. В ходе проведения данных тренингов было обучено 854 человека.

По тому А «Скрининг оценка и планирование лечения» было обучено 373 человека. Из них по модулю 1 (скрининг и краткосрочные вмешательства с применением ASSIST) – 186 человек, по модулю 2 (индекс тяжести аддикции – ИТА) – 132 человека и по модулю 3 (планирование лечения на основе MATRS: применение ИТА) – 55 человек.

Таблица 3

Количество специалистов, обученных по различным модулям учебного пакета TREATNET в ходе индивидуальных и национальных тренингов

Название модуля	Обученные специалисты	
	Беседы	Индивидуальные консультации
Скрипинг и краткосрочные вмешательства с применением ASIST	-	64
Индекс Тяжести Аддикции (ITA)	36	9
Планирование лечения на основе MATRS: применение ИТА	37	9
Наркотическая зависимость и основные навыки консультирования	38	8
Мотивирование клиентов к прохождению лечения и преодоление сопротивления	48	8
Когнитивно-поведенческие стратегии и профилактика срыва	38	8
Основы зависимости: алкоголь и бензодиазепины, психостимуляторы, легучие вещества и каннабис	35	16
Опиоиды: основы зависимости; терапия агонистами, частичными агонистами и антагонистами; онкологические реципторы	44	12
Отдельные группы населения: лица с сопутствующими расстройствами, женичины и молодые люди	48	-
Всего	324	70
	130	36
	326	86
	4	65
	57	-

По тому В «Элементы психосоциального лечения» было обучено 404 человека. Из них по модулю 1 (наркотическая зависимость и основные навыки консультирования) – 159 человек, по модулю 2 (мотивирование клиентов к прохождению лечения и преодоление сопротивления) – 122 и по модулю 3 (когнитивно-поведенческие стратегии и профилактика срыва) – 123 человека.

По тому С «Медикаментозное лечение зависимости и отдельные группы населения» обучено 77 человек. Из них по модулю 1 (основы зависимости: алкоголь и бензодиазепины, психостимуляторы, ле-тучие вещества и каннабис) – 31 человек, по модулю 2 (опиоиды: основы зависимости; терапия агонистами, частичными агонистами и антагонистами опиатных рецепторов) – 31 человек и по модулю 3 (отдельные группы населения: лица с сопутствующими расстройствами, женщины и молодые люди) 15 человек.

В состав участников тренингов входили ассистенты кафедры психиатрии-наркологии, психологи, врачи-интерны по специальности «Психиатрия-наркология», врачи-интерны общей практики, психологи, социальные педагоги, студенты факультетов психологии и социальной работы, практикующие врачи.

Таким образом, в ходе реализации обучающего компонента проекта Treatnet II были обучены специалисты, различных направлений, оказывающие наркологические услуги (врачи-наркологи, врачи-психотерапевты, психологи, социальные работники), а также врачи общей практики (врачи центров СПИД, врачи-фтизиатры, врачи-венерологи и т.д.). Также был проведён отдельный тренинг для социальных работников наркологических учреждений. Кроме практикующих специалистов в ходе тренинга было подготовлено 20 национальных тренеров из числа преподавателей ВУЗов.

Интеграция учебных пакетов в систему образования Республики Казахстан

Одной из задач реализации учебного компонента проекта TREATNET II являлась интеграция учебных материалов в образовательные программы медицинских высших учебных заведений. РНПЦ МСПН был подготовлен необходимый пакет документов с предложением по включению учебных материалов TREATNET в образовательные программы. Данный пакет документов помимо сопроводительных писем включал презентацию учебных модулей руководству, профессорам и лекторам медицинских образовательных учреждений. Материалы были предложены 5 медицинским ВУЗам. Следует отметить, что представители данных ВУЗов, кроме учебных заведений гг. Астана, Актобе, также приняли участие в тренинге тренеров. Наряду с этим, в ходе тренинга тренеров дополнительная договорённость о включении материалов в образовательные программы была достигнута с представителями других ВУЗов.

Учебные пакеты Treatnet были также интегрированы РНПЦ МСПН в свои образовательные программы повышения квалификации по следующим направлениям: «Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ», «Избранные вопросы наркологии», «Актуальные вопросы наркологии». Кроме того, учебные модули используются в рамках отдельных семинаров, проводимых РНПЦ МСПН. Так, например, модуль 1 тома А «Скрининг и краткосрочные вмешательства с применением ASSIST» и модуль 2 тома В «Мотивирование клиентов к прохождению лечения и преодоление сопротивления» были использованы в семинаре «Наркологическое и мотивационное консультирование», проведённого в рамках реализации государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты •аза•стан». Участниками данного семинара были врачи-психиатры пенитенциарных учреждений.

Таким образом, в процессе интеграции учебных материалов TREATNET в РК были охвачены 9 крупных ВУЗов и 1 научно-практический центр расположенных в северо-восточных, южных и западных регионах страны. Из общего числа высших учебных заведений 5 ВУЗов были представлены медицинскими и 4 ВУЗа – немедицинских, имеющих кафедры психологии. Ниже в главе «Оценка и эффективность компонента по наращиванию потенциала» представлена оценка эффективности процесса интеграции учебных материалов в программы образовательных учреждений РК.

Оценка и эффективность компонента по наращиванию потенциала

Предварительная и заключительная оценка

Данный раздел включает оценку эффективности проведённых учебных мероприятий. Оценка эффективности тренингов проводилась с помощью вспомогательного материала – форм для предварительной и заключительной оценки знаний участников. Данные формы представляли собой анкеты, включающие пять вопросов с вариантами ответов. Оценка уровня знаний проводилась непосредственно перед проведением тренинга и после его окончания. Результат определялся путём подсчёта количества правильных ответов до и после проведения тренинга.

В ходе реализации тренингов было опрошено около 750 человек. В таблице 4 представлены данные предварительной и заключительной оценок как учебных томов в целом, так и отдельных модулей.

Кроме общей средней оценки всех проведённых тренингов данные включают средние оценки, полученные в ходе отдельных тренингов (индивидуальных, национальных тренингов, а также тренинга тренеров).

По результатам индивидуальных тренингов правильные ответы при предварительной оценке, в сред-

Таблица 4

*Результаты предварительных (пред.) и заключительных (закл.) оценок,
полученных в ходе проведенных тренингов (%)*

Том/модули	Индивидуальные тренинги		Национальные тренинги		Тренинг тренеров		Все тренинги	
	Пред.	Закл.	Пред.	Закл.	Пред.	Закл.	Пред.	Закл.
Том А. Скрининг и планирование лечения	47,2	84,2	25,6	74,3	30,4	91,4	34,3	83,3
Скрининг и краткосрочные вмешательства с применением ASSIST	42,7	83,8	10,2	64,4	17,0	83,0	23,3	77,0
Индекс Тяжести Аддикции (ИТА)	51,0	90,0	32,0	76,9	43,0	97,0	42,0	87,9
Планирование лечения на основе MATRS: применение ИТА	48,0	79,0	34,4	81,7	31,0	94,0	37,8	84,9
Том В. Элементы психосоциального лечения	46,8	81,9	45,2	73,2	64,4	88,6	52,1	81,2
Наркотическая зависимость и основные навыки консультирования	46,6	78,6	47,3	69,8	57,8	89,0	50,5	79,1
Мотивирование клиентов к прохождению лечения и преодоление сопротивления	54,0	86,1	50,3	71,5	78,0	93,0	60,7	83,5
Когнитивно-поведенческие стратегии и профилактика срыва	40,0	81,1	38,0	78,5	57,6	84,0	45,2	81,2
Том С. Медикаментозное лечение зависимости и отдельные группы населения	68,5	83,4	33,2	59,5	41,8	75,4	47,8	72,7
Основы зависимости: алкоголь и бензодиазепины, психостимуляторы, лекущие вещества и каннабис	70,1	88,2	20,2	37,7	45,1	83,4	45,1	69,7
Опиоиды: основы зависимости; терапия агонистами, частичными агонистами и антагонистами опиатных рецепторов	82,3	90,1	33,7	61,6	36,2	61,9	50,7	71,2
Отдельные группы населения: лица с сопутствующими расстройствами, женщины и молодые люди	53,2	72,1	45,7	79,2	44,3	81,1	47,7	77,4

нем по всем трем томам, составили 54,1%, при заключительной оценке количество правильных ответов выросло до 83,1%.

Средние показатели правильных ответов, полученных в ходе национальных тренингов, также показывает достаточно широкий диапазон между предварительным и заключительным тестированием – 34,6% и 69,0%, соответственно.

В ходе тренинга тренеров на этапе предварительной оценки получено 45,5% правильных ответов и 85,1% – на этапе заключительной оценки.

Предварительная оценка, проводимая во время тренинга для социальных работников «Оценка и ведение наркотической зависимости», в среднем составляла 66% правильных ответов, заключительная оценка – 92%.

Следует отметить, что базовый уровень подготовки у участников тренинга отличался в зависимости от тренинга и учебного тома. В среднем наиболее подготовленными специалисты были в области

психосоциального лечения – 52,1% и наименее – в области скрининга и планирования лечения. Однако по данным заключительной оценки участники тренинга в данной области показали наивысшие результаты (83,3% правильных ответов).

Таким образом, в целом сравнительный анализ предварительной и заключительной оценок показывает достаточный уровень освоения материала обучающимися лицами – с одной стороны и достаточный уровень подготовки тренеров – с другой.

Оценка удовлетворённости

Оценка удовлетворённости реализованными индивидуальными тренингами среди обучающихся проводилась по стандартным формам (см. приложение 1. Форма оценки тренинга TREATNET, приложение 2. Форма оценки тренера TREATNET). Ниже (рисунок 2) представлены средние оценки удовлетворённости индивидуальными тренингами среди участников.

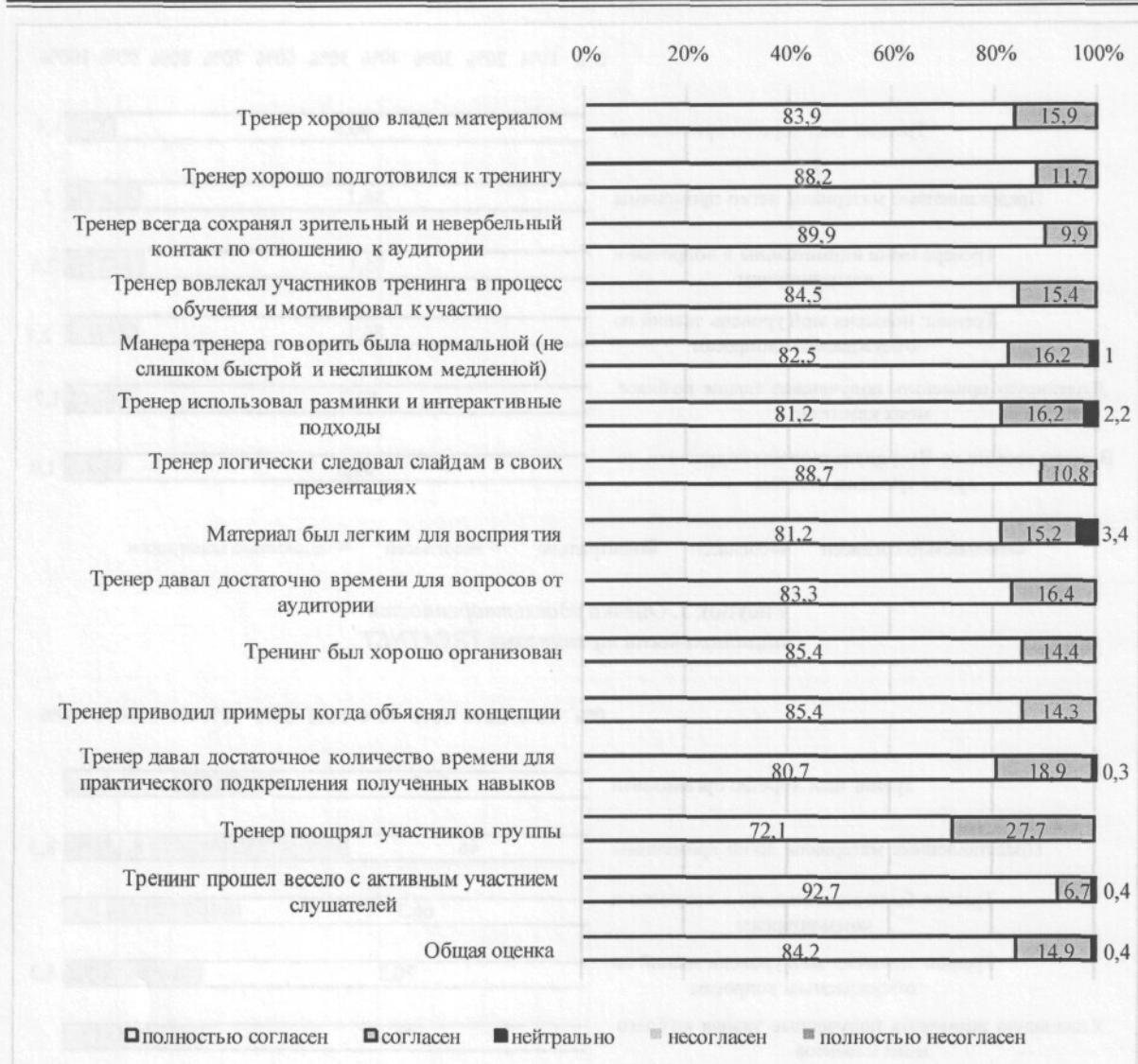


Рисунок 2. Оценка удовлетворенности индивидуальными тренингами TREATNET

Большая часть участников индивидуальных тренингов были полностью удовлетворены проведёнными тренингами и 2,2% участников нейтрально ответили на вопрос касательно использования тренером разминок и интерактивных подходов, также 3,4% участников сомневались в том, что материал был лёгким для восприятия.

В общем, 84,2% участников полностью удовлетворены, и 14,9% – просто удовлетворены индивидуальными тренингами.

Относительно удовлетворённости национальными тренингами 89,5% участников отметили, что были полностью удовлетворены, 8,4% – удовлетворены и 1,9% участников отметили среднюю удовлетворённость проведёнными тренингами (рисунок 3).

Наибольшая удовлетворённость отмечается в организации национальных тренингов. Так, 90,6% отметили, что они полностью согласны с тем, что тренинг был хорошо организован. Несмотря на то, что 2,6% участников средне оценили внимательность тренера к вопросам и комментариям, боль-

шая часть (85,1%) полностью удовлетворены данным аспектом тренинга.

При оценке тренинга тренеров 8,3% участников были не согласны с тем, что тренинг повысил их уровень знаний и что материалы тренинга легко применимы (рисунок 4). В то же время 73,6% – планировали применять знания, полученные во время тренинга в своей работе.

В целом следует отметить, что больше половины участников полностью удовлетворены полученным опытом, полученным во время тренинга тренеров – 67,5%.

Кроме основных вопросов, касающихся удовлетворённости тренингами, анкета также предполагала вопросы открытого типа, позволяющие участникам в свободной форме выразить свои комментарии и замечания. При анализе ответов на данные вопросы были отмечены некоторые важные моменты.

Так, в качестве наиболее полезных навыков, полученных в ходе тренинга тренеров, участники от-

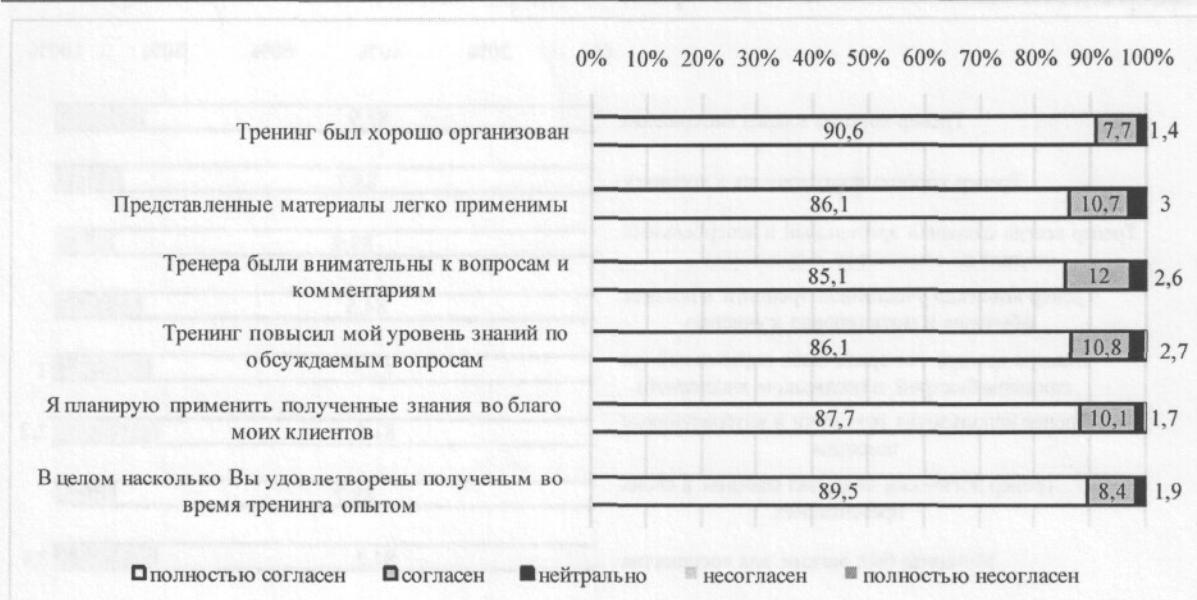


Рисунок 3. Оценка удовлетворенности национальными тренингами TREATNET

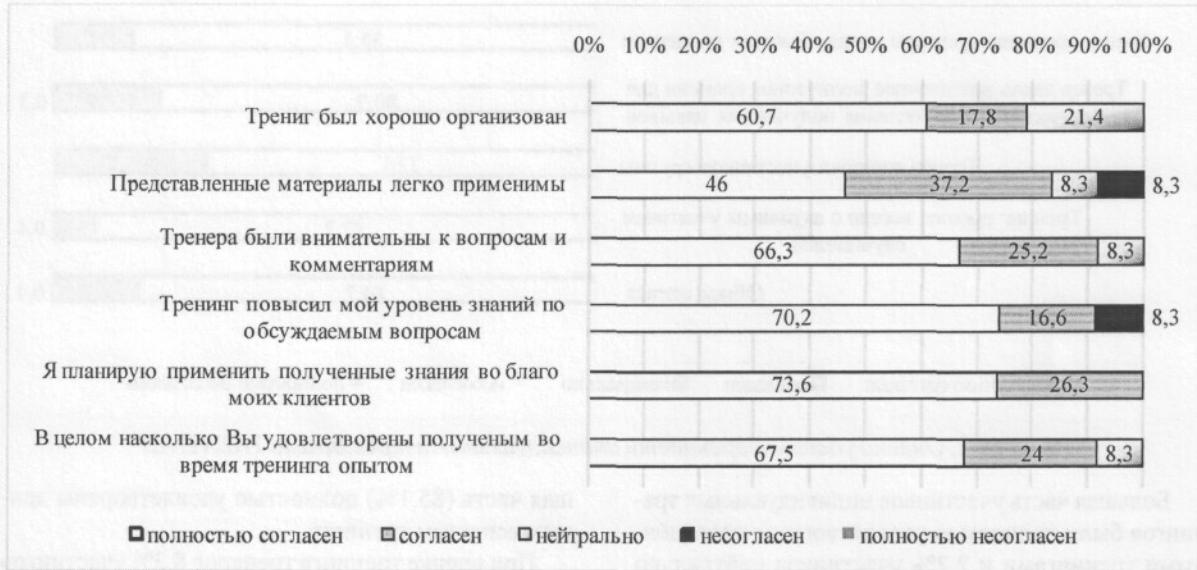


Рисунок 4. Оценка удовлетворенности тренингом тренеров

метили отработку навыков презентации материала, а также освоение интерактивной формы проведения занятий с использованием принципа обратной связи с обучающимися лицами.

Наиболее полезными знаниями для практикующих специалистов были принципы мотивационного интервьюирования и когнитивно-поведенческие подходы в профилактике рецидивов. Среди отдельных навыков полезными были отмечены навыки использования Индекса Тяжести Аддикции.

В то же время наиболее сложным для участников представляется применение навыков в клинических условиях, в частности в области оценки и планирования лечения, что по всей вероятности, связано с организационной структурой наркологических учреждений и нехваткой времени для специалистов.

Для улучшения тренинга участники считают необходимым больше времени уделять отработке практическим навыкам с использованием ситуационно-ролевых игр в формате «специалист – клиент».

Участниками тренинга внесено предложение о необходимости перевода и учебных материалов на казахский язык является и их адаптации, что весьма немаловажно для улучшения качества усвоения материалов.

В среднем, по результатам проведенных индивидуальных и национальных тренингов, включая тренинг для социальных работников и тренинг тренеров, 83,3% участников полностью удовлетворены обучением, организованным в рамках проектной активности TREATNET в РК.

Оценка интеграции материалов в образовательных учебных учреждениях

Для оценки интеграции учебных материалов в образовательные учреждения среди преподавателей, прошедших тренинг тренеров, был проведен опрос. Для этого была разработана анкета, включающая в себя вопросы относительного использования учебных материалов Treatnet в своих учреждениях. Данный опрос был проведен через 1,5 года после тре-

нинга. Анкета была разослана всем 20 участникам тренинга. Однако на момент проведения опроса 3 специалиста не работали в образовательных учреждениях и 5 специалистов не были доступны для контакта. Таким образом, из 20 обученных преподавателей в анкетировании приняли участие 12 преподавателей. Из числа опрошенных 4 человека проходили обучение по тому А, 5 человек – по тому В и 3 человека прошли обучение по тому С (рисунок 5).

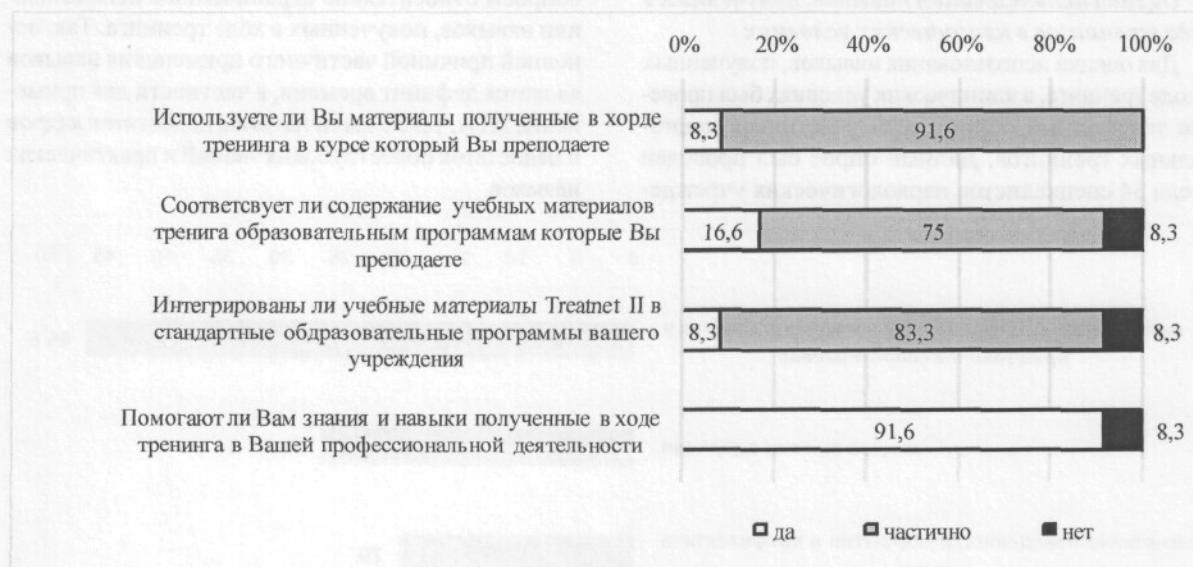


Рисунок 5. Оценка интеграции учебных материалов в ВУЗы РК

Большая часть опрошенных преподавателей ВУЗов в своей деятельности использует материалы частично, также большая часть опрошенных утверждает, что материалы частично интегрированы в образовательные программы учебных заведений. По мнению большинства преподавателей, содержание учебных материалов в целом соответствует образовательным программам ВУЗов, однако требуют некоторых

доработок, что, по всей вероятности, и является причиной частичного их использования. Также был проведен анализ частоты использования различных модулей в образовательных программах (рисунок 6).

По тому А наиболее используемым является модуль 1 «Скрининг и краткосрочные вмешательства», по тому В – модуль 1 «Наркотическая зависимость и основные навыки консультирования» и мо-

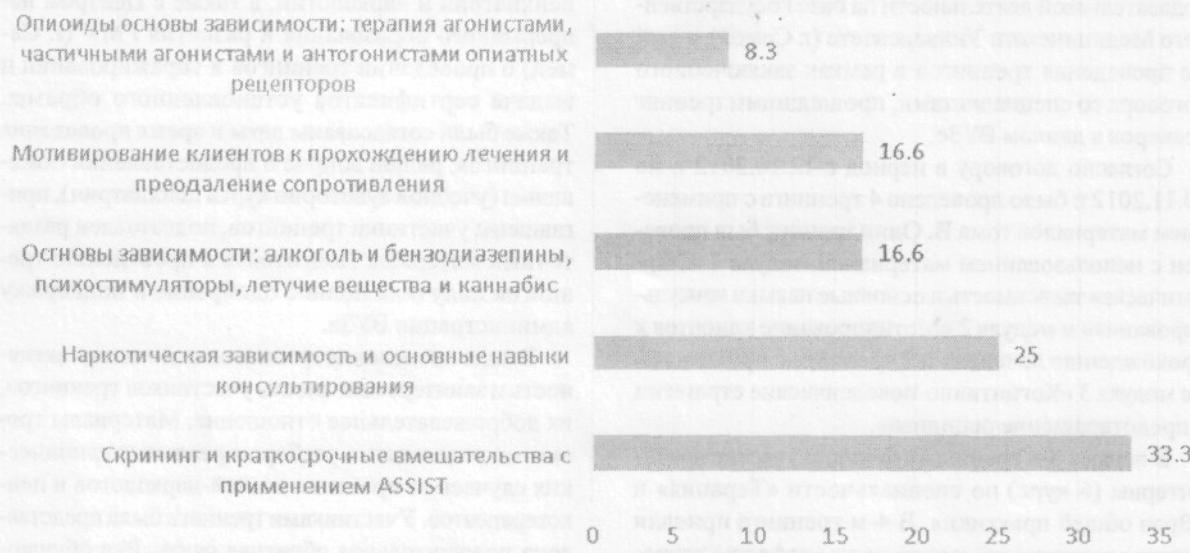


Рисунок 6. Использование отдельных модулей в образовательных программах ВУЗов

дуль 2 «Мотивирование клиентов к прохождению лечения и преодоление сопротивления». При этом отмечается, что модуль 1 чаще используется на кафедрах психологии, а модуль 2 – в программах медицинских ВУЗов. По тому С наиболее используемым является модуль 1 «Основы зависимости: алкоголь, бензодиазепины, психостимуляторы, летучие вещества и каннабис».

Оценка использования навыков, полученных в ходе тренингов в клинических условиях

Для оценки использования навыков, полученных в ходе тренинга, в клинических условиях был проведён телефонный опрос среди участников национальных тренингов. Данный опрос был проведен среди 34 специалистов наркологических учрежде-

ний из различных регионов страны. Основная часть опрошенных лиц ответили, что используют навыки частично 73,3%, применяют полностью 20% опрошенных и 6,6% ответили, что навыки, полученные в ходе тренинга, не используют. Далее (рисунок 7) представлены данные об использовании знаний и навыков, полученных в ходе тренингов, в клинических условиях по отдельным модулям.

В ходе телефонного опроса также обсуждались вопросы относительно ограничений в использовании навыков, полученных в ходе тренинга. Так, основной причиной частичного применения навыков является дефицит времени, в частности для применения ИТА, также были названы недостаток кадров и недостаток более глубоких знаний и практических навыков.

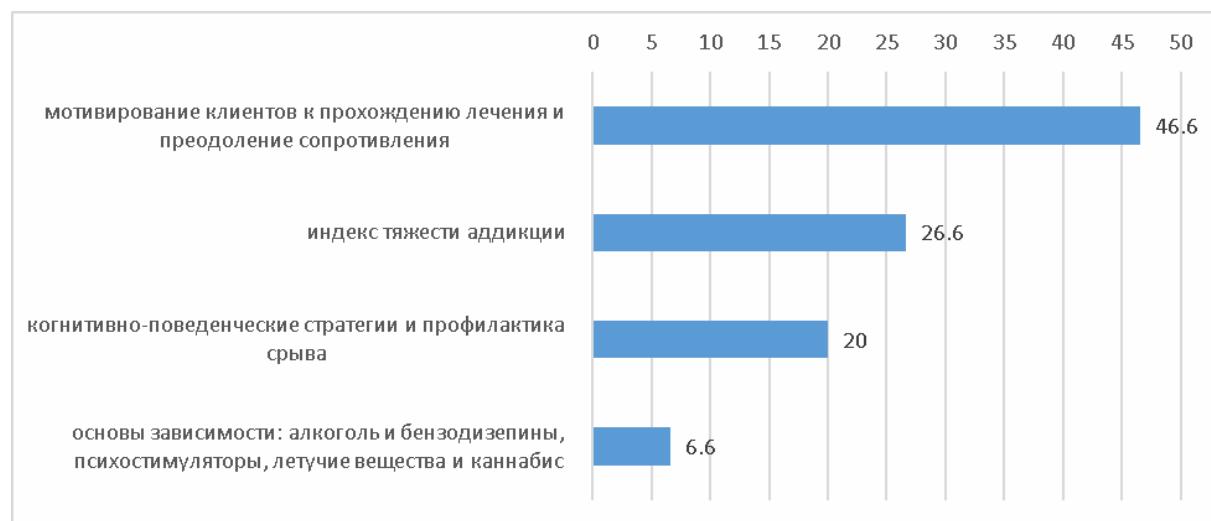


Рисунок 7. Наиболее часто применяемые знания и навыки в клинических условиях

Случай 1. Применение материалов Treatnet в преподавательской деятельности

В данном разделе описывается частный случай применения материалов TREATNET (том В) в преподавательской деятельности на базе Государственного Медицинского Университета (г. Семей), а также проведения тренингов в рамках заключённого договора со специалистами, прошедшими тренинг тренеров в данном ВУЗе.

Согласно договору в период с 12.10.2012 г. по 30.11.2012 г. было проведено 4 тренинга с применением материалов тома В. Один тренинг был проведен с использованием материалов модуля 1 «Наркотическая зависимость и основные навыки консультирования» и модуля 2 «Мотивирование клиентов к прохождению лечения» и 2 тренинга с применением модуля 3 «Когнитивно-поведенческие стратегии и предотвращение рецидива».

В первых 3-х тренингах приняли участие врачи-интерны (6 курс) по специальности «Терапия» и «Врач общей практики». В 4-м тренинге приняли участие заведующий и ассистенты кафедры неврологии, психиатрии и наркологии, психологи ГМУ

(г. Семей), а также врачи-психиатры, психотерапевты и психологи.

На подготовительном этапе была достигнута договоренность с заведующим кафедрой неврологии, психиатрии и наркологии, а также с Центром непрерывного образования и развития ГМУ (г. Семей) о проведении тренингов и тиражировании и выдаче сертификатов установленного образца. Также были согласованы даты и время проведения тренингов, решен вопрос о предоставлении помещения (учебной аудитории курса психиатрии), приглашены участники тренингов, подготовлен раздаточный материал. Подготовка к проведению тренингов получила полное одобрение и поддержку администрации ВУЗа.

В ходе проведения тренингов отмечались активность и заинтересованность участников тренингов, их доброжелательное отношение. Материалы тренингов дополнялись разбором реальных клинических случаев из практики врачей-наркологов и психотерапевтов. Участниками тренинга была представлена положительная обратная связь. Ряд обучающихся отметили, что полученные знания и навыки

применимы в дальнейшей практической работе с клиентами, а также при обучении студентов и специалистов.

