НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

****

Том XXIV
№ 3-4
2018
Москва – Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор профессор, доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков;
Главный редактор профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;
кандидат медицинских наук Н.А. Негай; профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков; доктор медицинских наук К.С. Алтынбеков; кандидат медицинских наук Г.А. Садвакасова; О.С. Применко (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; доцент, кандидат медицинских наук Э.Т. Жусупова; кандидат психологических наук Л.А. Бикетова; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов; Л.Н. Маркина (редактор); доцент, доктор медицинских наук Н.И. Распопова; профессор, доктор медицинских наук Б.Б. Джарбусынова; кандидат медицинских наук Б.Ж. Нуралиев

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск); профессор М.Е. Бурно (Москва); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочюнас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден)

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, пр. Тәуелсіздік, 200
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-53
E-mail: neovitae@mail.ru

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная Психотерапевтическая Лига

РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Том XXIV
№ 3-4
2018 год

выходит
4 раза в год

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-17
О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года № 95 «Об утверждении Стандарта оказания психиатрической помощи в Республике Казахстан» и о признании некоторых приказов утратившими силу 5-25

ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Всемирная организация здравоохранения
INSPIRE: семь стратегий по ликвидации насилия в отношении детей (продолжение) 26-56

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

Прилуцкая М.В., Ракишева А.С.
Клиническая характеристика игровой зависимости 57-61
Ракишева А.С., Кулиев Р.С., Прилуцкая М.В.
Анализ клинико-психопатологической структуры игровой зависимости на примере выборки клиентов букмекерских контор 61-64

НАРКОЛОГИЯ

Маликов М.К.
Новые наркотические тренды: синтетические опиоиды 65-68
Прилуцкая М.В., Ракишева А.С.
Эпидемиологические аспекты проблемы новых психоактивных веществ (литературный обзор) 68-73
Ракишева А.С.
К вопросу о «аптечной наркомании»: немедицинское использование глазных капель «Тропикамид» 74-77
Ракишева А.С.
Роль психообразовательных технологий в лечении химических зависимостей 78-80

Резюме 81-82

Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2018 год 83

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

FOUNDERS:

Professional Psychotherapeutic League

RSE on REU «Republican Scientific and Practical Center of Mental Health»

Volume XXIV
№ 3-4
2018

Published 4 times in a year

TABLE OF CONTENTS

NORMATIVE LEGAL ACTS

Order of the Minister of Health of Kazakhstan Republic dated September 24, 2018 № KR DSM-17
On Amendments to the order of Minister of Health and Social Development of Kazakhstan Republic dated February 8, 2016 № 95 «On approval of the Standard of rendering the psychiatric care in Kazakhstan Republic» and on recognition of some orders become invalid 5-25

PROGRAM MATERIALS

World Health Organization
INSPIRE: seven strategies for ending violence against children (continued) 26-56

SOCIAL EPIDEMICS

Prilutskaya M., Rakisheva A.
Clinical characteristic of gambling 57-61
Rakisheva A., Kuliev R., Prilutskaya M.
Analysis of psychopathological structure of gambling on the example of a sample of bookmaker offices' clients 61-64

NARCOLOGY

Malikov M.K.
New narcotic trends: synthetic opioids 65-68
Prilutskaya M., Rakisheva A.
Epidemiological aspects of the problem of new psychoactive substances (literature review) 68-73
Rakisheva A.
On the issue of "medicament addiction": non-medical use of Tropicamide eye drops 74-77
Rakisheva A.
The role of psycho-educational technologies in treatment of chemical addictions 78-80

Summary 81-82

References to the magazine "Questions of mental medicine and ecology" for 2018 83

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 8 ФЕВРАЛЯ 2016 ГОДА № 95 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН» И О ПРИЗНАНИИ НЕКОТОРЫХ ПРИКАЗОВ УТРАТИВШИМИ СИЛУ

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-17.
Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 октября 2018 года № 17632.

В соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года № 95 «Об утверждении Стандарта организации оказания психиатрической помощи в Республике Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов 5 марта 2016 года под № 13404, опубликован 30 марта 2016 года в информационно-правовой системе «Әділет») следующие изменения:

заголовок указанного приказа изложить в следующей редакции:

«Об утверждении Стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан»;

пункт 1 изложить в следующей редакции:

«1. Утвердить прилагаемый Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан.»;

Стандарт организации оказания психиатрической помощи в Республики Казахстан, утверждённый указанным приказом изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 2 к настоящему приказу.

3. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр правовой информации» для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л.М.

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения Республики Казахстан *Е. Биртанов*

Приложение 1
к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-17

Утверждён
приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года № 95

Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан

Глава 1. Общие положения

1. Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс).

2. Стандарт устанавливает общие требования и принципы к оказанию медико-социальной помощи населению в сфере психического здоровья.

Порядок организации и оказания медико-социальной помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами регламентируется Правилами оказания медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, утверждёнными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 285 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11226).

3. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) группа динамического наблюдения – распределение пациентов на группы, определяющие тактику врача при выборе диагностических и лечебных мероприятий;

2) медико-социальная помощь – медицинская и социально-психологическая помощь, оказываемая гражданам с социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется уполномоченным органом;

3) медико-социальная реабилитация – восстановление здоровья больных психическими и поведенческими расстройствами и инвалидов с комплексным использованием медицинских, социальных и трудовых мероприятий для приобщения к работе, включения в семейную и общественную жизнь;

4) психоактивные вещества (далее – ПАВ) – вещества синтетического или природного происхождения, которые при однократном приёме оказывают воздействие на психические и физические функции, поведение человека, а при длительном употреблении вызывают психическую и физическую зависимость;

5) динамическое наблюдение за больными с психическими и поведенческими расстройствами – систематическое наблюдение за состоянием здоровья больных с психическими и поведенческими расстройствами, а также оказание необходимой медико-социальной помощи по результатам данного наблюдения в соответствующих группах динамического наблюдения;

6) риск совершения суицида – вероятность совершения действия, направленного на преднамеренное лишение себя жизни, с летальным исходом;

7) факторы риска совершения суицида – обстоятельства, влияющие на вероятность совершения действия, направленного на преднамеренное лишение себя жизни с летальным исходом.

4. Штаты медицинских организаций устанавливаются в соответствии с типовыми штатами и штатными нормативами организаций здравоохранения, утверждёнными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6173).

5. Медико-социальная помощь населению в области психического здоровья предоставляется в следующих формах:

1) амбулаторно-поликлиническая помощь;
2) стационарная помощь;
3) стационарозамещающая помощь;
4) скорая медицинская помощь.

Глава 2. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья в форме амбулаторно-поликлинической помощи

6. Врач ПМСП, при подозрении или выявлении лица с психическими и поведенческими расстройствами, за исключением психических и поведенческих расстройств, требующих оказания экстренной медицинской помощи в соответствии с Правилами оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан, утверждёнными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2017 года № 450 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15473) (далее – приказ № 450), осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) назначение лечения, при установлении диагнозов пограничных психических и поведенческих расстройств по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10), входящие в компетенцию врачебного персонала первичной медико-санитарной помощи, указанных в приложении 1 к настоящему Стандарту;

3) в случае установления диагнозов пограничных психических и поведенческих расстройств по МКБ-10, входящие в компетенцию врачебного персонала первичной медико- санитарной помощи, указанных в приложении 1 к настоящему Стандарту, впервые в текущем году:

заполнение «Извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом психического заболевания» (форма № 089/у), утверждённой приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее – приказ № 907);

направление Извещения врачу кабинета психического здоровья или первичного центра психического здоровья (далее – ПЦПЗ) по территориальному прикреплению, для внесения данных в электронную информационную систему не позднее 5 рабочих дней с момента установления диагноза;

4) при подозрении на наличие у лица диагноза психических и поведенческих расстройств по МКБ-10, входящие в компетенцию врачебного персонала первичной медико- санитарной помощи, не указанных в приложении 1 к настоящему Стандарту, направление его для установления диагноза и лечения в кабинете психического здоровья или ПЦПЗ по территориальному прикреплению;

5) при выявлении лица с риском совершения суицида, обратившегося самостоятельно, или при обследовании несовершеннолетнего направленного психологами, проведение мероприятий согласно главе 6 настоящего Стандарта;

6) заполнение первичной медицинской документации, утверждённой приказом № 907;

7) проведение сверки с врачом кабинета психического здоровья или ПЦПЗ по вновь введённым в электронный регистр психиатрических больных (далее – ЭРПБ) и электронный регистр наркологических больных (далее – ЭРНБ) лиц с психическими и поведенческими расстройствами, ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчётным периодом.

7. Врач по специальности «Психиатрия» (наркология) (далее – врач-психиатр (нарколог)), врач по специальности «Детская психиатрия» (наркология) (далее – детский врач-психиатр (нарколог)) кабинета психического здоровья или ПЦПЗ при подозрении или выявлении лица с психическими и поведенческими расстройствами, за исключением психическими и поведенческими расстройствами, требующих оказания экстренной медицинской помощи регламентированных приказом № 450 осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) оценку психического состояния пациента для определения дальнейшей тактики;

3) назначение лечения в соответствии с протоколами диагностики и лечения (в случае необходимости);

4) проверку в ЭРПБ и ЭРНБ наличия сведений об обратившемся лице. При первичном установлении диагноза психического и поведенческого расстройства вносит информацию в электронную информационную систему, включая его в группу статистического учёта, при установленном ранее диагнозе: Психические и поведенческие расстройства и отсутствии сведений в указанных регистрах вносит информацию, а при наличии сведений дополняет;

5) оформление направления на врачебно-консультативную комиссию (далее – ВКК) ПЦПЗ и занесение данных в журнал, при наличии у лица с психическими и поведенческими расстройствами критериев включения в группы динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, указанных в приложении 2 к настоящему Стандарта;

6) направление выписки из медицинской карты амбулаторного больного заведующему ПЦПЗ для организации ВКК по решению вопроса необходимости взятия на учёт лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

7) оформление медицинской документации в отношении лица с психическими и поведенческими расстройствами, нуждающегося в проведении медико-социальной экспертизы в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10589);

8) оформление документов лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ для направления на принудительное лечение;

9) внесение информации о лице с психическими и поведенческими расстройствами в электронную информационную систему не позднее 3 рабочих дней после получения Извещения от врача ПМСП;

10) осуществление динамического наблюдения за лицами, находящимися в группах динамического наблюдения, по территориальному прикреплению;

11) направление лиц с подозрением или установленным диагнозом психические и поведенческие расстройства на обследование и (или) лечение в территориальный ЦПЗ или республи-

канскую организацию психического здоровья (по показаниям);

12) направление лиц с психическими и поведенческими расстройствами в социально-медицинские трудовые организации (подразделения);

13) ведение первичной медицинской документации в соответствии с приказом № 907;

14) введение данных в ЭРПБ или ЭРНБ; допускается введение данных в медицинские информационные системы, интегрированные с ЭРПБ или ЭРНБ с определением уровня доступа;

15) проводит сверку с врачом ПМСП по вновь введённым и состоящим в ЭРПБ, ЭРНБ, лицам с психическими и поведенческими расстройствами (ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчётным периодом), и предоставляет указанную информацию заведующему территориального ПЦПЗ (не позднее 10 числа месяца, следующего за отчётным периодом).

8. Врач-психиатр (нарколог), детский врач-психиатр (нарколог) кабинета психического здоровья или ПЦПЗ, при необходимости консультации лица с риском совершения суицида, осуществляет:

1) выезд по месту нахождения врача ПМСП, при отдалённости местонахождения и невозможности выезда, организует и проводит консультацию лица в условиях кабинета психического здоровья или ПЦПЗ;

2) идентификацию пациента;

3) психиатрическое освидетельствование в соответствии с требованиями, регламентированными статьей 123 Кодекса;

4) внесение результатов психиатрического освидетельствования в медицинскую документацию врача ПМСП;

5) назначение лечения в соответствии с протоколами диагностики и лечения при выявлении у лица психических и поведенческих расстройств;

6) совместное с врачом ПМСП наблюдение за лицом с психическими и поведенческими расстройствами;

7) при наличии у лица, в том числе несовершеннолетнего, с риском совершения суицида, критериев взятия на учёт для оказания динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, указанных в приложении 2 настоящего Стандарта, осуществляет мероприятия для постановки его на учёт и динамического наблюдения.

9. Врач-психиатр (психотерапевт) ПЦПЗ осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) консультации, по показаниям психотерапию лицам, направленным заведующим, врачом-психиатром (наркологом) ПЦПЗ и при самообращении;

3) ведение учётно-отчётной документации;

4) сверку с врачами ПЦПЗ, по количеству проведённых консультаций и психотерапевтических сеансов (ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчётным периодом);

5) предоставление заведующему ПЦПЗ сведений о проделанной работе (количество консультаций, индивидуальных и групповых психотерапевтических сеансов) ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчётным периодом.

10. Медицинский психолог ПЦПЗ осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) консультации, экспериментально-психологическое обследование и психокоррекционные занятия в отношении лиц, направленных заведующим, врачом-психиатром (наркологом) ПЦПЗ и при самообращении;

3) психопрофилактику, психокоррекцию, психологическое консультирование пациентов, родственников пациентов и медицинского персонала;

4) психодиагностические исследования и диагностические наблюдения за пациентами;

5) информационно-образовательную работу с медицинским персоналом по вопросам медицинской и социальной психологии;

6) оценку эффективности проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий;

7) ведение учётно-отчётной документации;

8) сверку с врачами ПЦПЗ, по проведённой работе (ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчётным периодом);

9) предоставление заведующему ПЦПЗ сведений о проделанной работе (количество консультаций, первичных и повторных экспериментально-психологических обследованиях, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий) ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчётным периодом.

11. Средний медицинский персонал кабинета психического здоровья, ПЦПЗ, за исключением медицинской сестры процедурного кабинета, по поручению врача-психиатра (нарколога), в том числе детского врача-психиатра (нарколога) или заведующего ПЦПЗ в пределах своей компетенции осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) совместный приём и осмотр больных с записью в медицинской карте амбулаторного больного;

3) участие в динамическом наблюдении за лицами с психическими и поведенческими расстройствами;

4) активный патронаж на дому лиц с психическими и поведенческими расстройствами, состоящих в группах динамического наблюдения;

5) активный патронаж лиц с психическими и поведенческими расстройствами после выписки из стационара;

6) проведение информационно-образовательной работы с населением по вопросам пропаганды и формирования здорового образа жизни;

7) проведение санитарно-просветительской работы;

8) участие в введении данных в ЭРПБ и ЭРНБ;

9) оформление рецептов на бесплатные лекарственные средства в рамках гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи по назначению врача;

10) обеспечение сопровождения пациентов в ближайшую стационарную организацию в экстренных и неотложных случаях для оказания врачебной помощи;

11) выдачу в сельской местности, при отсутствии врача, листа нетрудоспособности и справки временной нетрудоспособности в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 183 «Об утверждении Правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10964);

12) ведение статистического учёта и отчётности, в том числе в электронном формате;

13) анализ статистических данных;

14) проведение инъекций по назначениям;

15) определение артериального давления;

16) ведение учётно-отчётной документации.

12. Процедурная медицинская сестра ПЦПЗ по назначению врача-психиатра (нарколога), в том числе детского врача-психиатра (нарколога) или заведующего ПЦПЗ осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции;

3) забор крови на ВИЧ-инфекцию и реакцию Вассермана (RW);

4) ведение учётно-отчётной документации.

13. Социальный работник ПЦПЗ организует социальную помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5917) и осуществляет:

1) ведение учётно-отчётной документации;

2) предоставление ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчётным периодом заведующему территориального ПЦПЗ сведений о проделанной работе (количество оказанных социально-правовых, социально-бытовых, социально-трудовых, социально-культурных услуг).

14. Заведующий ПЦПЗ осуществляет:

1) организацию работы своего подразделения в части оказания медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами;

2) проведение заседаний ВКК для решения вопроса об уточнении диагноза и необходимости постановки на учёт лица с психическими и поведенческими расстройствами;

3) экспертизу временной нетрудоспособности и направление на медико-социальную экспертизу;

4) ведение первичной медицинской документации в соответствии с приказом № 907 с обеспечением контроля за правильностью их заполнения;

5) предоставление сводной информации (данных от врачей-психиатров (наркологов) кабинета психического здоровья, ПЦПЗ, психологов, социальных работников) курирующему заместителю руководителя территориальной городской поликлиники для предоставления в территориальный ЦПЗ (ежемесячно не позднее 15 числа месяца, следующего за отчётным периодом).

15. Установление группы учёта лиц с психическими и поведенческими расстройствами, согласно критериев взятия на учёт для оказания динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, указанных в приложении 2 настоящего Стандарта, перевод лица с психическими и поведенческими расстройствами из одной группы в другую и снятие с группы динамического наблюдения осуществляется ВКК, состоящей из не менее чем трёх врачей-психиатров (наркологов).

16. В случае изменения постоянного места жительства пациента, находящегося на учёте в группе динамического психиатрического наблюдения или динамического наркологического наблюдения в пределах Республики Казахстан, осуществляется изменение прикрепления к соответствующему территориальному ПЦПЗ с сохранением группы динамического наблюдения.

На каждого пациента, включённого в группу динамического наблюдения, заполняется «Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством» (форма № 030-2/у), утвержденная приказом № 907.

17. При необходимости пациентам, которым оказывается амбулаторная помощь в ПЦПЗ, направление в лечебно-трудовые мастерские осуществляется врачебно-консультативной комиссией, организуемой при ПЦПЗ.

18. В лечебно-трудовые мастерские не направляются пациенты, которым по состоянию здоровья противопоказана трудовая терапия, а также:

1) психопаты с асоциальным поведением, склонные к сексуальным перверзиям, кверулянты;

2) лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ;

3) психические больные, страдающие тяжёлыми соматическими или инфекционными заболеваниями.

19. Срок прохождения пациентами трудовой терапии в лечебно-трудовых мастерских определяется исключительно медико-социальными показаниями.

20. Медицинская реабилитация в санаторно-курортных организациях противопоказана для лиц с психическими и поведенческими расстройствами:

1) состоящих в группах: 1 – группа динамического психиатрического наблюдения, 2А – группа

динамического психиатрического наблюдения, группа динамического наркологического наблюдения;

2) имеющих заболевания в острой стадии;

3) имеющих хронические заболевания в стадии обострения;

Лица с психическими и поведенческими расстройствами, не способные к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, нуждающиеся в постоянном специальном уходе, не имеющие противопоказания, указанные в подпунктах 1, 2, 3 настоящего пункта, направляются в санаторно-курортные организации в сопровождении.

21. Санаторно-курортная карта оформляется при наличии заключения ВКК по форме 035-1/у, утверждённой приказом № 907.