Кроме тренингов, проведенных в рамках договора, материалы Treatnet частично используются в стандартных программах, как для обучения студентов медицинского университета, так и слушателей семинаров и циклов повышения квалификации.

При этом наиболее часто используемыми материалами являются материалы модуля 2 «Принципы мотивационного интервьюирования». Материалы этого раздела полезны при обучении студентов 1 курса медицинского университета по дисциплине «Коммуникативные навыки», студентов 5 курса по элективной дисциплине «Психотерапия», а также слушателей циклов повышения квалификации врачей-психотерапевтов, наркологов, психиатров, психологов медицинских учреждений по темам «Актуальные вопросы медицинской психологии и психотерапии», «Психотерапия невротических расстройств и зависимостей от ПАВ».

Модуль 3 «Когнитивно-поведенческие стратегии и предотвращение рецидива» используется в элективной дисциплине «Психотерапия» при обучении студентов и слушателей циклов повышения квалификации по темам «Актуальные вопросы медицинской психологии и психотерапии», «Психотерапия невротических расстройств и зависимостей от ПАВ», а также при обучении студентов 5 курса и интернов (6 курс) по дисциплине «Психиатрия и наркология» по теме «Методы психотерапии».

В ходе обучения со стороны курсантов возникают вопросы относительно содержания некоторых материалов. Так, например, в структуре наркологической помощи в РК не в полной мере предусмотрены аспекты социальной поддержки (службы по оказанию помощи семьям, службы по уходу за детьми, юридическая помощь и т.д.), которые обсуждаются в разделе «Принципы комплексного лечения». Кроме того, в материале часто встречается дублирование информации в каждом отдельном предложении и на отдельных слайдах. Также отмечались некоторые другие трудности технического характера. В частности, в шаблонах сертификатов указано слово «тренинг». Однако согласно приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 661 «Об утверждении Правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения» дополнительные зачетные единицы начисляются за участие в семинарах, мастер-классах, а за участие в тренинге зачетные единицы не начисляются. В связи с этим врачам, участвующим в тренингах, дополнительные зачетные единицы не были начислены при подаче документов на присвоение или продление квалификационной категории.

В целом материалы тома В «Элементы психосоциального лечения» достаточно хорошо сочетают-

ся с рабочими программами для студентов 5 курса медицинского университета и интернов (6 курс) по дисциплинам «Психиатрия и наркология», элективной дисциплине для 5 курса «Психотерапия», циклов повышения квалификации для врачей-наркологов, психотерапевтов, психиатров, психологов медицинских учреждений по темам «Актуальные вопросы наркологии», «Актуальные вопросы психиатрии», «Актуальные вопросы медицинской психологии и психотерапии», «Психотерапия невротических расстройств и зависимостей от ПАВ».

Случай 2. Использование навыков, полученных в ходе тренинга в клинических условиях

В данном разделе описан опыт применения навыков, полученных в ходе тренинга, в амбулаторных условиях. Данный опыт представлен анализом клинических случаев 8 пациентов с алкогольной зависимостью. Обращения за помощью во всех случаях были инициированы семьями клиентов.

В ходе консультирования применялись элементы мотивационного интервьюирования (баланс принятия решений) и когнитивно-поведенческие стратегии: информирование клиентов о болезни; выявление триггеров с последующей идентификацией ситуаций с высоким и низким риском срыва, а также составление графика функционирования.

В рамках когнитивно-поведенческого консультирования на первом этапе клиентам была предоставлена информация о зависимости, что позволило сформировать правильное представление о своём заболевании и приверженность к лечению у клиентов. Следует отметить, что информация о болезни в рамках материалов Treatnet достаточно чётко структурирована, представлена в готовой, доступной и легко воспринимаемой клиентом форме. Следующий этап предполагал выявление триггеров, что требовало большей активности от клиентов, чем на первом этапе. Данный этап сопровождался некоторыми трудностями. Если идентификация внешних триггеров для клиентов не представляла особых трудностей, то поиск внутренних триггеров был несколько затруднён, клиенты не были склонны к детальному анализу своего поведения и среды. Тем не менее, основным внутренним стимулом к потреблению ПАВ являлась тревога, относительно которой была отмечена склонность клиентов к медикаментозной терапии для её купирования. Сопротивление также отмечалось при выполнении домашних заданий (составление графика активности).

Таким образом, в ходе использования когнитивно-поведенческих стратегий было установлено, что клиенты наиболее открыты на этапе информирования, однако, как известно, на данном этапе преобладает активность специалиста, клиент выступает здесь лишь пассивным воспринимающим агентом. На следующих этапах, когда от клиента требуется активное участие, возникали вышеперечисленные

проблемы. Трудности данного аспекта когнитивно-поведенческого консультирования могут быть связаны с дефицитом психосоциального образования клиентов.

Анализируя данные случаи применения навыков, полученных в ходе тренинга, в клинических условиях следует отметить некоторые моменты. Консультантам не были чётко определены стадии изменения поведения клиентов, учитывая общую ситуацию и то, что клиенты обратились за помощью под влиянием семьи, стоит предположить нахождения клиентов на начальных стадиях изменения поведения, когда мотивация к изменению поведения в отношении потребления ПАВ недостаточно высока. Учитывая это, необходимо отметить, что применение на данных стадиях изменения когнитивно-поведенческих стратегий представляется довольно сложным для исполнения. Следовательно, было бы целесообразно делать больший акцент на мотивационных стратегиях.

Компонент по развитию услуг

Цель компонента по развитию услуг в рамках проекта заключалась в расширении доступа к услугам по лечению наркотической зависимости, а также в устранении пробелов в потенциале, необходимом для оказания наркологической помощи. Мероприятия по данному компоненту в основном разворачивались в г. Павлодаре. Основным координатором всех инициатив являлся Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании.

Основные принципы оказания наркологической помощи

В 2012 году UNODC опубликовало дискуссионный документ, касающийся Стандартов качества TREATNET, основанных на Принципах UNODC / ВОЗ по лечению наркозависимости и оказанию наркологической помощи. Данные стандарты были конкретизированы в сотрудничестве с экспертами из каждого региона осуществления проекта и региональными координаторами сети TREATNET под общим руководством международного эксперта/консультанта по стандартам качества лечения наркомании. Рассматриваемый документ представляет собой набор общепринятых стандартов, основанных на фактических данных, для совершенствования и развития лечебных центров, участвующих в проекте.

Ниже представлено краткое описание основных областей развития и совершенствования качеств оказания наркологической помощи, выделенных в стандартах.

1. Наличие и доступность услуг по лечению наркозависимости

Во многих случаях наркозависимость может эффективно поддаваться лечению, если клиенты

имеют адекватный доступ к качественным услугам по лечению и реабилитации, основанным на фактических данных. Необходимо свести к минимуму все препятствия, ограничивающие доступ к добровольному лечению, чтобы в более полном объеме удовлетворить потребности лиц, употребляющих наркотики. Услуги должны быть легкодоступными с точки зрения места расположения, графиков работы, возможности подъезда на общественном транспорте и безопасности.

2. Скрининг, оценка, диагностика и планирование лечения

Для того чтобы убедиться в том, что клиенты получают лечение своевременно и в соответствии со своими потребностями, необходимо в первую очередь провести оценку степени неотложности случая. Необходимо иметь стандартные процедуры, в том числе для оценки соматического, психосоциального состояния, правового положения и истории болезни и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. На основе проведенной комплексной оценки составляется план лечения, который включает в себя удовлетворение всех потребностей клиента в независимости от того, доступны ли услуги в программе или нет.

3. Лечение наркозависимости на основе фактических данных

Надлежащая практика, основанная на фактических данных, и накопленные научные знания о характере наркозависимости должны стать основой для вмешательств по лечению наркозависимости. Большинство фактических данных в этой области получены в ходе работы с клиентами с опиоидной зависимостью. Лечение на основе фактических данных должно включать в себя комбинацию медикаментозного и психосоциального сопровождения клиентов в процессе выздоровления.

4. Защита прав и достоинства клиентов

При оказании услуг по лечению наркозависимости необходимо принимать меры для соблюдения обязательств в области прав человека и уважения врождённого достоинства всех лиц. Такие меры включают в себя обеспечение права на достижение высшего уровня здоровья и благополучия и недопущение дискриминации. Обеспечение неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности является задачей первоочередной важности. Данные о клиентах являются строго конфиденциальными и для использования их в каких-либо целях необходимо письменное разрешение клиентов. Они должны получать полную информацию о своём состоянии здоровья и ходе лечения, а также о политике центра. Важно, чтобы лечение проводилось только после того, как клиент ознакомится с политикой центра и даст своё информированное согласие. Все предлагаемые вмешательства должны отвечать наивысшим этическим требованиям.

5. Охват особых подгрупп и условий

Некоторые группы населения требуют особого внимания и во многих случаях, специализированного ухода. Эти группы включают в себя подростков, женщин, беременных женщин, клиентов с сопутствующими заболеваниями и психиатрическими проблемами, работников секс-индустрии, представителей этнических меньшинств и социально маргинализированных лиц. В связи с этим, для этих групп населения должны быть предусмотрены и тщательно спланированы специализированные услуги.

6. Лечение наркозависимости как альтернатива тюремному заключению и лечение в условиях пенитенциарного учреждения

В большинстве правовых систем мира для правонарушений, связанных с наркотиками, предусмотрено наказание в виде заключения в пенитенциарное учреждение. Однако употребление наркотиков должно в первую очередь рассматриваться как проблема здоровья, поэтому во всех возможных случаях потребители наркотиков должны проходить лечение в системе здравоохранения, а не помещаться в систему уголовного исполнения наказания. В системе уголовного исполнения наказания вмешательства по лечению наркозависимости должны являться альтернативой тюремному заключению (например, по решению судов, рассматривающих дела о наркотиках). В тех случаях, когда замена уголовной ответственности альтернативными видами исправительного воздействия невозможна, услуги по лечению наркозависимости должны оказываться во время пребывания в местах лишения свободы и после освобождения из них.

7. Лечение в условиях общины

Меры реагирования на проблемы потребления наркотиков и наркозависимости, принимаемые общиной, могут способствовать изменению моделей поведения в общине. Такие меры могут подразумевать изменение системы взглядов и переход от директивной формы оказания услуг к более коллективной форме, требующей активного участия местных заинтересованных сторон (правительственных и неправительственных организаций, частного сектора, лидеров общины и религиозных организаций), членов общины (включая семьи) и целевых групп населения с целью усиления сопричастности и создания интегрированной сети медицинских услуг на базе общины.

Клиенты, опекуны, семьи и любые другие члены соответствующей общины должны принимать участие в процессе планирования, предоставления и оценки услуг. Необходимо обеспечить активное представительство клиентов и их семей в процессе принятия решений в отношении программы лечения.

8. Руководство клинической практикой

Услуги по лечению наркозависимости требуют наличия ответственных, эффективных и результатив-

ных стратегий руководства клинической практикой, которые будут способствовать достижению соответствующих целей лечения. При организации услуг необходимо использовать данные текущих исследований и учитывать потребности клиентов. Политика, программы, процедуры и механизмы координации в области лечения наркозависимости должны быть определены заблаговременно и разъяснены всем членам врачебных бригад, административного и вспомогательного персонала и целевым группам населения.

Кроме того, рекомендуется разработать чёткий и понятный план перенаправления пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, в специализированные учреждения. Практикующий врач должен быть доступным в центре или выезжать по вызову. Также рекомендуется вести журналы учёта приёма клиентов, иметь письменные инструкции с критериями приёма и выписки, а также протоколы лечения наркозависимости или руководство по назначению лекарственных препаратов и других медико-социальных вмешательств.

Необходимо обеспечить связь со службами, действующими в общине, включая службы по оказанию медицинской и психосоциальной помощи, систему уголовного правосудия, неправительственные и правительственные организации.

9. Разработка политики, стратегическое планирование и координация работы служб

Системы мониторинга являются основным элементом услуг по лечению, который позволяет оценить их эффективность и результативность с точки зрения удовлетворения потребностей клиентов, получить отзывы о предоставляемых услугах и эффективности работы системы для оценки её качества. Системы учёта данных, включая информацию о клиентах, оказанных услугах, кадровой политике и фонде заработной платы должны гарантировать конфиденциальность.

Учреждение должно иметь организованную систему сбора и анализа данных. Эта система должна соответствовать национальным/международным стандартам и обеспечивать составление ежегодных отчётов о тенденциях и исходах лечения.

Оценка качества лечения должна стать неотъемлемой частью регулярных рабочих процедур, и для её выполнения необходимо выделять необходимые средства.

Административно-хозяйственный отдел и отдел кадров лечебного центра должны проявлять надлежащую заботливость и обеспечивать эффективное и прозрачное управление финансовыми средствами.

Более подробную информацию о Стандартах качества, разработанных в рамках проекта TREATNET, можно получить на сайте UNODC http://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf

Модель циклических услуг

В рамках проекта TREATNET в Республике Казахстан в городе Павлодаре была предпринята попытка создать циклическую модель лечебных услуг, максимально отвечающую международным принципам и стандартам оказания наркологической помощи. Функционирование данной модели лечения было возможным за счёт создания сети (партнёрские организации и команды специалистов в пределах одного города), которая нацелена на удовлетворение наиболее актуальных потребностей лиц, имеющих проблемы с наркотиками, а также их семей.

На начальных этапах проекта была проведена инвентаризация всех доступных лечебных и социальных услуг в г. Павлодаре, наиболее востребованных среди людей, имеющих проблемы с наркотиками и другими ПАВ. В результате была подготовлена карта услуг города Павлодара, на которой были нанесены все организации города по соответствующему профилю.

Кроме того, что проведенное картирование позволило установить взаимосвязь между учреждениями города, карты были размножены и переданы в лечебные и социальные учреждения для информи-

рования населения о доступности услуг. На карте, кроме информации о месте расположения учреждений, также предлагались контактные данные, и указывался профиль, оказываемых услуг.

После проведенной инвентаризации услуг были заключены устные и письменные соглашения с ГУ «Павлодарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом», КГП на ПХВ «Павлодарский областной центр по профилактике и лечению зависимых заболеваний», ГУ «Областная инфекционная больница». Также были заключены договора с профильными неправительственными организациями на оказание услуг по социальному сопровождению клиентов и организации групп взаимопомощи.

Целями партнёрских организаций стали повышение вовлечённости наркозависимых в программы реабилитации посредством мотивационной работы с клиентами и их информирования, а также увеличение доступности предоставляемых услуг.

Ниже представлена сеть учреждений, созданная в рамках проекта, для оказания комплексных услуг для лиц, обратившихся за помощью из-за проблем, связанных с потреблением наркотиков и других ПАВ (рисунок 8).



Рисунок 8. Сеть учреждений, созданная в рамках проекта TREATNET в г. Павлодаре

В рамках проекта на базе РНПЦ МСПН функционировала амбулаторная служба для лиц, имеющих проблемы с наркотиками, нацеленная на координацию услуг и обеспечения комплексности, оказываемой помощи. Основные направления деятельности амбулаторной службы включали в себя: комплексную оценку проблем и потребностей клиента с помощью инструмента Индекса Тяжести Аддикции (ИТА), планирование лечения на основе проведённой оценки, индивидуальное консультирование,

групповое консультирование, медикаментозное поддерживающее лечение, перенаправление, кейс-менеджмент, лечение сопутствующих заболеваний соматического и психического характера.

На предварительном этапе работы были изготовлены и распространены среди клиентов наркологических учреждений и потребителей наркотиков информационные буклеты о деятельности амбулаторной службы в г. Павлодаре, а также буклеты с информацией о различных наиболее востребован-

ных медицинских и социальных услугах. Кроме того, в ходе реализации проекта были опубликованы материалы о деятельности службы в местных средствах массовой информации.

В Областном центре по профилактике и лечению зависимых заболеваний и Областном центре по профилактике и борьбе со СПИД были размещены 2 информационных баннера с информацией о деятельности амбулаторной службы РНПЦ МСПН и оказываемых услугах.

Дополнительно были изготовлены и размещены в клинике РНПЦ МСПН информационные стенды для клиентов и их семей о деятельности наркологической службы и описанием основных этапов наркологического лечения.

Информационная работа также проводилась через партнёрские организации, которые непосредственно предоставляли клиентам информацию о доступных услугах, а также осуществляли направление на оказание услуг.

Для управления деятельностью амбулаторной службой РНПЦ МСПН использовалась система контроля объёма и качества оказанных услуг за счёт составления актов выполненных работ, протоколов проведённых консультаций или групповых встреч (регистрационный журнал, карта амбулаторного больного), самоотчётов специалистов, оценок клиентов.

Важным моментом в деятельности службы было делегирование ответственности партнёрским организациям по лечению и последующему наблюдению за клиентами и получение от них поддержки. Связи и перенаправление играют решающую роль, так как ни одна программа не может удовлетворить все потребности клиентов. Данная деятельность является ключевым моментом кейс-менеджмента, который включает в себя координацию профессиональных, социальных и медицинских услуг для оказания помощи людям с комплексными потребностями, зачастую для обеспечения долговременного ухода и защиты.

Партнёрские отношения между организациями были юридически закреплены договорами на оказание услуг и меморандумами о сотрудничестве. Данные документы определяли взаимные обязательства и конкретные практические аспекты взаимодействия: оказание услуг, ведение документации, анализ результатов своей работы, предоставление необходимых документов и информации, имеющей отношение к кругу вопросов, возникающих в связи с исполнением договоренностей.

Другим важным моментом в создании устойчивой амбулаторной службы являлось формирование команды специалистов, которая должна была обеспечивать оказание адекватной качественной помощи по некоторым направлениям. Такая задача была выполнима благодаря применению мультидисциплинарного подхода. Основной штат амбулаторной службы состоял из: координатора проекта,

финансиста, менеджера, врача-психотерапевта, врача-нарколога, психолога, социального работника и консультанта по реабилитации.

Преимущества мульти дисциплинарного подхода заключались в следующем:

- одновременное знакомство со случаем и документацией клиента сразу всех специалистов;
- благодаря составленному плану помощи проблемные зоны становятся конкретными и чётко определёнными как для клиента, так и для специалиста;
- определение приоритетности проблем и этапности их решения дают понимание и помогают структурировать терапевтический / реабилитационный процесс;
- мотивацией клиента и информированием занимается каждый специалист;
- работа в команде создаёт творческую атмосферу и позволяет более разумно и рационально использовать время и силы, как сотрудников, так и клиентов.

В целом, анализируя опыт амбулаторной службы РНПЦ МСПН, можно сделать вывод, что зачастую клиенты обнаруживали заинтересованность в получении узкого спектра услуг (в пределах медикаментозной коррекции соматического состояния), кроме того, они демонстрировали слабое доверие к программам вне стационарной психологической поддержки. Данный феномен можно объяснить тем, что лицам, имеющим проблемы с наркотиками, долгое время предлагался ограниченный спектр услуг, и они не рассматривались как партнёры в лечебном процессе, а зачастую являлись лишь объектом лечебных манипуляций. Таким образом, многие принципы и предлагаемые подходы в рамках проекта являлись новыми как для клиентов, так и для специалистов, и их отношение к данным новшествам до определённой степени имело сходство.

Между тем, планомерное и структурированное представление информации в формате клиент-центрированного подхода позволяло клиентам осознать свою роль в успешности лечебной и реабилитационной работы («результат зависит от моей собственной активности») и принять ответственность за результат лечения («быть партнёром на пути излечения»).

Далее предлагается анализ основных характеристик лиц, обратившихся за помощью в амбулаторную службу РНПЦ МСПН в рамках проекта.

По половому признаку клиенты амбулаторной службы в большинстве своём были представлены лицами мужского пола, по национальной принадлежности являлись русскими, средний возраст составил $33,5 \pm 1,2$ года. По религиозным предпочтениям группа разделилась, в основном, на верующих (христиане) (40,7%) и атеистов (42%). По уровню образованию большинство имели неполное среднее и средне-специальное образование (77,5%). Чаще всего клиенты направлялись за помощью в амбулатор-

ную службу РНПЦ МСПН профильными неправительственными организациями (50,7%).

По показателям физического здоровья 62,5% клиентов имели какое-либо хроническое заболевание. На момент обращения 22,5% из них получали лечение по проблемам соматического здоровья. Абсолютное большинство клиентов прошли предварительно тестирование на парентеральные гепатиты и ВИЧ и были информированы о собственном статусе в отношении этих заболеваний (98,7%), при этом 16,3% клиентов получали ежегодное пособие в связи с имеющимся заболеванием (ВИЧ/СПИД).

Абсолютное большинство клиентов амбулатории было трудоустроено, из них большинство занято в полный рабочий день (42,5%). Почти треть лиц, обратившихся за помощью, находилась на иждивении родителей.

В ходе оценок был определён ранний возраст первых проб ПАВ (алкоголь – 15,7±1 года, наркотиков – 20,2±1,1 года); среди клиентов первичным проблемным веществом среди клиентов являлся герoin, вторичными – опиаты, каннабис и алкоголь; абсолютное большинство предыдущих госпитализаций (4±1 раза) относилось лишь к курсам детоксикации (3±0,9 раза); при этом самостоятельные попытки прекращения употребления ПАВ предпринимались достаточно часто (8±1,4 раза).

В отношении юридического статуса 6,4% клиентов были осуждены условно и находились на испытательном сроке; в среднем каждый клиент амбулаторной программы провёл в местах лишения свободы 35,1±11,2 месяца в течение жизни; в преобладающем большинстве клиенты арестовывались за распространение и хранение наркотиков, кражи со взломом, грабёж, воровство и мелкое хулиганство.

По семейному статусу клиенты почти равномерно были представлены лицами, состоящими в браке и одинокими, при этом около 50% были не удовлет-

ворены своим семейным положением. Среди лиц, обратившихся за помощью в амбулаторную службу РНПЦ МСПН, 12,8% – проживали с кем-либо, кто имеет текущие проблемы с алкоголем, 7,6% – проживали с теми, кто употребляет наркотики.

В течение жизни 73,4% клиентов были жертвами физической агрессии, 11,4% опрошенных в прошлом подвергались сексуальному насилию.

В отношении проблем с психическим здоровьем среди клиентов наблюдались следующие нарушения: аффективные расстройства (тревога, печаль, потеря контроля над яростью), когнитивные расстройства (нарушения памяти и внимания), высокими в группе были признаки суициального поведения (мысли о суициде в прошлом – у 59,5% клиентов, попытки суицида – у 40,5%).

Ниже представлены результаты деятельности амбулаторной службы, созданной в рамках проекта TREATNET, в г. Павлодаре за весь период реализации проекта (таблица 5).

Таким образом, деятельность амбулаторной службы и внедрённая модель услуг позволили достичь показателей удержания клиентов в программе около 80%, воздержания от употребления ПАВ в течение года в 40% случаев и достичь показателя удовлетворённости лечебными и социальными услугами среди 85% клиентов, обратившихся за помощью.

Далее предлагается более подробное описание некоторых технологий и подходов, которые были внедрены и использовались в ходе проекта.

Скрининг и краткосрочные интервенции

Вместе с общепризнанным фактом того, что зависимость от ПАВ связана со значительными заболеваниями и смертностью, также существуют свидетельства того, что проблемное потребление и злоупотребление ПАВ также является бременем для всей системы здравоохранения, которое может на-

Таблица 5

Результаты деятельности амбулаторной службы по основным индикаторам

Индикатор	2010-2011	2011-2012	2013-2014	Все годы
Кол-во лиц охваченных услугами	181	100	60	341
Кол-во лиц, выбывших из программы досрочно	31 (17,1%)	18 (18%)	7 (11,6%)	56 (16,4%)
Кол-во лиц, находящихся в ремиссии в течение года	79 (43,6%)	35 (35%)	26 ¹ (43,1%)	140 (41,1%)
Улучшения соматического здоровья	112 (61,9%)	53 (53%)	41 (68,3%)	206 (60,4%)
Улучшения психического здоровья	132 (72,9%)	59 (59%)	47 (44,8%)	238 (69,8%)
Улучшения социального здоровья	42 (23,2%)	23 (23%)	16 (26,5%)	81 (23,8%)

¹ Количество лиц, не употребляющих ПАВ и вошедших в лечебную программу в 2014 году.

много превосходит бремя, связанное с зависимостью от ПАВ. Скрининг является одной из эффективных процедур в системе здравоохранения, которая позволяет определить проблемы со здоровьем или идентифицировать факторы риска на ранней стадии, до того, как разовьётся более серьёзное заболевание или другие сопутствующие проблемы.

Международной группой исследователей и клинических экспертов при поддержке ВОЗ был разработан тест на выявление проблем, связанных с потреблением алкоголя, табака и наркотиков (ASSIST), позволяющий идентифицировать лиц, употребляющих ПАВ, а также осуществлять дальнейшие вмешательства в виде краткосрочных интервенций или перенаправления для более детальной оценки и лечения. Данный инструмент был специально разработан для учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), и, в отличие от ранее разработанных скрининговых инструментов, позволяет оценить риск, связанный с потреблением всех ПАВ, включая инъекционное потребление (см. http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/#).

ASSIST предоставляет информацию о потреблении клиентом ПАВ в течение жизни, потреблении ПАВ и сопутствующих проблемах в течении последних трёх месяцев. Он позволяет определить широкий спектр проблем, связанных с потреблением ПАВ, включая острую интоксикацию, регулярное потребление, зависимое или рискованное потребление.

Также на основе ASSIST осуществляются краткосрочные интервенции, которые обычно делятся от 3 до 15 минут и проводятся медицинским персоналом в отношении клиентов, прошедших скрининг ASSIST. После проведения скрининга результаты позволяют определить степень риска (низкий, умеренный и высокий) в отношении всех ПАВ. Эти данные, зафиксированные на стандартной карточке обратной связи ASSIST, передаются клиенту с указанием имеющихся или возможных проблем со здоровьем, связанных с его/ее потреблением ПАВ. Дальнейшая беседа в отношении заинтересованности клиента в результатах позволяет медицинскому персоналу провести с клиентом краткосрочные интервенции в не конфронтационной форме. В рамках этих интервенций с клиентом обсуждаются изменения, которые он/она может сделать в отношении потребления ПАВ.

Данная процедура особенно эффективна в отношении лиц, имеющих умеренный риск.

Благодаря реализации проекта в Республике Казахстан на данный момент есть команда тренеров, способная обучать специалистов медицинских учреждений применению скринингового инструмента ASSIST и краткосрочных интервенций, а также мастер-тренеры, которые могут обучить других тренеров, преподавателей реализации образовательных семинаров по данному инструменту.

В рамках проекта с 2010 года в г. Павлодаре реализовывались услуги по проведению скринингов и краткосрочных интервенций на основе ASSIST в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

В начале проекта были направлены письма в Управление здравоохранения Павлодарской области о деятельности проекта, и с просьбой оказать содействие в привлечении различных медицинских учреждений к проведению скринингов и краткосрочных интервенций. Также были направлены письма в медицинские организации города с просьбой номинировать специалистов для обучения и дальнейшего участия в проекте.

В результате в проекте приняли участие специалисты кожно-венерологического диспансера и Областного центра СПИД. Ождалось, что в проекте примут участие специалисты противотуберкулёзного диспансера, токсикологических, травматологических отделений, но в виду разных причин они не были вовлечены в проектные мероприятия.

Для реализации скринингов и краткосрочных интервенций были подготовлены соответствующие вспомогательные формы и информационные материалы. Использовался рекомендуемый информационный пакет для скринингового инструмента ASSIST, разработанный ВОЗ. Таким образом, при поддержке проекта все привлекаемые специалисты были полностью снабжены всеми необходимыми материалами, а также получали дополнительное вознаграждение за оказанные услуги. Более подробно ознакомиться с русскоязычной версией ASSIST, используемой в рамках проекта, можно в Приложении 3.

Всего за весь период реализации проекта услугами скрининга и краткосрочных интервенций на основе ASSIST было охвачено 4 620 клиентов (таблица 6), обратившихся за консультационной или по-

Таблица 6

Количество лиц, охваченных услугами скрининга и краткосрочных интервенций за весь период реализации проекта

Индикатор	2010-2011	2012-2013	2013-2014	Всего
Кол-во лиц, охваченных скринингами	1 920	1500	1200	4620
Кол-во лиц, охваченных краткосрочными интервенциями²	870 (45,3%)	651 (43,4%)	691 (57,6%)	2212 (47,9%)
Кол-во лиц, перенаправленных в профильные учреждения²	167 (8,7%)	122 (8,1%)	29 (2,4%)	318 (6,9%)

² (...) Доля лиц, охваченных услугой, из всех прошедших скрининг.

ликлинической помощью в кожно-венерологический диспансер, Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД в г. Павлодаре.

При анализе скринингов, выполненных в 2013-2014 годах, алкоголь является наиболее потребляемым ПАВ в течение жизни (таблица 7) среди лиц, охваченных услугами скрининга и краткосрочных интервенций. Далее по распространённости следуют табак, вещества каннабиноидной группы (марихуана, гашиш и т.д.), опиоиды (героин, опий и т.д.), седативные вещества, ингалянты.

Алкоголь также является наиболее потребляемым ПАВ за последние 3 месяца (таблица 8) среди лиц, охваченных услугами скрининга и краткосрочных интервенций, далее по распространённости следуют табак, вещества каннабиноидов группы (марихуана, гашиш и т.д.), опиоиды (героин, опий и т.д.), седативные вещества, стимуляторы амфетаминового вида.

При анализе степени риска в отношении развития определенных заболеваний и других последствий, связанных с потреблением ПАВ, можно сделать вывод, что наиболее проблемными вещества-

ми среди тех, кто когда-либо потреблял то или иное ПАВ, являются опиаты, табак, алкоголь, вещества каннабиноидной группы и седативные вещества (таблица 9). В отношении лиц с низким риском медицинским персоналом осуществлялась обратная связь и передавалась превентивная информация. Лица с умеренным риском получали обратную связь от специалистов, информацию и краткосрочные интервенции. Лица с высоким риском, в дополнении к обратной связи и краткосрочным интервенциям, перенаправлялись в профильные учреждения для более детальной оценки, консультации и лечения.

На основе полученного опыта можно сделать вывод о том, что использование скринингов на потребление ПАВ и краткосрочных интервенций может быть рекомендовано для использования в системе первичной медико-санитарной помощи РК. Кабинеты доврачебной консультации, кабинеты психолога являются наиболее оптимальным местом в структуре ПМСП для внедрения данных технологий. При этом следует отметить, что нормативные документы в системе здравоохранения РК создают bla-

Таблица 7

Потребление ПАВ в течение жизни среди клиентов областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД и кожно-венерологического диспансера по результатам скрининга (n=1200)

Индикатор	Центр СПИД	Кожно-венерологический диспансер	Всего
Табак	91,7%	65,7%	78,7%
Алкоголь	95,8%	81,0%	88,4%
Каннабис	40,6%	17,0%	28,8%
Кокайн	0,6%	0,7%	0,65%
Амфетамины	1,3%	1,7%	1,5%
Ингалянты (ЛОС)	6,4%	1,2%	3,8%
Седативные вещества	13,1%	1,7%	7,4%
Галлюциногены	1,6%	0,8%	1,2%
Опиаты	22,0%	1,7%	11,85%
Другие	0,6%	0,0%	0,3%

Таблица 8

Потребление ПАВ в течение последних 3 месяцев среди клиентов областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД и кожно-венерологического диспансера по результатам скрининга (n=1200)

Индикатор	Центр СПИД	Кожно-венерологический диспансер	Всего
Табак	74,8%	34,0%	54,4%
Алкоголь	88,8%	58,0%	73,4%
Каннабис	16,3%	4,3%	10,3%
Кокайн	0,0%	0,0%	0,0%
Амфетамины	1,0%	0,0%	0,5%
Ингалянты (ЛОС)	0,0%	0,0%	0,0%
Седативные вещества	1,3%	1,0%	1,15%
Галлюциногены	0,0%	0,0%	0,0%
Опиаты	12,1%	0,3%	6,2%
Другие	0,6%	0,0%	0,3%

Таблица 9

*Распределение лиц, когда-либо потреблявших ПАВ,
по степени риска для каждого из ПАВ*

Индикатор	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
Табак (n=945)	40,8%	58,5%	0,7%
Алкоголь (n=1061)	70,4%	27,6%	2,0%
Каннабис (n=346)	70,1%	29,9%	0,0%
Кокайн (n=8)	80,0%	20,0%	0,0%
Амфетамины (n=18)	66,7%	33,3%	0,0%
Ингалянты (ЛОС) (n=46)	70,8%	29,2%	0,0%
Седативные вещества (n=89)	78,3%	19,6%	2,2%
Галлюциногены (n=15)	100,0%	0,0%	0,0%
Опиаты (n=142)	7,9%	81,6%	10,5%
Другие (n=4)	0,0%	100,0%	0,0%

гоприятные условия для применения скринингов и краткосрочных интервенций.

Оценка и планирование лечения

В амбулаторных условиях специалисты, прошедшие обучение по соответствующим учебным модулям Treatnet, оказывали услуги по оценке потребностей (с использованием ИТА), планированию лечения и кейс-менеджменту.

Индекс Тяжести Аддикции оценивает частоту и тяжесть злоупотребления психоактивными веществами, а также тип и степень тяжести психосоциальных проблем, которые обычно сопровождают злоупотребление ПАВ (проблемы медицинского, психического, юридического, семейного, социального характера). Обобщение мирового опыта по использованию ИТА позволяет оценить данный инструмент как достаточно удобный для планирования, проведения и оценки лечебного процесса.

ИТА может использоваться как основной регистрационный документ, который отражает не только паспортную часть и проблемные области клиента, но и содержание лечебной работы. Он также позволяет отслеживать динамику состояния пациента, оценивать эффективность проделанной работы, направление и степень изменений.

В рамках проекта использовалась версия ИТА, разработанная в рамках проекта «Treatnet» (см. Приложение 4. Индекс тяжести зависимости (ИТЗ), ИТЗ Treatnet UNODC, версия 3.0).

По сути, ИТА является структурированным интервью, и работа с ним включает взаимосвязанные стадии. На клиента составляется своеобразное досье, разбитое на ряд разделов, к которым можно возвращаться на последующих этапах лечения, вносить дополнения и уточнения, оценивать промежуточные и итоговые результаты совместной деятельности специалистов и клиента на пути выздоровления. Работа с ИТА включает в себя следующие стадии: собственно интервью, формулировка проблем, детализация проблем, формулирование целей реабилитации и плана помощи, оценка степени дости-

жения целей терапии и удовлетворенности результатами лечения.

На заполнение опросника требуется, в среднем, от 30 до 40 минут.

На стадии формулирования проблем основной целью интервью является проведение скрининга проблемных областей пациента, которые включают следующие разделы:

- медицинский статус;
- образование; работа/поддержка;
- зависимости: алкоголь; наркотики и другие вещества;
- юридический статус;
- семейный/социальный статус;
- психиатрический статус.

Для определения клиентом и специалистом степени тяжести проблем по каждому разделу используется шкала оценки тяжести проблем и потребности в лечении/консультации. В каждом разделе специалисту предлагается блок для фиксации своих комментариев и примечаний. Данные комментарии уточняют и детализируют ответы клиента, что позволяет другим специалистам, работающим с клиентами, правильно оценить ситуацию клиента и обеспечить его соответствующим уходом. Итогом интервью является определение наиболее актуальных проблем и регистрация результатов. Профиль проблем позволяет сделать обзор и сравнение рейтингов оценки тяжести проблем и потребности в помощи, определить приоритет проблем, требующих первоочередного решения и выбрать направление помощи в процессе совместного анализа полученного профиля.

После заполнения основных 7 разделов ИТА, формулировки и определения приоритетности в решении проблем, специалист совместно с клиентом переходят к составлению лечебного плана, определяющего совместные шаги в решении проблем клиента.

План лечения определяет наиболее важные цели лечения для клиента, выявленные в ходе оценки, описывает измеримые, определенные во времени

шаги к достижению этих целей, отражает письменное или устное согласие между специалистом и клиентом. Наиболее важным моментом в составлении плана является участие самого клиента, который работает со специалистом для того, чтобы определить и согласовать цели лечения и определить стратегии их достижения, что само по себе может служить сильным мотивирующим фактором на лечение. План лечения должен быть динамичным, несмотря на то, что план разрабатывается во время первичного осмотра, он продолжает совершенствоваться и пересматриваться в процессе всего лечения, отражая изменения в состоянии и потребностях клиента.

Планирование лечения включает в себя несколько компонентов (см. Приложение 5. План лечения на основе Индекса Тяжести Аддикции):

- *постановка проблемы* – это компонент, который включает в себя информацию, полученную в ходе оценки (ИТА, проблемный лист);
- *постановка цели*, которая включает в себя конечный и желаемый результат решения проблем клиента;
- *постановка задач*, в которых определяются конкретные действия, которые должен предпринять клиент, чтобы достичь поставленных целей;
- *интервенции*, которые определяют, что должен делать персонал для помощи клиенту в продвижении к намеченным целям и для выполнения имеющихся задач;
- *сильные стороны клиента* – компонент, отражающий внутренние и внешние ресурсы клиента, которые способствуют успешному прохождению лечебного процесса (капитал выздоровления);
- *участники планирования* – лица, принимающие участие в процессе планирования, которые должны быть задокументированы и выразить свое отношение к разработанному плану.

Основная цель первого компонента «постановка проблемы» – детализация и конкретное уточнение проблемы, которые достигаются в процессе совместного интервью, основанного на принципах мотивационного интервьюирования и с учётом стадии изменения, на которой находится клиент. Данные регистрируются в соответствующей учётной форме – «Детализации проблем клиента». Процесс конкретного формулирования и регистрации результатов проводится в заранее структурированных формах досье, что помогает клиенту по-новому взглянуть на свою проблемную ситуацию и на возможные пути её решения. При этом в написании проблемных утверждений необходимо учитывать ряд важных моментов: использование безоценочного подхода, отсутствие жаргона, полная структура пред-

ложения (Кто? Что будет делать? При каких обстоятельствах? Как? и т.д.).

В процессе работы клиент является активным действующим участником и совместно со специалистом принимает заключительные решения в отношении формулировки уточненной проблемы и требования помощи, приобретая навык ответственного выбора и принятия решения. Следует отметить, что все идентифицированные проблемы в ходе оценки должны быть включены независимо от доступности услуг в учреждении, вне зависимости от того, можно ли их решить сразу или можно отсрочить, и каждая секция должна быть рассмотрена. Данний подход предполагает направление в другие службы, что эффективно в решении различных по природе проблем.

На следующей стадии формулируются цели лечения, которые должны быть сформулированы в максимально конкретной и измеримой форме (отражающие изменения в поведении и состоянии).

Работа с целями предлагает следующие преимущества для специалиста и клиента:

- определение направления и содержания желаемых изменений;
- выявление конкретных предложений по оказанию помощи, сотрудничеству с определённым специалистом;
- приобретение новых знаний, умений, навыков, способствующих эмоциональным, когнитивным и поведенческим изменениям, и мотивирующими на отказ от ПАВ;
- удержание в лечебной программе на длительный срок;
- определение возможностей формулирования целей для плана помощи на послелечебном этапе.

План лечения должен выстраиваться на основе биopsихосоциального подхода и охватывать все жизненно важные сферы каждого клиента (индивидуальный план), и должен включать в себя, кроме прочего: обзор целей помощи, согласованный с каждым специалистом отдельно; отметку клиента о выполнении задач; сроки и частоту проведения лечебных мероприятий; совместную (клиента и специалиста) оценку степени достижения поставленных целей; общую совместную оценку удовлетворённости результатами лечения; план последующих действий.

Периодически необходимо проводить оценку степени достижения целей лечения и удовлетворённости результатами лечения. Совместная оценка достигнутых результатов помощи и общая оценка удовлетворённости результатами лечения проводится неоднократно по достижению определённых целей и при постановке новых целей, показатели оценки регистрируются в форме индивидуального плана лечения.

Если в ходе обсуждения клиент и специалист приходят к выводу, что цель достигнута в недоста-

точной степени или совершенно не достигнута, необходимо после проведенного анализа выбрать одну из следующих альтернативных возможностей:

- продолжить проводимые лечебные мероприятия ещё некоторое время;
- составить новый индивидуальный план помощи;
- вернуться на этап уточнения проблемы, соответствующей проблемной зоны.

Безусловно, в плане отражаются и потребности клиента, которые требуют перенаправления к другим поставщикам услуг, либо те, которые могут быть отложены для решения на более поздний срок.

Таким образом, ИТА и лечебный план, составленный на основе ИТА и других проведённых оценок, являются своеобразным документированным маршрутом клиента на пути выздоровления. На этом маршруте четко определяется, кто и что должен делать на каждом из шагов, и как будет измеряться прогресс в продвижении в лечебной программе.

Медикаментозная терапия и поддержка

Задачей поддерживающей, противорецидивной терапии является предупреждение возврата к приёму наркотиков, а также помощь и поддержка в процессе реадаптации, ресоциализации лиц, зависимых от наркотиков. Поздние постабstinентные расстройства могут присутствовать или обостряться в течение 12 месяцев после прекращения употребления опиоидов, и на сегодняшний день наиболее приемлемой и показавшей свою эффективность является комплексная медикаментозная терапия, направленная на коррекцию поведенческих, аффективных, волевых и динамических расстройств в этом периоде³.

Для профилактики психопатоподобного поведения и снижения аффективной напряжённости вследствие обостряющегося влечения к наркотику рекомендуется применение нейролептиков пролонгированного действия, в частности галоперидола деканоата 25-50 мг внутримышечно 1 раз в месяц, с учётом всех противопоказаний, существующих для этого препарата. Длительность подобного лечения может составлять до 6 месяцев и более.

Наиболее часто для предупреждения рецидивов у больных опийной наркоманией используется такой специфический антагонист опиатных рецепторов, как налтрексон. Метод лечения с помощью данного антагониста основан на «метаболической блокаде» опиатных рецепторов. Налтрексон предупреждает типичное наркотическое действие опиоидов в случае их приёма (достижения эйфории при срывке), либо (реже) вызывает возникновение псевдоабстинентного статуса в результате «фармакологичес-

кого конфликта» между налтрексоном и принятыми опиоидами. Лечение данным препаратом проводят только лицам, прошедшим соответствующее обследование и имеющим нормальные показатели лабораторных тестов (в первую очередь – функции печени). Препарат принимают не ранее 10 дней после последнего приёма наркотиков в дозировке 50 мг в сутки (350 мг в неделю). Начинать лечение лучше в стационаре, так как даже после рекомендованных 10 дней воздержания при первом приёме препарата возможно возникновение осложнений. Начинать лучше с 10 мг в сутки, затем при нормальной переносимости повышать дозу в течение 5 дней до 50 мг сутки. Длительность лечения в течение 6 месяцев и более (иногда в течение нескольких лет). Достоверность воздержания от употребления опиоидов возрастает, если приём налтрексона контролируется со стороны ближайшего окружения клиента. Этот метод наиболее эффективен для лиц с высокой мотивацией на излечение и благоприятным социальным окружением.

При коррекции поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений в постабстинентном периоде, следует дифференцировать подходы на раннем постабстинентном периоде, который длится в течение 30 дней после купирования абстинентных расстройств, и поздний постабстинентный период длительность, которого может достигать 12 месяцев. Публикуемые рекомендации касаются, в основном, раннего постабстинентного периода. Коррекция расстройств, характерных для постабстинентного периода, в зависимости от тяжести их проявлений, возможна как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Закономерным проявлением этого периода является обострение влечения к наркотику после минования пика абстинентного синдрома (псевдоабстинентный синдром). Клинически это проявляется поведенческими нарушениями различного регистра – от астенодепрессивного синдрома, тревожности до выраженной дисфории с внешне немотивированным отказом от дальнейшего лечения, агрессией по отношению к окружающим больным и медицинскому персоналу.

С целью профилактики обострения патологического влечения рекомендуется назначение, сразу после купирования острых абстинентных проявлений, рисперидона (рисполепт) 0,5-4 мг в сутки в таблетированной форме и в форме раствора. Длительность курса составляет 4-8 недель.

При компульсивном варианте влечения препаратами выбора являются нейролептики хлопромазин (аминазин), галоперидол в дозах, указанных выше, клозапин (азалептин) 100-200 мг в сутки, а так-

³ Грузман А.В., Кусаинов А.А., Рамм А.Н., Садвакасова Г.А., Тулегенова Б.Е., Башилов В.В. Дифференцированное лечение синдромов отмены и патологического влечения к наркотику у больных с зависимостью от опиоидов: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006.

же «корректор поведения» перициазин (нейулептил) в дозах до 40 мг в сутки. Длительность курса составляет 4-8 недель.

Применение антидепрессантов патогенетически наиболее оправданно для лечения обсессивного компонента патологического влечения. Предпочтение отдаётся антидепрессантам, обладающим седативным действием: флуоксамин, сертралин, амитриптилин в среднесуточных дозировках. Антидепрессанты также используются для купирования аффективных расстройств. Продолжительность лечения с помощью данной группы препаратов составляет 4-8 недель. Учитывая, что клиническое действие антидепрессантов развивается через 10-14 дней от начала их приёма, то на это время целесообразно их сочетание с нейролептиками, обладающими седативными свойствами.

Для купирования патологического влечения, в структуре которого доминируют дисфорические расстройства, традиционно используются и противосудорожные средства, обладающие нормотимическим действием, такие как карбамазепин в дозе 400-600 мг/сутки с продолжительностью курса 2-4 недели. Однако следует помнить, что противосудорожные препараты путём ингибиции или активации печеночных ферментов могут заметно изменять концентрацию других психотропных препаратов. Поэтому последствием сочетанного применения этих препаратов в больших дозах может быть усиление побочного действия и токсических реакций, присущих как противосудорожным, так и другим психотропным препаратам.

При преобладании астенических и апатических проявлений препаратами выбора являются: сульпирид (бетамакс, эглонил) в дозах до 150-200 мг в сутки, флуоксамин 50-100 мг в сутки, которые назначаются на период 4-8 недель. В этих случаях также показаны ноотропы и адаптогены. Рекомендуется назначение пироцетами в среднесуточной дозировке 0,8-2,4 грамм, фенибут в дозе 1,5 грамм в сутки, оказывающий седативное и ноотропное действие, пантогам в той же дозе, танакан по 1 таблетке 3 раза в день. Ноотропы назначаются курсом от 2 до 4 недель.

Для коррекции агритнического синдрома (бессонницы) используются снотворные препараты третьего поколения – зопиклон (имован), золпидем (нитрест) и производное бензодиазепинов – нитразепам. При назначении снотворных препаратов у больных, страдающих зависимостями от психоактивных веществ, должны соблюдаться определённые правила. Эти препараты должны применяться в минимально эффективных дозировках (зопиклон – 7,5 мг; золпидем – 10 мг; нитразепам – 5 мг), чередоваться между собой и назначаться курсами не более 5 дней подряд. В случае отсутствия эффекта в течение 5 дней целесообразно отменить снотворные и перейти на приём нейролептиков: левомеп-

ромазин (тизерцин) или клозапин (азалептин) в дозах до 50 мг на ночь.

Резидуальные болевые ощущения в мышцах и суставах в структуре постабстинентных нарушений могут устраняться назначением ненаркотических анальгетиков (таких, как диклофенак, бутадион, кеторолак).

Более 70% клиентов, проходивших программу амбулаторной помощи при РНПЦ МСПН, нуждались в назначении противорецидивной терапии: это блокаторы опиоидных рецепторов (налтрексон), антидепрессанты (флуоксамин), корректоры поведения (рисперидон), тимоаналептики (грандаксин, карбамазепин), сомнолептики (сомнол), анальгетики (кетонал).

В качестве основной противорецидивной схемы лечения для клиентов в амбулаторных условиях была принята схема, разработанная и апробированная в РНПЦ МСПН (Грузман А.В., Кусаинов А.А., Садвакасова Г.А. и др., 2006).

Данную схему составляют четыре группы препаратов: нейролептики, антидепрессанты, тимоаналептики и по показаниям сомнолептики.

Наиболее эффективным, с нашей точки зрения, является сочетание следующих лекарственных препаратов: атипичный нейролептик рисперидон (Риспоксол) в дозе 2-4 мг в сутки; антидепрессанты из группы СИОЗС третьего поколения флуоксамин (Феварин) в дозе 50-100 мг в сутки, обладающий как стабилизирующим, так и незначительным седативным эффектом; карбамазепин, обладающий тимоаналептической и вегетостабилизирующей активностью, в дозе 200 мг в сутки.

Данная схема препаратов назначалось преимущественно во вторую половину дня либо на ночь в течение не менее 2-4 недель, с последующим обязательным контролем состояния при повторном посещении клиента. По показаниям в первые пять дней (не более) до начала кумулятивного действия препаратов со снотворной целью назначался сомнол по 7,5 мг на ночь.

Со второго месяца наблюдения при стабилизации состояния (положительным критерием являлись нормализация психического состояния, положительная социальная динамика) нейролептик и карбамазепин отменялись, дозы антидепрессантов обычно оставались прежние, редко шло снижение дозировки в половину. В некоторых случаях карбамазепин заменялся грандаксином с дозой 50 мг и приёме во вторую половину дня.

Более половины клиентов получали поддерживающую симптоматическую терапию с патологией печени (гепатит С), желудка, поджелудочной железы, почек, сердца и лёгких, около 13% клиентов имели положительный статус ВИЧ. Для этих целей использовались следующие группы препаратов: гепатопротекторы (симепар, гепадиф, гептран, апкосул), спазмолитики (дротаверин, но-шпа), противовязен-

ные (омепразол, алмагель), антибиотики (ципрофлоксацин, амоксикилав, палин), ферментативные (мезим форте, имодиум), жаропонижающие (аспирин), витамины (витрум), отхаркивающие (амброксол), сердечные препараты (рибоксин, эналаприл), сосудистые (винпацетин).

Из сопутствующих соматических заболеваний в 98% случаев терапевтом назначалось лечение гепатопротекторами. Группа гепатопротекторов была представлена следующими препаратами: Гептрапал в дозе 400-600 мг либо Гепадиф в течение 2 недель с последующим назначением Семипара либо Апкосула по 3 капсулы в день в течение 1-2 месяцев. Назначение гепатопротекторов сопровождалось обязательным контролем печеночных показателей в крови.

В 40% случаев пациенты обращались с различными расстройствами со стороны желудочно-кишечного тракта: проявления хронического гастрита, панкреатита, холецистита, а также мочеполовой системы. В этих случаях схемы лечения носили, в основном, вспомогательный симптоматический характер.

Социальная интеграция

С целью социальной интеграции и адаптации лиц, прошедших лечение в связи с проблемами потребления ПАВ, в г. Павлодаре в рамках проекта TREATNET была организована услуга «Дом на полпути». Важность успешного приближения к независимой жизни в обществе обусловлена тем, что первые несколько месяцев после выписки из стационара сопряжены с наиболее высоким уровнем стресса и риском рецидива.

«Дом на полпути» – это место проживания, которое функционирует как промежуточная стадия между программой лечения в стационаре и полностью независимым проживанием в общине. Одним из преимуществ данной услуги является сохранение трезвости и воздержания от употребления ПАВ и полноценное возвращение к жизни в обществе. Соответственно в ходе проживания в «Доме на полпути» клиенты получают возможность развить навыки контроля над проблемным поведением, улучшить навыки социального поведения и установить необходимые отношения и взаимосвязи в обществе, начать трудовую деятельность, приобрести финансовые навыки и навыки самообслуживания.

С точки зрения всей системы здравоохранения «Дома на полпути» позволяют предотвратить или уменьшить число госпитализаций, снизить затраты на лечение, максимально использовать ресурсы сообщества.

В рамках проекта TREATNET была предоставлена возможность организации «Дома на полпути» в г. Павлодаре для выпускников реабилитационных программ с предоставлением помощи и поддержки в поиске жилья, трудоустройстве, в ре-

шении семейных проблем, в профессиональном обучении и т.д.

В «Доме на полпути» людям в течение первых после завершения лечения месяцев обеспечивались щадящие и структурированные условия жизни, поддержка группы и помочь специалистов в поиске решений проблем.

Для оказания всесторонней и более эффективной помощи было наложено взаимодействие с различными общественными, государственными организациями и объединениями (системы социального обеспечения, агентства по найму, благотворительные организации и т.д.).

Для выпускников при «Доме на полпути» работает специальная программа поддержки, включающая занятия в малых группах, индивидуальные консультации и специальные лекционные курсы, а также участие в рабочих мероприятиях программы, выпускных и юбилейных празднованиях и т.д.

Основную проблему на первом этапе лицам, вышедшим из программ стационарного лечения, приходится решать в поиске недорого жилья. В г. Павлодаре на рынке арендного жилья достаточно высокие цены, особенно с учётом наличия в таких квартирах ремонта, мебели и средств связи (телефон, интернет, кабельное ТВ).

Достаточно часто люди, которые выходят из программы лечения, в первое время снимают квартиры вместе. Среди клиентов РНПЦ МСПН уже имелся опыт совместного проживания реабилитантов, также были случаи (как положительные, так и отрицательные) совместного проживания женщин и мужчин. Поэтому первоначально рассматривался вариант отдельного проживания лиц мужского и женского пола, однако в итоге остановились на первоначальном варианте совместного проживания. В последующем было принято решение ввести в программу «Дома на полпути» пакет регламентирующих документов, которые носили больше терапевтический характер – это Соглашение о прохождении программы ресоциализации и адаптации в центре «Дом на полпути», правила проживания и поведения в центре «Дом на полпути», правила внутренней жизни и расписка о добровольном согласии на ограничение некоторых личных прав и свобод на период прохождения программы ресоциализации и адаптации в центре «дом на полпути» (см. Приложения 6-9). При вхождении в программу каждый участник информировался об ограничениях, что давало возможность регулировать процесс пребывания в доме.

Поиск жилья занял около полутора месяцев, и в феврале 2014 года был составлен договор аренды четырехкомнатной квартиры в старом относительно благоприятном районе города, приближенной к основным необходимым объектам (лечебные организации, центр города, трамвайные и автобусные остановки, места для проведения досуга и т.п.).

Площадь квартиры составляла около 70 квадратных метров, на первом этаже в старом 5-этажном доме. Квартира нуждалась в ремонте и в ней отсутствовала какая-либо мебель. После осмотра квартиры консультантами по реабилитации и будущими жильцами «Дома на полпути» было принято решение арендовать жильё и самостоятельно произвести ремонт и оборудовать жильё мебелью и инвентарем, необходимых для комфортного проживания.

Ремонт предполагалось делать только своими силами. Первый поток клиентов (два парня и две девушки) имел опыт работы в строительных группах по евроремонту жилых помещений и за три недели отремонтировали квартиру, приведя ее в состояние, пригодное для проживания.

На следующем этапе необходимо было обеспечить квартиру мебелью и бытовой техникой (холодильник, стиральная машина, телевизор). На просьбу о помощи откликнулись сотрудники РНПЦ МСПН, которые передали «Дому на полпути» старые шкафы, пять кроватей, тахту, навесные полки, холодильник, телевизор. В последующем будущие жильцы дома при поддержке родственников повесили шторы, обзавелись постельным бельем, посудой и т.п. В начале марта 2014 года дом на полпути начал свое полноценное функционирование.

За девять месяцев проекта в программу «Дома на полпути» вошло двенадцать человек, прошедших полный курс реабилитации в РНПЦ МСПН. Каждый участник программы, в среднем, проживал в доме по три-шесть месяцев. Основным критерием для длительного срока проживания в «Доме на полпути» являлось добровольное участие молодых людей в качестве консультантов по реабилитации РНПЦ МСПН на безвозмездной основе.

Практически все участники программы смогли полноценно трудоустроиться. Большую роль в этом сыграл принцип самоподдержки и самопомощи ребят. Так бывшие участники лечебных программ, пройдя через трудности с оформлением прописки, трудоустройством, а также проявлениями стигматизации, активно делились своим опытом. В «Доме на полпути» имелся своего рода «каталог» мелких предприятий и организаций, где можно было трудоустроиться с минимальным пакетом документов. Одни ребята, проработав по три-четыре месяца после выхода из Центра и уезжая домой в свои регионы, трудоустраивали других на свои рабочие места.

Базовым компонентом программы «Дома на полпути» являлась работа консультантов по реабилитации. Взаимодействие по принципу «Равный равному» и еженедельные собрания терапевтического сообщества помогли создать атмосферу поддержки и взаимопомощи. «Дом на полпути» стал для молодых людей моделью нормативной семьи, где каждый несёт свою ответственность, каждый вносит вклад в совместное проживание и каждый окружён доверием и пониманием. Каждую пятни-

цу на собраниях ребята расписывали обязанности каждого на предстоящую неделю. В обязанности входили генеральная уборка дома, соблюдение порядка в комнате и в санузлах, приготовление пищи, покупка и доставка продуктов питания. Всё фиксировалось на специальном стенде. Контроль над исполнением возлагался на старшего в «Доме на полпути», которого резиденты выбирали сами, в основном из числа «старожилов».

Как уже говорилось выше, программу прошли двенадцать человек – семь мужчин и пять женщин. Все участники программы иногородние из Астаны, Алматы, Караганды, Усть-Каменогорска, Кокшетау, Экибастуз. Практически все имеют работу; четверо уже вышли из программы, двое самостоятельно снимают жильё и продолжают приходить в «Дом на полпути» на еженедельные собрания терапевтического сообщества; две участницы вернулись в родные города. Один участник не смог трудоустроиться, поскольку имел II группу инвалидности по состоянию здоровья. В последующем он тоже вернулся в родной город. Трое выпускников «Дома на полпути» на данный момент продолжают работать в качестве консультантов по реабилитации: двое – в Павлодаре и одна женщина по возвращению домой – в местном наркологическом диспансере.

По завершению проекта резиденты «Дома на полпути» настроены самостоятельно продолжать проживание на тех же принципах и правилах. Проект «Дом на полпути» для многих стал отправной точкой в социум, и самое главное – он дает огромную надежду всем тем, кто планирует выход после лечения из наркологических клиник.

Профилактика передозировок

В 2013 году был опубликован дискуссионный документ, который подготовил Сектор по профилактике наркомании и охране здоровья UNODC и группой по вопросам злоупотребления психоактивными веществами Департамента психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами ВОЗ в рамках совместной программы UNODC /ВОЗ по лечению наркозависимости и оказанию наркологической помощи. Более подробно ознакомится с этим документом можно на сайте UNODC http://www.unodc.org/docs/treatment/overdose_russian.pdf.

В значительном количестве стран данные о передозировке ограничены, а данные о смертности, вызываемой передозировкой ПАВ, как правило, оказываются заниженными. Так, на фоне сообщений о ничтожно малых количествах случаев летальных исходов от передозировок ПАВ, по данным официальной статистики, в Центральной Азии, 25,1 процента потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), обследованных в Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане в 2010 году, сообщили, что были сви-

детелями случаев смерти людей от передозировки наркотиков в предшествующие 12 месяцев⁴.

Иногда недооценивается и роль нелетальных передозировок, которые могут в значительной мере способствовать повышению заболеваемости, включая церебральную гипоксию, отек лёгких, пневмонию и сердечные аритмии, что в результате может приводить к продолжительной госпитализации и церебральным нарушениям.

В рамках проекта в 2013-2014 гг. в г. Павлодаре были инициированы мероприятия по профилактике передозировок среди лиц, потребляющих опиоиды инъекционным путем. Данные мероприятия включали в себя распространение налокосона среди потребителей и в ряде лечебных учреждений г. Павлодара, а также информационно-образовательные услуги.

На начало проекта было закуплено 1670 ампул налоксона и подготовлено 1500 информационных буклетов по профилактике передозировок для инъекционных потребителей опиоидов.

Предварительно были заключены соглашения с Областным центром по профилактике и борьбе со СПИД о привлечении пунктов доверия и аутрич-работников для распространения информационных буклетов и налоксона среди лиц, потребляющих наркотики. Также был проведён образовательный семинар для аутрич-работников по оказанию первой помощи при передозировке наркотиками и использованию налоксона.

За три месяца (с мая по июль 2014 года) 25 аутич-работникам и медработникам пунктов доверия было передано 500 ампул налоксона и 500 экземпляров информационных материалов.

В мае 2014 года 500 ампул наркозина также было передано на Станцию скорой медицинской помощи, в июле 2014 года 300 ампул этого препарата передано в пункты доверия при Областном наркологическом диспансере.

В августе 2014 года было закуплено еще 1400 ампул налоксона.

В сентябре запланирована передача еще 700 ампул налоксона на Станцию скорой медицинской помощи, и 300 ампул в Областной наркологический диспансер. В течение октября – ноября текущего года 770 ампул налоксона в ходе реализации проекта будут переданы аутрич-работникам Областного СПИД-центра.

Для оценки эффективности мероприятий по профилактике передозировок в рамках проекта среди аутрич-работников, которые раздают налоксон, проводится анкетирование. Опросы проводились спустя 30 дней после передачи налоксона аутрич-работникам для распространения. На момент составления отчета было проведено два анкетирования. В первом опросе приняло участие 17 из 25 задействованных аутрич-работников, во втором – 9. Результаты представлены в нижеследующей таблице 10. Таким образом, по результатам проведенного анкетирования установлено, что из общего количества переданных аутрич-работникам ампул налоксона и информационных материалов 52,7% разданы непосредственно потребителям инъекционных наркотиков. Из количества разданных ампул налоксона 16,3% использованы для первой помощи при передозировке наркотиками. При этом в 100% случаев эта помощь была своевременной и эффективной. Из числа аутрич-работников 69,5% сами являлись свидетелями случаев передозировки наркотиками за последние 30 дней.

Публикации и доклады о деятельности проекта TREATNET в Республике Казахстан

1. Аяганова Д.Е. Социально-медицинский профиль опиоидных наркозависимых, получающих противорецидивную наркологическую помощь в амбулаторном порядке // Доклад на НПК «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии», Оренбург, 21-22 ноября 2013 г.
 2. Аяганова Д.Е. Оказание амбулаторной наркологической помощи в рамках международного проекта // Ж. Психиатрия, психотерапия и наркология, Алматы, 2013. – № 2.

⁴ Population Services International, "Central Asian republics (2010): HIV and TB TRaC study evaluating risk behaviors associated with HIV transmission and utilization of HIV prevention and HIV/TB co-infection prevention among IDUs in Almaty, Karaganda, Osh, Chu, and Dushanbe-round one" (2010). См. по адресу: www.psi.org/sites/default/files/publication_files/2010-centralasia_trac_idu_hiv_tb.pdf (доступно с 31 октября 2011 года).

Таблица 10

Результаты анкетирования аутрич работников, распространяющих нарксоны

Индикатор	1 опрос	2 опрос	Всего
	Кол-во	Кол-во	Кол-во
Сколько ампул нарксона вы получили для дальнейшего распространения?	170	350	520
Сколько потребителей наркотиков получили от вас нарксоны и информационные материалы?	114	160	274
Сколько потребителей наркотиков, которым вы передали нарксон, использовали его для помощи при передозировке наркотиками?	17	68	85
Была ли оказанная помощь эффективной? (Количество респондентов, ответивших «Да»)	17	19	36 из 36
За последние 30 дней были ли Вы свидетелем передозировки при потреблении наркотиков? (Количество респондентов, ответивших «Да»)	6	19	25 из 36

3. Аяганова Д.Е. Социально-медицинский профиль опиоидных наркозависимых, получающих противорецидивную наркологическую помощь в амбулаторном порядке // Сборник тезисов, Оренбург, 21-22 ноября 2013 г.

4. Аяганова Д.Е. Опыт использования технологии полуструктурированного интервью ИТА для диагностики социальных и медицинских проблем и оказания противорецидивной и поддерживающей терапии у клиентов с опиоидной зависимостью в условиях амбулаторной помощи / Журнал «Психотерапия» № 7 (129), 2013. Материалы Объединенного Евроазиатского Конгресса по психотерапии (19 конгресс Европейской ассоциации психотерапии и 7 Паназиатский конгресс по психотерапии) «Психотерапия без границ: прошлое, настоящее, будущее» 5-7 июля 2013 г., г. Москва, Россия.