22. Сведения о лицах с психическими и поведенческими расстройствами, снятых с динамического наблюдения, исключаются из контингента, но сохраняются в ЭРПБ, ЭРНБ для расчёта статистических показателей.

23. Показаниями для назначения поддерживающей заместительной терапии являются наличие всех основных и одного из дополнительных критериев:

1) основные критерии:

диагноз: Опиоидная наркомания (F11.2);

способность дать информированное согласие;

возраст старше 18 лет;

2) дополнительные критерии:

установленный диагноз ВИЧ-инфекции;

установленный диагноз гепатита B, C, D, G;

подтвержденный стаж инъекционного потребления наркотиков не менее 3 лет;

не менее двух госпитализаций в стационар с диагнозом: Опиоидная наркомания (F11.2);

беременность.

Глава 3. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья в форме стационарной помощи

Параграф 1. Госпитализация в стационарные отделения организаций здравоохранения в области психического здоровья

24. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами в форме стационарной помощи оказывается в стационарных клинических отделениях республиканской организации психического здоровья, психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением, отделениях ЦПЗ.

25. Основанием для госпитализации в стационарные клинические отделения, являются:

1) направление врача-психиатра (нарколога) на проведение обследования или лечения лица с психическими и поведенческими расстройствами в условиях стационара;

2) необходимость проведения обследования в условиях стационара для установления диагноза психических и поведенческих расстройств, по направлению судебно-следственных органов, военных врачебных комиссий, а также по письменному заявлению самого лица;

3) решение суда о принудительном лечении лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением ПАВ, вступившее в законную силу;

4) решение суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 93 Уголовного Кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года (далее – УК РК), вступившее в законную силу.

26. Госпитализация в стационарные клинические отделения осуществляется в экстренном или в плановом порядке.

27. Госпитализация в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением осуществляется в плановом порядке круглосуточно, при наличии вступившего в законную силу решения суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных подпунктами 3), 4) части 1 статьи 93 УК РК, акта судебно-психиатрической экспертизы и выписки из МКСБ.

28. Госпитализация в ЦПЗ для осуществления принудительного лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением ПАВ и (или) принудительных мер медицинского характера проводится в плановом порядке, при наличии вступившего в законную силу соответствующего решения суда.

29. Госпитализация лиц с психическими и поведенческими расстройствами для осуществления мер безопасности, регламентированных статьей 511 Уголовно-процессуального Кодекса Республики Казахстан от 4 июля 2014 года, осуществляется в стационарные клинические отделения ЦПЗ в плановом порядке, при наличии вступившего в законную силу соответствующего решения суда.

30. Госпитализация лица с психическими и поведенческими расстройствами в стационар осуществляется в соответствие со статьей 125 Кодекса.

31. Общими противопоказаниями для госпитализации в стационарные клинические отделения являются:

1) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля;

2) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности.

32. При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, приёмно-диагностического отделения осуществляет следующие мероприятия:

1) идентификацию пациента;

2) проверяет наличие и соответствие имеющейся медицинской и другой документации с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября

2015 года № 761 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12204) (далее – приказ № 761), в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;

3) проверяет наличие вступившего в законную силу решения суда о госпитализации, при наличии такового;

4) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приёмно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;

5) устанавливает предварительный диагноз, определяет объём дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

6) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907;

7) при анонимном лечении пациента имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента;

8) обеспечивает введение информации в портал Бюро госпитализаций.

33. При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением ПАВ, для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения или приёмно-диагностического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

1) присваивает пациенту регистрационный медицинский код согласно приложению 3 к настоящему Стандарту.

Данный код заполняется вместо фамилии пациента в медицинской учётной документации. Имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняется со слов пациента;

2) направляет на прохождение обязательных и (или) дополнительных обследований;

3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приёмно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;

4) устанавливает предварительный диагноз, определяет объём дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907;

6) обеспечивает введение информации в портал Бюро госпитализаций.

34. При госпитализации в стационарное клиническое отделение республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ по экстренным показаниям, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения или приёмно-диагностического отделения, или дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:

1) идентификацию пациента;

2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований и определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приёмно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;

3) устанавливает предварительный диагноз, определяет объём дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

4) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907;

5) обеспечивает введение информации в портал Бюро госпитализаций.

35. При плановой и экстренной госпитализации в стационарные клинические отделения республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ средний медицинский работник клинического отделения или приёмного покоя, по поручению заведующего или врача-психиатра (нарколога) клинического отделения или приёмно-диагностического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

1) измеряет антропометрические данные;

2) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907;

3) вносит информацию в портал Бюро госпитализаций;

4) выполняет врачебные назначения (при необходимости).

36. При плановой госпитализации в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:

1) проверяет наличие и соответствие имеющейся документации:

вступившее в законную силу решение суда;

документ, удостоверяющий личность.

Для приёма лиц, содержащихся до вынесения постановления суда под арестом, предоставляется личное дело и справка об освобождении.

2) проводит идентификацию пациента;

3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приёмно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;

4) определяет отделение, устанавливает режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907.

37. При плановой госпитализации в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением средний медицинский работник отделения по поручению врача осуществляет следующие мероприятия:

1) измеряет антропометрические данные;

2) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907;

3) организует санитарную обработку;

4) выполняет врачебные назначения.

Параграф 2. Лечебные и диагностические мероприятия в стационарных отделениях организаций здравоохранения в области психического здоровья

38. После поступления лица с психическими и поведенческими расстройствами в стационарное клиническое отделение, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

1) проводит идентификацию пациента;

2) проверяет наличие и соответствие имеющейся медицинской и другой документации в соответствии с приказом № 761, в случае необходимости направляет на прохождение основных и (или) дополнительных обследований;

3) проверяет наличие вступившего в законную силу решения суда о госпитализации (при наличии такового);

4) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований, устанавливает предварительный диагноз, определяет объём дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907.

39. После поступления в стационарное клиническое отделение лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением ПАВ, для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

1) проверяет наличие и соответствие имеющейся медицинской и другой документации с приказом № 761, в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;

2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований, устанавливает предварительный диагноз, определяет объём дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

3) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907, при этом: имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента.

40. После поступления лица в стационарное клиническое отделение психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением заведующий или врач-психиатр (нарколог) отделения осуществляет следующие мероприятия:

1) проводит идентификацию пациента;

2) оценивает психическое и соматическое состояния, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

3) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907.

41. После поступления лица с психическими и поведенческими расстройствами в стационарное клиническое отделение республиканской организации психического здоровья, психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением, ЦПЗ медицинский психолог осуществляет следующие мероприятия:

1) проводит идентификацию пациента;

2) проводит психопрофилактику, психокоррекцию, психологическое консультирование пациента;

3) проводит психодиагностические исследования и диагностическое наблюдение.

42. Медицинский психолог, на постоянной основе, также осуществляет следующие мероприятия:

1) проводит работу по обучению медицинского персонала в области медицинской, социальной психологии;

2) оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий;

3) осуществляет ведение учётно-отчётной документации;

4) предоставляет ежемесячно, не позднее 10 числа следующего за отчётным периодом непосредственному руководителю сведения о проделанной работе (количество консультаций, первичных и повторных экспериментально-психологических обследований, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий).

43. После поступления лица в стационарное клиническое отделение республиканской организации психического здоровья, психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением, ЦПЗ медицинская сестра осуществляет следующие мероприятия:

1) измерение антропометрических данных;

2) заполнение первичной медицинской документации, утверждённой приказом № 907;

3) выполнение врачебных назначений.

44. При необходимости медико-социальная, трудовая реабилитация проводится в лечебно-трудовых мастерских.

45. Пациенты, находящиеся на стационарном лечении и проходящие медико-социальную, трудовую реабилитацию в лечебно-трудовых мастерских, медикаментозное лечение и питание получают в соответствующих отделениях стационара на общих основаниях.

46. В лечебно-трудовых мастерских оказывается содействие в трудоустройстве пациентов по окончании курса трудовой терапии.

47. На каждого пациента, проходящего медико-социальную, трудовую реабилитацию в лечебно-трудовых мастерских заводится карта учёта трудовой терапии с указанием медицинских назначений, видов рекомендуемого труда, оценкой трудовой терапии, которая по окончании пациентом курса трудовой терапии передается в ПЦПЗ.

48. Направление на трудовую терапию в лечебно-трудовые мастерские пациентов, находящихся на стационарном лечении, осуществляется лечащим врачом. В ЦПЗ лечащий врач производит, согласно медицинским показаниям, предварительный отбор пациентов для направления их в лечебно-трудовые мастерские.

Параграф 3. Наблюдение в стационарных отделениях организаций здравоохранения в области психического здоровья

49. Общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении. Общий режим для пациентов устанавливается при:

1) отсутствии опасности для себя и окружающих;

2) способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;

3) отсутствии психических и поведенческих расстройств и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания, указанных в пунктах 52, 53 настоящего Стандарта.

50. Режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учётом необходимости его адаптации во внебольничных условиях. Режим частичной госпитализации устанавливается решением врачебной комиссии (далее – ВК) в составе двух врачей и предоставляется при:

1) наличии критериев для наблюдения, установленных пунктом 49 настоящего Стандарта;

2) стабилизации психического состояния, требующего ежедневного, но не круглосуточного наблюдения.

Режим частичной госпитализации не применяется для лиц, находящихся на принудительном лечении и экспертизе по определениям (постановлениям) судебно-следственных органов, а также лиц, госпитализированных для осуществления мер безопасности по решению суда.

51. Режим лечебных отпусков – возможность нахождения вне отделения от нескольких часов до нескольких суток с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта. Режим лечебных отпусков для пациентов предоставляется при:

1) наличии критериев для наблюдения, установленных пунктом 49 настоящего Стандарта;

2) стабилизации психического состояния, не требующего ежедневного наблюдения.

Режим лечебных отпусков не применяется для лиц, находящихся на принудительном лечении и экспертизе по определениям (постановлениям) судебно-следственных органов.

52. Усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения. Усиленный режим наблюдения устанавливается для пациентов при:

1) острых психических и поведенческих расстройствах, не представляющих опасности для себя и окружающих;

2) способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;

3) отсутствии психического и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания, указанного в пункте 53 настоящего Стандарта.

53. Строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами. Строгий режим для пациентов устанавливается для пациентов при:

1) непосредственной опасности для себя и окружающих;

2) беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;

3) возможном нанесении существенного вреда здоровью, если лицо будет оставлено без наблюдения.

Параграф 4. Наблюдение в стационарных отделениях психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением

54. Общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение с передвижением в отделении согласно распорядку дня, возможностью участия в трудотерапии за пределами отделения. Общий режим для пациентов устанавливается при:

1) отсутствии опасности для себя и окружающих;

2) способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;

3) отсутствии психических и поведенческих расстройств и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания, указанных в пунктах 55, 56 настоящего Стандарта.

55. Усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения в пределах отделения. Усиленный режим наблюдения для пациентов устанавливается при:

1) острых психических и поведенческих расстройствах, не представляющих опасности для себя и окружающих;

2) способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;

3) отсутствии психического и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания, указанного в пункте 56 настоящего Стандарта.

56. Строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами. Строгий режим для пациентов устанавливается при:

1) непосредственной опасности для себя и окружающих;

2) беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;

3) возможном нанесении существенного вреда здоровью, если лицо будет оставлено без наблюдения.

Параграф 5. Выписка из стационарных отделений организаций здравоохранения в области психического здоровья

57. Выписка из стационарных клинических отделений производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также по завершении обследования, экспертизы или мер безопасности, явившихся основаниями для помещения в стационар.

58. Выписка пациента, находящегося в стационарных клинических отделениях добровольно, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению его лечащего врача.

59. Выписка пациента, госпитализированного в стационарные клинические отделения в принудительном порядке, производится по заключению ВКК, решению суда, постановлению прокурора.

60. Выписка пациента, к которому по определению суда применены принудительные меры медицинского характера и меры безопасности, производится только по вступившему в силу определению суда.

61. Выписка пациента из психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением к месту дальнейшего лечения осуществляется в сопровождении медицинских работников. Допускается сопровождение к месту дальнейшего лечения родственниками пациента.

Информация о выписке больного направляется в суд, вынесший постановление о замене вида принудительного лечения, в территориальное Управление внутренних дел по месту жительства, родственникам больного.

62. Пациенту, госпитализированному в стационарное клиническое отделение добровольно, отказывается в выписке, если ВКК установлены основания для госпитализации в принудительном порядке, предусмотренные пунктом 1 статьи 94 Кодекса. В таком случае вопросы о его пребывании в клиническом отделении, продлении госпитализации и выписке из стационара решаются в порядке, установленном пунктами 8, 9, 10 статьи 125 и пунктом 3 статьи 128 Кодекса.

63. Руководитель республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ организует введение данных в портал «Электронный регистр стационарных больных».

64. После выписки медицинская карта стационарного больного хранится в архиве организации, в течение установленного срока в соответствии с приказом № 907.

Глава 4. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья в форме стационарозамещающей помощи

65. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами в форме стационарозамещающей помощи оказывается в дневных стационарах республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ.

66. Госпитализация в дневной стационар осуществляется в плановом порядке.

67. Показаниями для лечения в дневном стационаре лиц с психическими и поведенческими расстройствами являются:

1) необходимость активной терапии лица с психическими и поведенческими расстройствами (стадия субкомпенсации, декомпенсации), не требующее круглосуточного наблюдения;

2) обострение психических и поведенческих расстройств невротического или неврозоподобного уровня, не требующее круглосуточного наблюдения;

3) необходимость постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке, после получения курса лечения в круглосуточном стационаре;

4) проведение обследований и экспертиз, не требующих круглосуточного стационарного наблюдения.

68. Противопоказаниями для лечения в дневном стационаре являются:

1) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля;

2) психопатологические состояния, требующие стационарного лечения по экстренным показаниям;

3) наличие генерализованных судорожных приступов (более 1-го раза в месяц);

4) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности.

69. Длительность лечения в дневном стационаре составляет не более 30 дней.

В случаях ухудшения состояния пациента, требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, он госпитализируется в соответствующее стационарное отделение центра психического здоровья.

70. Ежедневное время пребывания в дневном стационаре не менее 6 часов. В дневном стационаре предусматривается двухразовое питание с учётом времени приёма психотропных препаратов.

71. При госпитализации в дневной стационар лица с психическими и поведенческими расстройствами заведующий или врач-психиатр (нарколог) дневного стационара или приёмно-диагностического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

1) проводит идентификацию пациента;

2) проверяет наличие и соответствие имеющейся медицинской и другой документации, в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;

3) оценивает психическое и соматическое состояние, а также результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;

4) устанавливает предварительный диагноз, определяет объём дифференциальной диагностики, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907.

72. При госпитализации в дневной стационар лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) дневного стационара или приёмно-диагностического отделения осуществляет следующие мероприятия:

1) присваивает пациенту регистрационный медицинский код согласно приложению 3 к настоящему Стандарту;

2) направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;

3) оценивает психическое и соматическое состояние, а также данные результаты лабораторно-диагностических исследований (при наличии), определяет наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;

4) устанавливает предварительный диагноз, определяет объём дифференциальной диагностики, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907, при этом: имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента.

73. После поступления в дневной стационар лица с психическими и поведенческими расстройствами, заведующий или врач-психиатр (нарколог) дневного стационара осуществляет следующие мероприятия:

1) проводит идентификацию пациента;

2) проверяет наличие и соответствие имеющейся медицинской и другой документации;

3) оценивает психическое и соматическое состояния, а также данные результатов лабораторно-диагностических исследований, устанавливает предварительный диагноз, определяет объём дифференциальной диагностики, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

4) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907.

74. После поступления в дневной стационар лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) дневного стационара осуществляет следующие мероприятия:

1) в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;

2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований, устанавливает предварительный диагноз, определяет объём дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

3) заполняет первичную медицинскую документацию, утверждённую приказом № 907, при этом: имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента.

75. После поступления в дневной стационар лица с психическими и поведенческими расстройствами медицинская сестра осуществляет следующие мероприятия:

1) измерение антропометрических данных;

2) заполнение первичной медицинской документации, утверждённой приказом № 907;

3) выполнение врачебных назначений.

76. Оказание медико-социальной помощи в дневном стационаре осуществляется согласно стандартам оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения, утвержденным приказом № 630.

77. Выписка производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда возможен перевод на амбулаторное лечение, а также по завершению обследования, экспертизы, явившихся основаниями для помещения в дневной стационар.

В день выписки пациента из дневного стационара составляется эпикриз, копия которого направляется в первичный центр психического здоровья, по месту жительства пациента, для приобщения его к медицинской карте амбулаторного больного.

78. После выписки медицинская карта стационарного больного хранится в архиве организации в течение установленного срока.

Глава 5. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья в форме скорой медицинской помощи

79. Скорая помощь предоставляется в виде скорой специализированной психиатрической помощи.

80. Оказание скорой специализированной психиатрической помощи осуществляется специализированными бригадами, организованными в составе станции скорой медицинской помощи или ЦПЗ.

81. Деятельность скорой специализированной психиатрической помощи регламентируется приказом № 450.

Глава 6. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья при суицидальном поведении

82. При выявлении участковым врачом или врачом общей практики амбулаторно-поликлинической организации (далее – АПО) лица с суицидальным поведением, обратившегося самостоятельно или при направлении психологами, осуществляются следующие мероприятия:

1) оценка риска совершения суицида;

2) определение плана наблюдения и лечения;

3) оформление медицинской документации.

83. Для несовершеннолетних, перед проведением обследования для оценки риска совершения суицида, необходимо получение разрешения законных представителей.

84. Разрешение законных представителей на проведение обследования для оценки риска совершения суицида оформляется в письменном виде в произвольной форме и остаётся в медицинской документации. В случае невозможности получить разрешение, оценка риска проводится без их согласия при наличии признаков, соответствующих критериям, регламентированным статьей 94 Кодекса.

85. Оценка риска совершения суицида проводится в три этапа:

1) определение необходимости проведения оценки риска совершения суицида;

2) определение факторов риска совершения суицида с оценкой предрасполагающих, усиливающих и защитных факторов;

3) определение степени риска совершения суицида.

86. Необходимость проведения оценки риска совершения суицида определяется на основании оценки психического состояния на момент осмотра и анамнестических сведений.