5. Аяганова Д.Е., Прилуцкая-Сущенко М.В. Амбулаторная реабилитация клиентов с опиоидной зависимостью (опыт использования ИТА): методические рекомендации. – Павлодар, 2014.

6. Аяганова Д.Е., Прилуцкая-Сущенко М.В. Использование технологии полуструктурированного интервью «Индекс Тяжести Аддикции» для диагностики социальных и медицинских проблем клиентов с опиоидной зависимостью в условиях амбулаторной помощи // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2013. – Т. XIX, № 2. – С. 31-35.

7. Аяганова Д.Е., Прилуцкая-Сущенко М.В. Описание социально-медицинского профиля опиоидных наркозависимых в условиях предоставления противорецидивной амбулаторной помощи // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2013. – Т. XIX, № 3. – С. 10-16.

8. Аяганова Д.Е., Прилуцкая М.В. Алгоритм организации амбулаторной службы для наркозависимых лиц в современных условиях // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2014. – Т. XIV, № 1. – С. 32-37.

9. Байкенов Е.Б. Мотивационное консультирование на различных этапах наркологической помощи: Методические рекомендации. – Павлодар, 2010. – 49 с.

10. Катков А.Л. Стандартные требования к организации этапа амбулаторного лечения и реабилитации в секторе добровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК: Методические рекомендации. – Павлодар, 2009. – 40 с.

11. Мусабекова Ж.К. Актуальность проведения первично-профилактических скрининговых мероприятий в предупреждении развития химических зависимостей у клиентов общей медицинской сети // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2011. – Т. XI, № 1. – С. 18-27.

12. Прилуцкая-Сущенко М.В. Опыт использования технологии полуструктурированного интервью ИТА для диагностики социальных и медицинских проблем у клиентов с опиоидной зависимостью в условиях амбулаторной помощи // Доклад на 1-м съезде специалистов, работающих в сфере психического здоровья, Алматы, 5-6 июня 2013 г.

13. Юсопов О.Г. Планирование лечения, работа с Индексом Тяжести Аддикции и мотивационное интервьюирование зависимых от ПАВ на этапах MCP // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 44-53.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Форма оценки тренинга TREATNET

Приложение 1

Дата: _____ Название тренинга: _____

ВЫРАЗИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, СВОЁ СОГЛАСИЕ ИЛИ
НЕСОГЛАСИЕ С НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ
ВОПРОСАМИ, КАСАЮЩИМИСЯ ТРЕНИНГА

	Абсолютно согласен	Согласен	Нейтрально	Не согласен	Абсолютно не согласен
1) Тренинг был хорошо организован	<input type="checkbox"/>				
2) Представленные материалы легко применимы	<input type="checkbox"/>				
3) Тренеры были внимательны к вопросам и комментариям участников	<input type="checkbox"/>				
4) Тренинг повысил мой уровень знаний по обсуждаемым вопросам	<input type="checkbox"/>				
5) Я планирую применить полученные во время тренинга знания во благо моих клиентов	<input type="checkbox"/>				
6) В целом, насколько Вы удовлетворены полученным во время тренинга опытом	<input type="checkbox"/>				
7) Какие специальные формы или навыки наиболее полезны для поддержки Вас как провайдера услуг	<hr/> <hr/> <hr/>				
8) Не будет ли трудным применить тренинг в вашей ежедневной работе как провайдера услуг:	<hr/> <hr/> <hr/>				
9) Каким образом тренеры могут улучшить данный тренинг:	<hr/> <hr/> <hr/>				

Форма оценки тренера TREATNET

Имя тренера: _____

Дата: _____ Название тренинга: _____

Выразите, пожалуйста, своё согласие или несогласие с нижеперечисленными вопросами, касающимися тренинга	Абсолютно согласен	Согласен	Средне	Не согласен	Абсолютно не согласен
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Тренер хорошо владел материалом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Тренер хорошо подготовился к тренингу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Тренер всегда сохранял зрительный и невербальный контакты по отношению к аудитории	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Тренер вовлекал участников тренинга в процесс обучения и мотивировал к участию	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Манера тренера говорить была нормальной (не слишком быстрой, не слишком медленной)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Тренер использовал разминки и интерактивные подходы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Тренер логически следовал слайдам в своих презентациях	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Материал был лёгким для восприятия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Тренер давал достаточно времени для вопросов от аудитории	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Тренинг был хорошо организован	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Тренер приводил примеры, когда объяснял концепции	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Тренер давал достаточное количество времени для практического подкрепления полученных навыков	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Тренер поощрял участников группы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Тренинг прошел весело и с активным участием слушателей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии:

Предложения по усовершенствованию тренинга:

ASSIST V3.0 и карточка ответов для клиентов**A. ВОЗ - ASSIST V3.0**

ВРАЧ **СТРАНА** **КЛИНИКА**
ПАЦИЕНТ **ДАТА**

Введение (Пожалуйста, прочтите пациенту)

Спасибо, что согласились принять участие в этом кратком интервью об алкоголе, табачной продукции и других наркотических средствах. Я задам Вам несколько вопросов о потреблении этих веществ в течение всей жизни и в последние 3 месяца. Эти вещества могут потребляться посредством курения, глотания, выдыхания через нос и рот, инъекций или в виде таблеток (покажите карточку с перечнем наркотических средств).

Некоторые из указанных веществ могут быть прописаны врачом (например, амфетамины, седативные и болеутоляющие средства). В рамках этого интервью мы не будем записывать медикаменты, которые используются по назначению Вашего врача. Тем не менее, пожалуйста, сообщите мне, если Вы принимали эти медикаменты по иным причинам, не по назначению, или принимали их чаще или в более высоких дозах, чем Вам было назначено. Так как нас также интересует информация об употреблении Вами различных запрещенных наркотиков, пожалуйста, будьте уверены, что подобная информация будет рассматриваться как строго конфиденциальная.

Примечание: перед тем, как задать вопросы, передайте пациенту Карточку ответов ASSIST

Вопрос 1

(Если пациент отвечает на вопросы повторно, то сверьте его ответы с первыми ответами на вопрос 1. Необходимо выяснить причину любых расхождений в ответах на этот вопрос.)

Какие из следующих веществ Вы <u>когда-либо</u> пробовали в течение Вашей жизни? (ТОЛЬКО НЕМЕДИЦИНСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ)	Нет	Да
а. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	3
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	3
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	3
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	3
д. Стимуляторы амфетаминового ряда ("спид", экстази и т.д.)	0	3
е. Ингаляционные наркотики (клей, бензин, растворители и т.д.)	0	3
ж. Седативные или снотворные средства ("Валиум", "Серепакс", "Рогипнол" и т.д.)	0	3
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	3
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	3
к. Другие - поясните	0	3

Зондируйте, если все ответы отрицательные:

"Нет? Даже когда Вы учились в школе?"

В случае ответа "Нет" по всем пунктам, завершите интервью.

Если получен ответ "Да" в отношении любого из этих пунктов, задайте вопрос 2 по каждому из когда-либо употреблявшихся веществ.

Вопрос 2

В течение <u>последних 3 месяцев</u> как часто Вы употребляли упомянутые Вами вещества (ПЕРВОЕ ВЕЩЕСТВО, ВТОРОЕ ВЕЩЕСТВО И Т.Д.)?	Ни разу	Однажды или дважды	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
а. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	2	3	4	6
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	2	3	4	6
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	2	3	4	6
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	2	3	4	6
д. Стимуляторы амфетаминового ряда ("спид", экстази и т.д.)	0	2	3	4	6
е. Ингаляционные наркотики (клей, бензин, растворители и т.д.)	0	2	3	4	6
ж. Седативные или снотворные средства ("Валиум", "Рогипнол" и т.д.)	0	2	3	4	6
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	2	3	4	6
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	2	3	4	6
к. Другие - поясните	0	2	3	4	6

В случае ответа «Никогда» по всем пунктам в вопросе 2, переходите к вопросу 6.

Если какие-либо вещества в вопросе 2 потреблялись в течение предыдущих трех месяцев, задайте вопросы 3, 4 и 5 в отношении каждого из употребленных веществ.

Вопрос 3

Как часто у Вас возникало сильное желание или позыв к употреблению (ПЕРВОГО ВЕЩЕСТВА, ВТОРОГО ВЕЩЕСТВА И Т.Д.) в течение <u>последних 3 месяцев</u>?	Ни разу	Однажды или дважды	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
а. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	3	4	5	6
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	3	4	5	6
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	3	4	5	6
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	3	4	5	6
д. Стимуляторы амфетаминового ряда ("спид", экстази и т.д.)	0	3	4	5	6
е. Ингаляционные наркотики (клей, бензин, растворители и т.д.)	0	3	4	5	6
ж. Седативные или снотворные средства ("Валиум", "Рогипнол" и т.д.)	0	3	4	5	6
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	3	4	5	6
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	3	4	5	6
к. Другие - поясните	0	3	4	5	6

Вопрос 4

Как часто употребление <i>(ПЕРВОГО ВЕЩЕСТВА, ВТОРОГО ВЕЩЕСТВА И Т.Д.)</i> приводило к проблемам со здоровьем, с законом, социальным или финансовым проблемам в течение <u>последних 3 месяцев?</u>	Nи разу	Однажды или дважды	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
	0	4	5	6	7
a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	4	5	6	7
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	4	5	6	7
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	4	5	6	7
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	4	5	6	7
д. Стимуляторы амфетаминового ряда (“спид”, экстази и т.д.)	0	4	5	6	7
е. Ингаляционные наркотики (клей, бензин, растворители и т.д.)	0	4	5	6	7
ж. Седативные или снотворные средства (“Валиум”, “Рогипнол” и т.д.)	0	4	5	6	7
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	4	5	6	7
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	4	5	6	7
к. Другие - поясните	0	4	5	6	7

Вопрос 5

Как часто Вам не удавалось сделать то, что от Вас обычно ожидается, по причине употребления Вами <i>(ПЕРВОГО ВЕЩЕСТВА, ВТОРОГО ВЕЩЕСТВА И Т.Д.)</i> в течение <u>последних 3 месяцев?</u>	Nи разу	Однажды или дважды	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
	0	5	6	7	8
a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	5	6	7	8
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	5	6	7	8
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	5	6	7	8
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	5	6	7	8
д. Стимуляторы амфетаминового ряда (“спид”, экстази и т.д.)	0	5	6	7	8
е. Ингаляционные наркотики (клей, бензин, растворители и т.д.)	0	5	6	7	8
ж. Седативные или снотворные средства (“Валиум”, “Рогипнол” и т.д.)	0	5	6	7	8
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	5	6	7	8
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	5	6	7	8
к. Другие - поясните	0	5	6	7	8

Задайте вопросы 6 и 7 по всем когда-либо употреблявшимся веществам (т.е. отмеченным в вопросе 1).

Вопрос 6

Выражал ли <u>когда-либо</u> Ваш друг, родственник или кто-либо ещё обеспокоенность в связи с потреблением Вами (ПЕРВОГО ВЕЩЕСТВА, ВТОРОГО ВЕЩЕСТВА И Т.Д.)?	Нет, никогда	Да, в последние 3 месяца	Да, но не в последние 3 месяца
a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	6	3
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	6	3
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	6	3
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	6	3
д. Стимуляторы амфетаминового ряда (“спид”, экстази и т.д.)	0	6	3
е. Ингаляционные наркотики (клей, бензин, растворители и т.д.)	0	6	3
ж. Седативные или снотворные средства (“Валиум”, “Рогипнол” и т.д.)	0	6	3
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	6	3
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	6	3
к. Другие - поясните	0	6	3

Вопрос 7

Предпринимали ли Вы <u>когда-либо</u> неудавшиеся попытки контролировать, сократить или прекратить потребление (ПЕРВОГО ВЕЩЕСТВА, ВТОРОГО ВЕЩЕСТВА И Т.Д.)?	Нет, никогда	Да, в последние 3 месяца	Да, но не в последние 3 месяца
a. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	6	3
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	6	3
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	6	3
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	6	3
д. Стимуляторы амфетаминового ряда (“спид”, экстази и т.д.)	0	6	3
е. Ингаляционные наркотики (клей, бензин, растворители и т.д.)	0	6	3
ж. Седативные или снотворные средства (“Валиум”, “Рогипнол” и т.д.)	0	6	3
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	6	3
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	6	3
к. Другие - поясните	0	6	3

Вопрос 8

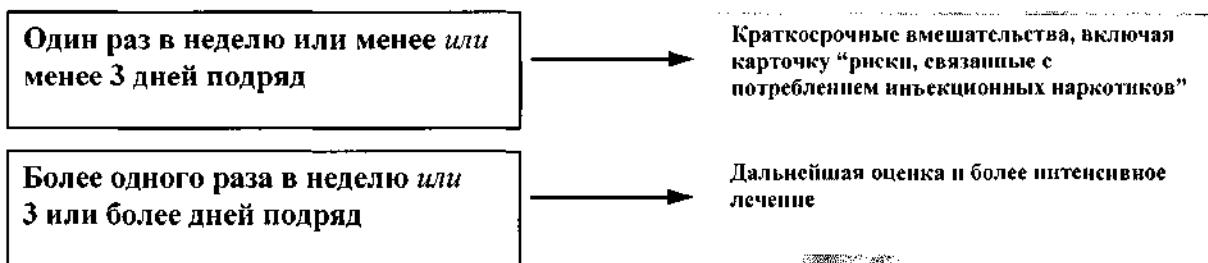
	Нет, никогда	Да, в последнее 3 месяца	Да, но не в последнее 3 месяца
Вы когда-либо потребляли какое-либо ПАВ инъекционным путем? (ТОЛЬКО НЕМЕДИЦИНСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ)	0	2	1

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ:

Пациентов, которые потребляли психоактивные вещества инъекционным способом в последние 3 месяца, следует спросить о характере потребления инъекционных наркотиков в течение этого периода времени для того, чтобы определить уровень риска и наилучшее направление вмешательства.

**ХАРАКТЕР ПОТРЕБЛЕНИЯ
ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ**

**РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА**



КАК ПОДСЧИТАТЬ СУММУ БАЛЛОВ ПО ПРОБЛЕМАМ, СВЯЗАННЫМ С КОНКРЕТНЫМ ПАВ.

По каждому веществу (обозначенному от а. до к.), суммируются баллы, полученные в ответ на вопросы 2-7 включительно. Не включайте результаты, полученные в ответ на вопросы 1 или 8 в этот подсчет. Например, балл для марихуаны будет рассчитан следующим образом: В2в + В3в + В4в + В5в + В6в + В7в. Заметьте, что В5 в отношении табака не кодируется, и рассчитывается как В2а + В3а + В4а + В6а + В7а.

Вид вмешательства определяется баллом пациента, набранным по конкретному веществу

	Залишите балл по конкретному веществу	Нет вмешательств	Краткосрочное вмешательство	Более интенсивное лечение*
а. табак		0-3	4-26	27+
б. алкоголь		0-10	11-26	27+
в. марихуана		0-3	4-26	27+
г. кокайн		0-3	4-26	27+
д. амфетамины		0-3	4-26	27+
е. ингаляционные наркотики		0-3	4-26	27+
ж. седативные средства		0-3	4-26	27+
з. галлюциногены		0-3	4-26	27+
и. опиоиды		0-3	4-26	27+
к. другие		0-3	4-26	27+

ПРИМЕЧАНИЕ: * Дальнейшая оценка и более интенсивное лечение могут быть предоставлены медицинским(и) работником(ами) в Вашем учреждении ПМСП или, по возможности, специалистом службы по лечению наркотической и алкогольной зависимости.

В. ВОЗ - ASSIST V3.0 КАРТОЧКА ОТВЕТОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Карточка ответов – вещества

а. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)
д. Стимуляторы амфетаминового ряда (“спид”, таблетки для похудения, экстази и т.д.)
е. Ингаляционные наркотики (веселящий газ, клей, бензин, растворители и т.д.)
ж. Седативные или снотворные средства (“Валиум”, “Серепакс”, “Рогипнол” и т.д.)
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)
к. Другие – поясните

Карточка ответов (Вопросы ASSIST 2-5)

Никогда: не потреблял в течение последних 3 месяцев

Однажды или дважды: 1 или 2 раза в последние 3 месяца

Ежемесячно: от 1 до 3 раз в течение месяца

Еженедельно: от 1 до 4 раз в неделю

Ежедневно или почти ежедневно: от 5 до 7 раз в неделю

Карточка ответов (Вопросы ASSIST 6-8)

Нет, никогда

Да, но не в последние 3 месяца

Да, в последние 3 месяца

**Индекс тяжести зависимости (ИТЗ),
ИТЗ Treatnet UNODC, версия 3.0.**

Tom Mak Леллан и Дени Каризе,
Исследовательский институт по проблемам лечения
www.tresearch.org

Помните: Это интервью, а не тест

ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ИТЗ:

1. Для всех клиентов предусмотрено **одно и то же стандартное интервью**.
2. В интервью есть **семь проблемных разделов** или **областей**: Медицинский статус, Работа и средства к существованию, Употребление алкоголя, Употребление наркотиков, Юридические аспекты, Семья и социальные связи, и Психиатрический статус.
3. Интервью продлится приблизительно **30-40 минут**.
4. **Шкала оценки пациента:** Информация, указываемая пациентом, имеет большое значение. В каждом разделе я попрошу Вас использовать эту шкалу, чтобы я мог определить, насколько Вас беспокоит та или иная проблема в каждом разделе. Кроме того, я также попрошу Вас указать, насколько важным для Вас является лечение той или иной проблемы.

Шкала оценки выглядит следующим образом:

- 0 – Совсем нет
- 1 – Немного
- 2 – Умеренно
- 3 – Значительно
- 4 – Очень сильно

5. Вся собираемая информация является **конфиденциальной**.
6. **Точность, достоверность** – Вы можете отказаться отвечать на тот или иной вопрос, если Вы считаете его неудобным, слишком личным или болезненным. Просто скажите нам: “Я хочу пропустить этот вопрос”. Отсутствие ответа лучше, чем недостоверный ответ!
7. В ходе интервью мы будем обсуждать **два временных периода**:
 1. В течение последних 30 дней
 2. В течение жизни

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ ИНТЕРВЬЮЕРА:

1. Не оставляйте незаполненных полей.
2. Давайте свои комментарии (если данный опросник по оценке ИТЗ будет читать другой человек, то у него должно сложиться достаточно полное представление о понимании клиентом своих проблем). При составлении комментария, пожалуйста, указывайте номер вопроса. Зондируйте и уточняйте!
3. X = вопрос без ответа. Клиент не может или не будет отвечать на вопрос.
4. N = вопрос неприменим. В каждом пункте должны быть инструкции по использованию кода «N».
5. Завершите интервью, если клиент предоставляет неверные сведения или не может понять два или более раздела.
6. Правило округления при описании продолжительности! Если в вопросе спрашивается о количестве месяцев, округляйте периоды в 14 дней или более до 1 месяца. Округляйте периоды в 6 месяцев или более до 1 года.
7. Советы и пояснения в опроснике ИТЗ представлены в виде пунктов и помечены «•».

Зондируйте, проводите перекрестные проверки и делайте много комментариев!

Международная стандартная классификация профессий и видов деятельности

1. Законодатели, должностные лица – Основные обязанности включают в себя разработку государственной политики, законов и нормативно-правовых актов, а также контроль за их соблюдением.
2. Дипломированные специалисты – Требуется высокий уровень профессиональных знаний в области естествознания, медико-биологических наук, общественных и гуманитарных наук.
3. Технические специалисты – Требуются технические знания и опыт в области естествознания, медико-биологических наук, общественных и гуманитарных наук.
4. Конторские служащие – Выполняют секретарские обязанности, обязанности по обработке документации и другие обязанности, связанные с обслуживанием клиентов.
5. Торговля и сфера обслуживания – Оказание услуг, связанных с туризмом, общественным питанием, торговлей в магазинах, домашним хозяйством, а также с обеспечением законности и правопорядка.
6. Квалифицированные сельскохозяйственные работники и работники рыбопромысловых предприятий – Выращивание сельскохозяйственных культур, животноводство, охота, лов или разведение рыбы и т.д.
7. Ремесла и промыслы – Основные обязанности включают в себя строительство зданий и других сооружений, производство различных продуктов. К этой категории также относятся ремесла и кустарные промыслы.
8. Операторы установок и оборудования – Основные обязанности включают в себя управление транспортными средствами и оборудованием или сборку продукции.
9. Элементарные виды деятельности – Выполнение простых и рутинных задач, например, продажа товаров на улице, работа швейцаром, уборка помещений, работа подсобным рабочим.
0. Вооруженные силы – Военнослужащие сухопутных войск, военно-морского флота, военно-воздушных сил и т.д. В данную категорию не включаются: сотрудники невоенной полиции, таможенной службы и военнослужащие в запасе.

ПЕРЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ:

Алкоголь:	Пиво, вино, ликеры и настойки, зерновые спирты (метиловый спирт)
Героин:	Герман, Эйч, Гериц, Гертруда, Гербалайф
Метадон:	Долофин, ЛААМ (лево-альфа ацетил метадол)
Опиаты:	Опиум, фентанил, бупренорфин; обезболивающие – морфин, дилаудид, демерол, перкоцет, даврон и т.д.
Барбитураты:	Нембутал, секонал, тиунал, амитал, пентобарбитал, секобарбитал, фенобарбитал, фиоринал, дориден и т.д.
Седативные/ Гипнотики/ Транквилизаторы:	Бензодиазепины = валиум, либриум, ативан, серакс, транксен, далман, альцион, ксанакс, мильтаун
Кокаин:	Прочее = хлоралъгидрат, куаалюды
Амфетамины/ Стимуляторы:	Иней, кокс, крек, кикер и т.д.
Марихуана:	Марихуана, гашиш, травка, ямба, гунья, банг, джамба, дагга, мара, анаша
Галлюциногены:	ЛСД (кислота), мескалин, псилоцибин (грибы), пейот, фенциклидин, метилендиоксиметамфетамин (MDMA), экстази, «ангельская пыль»
Ингалянты:	Веселящий газ, амилнитрит, клей, растворители, газолин, толуол и т.д.

ИНСТРУКЦИИ, КАСАЮЩИЕСЯ РАЗДЕЛА «УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ / НАРКОТИКОВ»:

В следующих вопросах идет речь о двух временных периодах: «в течение последних 30 дней» и «в течение жизни». Термин «в течение жизни» охватывает весь временной период жизни, за исключением последних 30 дней.

⇒ В ответах на вопросы, в которых говорится о 30 днях, следует указывать **только** количество дней, в течение которых употреблялся алкоголь или наркотики.

⇒ Термин «в течение жизни» используется для выявления **длительных периодов регулярного употребления** алкоголя или наркотиков.

⇒ Регулярное употребление =

1. Три и более раз в неделю
2. Запой
3. Нерегулярное употребление, представляющее собой проблему

⇒ Задавайте эти вопросы, используя следующие формулировки:

- «Сколько дней в течение последних 30 дней Вы употребляли ...?»
→ «В течение скольких лет в своей жизни Вы регулярно употребляли ...?»

D2. Алкоголь – до состояния опьянения не обязательно означает «пьяный». Используйте выражения «когда Вы почувствовали эффект», «поймали кайф», «забалдели» и т.д. вместо «интоксикации/опьянения». Как правило, 3 и более доз алкоголя за один раз, 4 или более доз алкоголя в день для женщин (5 или более доз алкоголя для мужчин) кодируются как «опьянение» для определения сильной степени пьянства.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

G1. № пациента _____

G2. Страна G2a. Центр

G2b. Программа G2c. Способ лечения

См. перечень стран, центров и программ на обороте опросника ИТЗ.

G3. Будет ли это лечение предоставляться в исправительном учреждении? 0=Нет 1=Да

G2c. Коды способов лечения:

1=Амбулаторно (<5 часов в неделю)

2=Интенсивное амбулаторное лечение (≥5 часов в неделю)

3=Сочетающееся с проживанием/стационарное

4=Терапевтическое сообщество

5=“Дом на полпути” (медицинское учреждение для реабилитации)

6=Детоксикация – стационарно (обычно 3 – 7 дней)

7=Детоксикация – амбулаторно

8=Опиоидная заместительная терапия, амбулаторно (метадон, бупренорфин и т.д.)

9=Другой (низкопороговые программы, ВОП, психотерапевты и т.д.)

Укажите _____

G4. Дата поступления

День Месяц Год

G5. Дата интервью

День Месяц Год

G6. Время начала: (часы: минуты) :

G7. Время окончания: (часы: минуты) :

G8. Категория: 1 – первичное 2 – повторное

G9. Код контакта: 1 – личный контакт

2 – по телефону (Первичный ИТЗ должен проводиться лично)

G10. Пол: 1 – мужской 2 – женский

G11. Номер кода/Ф.И.О. интервьюера

Имя

Адрес

G14. Как долго Вы проживаете по этому адресу?

/

Годы Месяцы

G16. Дата рождения: День Месяц Год

G16a. Возраст: лет

G17. К какой расе/этнической группе/национальности Вы себя относите?

Укажите _____

G18. У Вас имеются религиозные предпочтения?

1. Протестантизм 4. Ислам

7. Индуизм

2. Католицизм

5. Христианство, другое

8. Буддизм

3. Иудаизм

6. Нет

9. Другое (уточните в комментариях)

G19. Находились ли Вы в течение последних 30 дней в закрытом учреждении?

1. Нет
2. Исправительное учреждение
3. Лечение от алкоголизма/наркомании
• Место, где *теоретически* алкоголь/наркотики недоступны.
4. Медицинское лечение
5. Психиатрическое лечение
6. Другое _____

G20. Сколько дней?

- Если G19=Нет, G20= "NN". Указывает на общее количество дней, проведенных в закрытом учреждении за последние 30 дней.

КОММЕНТАРИИ К РАЗДЕЛУ «ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ»

(в своих комментариях указывайте номер вопроса)

G21. Направление: кто направил Вас на лечение? _____

Если в пункте G18 выбран вариант «Другое», пожалуйста, уточните _____

МЕДИЦИНСКИЙ СТАТУС

M1. Сколько раз в течение жизни Вы были госпитализированы в связи с медицинскими проблемами?

- Включайте случаи передозировки и алкогольного делирия. Исключайте детоксикацию, лечение от алкоголя/наркомании, психиатрическое лечение и роды (без осложнений). Учитывается число вызванных медицинскими проблемами госпитализаций, когда пациент был оставлен в стационаре **на ночь**.

M3. Есть ли у Вас какие-либо хронические медицинские проблемы, которые продолжают влиять на Вашу жизнь?

0=Нет 1=Да

- Если “да”, уточните в комментариях.
- Хроническая медицинская проблема – это серьезное физическое заболевание, требующее регулярного ухода (т.е., медикаментов, ограничений в питании), ограничивающее возможности пациента.

M4. Рекомендовал ли Вам поставщик медицинских услуг принимать какие-либо медикаменты на регулярной основе для решения проблем, связанных с физическим здоровьем?

0=Нет 1=Да

- **Не включайте различные лекарственные средства, выданные не медицинским работником.** Это должны быть медикаменты для лечения соматического заболевания; **не включайте препараты для психиатрического лечения.** Включите назначенные пациенту медикаменты, вне зависимости от того, принимает ли он их в настоящее время или нет. Цель – определить хронические проблемы с физическим здоровьем.

M5. Получаете ли Вы финансовую поддержку в связи с физической нетрудоспособностью/инвалидностью? 0=Нет 1=Да

- Если “Да”, уточните в комментариях.
- Включите компенсации за травму на рабочем месте, досрочный выход на пенсию в связи с физической нетрудоспособностью.
- Исключайте инвалидность вследствие психических заболеваний. **Код для Индии – «X»**

M6. Сколько дней в течение последних 30 дней Вы испытывали проблемы с физическим здоровьем?

- Включайте грипп, простуду, травмы и т.д. Включайте серьезные заболевания, связанные с наркотиками/алкоголем, которые не прекратятся, даже если пациент перестанет их потреблять (например, цирроз печени, ВИЧ, гепатиты В и С, постинъекционные абсцессы и т.д.).

В ответах на вопросы 7 и 8 попросите клиента воспользоваться шкалой оценки пациента.

M7. Насколько Вы были озабочены или обеспокоены этими проблемами с физическим здоровьем в течение последних 30 дней?

- Ответ в пределах количества дней в вопросе M6, в течение которых пациент испытывал проблемы со здоровьем.

M8. Насколько важно для Вас сейчас получить лечение в связи с этими проблемами с физическим здоровьем?

- Если клиент в настоящее время получает лечение, рассмотрите потребность пациента в дополнительном лечении.

Примечание: Пациенты определяют свою потребность в дополнительных медицинских услугах или направлении в другое медучреждение помимо любых услуг, которые они могут получать в данное время.

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ СОБРАННОЙ ИНФОРМАЦИИ

Являются ли вышеупомянутые сведения существенно искаженными в связи с:

M10. Предоставлением пациентом недостоверной информации? 0=Нет 1=Да

M11. Неспособностью пациента понять смысл вопроса? 0=Нет 1=Да

M12. Вы когда-либо проходили обследование на предмет наличия гепатита? 0=Нет 1=Да

M12a. Если “Да”, каков был результат?

1 = отрицательный (не инфицирован)

2 = положительный (инфицирован)

3 = не знаю

• Если M12 = “Нет”, M12a = “N”

M12b. Необходима ли Вам помошь в прохождении обследования на наличие гепатита?

M13. Вы когда-нибудь проходили обследование на предмет наличия ВИЧ? 0=Нет 1=Да

M13a. Если “Да”, каков был результат?

1 = ВИЧ-отрицательный (не инфицирован)

2 = ВИЧ-положительный (инфицирован)

3 = не знаю

• Если M13 = “Нет”, M13a = “N”

M13b. Необходима ли Вам помошь в прохождении обследования на наличие ВИЧ?

Если пациент мужского пола, кодируйте все ответы «N» 0=Нет 1=Да 2=Не уверена

M14. Беременны ли Вы в настоящий момент?

M14a. Если да, наблюдаетесь ли Вы у врача в связи с беременностью?

M14b. Если «не уверена», необходима ли Вам помошь в прохождении теста на беременность?

• Если M14=0 или 2 («Нет» или «Не уверена»), то M14a = N

• Если M14=1 («Да»), то M14b = N

КОММЕНТАРИИ К РАЗДЕЛУ «МЕДИЦИНСКИЙ СТАТУС»

(в своих комментариях указывайте номер вопроса)

РАБОТА / СРЕДСТВА К СУЩЕСТВОВАНИЮ

E1. Законченное образование:

- Кодируйте годы и месяцы, # уровня, или и то, и другое.

*Уровень 0= Без образования

*Уровень 1= Начальное образование (1-6 лет)

Лет Месяцев

*Уровень 2= Базовое среднее образование (7-9 лет)

*Уровень 3= Полное среднее образование (10-12 лет)

*Уровень 4= Послешкольное специальное образование,
не высшее (дополнит. подготовка к 5-му уровню)

ИЛИ

Код #уровня

*Уровень 5 = Первый этап высшего образования

(+4-6 лет, включая бакалавриат и магистратуру)

*Уровень 6 = Второй этап высшего образования (включая докторантуру и т.д.)

- Указывайте только образование, полученное в учебных учреждениях.

E1a. Укажите свою высшую ученую степень _____

E2.* Законченное техническое образование или обучение

Месяцев

- Указывайте только организованное обучение и образование, полученное в учебных учреждениях.

E4a. Нехватка средства передвижения ограничивает Ваши возможности трудоустройства?

0=Нет 1=Да

E6. Какова была максимальная продолжительность работы, на которой Вы были заняты полный рабочий день?

- Полный рабочий день = 35+ часов в неделю; не обязательно имеется в виду последнее место работы.

Лет Месяцев

E7.* Обычное (или последнее) место работы/род занятий

(укажите) _____

(Пользуйтесь Международной классификацией, представленной на странице 1)

E9. Оказывает ли Вам кто-либо материальную помощь, которая является Вашим основным источником средств к существованию?

0=Нет 1=Да

- Оказывается ли пациенту финансовая поддержка на регулярной основе преимущественно семьей/друзьями. Включайте материальную помощь со стороны супруга/супруги; не указывайте помощь, оказываемую каким-либо учреждением. “Предоставление жилья” относится к основным источникам средств к существованию.

E10. Наиболее характерный тип работы/род занятий в течение последних трех лет

1. Полный рабочий день (35+ часов в неделю)

5. Военнослужащий

2. Неполный рабочий день (регулярно, почасовая оплата)

6. Пенсионер / инвалид

3. Неполный рабочий день (нерегулярно)

7. Безработный

4. Студент

8. В заключении или в больнице

9. Ведение домашнего хозяйства

- Ответ должен охватывать основную часть 3-летнего срока, а не только работу или род занятий в последнее время. Если есть одинаковые по продолжительности периоды, выберите тот, который в большей степени отражает нынешнюю ситуацию.

E11. Сколько у Вас было оплачиваемых рабочих дней в течение последних 30 дней?

- Указываются фактические рабочие дни, оплачиваемый больничный и оплачиваемый отпуск.

РАБОТА / СРЕДСТВА К СУЩЕСТВОВАНИЮ (Продолжение)

При ответах на вопросы E12-E17 – Сколько денег Вы получили из нижеприведенных источников в течение последних 30 дней? – указывайте суммы в местной валюте.

E12. Работа

- Чистая сумма или сумма «на руки», включая все заработанные средства, кроме незаконных доходов.

E13. Пособие по безработице

E14. Пособие по социальному обеспечению

• Деньги, выплачиваемые государством для покрытия расходов на проживание

E15. Пенсия по возрасту, выслуге лет, выплаты социального страхования

- Пособия по инвалидности, пенсии, выходные пособия, компенсации служащим, получившим травмы на работе, а также пособия, выплачиваемые ветеранам.

E16. Супруг(а), семья, друзья

- Деньги на личные нужды. Также кодируйте ненадежные источники дохода, непредвиденные доходы, доходы от кредитов, получение наследства. (Записывайте только выплаты **наличными** и т.д.).

E17. Незаконные доходы

- **Наличные средства**, полученные от торговли наркотиками, воровства, сбыта краденого, в результате запрещенных законом азартных игр, проституции и т.д.

Не учитывайте предполагаемую денежную стоимость наркотиков или других предметов и вещей, полученных незаконным путем.

E18. Сколько у Вас иждивенцев (людей, которым Вы обеспечиваете пищу, кров и т.д.)?

- Иждивенцы должны систематически зависеть от пациента. Указывайте алименты и деньги, выплачиваемые на содержание детей, но не включайте пациента или его супругу, самостоятельно зарабатывающую на жизнь, и т.д.

E19. Сколько дней в течение последних 30 дней Вы испытывали проблемы с трудоустройством?

- Указывайте неспособность найти работу, если пациент активно ее ищет, а также проблемы на нынешнем месте работы, из-за которых пациент может потерять работу.
- Если пациент находился под стражей или в местах лишения свободы в течение последних 30 дней, то поставьте код «NN», поскольку в этом случае у пациента не могло быть проблем с трудоустройством.

В ответах на вопросы E20 и E21 попросите клиента воспользоваться шкалой оценки пациента.

E20. Насколько Вы были озабочены или обеспокоены этими проблемами с трудоустройством в течение последних 30 дней?

- Если E19=N, то ставьте код «N».

E21. Насколько важно для Вас сейчас получение консультаций в связи с этими проблемами с трудоустройством?

- Сделайте акцент на оказании помощи в поиске работы или подготовке к работе, и в прохождении соответствующего обучения, а не на предоставлении работы.

Примечание: Пациент оценивает свою потребность в получении консультаций по вопросам труда/устройства, услуг направления и т.д. от вашего учреждения.

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ СОБРАННОЙ ИНФОРМАЦИИ

Являются ли вышеуказанные сведения существенно искаженными в связи с:

E23. Предоставлением пациентом недостоверной информации?

0=Нет 1=Да

E24. Неспособностью пациента понять смысл вопроса?

0=Нет 1=Да

КОММЕНТАРИИ К РАЗДЕЛУ «РАБОТА / СРЕДСТВА К СУЩЕСТВОВАНИЮ»
(в своих комментариях указывайте номер вопроса)

Укажите вид валюты: _____

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ / НАРКОТИКОВ

Примечание: Способы введения (СВ)

1. Пероральный (все, что глотается)
 2. Интраназальный (введение через нос или другую слизистую оболочку)
 3. Курение
 4. Невнутривенная инъекция (внутримышечная или впрыскивание под кожу)
 5. Внутривенная инъекция (прямое введение в вену)
- В тех случаях, когда одновременно используются два (или более) способа введения, следует кодировать наиболее опасный способ. В указанном выше перечне способы введения расположены по возрастанию их степени опасности.

		За посл. 30 дней	В течение жизни (годы)	СВ
D1	Алкоголь (употребление в целом, за последние 30 дней)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Алкоголь – интоксикация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Героин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Метадон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Другие опиаты / анальгетики	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6	Барбитураты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D7	Седативные/гипнотики/транквилизаторы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D8	Кокаин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D9	Амфетамины/стимуляторы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10	Каннабис	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D11	Галлюциногены	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D12	Ингалянты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D13	Более одного вещества (включая алкоголь)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D14a. Укажите основное употребляемое психоактивное вещество:

D14b. Укажите второе по частоте употребления психоактивное вещество

- Интервьюер должен определить первое и второе психоактивное вещество, которое употребляется чаще всего. Указывайте код вещества рядом с ответами на вопросы 01-12
- Для D14b можно использовать код «N»

D15. Насколько длительной была Ваша последняя попытка добровольного

воздержания от употребления этого наркотика(ов)?
Месяцев

- Последний по времени период воздержания (трезвости), продолжавшийся, по крайней мере, один месяц. Периоды госпитализации/нахождения в местах лишения свободы *не считаются*. Периоды приема антабуса, метадона или налтрексона *считываются*.

- Код 00 означает отсутствие периодов воздержания.

D16. Как давно закончился этот период воздержания (в месяцах)?
Месяцев

- Если D15 = 00, то D16 = NN
- Код 00 означает, что воздержание еще продолжается.

D17.* Сколько раз у Вас была белая горячка?

- **Белая горячка (Delirium Tremens)** наступает в течение 24-48 часов после последнего приема или значительного сокращения потребления алкоголя, проявляется трепомором, серьезной дезориентацией, лихорадкой, галлюцинациями и обычно требует медицинской помощи.

Если в ответе на какой-либо из вопросов D3-D11 в графе «Способ введения» указан код 4 или 5 (инъекция):

За посл. 30 дней В течение жизни

D38 Пользовались ли Вы когда-нибудь иглами или другими приспособлениями для приема наркотика после того, как их использовал кто-то другой?

D38a. Сколько раз в течение последних 30 дней?

- Если D38 (за последние 30 дней) = 0, то тогда в ответе на вопрос D38a ставится код «N».

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ / НАРКОТИКОВ (Продолжение)

D19a. Сколько раз в Вашей жизни Вы проходили лечение от алкоголизма или наркомании?

- Указываются все случаи детоксикации, нахождения в реабилитационных учреждениях, консультации в стационарных и амбулаторных медицинских учреждениях, а также участие в заседаниях обществ анонимных алкоголиков (если пациент участвовал в 3 или более заседаниях в течение одного месяца).

D21a. Сколько из этих эпизодов ограничивались исключительно детоксикацией?

- Если D19a=00, то в ответе на вопрос D21a ставится код «NN».

• Примечание: Кодируйте количество перечисленных в пункте D19a эпизодов лечения, которые состояли только из детоксикации и не включали в себя никаких других видов лечения.

D23. Сколько денег, на Ваш взгляд, Вы потратили на алкоголь в течение последних 30 дней?

- Учитывайте только реально потраченные **деньги**. Каково бремя финансовых затрат на алкоголь?

D24. Сколько денег, на Ваш взгляд, Вы потратили на наркотики в течение последних 30 дней?

- Учитывайте только реально потраченные **деньги**. Каково бремя финансовых затрат на наркотики?

D25. За последние 30 дней, сколько дней Вы лечились от алкоголизма или наркомании в амбулаторных условиях?

- Учитывается количество дней, когда пациент посещал заседания обществ анонимных алкоголиков/наркоманов, заседания других групп по оказанию помощи, проходил дезинтоксикацию в амбулаторных условиях, получал заместительную терапию метадоном и т.д.

D26. Сколько дней в течение последних 30 дней Вы испытывали проблемы, связанные с употреблением алкоголя?

- Включая: сильное желание/тягу принять алкоголь, абстинентный синдром, тревожные ощущения, связанные с употреблением, или сильное желание прекратить употребление алкоголя и неспособность сделать это.

В ответах на вопросы D28 и D30 попросите клиента воспользоваться шкалой оценки пациента. Пациент оценивает свою потребность в получении дополнительного лечения, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами.

D28. Насколько Вы были озабочены или обеспокоены этими проблемами, связанными с употреблением алкоголя, в течение последних 30 дней?

D30. Насколько важно для Вас сейчас лечение этих проблем, связанных с алкоголем?

D27. Сколько дней в течение последних 30 дней Вы испытывали проблемы, связанные с употреблением наркотиков?

- Включая: сильное желание/тягу принять наркотик, синдром отмены, тревожные ощущения, связанные с употреблением, или сильное желание прекратить употребление наркотиков и неспособность сделать это.

В ответах на вопросы D29 и D31 попросите клиента воспользоваться шкалой оценки пациента. Пациент оценивает свою потребность в получении дополнительного лечения, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами.

D29. Насколько Вы были озабочены или обеспокоены этими проблемами, связанными с употреблением наркотиков, в течение последних 30 дней?

D31. Насколько важно для Вас сейчас лечение этих проблем, связанных с наркотиками?

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ СОБРАННОЙ ИНФОРМАЦИИ

Являются ли вышеуказанные сведения существенно искаженными в связи с:

D34. Предоставлением пациентом недостоверной информации? 0=Нет 1=Да

D35. Неспособностью пациента понять смысл вопроса? 0=Нет 1=Да

D36. Сколько раз Вы пытались самостоятельно прекратить

употребление психоактивных веществ без прохождения лечения?

1

D37. Никотин

За посл.
30 дней

В течение жизни (годы)

CB

1. Пероральный (жевательный)
2. Интраназальный

3. Курение

4. Невнутривенная инъекция

5. Внутривенная инъекция

D39. Пользуясь шкалой оценок, как бы Вы оценили свою степень согласия со следующими утверждениями?

- а. Я готов сократить количество употребляемого мною алкоголя.
 - б. Я готов сократить количество употребляемых мною наркотиков
 - в. Я думаю, что могу контролировать процесс употребления мною алкоголя
 - г. Я думаю, что могу контролировать процесс употребления мною наркотиков
 - д. Я знаю, что у меня проблемы с алкоголем или наркотиками, и я настроен их решить!

КОММЕНТАРИИ К РАЗДЕЛУ «УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ / НАРКОТИКОВ»

(в своих комментариях указывайте номер вопроса)

Если $D_5 > 0$, уточните

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

L1. Было ли данное лечение предложено или рекомендовано Вам органом уголовной юстиции?

0=Нет 1=Да

L2. Осуждены ли Вы условно или находитесь на испытательном сроке?

0=Нет 1=Да

- Укажите продолжительность и уровень в комментариях.

Сколько раз в Вашей жизни Вас арестовывали и предъявляли обвинение в совершении следующих преступлений и правонарушений?

L3. * Кражи в магазине / хулиганство L10. * Разбойное нападение

L4. * Нарушение испытательного срока / требований условно-досрочного освобождения L11. * Поджог

L5. * Хранение / распространение наркотиков L12. * Изнасилование

L6. * Подделка денег / документов L13. * Убийство

L7. * Незаконное хранение оружия L14. * Проституция

L8. * Кражи со взломом / хищение имущества L15. * Неуважение к суду

L9. * Грабеж L16. * Другое _____

• Укажите общее количество пунктов обвинения, а не только судимости. Не указывайте преступления и правонарушения, совершенные в несовершеннолетнем возрасте (до 18 лет), если пациент не был осужден за них как совершеннолетний.

• Указывайте только официально предъявленные обвинения.

L17. * Сколько раз эти обвинения привели к осуждению?

- Если L3-L16=0, то L17 = «NN».
- Не включайте сюда мелкие преступления и правонарушения, которые упоминаются ниже в пунктах L18-20.
- Осужденiem считаются случаи назначения штрафа, условного срока, вынесение обвинительного приговора с отсрочкой исполнения, лишение свободы.

Сколько раз в Вашей жизни Вам предъявляли обвинение в совершении следующих преступлений и правонарушений?

L18. Нарушение общественного порядка, бродяжничество, пьянство в общественных местах

L19. Нахождение за рулем в состоянии опьянения

L20. Серьезные нарушения правил дорожного движения

- Нарушения правил дорожного движения: превышение скорости, неосторожное вождение, отсутствие водительских прав и т.д.

L21. Сколько месяцев Вы провели в заключении за всю жизнь?

Месяцев

- Если пациент провел в заключении 2 недели и больше, то этот срок округляется до 1 месяца. Укажите общее количество месяцев, проведенных в заключении.

L24. Ожидаете ли Вы предъявления обвинения, суда или приговора? 0=Нет 1=Да

L25. В связи с чем?
• Используйте коды, указанные в ответах на вопросы 03-16 и 18-20, для обозначения преступлений и правонарушений, по которым предъявляются обвинения.
• Зависит от ответа на вопрос L24. Если L24 = «Нет», ставьте код «NN».

Если предъявлено несколько обвинений, то указывается наиболее тяжкое.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ (Продолжение)

L26. Сколько дней в течение последних 30 дней Вы провели в заключении или в следственном изоляторе?

- Включая случаи, когда Вы были арестованы и освобождены в течение одного и того же дня.

L27. Сколько дней в течение последних 30 дней Вы занимались противозаконной деятельностью с целью извлечения прибыли?

- Не учитывается простое хранение наркотиков. Учитывается торговля наркотиками, проституция, сбыт краденого и т.д. Может быть проведена перекрестная сверка с ответом на вопрос Е17 в разделе «Работа / средства к существованию».

В ответах на вопросы L28 и L29 попросите клиента воспользоваться шкалой оценки пациента.

L28. Насколько, на Ваш взгляд, серьезны Ваши нынешние проблемы с законом?

- Не включаются гражданские иски, такие как иск о разводе и т.д.

L29. Насколько важно для Вас сейчас получение консультаций или направления к специалисту в связи с этими проблемами с законом?

Примечание: Пациент оценивает свою потребность в получении направления к юристу-консультанту (или услуг) от вашего учреждения для защиты от обвинений в совершении уголовного преступления.

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ СОБРАННОЙ ИНФОРМАЦИИ

Являются ли вышеуказанные сведения существенно искаженными в связи с:

L31. Предоставлением пациентом недостоверной информации? 0=Нет 1=Да

L32. Неспособностью пациента понять смысл вопроса? 0=Нет 1=Да

КОММЕНТАРИИ К РАЗДЕЛУ «ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ»

(в своих комментариях указывайте номер вопроса)

СЕМЬЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ

F1. Семейное положение

1 – женат (замужем) 3 – вдова (вдовец) 5 – разведен(а)
2 – повторный брак 4 – живет отдельно 6 – никогда не был(а) женат (замужем)

- Гражданский брак = 1. Укажите этот факт в комментариях.

F3. Довольны ли Вы своим семейным положением? 0-Нет 1-Безразлично 2-Да

- «Доволен» означает, что, в целом, семейное положение нравится.

- В зависимости от ответов на вопросы F1 и F2.

F4. Типичные условия проживания (в последние 3 года)

1 – с партнером и детьми 6 – с друзьями
2 – с партнером 7 – один (одна)
3 – с детьми 8 – в закрытом учреждении
4 – с родителями 9 – нет постоянного места проживания
5 – с семьей

- Указывайте условия проживания, которые являются наиболее репрезентативными за последние 3 года.

F6. Довольны ли Вы (были довольны) такими условиями проживания? 0-Нет 1-Безразлично 2-Да

F4a. Каковы Ваши условия проживания в течение последних 30 дней? (Используйте указанные выше коды)

Проживаете ли Вы с кем-либо, кто:

F7. В настоящее время испытывает проблемы, связанные с употреблением алкоголя? 0-Нет 1- Да

F8. Употребляет лекарства, отпускаемые без рецепта (или злоупотребляет лекарствами, прописанными врачом)? 0-Нет 1- Да

F9. С кем Вы проводите большую часть своего свободного времени?

1 – Семья 2 – Друзья 3 – Один (одна)

F10. Довольны ли Вы тем, как Вы проводите свободное время? 0-Нет 1-Безразлично 2-Да

- Ответ «Доволен» должен указывать на то, что человеку, в целом, нравится сложившаяся ситуация.
Ответ связан с ответом на вопрос F9.

F11a. Сколько Ваших близких друзей употребляют наркотики или злоупотребляют алкоголем?

Примечание: Если у пациента нет близких друзей, ставьте код «N».

Были ли у Вас в жизни продолжительные периоды, когда Вы испытывали серьезные проблемы в общении с:

0-Нет 1- Да

За посл. 30 дней В течение жизни

F18.	Матерью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F19.	Отцом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F20.	Братом/сестрой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F21.	Партнером/супругой(ом)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F22.	Детьми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F23.	Другими значимыми членами семьи (укажите) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F24.	Близкими друзьями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F25.	Соседями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F26.	Коллегами по работе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Термин «серьезные проблемы» означает проблемы, которые ставят отношения под угрозу.
- Термин «проблема» подразумевает определенный контакт – либо по телефону, либо личный контакт. Если контакта нет, то указывается код «N». Если нет родственников (например, детей), то указывается код «N».

СЕМЬЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ (Продолжение)**Применял ли по отношению к Вам кто-либо когда-нибудь насилие?****0-Нет 1-Да**За посл.
30 днейВ течение
жизни

- F28. Физическое
 • Причинял Вам физический вред
- F29. Сексуальное
 • Какие-либо сексуальные действия по принуждению.

Сколько дней за последние 30 дней у Вас были серьезные конфликты:

F30. С членами Вашей семьи?

Попросите клиента воспользоваться шкалой оценки пациента.**На сколько в течение последних 30 дней Вас беспокоили или тревожили:**

F32. Семейные проблемы?

На сколько важно для Вас сейчас лечение или получение консультаций по поводу:

F34. Семейных проблем?

- Пациент оценивает свои потребности в консультациях по семейным проблемам, а не вероятность своего участия в таких консультациях.

Примечание: Пациент оценивает свою потребность в получении направления от Вас/Вашего учреждения в службы по оказанию помощи семьям, помимо тех служб, услугами которых пациент уже пользуется.**Сколько дней за последние 30 дней у Вас были серьезные конфликты:**

F31. С другими людьми (за исключением членов Вашей семьи)?

Попросите клиента воспользоваться шкалой оценки пациента.**На сколько в течение последних 30 дней Вас беспокоили или тревожили:**

F33. Социальные проблемы?

На сколько важно для Вас сейчас лечение или получение консультаций по поводу:

F35. Социальных проблем?

- Указывается потребность пациента в получении лечения для решения таких социальных проблем как одиночество, неспособность к общению, а также недовольство друзьями. Пациент должен оценивать неудовлетворенность, конфликты и другие серьезные проблемы.

Примечание: Пациент оценивает свою потребность в получении направления от Вас/Вашего учреждения в службы, предоставляющие лечение, помимо тех служб, услугами которых пациент уже пользуется.**ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ СОБРАННОЙ ИНФОРМАЦИИ****Являются ли вышеприведенные сведения существенно искаженными в связи с:**

F37. Предоставлением пациентом недостоверной информации? 0=Нет 1=Да

F38. Неспособностью пациента понять смысл вопроса?

0=Нет 1=Да

Живут вместе
с ВамиЖивут не
с Вами**F39. Сколько у Вас детей?**

F39а. Скольким из них нет 18 лет?

КОММЕНТАРИИ К РАЗДЕЛУ «СЕМЬЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ»

(в своих комментариях указывайте номер вопроса)

ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАТУС

Сколько раз Вы лечились по поводу каких-либо психологических или эмоциональных проблем:

P1.* В больнице или стационарном лечебном учреждении?

P2.* Амбулаторно / в частном порядке?

• Не включайте консультирование по проблемам злоупотребления ПАВ, трудоустройства или семейным проблемам.

• Курс лечения = серия последовательных визитов к специалистам или несколько дней непрерывного лечения, а не количество визитов.

P3. Получаете ли Вы пенсию по инвалидности вследствие психического заболевания? Такая пенсия может выплачиваться государством, работодателем и т.д. 0-Нет 1- Да

Были ли у Вас периоды (не являвшиеся прямым следствием употребления алкоголя или наркотиков), в течение которых Вы:

0-Нет 1- Да

**За посл.
30 дней В течение
жизни**

- P4. Испытывали серьезную депрессию – пребывали в состоянии печали, ощущали безнадежность и утрату интереса?
- P5. Испытывали серьезную тревогу или напряжение, волнение, беспокойство без причины, или неспособность расслабиться?
- P6. Были ли у Вас галлюцинации – когда Вы видели какие-то вещи и слышали голоса, которые другие люди не видели / не слышали?
- Здесь же кодируются и другие психотические симптомы.
- P7. Испытывали трудности с пониманием, концентрацией внимания, памятью?

Примечание: При ответе на эти вопросы состояние пациента может быть вызвано воздействием алкоголя / наркотиков.

Были ли у Вас длительные периоды (вне зависимости от употребления алкоголя или наркотиков), в течение которых Вы:

0-Нет 1- Да

**За посл.
30 дней В течение
жизни**

- P8. Испытывали трудности с контролем своего агрессивного поведения, включая приступы сильного гнева или жестокости?
- P9. Всерьез задумывались о самоубийстве?
• Пациент всерьез обдумывал план ухода из жизни.
- P10. Пытались совершить самоубийство?
• Включая реальные попытки самоубийства и действия, говорящие о намерении покончить с собой.

P11. Рекомендовал ли Вам медицинский специалист принимать какие-либо лекарства для лечения психологических или эмоциональных расстройств? 0-Нет 1- Да

• Лекарства, рекомендованные врачом или другим медицинским специалистом как подходящие для лечения подобных расстройств. Указывайте «Да», если лекарство было рекомендовано, даже если пациент его не принимает.

P12. Сколько дней в течение последних 30 дней Вы испытывали

эти психологические или эмоциональные проблемы?

- В этом вопросе имеются в виду проблемы, упомянутые в вопросах P4-P10.

При ответе на вопросы P13 и P14 попросите клиента воспользоваться шкалой оценки пациента.

P13. Насколько Вы были озабочены или обеспокоены этими

психологическими или эмоциональными проблемами в течение последних 30 дней?

- Пациент должен оценивать дни, в течение которых он испытывал эти проблемы (см. вопрос P12).

P14. Насколько важно для Вас сейчас лечение этих психологических или эмоциональных

проблем?

Примечание: Пациент оценивает свою потребность в получении направления от Вашего учреждения/программы в психологическую/психиатрическую службу, помимо тех служб, которые уже оказывают пациенту услуги по лечению.

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ СОБРАННОЙ ИНФОРМАЦИИ

Являются ли вышеприведенные сведения существенно искаженными в связи с:

P22. Предоставлением пациентом недостоверной информации? 0=Нет 1=Да

P23. Неспособностью пациента понять смысл вопроса? 0=Нет 1=Да

КОММЕНТАРИИ К РАЗДЕЛУ «ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАТУС»

(в своих комментариях указывайте номер вопроса)

Укажите диагнозы, если они известны: _____

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПУНКТЫ

G12. Специальный код – если интервью по ИТЗ не было завершено:

1. Интервью было прервано интервьюером.
 2. Пациент отказался завершить интервью.
 3. Пациент не смог отвечать на вопросы (из-за языкового или интеллектуального барьера, находящегося под воздействием психоактивных веществ и т.д.)

Код «N» ставится в том случае, если интервью было завершено.

Page 1 of 1

G50. Ожидаемые способы и виды лечения, которые являются наиболее подходящими для пациента:

G50. Коды для обозначения способов лечения:

- 1=Амбулаторное (<5 часов в неделю)
2=Интенсивное амбулаторное лечение (≥ 5 часов в неделю)
3=Сочетающееся с проживанием/стационарное
4=Терапевтическое сообщество
5=“Дом на полпути” (медицинское учреждение для реабилитации)
6=Детоксикация – стационарно (обычно 3 – 7 дней)
7=Детоксикация – амбулаторно
8=Опиоидная заместительная терапия, амбулаторно (метадон, бупренорфин и т.д.)
9=Другой (низкогородовые программы, ВОП, психотерапевты и т.д.)
Укажите _____

Укажите

ОБЩИЕ КОММЕНТАРИИ

План лечения на основе Индекса Тяжести Аддикции**План по проблемам клиента – (наименование проблемной области)**

(Формат ИТЗ/DENS)

Ф.И.О. клиента: _____**Ф.И.О. специалиста:** _____

Дата	Формулировка проблемы		
Цели			
Критерий условия выполнения (выписки)	Задачи <i>Что клиент будет говорить или делать? При каких обстоятельствах? Как часто он/она будет говорить или делать это?</i>		
Вмешательства <i>Что специалист/персонал сделает, чтобы помочь клиенту? При каких обстоятельствах?</i>	Код услуги	Дата выполнения	Дата исполнения
Участие в процессе планирования лечения			
Участие других лиц в процессе планирования лечения			

Примечание: Все участники необязательно могли принимать участие в каждой рассматриваемой области.

Подпись клиента/Дата
Подпись специалиста/Дата

Коды услуг

И = индивидуальные Г = групповые С = семейные П = супружеские ПО = психообразовательные

Ч = чтение ТВ = СМИ В = видео А = аудио Н = направление Д = на дому

**Соглашение о прохождении программы ресоциализации
и адаптации в «Доме на полпути»**

№_____
г. Павлодар

«___» 20 ___ г.

РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании» в лице _____ с одной стороны и (ФИО) _____, удостоверение личности №_____ выдано _____, именуемый «Участник», с другой стороны, заключили настояще Соглашение о нижеследующем:

1. Предмет соглашения. Прохождение программы ресоциализации и взаимопомощи в Центре «Дом на полпути» для закрепления результатов лечения после прохождения программы реабилитации в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар).

2. Общие положения

Центр ресоциализации и адаптации «Дом на полпути» (далее по тексту – Центр) создан в рамках проекта Treatnet II «Лечение наркозависимости и последствий на здоровье», программы UNODC-ВОЗ по лечению и уходу за наркозависимыми. Проект оказывает содействие в повышении и укреплении технического потенциала для предоставления всесторонних и эффективных услуг по лечению и реабилитации наркозависимых.

3. Права и обязательства Центра

3.1. Центр имеет право:

3.1.1. Требовать от «Участника» непременного участия во всех мероприятиях, предусмотренных программой ресоциализации.

3.1.2. Требовать от «Участника» неукоснительного соблюдения обязательств, предусмотренных в расписке о добровольном согласии.

3.1.3. Требовать от «Участника» соблюдения в полном объеме Правил поведения в Центре.

3.1.4. При нарушении требований, предусмотренных распиской о добровольном самоограничении, «Участник» может быть исключён из программы.

3.2. Центр обязуется:

3.2.1. Обеспечить «Участнику» на территории Центра все необходимые условия для успешного прохождения программы.

3.2.2. Принять меры:

- к социально-бытовой и культурной адаптации;
- к содействию в восстановлении трудовых навыков в системе реальной хозяйственной деятельности;
- к содействию в восстановлении здоровья;
- к содействию в восстановлении или повышении образовательного статуса.

4. Права и обязанности «Участника»

4.1. «Участник» имеет право:

4.1.2. Получать интересующую информацию относительно прохождения им программы

4.1.3. Подавать предложения по совершенствованию работы Центра.

4.2. «Участник» обязан:

4.2.1. Неукоснительно соблюдать Правила поведения в Центре.

4.2.2. Последовательно придерживаться добровольных самоограничений, предусмотренных «Распиской о добровольном согласии».

5. Срок действия соглашения

5.1. Соглашение заключается сроком на _____ месяцев и действует с момента его подписания.

5.2. Соглашение может быть пролонгировано по соглашению сторон.

6. Дополнительные условия

6.1. Приложение к соглашению:

6.1.1. Расписка участника программы реабилитации и взаимопомощи.

6.1.2. Правила проживания и поведения.

6.1.3. Правила внутренней жизни.

(подпись)

(подпись)

М. П.

Правила проживания и поведения в «Доме на полпути»

к соглашению № _____
от «___» 20__ г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Условия размещения и проживание регулируются настоящими правилами и соглашением о прохождении программы ресоциализации и адаптации, подписанных участниками.

1.2. Центр «Дом на полпути» предоставляет участнику программы ресоциализации и адаптации место в комнате общежития и право пользования комнатой отдыха и помещениями общего назначения.

2. ПРАВА ПРОЖИВАЮЩИХ В ЦЕНТРЕ

2.1. Проживающие в Центре имеют право пользоваться сотовой связью, интернетом.

2.2. Иметь наличные деньги

2.3. Делать личный закуп

2.4. Пользоваться услугами амбулаторной службы лечения при РНПЦ МСПН

3. ОБЯЗАННОСТИ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЦЕНТРЕ

3.1. В интересах обеспечения порядка, соблюдения санитарных норм лица, проживающие в Центре, обязаны соблюдать чистоту в жилых комнатах, проводить ежедневную влажную уборку комнат в соответствии с графиком дежурства, проводить еженедельные генеральные уборки, убирать за собой мусор, а также производить уборку в помещениях общежития согласно установленному графику.

3.2. Соблюдать распорядок дня, установленный в Центре.

3.3. Не покидать центр после 23:00 часов, кроме случаев, связанных с выполнением служебных обязанностей.

3.3. В целях организации жизни, выстраивания ситуации составлять план конкретных действий на неделю, с последующим анализом запланированных дел.

3.3. Присутствовать на терапевтических сообществах Центра.

4. ПРОЖИВАЮЩИМ В ЦЕНТРЕ ЗАПРЕЩАЕТСЯ

4.1. Употреблять наркотические средства, спиртные напитки.

4.2. Допускать действия, ведущие к моральному или физическому унижению достоинства других проживающих, использовать ненормативную лексику.

4.3. Допускать действия, препятствующие正常ной работе Центра.

5. ВХОД В ЦЕНТР

5.1. Любое лицо, не являющееся участником программы, не имеет права заходить в помещение Центра без получения соответствующего разрешения.

5.2. Для получения права на вход гость должен быть занесен в специально подготовленный список «гостей», который утверждается руководством центра.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Правила поведения в Центре могут быть изменены по решению руководства.

Подпись «Участника» _____

Подпись сотрудника _____

Правила внутренней жизни в «Доме на полпути»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. В Центре ресоциализации и адаптации «Дом на полпути» проживает и осуществляет свою деятельность терапевтическая группа, состоящая из лиц мужского и женского пола. Участники объединены посредством общих интересов по освобождению от разрушительного поведения, восстановлению социального статуса, утраченных либо несформированных социальных навыков. Правила регулируют внутреннюю жизнь Центра.

2. ЦЕЛЬ СОЗДАНИЯ И ЗАДАЧИ ЦЕНТРА

2.1. Центр создан в целях содействия дальнейшему продвижению услуг для лиц, имеющих проблемы с зависимостью от ПАВ в Республике Казахстан, для укрепления физического и психологического состояния граждан, оказавшихся в сложной жизненной ситуации при прохождении лечения от зависимости.

2.2. Задачи Центра:

2.2.1. Оказание помощи в решении бытовых и психологических проблем, формирование устойчивой мотивации на ресоциализации, изменение уклада жизни, здорового круга общения;

2.2.2. Реализация интеллектуального, творческого, духовного развития в соответствии с индивидуальными способностями и возможностями.

3. УСЛОВИЯ ПРИНЯТИЯ В ЦЕНТР

3.1. Прохождение полного курса программы медико-социальной реабилитации «Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании».

3.2. Согласие на ограничение некоторых личных прав и свобод на период нахождения в Центре.