87. При оценке психического состояния обращается внимание на:

1) общий вид и поведение (оценка психомоторного состояния и функции волевой сферы – возбуждение, ступор, стереотипии, навязчивые действия, импульсивные поступки);

2) эмоциональное состояние (оценка тревоги, страхов, беспокойства, напряжения); настроения – снижение (от нормальной грусти, через субклиническую депрессию до депрессии), повышение (от эйфории, через гипоманию до мании), смешанные состояния (одновременно депрессивные и маниакальные симптомы), гнев, злость, равнодушие; адекватности эмоций ситуации;

3) мышление (нарушение формы мышления – ускорение или замедление его темпа (чрезмерная мелочность), задержка (внезапное затруднение движения мыслей, мышления), рассеянность или расщепление, персеверации (стереотипное повторение), обсессии (навязчивые мысли); нарушение мышления по содержанию – идеи);

4) восприятие (нарушения – галлюцинации (восприятие несуществующих объектов), иллюзии (искаженное восприятие существующих объектов);

5) высшие функции познания: память, способность к адекватной оценке реальности, к абстрактному мышлению и самосознанию (саморефлексии), а также к контролю собственных влечений (агрессивных, сексуальных).

88. При сборе анамнестических сведений обращается внимание на:

1) семейную среду с раннего детства и до настоящего времени, в том числе домашнее (бытовое) и (или) сексуальное насилие;

2) семейную историю суицида и психических расстройств, в том числе расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголя или наркотиками;

3) несуицидальные самоповреждения;

4) особенности психического развития, склада личности, обучения и профессиональной деятельности, круга интересов и увлечений, семейных взаимоотношений;

5) при подозрении на наличие психического расстройства, начало появления симптомов, их связь с психосоциальными факторами;

6) историю суицидального поведения (если есть) (количество предыдущих попыток суицида; для каждой попытки: когда произошла, обстоятельства и провоцирующие факторы; способ и его потенциальная летальность; степень предпринятых мер по планированию и сведению к минимуму риска обнаружения или препятствий (для попытки); употребление алкоголя и наркотиков перед попыткой; последствия и медицинская тяжесть последствий; отношение к попытке);

7) психосоциальные ситуации и недавние потери (фактические, воспринимаемые или потенциальные): смерть дорогого человека или существа (идола, образца для подражания или домашнего животного); разрыв отношений, развод или разъединение; межличностные конфликты, стрессовые или неблагополучные, или сложные отношения; проблемы с учёбой; потеря работы или жилья; начало болезни близкого человека или дорогого

существа; финансовые и юридические трудности; годовщина потери; переезд на новое место);

8) если имеется ранее установленный диагноз, собирается информация об истории лечения (предыдущие и сопутствующие диагнозы, предшествующие госпитализации и другие виды лечения) и соблюдении назначенного лечения.

89. Определение факторов риска совершения суицида проводится на основании данных психического состояния и анамнеза с распределением на три группы:

1) первичные – психиатрические (психобиологические) факторы;

2) вторичные – психосоциальные особенности и (или) соматические заболевания;

3) третичные – демографические факторы.

90. К первичным психиатрическим (психобиологическим) факторам относятся:

1) суицидальные мысли, суицидальные планы (текущие или предыдущие), попытки самоубийства (включая отмененные или прерванные попытки);

2) психические и поведенческие расстройства: безнадёжность и возбуждение/тревога (в том числе бессонница);

3) семейная история самоубийств.

91. К вторичным (психосоциальным особенностям и (или) соматическим заболеваниям) факторам относятся:

1) неблагоприятные события в детстве (травма детства (сексуальное и физическое насилие)), другое (разделение семьи, потеря родителей, ребёнок отдан на воспитание в другую семью и так далее);

2) длительные неблагоприятные жизненные ситуации (изоляция, плохие отношения с семьёй, запугивание, хроническая болезнь, ВИЧ/СПИД);

3) острый психосоциальный стресс (недавняя потеря близкого человека), стрессовое событие (распад отношений, постановка диагноза или начало серьёзного соматического заболевания).

92. К третичным (демографическим) факторам относятся:

1) пол:

мужской – чаще завершённое самоубийство;

женский – чаще суицидальные мысли и (или) попытка суицида;

2) возраст:

подростки и молодые мужчины;

пожилые (оба пола);

3) уязвимые интервалы:

весна и (или) начало лета;

предменструальный период;

4) особые группы:

родственники жертв суицида;

жертвы чрезвычайных происшествий, катастроф, стихийных бедствий;

представители сексуальных ориентаций отличных от гетеросексуальной;

заключённые.

93. К предрасполагающим факторам риска совершения суицида относятся:

генетические и биологические факторы риска;

семейная история самоубийств и проблемы психического здоровья;

психические расстройства;

употребление и (или) злоупотребление ПАВ;

импульсивное и (или) агрессивное поведение;

детская травма.

94. К факторам защиты относятся:

устойчивость;

навыки решения проблем;

самооценка;

поиск помощи;

социальная и семейная поддержка;

религиозность;

здоровый образ жизни.

95. К потенциирующим факторам относятся:

стрессовые жизненные события;

наличие средств совершения суицида;

безнадёжность;

психомоторное возбуждение;

острые фазы психических расстройств;

рискованное поведение.

96. Определение степени риска совершения суицида осуществляется на основании соотношения факторов риска, и определяются как:

1) чрезвычайный риск – устанавливается при наличии суицидальных мыслей или попыток, сопровождаемых другими первичными и (или) вторичными и третичными факторами риска;

2) умеренный риск – устанавливается при наличии одного или нескольких первичных факторов риска, за исключением суицидальных мыслей или попыток, сопровождаемых вторичными и третичными факторами риска;

3) низкий риск – устанавливается при наличии вторичных и (или) третичных факторов риска, в отсутствие первичных факторов риска.

97. При наличии у лица риска совершения суицида составляется план наблюдения и лечения, который включает:

1) установление и поддержание терапевтического альянса;

2) обеспечение безопасности пациента и безопасного окружения;

3) определение параметров и плана лечения.

98. Наличие у лица риска совершения суицида является показанием для проведения консультации взрослого или детского врача-психиатра (нарколога). Для организации консультации врач ПМСП в устной форме извещает врача-психиатра (нарколога).

99. Установление и поддержание терапевтического альянса осуществляется путём:

1) эмпатического (сопереживающего) понимания суицидальных мыслей и поведения;

2) обеспечения реальной поддержки и подтверждения понимания уровня дискомфорта и страданий подростка;

3) установления доверительного и взаимоуважительного отношения;

4) обеспечения конфиденциальности (с объяснением необходимости информирования родителей (опекуна) в случае непосредственной опасности);

5) укрепления желания жить (исследование существующего у него конфликта между желанием жить и совершить суицид, повышения восприятия возможных альтернатив суициду);

6) контроля за собственными эмоциями и реакцией на суицидального пациента (обременяющее чувство ответственности, разочарование в связи с агрессивными и несоответствующими реакциями пациентов, тревога, повышенный интерес, сдержанность, раздражение, избегание, отрицание, пассивность).

100. Обеспечение безопасности пациента и безопасного окружения осуществляется путём:

обеспечения наблюдения и поддержки;

ограничения доступа к средствам совершения суицида.

101. Определение параметров и плана лечения:

лечение проводится в наименее ограничивающей, но при этом максимально безопасной и эффективной обстановке. Выбор схемы лечения варьирует от принудительной госпитализации до периодических амбулаторных визитов.

При определении плана и параметров лечения учитываются:

степень суицидального риска;

сопутствующие психические и поведенческие расстройства и другие заболевания;

наличие прочной психосоциальной поддержки;

способность обеспечить адекватную самопомощь, поддерживать надежную обратную связь с врачом и сотрудничать в лечении;

возможная опасность для других.

102. Лечение осуществляется в стационарных, стационарозамещающих и амбулаторных условиях.

103. Показания для стационарного лечения в ЦПЗ:

1) добровольно:

госпитализация требуется – при наличии у лица с чрезвычайным риском совершения суицида, одного или нескольких усиливающих факторов, при отсутствии или недостаточности, защитных факторов;

госпитализация показана – при наличии у лица с чрезвычайным риском совершения суицида, одного или нескольких усиливающих факторов и при наличии одного или нескольких защитных факторов;

госпитализация рекомендуется – при наличии у лица с умеренным риском совершения суицида, одного или нескольких усиливающих факторов, при отсутствии или недостаточности защитных факторов;

2) принудительная госпитализация осуществляется только при выявлении признаков, регламентированных статьей 94 Кодекса.

104. Противопоказания для госпитализации в стационар ЦПЗ определяются в соответствии с критериями, указанными в пункте 31 настоящего Стандарта.

105. Показания для стационарозамещающего лечения в ЦПЗ и организациях ПМСП:

1) наличие показаний, указанных в пункте 67 настоящего Стандарта и отказе от стационарного лечения;

2) отсутствие у лица с умеренным риском совершения суицида, усиливающих и защитных факторов.

106. Противопоказания для стационарозамещающего лечения в ЦПЗ определяются в соответствии с критериями, установленными в пункте 68 настоящего Стандарта.

Противопоказания для стационарозамещающего лечения в организациях ПМСП определяются в соответствии с критериями, определёнными правилами оказания стационарозамещающей помощи, утверждёнными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 17 августа 2015 года № 669 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12106).

107. Показания для амбулаторного лечения:

1) наличие у лица с умеренным и (или) низким риском совершения суицида, одного или нескольких защитных факторов, при отсутствии усиливающих факторов;

2) отказ от предложенного стационарного и стационарозамещающего лечения.

108. Стационарозамещающее и (или) амбулаторное наблюдение и лечение лица, имеющего риск совершения суицида, в организациях ПМСП осуществляется следующими специалистами (членами лечащей команды):

1) участковым врачом или врачом общей практики;

2) психологом;

3) врачом-психиатром (наркологом).

109. Меры предосторожности при выборе стационарозмещающего и амбулаторного лечения:

1) определение графика наблюдения членами лечащей команды, в том числе и для оперативного реагирования при резком ухудшении состояния и (или) совершении суицидальной попытки;

2) создание безопасных условий вокруг пациента, в которых задействованы семья, и/или родственники, и/или друзья, и/или законные представители (далее – лица, предоставляющие уход).

110. Лечение лица с риском совершения суицида включает в себя:

1) предоставление психологической поддержки всеми членами лечащей команды;

2) работа с текущими психосоциальными стрессорами;

3) фармакологическое лечение (при необходимости).

111. Предоставление психологической поддержки осуществляется при соблюдении этических принципов психологической помощи, включающих в себя:

1) доброжелательное и безоценочное отношение;

2) ориентация на нормы и ценности лица;

3) запрет давать советы;

4) разграничение личных и профессиональных отношений;

5) использование существующего конфликта между желанием жить и совершить суицид;

6) рассмотрение причины продолжения жизни и альтернативы суициду;

7) высказывания веры в положительный исход;

8) рассмотрение возможности обращения к специалисту службы в области психического здоровья.

112. Работа с текущими психосоциальными стрессорами предполагает оценку степени выраженности и принятия мер по их устранению.

К психосоциальным стрессорам относятся:

1) заболевания у родителей и (или) близких родственников;

2) жестокое обращение, игнорирование или издевательства;

3) проблемы с успеваемостью (для подростка);

4) семейные розни, проблемы в общении, отсутствие поддержки.

113. Фармакологические средства для лечения лиц с риском совершения суицида применяются в соответствии с протоколами диагностики и лечения.

114. При несоблюдении врачебных назначений, лечебного режима (приверженности к лечению) врачу необходимо:

выяснить причину и осуществить целенаправленный опрос в части:

1) осознание лицом болезни и необходимости лечения;

2) понимание рекомендованного плана лечения или дозировки лекарственных средств;

3) наличие побочных эффектов лекарственных препаратов;

4) наличие финансовых трудностей.

Провести следующие мероприятия:

1) создать терапевтический альянс;

2) пересмотреть план лечения, с учётом потребностей и предпочтений конкретного пациента;

3) провести психообразование, включающее в себя обучение о психических расстройствах, лекарствах и их побочных эффектах, склонности к суициду (суицидальности), важности роли психосоциальных стрессов в провоцировании или усугублении суицидальности или симптомов психических расстройств;

4) напомнить по телефону или составить сообщение для пациента и/или лица, предоставляющего уход о следующем приёме, частоте приёма лекарства, необходимости времени для получения терапевтического эффекта, необходимости принимать лекарства, даже если состояние улучшилось, необходимости проконсультироваться с врачом перед прекращением приёма лекарств и возможности обратиться к врачу, если возникнут проблемы или вопросы;

5) выйти на связь с пациентом и/или лицом, предоставляющим уход, если приём был пропущен.

115. При амбулаторном наблюдении и лечении лица, имеющего риск совершения суицида, врач АПО заводит дополнительную медицинскую карту амбулаторного больного по форме 025/у, утверждённую приказом № 907, в которую вносится: согласие или отказ законных представителей (при обследовании несовершеннолетнего лица) или совершеннолетнего лица на обследование, результаты обследования, согласие или отказ законных представителей (при обследовании несовершеннолетнего лица) или совершеннолетнего на лечение, заключения консультантов, предпринятые шаги и обоснования действий по наблюдению и лечению.

При ведении электронных медицинских карт амбулаторного больного, указанная в настоящем пункте информация, вносится в отдельную вкладку, доступ к которой имеют только врач ПМСП и врач-психиатр (нарколог) или детский врач-психиатр (нарколог).

Глава 7. Деятельность организаций здравоохранения, оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья

116. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая во врачебной амбулатории, центре первичной медико-санитарной помощи (центр семейного здоровья) предусматривает:

1) выявление лиц с психическими и поведенческими расстройствами и при необходимости направление их в кабинет психического здоровья, ПЦПЗ либо в ЦПЗ;

2) диагностику, лечение лиц с пограничными психическими и поведенческими расстройствами;

3) первичную профилактику психических и поведенческих расстройств среди населения с формированием групп риска развития психических и поведенческих расстройств.

117. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в кабинете психического здоровья районной поликлиники или номерной районной поликлиники, предусматривает:

1) координацию оказания медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами на обслуживаемой территории;

2) осуществление профилактического осмотра на выявление лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

3) проведение приёма, консультации лиц, обращающихся за специализированной помощью;

4) осуществление динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами на обслуживаемой территории, своевременный перевод пациентов в соответствующие группы динамического наблюдения;

5) проведение лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами согласно клиническим протоколам диагностики и лечения;

6) организацию консультации и госпитализации лиц с подозрением или установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств на обследование или лечение в ПЦПЗ, ЦПЗ или в республиканскую организацию психического здоровья;

7) проведение анализа причин отказов к получению стационарного лечения лиц с установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств;

8) осуществление консультации и патронажа на дому;

9) ведение карты наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством по форме № 030-2/у в соответствии с приказом № 907;

118. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в ПЦПЗ предусматривает:

1) координацию, мониторинг и анализ оказания медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами на обслуживаемой территории;

2) осуществление профилактического осмотра на выявление лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

3) проведение приёма, консультации лиц, обращающихся за специализированной помощью;

4) постановку на учёт лиц с психическими и поведенческими расстройствами, проживающих на обслуживаемой территории;

5) осуществление динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, проживающих на обслуживаемой территории, своевременный перевод пациентов в соответствующие группы динамического наблюдения;

6) оказание психотерапевтической, психологической и социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами;

7) проведение лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами согласно клиническим протоколам диагностики и лечения;

8) организацию консультации и госпитализации лиц с подозрением или с установленным диагнозом психического и поведенческого расстройства на обследование или лечение в ЦПЗ или в республиканскую организацию психического здоровья;

9) достижение длительной и устойчивой ремиссии, мотивация на противорецидивную и поддерживающую терапию лиц, зависимых от ПАВ;

10) проведение анализа причин отказов к получению стационарного лечения лиц с установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств;

11) осуществление консультации и патронажа на дому;

12) консультативную помощь врачам ПМСП, иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств;

13) экспертизу временной нетрудоспособности больных;

14) выдачу заключений, справок о психическом состоянии лица и (или) о нахождении на учёте для оказания динамического наблюдения, по соответствующим запросам в рамках действующего законодательства;

15) оформление медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу, принудительное лечение лиц с зависимостью от ПАВ;

16) участие в исследованиях по укреплению психического здоровья, повышению качества жизни, уровня психического благополучия населения, в том числе лиц с психическими и поведенческими расстройствами на обслуживаемой территории;

17) реализацию мероприятий по повышению информированности населения в вопросах психического здоровья;

18) обеспечение взаимодействия и преемственности амбулаторной и стационарной помощи;

19) оказание медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами, проживающих в сельской местности по направлению врачей кабинетов психического здоровья;

20) ведение медицинской документации в соответствии с приказом № 907.

119. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в ЦПЗ предусматривает:

1) координацию, мониторинг, анализ организационной, профилактической, лечебно-диагностической деятельности и развития службы охраны психического здоровья;

2) оказание любых форм профилактической, консультативно-диагностической, лечебной, медико-социальной, реабилитационной помощи в области охраны психического здоровья, а также сопутствующих заболеваний у лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

3) организацию консультаций, госпитализации лиц с подозрением или установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств на обследование или лечение в республиканской организации психического здоровья;

4) участие в исследованиях по укреплению психического здоровья, повышению качества жизни, уровня психического благополучия населения, в том числе лиц с психическими и поведенческими расстройствами на региональном уровне;

5) обеспечение взаимодействия и преемственности при предоставлении стационарной и амбулаторной помощи;

6) оказание медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами, проживающим в сельской местности по направлению врачей кабинетов психического здоровья;

7) консультативную помощь врачам ПМСП, а также иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств;

8) оформление медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу;

9) экспертизу временной нетрудоспособности больных;

10) выдачу заключений, справок о психическом состоянии лица по соответствующим запросам в рамках действующего законодательства;

11) организацию информирования, обмена мнениями и опытом по вопросам охраны психического здоровья посредством всех имеющихся способов коммуникаций на региональном уровне;

12) ведение медицинской документации.

120. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в республиканской организации психического здоровья предусматривает:

1) координацию, мониторинг и анализ научной, организационной, профилактической и лечебно-диагностической деятельности, участие в разработке проектов законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам охраны психического здоровья и развития службы;

2) проведение, участие в исследованиях, разработка и внедрение мер, новых методов и методик, направленных на укрепление психического здоровья, повышение качества жизни, уровня психического благополучия населения, в том числе лиц с психическими и поведенческими расстройствами, на региональном, республиканском и международном уровнях;

3) оказание любых форм профилактической, консультативно-диагностической, лечебной, медико-социальной, реабилитационной помощи в области охраны психического здоровья, а также сопутствующих заболеваний у лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

4) образовательную деятельность по вопросам охраны психического здоровья;

5) консультативную помощь врачам ПМСП, иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств;

6) оформление медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу;

7) экспертизу временной нетрудоспособности больных;

8) выдачу заключений, справок о психическом состоянии лица, по соответствующим запросам в рамках действующего законодательства;

9) организацию информирования, обмена мнениями и опытом по вопросам охраны психического здоровья посредством всех имеющихся способов коммуникаций на региональном, республиканском и международном уровнях;

10) разработку, издание и реализацию аудиовизульной и электронно-информационной продукции для населения и отдельных групп, в том числе профессиональных по вопросам в области психического здоровья;

11) взаимодействие, научное и научно-техническое сотрудничество с организациями, в том числе с международными по вопросам охраны психического здоровья.

121. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением предусматривает:

1) координацию, мониторинг и анализ осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния;

2) осуществление принудительных мер медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа и психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением, в отношении лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния;

3) оказание специальных социальных услуг.

122. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в стационарных отделениях предусматривает:

1) предоставлениеспециализированнойпсихиатрической (наркологической, психотерапевтической, медико-психологической и медико-социальной) помощи населению в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения;

2) профилактику заболеваний психических и поведенческих расстройств:

вторичная профилактика, направленная на предупреждение прогрессирования заболеваний психическими и поведенческими расстройствами, на ранних стадиях и их последствий;

третичная профилактика, направленная на контролирование уже развившихся осложнений;

3) реализацию мероприятий по снижению социальной стигматизации и дискриминации лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

4) реализацию мероприятий по снижению общественно-опасных действий лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

5) реализацию мероприятий информационно-пропагандистского характера по повышению информированности населения по вопросам психического здоровья;

6) достижение терапевтической ремиссии для проведения трудовой терапии и ресоциализации лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами;

7) трудовую терапию и ресоциализацию лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

8) достижение длительной и устойчивой ремиссии, мотивация на противорецидивную и поддерживающую терапию лиц, зависимых от ПАВ;

9) обеспечение взаимодействия и преемственности стационарных, стационарозамещающих и амбулаторных подразделений;

10) анализ эффективности, оказываемой стационарной медико-социальной помощи по данным учётно-отчётной документации.

123. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в общеклиническом отделе предусматривает:

1) оказание консультативно-диагностической медицинской помощи;

2) реализацию мероприятий по снижению социальной стигматизации и дискриминации лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

3) реализацию мероприятий информационно-пропагандистского характера по повышению информированности населения по вопросам психического здоровья.

124. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая скорой специализированной психиатрической бригадой предусматривает:

1) проведение психиатрического освидетельствования и оказание скорой специализированной психиатрической помощи во всех случаях, когда психическое состояние пациента требует безотлагательных медицинских мер, включая решение вопроса о применении лекарственной терапии;

2) транспортировку нуждающихся лиц с психическими и поведенческими расстройствами в медицинские организации, оказывающие профильную круглосуточную помощь по направлениям врачей психиатров (наркологов).

125. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в дневном стационаре предусматривает:

1) лечение лиц с обострениями или декомпенсацией психических и поведенческих расстройств, нуждающихся в активной терапии, проведении комплекса лечебно-восстановительных мероприятий и не нуждающихся в круглосуточном стационарном наблюдении;

2) долечивание пациентов, получивших основной курс лечения в круглосуточном стационаре и нуждаются в постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке;

3) оказание пациентам социально-правовой помощи, урегулирование трудовых бытовых вопросов;

4) оказание медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами при целесообразности по медицинским показаниям нахождения пациентов в условиях привычной микросоциальной среды;

5) проведение анализа основных статистических показателей и эффективности оказываемой медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами;

6) экспертизу временной нетрудоспособности больных;

7) реализацию мероприятий по снижению социальной стигматизации и дискриминации лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

8) реализацию мероприятий информационно-пропагандистского характера по повышению информированности населения по вопросам психического здоровья;

9) обеспечение взаимодействия и преемственности дневного стационара, стационарной и амбулаторной помощи;

10) внедрение новых организационных форм, клинически эффективных и безопасных методов диагностики, лечения и реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

11) мониторинг и анализ рационального расходования средств на бесплатное лечение больных с психическими и поведенческими расстройствами в дневном стационаре.

126. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в центре временной адаптации и детоксикации предусматривает:

1) определение степеней опьянения (интоксикации), вызванных употреблением ПАВ;

2) принятие решения о необходимости госпитализации в условиях центра временной адаптации и детоксикации или об отказе в госпитализации;

3) оказание медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии средней степени опьянения (интоксикации) от алкоголя;

4) мотивацию на прохождение программы медико-социальной реабилитации лиц, которым в процессе оказания помощи выставлен диагноз: Сформированная зависимость от ПАВ;

5) организацию преемственности оказания наркологической помощи.

127. Деятельность отделения медико-социальной реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами и отделения социальной реабилитации зависимостей организаций здравоохранения в области психического здоровья предусматривает:

1) социализацию и трудовую реабилитацию лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

2) содействие в трудоустройстве и овладении лицами с психическими и поведенческими расстройствами новой профессии на предприятии или в учреждении социального обеспечения;

3) организацию любого вида трудовой деятельности, за исключением отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источниками повышенной опасности, согласно приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 188 «Об утверждении пе-

речня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10858).

128. Отделение медико-социальной реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами и отделение социальной реабилитации зависимостей могут заниматься реализацией производимых товаров и оказываемых услуг.

129. Деятельность кабинета медицинского освидетельствования для установления факта употребления ПАВ и состояния опьянения предусматривает:

1) круглосуточное освидетельствование для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения;

2) выдачу заключения по результатам освидетельствования установленного образца;

3) ведение медицинской документации.

130. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в кабинете анонимного лечения предусматривает:

1) оказание амбулаторной специализированной медицинской помощи лицам, употребляющим с пагубными последствиями алкоголь и (или) другие ПАВ, и с зависимостью от алкоголя и (или) других ПАВ в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

2) амбулаторно-поликлиническую помощь добровольно обратившимся больным, употребляющим с пагубными последствиями алкоголь и (или) другие ПАВ, и с зависимостью от алкоголя и (или) других ПАВ;

3) наблюдение, поддерживающую и противорецидивную терапию больных, прошедших лечение в наркологических отделениях;

4) проведение анализа эффективности оказываемой наркологической помощи.

131. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в пункте предоставления поддерживающей заместительной терапии предусматривает:

1) услуги по программе заместительной терапии, включающей выдачу заместительных препаратов, психосоциальное консультирование в соответствии с утверждённым протоколом диагностики и лечения;

2) повышение качества жизни и социальной адаптации пациентов с опиоидной зависимостью;

3) снижение частоты и объёма употребления нелегальных наркотических веществ;

4) снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и других сопутствующих заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков;

5) увеличение приверженности к антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных лиц, зависимых от опиоидов.

Приложение 1
к Стандарту организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан

Диагнозы психических и поведенческих расстройств по МКБ-10, входящие в компетенцию врачебного персонала первичной медико-санитарной помощи

F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство;

F32.0 Депрессивный эпизод легкий;

F43.2 Расстройство адаптации;

F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство;

F45 Соматоформное расстройство;

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках;

F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость;

F17.1 Пагубное употребление табака.

Приложение 2
к Стандарту организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан

Группы динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами

<table>
<tr><th>№</th><th>Группа динамического наблюдения</th><th>Критерии взятия на учёт для оказания динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами</th><th>Частота наблюдения</th><th>Критерии перевода лица с психическим и поведенческим расстройством в другую группу</th><th>Критерии снятия с учёта лица с психическим и поведенческим расстройством</th></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>1 группа динамического психиатрического наблюдения</td><td>Лица склонные по своему психическому состоянию к социально-опасным действиям, в том числе имеющие риск совершения насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних, а также совершивших особо опасные деяния в состоянии невменяемости, и которым судом определены принудительные меры медицинского характера в виде амбулаторного принудительного лечения.</td><td>не менее одного раза в месяц</td><td rowspan="4">- отсутствие критериев включения, указанных в столбце 3 настоящей строки, не менее 12 месяцев</td><td rowspan="5">- отсутствие критериев, указанных в столбце 3, не менее 12 месяцев;
- изменение постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой территории;
- отсутствие каких-либо достоверных сведений о местонахождении в течение 12 месяцев;
- смерть, на основании медицинского свидетельства о смерти, и (или) подтверждённая данными в регистре прикрепленного населения.
Также для лиц с диагнозом F20 «Шизофрения», состоящим на учёте во 2 группе динамического психиатрического наблюдения: в случае не установления группы инвалидности.</td></tr>
<tr><td>2.</td><td rowspan="3">2 группа динамического психиатрического наблюдения</td><td>Лица с психическими и поведенческими расстройствами имеющие инвалидность по психическому заболеванию;
лица с диагнозом F20 «Шизофрения» в течение одного года после установления (при этом в случае признания инвалидом он продолжает наблюдаться во 2 группе динамического психиатрического наблюдения).</td><td></td></tr>
<tr><td>3.</td><td>2А – лица с частыми и выраженными обострениями психотической симптоматики, декомпенсациями, нуждающиеся в психофармакотерапии.</td><td>не менее одного раза в три месяца</td></tr>
<tr><td>4.</td><td>2Б – лица со стабилизированными состояниями, с умеренно прогредиентным течением процесса и спонтанными ремиссиями.</td><td>не менее одного раза в шесть месяцев</td><td></td></tr>
<tr><td>5.</td><td>Группа динамического наркологического наблюдения</td><td>Лица, склонные к социально-опасным действиям, вследствие клинических проявлений психических и поведенческих расстройств, вызванные злоупотреблением психоактивных веществ</td><td>не менее одного раза в месяц</td><td>отсутствие критериев включения, указанных в столбце 3 настоящей строки, не менее 12 месяцев</td></tr>
</table>

Приложение 3
к Стандарту организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан

Регистрационные медицинские коды, присваиваемые лицу с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ для лечения в анонимном порядке

№	Область, город	Буквенное обозначение области, города	Порядковый номер медицинской карты стационарного больного
1	г. Астана	Z	****
2	г. Алматы	A	****
3	Алматинская область	B	****
4	Акмолинская область	C	****
5	Актюбинская область	D	****
6	Атырауская область	E	****
7	Восточно-Казахстанская область	F	****
8	Жамбылская область	H	****
9	Западно-Казахстанская область	L	****
10	Карагандинская область	M	****
11	Кызылординская область	N	****
12	Костанайская область	P	****
13	Мангистауская область	R	****
14	Туркестанская область	X	****
15	Павлодарская область	S	****
16	Северо-Казахстанская область	T	****
17	г. Шымкент	Y	****

Приложение 2
к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-17

Перечень некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, подлежащих признанию утратившими силу

1) пункт 1 приказа исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 2 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах)» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6744, опубликован 28 апреля 2011 года в газете «Казахстанская правда» № 141 (26562);

2) приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2011 года № 15 «Об утверждении Положения о деятельности психиатрических организаций в Республике Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6776, опубликован 14 июня 2011 года в газете «Казахстанская правда» № 187 (26608);

3) приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 апреля 2014 года № 188 «Об утверждении стандарта организации оказания наркологической помощи населению Республики Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9427, опубликован в информационно-правовой системе «Әділет» 27 мая 2014 года);

4) приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 декабря 2014 года № 367 «О внесении изменений и дополнения в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 2 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах)» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10200);

5) приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 9 ноября 2015 года № 852 «О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2011 года № 15 «Об утверждении Положения о деятельности психиатрических организаций в Республике Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12379, опубликован в информационно-правовой системе «Әділет» 14 января 2016 года).

ISBN 978-92-4-456535-3

INSPIRE
СЕМЬ СТРАТЕГИЙ ПО ЛИКВИДАЦИИ НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ
(продолжение)

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

Response and support services
(Ответные меры и оказание поддержки)

Цель: расширение доступа к качественным медицинским и социальным услугам и надлежащей поддержке со стороны органов уголовного правосудия для всех нуждающихся в них детей, в том числе для сообщения о фактах насилия, чтобы уменьшить долгосрочные последствия насилия.

Обоснование

До оказания пострадавшим специализированных консультационных и социальных услуг им должны быть обеспечены основные медико-санитарные услуги, такие как неотложная медицинская помощь при связанных с насилием травмах и оказание медицинской помощи пострадавшим от сексуального насилия, в том числе, при наличии показаний, постконтактная профилактика ВИЧ в случаях изнасилования. Уже опубликованы руководства по неотложной медицинской помощи *(131)* и по оказанию помощи пострадавшим от сексуального насилия в лечебных учреждениях *(132)*.

Если основная помощь обеспечена, предоставление консультационных и социальных услуг жертвам и виновникам насилия в отношении детей может разорвать замкнутый круг насилия в жизни детей и помочь им преодолеть последствия пережитых событий для здоровья и психики, в том числе симптомы психологической травмы, и восстановиться *(113)*. Однако в условиях низкого и среднего уровня дохода очень мала доля пострадавших от насилия детей, получающих помощь от служб здравоохранения и социального обеспечения. Например, при проведении опросов в Камбодже, Гаити, Кении, Малави, Свазиленде, Танзании и Зимбабве менее 10% детей, переживших сексуальное насилие, сообщали о том, что им оказывали помощь *(134)*.

Для увеличения числа детей, которые могли бы получать услуги в рамках реагирования и оказания поддержки, необходимо, чтобы были созданы эффективные ориентированные на детей службы и механизмы, позволяющие детям обращаться за защитой, поддержкой и медицинской помощью и сообщать о случаях насилия. В этот перечень могут входить такие практические меры, как консультирование и направление в организации, занимающиеся защитой детей, например, в отделения полиции, учреждения здравоохранения и органы социального обеспечения, а также предоставление временного убежища, если это необходимо *(6)*.

Программы перевоспитания малолетних правонарушителей, действующие в системе уголовного правосудия, также могут снизить вероятность повторения насильственных действий в будущем. Такие программы предусмотрены в разрабатываемых ООН стратегиях и практических мерах по снижению уровня насилия в отношении детей, рассчитанных на применение в области профилактики правонарушений и уголовного правосудия *(135)*. Чтобы работа таких служб была эффективной, необходимо, чтобы соответствующие организации, обеспечивающие защиту, безопасность, социальную поддержку, медицинскую помощь и предоставляющие другие виды услуг, а также государственные структуры действовали на основании направлений и запросов. Кроме того, необходимы поддерживаемые государством безопасные, учитывающие особенности детского возраста, широко освещённые и доступные механизмы, обеспечивающие конфиденциальность и реализуемые специально обученными работниками, которым дети смогут сообщать о случаях насилия. Несмотря на то что эффективность горячих линий и телефонов доверия не доказана фактическими данными, в некоторых сообществах их используют, стараясь создать условия, в которых пострадавшему ребёнку и членам его семьи будет легче сообщить о насилии и обратиться за информацией и помощью *(6)*.

Эта стратегия вносит свой вклад в деятельность, направленную на решение задач ЦУР 3.8 и 16.3, которая, в свою очередь, способствует реализации стратегии:

- 3.8 Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех.
- 16.3 Содействовать верховенству права на национальном и международном уровнях и обеспечить всем равный доступ к правосудию.

Потенциальное влияние оказания медицинской, психотерапевтической и юридической помощи на снижение уровня насилия в отношении детей

- Снижение частоты повторного совершения такого же типа насильственных действий в краткосрочной перспективе.
- Снижение частоты развития травматических симптомов (таких как посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия, тревожность).
- Сокращение распространённости инфекций, передаваемых половым путём, и негативных последствий для репродуктивного здоровья.
- Сокращение числа случаев виктимизации или совершения актов насилия в краткосрочной перспективе и в отдалённом будущем.

Подходы

В обзорах деятельности служб психотерапевтической поддержки, медицинской помощи, уголовного правосудия и защиты детей приводятся фактические данные, указывающие на то, что некоторые из этих служб эффективны, а остальные перспективны для снижения медицинских и социальных последствий насилия в отношении детей. Подходы к оказанию такого рода услуг разнообразны, к их числу относятся психотерапевтические методы, такие как когнитивно-поведенческая терапия; сочетание скрининга для выявления случаев жестокого обращения с детьми или насилия со стороны партнёра с такими мероприятиями, как деятельность групп поддержки, организация убежищ и лечение, медико-санитарная помощь жертвам изнасилования, программы перевоспитания малолетних правонарушителей, а также передача детей в патронатные семьи с привлечением социальных служб *(136, 137)*.

Консультирование и психотерапия

Фактические данные. Применение к отдельным лицам или к группам лиц метода когнитивно-поведенческой терапии с акцентом на травмирующем переживании (КПТ-ТП) эффективно для снижения выраженности симптомов, связанных с травмирующим воздействием, а также для устранения долгосрочных отрицательных психологических и эмоциональных последствий у детей и подростков, переживших насилие. Снижение этих показателей достигало 37% при работе с отдельными пострадавшими и 56% при проведении КПТ-ТП в группах (**рисунок 7**) *(133, 138)*. Эти результаты относятся к жертвам жестокого обращения с детьми и пострадавшим от разных форм насилия в молодежной среде, в том числе от драк и сексуального насилия. Группа исследователей пришла к выводу, что в странах с низким уровнем доходов занятия с применением метода КПТ-ТП как с детьми, так и с молодыми женщинами из уязвимых групп населения могут проводить медицинские работники, не являющиеся специалистами в этой области, после соответствующего обучения *(139, 140)*.

Скрининг в сочетании с необходимыми мероприятиями

Фактические данные. Обучение специалистов здравоохранения методам выявления случаев возможного насилия или угрозы насилия позволяет им провести ряд необходимых мероприятий на более на раннем этапе. Одной из моделей для оценки факторов риска жестокого обращения с детьми является модель **«Безопасная среда для каждого ребёнка»** (Safe Environment for Every Kid), в рамках которой работников первичного звена педиатрической службы учат, как выявлять у родителей признаки депрессии, наркотической зависимости, стресса и насилия со стороны полового партнёра,

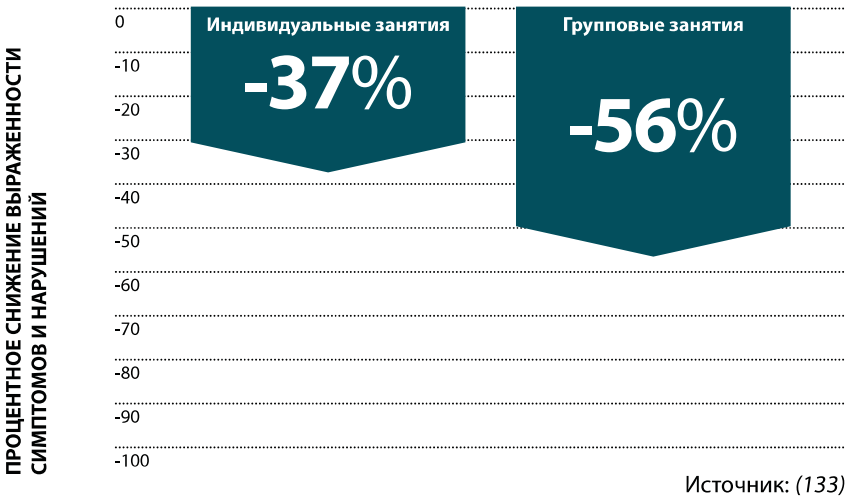


Рисунок 7. *Снижение выраженности симптомов психологической травмы и функциональных нарушений по результатам 11 исследований по оценке эффективности когнитивно-поведенческой терапии с акцентом на травмирующем переживании*

Применение метода КПТ-ТП в работе с детьми, пострадавшими от насилия или пережившими другие травмирующие эпизоды (Замбия)

Из пяти местных сообществ в столице Замбии Лусаке был проведён набор 257 мальчиков и девочек в возрасте от 5 до 18 лет, которые пережили как минимум один травмирующий эпизод (в том числе насилия или эксплуатации) и сообщали о наличии выраженных симптомов, связанных с травмирующим воздействием, таких как посттравматическое стрессовое расстройство. Дети были случайным образом разделены на две группы: группу вмешательства, в которой проводились 10-16 сеансов когнитивно-поведенческой терапии с акцентом на травмирующем переживании (КПТ-ТП), и группу сравнения, в которой применялся обычный подход, используемый в отношении детей-сирот и детей из уязвимых групп. Обычный подход предусматривал психосоциальное консультирование, обучение, проводимое сверстниками, участие в группах взаимопомощи, проведение диагностических исследований на наличие ВИЧ/СПИДа и лечение этих заболеваний.

Важно отметить, что занятия КПТ-ТП проводили курируемые непрофессиональные консультанты, прошедшие соответствующую подготовку, а не медицинские работники, специализирующиеся в психиатрии. Исследование показало, что в группе вмешательства выраженность симптомов, связанных с травмирующим воздействием, снизилась на 82%, а в группе обычного подхода – на 21%. В группе вмешательства функциональное состояние улучшилось на 89%, а в группе обычного подхода – на 68%.

Когнитивно-поведенческая терапия с акцентом на травмирующем переживании оказалась значительно более эффективной, чем обычный подход *(140)*. Эти результаты приобретают ещё большее значение с учётом того, что в большинстве мест проживания с низким уровнем доходов не хватает ресурсов ни для привлечения медицинских работников, специализирующихся в психиатрии, ни для обучения непрофессионалов сразу нескольким методикам работы с последствиями травмирующих воздействий *(141)*.

а также тому, что следует предпринимать и (или) куда направлять родителей с такими проблемами. Рандомизированное контролируемое исследование, предпринятое для изучения этого вида вмешательства в среде городских жителей с низким уровнем доходов в США, показало, что применение этого подхода привело к снижению количества сообщений в службу защиты детей на 31%, уменьшению количества проблем, обусловленных пренебрежением родительскими обязанностями и зарегистрированных в медицинских картах детей, и снижению частоты случаев применения к детям грубого физического насилия по сообщениям матерей *(142)*.

По мнению ВОЗ, не следует внедрять тактику тотального скрининга или стандартного опроса о фактах насилия со стороны полового партнёра или семейного насилия (т. е. задавать женщинам такие вопросы при каждом обращении за медицинской помощью). Тем не менее оказывающие помощь медицинские работники должны спрашивать о возможном насилии со стороны полового партнёра, если при обследовании женщины выявляется состояние или осложнение, которое может быть следствием такого насилия *(132)*. В связи с этим **Целевая группа по профилактическим мероприятиям США** рекомендует сочетать проведение скрининга женщин репродуктивного возраста на предмет возможного насилия со стороны полового партнёра с каким-либо мероприятием (например, с консультированием с акцентом на безопасном поведении и предоставлением информации о ресурсах, доступных на уровне сообщества). По данным этой группы, сочетание таких мер приносит ощутимую пользу и поэтому считается эффективным *(143)*. Данные рандомизированных контролируемых исследований подтверждают целесообразность проведения в отношении женщин детородного возраста разного типа мероприятий, к которым относятся консультирование, посещения на дому, предоставление информационных буклетов, направление в местные службы и оказание кураторской поддержки.

В зависимости от типа мероприятия его могут проводить врачи, медсестры, социальные работники, кураторы или члены местного сообщества. Проведение скрининга для выявления случаев насилия со стороны полового партнёра с обращением в соответствующие службы напрямую относится и к девочкам-подросткам, подвергающимся такому насилию. Подобный скрининг важен и для защиты маленьких детей от косвенного воздействия домашнего насилия, так как оно повышает вероятность того, что в будущем ребёнок может стать жертвой или виновником насилия.

В другом рандомизированном исследовании проведение скрининга беременных женщин и матерей, имеющих маленьких детей, на предмет насилия со стороны полового партнёра и консультирование их по вопросам поведения позволило вдвое снизить количество повторных эпизодов такого насилия и улучшить исходы беременности *(144)*. Кроме того, в перспективной гавайской программе **«Здоровое начало»** (Hawaii Healthy Start Program) сочетание скрининга для выявления возможного насилия со стороны полового партнёра и посещений женщин на дому привело к снижению частоты как случаев насилия в отношении детей, так и случаев насилия со стороны полового партнёра. Оценка результатов этой программы показала, что посещение на дому

матерей из группы высокого риска лицами с неполной профессиональной подготовкой снизило частоту случаев насилия со стороны полового партнёра на 15% и случаев жестокого обращения с детьми на 40% *(145, 146)*.

Программы воспитательной работы с малолетними правонарушителями в системе уголовного правосудия

Фактические данные. В нескольких систематических обзорах отмечено, что программы работы с малолетними правонарушителями (в том числе осуждёнными за преступления насильственного характера) в системе уголовного правосудия являются эффективным способом предотвращения повторного совершения преступлений несовершеннолетними, причём как мальчиками, так и девочками. В этих обзорах также отмечено, что консультирование и обучение необходимым навыкам (в том числе применение методик когнитивно-поведенческой терапии) более эффективны, чем стратегии контроля и принуждения, такие как надзор, устрашение и дисциплинарные меры *(147)*.

В одном исследовании *(148)* было показано, что программы работы с находящимися в заключении малолетними правонарушителями, совершившими тяжкие преступления или систематически нарушающими закон, снижают как общее количество повторных правонарушений, так и число повторных тяжких насильственных преступлений. Работа с мальчиками-подростками и юношами в исправительных учреждениях для несовершеннолетних, основанная на методиках когнитивной и когнитивно-поведенческой терапии, была особенно эффективной. Это позволило сделать вывод о социальной целесообразности работы с данной группой лиц, в частности, из-за того, что подростки, совершившие насильственные преступления, с высокой вероятностью будут их повторять. В систематическом обзоре исследований по изучению результатов реализации программ по работе с малолетними правонарушителями в Европе *(149)* был сделан аналогичный вывод. Самые действенные программы приводили к снижению числа повторных преступлений на 16%.

Организация патронатного воспитания с привлечением социальных служб

Фактические данные. Во многих странах детей, которые стали (или с высокой вероятностью могут стать) жертвами жестокого обращения, а также детей из других уязвимых групп (например, детей-инвалидов) часто передают в учреждения или семьи, обеспечивающие воспитание и уход вне дома. Это может быть другая семья (приёмная семья или оформившая опеку семья родственников или близких друзей) или специальное учреждение, например, детский дом, дом совместного проживания или реабилитационный центр-интернат. Устройство детей в детские дома остаётся распространённой мерой в воспитании детей, нуждающихся в безопасной семейной обстановке.

В настоящее время во всем мире в детских домах живёт не менее 2 миллионов детей *(150)*. Исследования, в которых сравнивали состояние детей, живущих в детских домах, и детей из хороших патронатных семей, показывают, что правильно организованное патронатное воспитание позволяет защитить детей от неблагоприятных последствий нахождения в учреждениях закрытого типа для функций головного мозга, развития когнитивных способностей, социального и эмоционального благополучия *(151)*. Таким образом, меры, обеспечивающие пребывание пострадавших от насилия детей в безопасной семейной атмосфере, наилучшим способом отражают интересы ребёнка.

Фактические данные, приведённые в одном из недавних обзоров, свидетельствуют о том, что некоторые виды патронатного воспитания более эффективны с точки зрения снижения количества случаев жестокого обращения с детьми, чем традиционные программы патроната. К этим видам относятся расширенная система патронатного воспитания (например, система с расширенной программой обучения сотрудников службы помощи неблагополучным семьям или система с увеличенным доступом к различным услугам); патронатное воспитание в сочетании с регулярным обучением и (или) курированием; родственная опека, при которой детей, не имеющих возможности жить дома, воспитывают родственники или друзья семьи *(152)*. Во многих странах, особенно в странах с высоким уровнем доходов, разработаны механизмы, поощряющие родственную опеку. Результаты одного систематического обзора с высоким уровнем доказательности *(153)* показали, что родственная опека более благоприятна для детей, чем нахождение в традиционных патронатных семьях, с точки зрения поведенческого развития, психического здоровья, качества и стабильности отношений с опекунами.

Education and life skills (Обучение и формирование жизненных навыков)

Цель: расширение доступа детей к более эффективному и построенному на принципах гендерного равенства образованию, социально-эмоциональному обучению и программам формирования жизненных навыков, а также создание благоприятной и безопасной школьной среды.

Обоснование

Повышение уровня образования девочек и мальчиков, оцениваемое по количеству детей, охваченных школьным образованием и регулярно посещающих школу, предохраняет детей от участия в некоторых видах насильственных действий в качестве жертвы или виновника. К таким видам

насильственных действий относятся сексуальное насилие в детском возрасте, насилие в молодёжной среде, насилие со стороны партнёра и детский брак. Кроме того, за счёт этих положительных сдвигов улучшается ситуация с последствиями насилия, такими как ВИЧ, заболевания, передающиеся половым путём, и нежелательная беременность *(154, 155)*.

Школы имеют большое значение как те площадки, где дети, учителя и воспитатели имеют возможность узнать и усвоить формы просоциального поведения, способные сыграть свою роль в предупреждении насилия в стенах школы и в местном сообществе. Программы формирования жизненных навыков способны предотвращать насилие в отношении детей за счёт улучшения их коммуникативных способностей и умения находить выход из конфликтных ситуаций и решать возникающие проблемы, а также за счёт содействия в построении позитивных взаимоотношений между сверстниками. Несмотря на то что школы остаются особо важными площадками для развёртывания программ формирования жизненных навыков, эти программы также можно реализовывать в неформальных условиях, например, в местных досуговых центрах (для детей, не посещающих школу) и в лагерях беженцев. Такие программы, как правило, рассчитаны на несколько лет, и в них может входить 20-150 аудиторных занятий. Многие программы содержат отдельные модули для разных возрастных групп – для дошкольников, детей младшего школьного возраста и учащихся старших классов.

Эта стратегия вносит свой вклад в деятельность, направленную на решение задач ЦУР 4.4, 4.7, 4.a и 5.1, которая, в свою очередь, способствует реализации стратегии:

- 4.4 К 2030 году существенно увеличить число молодых и взрослых людей, обладающих востребованными навыками, в том числе профессионально-техническими навыками, для трудоустройства, получения достойной работы и занятий предпринимательской деятельностью.
- 4.7 К 2030 году обеспечить, чтобы все учащиеся приобретали знания и навыки, необходимые для содействия устойчивому развитию, в том числе посредством обучения по вопросам устойчивого развития и устойчивого образа жизни, прав человека, гендерного равенства, пропаганды культуры мира и ненасилия, гражданства мира и осознания ценности культурного разнообразия и вклада культуры в устойчивое развитие.
- 4.a Создавать и совершенствовать учебные заведения, учитывающие интересы детей, особые нужды инвалидов и гендерные аспекты, и обеспечить безопасную, свободную от насилия и социальных барьеров и эффективную среду обучения для всех.
- 5.1 Повсеместно ликвидировать все формы дискриминации в отношении всех женщин и девочек.

Потенциальное влияние повышения уровня образования и приобретения жизненных навыков на снижение уровня насилия в отношении детей

- Повышение школьной посещаемости и успеваемости.
- Сокращение числа детских браков.
- Сокращение распространённости сексуального насилия.
- Сокращение числа случаев виктимизации и сексуального насилия со стороны полового партнёра.
- Повышение способности девочек и мальчиков распознавать угрозу насилия со стороны полового партнёра и защищаться от него.
- Снижение числа случаев агрессивного и насильственного поведения.
- Снижение уровня употребления наркотиков и злоупотребления алкоголем.
- Сокращение числа случаев травли.

Подходы

Фактические данные подтверждают эффективность ряда подходов, применяемых в рамках этой стратегии, в числе которых увеличение охвата детей школьным обучением на всех этапах образования; создание безопасной и благоприятной школьной среды; овладение знаниями и умениями, помогающими избежать насилия; формирование жизненных и социальных навыков; программы профилактики насилия со стороны полового партнёра, рассчитанные на подростков. Для снижения уровня насилия в школах и сообществах чрезвычайно важно сформировать у подростков жизненные и социальные навыки, помогающие им справляться с угрозами и проблемами и управлять ситуацией без применения насилия.

Повышение числа детей, посещающих учреждения дошкольного, начального и среднего образования

Фактические данные. Экспериментальная оценка проведённого в Зимбабве мероприятия, в ходе которого школы оказывали поддержку девочкам-сиротам, показала, что среди тех, кто получал стипендию, школьные принадлежности, школьную форму и санитарно-гигиенические средства, число бросивших учёбу снизилось на 82%, а число вступивших в ранний брак – на 63% *(154)*. Одна из программ раннего обучения, реализуемых на базе школы, программа **«Центр для детей и родителей»** (Child-Parent Center) в Чикаго (США), содействующая дошкольному образованию детей с трёх лет и обеспечивающая непрерывную образовательную и воспитательную поддержку до достижения ими девяти лет, послужила причиной

снижения на 30% числа арестов в связи с насильственными действиями среди участников этой программы *(155)*.

Создание безопасной и благоприятной школьной среды

Фактические данные. Методика «Средства обеспечения благоприятной школьной среды» (Good School Toolkit), разработанная НПО **«Голос в защиту»** в Уганде, направлена на сокращение числа случаев насилия со стороны школьных работников в отношении детей 11-14 лет за счёт формирования благоприятной школьной среды и позитивных взаимоотношений между учащимися, их сверстниками и наставниками. Методика была опробована в 42 школах в округе Луверо в Уганде, выбранных случайным образом, и была признана эффективной с точки зрения снижения уровня насилия в отношении детей со стороны школьных работников (**рисунок 8**). По итогам применения методики не было зарегистрировано никаких нежелательных явлений, однако 434 ребёнка были направлены в органы защиты детей, из-за чего информация о них оказалась раскрытой при проведении опроса в период последующего наблюдения *(156)*. Применение в Колумбии подобного комплексного подхода, представляющего собой часть программы Aulas en Paz, позволило значительно сократить уровень насилия и агрессивных форм поведения в школьном сообществе *(157)*.

В Замбии информация о том, что дети-сироты и дети из уязвимых групп не получают в школах необходимой им психологической поддержки, стала причиной разработки **программы дополнительной подготовки учителей по вопросам оказания психосоциальной помощи, поддержки и защиты ребёнка** (Teachers' Diploma Programme on Psychosocial Care, Support and Protection) *(158)*. В ходе этой программы дистанционного обучения, рассчитанной на 15 месяцев, учителя получают знания и навыки, необходимые для оздоровления школьной среды, оказания психосоциальной поддержки и улучшения взаимоотношений между школой и местным сообществом. Учебные модули содержат сведения о важности позитивного самоощущения и психосоциального благополучия самого учителя; совершенствуют навыки психосоциальной поддержки и рассказывают о способах применения этих навыков для улучшения состояния учащихся; учат создавать безопасную школьную среду, построенную на принципах равноправия, и делать её более наполненной; способствуют построению более прочных и более позитивных взаимоотношений внутри школы (учитель – ученик, учитель – учитель) и между школой и местным сообществом. Проведённое в 2013-2014 годах рандомизированное контролируемое исследование с участием 325 учителей и 1378 учащихся показало, что эта программа эффективно содействует росту воспринимаемого учащимися уважительного отношения к ним в школе, увеличивает безопасность, готовность обращаться за помощью в случае сексуального насилия и принимать ответные меры; при этом снижается вовлеченность детей в действия, связанные с физической и эмоциональной травлей. Было также обнаружено, что в результате реализации программы улучшается эмоциональное самоощущение учителей и субъективная оценка безопасности в классе и в школе *(158)*.

Повышение уровня осведомлённости детей о способах защиты от сексуального насилия

Фактические данные. Несмотря на то что программы, направленные на повышение уровня осведомлённости детей о том, как защититься от сексуального насилия, могут быть реализованы на любых площадках, большинство программ этого типа, получивших на сегодняшний день

Рисунок 8. *Снижение уровня физического насилия со стороны школьных работников за неделю после внедрения методики «Средства обеспечения благоприятной школьной среды»*

Программа «Безопасная и благоприятная школьная среда»
(Хорватия)

В Хорватии программа **«Безопасная и благоприятная школьная среда»** (Safe and Enabling School Environment) была реализована хорватским бюро ЮНИСЕФ в сотрудничестве с Министерством науки, образования и спорта Хорватии и с Агентством по образованию и подготовке учителей. Программа состояла из двух частей. Одной из них была общественная кампания «Остановим насилие среди детей» (Stop Violence among Children), целью которой было содействие социальным изменениям за счёт повышения уровня информированности о физическом и словесном насилии с особым вниманием к насилию и проявлениям агрессии среди сверстников и к травле в школах. Вторым компонентом программы был комплекс мероприятий на базе школ, призванный уменьшить частоту случаев насилия среди учащихся в стенах школы, обеспечить безопасную и благоприятную школьную среду и вовлечь детей в процесс формирования политики школы и в деятельность по ликвидации насилия.

В результате этого вмешательства за период между 2003 и 2011 годом в 37% начальных школ Хорватии уровень насилия снизился вдвое. В течение этого периода программа была реализована в 301 школе, большинство из которых были начальными, при этом 163 школам было присвоено звание «Школа без насилия», а 85 школ за время участия в программе получали это звание трижды.

Эффективность этой программы оценивали в 2005, 2008 и 2012 годах, причём оценка, выполненная в 2008 году, показала:

- уменьшение в два раза числа случаев повторяющейся травли (с 10 до 5%);
- уменьшение числа детей, занимающихся травлей других учеников с 13 до 3%;
- более 50% детей сообщали, что в школе они всегда чувствуют себя в безопасности.

По данным опроса детей, 63% учителей вмешивались и останавливали насилие между сверстниками всякий раз, когда оно имело место, в то время как в 2004 году число таких учителей, по сообщениям детей, составляло всего 30%. Оценка общественного мнения по данным 2005 года свидетельствовала о решительном одобрении этой кампании (92% респондентов) и о признании этой программы чрезвычайно полезной (56% респондентов поставили ей самую высокую оценку из возможных). На основании результатов, полученных в Хорватии, ЮНИСЕФ и объединения гражданских активистов запустили программы «Школа без насилия» в Болгарии, Казахстане, Черногории, Сербии и Словении.