3.3. Участник программы ресоциализации и адаптации дает письменное Согласие о том, что он согласен выполнять всё, изложенное в Правилах.

4. ПОВЕДЕНИЕ ЧЛЕНА ЦЕНТРА

4.1. Участник программы, прежде всего, должен внимательно прочитать и усвоить правила Центра.

4.2. Участнику программы рекомендуется активно участвовать в жизни сообщества.

4.3 Участнику программы рекомендуется выполнять распоряжения старшего Центра.

4.4. Участнику программы рекомендуется находиться в постоянном мире и дружбе со всеми членами группы, стараясь быть со всеми приветливым и уважительным.

4.5. Участникам программы запрещено употребление наркотиков, употребление спиртных напитков, сексуальные отношения и сквернословие на территории Центра.

4.6. Участник программы на время испытательного срока (10 дней) запрещается покидать территорию Центра после 20-00 часов.

4.7. Усердное и прилежное соблюдения правил для членов группы – залог их будущего изменения.

4.8. В случае неоднократного нарушения правил участник исключается из программы.

5. УСТРОЙСТВО ЦЕНТРА

5.1. Координатор деятельности главный врач Садвакасова Г.А.

5.2. Организацией и управлением внутренней жизни руководят психолог _____, консультант _____.

Подпись «Участника» _____ Подпись сотрудника _____

Расписка о добровольном согласии на ограничение некоторых личных прав и свобод на период прохождения программы ресоциализации и адаптации в центре «Дом на полпути»

Приложение к соглашению № _____
от «____» 20 ____ г.

Я, _____, участник программы ресоциализации и адаптации в центре «Дом на полпути», будучи ознакомлен сотрудниками Центра с условиями ограничения, желая успешно пройти программу ресоциализации и адаптации и восстановить адекватный для меня социальный статус, добровольно налагаю на себя ряд правовых ограничений. Обязуюсь неукоснительно соблюдать правила поведения в Центре на период проживания в Центре ресоциализации и адаптации «Дом на полпути». Я понимаю, что сам несу ответственность за негативные последствия, которые могут наступить в случае нарушения мною правил поведения, установленных в Центре.

Подпись «Участника» _____ Подпись сотрудника _____

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ВОПРОСА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ХОЛИНОЛИТИКАМИ (литературный обзор)

Р.С. Кулиев

врач-психотерапевт РГКП «Республиканский научно-практический центр
медицинско-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

В мире регулярно потребляют наркотики около 200 млн. человек (Черкесов В., 2004) [5]. По признанию экспертов программы Организации Объединенных Наций (ООН) по международному контролю над наркотиками, несмотря на координацию усилий и принимаемые меры международному сообществу не удается пока переломить глобальную наркоситацию к лучшему. Получаемые ООН статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте незаконного оборота наркотических веществ в мире. Это общемировая тенденция. Лица, обращающиеся за лечением от наркотической зависимости, во всём мире чаще всего сообщают об употреблении героина, каннабиса и кокаина. По оценкам некоторых авторов необходимое лечение получает лишь один из шести проблемных наркопотребителей в мире – то есть примерно 4,5 млн. человек, – а общемировые совокупные расходы на такое лечение составляют примерно 35 миллиардов долларов США в год. Оценочные расчёты, проведённые в рамках одного глобального научного исследования, показывают, что бремя заболеваний, связанных с потреблением наркотиков, является весьма значительным и к 2010 году увеличилось по сравнению с 1990 годом. В списке из 43 факторов риска – основных причин смерти в мире – потребление наркотиков стоит на 19-м месте (алкоголь занимает третье место, а табак – второе). Потребление наркотиков находится на шестом месте в списке самых распространённых причин смерти лиц в возрасте 15–49 лет [3]. По нормам ВОЗ, на учёт становится в среднем каждый 50-й наркозависимый. По тем же данным, если доля наркоманов в структуре населения составляет от 7% и более, то в этой стране происходят необратимые процессы дегенерации населения, разложение всех социальных структур. Наркокультура начинает воспроизводиться в её собственных рамках. (Позднякова М.Е., 2003). По данным Шибанова Н.И., Коваленко А.Е., только 5-6% людей считают, что не смогут раздобыть наркотические средства, остальные владеют информацией об их получении [7].

Происходит расширение границ «наркомании», «токсикомании» за счёт синтеза новых психоактивных веществ (Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Власова И.Б. и др., 1988; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Пятницкая И.Н., 1994; Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001; Гофман А.Г., 2003; Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др., 2003; Шамота А.З., 2006;

Lake C.R., Quirk R.S., 1984 и др.) [2]. Так, по данным О. Corazza (2013) в странах ЕС только в течение 2012 года было идентифицировано 57 новых психоактивных веществ (ПАВ), а по данным EMCDDA-Europol, еженедельно на рынке появляется новая химическая формула вещества [28, 17, 23, 9]. В течение 9 последних лет в ходе 9 европейских мониторинговых проектов ((the Psychonaut Web Mapping Systems I and II (www.psychonautproject.eu) and the Recreational Drugs European Network (ReDNet; www.rednet-project.eu; Schifano et al., 2003)) было идентифицировано 650 новых ПАВ [21]. Наиболее распространённые ПАВ относятся к следующим химическим группам: пиперазины, синтетические катиноны, синтетические каннабимиметики, фенетиламины, аминоинданы, триптамины, бензофураны, вариации растительных наркотиков и галлюцинопатогенных компонентов (Deluca et al., 2012; O. Corazza et al., 2013) [25]. В Великобритании к 2014 году учёными насчитано более 200 новых ПАВ, которые обладая отчётливым психотропным эффектом, формально не входят в список формул, запрещённых на территории данной страны [36].

В англоязычной литературе принят термин для обозначения всего класса новых ПАВ (в том числе дизайнерских наркотиков), которые не подпадают под юридическое определение наркотических веществ – «legal highs» – «легальная высшая точка». Определение заимствовано учёными из Интернет-форумов и используется для противопоставления классу веществ, признанных нелегальными официально [8, 10, 11, 15].

М.Е. Позднякова (2003) выделяет следующие особенности мировой наркоситуации:

- молодёжная наркомания;
- изменение схемы распространения наркотиков;
- взаимосвязь преступности и наркомании;
- изменение способов наркотизации, структуры наркотиков, спрос на новые наркотические вещества;
- изменение гендерных характеристик среди потребителей наркотиков;
- приобщение к наркотику как фактор псевдотворческой активности;
- проблема семей социальных маргиналов.

Между тем, стремительное изменение конъюнктуры нелегального рынка наркотиков ведёт к недостаточной осведомлённости медицинских профессионалов о закономерностях новых наркотических

средств [1, 6]. Так, крупное европейское исследование «ReDNet project survey», призванное оценить осведомлённость врачей наркологического, психиатрического, педиатрического и ургентного профиля по данной теме, выявило низкие знания о новых ПАВ, а 27% респондентов признались, что абсолютно не уделяют внимания вопросам об истории употребления своими пациентами новых ПАВ. Соответственно, большая часть опрошенных высказала заинтересованность в получении достоверных научных данных по новым веществам [33].

В 2008 году Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (UNODC) в очередном ежегодном отчёте-докладе впервые официально упомянуло о так называемом «феномене замещения ПАВ» («substance displacement»). Суть данного явления состоит в провоцировании всплеска оборота ПАВ, изготовленных из легальных прекурсоров и медикаментов, – наркотиков нового поколения в ответ на запрет традиционных наркотиков [39]. Зачастую правовое преследование лиц, употребляющих растительные или полусинтетические наркотические вещества, ведёт к появлению на рынке новых составов с не менее неблагоприятными последствиями [24, 35].

Кроме того, учеными выдвинута филогенетическая гипотеза всплеска популярности новых наркотических форм среди современного населения («mismatch theory»). Согласно данной теории поиск новых химических агентов обусловлен формированием генетической устойчивости к традиционным ПАВ, накапливаемой в генофонде человечества. Данный факт, в свою очередь, подтверждает большую настороженность европейских клиницистов и учёных в отношении новых наркотиков по сравнению с традиционными растительными формами [34].

Это относится к использованию в наркотических целях и представителя группы холинолитиков – тропикамида.

В англоязычной литературе даны отдельные ссылки на такие токсические реакции тропикамида как:

- а) атаксия;
- б) зрительные галлюцинации;
- в) дизартрия;
- г) сомноленция;
- д) эмоциональные перепады;
- е) приступы больших судорожных припадков [12, 22, 26, 32, 19, 20, 13].

На сегодняшний день основная информация о наркотических эффектах тропикамида и других «каптевых» ПАВ получается из следующих источников: on-line-форумы для потребителей ПАВ, опросники, описание случаев/серии случаев, данные аутопсий. Получение информации таким способом отличается фрагментарностью и низким уровнем доказательности, так как лимитировано субпопуляционным масштабом и включает в себя чаще злон-

качественные случаи в пределах отдельных географических зон [18, 31, 12, 40, 36, 27, 16].

По самоотчётом лиц, злоупотребляющих тропикамидом, выявлены такие эффекты вещества, как переживание веселья, удовольствия, страха, ужаса, опасности. Регистрируется смазанная речь, нарушение сознания, потеря веса, галлюцинации, боль в почках, дисфория, онирические состояния, гипертермия, тремор, суицидальные мысли, судороги, психомоторное возбуждение, тахикардия, головная боль [31].

Среди европейских потребителей тропикамид именуется красочным жаргонизмом «seven monther», буквально переводится, как «семимесячник» (по времени, которое необходимо для развития летальных осложнений) [38, 42]. Тропикамид способен накапливаться в тканях и биологических жидкостях организма, вызывая печёночную и почечную недостаточность – как самую частую причину смерти [41]. Однако, как англоязычные литературные источники, так и отечественные публикации ссылаются на недостаток достоверных данных о проценте летальности при употреблении данного вещества. Так, в отчёте «CADAP» в 2011 году на территории Республики Казахстан (РК) был зарегистрирован только 1 случай установленного смертельного отравления тропикамидом из 156 летальных интоксикаций, вызванных ПАВ. Кроме того, следует отметить, что в этот же период было зарегистрировано 5 смертельных отравлений вследствие сочетанного употребления опиоидов и тропикамида [4].

По данным Bersani M.D., Corazza M.A. (2013) ещё в 2011-2012 гг. в информационных системах PubMed and PsychInfo зарегистрирован недостаток информации о рекреационном злоупотреблении тропикамида. Исследование «гугл трендов» англоязычной зоны интернет показал возрастающую активность запросов в течение последних 5 лет (Великобритания, США) [12]. Между тем Wood D.M., Hill S.L., Thomas S.H., Dargan P.I. (2014) предлагают в качестве источников достоверной информации о случаях потребления тропикамида и других ПАВ использовать профессиональные ресурсы Токсикологических центров. По данным этих авторов, в мире насчитывается не более 254 таких организаций, которые действуют разрозненно. Так, в Великобритании Национальный токсикологический центр обслуживает запросы, касающиеся новых ПАВ только в 2,5% случаев [40]. В РК информация, касающаяся употребления тропикамида, как и других ПАВ, получается из централизованных отчётов государственных наркологических организаций и результатов дозорных эпидемиологических надзоров [4].

Стоимость тропикамида на европейском рынке колеблется между 7 и 15 у.е. [43].

В англоязычной литературе встречаются указания наявление клинических случаев употребле-

ния тропикамида на фоне терапии бупренорфином/налоксоном, с целью смягчения симптомов опиоидной отмены. Подчёркивается, что сочетание приёма холинолитика на фоне опиоидной зависимости выходит за рамки достижения пациентами психодизлептического эффекта. Этот факт позволил турецким учёным M. Bozkurt, V. Karabulut, C. Evren, M. Seker, H. Kan прогнозировать всплеск распространения сочетанной наркомании, в том числе как реакцию на использование заместительной или аверсивной терапии опиоидной наркомании [14]. Подобная информация содержится в докладе итальянских учёных Bersani F.Sl., O. Corazza, P. Simonato, A. Mylokosta, E. Levari, R. Lovaste, F. Schifano (2013), которые дополнительно отмечали недостаток достоверной информации по данной теме при проведении систематического поиска более чем на 100 веб-сайтах. Данные авторы отмечают, что на территории Российской Федерации

(РФ) и Италии тропикамид чаще всего употребляется в сочетании с опиоидами, каннабиноидами и алкоголем [12]. Венгерские учёные отметили схожие данные о росте числа потребления новых «аптечных» наркотических форм среди пациентов, находящихся в программах снижения вреда (программы обмена шприцев для ПИНов, заместительная терапия) [30]. Итальянские клиницисты описывали случай внутривенного сочетания опиоидов и тропикамида с формированием полизависимости (последовательный переход от викарного потребления холинолитика к стабильной интоксикации медицинским препаратом) [29].

Таким образом, в литературных источниках встречаются разрозненные данные, посвящённые описанию случаев злоупотребления холинолитиками. Накопление информации обеспечит дальнейший анализ данных с формулированием клинических рекомендаций.

Список использованной литературы:

1. Бохран Н.А. Клиническая гетерогенность аддиктивных состояний: междисциплинарная ответственность за решение проблемы / Н.А. Бохран, А.И. Мандель, Т.П. Ветлугина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 4. – С. 12-16.
2. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. – Москва: ТриадаХ, 2000.
3. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2013 год, ООН, 2014, Нью-Йорк.
4. Национальный отчет о наркоситуации в Республике Казахстан 2012 (Наркоситуация в 2011 году) / под ред. Т. Забрански. – Астана – Прага: Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании/ КАДАП, 2012. – 114 с.
5. Носатовский И.А. Фениндропаноламиновая наркомания (вопросы клиники, патогенеза, лечения): автореферат на соискание степени кандидата медицинских наук. – Москва, 2007.
6. Пивень Б.Н. О распространности сочетанных форм психической патологии / Б.Н. Пивень, С.В. Затеев, И.И. Шереметьева и др. // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 2. – С. 59-61.
7. Шибанова Н.И., Коваленко А.Е. О некоторых проблемах потребления наркотических и сильнодействующих веществ по данным экспертизы опьянения // Наркология. – 2006. – № 6. – С. 53-56.
8. Advisory Council on the Misuse of Drugs. Consideration of the Novel Psychoactive Substances (Legal Highs). London: ACMD, 2011.
9. Archer R.P., Treble R., Williams K. Reference materials for new psychoactive substances. Drug Test Anal. 2011 Jul-Aug; 3(7-8): 505-14.
10. Ayres T.C., Bond J.W. A chemical analysis examining the pharmacology of novel psychoactive substances freely available over the internet and their impact on public (ill)health. Legal highs or illegal highs? // BMJ Open. 2012 Jul 31; 2(4).
11. Baron M., Eile M., Eile L. Analysis of legal highs – do they contain what it says on the tin? Drug Test Anal 2011; 3: 576-81.
12. Bersani F.Sl., Corazza O., Simonato P., Mylokosta A., Levari E., Lovaste R., Schifano F. Drops of madness? Recreational misuse of tropicamide collyrium; early warning alerts from Russia and Italy// Gen Hosp Psychiatry. 2013 Sep-Oct; 35(5): 571-3.
13. Binkhorst R.D., Weinstein G.W., Baretz R.M., Clahane A.C. Psychotic reaction induced by cyclopentolate (Cyclogyl). Results of pilot study and a double-blind study // Am J Ophthalmol. 1963 Jun; 55: 1243-5.
14. Bozkurt M., Karabulut V., Evren C., Seker M., Kan H. Intravenous Abuse Of Tropicamide In Opioid Use Disorder: Presentation Of Two Cases // Subst Abus. 2014 Jun 3: 1-13.
15. Brandt S.D., Sumnall H.R., Measham F., et al. Analyses of second-generation ‘legal highs’ in the UK: initial findings. Drug Test Anal 2010; 2: 377-82.
16. Bruno R., Poesiat R., Matthews A.J. Monitoring the Internet for emerging psychoactive substances available to Australia // Drug Alcohol Rev. 2013 Sep; 32(5): 541-4. doi: 10.1111/dar.12049. Epub 2013 May 6.

-
-
17. Corazza O., Assi S., Trincas G., Simonato P., Corkery J., Deluca P., et al. Novel Drugs, Novel Solution: exploring the potentials of web-assistance and multimedia approaches for the prevention of drug abuse. *Italian J on Addiction*. 2011; 1(1-2): 25-30.
18. Corazza O., Schifano F., Farre M., Deluca P., Davey Z., Torrens M., et al. Designer Drugs on the Internet: a Phenomenon Out-of-Control? The Emergence of Hallucinogenic Drug Bromo-Dragonfly. *Curr Clin Pharm*. 2011 May 1; 6(2): 125-6.
19. Darcin A.E., Dilbaz N., Yilmaz S., Cetin M.K. Cyclopentolate hydrochloride eye drops addiction: a case report. // *J Addict Med*. 2011 Mar; 5(1): 84-5.
20. Dawson P1., Moffatt J.D. Cardiovascular toxicity of novel psychoactive drugs: lessons from the past // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2012 Dec 3; 39(2): 244-52.
21. Deluca P., Davey Z., Corazza O., Di Furia L., Farre M., Flesland L.H., Mannonen M., Majava A., Peltoniemi T., Pasinetti M., Pezzolesi C., Scherbaum N., Siemann H., Skutle A., Torrens M., van der Kreeft P., Iversen E., Schifano F. Identifying emerging trends in recreational drug use; outcomes from the Psychonaut Web Mapping Project // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2012 Dec 3; 39(2): 221-6.
22. Elcio H., Sato, Denise de Freitas, Stephen Foster. Abuse of Cyclopentolate Hydrochloride (Cyclogyl) Drops // *New English Journal of Medicine*, 1992.
23. EMCDDA. The state of drugs problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA report 2012.
24. Hughes B., Winstock A.R. Controlling new drugs under marketing regulations // *Addiction*. 2012 Nov; 107(11): 1894-9.
25. Iversen L., Gibbons S., Treble R., Setola V., Huang X.P., Roth B.L. Neurochemical profiles of some novel psychoactive substances // *Eur J Pharmacol*. 2013 Jan 30; 700(1-3): 147-51.
26. Jean-Paul C. Grunda, Alisher Latypovc, Magdalena Harrisd. Breaking worse: The emergence of krokodil and excessive injuries among people who inject drugs in Eurasia // *International Journal of Drug Policy* 24 (2013) – p. 265-274.
27. Measham F., Stevens A. Widening the debate on the drug policy ratchet: response to commentaries *Addiction*. 2014 Aug; 109(8): 1235-6.
28. Ornella Corazza, Sulaf Assi, Pierluigi Simonato. Promoting innovation and excellence to face the rapid diffusion of Novel Psychoactive Substances in the EU: the outcomes of the ReDNet project // *Hum. Psychopharmacol Clin Exp* 2013; 28: 317-323.
29. Primavera A. Spagnolo, MD, Aldo Badiani, Paolo NenciniPolydrug Abuse by Intravenous Use of Heroin and Tropicamide-Containing Eyedrops//*Clinical Neuropharmacology & Volume 36, Number 3, May/June 2013*.
30. Róbcz J., Csók R. Emergence of novel psychoactive substances among clients of a needle exchange programme in Budapest *Orv Hetil*. 2014 Aug 1; 155(35): 1383-94.
31. Schifano F., Leoni M., Martinotti G., et al. Importance of cyberspace for the assessment of the drug abuse market: preliminary results from the Psychonaut 2002 Project. *Cyber Psychol Behavior* 2003; 6: 405-41.
32. Simcoe C.W. Cyclopentolate (Cyclogyl) toxicity: report of a case. *Arch Ophthalmol* 1962; 67: 406-8.
33. Simonato P1., Corazza O., Santonastaso P., Corkery J., Deluca P., Davey Z., Blaszko U., Schifano F. Novel psychoactive substances as a novel challenge for health professionals: results from an Italian survey // *Hum Psychopharmacol*. 2013 Jul; 28(4): 324-31.
34. St. John-Smith P., McQueen D., Edwards L., Schifano F. Classical and novel psychoactive substances: rethinking drug misuse from an evolutionary psychiatric perspective // *Hum Psychopharmacol*. 2013 Jul; 28(4): 394-401.
35. Stephen Rolles, Danny Kushlick. Prohibition is a key driver of the new psychoactive substances (NPS) phenomenon // *Addiction*. Volume 109, Issue 10, pages 1589-1590, October 2014.
36. Stevens A., Measham F. The drug policy ratchet': why do sanctions for new psychoactive drugs typically only go up? *Addiction*. 2014 Aug; 109(8): 1226-32.
37. Solomon D., Grewal P., Taylor C., Solomon B. Managing misuse of novel psychoactive substances. *Nurs Times*. 2014 May 28-Jun 3; 110(22): 12-5.
38. The Independent, 21 August 2011, <http://www.independent.co.uk/news/world/europe/the-squalid-lonely-death-of-ivan-kanev-2341191.html>
39. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2008*. Vienna: UNODC; 2008.
40. Wood D.M., Hill S.L., Thomas S.H., Dargan P.I. Using poisons information service data to assess the acute harms associated with novel psychoactive substances // *Drug Test Anal*. 2014 Jul-Aug; 6(7-8): 850-60.
41. www.nurris.livejournal.com/2078.html
42. www.bluelight.ru/vb/threads/590423-Tropicamide-abuse-in-Russia.
43. www.medstoreinternational.com/buy-Mydriacyl.php
-
-

**ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ
КАК ОСНОВНОЙ КОМПОНЕНТ АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ
(литературный обзор)**

М.К. Маликов

врач-нарколог Павлодарского областного центра лечения зависимых заболеваний

Патологическое влечение (ПВ) является универсальным синдромом, встречающимся в клинике химических зависимостей. В настоящее время на фоне усложнения предмета наркологии (появление новых психоактивных веществ (ПАВ), распространение поведенческих аддикций) роль изучения предмета патологического влечения возрастает.

Клиническая идентификация нередко вызывает затруднения, так как в практической работе клиницисту зачастую приходится сталкиваться со стёргтыми проявлениями патологического влечения, которые допускают другие объяснения их происхождения и нозологической принадлежности, и к тому же недостаточно осознаются, или скрываются частью больных.

Патологическое влечение (тяга) – это специфическая интенция к объекту зависимости, возникающая посредством активизации в памяти, аффективно заряженного положительного впечатления, и одновременное осознание отсутствия данного состояния сейчас, приводящая к стремлению воспроизвести его в ближайшем будущем.

Впервые в отечественной наркологии понятие потери волевого контроля над количеством выпиваемых алкогольных напитков как признака болезни ввели в 1933 году Н.В. Канторович и И.А. Осовский. Профессор А.А. Портнов дифференцировал влечение к алкоголю, описав две его формы – обсессив-

ную (с борьбой мотивов «пить – не пить») и компульсивную (с непреодолимой потребностью пить).

Заслуга наполнения этого термина новым психопатологическим содержанием принадлежит В.Б. Альтшулеру. Занимаясь проблемами влечения к алкоголю, он пришёл к выводу, что этот феномен является продуктивным психопатологическим расстройством. С самого начала изучения синдрома «патологического влечения» автор рассматривал его как психопатологическое расстройство, «в основе которого лежит патологическое состояние нервных центров, особенно коры головного мозга, так как именно мозговая кора, согласно теории А.А. Ухтомского, является органом возобновления и поддержания доминанты».

Именно «патологическая доминанта деятельности», по мнению автора, выступает общей закономерностью влечения к алкоголю. В таком виде концепция патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ) и вошла в теорию отечественной наркологии.

В настоящее время в литературе описан ряд моделей, показывающих природу *патологического влечения*: когнитивная, условно-рефлекторная, феноменологическая. С точки зрения психопатологического видения, *патологическое влечение* представляет собой психопродуктивное образование, которое имеет различную степень вовлечённости центральной нервной системы (ЦНС) (рисунок 1).

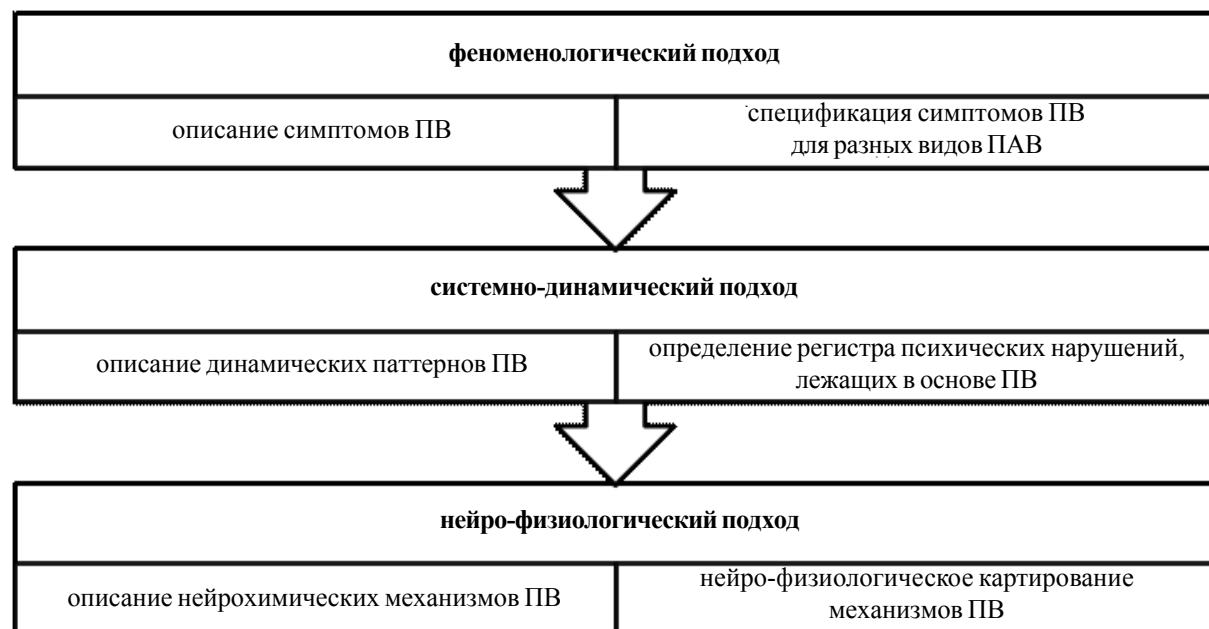


Рисунок 1. Особенности рассмотрения предмета ПВ в аддиктологии

Кроме того М.А. Винникова подчёркивает, что существует «модель когнитивного процессинга влечения», которая предполагает, что употребление вещества может идти независимо от влечения. С этой точки зрения, влечение не является ни центральным, ни ... и служит когнитивным маркером процесса, который только в некоторых случаях может быть ассоциирован с поиском и употреблением алкоголя. Данную точку зрения полезно учитывать, например, в тех клинических случаях, когда больные с героиновой зависимостью в состоянии ремиссии могут эпизодически употреблять спиртные напитки (как правило, чаще всего) без каких-либо последствий, ограничиваясь малыми дозами, контролируя процесс, без актуализации болезненного влечения к наркотику и без формирования зависимости от алкоголя» [1]. В англоязычной литературе предпочтение отдаётся условно-рефлекторным и когнитивным моделям, в то время как в России предпочтительным является феноменологический подход.

По мнению Менделевича В.Д., специфичность физических признаков зависимости является клиническим проявлением патофизиологических (нейробиологических, метаболических) изменений, возникших в результате систематического приёма ПАВ. Характер этих расстройств в значительной степени определяется фармакологическими свойствами самого вещества и отражает сдвиг компенсаторных механизмов, связанных с нейроадаптацией. Эти расстройства требуют метаболической, нейробиологической и вегетостабилизирующей терапии. Психопатология же здесь носит надстроочный характер и оформлена преимущественно аффективными переживаниями разной степени выраженности [2].

До настоящего времени аддиктологов и наркологов интересуют вопросы, посвящённые изучению взаимоотношения патологического влечения с вегетативной нервной системой и гормональной системой организма, динамические особенности функционирования этих систем в различные периоды заболевания. В соответствии с принципами доказательной медицины в современной психиатрии рекомендуется использовать систему критериев для оценки психического статуса пациента и эффективности лечения. Результаты изменений, происходящих в человеке, должны быть наглядными, иметь количественную оценку (Баранов В.С. с соавт., 2005; Безносюк Е.В., Кучинов А.И., 2005). Несмотря на это, до сих пор нет объективных критериев определения степени патологического влечения к наркотикам, описания его клинических проявлений скучны и сводятся к субъективному статусу. Так, Ясниковой Е.Е. (2006) доказана взаимосвязь влечения к наркотику с состоянием вегетативной нервной системы и гормональной системы организма. Установлено, что отклонения показателей деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем (ЧСС, ЧДД, АД), а также уровня некоторых гормонов (тиреоидные,

ТТГ, кортизол, пролактин) и биохимических констант (сахар крови, АСТ, АЛТ) могут являться критериями степени тяжести патологического влечения к наркотику у больных опийной наркоманией [5]. По данным Шаманской М.Г. (2009), больных в fazu гиперergicеских проявлений и предрецидивную fazu алкогольного цикла на фоне актуализации патологического влечения к алкоголю и гиперсимпатикотонии увеличивается лимфоцитарно-тромбоцитарная адгезия. Медикаментозная терапия больных алкоголизмом с использованиемベンзодиазепинов, р-адреноблокаторов, нейролептиков снижает лимфоцитарно-тромбоцитарные взаимодействия [4]. Нарушение механизмов психонейроиммунодуляции приводит к формированию вторичной иммунологической недостаточности, выработке аутоантител к мозгоспецифическим антигенам и нейромедиаторам, изменениям цитокинового баланса (Гамалея Н.Б. с соавт., 2000; Мягкова М.А. с соавт., 2001; Иванец Н.Н. с соавт., 2002; Ветлугина Т.П. с соавт., 2002; Невидимова Т.Н. с соавт., 2006; Шаркова В.А., 2007). Кроме того, ПАВ оказывают повреждающее действие непосредственно на иммунокомпетентные клетки, нарушая их метаболизм, структурное состояние мембран функциональную активность (Панченко Л.Ф., Гуревич К.Г., 2001; Bhat R.S. et al., 2004).

Упомянутые выше подходы к изучению патологического влечения к приёму ПАВ, всё чаще экстраполируются на поведенческие зависимости. Рассмотрение природы гемблинга, компьютерной и других зависимостей проводится на основании утверждений о едином аддиктивном базисе всех зависимостей, складывающемся из биологической, психологической и психопатологической составляющих [9].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1995) основным диагностическим критерием патологического влечения к азартным играм является постоянно повторяющееся участие в азартной игре, которое продолжается и часто усугубляется, несмотря на социальные последствия.

Имеются научные исследования, подтверждающие единство патогенетических механизмов игровой зависимости и зависимости от психоактивных веществ (Анохина И.П., 1995; Арзуманов Ю.Л., 2004; Скобелин В.В., 2005; Шемчук Н.В., Ошевский Д.С., 2005). Существует точка зрения, что игровая зависимость является одной из форм обсессивно-компульсивного расстройства (Blanco C. et al., 2001). По мнению Ю.Г. Сиволапа (2006), патологический гемблинг, как одна из форм аддиктивных расстройств, представляет собой самостоятельный психопатологический регистр, принадлежит к сфере мотивационных расстройств (Сиволап Ю.П., 2006). Существует также мнение о том, что азартные игры, наряду с алкоголем и наркотическими веществами, являются маркерами эндогенной слабости и уязвимости

людей, предрасположенности к приобретению социально значимых болезней (Дудко Т.Н., Бондаренко С.Н., 2006).

На сегодняшний день нет ни одной модели, которая полностью объясняла бы сложный и гетерогенный характер патологической склонности к азартным играм. В настоящее время предпочитают считать патологическую склонность к азартным играм полиэтиологическим расстройством, возникающим вследствие сложного взаимодействия психологических, поведенческих, когнитивных и биологических факторов (Sanju George и Vijaya Murali, 2006).