Дополнительная информация по оценке эффективности программы «Безопасная и благоприятная школьная среда» представлена по ссылке http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_6_12_2_final.pdf

оценку, реализуются в школах и рассказывают детям о праве человека распоряжаться своим телом, о разнице между хорошими и плохими прикосновениями, а также о том, как распознать ситуацию, угрожающую насилием, как научиться говорить «нет» и как рассказать об имевшем место насилии заслуживающему доверия взрослому человеку. Судя по результатам большого числа обзорных исследований, посвящённых оценке такого рода программ, они эффективно усиливают защитные факторы, противодействующие этому типу насилия, такие как осведомлённость о сексуальном насилии и защитных поведенческих приёмах. Необходимы, однако, дополнительные исследования, чтобы понять, действительно ли эти программы снижают уровень сексуального насилия *(159)*. Фактические данные указывают также на необходимость признания роли гендерных и социальных норм в совершаемых актах сексуального насилия и на обязательность применения комплексного подхода, учитывающего воздействие всех факторов школьной среды (подход, называемый «whole of school»). Такой подход предусматривает наличие у школы политики, основанной на отсутствии любой дискриминации и принципах справедливости, и соответствующих протоколов, участие руководства школы в проведении этой политики, а также разработку учебных программ и методик преподавания, учитывающих социальные и гендерные нормы и проблемы неравенства *(6)*.

Программа **IMpower**, реализуемая в Найроби (Кения) организацией **No Means No Worldwide,** способствует расширению возможностей девочек-подростков за счёт повышения их самооценки и обучения способам самозащиты для снижения риска сексуального насилия. Анализ этой программы выявил значительное (на 34%) увеличение вероятности предания гласности обстоятельств сексуального насилия в группе вмешательства, а также снижение количества преступлений сексуального характера за год на 38% *(160, 161)*. Для адаптации этой программы к другим условиям необходимы надёжные методы оценки, позволяющие убедиться в безопасности и эффективности вносимых в программу изменений.

Обучение социальным и жизненным навыкам

Фактические данные. Был проведён анализ 249 исследований, посвящённых программам формирования жизненных навыков и социального и эмоционального развития (большинство из про-

грамм реализованы в США), для оценки влияния этих программ на склонность к агрессивному и деструктивному поведению, такому как драки, избиения, травля[e], словесные конфликты и вандализм. Анализ показал, что благодаря применению этих программ распространённость таких проблем снижалась на 25%, если в программе участвовали все учащиеся, и на 33%, если программа была адресована отдельным учащимся, входящим в группу высокого риска (**рисунок 9**), при этом положительные сдвиги были одинаковыми для мальчиков и девочек *(162)*.

Целевая группа по профилактическим мероприятиям в сообществах (США) также получила убедительные доказательства того, что универсальные программы для формирования жизненных навыков, реализуемые на базе школы, снижают уровень насилия среди детей в среднем на 15% для всех программ и всех категорий учащихся, от классов предшкольной подготовки до 12-го класса (то есть до подростков 17-18 лет). Как показали результаты одного кластерного рандомизированного исследования, через три года среди школьников, участвовавших в программе **«Пози-**

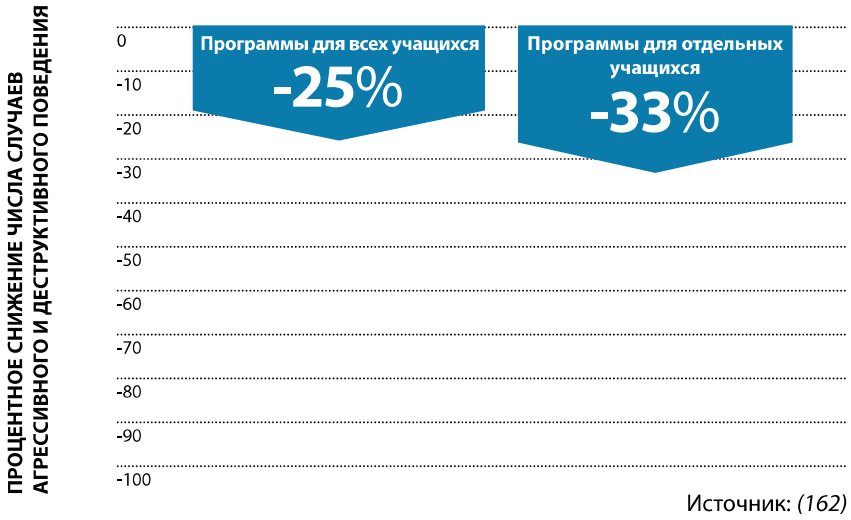


Рисунок 9. *Снижение распространённости агрессивного и деструктивного поведения в условиях школы в результате применения 249 программ формирования жизненных навыков и социально-эмоционального развития*

Позитивное развитие подростков с помощью комплексных социальных программ
(Гонконг)

В Гонконге для решения проблем, связанных с нарушениями психического здоровья, употреблением наркотиков, склонностью к суициду, школьным насилием и последствиями распада семьи для психики подростков, благотворительный фонд Гонконгского жокей-клуба пригласил учёных из пяти местных университетов и организовал исследовательскую группу под руководством представителей **Гонконгского политехнического университета.** Перед исследовательской группой была поставлена задача разработать многолетнюю программу всестороннего позитивного развития молодых людей, получившую название **«Позитивное развитие подростков с помощью комплексных социальных программ»** (Positive Adolescent Training through Holistic Social Programmes, P.A.T.H.S.) *(165)*.

В комплекс P.A.T.H.S. входит развивающая программа для девочек и мальчиков 12-14 лет, а также обучающая программа, предназначенная специально для учащихся с повышенными потребностями в психосоциальной адаптации и учитывающая особенности каждого школьного возраста. Цель занятий с подростками – содействовать упрочению межличностных связей и психологической устойчивости; развивать социальные, эмоциональные, когнитивные и поведенческие навыки; воспитывать чувство собственного достоинства и культивировать позитивное социальное поведение и нормы. Результатом реализации программы стало повышение уровня позитивного развития, снижение уровня наркомании и количества случаев нападений, драк и других форм антиобщественного поведения *(165)*.

[e] Анализ данных за 2011 год, полученных в ходе исследования тенденций в усвоении учащимися разных стран математики и физики (Trends in International Mathematics and Science Study) и исследования навыков чтения и понимания текста у учащихся разных стран (Progress in International Reading Literacy Study), проведённых в трёх африканских странах – Ботсване, Гане и Южной Африке – показал, что травля в среде учащихся была основной причиной снижения успеваемости (164).

тивное действие», число случаев насильственного поведения снизилось на 36%, а случаев травли – на 41% (163).

Программы для подростков по профилактике насилия со стороны полового партнёра

Фактические данные. Результаты проведённого в Северной Каролине (США) кластерного рандомизированного исследования по оценке программы **«Безопасные свидания»** (Safe Dates), направленной на профилактику насилия со стороны полового партнёра в среде подростков, не состоящих в браке и связанных романтическими отношениями, показали, что в результате реализации этой программы всего за один месяц количество совершаемых актов психологического насилия среди участвующих в программе девочек и мальчиков 12-14 лет снизилось на 25%, физического – на 60% и сексуального – тоже на 60%. Наблюдаемые изменения сопровождались снижением уровня насилия между сверстниками и уменьшением числа случаев ношения оружия *(166).* Кроме того, через четыре года среди участников программы наблюдалось значительное сокращение числа случаев физического насилия и насилия со стороны полового партнёра, по сообщениям виновников и жертв этих правонарушений *(167).* Результаты нескольких исследований, оценивающих участие студентов университета и спортсменов в программах, направленных на снижение уровня сексуального насилия, свидетельствуют о существенном росте негативного отношения к насилию на свиданиях *(168, 169).* Как показала оценка эффективности программы **«Настоящее согласие»** (Real Consent), интерактивного веб-приложения, рассчитанного на юношей-студентов университета, целью которого было сокращение числа совершаемых ими актов сексуального насилия, через шесть месяцев после проведения этого мероприятия наблюдалось значительное снижение уровня такого насилия, оцениваемое по сообщениям виновников насильственных действий *(169).*

«Ступеньки к успеху»
(Южная Африка)

Первоначально разработанная для профилактики ВИЧ, программа «Ступеньки к успеху» (Stepping Stones) представляет собой учебную программу для формирования жизненных навыков, которая показала себя эффективным инструментом сдерживания физического и сексуального насилия со стороны полового партнёра среди мужчин и женщин в возрасте 15-26 лет. Эта программа, подвергнутая строгой оценке и реализованная в разных странах мира *(170),* побуждала участников задумываться над своими взглядами и своим поведением с помощью ролевых игр и постановок. Программа направлена на улучшение сексуального здоровья за счёт формирования более крепких и равноправных взаимоотношений между партнёрами и ориентирована на такие проблемы, как гендерное насилие, недостаточное информирование о ВИЧ, отсутствие навыков взаимоотношений и уверенности в себе.

Оценку программы проводили в разных странах, но наиболее тщательно спланированным было рандомизированное контролируемое исследование в провинции Восточный Кейп в Южной Африке, в котором приняли участие лица мужского и женского пола в возрасте 15-26 лет. Результаты исследования показали, что в течение двух лет после проведения мероприятия у мальчиков и мужчин отмечалось снижение склонности к насильственному поведению и эксплуатации партнёрш. Участники исследования реже становились причастными к эпизодам насилия со стороны полового партнёра *(171),* изнасилования и предоставления платных сексуальных услуг *(173).*

Проведённые в других странах менее масштабные исследования эффективности программы «Ступеньки к успеху» выявили снижение числа случаев насилия со стороны полового партнёра, проявляемого лицами мужского пола *(174, 175).* Частота насильственного поведения среди мужчин продолжает падать в течение 24 месяцев после вмешательства вслед за резким снижением на протяжении 12 месяцев, что говорит об упрочении тенденции к положительным сдвигам в поведении с течением времени. Кроме того, результаты качественного исследования свидетельствуют об изменениях, происходящих во взглядах участников программы «Ступеньки к успеху», особенно у молодых мужчин, за счёт информирования о том, как они могут обезопасить себя от заражения ВИЧ, а также за счёт поощрения более открытого обсуждения и обмена мнениями по вопросам ВИЧ. При этом было показано, что в процессе обучения участники приобрели основополагающие жизненные навыки, благодаря которым многие из этих мужчин стали более ответственными партнёрами, друзьями, членами семьи и гражданами *(176).*

Более подробная информация представлена в описании порядка оценки программ профилактики ВИЧ и планирования мероприятий http://www.mrc.ac.za/policybriefs/steppingstones.pdf

INSPIRE: СКВОЗНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Сквозное мероприятие 1.
Многосекторальная деятельность и координация

Внедрение этого комплекса стратегий требует участия правительственных структур национального и местного уровня, ответственных за образование, здравоохранение, правосудие и социальное обеспечение; субъектов частного сектора; организаций гражданского общества, таких как профессиональные ассоциации, религиозные объединения, научные организации, фонды и другие НПО. Действуя сообща, эти заинтересованные стороны могут снизить негативное воздействие факторов риска, создающих почву для насилия в отношении детей, на уровне индивидуума, семьи, местного сообщества и общества в целом, одновременно способствуя формированию безопасных, стабильных и заботливых отношений и условий для детей и семей.

Таким образом, реализация программ и услуг, основанных на фактических данных и направленных на профилактику насилия, зависит от работоспособности систем, обеспечивающих деятельность каждого из этих секторов (как и от их готовности реагировать на проблемы насилия в отношении детей), а также от наличия эффективного механизма для координации взаимодействия между ними.

Участие секторов

Конкретная роль каждого сектора в осуществлении стратегий INSPIRE будет меняться от страны к стране в зависимости от того, насколько каждый сектор готов участвовать в деятельности по их реализации. В любом случае с наибольшей вероятностью руководящая роль в реализации каждой из семи стратегий будет принадлежать следующим секторам:

- **Принятие и обеспечение соблюдения нормативных актов:** законодательные органы на национальном уровне и на уровне более мелких административно-территориальных единиц, ответственные за подготовку проектов законов, их принятие и исполнение.
- **Нормы и ценности:** министерства, в ведении которых находятся гендерные вопросы и вопросы благополучия женщин и детей, хотя у всех остальных секторов также есть чётко определённые роли в деятельности по реализации этой стратегии.
- **Создание безопасной среды:** министерства внутренних дел, архитектуры и градостроительства, а также местные правительственные и муниципальные органы.
- **Поддержка родителей и воспитателей:** системы общественного здравоохранения и социального обеспечения.
- **Повышение доходов и улучшение экономического положения:** министерства финансов, труда и экономического развития.
- **Ответные меры и оказание поддержки:** секторы здравоохранения и социального обеспечения. Руководящая роль в мероприятиях, воздействующих на малолетних правонарушителей, лиц, пострадавших от насилия, и свидетелей, будет в основном отводиться секторам правосудия или охраны правопорядка.
- **Обучение и формирование жизненных навыков:** органы управления образованием.

Совместная работа этих заинтересованных сторон при наличии согласованного плана действий может снизить негативное воздействие факторов риска, создающих почву для насилия в отношении детей, на уровне индивидуума, близкого окружения, местного сообщества и общества в целом, одновременно способствуя формированию безопасных, стабильных и заботливых отношений и условий для детей и семей.

В дополнение к работе официальных государственных секторов все большее значение приобретают механизмы защиты детей, действующие в местных сообществах, хотя их эффективность для профилактики насилия в отношении детей остаётся недостаточно изученной (см. **вставку 3**).

Основная функция каждого сектора и относящейся к этому сектору системы заключается в поддержке отдельных лиц, семей и сообществ, в результате которой родители, сверстники и другие правомочные лица (например, учителя) могли бы обеспечивать детям тот уровень заботы, стабильности и безопасности, который необходим для реализации имеющегося у них потенциала развития.

Вспомогательная функция секторов сводится к реагированию на конкретные случаи насилия в отношении детей для обеспечения безопасности и поддержки жертв, смягчения последствий насилия и предотвращения повторений эпизодов насилия. Соотношение между усилиями, которые страны направляют на выполнение основной или вспомогательной функции, может меняться, однако наилучшей практикой считается преобладание профилактических мер над карательными.

По запросу государств-членов в ряде учреждений ООН были разработаны информационные материалы и согласованные на международном уровне стандарты, предназначенные для укрепления потенциала конкретных государственных секторов в области профилактики насилия и ответных действий. В этот перечень входит принятый ООН документ «Типовые стратегии и практические меры по искоренению насилия в отношении женщин в области предупреждения преступности и уголовного правосудия», а также Глобальный план действий ВОЗ по усилению роли системы здравоохранения в рамках национальных многосекторальных ответных мер по борьбе с межличност-

Вставка 3

Механизмы защиты детей в местных сообществах

Во всем мире роль функционирующих в местных сообществах механизмов защиты детей выходит на первый план деятельности по охране благополучия несовершеннолетних в условиях чрезвычайных ситуаций и во время переходных периодов, обусловленных социальными или экономическими изменениями. В недавно опубликованном межведомственном обзоре *(177)* отмечено, что мобилизация групп рядовых граждан стала обычной планируемой мерой реагирования, особенно в зонах, затронутых вооружёнными конфликтами или перемещением больших групп населения. Международные организации поддерживают деятельность механизмов защиты детей на уровне местных сообществ на тех территориях, где местное и национальное правительство не может или не хочет гарантировать право детей на заботу и защиту.

Несмотря на это, в настоящее время имеется мало надёжных данных об эффективности, стоимости, масштабируемости и устойчивости таких механизмов. Это обстоятельство ограничивает возможность контроля и затрудняет выявление эффективных приёмов и разработку надлежащего межведомственного руководства для практических работников, а также препятствует гармонизации и повышению качества применяемых методов.

Кроме того, отсутствие этих данных мешает получать финансирование для реализации мер защиты детей и их благополучия, активно выступать за увеличение государственных инвестиций в системы защиты детей и мотивировать политических лидеров на содействие наиболее эффективным практическим и политическим мерам.

В этом межведомственном обзоре намечен ряд задач, которые нужно решить, чтобы максимально повысить вклад местных сообществ в защиту детей, главная из которых – необходимость укрепить доказательную базу путём проведения систематических и этически оправданных исследований для оценки влияния действий групп по защите детей в местных сообществах на ситуацию с защитой и благополучием детей *(177)*. Несколько мероприятий, относящихся к рассматриваемому комплексу стратегий, проводились в условиях высокой вероятности наличия систем защиты детей на уровне местного сообщества, причём этот комплекс в целом пригоден для адаптации к особенностям таких систем.

ным насилием, в частности, в отношении женщин и девочек, а также детей. Подобные этим политические документы требуют от государств-членов конкретных действий, которые при условии их осуществления будут гарантировать способность рассматриваемых секторов систематически заниматься проблемой насилия в отношении детей с акцентом на реализации обоснованных фактическими данными стратегий профилактики и ответных действий.

Секторы, для которых не имеется руководящих указаний ООН, могут использовать эти документы в качестве основы для подготовки аналогичных руководств, направленных на укрепление их потенциала. После создания обладающих достаточным потенциалом и специфических для каждого сектора систем, для повышения их результативности в деле профилактики насилия в отношении детей необходимы эффективные механизмы координации, способствующие объединению усилий отдельных секторов.

Механизмы координации

Несмотря на то что во многих странах есть заинтересованные стороны, которые борются за устранение насилия в отношении детей, их усилия не всегда должным образом скоординированы и обеспечены поддержкой, при этом лишь малая часть мероприятий проводится в широком масштабе. В связи с этим на первый план выходят механизмы координации, так как ни один из секторов по отдельности не способен провести весь комплекс мероприятий, равно как и ни одно правительство не может справиться с растущим уровнем угрожающих детям опасностей, которые сейчас выходят за пределы государственных границ. По этой причине для реализации этого комплекса мер необходимо объединение усилий и распространение знаний как внутри отдельных стран, так и между ними.

Национальные механизмы

Вся полнота ответственности за координацию лежит на государстве, поэтому там, где отсутствуют или слабо развиты механизмы координации и управления деятельностью по профилактике насилия и принятию ответных мер, в том числе ключевые органы обеспечения законности, эти механизмы должны быть учреждены или усилены. Необходимо проверить, насколько системы обмена информацией между секторами ориентированы на предотвращение насилия и насколько они способны оптимизировать процесс предоставления услуг в рамках ответных мер. В идеале в качестве таких механизмов должны выступать форумы, на которые будут периодически собираться представители задействованных секторов и обсуждать последние имеющиеся данные по вопросам насилия с целью выявления возникающих проблем и обусловливающих их факторов риска, что будет способствовать принятию адекватных и своевременных мер *(1)*.

Международные механизмы

На международном уровне существуют несколько форумов и партнёрств, объединяющих страны в их стремлении найти наиболее эффективные стратегии ликвидации насилия в отношении детей. К их числу относится созываемое раз в два года совещание по этапам Глобальной кампании по предупреждению насилия, на котором рассматривается состояние отрасли науки, занимающейся вопросами профилактики насилия, и применение научных данных на национальном уровне, а также разрабатываются стратегии интенсификации их внедрения *(178)*. Другой пример – Форум национальных академий США по глобальному предупреждению насилия. Созываемый отделением здравоохранения и медицины в составе национальных академий, этот форум опубликовал несколько важных отчётов по новейшим научным разработкам в области профилактики насилия в отношении детей и принятия ответных мер *(179)*. Кроме того, организовано и в настоящее время ведёт работу в 22 странах партнёрство «Совместные усилия на благо девочек», объединяющее пять учреждений ООН, большое число учреждений в составе правительства США, правительства Канады, частного сектора и государств-партнёров для продвижения основанного на фактических данных многосекторального подхода к предупреждению насилия и ответным действиям. И наконец, Глобальное партнёрство по ликвидации насилия в отношении детей, объединяющее отдельные механизмы, лежащие в основе деятельности на благо общей цели – искоренения насилия в отношении детей (см. **вставку 4**).

Сквозное мероприятие 2.
Мониторинг и оценка

Для планирования стратегий и мероприятий, а также для оценки их воздействия и постоянного совершенствования на пути к достижению поставленных целей странам и сообществам необходимы показатели, позволяющие достоверно оценивать уровень насилия в отношении детей.

Мониторинг

Системы мониторинга можно использовать для получения данных о масштабах и обстоятельствах насилия в отношении детей, для отслеживания результатов проведения запланированных мероприятий и оценки их воздействия. Мониторинг может также помочь в выборе правильных действий для совершенствования стратегий, преодоления недостатков и сохранения особого внимания к профилактике. Основное значение для достижения этих целей имеют сведения о насилии в отношении детей, полученные в ходе национальных обследований населения, и информация из административных систем учреждений (например, больниц). Важно также, чтобы эти данные были легко доступны для всех заинтересованных сторон, участвующих в профилактике насилия, в том числе для представителей национальных правительств, муниципальных и местных органов власти, а также местных сообществ.

Несмотря на то что у данных, полученных в результате обследований, и данных из административных источников есть свои преимущества и недостатки, их сочетание может быть успешно использовано для оценки и мониторинга, так как даёт возможность:

- формулировать качественное определение проблемы без классификации по полу, возрасту и другим показателям, чтобы его могли одновременно использовать различные заинтересованные группы и секторы;
- представлять текущие и систематизированные данные по частоте, причинам и последствиям различных форм насилия на местном, региональном и национальном уровне;
- анализировать географическое распределение зарегистрированных случаев насилия в отношении детей, что может быть полезно для пла-

Вставка 4

Глобальное партнёрство по ликвидации насилия в отношении детей

Генеральная Ассамблея ООН заявила о глобальной приверженности делу ликвидации насилия в отношении детей в качестве одного из элементов ЦУР. Глобальное партнёрство по ликвидации насилия в отношении детей будет содействовать выполнению этого обязательства, используя комплекс стратегий INSPIRE в качестве основного инструмента для действий на уровне стран. Партнёрство будет поддерживать тех, кто занимается профилактикой насилия и ответными мерами во всех государственных секторах и внутри каждого из них (например, в секторах образования, здравоохранения, правосудия и социального обеспечения), а также в других сообществах – будь то международные организации, такие как организации в составе ООН или Всемирного банка, агентства по развитию, НПО, религиозные организации, представители частного сектора, благотворители, фонды, исследователи, учёные или сами дети. Используя экспертные знания и сферы влияния партнёров по профилактике насилия, это партнёрство будет поддерживать проводимую на национальном и местном уровнях работу по осуществлению и масштабированию стратегий, способных эффективно предупреждать насилие, по мониторингу их эффективности и расширению доказательной базы.

нирования мест размещения создаваемых служб защиты детей и других учреждений, оказывающих поддержку жертвам насилия;

- своевременно обнаруживать появляющиеся тенденции и проблемные участки, чтобы как можно быстрее провести необходимые мероприятия;
- определять приоритеты для проведения профилактики среди лиц с высоким риском оказаться жертвой или виновником насилия в отношении детей, а также приоритеты для воздействия на соответствующие факторы риска;
- предоставлять заинтересованным сторонам сведения о ходе работ или о приостановке реализации запланированных мероприятий;
- выявлять происходящие со временем изменения в распространённости насилия и определять соответствующие факторы риска;
- оперировать средствами для оценки воздействия профилактических мероприятий.

В любой системе мониторинга должны использоваться стандартизованные и научно обоснованные методы сбора и анализа данных. Также можно использовать системы управления данными, сопоставляющие информацию от разных секторов, чтобы проследить, насколько хорошо работают механизмы направления в соответствующие службы, и выявить неохваченные возрастные категории, потребности и тенденции внутри отдельных секторов и во всех секторах. При сборе данных необходимо обеспечить регистрацию сведений о половой принадлежности, возрасте, инвалидности и других показателях, которые могут влиять на степень уязвимости для насилия.

Данные обследований

Во многих странах отсутствуют надлежащим образом организованные административные системы данных *(1, 180, 181),* поэтому лишь небольшая часть актов насилия в отношении детей оказывается зарегистрированной в официальных документах систем образования, здравоохранения, правосудия и социального обеспечения. В связи с этим сведения, сообщённые самими участниками эпизодов насилия, полученные с помощью различных репрезентативных национальных обследований, таких как «Опросы о насилии в отношении детей» (Violence Against Children Surveys[f], VACS), «Глобальный школьный опрос о состоянии здоровья учащихся» (Global School-based Student Health Survey, GSHS), «Демографические и медицинские обследования» (Demographic and Health Surveys, DHS) или «Многоиндикаторные кластерные обследования» (Multiple Indicator Surveys, MICS), считаются более надёжными данными для определения масштаба проблемы, выявления уязвимых групп и оценки прогресса *(182, 183, 184, 185).* Несмотря на то что эти виды обследований населения различаются по целям и подходам, каждый из них вносит весомый вклад в изучение проблемы насилия в отношении детей.

Особенно полезны эти данные для мониторинга прогресса в достижении цели, предписанного основными конвенциями ООН и резолюциями ВОЗ, относящимися к насилию в отношении детей *(9).* Кроме того, эти данные пригодятся, когда начнётся оценка выполнения задач в рамках ЦУР, для прослеживания зависимости между этим процессом в целом и изменениями в показателях, характеризующих уровень насилия в отношении детей.

Обследования такого типа позволяют сформировать массив исходных данных, на основании которых можно предпринимать действия по предотвращению насилия в отношении детей. Так, например, как показано во **вставке 5**, результаты опросов VACS стали причиной политических реформ, затронувших секторы здравоохранения, правосудия, образования, социальных служб и экономики. Регулярное проведение таких обследований позволит отслеживать прогресс в достижении поставленных целей и оценивать изменения в тенденциях, характеризующих уровень насилия в отношении детей *(186).*

Хотя обследования путём опроса чрезвычайно важны для получения точных оценок масштаба и характеристик насилия в отношении детей и дают возможность непосредственного контакта с респондентами, собранные данные не позволяют детально оценить конкретные принимаемые меры, поэтому для получения такого рода информации требуются административные данные.

Административные данные

Административные системы данных, как правило, содержат собранные в рутинном порядке записи или отчёты, используемые в работе общественных программ и учреждений, поэтому они представляют собой малозатратный источник информации. Такая информация особенно полезна для директивных органов, которым она нужна, чтобы узнать, какие должностные лица или учреждения в их юрисдикции обладают знаниями в области борьбы с насилием в отношении детей и молодых людей или работают в этой сфере.

Административные данные помогают директивным органам понять, попадают ли случаи насилия в отношении детей в сферу внимания школьных учителей, полиции, врачей и социальных работников, и какие шаги предпринимают эти

[f] Обследования «Опросы о насилии в отношении детей» (VACS) проводятся при совместной поддержке ЦКПЗ, партнёрства «Совместные усилия на благо девочек» и ЮНИСЕФ. Опросы VACS позволяют определить уровень физического, эмоционального и сексуального насилия в отношении девочек и мальчиков и выявить факторы риска, защитные факторы и последствия для здоровья, а также оценить состояние соответствующих служб и наличие препятствий для обращения за помощью.

Вставка 5

Связь результатов национальных обследований с деятельностью по профилактике насилия и принятию ответных мер

В рамках деятельности партнёрства «Совместные усилия на благо девочек» осуществляется поддержка стран, проводящих обследования по программе «Опросы о насилии в отношении детей» (VACS), в их усилиях по установлению связи между полученными данными и эффективными многосекторальными профилактическими и ответными мерами. Разные страны, в числе которых Камбоджа, Гаити, Кения, Малави, Свазиленд, Танзания и Зимбабве, под руководством целевых групп министерств и групп гражданского общества использовали данные и процедуры национальных обследований VACS в качестве движущей силы для осуществления тех типов стратегий, которые описаны в комплексе INSPIRE.

- В Камбодже на основании результатов опросов VACS был сформирован комплекс ответных мер, охватывающий 11 секторов, в том числе различные министерства и государственные учреждения; при участии Министерства по делам женщин внедрены программы, содействующие изменению поведенческих и социальных норм; усилена координация между Министерством по делам женщин, Министерством юстиции и полицией; внедрены и усилены политические меры, направленные на предотвращение насилия в отношении детей.
- В Гаити на основании результатов опросов VACS усилены политические меры и программы, направленные на изменение социальных норм, оправдывающих насилие в отношении детей; усилены политические меры и программы по снижению уровня насилия и принятию ответных мер путём идентификации жертвы, оказания медицинской помощи и поддержки; усилены сквозные системы надзора и мониторинга.
- В Кении на основании результатов опросов VACS усилены программы обучения для семей по вопросам позитивных методов воспитания и профилактике насилия; увеличен охват многосекторальными службами помощи жертвам изнасилования за счёт создания центров комплексной помощи (one-stop centres); разработан национальный механизм мониторинга и оценки ситуации с сексуальным насилием.
- В Малави на основании результатов опросов VACS увеличены государственные инвестиции в обучающие программы для воспитателей и родителей, содействующие созданию безопасных, стабильных и заботливых отношений в семье; увеличены государственные инвестиции в программы формирования жизненных навыков у детей и молодёжи; расширен доступ к службам защиты детей, осуществляющим ответные действия, и повышен уровень информированности об этих службах; разработаны политические меры и программы, воздействующие на вредные гендерные нормы.
- В Свазиленде на основании результатов опросов VACS принято новое законодательство, касающееся насилия со стороны полового партнёра и преступлений сексуального характера; учреждены суды и полицейские подразделения для работы с несовершеннолетними, учитывающие их возрастные особенности; выделены средства на проведение национальной образовательной кампании в форме цикла радиопередач по вопросам профилактики насилия; усилена всесторонняя помощь жертвам изнасилования путём издания новых руководств и создания центров комплексной помощи; выделены средства на национальную систему обработки данных для отслеживания случаев насилия.
- В Танзании на основании результатов опросов VACS разработан рассчитанный на четыре года национальный план действий для ликвидации насилия в отношении детей и составлена смета затрат. Среди основных пунктов плана – разработка и расширение сферы охвата действующих на уровне районов систем защиты детей; разработка политики в сфере образования, устанавливающей кодекс поведения учителя; улучшение медицинской помощи жертвам сексуального насилия; ввод в действие руководящих указаний по составлению бюджета организаций службы защиты детей на уровне местных государственных органов.
- В Зимбабве на основании опросов VACS разработано подробное руководство по борьбе с сексуальными посягательствами и насилием, в котором рассмотрены медицинские, юридические, психологические и социальные аспекты оказания помощи на уровне сообщества, семьи и индивидуума; создана концепция расширения возможностей девочек с указанием национальных задач, целей и секторов, ответственных за деятельность по защите и расширению прав и возможностей девочек и молодых женщин, а также спланирован комплекс мер по созданию временных приютов для беспризорных детей в 14 районах страны.

специалисты, когда сталкиваются с насилием. Кроме того, административные отчёты, поступающие из учреждений здравоохранения или отделений полиции и свидетельствующие о происходящих со временем изменениях либо содержащие сведения о количестве эпизодов жестокого обращения или изнасилования, могут вызвать вопросы о том, какие меры принимаются в таких случаях.

Вполне возможно, что некоторые должностные лица сталкиваются со случаями насилия реже

других из-за того, что им не хватает знаний или специальной подготовки, в то же время некоторые сотрудники видят такие случаи, но не предпринимают никаких шагов для предотвращения насилия или принятия ответных мер. Даже специально обученные должностные лица могут быть убеждены в правильности вредных социальных установок, касающихся воспитания детей, пола и насилия, что может стать причиной повторной виктимизации детей, которым оказывается помощь. Возможна также ситуация, когда о случаях насилия, которыми, прежде всего, должны заниматься врачи или полицейские, в первую очередь узнают учителя, которые не только не направляют пострадавших в соответствующие службы, но и не сообщают никуда о происшествии.

Располагая такого рода информацией, руководители программ и директивные органы могут разрабатывать конкретные планы того, как следует изменить методы практической работы, как обучить работников, как проводить работу по повышению осведомлённости и изменению социальных норм и как реорганизовать системы, чтобы повысить их способность предотвращать насилие в отношении детей и молодёжи и принимать ответные меры. По мере того как директивные органы будут вносить изменения, проводить обучение и повышать уровень осведомлённости, им понадобится заново оценивать административные данные, чтобы проверить, дают ли осуществляемые реформы желаемый эффект.

При рассмотрении особо тяжких случаев насилия в отношении детей, приведших к смерти пострадавшего, приходится иметь дело со специальной категорией административных данных, которые составляются на основании записей актов гражданского состояния и свидетельств о смерти *(1)*. Связанные с насилием случаи смерти детей или молодых людей, причиной которой стало, например, жестокое обращение с детьми, пренебрежение родительскими обязанностями или насильственные действия, с трудом выявляются при проведении опросов населения и при поиске по данным, содержащимся в административных системах служб, работающих с обратившимися к ним лицами. Надёжным источником сведений о количестве смертельных случаев способны стать только официальные системы регистрации смертности, которые могут функционировать на базе разных учреждений, в том числе в больницах, отделениях полиции и моргах *(187)*. Во многих странах, однако, до сих пор отсутствуют действующие системы регистрации данных, относящихся к умышленным травмам и смерти. Кроме того, установление причины смерти у детей может представлять особую трудность.

С учётом чрезвычайно заниженных показателей уровня насилия работа с качественными характеристиками, позволяющими узнать мнение детей, родителей, воспитателей и других представителей сообщества, имеющих влияние в этой сфере, также может быть чрезвычайно важной для понимания того, насколько результаты применения программ соответствуют предполагаемым потребностям сообщества.

Оценка

Оценка данных позволяет директивным органам и ответственным лицам в системе общественного здравоохранения получать важную информацию о том, дают ли программы и политические меры, направленные на профилактику насилия в отношении детей или на ответные действия, тот эффект, которого от них ожидали *(188)*. На сегодняшний день основная часть фактических данных по мероприятиям, эффективно снижающим уровень насилия в отношении детей и смягчающим его последствия, является результатом оценок, проведённых в странах с высоким уровнем доходов. Однако объем упомянутых здесь доказательных данных, использованных для разработки стратегий INSPIRE, говорит о растущем массиве данных, поступающих из стран с низким и средним уровнем доходов *(189)*.

Комплекс INSPIRE даёт беспрецедентную возможность увеличить количество исследований для оценки эффективности входящих в него семи стратегий в странах с низким и средним уровнем доходов, где живут более 80% всех детей в мире. В настоящее время количество такого рода исследований в этих странах весьма ограничено, и они проводятся с большими промежутками. Профилактика насилия в отношении детей на основе фактических данных представляет собой новую область знаний даже в странах с высоким уровнем доходов. Несмотря на то что эта область обладает огромным потенциалом, как это убедительно показали описанные в настоящем документе программы, в странах с низким и средним уровнем доходов разработки находятся на самом начальном этапе. К примеру, из всех исследований по оценке результатов применения мер профилактики жестокого обращения с детьми и насилия в молодёжной среде, опубликованных в период с 2007 по 2013 год, всего 9% исследований, рассматривающих жестокое обращение с детьми, и 6% исследований, касающихся насилия в молодёжной среде, оценивали программы профилактики насилия в странах с низким и средним уровнем доходов *(189)*.

Принимая во внимание масштабы насилия в отношении детей в этих странах и характерный для них дефицит ресурсов, ещё более важно, чтобы инвестированные в мероприятия ресурсы действительно способствовали снижению уровня насилия. Таким образом, когда начнётся реализация стратегий INSPIRE, чрезвычайно важно получать фактические данные о том, какая из них реально работает, причём эти данные должны обладать высоким уровнем доказательности. Одновременно с масштабным осуществлением этих стратегий не-

обходимо реализовать столь же масштабную программу оценки, чтобы избежать потери дефицитных ресурсов, добиться максимального эффекта от действующих программ и увеличить вероятность достижения важнейшей цели, сформулированной в задаче 16.2 ЦУР: за 15 лет покончить с насилием в отношении детей.

Кроме оценки результатов вмешательств необходимы исследования их экономической эффективности и оценки возможности увеличения масштабов и сохранения эффективных программ. И наконец, будет важно оценить суммарный эффект, который может быть достигнут за счёт координированной реализации многосекторальных компонентов в составе технического комплекса INSPIRE.

ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

Комплекс INSPIRE создан не в качестве новой программы, которую нужно реализовать. Его назначение – показать пути активизации, концентрирования на конкретных целях и расширения текущих многосекторальных усилий, направленных на профилактику насилия в отношении детей и принятие ответных мер. Любая деятельность по реализации стратегий INSPIRE должна предусматривать проведение соответствующими секторами поэтапных или одновременных действий, а также осуществление не менее одного мероприятия от каждой из семи стратегий (предпочтительно в широком масштабе), поскольку эти стратегии предназначены для использования в сочетании друг с другом для взаимного усиления эффекта.

Координированное осуществление стратегий из этого комплекса обеспечит реализацию основного набора эффективных подходов, а также принятие действенных политических мер и законов в каждой стране. Комплекс INSPIRE составлен в расчете на глобальную перспективу, и для того, чтобы его применение было эффективным, перед запуском программ национального масштаба, рассчитанных на конкретные сроки, необходимо определить специфические для каждой страны цели, стратегии и виды мероприятий. Таким образом, каждая страна должна адаптировать содержащуюся в этом комплексе информацию к своим конкретным условиям и реализовывать предлагаемые меры в соответствии со своей организационной структурой.