Многочисленные исследования по данной тематике на протяжении последних 20 лет привели к официальному объединению поведенческих и химических зависимостей в единый класс нозологий в классификации Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V) [6]. Немаловажным является и тот факт, что на основании большой доказательной базы фармакологического, эпидемиоло-

гического характера к диагностическим критериям поведенческих зависимостей (гемблинг) был добавлен критерий «крейвинга» [7, 8, 10]. Между тем, в настоящее время отсутствует ясность в понимании клиники игровой зависимости, в оценке прогредиентности, нуждаются в уточнении формы течения расстройства, недостаточно освещены тендерные аспекты [3].

Таким образом, необходимо подчеркнуть, что ПВ представляет собой сложный феномен, изучение которого не завершено как в пределах классической наркологии, так и с позиций аддиктологии. Необходимым остается изучение динамических закономерностей патологического влечения, природы самого патологического влечения. Для понимания природы поведенческих зависимостей необходимым является создание унифицированной диагностической модели патологического влечения на основании мультицентровых клинических и биологических исследований.

Литература:

1. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): автореферат ... доктора мед наук. – М., 2004.
2. Менделевич В.Д. Концепция «патологического влечения к ПАВ» сквозь призму канонов современной клинической психиатрии и принципов доказательной медицины // Вопросы наркологии. – 2013. – № 1. – С. 133-142.
3. Солдаткин В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости: автореферат... доктора мед. наук. – М., 2010.
4. Шаманская М.Г. Иммунологическая реактивность у больных в структуре алкогольного цикла: автореферат... канд мед наук. – Чита, 2009.
5. Ясникова Е.Е. Закономерности и механизмы редукции патологического влечения к наркотику в динамике героиновой абstinенции: автореферат диссертации ... канд. мед наук. – Иркутск, 2006.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Munafm.R., Hitsman B. What's the matter with cue-induced craving? a commentary on Perkins. Addiction. 2010; 105: 1860-1861.
8. Perkins K.A. Does smoking cue-induced craving tell us anything important about nicotine dependence? Addiction. 2009; 104: 1610-1616.
9. Romanczuk-Seiferth N., Koehler S., Dreesen C., Wostenberg T., Heinz A. Pathological gambling and alcohol dependence: neural disturbances in reward and loss avoidance processing. / Addict Biol. 2014 Apr 22.
10. Tiffany S.T., Wray J.M. The clinical significance of drug craving. Ann NY Acad Sci. 2012; 1248: 1-17.

ОБСУЖДЕНИЯ, ДИСКУССИИ

УДК 339.187

ГОСУДАРСТВЕННАЯ АНТИТАБАЧНАЯ, АНТИАЛКОГОЛЬНАЯ И АНТИАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ж.К. Мусабекова

заместитель директора по научно-исследовательской работе РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем»,
к.м.н., г. Павлодар

В последние годы, благодаря усилиям и последовательным действиям Главы государства Назарбаева Н.А., отмечается стабилизация и значительное улучшение социально-экономической ситуации в Казахстане. Одной из важнейших задач, стоящих перед Казахстаном, является необходимость сокращения бремени заболеваемости хронической патологией и преждевременной смертности. Учитывая высокую заинтересованность мирового сообщества в снижении бремени заболеваемости, преждевременной смертности и укрепления здоровья, Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) только за последние годы был принят не один стратегический документ, к которым присоединился и Казахстан, в том числе – это Европейский план действий по алкоголю (2000), Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (2003).

В своём Послании народу Казахстана «Стратегия «Казахстан – 2050» – новый политический курс состоявшегося государства» (14.12.2012.) Президент Республики Казахстан, Лидер нации Нурсултан Абишевич Назарбаев ставит не только перед Правительством, но и перед каждым казахстанцем такую одну из важнейших задач, как «Здоровье нации – основа нашего успешного будущего». Тем самым здоровое население страны признаётся достоянием Республики. Эти задачи решаются путём принятия ряда важных законопроектов, в частности таковым является «Стратегический план Министерства образования и науки Республики Казахстан на 2011-2015 годы», утверждённый Постановлением Правительства Республики Казахстан от 19 февраля 2011 года № 160.

В данном документе говорится о том, что Миссия – это формирование и реализация государственной политики в области образования и науки, обеспечивающей конкурентоспособность и устойчивый социально-экономический рост, отражением этого является «....высокообразованная, конкурентоспособная, интеллектуальная нация».

Сохранение и укрепление физического, психического и психологического здоровья каждого гражданина страны является первостепенной задачей всех структур государства. Молодые казахстанцы – это будущее нашей страны.

Политика государства в отношении предупреждения вовлечения лиц в потребление, каких бы то ни было психоактивных веществ (в том числе алкоголя и табака) является межсекторальной задачей.

Существуют три типа стратегий в профилактике употребления психоактивных веществ (ПАВ) на государственном уровне: сокращение спроса, сокращение предложения и снижение вреда (NIDA, 1997).

Стратегии сокращения предложения включают методы, используемые для уменьшения доступности ПАВ. Она может быть направлена как на сам наркотик, так и на среду. Для сокращения доступности наркотиков используют: уничтожение посевов, конфискация наркотиков, действия полиции и т.п.

Стратегии, направленные на среду: пограничные патрули, уголовное наказание за распространение и хранение наркотиков.

Для сокращения доступности легальных ПАВ (алкоголь и табак) используют: увеличение налогов, увеличение возраста законного употребления алкоголя и табака, усиление контроля за соблюдением законов, сокращение объёмов рекламы, сокращение количества точек продажи, наложение штрафов на продажи несовершеннолетним лицам.

Стратегии сокращения спроса включают профилактику и лечение, направленные на снижение употребления человеком ПАВ. Профилактические усилия по сокращению спроса выполняются за счёт уменьшения факторов риска или усиления факторов защиты. Стратегии сокращения спроса в среде обитания сосредоточиваются на изменении местных норм поведения, которые поддерживают потребление ПАВ. Лечение направлено на сокращение спроса путём прекращения злоупотребления наркотиками зависимыми людьми. Зарубежные авторы считают стратегию снижения спроса не менее важной стратегии снижения предложения (Ghodse, 1999).

С недавнего времени исследователи начали рассматривать возможность использования комбинации стратегий снижения спроса и снижения предложения, чтобы одновременно уменьшить как потребность в употреблении алкоголя, табака и наркотиков, так и возможность её удовлетворения моло-

дыми людьми (Alexander C. Wagenaar, Ph.D., Traci L. Toomey, Ph.D., and Kathleen M. Lenk, M.P.H., 1994).

Стратегии снижения вреда заключаются в принятии государственной поддержки лицам с ВИЧ-инфекцией, принятии и адвокации заместительной терапии для наркозависимых лиц.

В нашей стране приняты все три вида стратегий. Ниже будут предложены обзор и анализ действующей нормативно-правовой базы, регламентирующей профилактические мероприятия на государственном уровне.

Антитабачная государственная политика (юридический, социально-экономический асpekты)

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ, 2003) является первым международным договором, заключённым под эгидой Всемирной организации здравоохранения. Она была принята Всемирной ассамблеей здравоохранения 21 мая 2003 г. и вступила в силу 27 февраля 2005 года. С тех пор она стала одним из наиболее стремительно и широко поддержанных договоров в истории Организации Объединенных Наций (ООН).

РКБТ ВОЗ была разработана в ответ на глобализацию табачной эпидемии и является основанным на фактических данных договором, в котором подтверждается право всех народов на наивысший уровень здоровья. Конвенция является вехой в содействии укреплению здоровья людей и устанавливает новые правовые параметры для международного сотрудничества в области здравоохранения

В настоящее время, на основе Руководящих принципов по различным статьям Конвенции, практически весь мир ведёт согласованную работу, чтобы снизить табакокурение.

Казахстан присоединился к РКБТ 25 ноября 2006 года после подписания Президентом страны Назарбаевым Н.А. Закона о ратификации (2006).

Основные руководящие принципы приняты на основе доказанных данных:

- защита от воздействия табачного дыма;
- упаковка и маркировка табачных изделий;
- реклама, стимулирование продаж и спонсорство;
- налогообложение табачной продукции;
- продажа несовершеннолетним;
- помочь в отказе от курения и лечение табачное зависимости;
- просвещение и информирование населения;
- отстранение табачной индустрии от влияния на политику государства в сфере табака.

В Кодексе Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения (2009) в ст. 159 основная суть профилактики заключается в снижении потребления табака и алкоголя путём введения ограничительных мер, подпадающих под категорию снижения предложения. В статье говорится, что «...профилактика и ограничение табакокурения, алкоголизма направлены на защиту здоровья населения, введение возрастного ценза для лиц, имеющих право приобретать табачные изделия, алкогольную продукцию, формирование отношения населения к табакокурению, употреблению алкогольной продукции как к факторам повышенного риска для жизни и здоровья, проведение согласованных мероприятий по профилактике распространения табакокурения, алкоголизма».

В статьях 335-336 Кодекса Республики Казахстан об административных правонарушениях обозначены меры административной ответственности граждан за курение в общественных местах, изготовление и сбыт алкогольных напитков домашней выработки, распитие алкогольных напитков или появление в общественных местах в пьяном виде, немедицинское потребление наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в общественных местах от наложения штрафов до административного ареста до 15 суток. Особо стоит отметить и необходимо знать содержание подпункта 1-1. ст. 336 о том, что «.... появление в общественных местах в пьяном виде лиц, не достигших восемнадцати лет, а равно распитие ими алкогольных напитков - влечут штраф на родителей или лиц, их заменяющих, в размере одного месячного расчётного показателя». Важно на родительских собраниях в организациях школьного и внешкольного образования предупреждать родителей или лиц, их заменяющих, о такой мере государственного контроля, как это оговорено выше.

Алкогольная продукция и табачные изделия, производимые на территории страны и ввозимые извне, попадают в категорию подакцизных товаров (Статья 279) на основании действующего Кодекса Республики Казахстан «О налогах и других обязательных платежах в бюджет (Налоговый кодекс)». Общеизвестно, что повышение акцизов на сигареты и алкоголь является самой эффективной мерой по снижению потребления среди различных слоёв населения, особенно среди молодёжи. Высокая цена может значительно уменьшить количество и частоту употребления алкоголя молодыми людьми, включая и пьющих большие количества алкоголя (Adit Laixuthai, Frank J. Chaloupka, 1993). Исследования показывают, что повышение акциза с учётом инфляции могло бы быть эффективным средством уменьшения уровня употребления алкоголя всеми группами молодых людей (Michael Grossman, Frank J. Chaloupka, Henry Saffer, Adit Laixuthai, 1994).

Серьёзным и своевременным достижением можно считать внесение изменений в Закон Республики Казахстан от 19 декабря 2003 года № 508-II «О рекламе (с изменениями и дополнениями по состоянию на 18.06.2014 г.)» в котором в статье 13 изложены особенности рекламы отдельных видов продук-

ции (работ и услуг). В частности наложен запрет на рекламу: «....1) этилового спирта и алкогольной продукции;4) табака и табачных изделий; 5) в форме проведения различных мероприятий, в том числе розыгрышей призов, лотерей, направленных на стимулирование спроса и интереса к алкогольной продукции, табаку и табачным изделиям».

На сегодняшний момент государство использует все известные и рекомендуемые правовые аспекты для регулирования предложения как условно социально-приемлемых видов психоактивных веществ, к которым относятся алкоголь и табак, так и запрещенных наркотических и психоактивных веществ, потребление которых несет колossalный вред как отдельному гражданину, так и обществу в целом.

В продолжение темы запрета рекламы были приняты:

- Постановление Правительства РК от 22 ноября 2011 года №1366 «Об утверждении Правил размещения на пачке табачного изделия, упаковке табачного изделия о составе, об уровне содержания смолистых веществ, никотина и о системных ядах, канцерогенных и мутагенных веществах и предупреждения о вреде курения»;
- Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 ноября 2011 года № 1367 «Об утверждении предупреждения о вреде курения, размещаемого в местах, осуществляющих продажу табачных изделий».

Данные нормативно-правовые документы также носят ограничительный характер, хотя, как правило, у злостных курильщиков сформированный синдром зависимости от табака приводит к формированию психологических защит разного уровня от отрицания до рационализации и т.п.

Антиалкогольная государственная политика (юридический, социально-экономический асpekты)

Антиалкогольная политика нашего государства полностью соответствует рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Результатом резолюции Шестьдесят третьей сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения стала Глобальная Стратегия по сокращению вредного потребления алкоголя (2010 г.), вслед за которой в 2012 г. вышел в свет Европейский план по сокращению вредного потребления алкоголя на 2012-2020 гг., однако упомянем явлется тот факт, что в нашей стране не принято Национальной стратегии по снижению вредного потребления алкоголя, как этого рекомендует ВОЗ.

ВОЗ констатирует тот факт, что «вредное потребление алкоголя является существенным фактором глобального бремени болезней и является третьим

ведущим фактором риска, вызывающим прежде-временные случаи смерти и инвалидности в мире» (2009). В то же время вредное потребление алкоголя является «предотвратимым фактором риска возникновения психоневрологических нарушений и таких неинфекционных заболеваний, как сердечно-сосудистые заболевания, цирроз печени и различные виды рака». Государственные меры профилактики развития алкоголизма и снижения вредного потребления алкоголя носят в нашей стране много-компонентный характер от принятия государственных здоровьесберегающих программ до регулирующих мер по снижению доступности алкогольных напитков путём влияния на ценовую политику и маркетинг алкогольных напитков.

Ниже представлен краткий обзор наиболее прогрессивных мер государственного характера.

Изготовление, определение, хранение, маркировка, лицензирование деятельности с продажей и оборотом алкогольной продукции регламентированы положениями Закона Республики Казахстан от 16 июля 1999 года № 429-І «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции» (*с изменениями и дополнениями по состоянию на 18.06.2014 г.*)

В Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях (КоАП) 16 июля 2009 года были внесены изменения в статью 114. о том, что «... продажа табака и табачных изделий лицам и лицами, не достигшим восемнадцати лет – влечёт наложение штрафа на физических лиц в размере пяти, на должностных лиц, индивидуальных предпринимателей, юридических лиц, являющихся субъектами малого или среднего предпринимательства, – в размере пятнадцати, на юридических лиц, являющихся субъектами крупного предпринимательства, – в размере 45 месячных расчётных показателей. Здесь же, в статье 163-4. за «... реализацию алкогольной продукции лицам в возрасте **до двадцати одного года**» принятая мера административной ответственности в виде штрафа от 5 до 60 месячных расчётных показателей (МРП) для всех категорий граждан (физических и юридических лиц) (2009)(1 МРП – 1 тыс. 852 тенге).

В 2012 г. вышло Нормативное постановление Верховного суда Республики Казахстан от 9 апреля 2012 года № 1 «О применении мер обеспечения производства и некоторых других вопросах применения законодательства об административных правонарушениях». В частности, в постановлении говорится, что административная ответственность по части 8 статьи 163 Кодекса РК об административных правонарушениях (КоАП) наступает в случае **реализации алкогольной продукции** в детских учреждениях, организациях образования и на прилегающих к ним территориях, а также, если реализация алкогольной продукции осуществляется на расстоянии ста и менее мет-

ров от границы земельного участка, предоставленного детскому учреждению, организации в пользование. По части 8 статьи 163 КоАП, реализация алкогольной продукции в детских учреждениях, организациях образования и на прилегающих к ним территориях в радиусе ста метров влечёт приостановление действия лицензии.

В 2013 году был принят закон, предусматривающий поэтапное повышение цен на крепкие алкогольные напитки. С 2014 года минимальная розничная цена на водку и крепкие ликероводочные напитки устанавливается в размере 1120 тенге за 1 литр, с 2015 года – 1300 тенге за 1 литр, с 2016 года – 1600 тенге за 1 литр.

В 2014 году 18 июня № 210-В ЗРК Президентом страны подписан Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам государственного регулирования производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции», в котором внесены изменения в статью 163-43 о том, что «...розничная реализация алкогольной продукции, за исключением реализации в ресторанах, барах и кафе: *с 23 часов до 8 часов утра* следующего дня; с объёмной долей этилового спирта свыше тридцати процентов *с 21 часа до 12 часов следующего дня* – влечёт наложение штрафа на физических лиц в размере 10 МРП, на должностных лиц, индивидуальных предпринимателей, юридических лиц, являющихся субъектами малого или среднего предпринимательства, – в размере 80 МРП, на юридических лиц, являющихся субъектами крупного предпринимательства, – в размере 120 МРП, с приостановлением действия лицензии на соответствующий вид деятельности».

Данная мера является прямым доказательством усиления административной ответственности за реализацию алкогольной продукции в неустановленное время. Кроме того, закон предусматривает усиление государственного контроля путём внедрения модернизированных приборов учёта объёмов производства этилового спирта и алкогольной продукции, установление возможности идентификации учётно-контрольных марок субъектами алкогольного рынка и потребителями, установление минимального порога производства этилового спирта и алкогольной продукции. Также устанавливается запрет на хранение и реализацию алкогольной продукции в зданиях и на территориях организаций здравоохранения, образования, физкультурно-оздоровительных, спортивных и спортивно-технических сооружений, культурно-досуговых организаций. Так же устанавливается запрет на хранение и реализацию алкогольной продукции в зданиях и на территориях организаций здравоохранения, образования, физкультурно-оздоровительных, спортивных и спортивно-технических сооружений, автозаправочных станций, торговых рынков, культурно-досуговых организаций с мерой пресечения дальнейшего действия лицензии на данный вид деятельности.

Согласно закону, реализация алкогольной продукции должна осуществляться в стационарных помещениях, оборудованных торговым залом, на

территориях ресторанов, баров и кафе, оснащённых контрольно-кассовой машиной с фискальной памятью. Также продавать алкоголь можно со складских помещений по адресу, указанному в лицензии, без ограничения объёмов. Таким образом, реализация алкогольной продукции разрешается только с вышеуказанных мест, соответственно продажа спиртных через интернет-магазины подпадает под нарушение реализации «вне мест», за которую предусмотрена административная ответственность в виде штрафа, с конфискацией подакцизных товаров.

Внесены изменения в Закон Республики Казахстан от 8 августа 2002 года «О правах ребёнка в Республике Казахстан» с внесением дополнений в статью 37 п. 5 о том, что «...запрещаются хранение и реализация алкогольной продукции в зданиях и на территориях организаций здравоохранения, образования, физкультурно-оздоровительных, спортивных и спортивно-технических сооружений, культурно-досуговых организаций», тем самым производится отчуждение «питейных» традиций от культуры общества, тем более, социального окружения ребёнка (2014).

Антинаркотическая государственная политика (юридический, социально-экономический аспекты)

Основные направления деятельности по профилактике потребления психоактивных веществ в нашей стране обозначены в Постановлении Правительства Республики Казахстан от 12 апреля 2012 года № 451 «Об Отраслевой программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012-2016 годы». В каждом регионе страны ежегодно утверждаются региональные Программы по борьбе с наркоманией и наркобизнесом. Национальная и региональные Программы являются основополагающими документами в области профилактики и потребления среди различных слоёв населения. Существующая Отраслевая программа стала логическим продолжением «Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом в РК на 2009-2011 годы», целью которой было блокирование и обратное развитие социально-опасных тенденций роста распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения страны.

Целевые индикаторы Программы: снижение уровня заболеваемости, снижение количества лиц, употребляющих наркотики – соответствуют стратегии снижения спроса, следующие индикаторы: увеличение количества лиц, привлечённых к административной ответственности, снижение доли наркопреступлений, увеличение количества выявляемых фактов контрабанды наркотиков – соответствуют стратегии снижения предложения. Таким образом,

65% мероприятий направлены на снижение спроса, 35% – на снижение предложения.

Параллельно в стране действует Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты •аза•стан» на 2011-2015 гг., принятая во исполнение Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 г. № 922 «О стратегическом плане развития РК до 2020 года». Целью Программы является «Улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны», что соответствует стратегическому направлению развития страны.

В 2012 г. вышло Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 июня 2012 года № 873 «Об утверждении Типового комплексного плана по усилению воспитательного компонента процесса обучения во всех организациях образования», в котором есть целый комплекс мероприятий, посвящённых здоровому образу жизни, целью которых является воспитание культуры здорового образа жизни, направленное на формирование у обучающегося навыков здорового образа жизни, осознание значимости здоровья как ценности, физическое совершенствование (2012).

Список литературы

1. Европейский План действий по сокращению вредного потребления алкоголя на 2012-2020 годы. – Копенгаген, 2012.
2. Закон Республики Казахстан «О рекламе» № 508-II от 19.12.2003 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 18.06.2014 г.).
3. Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам государственного регулирования производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции», Астана, Акорда, 18 июня 2014 г.
4. Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения», Астана, Акорда, 16 июля 2009 года, № 186-IV ЗРК.
5. Закон Республики Казахстан «О ратификации Рамочной конвенции ВОЗ против табака», Астана, Акорда, 25 ноября 2006 года, № 193-III ЗРК.
6. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». – Астана, 2009.
7. Кодекс Республики Казахстан «О налогах и других обязательных платежах в бюджет (налоговый кодекс)» № 99-IV ЗРК от 10.12.2008 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.07.2014 г.).
8. Кодекс Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» № 155-II от 30.01.2001 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2014 г.).
9. Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 ноября 2011 года № 1367 «Об утверждении предупреждения о вреде курения, размещаемого в местах, осуществляющих продажу табачных изделий».
10. Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 ноября 2011 года № 1366 «Об утверждении Правил размещения на пачке табачного изделия, упаковке табачного изделия о составе, об уровне содержания смолистых веществ, никотина и о системных ядах, канцерогенных и мутагенов».
11. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 июня 2012 года № 873 «Об утверждении Типового комплексного плана по усилению воспитательного компонента процесса обучения во всех организациях образования».
12. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе с табаком. – Женева: ВОЗ, 2003. – 47 р.
13. Adit Laixuthai, Frank J. Chaloupka. Youth Alcohol Use and Public Policy. – NBER, 1993.
14. Alexander C. Wagenaar, Ph.D., Traci L. Toomey, Ph.D., and Kathleen M. Lenk, M.P.H. / ped. Alexander C. Wagenaar Ph.D., is professor of epidemiology and health policy research at the University of Florida College of Medicine, Gainesville, Florida. – 1994 – Режим доступа: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2842302/ – Дата доступа: 04.09.2014.
15. Edwards Griffith. Alcohol policy and the public good. – Oxford University Press, 1994. – 364 p.
16. Ghodse Hamid. Guiding principles of drug demand reduction: an international response // British Journal of Psychiatry. – The Royal College of Psychiatrists, 1999. – P. 310-312.
17. Michael Grossman, Frank J. Chaloupka, Henry Saffer, Adit Laixuthai. Effects of Alcohol Price Policy on Youth: A Summary of Economic Research // Journal of research on adolescence. – 1994. – T. 4 (2). – P. 347-364.
18. NIDA. Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents. – NIDA, 1997. – 49 p.
19. www.tengrinews.kz/kazakhstan_news/prodaju-alkogolya-s-2100-do-1200-zapretili-v-kazahstane-257252/

СОСТОЯНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ И ПРОГНОЗ НАРКОСИТУАЦИИ В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОВОРА О КОЛЛЕКТИВНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ (ОДКБ)

Невирко Д.Д.

заместитель начальника Сибирского юридического института ФСКН
России (г. Красноярск), доктор социологических наук, профессор

Как известно, одним из основных показателей наркотизации общества является количество состоявших на учёте потребителей наркотиков, обращающихся в медицинское учреждение. Однако в государствах-членах ОДКБ отсутствует единообразие в учёте этих показателей. Так, могут учитываться: лица, состоящие на учёте и обратившиеся в медицинское учреждение, хотя бы раз в год; взятые под наблюдение в течение года потребители, у которых впервые в жизни установлен такой диагноз; снятые с наблюдения в отчётном году в связи с выздоровлением; осужденные потребители наркотиков и так далее.

Как следствие – разрозненные данные затрудняют возможность достоверной оценки состояния наркоситуации в данных государствах.

Представить реальную картину можно путём анализа показателей официальной статистики и результатов научных (социологических и криминологических) исследований.

Необходимо отметить, что только в Российской Федерации на нормативном уровне регламентируется ежегодное изучение наркоситуации в целом по стране и отдельно по её субъектам [10]. Мониторинг наркоситуации, осуществляемый в целях систематического анализа и прогноза наркоситуации, получения полной информации о динамике её развития, позволяет выработать приоритетные направления государственной политики в области противодействия наркомании в России.

Состояние наркопотребления и поражённость населения в большинстве государств-членов ОДКБ свидетельствует о высокой напряжённости и по ряду показателей имеет тенденцию к дальнейшему осложнению.

Согласно данным официальной статистики, наибольшая поражённость населения зарегистрирована в Российской Федерации (0,48%) и Республике Казахстан (0,23%).

К государствам со средней степенью поражённости следует отнести Республику Армения (0,14%), Республику Беларусь (0,16%), а также Кыргызскую Республику (0,19%).

Минимальная степень официальной поражённости зафиксирована в Республике Таджикистан – 0,09%.

Намного тревожнее данные неофициальной поражённости населения и наркопотребления в этих странах, учитывающие степень латентности: наибольшая поражённость населения констатируется

в Российской Федерации – 5,56% от общего числа населения. Чуть ниже поражённость в Республике Казахстан – 2,91% и Республике Беларусь – 1,33%. Минимальная поражённость – в Республике Армения – 0,99%, Кыргызстане – 0,45% и Таджикистане – 0,37%.

Рост незаконного потребления наркотиков наблюдается в Беларуси и Армении. Относительно стабильны средние показатели наркотизации населения – в России и Казахстане. Снижение незаконного потребления наркотиков фиксируется в Таджикистане и Кыргызстане.

Этот вывод следует воспринимать с поправкой на высокую степень латентности, поскольку имеющие место факты немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в разы превышают данные официальной статистики.

Остановимся на состоянии наркоситуации в конкретных государствах-членах ОДКБ [11].

Наркоситуация в Республике Армения характеризуется ростом регистрируемых лиц, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества. Так, количество лиц, состоящих на учёте как наркозависимые, в Республике Армения за 2009-2013 гг. увеличилось в среднем на 22%. По состоянию на июнь 2013 г. в Наркологическом центре Армении были зарегистрированы 4332 потребителя наркотиков, в том числе 55 женщин [15]. Среди потребителей наркотиков преобладают лица старших возрастов, их удельный вес составляет около 60%. Подавляющее большинство наркоманов в Армении относятся к возрастной группе 29-49 лет [15]. Продолжается ежегодное снижение числа несовершеннолетних наркопотребителей, при этом статистика фиксирует рост немедицинского потребления наркотиков лицами женского пола. Среди основных видов наркотических средств, употребляемых в Армении, – конопля, опиум и кокаин. Особую тревогу вызывает значительное увеличение в незаконном обороте доли героина и амфетаминов, а, следовательно, увеличение и доли их употребления.

Наркологическая ситуация в Республике Беларусь, по данным Центра мониторинга за наркотиками и наркопотреблением, характеризуется увеличением числа лиц, страдающих наркозависимостью. Так, на протяжении 2009-2013 гг. – за исключением небольшого снижения в 2012 г. – фиксировалось увеличение количества лиц, потребляющих наркотические средства без назначения врача: в 2009 г. на учётах в органах здравоохранения Беларуси состоя-

ли 12365 потребителей, в 2010 г. – 13282 (темп прироста к предыдущему году составил 7,4%), в 2011 г. – 14839 (+11,7%). По состоянию на 1 июля 2013 г. Министерством здравоохранения зарегистрированы 15196 потребителей против 13800 на начало 2012 г. (+9%).

Наблюдается снижение среднего возраста потребителей психоактивных веществ, лица в возрасте от 18 до 29 лет составляют около 70%, доля несовершеннолетних – около 1%. Общая оценочная численность потребителей наркотиков инъекционно в Беларуси составила 10222 человека (67,3%). Инъекционный способ влечёт рост сопутствующих заболеваний (ВИЧ, вирусные гепатиты). Особенностью 2013 г. является существенное (более чем в 80 раз) увеличение случаев регистрации потребителей курительных смесей.

Средний показатель распространённости потребления наркотиков на 100 тысяч населения составляет 154,8, при этом на 28,1% выросло число подчёркнутых потребителей психостимуляторов (амфетамин, метамфетамин и другое). Наиболее частым предметом потребления являются наркотики растительного происхождения (опий, марихуана), однако в северных районах Республики Беларусь большим спросом пользуются каннабиноиды (27,4%).

Наркотизация населения в Казахстане, несмотря на относительную стабилизацию по ряду показателей наркозависимых и средний темп снижения около 8%, по-прежнему вызывает определённую тревогу, поскольку в 2013 г., по данным Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии, наркотической зависимостью в стране страдают около 3% населения, степень поражённости – выше среднего. В 2009 г. на учёте в связи с немедицинским потреблением наркотиков состояли 54081 лиц, в 2010 г. – 49795 (-8,8%), в 2011 г. – 46766 (-6,6%), в 2012 г. – 40858 (-12,6%), в 2013 г. – 39498 (-3,3%).

В возрастной структуре потребляющих наркотики группы лиц, от 18 до 30 лет и старше 30 лет фактически равны и составляют около 46%. Несовершеннолетних лиц – около 7%, и их количество снижается, как и доля женщин, допускающих немедицинское употребление наркотиков.

Наиболее потребляемыми наркотиками остаются опиоиды (героин и опий) – 21 860 потребителей, каннабиноиды (гашиш, марихуана) – 11 051 чел., психотропные вещества – 4 530 чел., в том числе бензодиазепины – 24 чел., прекурсоры и другие токсичные вещества – 2 176 человек [22].

Наблюдаются тенденции сокращения числа лиц, взятых на учёт впервые, увеличения – снятых с наркологического учёта, при этом количество лиц, снятых с учёта в связи со смертью, несколько снижается, а количество лиц, снятых с учёта в связи с ремиссией, – увеличивается.

Статистика свидетельствует о сокращении лиц, состоящих на учёте, потребляющих летучие орга-

нические соединения, опиоиды и стимуляторы, при увеличении количества лиц с расстройствами, вызванными употреблением каннабиноидов и сочетанием психоактивных веществ [13].

Вместе с тем необходимо отметить, что в Казахстане наблюдается рост ВИЧ-инфицированного контингента, наркозависимых с диагнозами: Гепатит, Туберкулез, что заставляет искать новые подходы объективного оценивания складывающейся ситуации. В ряде регионов страны с низким социальным уровнем жизни наблюдается концентрированная эпидемия ВИЧ среди групп риска, например среди работниц коммерческого секса, инъекционных потребителей наркотиков, гомосексуалистов [19].

В Кыргызской Республике наблюдается прогрессирующая динамика незаконного оборота наркотиков. Находясь в непосредственной близости от Афганистана, где производится более 90% всех незаконных опиоидов в мире, страна испытывает все последствия от их транзита через свою территорию [2]. Наркоситуация в Кыргызстане характеризуется увеличением количества лиц, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества (за исключением 2011 г.). Согласно статистическим данным Республиканского центра наркологии Министерства здравоохранения, на наркологическом учёте в 2009 г. состояли 9672 потребителя наркотических средств, в 2010 г. – 10 608 чел. [21]. В 2012 г. число наркопотребителей выросло на 6%, по сравнению с 2011 г., и составило 10 700 человек.

Наибольшее количество наркозависимых лиц – в возрасте от 25 до 40 лет. Среди наркозависимых лиц более 90% составляют мужчины, доля женщин – около 7%, несовершеннолетних – около 2%. Вместе с тем представляет особую угрозу распространение зависимости от психоактивных веществ и наркотиков в подростковой среде, которое сопровождается такими явлениями, как детская проституция и бродяжничество, являющиеся следствием общей неблагоприятной социальной среды. При этом среди молодёжи и подростков возрастает спрос на наркотики амфетаминовой группы, поступающие из стран дальнего зарубежья, которые стало модно употреблять на дискотеках и в барах.

В Российской Федерации в 2009–2012 гг. статистика фиксировала сокращение числа наркозависимых лиц. В 2009 г. на учётах в органах здравоохранения с синдромом наркотической зависимости находились 7 4044 человека, в 2010 г. – 7 0518 чел. (-5%), в 2011 г. – 6 6999 чел. (-5,2%), в 2012 г. – 6 6182 чел. (-1,2%). В 2013 г. произошел прирост на 5,2% [23]. Однако, по данным мониторинга наркоситуации, 12,5% населения (около 18 миллионов человек) имеют опыт употребления наркотиков, регулярно их потребляют примерно 3 миллиона человек, около 6 миллионов человек делают это эпизодически [6].

Средний возраст приобщения к употреблению наркотиков – 16 лет.

Всё большее распространение в стране получают синтетические наркотики европейского и китайского происхождения, их употребление, наряду с другими психостимуляторами, наиболее распространено в местах массового отдыха молодёжи, где впервые приобщаются к потреблению около 60% наркопотребителей. Лавинообразному распространению синтетических, или так называемых дизайнерских, наркотиков способствует возможность быстрого синтезирования их аналогов.

Высокие уровни распространённости наркомании отмечаются в Сибирском, Уральском и Дальневосточном федеральных округах.

Вместе с тем в стране активно укрепляется и развивается взаимодействие субъектов антинаркотической деятельности и институтов гражданского общества по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, а также решений Президента Российской Федерации [8].

Наркоситуация в Республике Таджикистан (РТ), несмотря на стабильные показатели, характеризуется как тревожная. Так, по данным Министерства здравоохранения РТ, в 2009 г. на учетах состояли 8018 больных наркоманией. С 2010 г. по 2013 г. в общем, наблюдается тенденция к снижению данного показателя: 2010 г. – 7398 человек (-8,3%), 2011 г. – 7117 чел. (-3,9%), 2012 г. – 7231 чел. (+1,6%), 2013 г. – 7176 чел. (-0,8%). Основополагающими факторами, влияющими на распространённость наркомании в регионах Республики Таджикистан, являются географические, социально-демографические, экономические особенности, доступность наркотиков, а также эффективность организации профилактических антинаркотических мероприятий в регионе и ряд других факторов [18].

Опасным фактором наркологической ситуации в Таджикистане является рост употребления наркотиков инъекционным путём, особенно героина. К 2013 г. число инъекционных наркозависимых достигло 4837 человек, или 67,2% от общего числа зарегистрированных наркопотребителей (в 2000 г. было 1419 потребителей, или 30,8%).

Среди наркозависимых подавляющие большинство составляют мужчины – 96-97% при тенденции стабильного снижения численности наркозависимых женщин: 2010 г. – 4,1% (305 чел.), 2011 г. – 3,4% (238 чел.), 2012 г. – 3,8% (219 чел.), 2013 г. – 2,75% (198 чел.). Это обусловлено социальным и этнокультурным статусом женщины в обществе, традиционно установленными нормами поведения, а также влиянием исламского мировоззрения [18].

В возрастной структуре наблюдается тенденция «старения наркомании» вместе с уменьшением показателя первичной заболеваемости. Так, наибольший удельный вес составляют лица возрастной категории 35-59 лет – около 65%, 18-34 года – около 32%. Однако данная тенденция характерна только для

категории больных, состоящих на учёте в наркологических учреждениях и в основном употребляющих сильнодействующие наркотики.

В 2013 г. доля наркозависимых лиц среди сельских жителей увеличилась до 28,9% (в 2010 г. – 17,2%).

Сформулируем некоторые тенденции наркоситуации в государствах-членах ОДКБ [14].

1. *Стремление наркобизнеса к силовому сопротивлению наркотрафика на афгано-таджикской границе и формирование соответствующих мер противодействия со стороны государств-членов ОДКБ* (например, «пянджский рубеж»), превращение ОДКБ в многопрофильную международную организацию, осуществляющую противодействие наркотерроризму, соединяя комплексные меры по силовому, информационному, профилактическому, идеологическому и политическому воздействию на наркоугрозу.

2. *Взаимосвязь между возрастанием афганского наркотрафика в Российскую Федерацию и эскалацией наркоугрозы для Центральной Азии.* Геополитически это связано с тем, что в зону ответственности государств-членов ОДКБ входит Кавказ, соприкасающийся с очагом нестабильности возле Ирана, и Центрально-Азиатский регион, в котором активно развиваются транспортные коммуникации с Афганистаном. При этом сложная обстановка в Исламской Республике Афганистан признаётся одной из наиболее серьёзных угроз безопасности для соседних государств.

3. *Распространение наркотизма среди всех слоев населения стран Центрально-Азиатского региона.* На фоне ухудшения нравственного облика населения и ослабленного социального иммунитета перед угрозой наркотического заражения социальная среда становится менее защищенной от наркотического синдрома. Как результат – в девиантную среду наркопотребителей все шире вовлекаются группы населения, характеризующиеся приемлемыми социальными показателями, а именно высоким образовательным уровнем, наличием значительных доходов, отсутствием жилищных проблем, проживанием в благополучных семьях и т.п.

4. *Формирование тесной связи между распространением наркотиков и миграционными процессами,* что проявляется в использовании мигрантов для перемещения через границы наркотических средств и психотропных веществ и налаживании сетевого сбыта наркотиков на территории Российской Федерации с использованием, как правило, той части мигрантов, которая оказалась в трудной жизненной ситуации.

5. *Афганский наркотрафик всё больше обуславливается ростом экстремистской деятельности в республике и странах «пояса безопасности».* Как отмечает генеральный секретарь ОДКБ Николай Бордюжа, наблюдаются «...проникновение на территорию наших государств, особенно стран

Центральной Азии, экстремистских группировок, боестолкновения, которые периодически имеют место на границе, прежде всего на таджикско-афганской, а также идеологическое воздействие, оказываемое на население наших государств исламскими фундаменталистами, базирующимиися в Афганистане» (информация официального сайта ОДКБ. URL: www.odkb-csto.org/news/detail.php?ELEMENT_ID=481). При этом осуществляется активная пропаганда немедицинского потребления наркотиков со стороны организаторов наркобизнеса и ориентированных экстремистских сообществ.

6. Усиление активности международной наркопреступности на всем пространстве ОДКБ, её транснациональный характер, во многом обусловленный геополитическим расположением государств-членов ОДКБ, что отражается в движении афганских наркотиков по всем основным направлениям их конечного поступления на территорию России по «северному» маршруту (Таджикистан, Кыргызстан, Казахстан, Узбекистан и Туркмения), части «балканского маршрута» через Иран и страны Закавказья (Азербайджан, Грузия) и акваторию Каспийского моря, а также по новому, так называемому «восточному» [1], маршруту – через Китай и Монголию.

7. Преимущественно кланово-семейный характер организованных преступных групп, осуществляющих наркотрафик в странах Центрально-Азиатского региона. Как отмечают специалисты, «отличительными особенностями Центрально-Азиатских наркогруппировок является наличие внутренних родственных и клановых связей. При этом особенно в Кыргызстане и Таджикистане наблюдается сращивание наркомафийных групп со структурами государственной власти и их активная вовлеченность в политические события» [7].

8. Двойные стандарты сотрудничества США со странами Центральной Азии посредством активного развития в регионе транспортных коммуникаций с Афганистаном и оказания «помощи» за использование территории этих стран. Такая «модель» не только обеспечивает контроль над странами Центрально-Азиатского региона, но и ослабляет geopolитическое влияние ОДКБ на эти государства.

По мнению С. Бирича, «за использование территории Центрально-Азиатских стран США активно «помогают» им бороться с наркоторговлей и терроризмом. Технология такой помощи давно известна! США вначале создают реальную угрозу стабильности в регионе, а потом делают вид, что с ней борются»[4].

В связи с этим, крайне важными являются разработка и совершенствование в государствах-членах ОДКБ единого механизма противодействия наркомании, а также системного подхода к реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц.

В Республике Армения проводится комплекс профилактических мероприятий, направленных на сокращение спроса на психоактивные вещества, в том числе связанных с реабилитацией и ресоциализацией наркозависимых лиц, однако эффективность лечения людей, страдающих от наркотической зависимости, довольно низка по причине того, что в стране нет продолжительной реабилитационной программы. Это отдельные центры, обычно расположенные далеко от городов, где после лечения наркозависимые лица несколько месяцев с помощью психологов проходят курсы реабилитации. Лечение от наркотической зависимости очень трудно даётся как в психологическом, так и физическом плане. Как пояснил директор Наркологического центра Армении П. Семерджян: «Обычно за год в диспансере из зарегистрированных больных лечатся 8-10%. Курс лечения длится от 10 до 50 дней. Из уже вылеченных лиц около 80% вновь возвращаются к «старому делу». Это в первую очередь обусловлено тем, что люди после лечения возвращаются к прежнему окружению со своими проблемами. Поэтому у нас есть необходимость в реабилитационных центрах, что очень затратное дело. В вопросе лечения наркоманов Армения, как и большинство стран мира, идёт по пути минимизации ущерба и принудительное лечение не практикуется. Страна избрала путь не принуждать людей к чему-то до тех пор, пока они не совершили преступление» [3].

В Республике Беларусь для создания эффективной системы профилактики наркозависимости усилено взаимодействие органов внутренних дел, здравоохранения и образования. В целях противодействия распространению и употреблению наркотических средств среди учащихся по инициативе Управления по наркоконтролю и противодействию торговле людьми разработан и утверждён комплекс совместных профилактических мероприятий [9].

Для усиления межведомственного сотрудничества решено создать Межведомственную антинаркотическую комиссию на базе трёх ведомств: Государственного комитета судебных экспертиз, Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения. Создание межведомственной антинаркотической комиссии позволит отслеживать и запрещать оборот новых психоактивных веществ в считанные дни с момента их первого изъятия. Решением этой комиссии любое вещество может быть запрещено исходя из того, что оно имеет психоактивный эффект и является опасным для здоровья. Правоохранители рассчитывают на то, что попытка распространения запрещённых веществ станет для наркосбытчиков слишком опасной, а, значит, невыгодной на территории страны [17].

В республике в рамках специальной программы «Допинг» проведено 6031 профилактическое мероприятие по правовой тематике среди населения, подготовлены 849 публикаций и выступлений в

средствах массовой информации. Выявлены 3896 фактов незаконных посевов, уничтожено более 156 тонн растений мака и конопли. Составлены 1835 административных протоколов по ст.16.1 КоАП (посев и выращивание запрещенных к возделыванию растений). Инициировано внесение в законодательство страны дополнений и изменений, предусматривающих применение судами мер медицинского характера в качестве альтернативы наказанию, связанному с лишением свободы, для лиц, страдающих наркозависимостью, за впервые совершенные менее тяжкие преступления, с направлением их в специализированные учреждения для лечения и реабилитации. Кроме этого предлагается условное неприменение наказания при наличии оснований, предусмотренных частью 1 ст. 78 Уголовного кодекса Республики Беларусь, к лицу, страдающему наркоманией, при условии его согласия на прохождение курса лечения от наркозависимости и последующей реабилитации [9].

Для разработки эффективного механизма проведения профилактических и превентивных антинаркотических мероприятий планируется создание единого централизованного учёта наркопотребителей и налаживание процесса получения из учреждений здравоохранения сведений о наркозависимых лицах. Так, в Постоянную комиссию Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь по здравоохранению, физической культуре, семейной и молодёжной политике направлено письмо с предложением дополнить Закон «О здравоохранении» статьей 461, предусматривающей регулярное предоставление органами здравоохранения информации о лицах, которым в установленном порядке вынесен диагноз: Наркомания, с целью предотвращения владения и использования ими оружия, боеприпасов, взрывчатых и иных веществ, свободный оборот которых запрещён или ограничен, а также использования источников повышенной опасности [9].

В Беларуси созданы центры духовно-нравственной, социальной реабилитации и ресоциализации для лиц, страдающих наркотической зависимостью.

Осуществляется активная работа по снижению предложения наркотиков и спроса на них. МВД республики активно взаимодействует с различными общественными организациями. К профилактике наркомании привлекаются представители Общественного объединения «Белорусский республиканский союз молодёжи» (далее – БРСМ). Предполагается, что члены молодёжных отрядов охраны правопорядка, созданных под эгидой этого союза, могут помочь органам внутренних дел оперативно реагировать на факты распространения и употребления наркотиков в местах скопления молодёжи и учреждениях образования.

В настоящее время активно обсуждается предложение Министерства внутренних дел Беларуси о

необходимости блокировать сайты, через которые продаются наркотики. Реализация данного предложения позволила бы эффективно противодействовать предложению наркотиков и спросу на них [16].

В Республике Казахстан (РК) в настоящее время действует Отраслевая программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2012-2016 годы, основополагающей задачей которой является совершенствование системы профилактики, лечения наркомании и развитие системы реабилитации наркозависимых лиц [19]. Результатом действия программы стали не только стабилизация, но и сокращение количества наркозависимых граждан Казахстана (впервые за 6 лет их количество снизилось на 26% – с 55,2 тысяч чел. до 40,8 тысяч чел.) [22].

Мероприятия по профилактике наркомании в Казахстане ориентированы на все категории населения, в первую очередь – на детей, подростков и молодёжь, находящихся в неблагоприятных семейных, социальных условиях, в трудной жизненной ситуации, а также на лиц из групп повышенного риска. Для усиления межведомственного взаимодействия государственных органов, а также укрепления сотрудничества с неправительственными организациями в области профилактики наркомании в рамках МВД Республики Казахстан действует Комитет по борьбе с наркобизнесом. В формировании системы профилактики немедицинского потребления наркотиков участвуют все органы государственной власти, учреждения образования, различные общественные и религиозные организации. При проведении профилактики отдаётся предпочтение профессионально разработанным программам и мероприятиям, направленным на лиц из групп повышенного риска, преследующим цель обучения детей и подростков отказу от первой пробы наркотиков [22].

В РК активно проводится антинаркотическая пропаганда, направленная на формирование негативного отношения к употреблению психоактивных веществ, инициируется деятельность по созданию волонтёрской сети по профилактике наркомании среди молодёжи.

В целях совершенствования и укрепления законодательной базы, регулирующей деятельность в сфере профилактики наркомании, утверждён обновлённый стандарт организации наркологической помощи, разработан и принят нормативный правовой акт (программа), регламентирующий проведение медико-социальной реабилитации, как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях [19].

Для снижения латентной составляющей наркомании в Казахстане ведётся работа по совершенствованию организации системы наркологического учёта, а именно – по созданию информационно-учётной и мониторинговой системы, отражающей реальную картину наркоситуации в Республике Казахстан.

В профилактической деятельности для предупреждения вовлечения новых лиц в потребление наркотиков, раннего выявления наркопотребителей и снижения общего числа лиц, уже вовлечённых в наркотическую субкультуру, широко используется такой инструмент, как административная практика. В Казахстане активно ведётся работа по созданию наиболее эффективных административных средств борьбы с незаконным оборотом наркотиков путём введения новых мер, дополняющих арсенал имеющихся.

В Кыргызской Республике в целях профилактики наркозависимости действует Государственный координационный комитет по контролю наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров [20] (далее – Комитет), который является совещательным органом, призванным осуществлять свою деятельность на общественных началах для координации и оптимизации деятельности органов исполнительной власти, местных государственных администраций и органов местного самоуправления по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Основной задачей Комитета является разработка мер по противодействию и профилактике незаконного оборота наркотиков, а также повышению эффективности реализации целевых программ в этой области профилактики наркомании. Исполнительным органом Комитета, обеспечивающим его работу, включая вопросы организации и проведения заседаний, является Государственная служба по контролю наркотиков при Правительстве Кыргызской Республики.

Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 27 января 2014 г. № 54 утверждена Антинаркотическая программа Правительства Кыргызской Республики, целью которой являются снижение объёмов незаконного оборота наркотиков, уровня наркозависимости населения и связанных с ней негативных последствий. Средствами достижения цели выступает первичная, вторичная и третичная профилактика. В рамках наркопрофилактики в Кыргызстане ежегодно проводятся информационно-образовательные мероприятия для населения, в средствах массовой информации публикуются соответствующие материалы. В 2012 г. организована медиа-кампания на тему «Ближе к друг другу – дальше от наркотиков» с упором на развитие семейных ценностей [2].

Для улучшения системы оказания лечебно-реабилитационной помощи лицам с наркозависимостью в Кыргызстане последовательно проводятся программы детоксикации (лечение синдрома отмены), опиоидная заместительная терапия, программы медико-психологической реабилитации, эффективность которых подтверждается снижением частоты потребления нелегальных опиатов, уровня криминальной деятельности и поведения, связан-

ного с риском заражения ВИЧ/СПИД, а также улучшением состояния здоровья и ресоциализации пациентов [2].

Программы медико-психологической реабилитации реализуются как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Однако полноценных реабилитационных центров в системе Министерства здравоохранения Кыргызстана пока не имеется. Амбулаторные программы ориентированы, главным образом, на мотивирование получения и продолжения лечения, а также профилактику рецидивов. Критериями приема в программу реабилитации являются предварительное прохождение детокс-терапии и высокий уровень мотивации пациента на лечение [2].

В Российской Федерации одним из действенных элементов профилактики наркомании станет реализация Государственной межведомственной программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» (далее – Программа). Проект Программы рассмотрен и одобрен на заседании Государственного антинаркотического комитета 28 июня 2013 г., в настоящее время проходит согласование в федеральных органах исполнительной власти Российской Федерации. Программа рассчитана на период до 2020 года. Её задачей является увеличение числа наркопотребителей, включенных в эффективные программы комплексной реабилитации и ресоциализации до 150 тыс. человек ежегодно. В настоящее время данный показатель составляет менее 25 тыс. человек и повышение эффективности освобождения от наркотической зависимости как минимум до 30% стойкой длительной ремиссии (в настоящее время – менее 3%). В дополнение к силовым методам Программа станет эффективным инструментом по снижению спроса на наркотики и позволит кардинально переломить наркоситуацию в стране. Кроме того, ожидается, что вовлечение наркопотребителей в программы по освобождению от наркотической зависимости позволит также снизить число корыстно-насильственных преступлений и преступлений, совершённых наркотелями в целях приобретения очередной дозы наркотика [8].

Одним из наиболее действенных профилактических инструментов, направленных на сокращение масштабов наркотребления и устранение причин и условий совершения правонарушений, является административная практика в сфере незаконного оборота наркотиков. По данным статистической отчётности, в 2013 г. правоохранительными органами составлены протоколы об административных правонарушениях в отношении 135976 физических лиц, из них около 90% – лица, совершившие правонарушения, связанные с потреблением наркотиков. При этом незначительная часть указанного контингента наркопотребителей попадает в поле зрения органов здравоохранения, что фактически оставляет их основную часть без должного внимания [8].

Сложившаяся ситуация требует принятия комплекса мер, в том числе нормативно-правового характера, направленных на создание условий для вовлечения максимально возможного количества наркопотребителей в мероприятия по лечению и реабилитации.

Так, 1 июня 2014 г. вступил в силу принятый по инициативе ФСКН России Федеральный Закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 25 ноября 2013 г. № 313-ФЗ, которым вводится административная ответственность за уклонение от прохождения диагностики, профилактических мероприятий, лечения от наркомании и (или) медицинской и (или) социальной реабилитации в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (статья 6.9.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях).

В Республике Таджикистан в целях предотвращения наркомании и наркоПреступности реализуется комплекс конкретных государственных мер, связанных с принятием соответствующих нормативно-правовых актов. Так, дальнейшее развитие наркологической службы и её взаимодействие с другими государственными органами, общественными организациями осуществляется в соответствии с Национальной программой предотвращения распространения наркомании и усовершенствования наркологической помощи на 2013-2017 гг. и Национальной стратегией по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на 2013-2020 годы.

Проводится переоснащение материально-технической базы наркологических центров, внедряются современные технологии и новые стандарты диагностики, лечения и оказания практической помощи наркозависимым лицам. Одним из эффективных методов лечения является программа опиоидной заместительной терапии в совокупности с морально-социальной поддержкой, оказываемой наркозависимым [18].

Большой комплекс мероприятий направлен на взаимодействие с общественными организациями, пропаганду здорового образа жизни и повышение осведомленности населения страны о вреде наркотиков. Для реализации профилактических программ в РТ создан Координационный совет по профилактике злоупотребления наркотиками под председательством Премьер-министра страны. В своей деятельности совет широко использует мониторинг наркоситуации для профилактики наркозависимости и контроля над выполнением национальных антинаркотических программ.

Важная роль в профилактической работе отводится семье, образовательным учреждениям, родительским комитетам, волонтёрам и общественным активистам. Деятельность негосударственных общественных организаций в Таджикистане в сфере про-

филактики наркомании способствует улучшению доступа целевых групп к медико-социальнym услугам и информированности о них, тем самым повышая эффективность реализации государственных программ снижения вреда от употребления наркотиков в стране.

Что же касается прогноза развития наркоситуации [12], то можно предположить, что в ближайшие 2-3 года в государствах-членах ОДКБ будет наблюдаться незначительный – на 2-4% ежегодно – рост зарегистрированных преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств. На 1 января 2015 г. количество таких преступлений достигнет 253 тысяч.

Удельный вес наркоПреступлений в общем массиве регистрируемых преступлений уже к концу 2014 г. приблизится к отметке 9%, в 2015 г. составит 9,5%, в 2016 г. – 10-10,5%.

Будет расти удельный вес преступлений, связанных с незаконным сбытом наркотиков, – до 50% в 2014 г., около 50-52% в 2015 г., 52-54% в 2016 г.

Сохранится тенденция роста числа лиц, совершивших наркоПреступления, на 3-5% в ближайшие два года с постепенным её уменьшением в дальнейшем (прирост числа лиц в 2016-2017 гг. составит 1-2%): в 2014 г. количество таких лиц составит около 129 тысяч чел., в 2015 г. – 133 тысячи чел., в 2016 г. – 135 тысяч чел., в 2017 г. – приблизительно 136 тысяч человек.

Прогноз наркоситуации по качественным показателям выглядит следующим образом:

- незначительное увеличение удельного веса тяжких и особо тяжких преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков;
- стабилизация соотношения удельного веса мужчин и женщин, привлечённых к уголовной ответственности за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков;
- сохранение тенденции к постепенному «взрослению» наркоПреступников в государствах Центральной Азии и Закавказья;
- сохранение неблагоприятной тенденции наркотизации несовершеннолетних;
- активизация действий наркополицейских [5] и как результат – сокращение размера опиумной экономики в Афганистане, постепенное насыщение наркотиков Центральной Азии наркотиками не афганского происхождения, а именно синтетическими, что будет объективно приводить к ежегодному снижению количества изъятых наркотических средств и психотропных веществ на 3-5%;
- движение афганских наркотиков на территорию России преимущественно по «северному маршруту» будет детерминировать высокий уровень изъятых наркотических средств в таких странах, как Кыргызстан и Казахстан, со стабильно высоким количеством их изъятия на территории России;

- дальнейшая активизация деятельности экстремистских и террористических группировок в государствах, расположенных в зоне действия ОДКБ, при оказании им идеологической, материально-технической и финансовой поддержки со стороны международных исламистских радикальных организаций. Деятельность данных группировок будет тесно связана с наркотрафиком и его силовым сопровождением, что, в свою очередь, приведёт к более активной деятельности государственных воинских формирований;
- проникновение исламского фундаментализма в государства Центральной Азии и Закавказья, особенно если произойдёт запланированный на 2014 г. вывод международных сил содействия безопасности из Афганистана, что, возможно, приведёт к осложнению проведения антинаркотических ме-

роприятий на территории Центрально-Азиатского региона.

Включение в задачи коллективных сил оперативного реагирования силового противодействия наркотрафику и создание Центра антинаркотических операций при ОДКБ, который будет оказывать содействие в подготовке и проведении совместных операций в регионе, позволит более эффективно противодействовать организованным преступным группам, участвующим в незаконном обороте наркотиков.

Кроме того, на фоне положительного опыта проведения операций в Афганистане по ликвидации нарколабораторий, изъятию крупных партий героина, аресту активных участников и руководителей нарксообществ, а также активного международного сотрудничества в этой сфере можно прогнозировать повышение эффективности работы ОДКБ в этом направлении и постепенную минимизацию наркоугрозы в ближайшее десятилетие.

Список использованной литературы:

1. *Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков»: распоряжение Правительства РФ от 04.03.2013 №294-р.*
2. *Антинаркотическая программа Правительства Кыргызской Республики: утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 27.01.2014 №54. – URL: http://www.gskn.kg/index.php?option=com_content&view=article&id=270:press-reliz-gskn-kr-ot-28-02-2014-goda&catid=19&lang=ru.*
3. *Армения: 13 тысяч наркоманов и 20-процентный успех лечения // Новости. – URL: <http://news.rambler.ru/18434907/>*
4. *Бирич, С. ОДКБ проигрывает НАТО в паблисити / С. Бирич // Военно-политическое обозрение. – URL: <http://www.belvpo.com/ru/25674.html>.*
5. *В будущее с надеждой: выступления директора ФСКН России В.П. Иванова (июль-сентябрь 2013 г.). – М., 2013.*
6. *В будущее с надеждой: выступления директора ФСКН России В.П. Иванова (октябрь-ноябрь 2013 г.). – М., 2013.*
7. *Диченко, А.А. Международно-правовые и практические аспекты взаимодействия силовых ведомств Российской Федерации и стран Центральной Азии в сфере обеспечения антинаркотической безопасности / А.А. Диченко // Юридический мир. – 2013. – №10.*
8. *Информационно-аналитическая справка о наркоситуации в Российской Федерации и результатах борьбы с незаконным оборотом наркотиков в 2013 году. – URL: <http://www.fskn.gov.ru/pages/main/prevent/3939/4052/index.shtml>*
9. *Информационно-аналитический обзор криминогенной ситуации и состояния работы в сфере наркоконтроля в Республике Беларусь в 2013 году. – URL: <http://mvd.gov.by/ru/main.aspx?guid=179193>.*
10. *Методика и порядок осуществления мониторинга, а также критерии оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах : утверждены п. 2.1. протокола заседания Государственного антинаркотического комитета №14 от 21.12.2011. – URL: sfo.fskn.gov.ru/files/flib/1496.doc.*
11. *Наркоситуация в зоне действия Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ) (2009-2013 гг.): аналитические материалы / под ред. Д.Д. Невирко. – Красноярск: СибЮИ ФСКН России, 2014.*
12. *Наркоситуация в зоне действия Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ) (2009–2013 гг.): анализ и прогноз / под ред. Д.Д. Невирко. – Красноярск: СибЮИ ФСКН России, 2014.*
13. *Наркотизация в 2011 году в Республике Казахстан / Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании. – Астана, 2012.*
14. *Невирко, Д.Д. Состояние наркоситуации в государствах-членах Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ) и приоритетные направления противодействия наркопреступности / Д.Д. Невирко // Актуальные проблемы профилактики наркомании и противодействия правонарушениям в сфере легального и незаконного оборота наркотиков: национальный и международный уровни: материалы XVII научно-практической конференции (17–18 апреля 2014 г.): в 2 ч. / отв. ред. И.А. Медведев. – Красноярск: СибЮИ ФСКН России, 2014. – Ч. 1. – С. 11–28.*

-
-
15. Новости – Армения. – URL: <http://newsarmenia.ru/society/20130626/42896771.html>.
 16. Новости 21 марта 2014 г.: МВД Беларуси предлагает блокировать сайты, через которые торгуют наркотиками. – URL: <http://mvd.gov.by/ru/main.aspx?guid=2111>.
 17. Новости 16 апреля 2014 г.: Создание межведомственной антинаркотической комиссии позволит запрещать оборот новых наркотиков в считанные дни. – URL: <http://mvd.gov.by/ru/main.aspx?guid=2111>.
 18. Обзор наркоситуации в Республике Таджикистан за 2013 год // Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республике Таджикистан. – Душанбе, 2013.
 19. Отраслевая программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012–2016 годы: утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 12.04.2012 № 451. – URL: http://mvd.gov.kz/portal/page/portal/kbn/kbn_page/mvd_kbn_norm/kbn_norm_Prog/2012-2016B4.doc.
 20. Положение о Государственном координационном комитете по контролю наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров: утверждено постановлением Правительства Кыргызской Республики от 20.10.2011 № 654 «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров» // Официальный сайт Государственной службы по контролю наркотиков Кыргызской Республики. – URL: <http://www.gskn.kg>.
 21. Преступность и правопорядок в Кыргызской Республике (2005–2010 гг.): статистический сборник. – Бишкек, 2011.
 22. Стратегия Казахстан – 2050 // http://mvd.gov.kz/portal/page/portal/kbn/kbn_page/kbn_map_nark/Jurnal%20KBN.pdf.
 23. Паспорт наркоситуации Сибирского федерального округа и его субъектов в 2009–2013 гг.: рег. № 11/5/2/1424 от 23.05.2014 // Управление аппарата ГАК по СФО. – Новосибирск, 2014.

РЕЗЮМЕ

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ (литературный обзор)

М.В. Прилуцкая

В статье проведен литературный обзор первичных данных базы MedLine. Выделены ссылки на статьи, посвященные описанию и применению диагностических инструментов игровой зависимости. Проведена группировка методов диагностики в 4 модуля, соответствующих областям научных знаний, которые изучают игровую зависимость.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ВОПРОСА О ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ХОЛИНОЛИТИКАМИ (литературный обзор)

Р.С. Кулиев

Статья посвящена описанию эпидемиологического аспекта употребления холинолитиков в немедицинских целях. Проведен обзор англоязычных литературных источников, приведены результаты накопления первичных данных о сочетанном употреблении тропикамида и других психоактивных веществ (ПАВ) в США и Европейском регионе.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ КАК ОСНОВНОЙ КОМПОНЕНТ АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ (литературный обзор)

М.К. Маликов

В статье описаны основные подходы к изучению патологического влечения в клинике аддиктивных болезней, встречающиеся в русско- и англоязычной литературе. Подчеркнута роль в дифференцированных рассмотрении предмета патологического влечения, как важного клинико-психопатологического образования.

СОСТОЯНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ И ПРОГНОЗ НАРКОСИТУАЦИИ В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОВОРА О КОЛЛЕКТИВНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ (ОДКБ)

Д.Д. Невирко

В статье проводится сравнительный анализ основных показателей наркоситуации в государствах-членах Организации Договора о коллективной безопасности на основе как официальной статистики, так и результатов научных (социологических и криминологических) исследований, определяются тенденции и краткосрочный прогноз развития наркоситуации в регионе, а также выясняются особенности механизма противодействия наркомании в сфере профилактики и системного подхода к реабилитации и ресоциализации наркозависимых.

Ключевые слова: наркоситуация, тенденции наркоситуации, прогноз наркоситуации, государства-члены ОДКБ, профилактика наркомании.

SUMMARY

METHODS OF DIAGNOSIS OF GAMBLING ADDICTION (literature review)

M.V. Prilutskaya

The article gives a literature review of primary data base MedLine. Highlighted links to articles on the description and use of diagnostic tools gambling. Spend grouping methods of diagnosis in 4 modules, relevant scientific knowledge which study gambling addiction.

FEATURES OF THE CURRENT STATE OF THE QUESTION OF ABUSE OF ANTICHOLINERGIC (literature review)

R.S. Kuliev

The article describes the epidemiological aspects of the use of anticholinergics for nonmedical purposes. A review of English literature, the results of accumulation of primary data on the concomitant use of tropicamide and other psychoactive substances in the United States and the European Region.

PATHOLOGICAL ATTRACTION AS THE MAIN COMPONENT OF ADDICTIVE DISEASE (literature review)

M.K. Malikov

The article describes the main approaches to the study of pathological attraction in the clinic of addictive diseases occurring in Russian and English literature. The role of a differentiated consideration of the subject of morbid attraction as an important clinical and psychopathological education.

THE STATE, TRENDS AND FORECAST OF DRUG SITUATION IN MEMBER STATES OF THE COLLECTIVE SECURITY TREATY ORGANIZATION (CSTO)

D.D. Nevriko

The article considers a comparative analysis of the main indicators of drug situation in Member States of the Collective Security Treaty Organization (CSTO) on the basis of official statistics as well as the results of scientific (sociological and criminological) research; the main trends and short-term forecast of drug situation development in the region are defined; and the peculiarities of counteracting mechanism to drug addiction in the sphere of prevention and systematic approach to rehabilitation and re-socialization are found out.

Keywords: drug situation, drug situation trends, drug situation forecast, Member-States of the CSTO, drug abuse addiction.