Некоторые страны уже приступили к планированию и осуществлению на национальном уровне деятельности, направленной на предотвращение насилия в отношении детей и принятие ответных мер, причём многие из этих планов содержат элементы из комплекса INSPIRE. Наиболее важные

Рисунок 10. *Девять этапов адаптации и осуществления комплекса INSPIRE*

этапы реализации этого комплекса на практике, базирующиеся на опыте этих стран и на экспертных знаниях основных ведомств, участвовавших в разработке INSPIRE, показаны на **рисунке 10** и обобщены ниже. Данный раздел представляет собой всего лишь общее руководство. Более подробные методические указания по реализации стратегий INSPIRE в целом по комплексу и отдельно по каждой из семи стратегий будут опубликованы в течение 2017 года.

Приведённые здесь этапы не обязательно должны быть последовательными, некоторые из них могут осуществляться одновременно.

Формирование национальной приверженности

Первоочередным важным шагом на пути обеспечения долгосрочной устойчивости развёрнутой деятельности и стимулирования многосекторального сотрудничества является формирование национальной приверженности к целям, стратегиям и программам, описанным в комплексе INSPIRE. Для этого требуется повысить информированность всех заинтересованных сторон о масштабах и последствиях проблемы насилия в отношении детей и об основанных на фактических данных способах решения этой проблемы. Необходимо также объединить ключевые фигуры и организации для участия в разработке и осуществлении национальной программы. Привлечение политических деятелей самого высокого уровня на ранних этапах может ускорить разработку концепции национальной политики и плана действий.

Важно обеспечить эффективное сотрудничество и коммуникацию внутри каждого из главных секторов, участвующих в реализации стратегий. Можно использовать комплекс INSPIRE для стимулирования диалога между директивными органами, руководителями и сотрудниками, реализующими программы, а также для выявления требующих решения политических проблем. К примерам такого рода относятся юридические и нормативно-правовые базы, в рамках которых действуют различные секторы и которые определяют, кто и что может делать и на каких уровнях национальных и местных правительственных органов.

Во многих странах обеспечена постоянная национальная приверженность к этим процессам за счёт учреждения целевых групп, которые объединяют представителей национальных министерств, профессиональных ассоциаций, университетов, исследовательских организаций и организаций гражданского общества. Наличие целевой группы, ответственной за развёртывание и мониторинг деятельности по реализации стратегий INSPIRE, может способствовать сохранению темпа работы за счёт разработки и осуществления национального плана, причём эта группа может координировать ресурсы, поступающие от разных участников процесса, и их деятельность.

Важно также, чтобы национальные усилия были гармонизированы или объединены с уже существующими национальными планами действий, стратегиями и мероприятиями в родственных областях, в том числе с продолжающейся работой по профилактике и сокращению распространённости калечащих операций на женских половых органах и (или) обрезания, детских, ранних и принудительных браков, гендерного насилия, с программами, касающимися ВИЧ/СПИД, и другими программами медицинских мероприятий, такими как кампании по иммунизации. Соблюдение такого принципа приложения усилий должно обеспечивать везде, где это возможно, уверенность в получении наилучших результатов, в эффективном использовании ограниченных ресурсов и отсутствии дублирования. Это может также способствовать выдвижению на передний план вопросов защиты детей, гендерного неравенства и насилия, расширяя охват и усиливая воздействие стратегий INSPIRE.

Оценка потребностей

При разработке национальных планов действий чрезвычайно важно сначала оценить состояние существующих политических мер, законов, программ профилактики, служб и объектов инфраструктуры, действующих в сфере ликвидации насилия в отношении детей. В рамках оценки потребностей следует рассмотреть вопрос о том, отражены ли в текущей национальной концепции принципы подхода, способного воздействовать на различные риски для девочек и мальчиков, рассчитанного на все этапы жизненного цикла и учитывающего интересы обоих полов. Кроме того, оценивая уже действующие политические меры, программы и практические приёмы, необходимо проверить, охватывают ли программы профилактики и предоставляемые услуги всех детей независимо от возраста, пола, гендерной идентичности, языка, религии, физических и умственных возможностей и экономического положения, в меру необходимости отдавая приоритет группам с наиболее высоким риском.

Специализированные оценки, такие как проводимые ведомствами опросы или исследования уровня готовности (см. **вставку 6**), помогают директивным органам собирать качественные и количественные данные, поступающие от общественных и государственных организаций, занимающихся детьми, таких как школы, правоохранительные органы, больницы, учреждения психиатрической помощи, центры помощи семьям, НПО и органы защиты детей *(190)*. В некоторых странах ведомственные обследования проводятся не систематически, в то время как в других такого рода оценочные данные собираются ежегодно.

Выбор мероприятий

У каждого из сообществ, стран, министерств в составе правительства и неправительственных ор-

Вставка 6

Оценка готовности к профилактическим мероприятиям

Оценка готовности может быть особенно полезной для национальных правительств, начинающих свою деятельность по борьбе с насилием в отношении детей, или для правительств, не уверенных в готовности страны к осуществлению стратегий из комплекса INSPIRE. Подход, получивший название «Оценка готовности к работе по профилактике жестокого обращения с детьми» (Readiness Assessment for the Prevention of Child Maltreatment, RAP-CM), позволяет оценить, насколько готовы страна, область или сообщество к широкомасштабной реализации программ профилактики насилия *(191).* Подход RAP-CM был применён в Бразилии, в бывшей югославской Республике Македония, Малайзии, Саудовской Аравии и Южной Африке и может быть особенно актуален для стран, которые провели обследование по методу VACS. В модели RAP-CM, предназначенной для оценки готовности к профилактической работе, рассматривается отношение основных действующих лиц к жестокому обращению с детьми и уровень знаний об этой проблеме; наличие научной информации по вопросам жестокого обращения с детьми и его профилактике; готовность предпринимать шаги для решения этой проблемы и наличие ресурсов, относящихся к категории нематериальных (правовые, политические, человеческие, технические и социальные) и материальных (инфраструктурные, организационные и финансовые), которые можно использовать для профилактики жестокого обращения с детьми.

Сам процесс выполнения такой оценки является эффективным средством повышения уровня осведомлённости и распределения информационных ресурсов. К основным недостаткам, выявленным на сегодняшний день практически во всех странах, относятся дефицит профессиональных кадров, обладающих нужными навыками, знаниями и опытом для реализации программ, основанных на фактических данных и направленных на профилактику жестокого обращения с детьми и принятие ответных мер, а также ограниченное количество организаций, способных готовить такие кадры; недостаточное финансирование, нехватка инфраструктуры и оборудования; практически полное отсутствие исследований по оценке конечных результатов программ профилактики и недостаточность охвата национальными опросами для изучения распространённости жестокого обращения с детьми *(192).* Несмотря на то что метод RAP-CM ориентирован на проблему жестокого обращения с детьми, его легко можно адаптировать и для оценки готовности к работе по профилактике насилия в молодёжной среде.

ганизаций, участвующих в борьбе с насилием в отношении детей, есть свои социальные и культурные особенности, которые они должны учитывать при выборе мероприятий, которые наилучшим образом соответствуют потребностям населения и местным условиям. Положение, занимаемое представителями директивных органов и исполнителями на национальном и местном уровнях, позволяет им наиболее достоверно оценивать потребности и преимущества подведомственных им территорий и проживающих там граждан, чтобы на основании этих оценок принимать решения о том, какая комбинация предусмотренных комплексом INSPIRE мероприятий лучше всего соответствует их условиям.

Выбор мероприятий для осуществления требует хорошего знания следующих обстоятельств:

- каким формам насилия подвергаются дети, где и в какое время происходят эпизоды насилия;
- каковы факторы риска, обусловливающие насилие в отношении детей;
- каково текущее состояние правовой, политической и программной деятельности, направленной на борьбу с насилием в отношении детей;
- какие именно мероприятия из комплекса INSPIRE могут компенсировать пробелы и недостатки в текущей правовой, политической и программной деятельности;
- какими возможностями осуществления мероприятий располагают государственные и неправительственные организации.

Информация по этим вопросам поступает из разных источников. Если страна недавно провела национальный опрос по насилию в отношении детей по методу VACS и (или) располагает достоверными административными данными по количеству случаев насилия в отношении детей со смертельным и не смертельным исходом, преобладающая часть информации уже была собрана и обобщена. В противном случае необходимо будет собрать эту информацию из всех доступных научных отчётов, официальных статистических документов и других источников, проанализировать её и использовать для постановки задачи.

Адаптация мероприятий к местным условиям

После того как мероприятия выбраны, их обычно приходится адаптировать к местным условиям, сохраняя при этом первоочередную роль наиболее важных принципов, обеспечивающих эффективность принимаемых мер *(193).* Такой порядок действий известен как принцип достоверного воспроизведения программы *(194),* и для его соблюдения на практике целесообразно предпринимать следующие шаги:

- Получить материалы с описанием оригинальной программы (обычно у разработчика программы).

- Разработать логическую модель программы, отражающую причинно-следственные связи между целями и элементами программы и ожидаемыми изменениями в рассматриваемой популяции.
- Определить основные элементы программы или, если они ещё не известны, методы наиболее эффективного применения на практике, для чего, как правило, требуется тщательный анализ относящейся к этому вопросу научной литературы.
- Выявить и охарактеризовать все несоответствия между оригинальной программой и новыми условиями.
- При необходимости следует адаптировать оригинальную программу так, чтобы она отвечала потребностям новых условий применения и в то же время была достоверно воспроизведена.
- В оригинальное описание программы необходимо внести изменения, направленные на устранение несоответствий *(193)*.

В ходе исследования, в центре внимания которого были печатные материалы и обучающие программы, направленные на совершенствование методов воспитания и разработку учебных материалов по формированию жизненных навыков, были выявлены несколько способов адаптации программ, которые были признаны в целом приемлемыми, и те, которые оказались сомнительными или непригодными *(194)*.

К приемлемым способам адаптации относятся:

- перевод материалов на местные языки и адаптация лексики;
- преобразование изображений с тем, чтобы облик детей и взрослых был близок к облику представителей целевой аудитории;
- замена культурного контекста;
- изменение формы проведения мероприятий с учётом местных норм относительно допустимости физического контакта;
- добавление материалов, основанных на местном фактическом материале, чтобы сделать программу более актуальной для участников и повысить их заинтересованность.

К сомнительным и в целом непригодным способам адаптации относятся:

- сокращение периода, в течение которого участники вовлечены в программу, например, за счёт уменьшения количества занятий или их продолжительности;
- исключение важной информации или навыков, которые должны быть освоены;
- удаление тем;
- изменение теоретического подхода;
- попытки осуществить программу силами недостаточно подготовленного персонала или волонтёров;
- использование меньшей численности персонала, чем рекомендовано.

Составление государственных планов действий на национальном и местном уровне

После выявления пробелов и выбора мероприятий необходимо определить составные части национального плана действий. Этот этап предусматривает выбор ориентиров, целей и задач, а также определение подходящих показателей для мониторинга реализации программы. В любой национальный план действий должны быть включены следующие направления деятельности:

- совершенствование инфраструктуры, необходимой для реализации программ профилактики и предоставления услуг, материалов и оборудования в рамках ответных действий;
- подготовка и расстановка кадров;
- обмен информацией, обучение и коммуникация, а также социальная мобилизация;
- общая оценка и мониторинг прогресса в достижении целей, определённых в национальном плане действий.

Все заинтересованные стороны должны одобрить составленный план. Для содействия этому процессу можно практиковать проведение национальных семинаров.

Как правило, стратегическое планирование для разработки национальной программы по ликвидации насилия в отношении детей должно осуществляться централизованно на базе министерства, назначенного для координации работы многосекторальной целевой группы. При этом в больших странах структура программы должна быть достаточно гибкой, чтобы можно было провести децентрализацию с передачей полномочий регионам, областям, муниципалитетам, районам и поселениям, чтобы осуществляемые мероприятия могли охватить всех, кто в них нуждается.

Для успешного осуществления необходимо создать национальный механизм координации с официальным делегированием полномочий на разработку, координацию и формирование национальной и местной инфраструктуры, требуемой для реализации составленного плана. Если эти планы реализуются на муниципальном уровне, нужны такие же типы координации. Как показала успешная реализация в Санкт-Петербурге (Российская Федерация) программы профилактики, подобной INSPIRE, те страны и (или) города, в которых имеется центральный орган для планирования и разработки политики на базе назначенного министерства и местные органы, ответственные за внедрение и контроль за исполнением, хорошо подготовлены для ведения деятельности по профилактике насилия (см. **вставку 7**).

Для успешного проведения политики, направленной на ликвидацию насилия в отношении детей, необходимы также поддержка вышестоящих государственных структур и привлечение технических экспертов и специалистов с опытом планирования и реализации. Национальная про-

Вставка 7

Профилактика насилия в отношении детей и факторы риска такого насилия
(Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Опрос беспризорной молодёжи в возрасте 15-19 лет, проведённый в 2006 году в Санкт-Петербурге, показал, что среди респондентов многие в прошлом подвергались физическому или сексуальному насилию (38%), не имеют дома (24%), являются сиротами (умер один из родителей или оба) (43%), на время опроса не посещали школу (84%), хотя бы раз в жизни оказывали сексуальные услуги в обмен на материальные блага (10%), хотя бы раз пробовали инъекционные наркотики (51%), при этом среди них было 37% ВИЧ-инфицированных. В качестве ответной меры городские власти в сотрудничестве с местными НПО приняли к действию комплексный многосекторальный план, рассчитанный на пять лет. В числе элементов этого плана было улучшение социальных и медицинских услуг, усиление ответных мер со стороны секторов правосудия и образования.

Чтобы оценить объем вложенных ресурсов и степень воздействия многосекторальных ответных действий на факторы риска и распространённость ВИЧ-инфекции, в 2012 году в городе был проведён повторный опрос среди новой когорты беспризорных детей в возрасте 15-19 лет. К 2012 году существенно снизилась распространённость основных факторов риска, в том числе физического или сексуального насилия (26%), бездомности (4%), сиротства (36%). На момент опроса школу не посещали 8% респондентов, 4% хотя бы раз в жизни оказывали сексуальные услуги в обмен на материальные блага и 15% хотя бы раз пробовали инъекционные наркотики. Важно, что распространённость ВИЧ-инфекции снизилась на 73%, так что среди беспризорной молодёжи осталось лишь 10% ВИЧ-положительных.

Снижение распространённости ВИЧ-инфекции среди беспризорной молодёжи, которому, судя по всему, способствовала реализация этого плана, свидетельствует в пользу многосекторального подхода к улучшению жизни семей и молодёжи из группы риска. В Санкт-Петербурге применение этого многосекторального подхода сопровождалось снижением уровня бедности семей, укреплением семейных связей, изменениями в законодательстве и улучшением качества услуг. Разработанная в Санкт-Петербурге модель, направленная на выявление случаев жестокого обращения с детьми и привлечение виновных к ответственности наряду с предоставлением необходимой защиты жертвам насилия, получила признание на всей территории страны. Созданная правительством города система служб продолжает оказывать поддержку семьям и детям из группы риска *(195)*.

грамма с правильно подобранными кадрами на центральном и местном уровнях может с высокой эффективностью взять на себя руководство и координацию работы остальных участников по правовым вопросам, по контролю за исполнением, по улучшению экономического положения, предоставлению социальных услуг и управлению программами.

В национальном плане действий должен быть изложен общий стратегический подход к реализации комплекса INSPIRE. Однако большинство фактических мероприятий рассчитаны на реализацию на уровне местных правительств или сообществ, поэтому они должны быть описаны в детальном плане осуществления. Возможна такая ситуация, что осуществить запланированные мероприятия одновременно во всех районах не удастся. В таком случае следует применять поэтапный подход, рассчитанный на постепенный охват всей страны.

В каждой стране лица, занимающиеся планированием, должны проводить оценки потребностей, выявлять имеющиеся пробелы на местах и с учётом этого разрабатывать детальные планы осуществления. Для этого можно использовать описанный выше подход, применяемый для оценки готовности к работе по профилактике (см. **вставку 6**). В детальном плане осуществления должны быть указаны сроки выполнения и приведены точные сведения о том, когда и кто будет проводить каждое из запланированных мероприятий. В плане также должны быть описаны механизмы мониторинга и оценки на уровне района и их взаимодействие с общим мониторингом на национальном уровне.

Составление сметы затрат

Сбор и анализ данных о затратах на осуществление стратегий INSPIRE позволяет руководителям и специалистам, занимающимся планированием программы, разрабатывать осуществимые с точки зрения возможности реализации и устойчивые комплексы мер на национальном и районном уровнях. Сведения об ожидаемых затратах могут применяться для оценки экономической возможности реализации мероприятий и позволяют сопоставить стоимость планируемых мероприятий с другими комплексами мер. Кроме возможности оценить общую сумму необходимых средств анализ затрат позволяет продумать расстановку кадров для реализации мероприятий и рассчитать эффективность использования материалов, оборудования и других ресурсов.

Затраты обычно классифицируются в соответствии с типом оплачиваемых ресурсов – в частности, они подразделяются на **капитальные** и **текущие**. В комплексе стратегий INSPIRE:

- К **капитальным затратам** могут быть отнесены затраты на обучение персонала, занятого управлением программами и их практической реализацией, если это обучение проводится однократно или редко; затраты на мероприятия для повышения осведомлённости в рамках программ мобилизации сообщества в целях изменения культурных ценностей и норм. Кроме того, вмешательства, направленные на улучшение антропогенной среды, вероятно, потребуют очень высоких капитальных затрат, хотя они вряд ли планируются исключительно в целях профилактики насилия в отношении детей.
- К **текущим** относятся затраты на заработную плату и социальное страхование персонала; на периодические курсы обучения, такие как краткосрочные программы обучения на рабочем месте; на эксплуатацию и техническое содержание зданий и транспортных средств; операционные расходы на социальную мобилизацию; затраты на материалы, необходимые для работы служб, осуществляющих ответные действия.

В настоящее время разрабатываются модель и схема расчёта затрат, которые можно будет использовать для оценки затрат на осуществление мероприятий из комплекса INSPIRE.

Поиск устойчивых источников финансирования

В последние годы увеличилось число национальных, международных и двусторонних организаций, которые развивают направления финансирования деятельности по профилактике насилия в отношении детей и принятию ответных мер в тех странах, где потребность в этом особенно велика. Тем не менее, объем такого финансирования был умеренным по сравнению с уровнями поддержки других направлений в области здравоохранения и развития. Ожидается, что после принятия к исполнению задачи 16.2 ЦУР, требующей покончить с насилием в отношении детей, объем этой поддержки увеличится. Внешняя поддержка, безусловно, приветствуется, но в то же время необходимо добиваться надлежащей координации финансирования на национальном уровне и обеспечить последовательную реализацию начатой деятельности в долгосрочной перспективе.

Страны могут использовать комплекс INSPIRE при разработке национальных планов действий, чтобы улучшить координацию между заинтересованными сторонами в разных странах, в числе которых различные секторы национальных государственных структур, функционирующие в стране НПО, религиозные организации, научные учреждения, субъекты частного сектора и представители гражданского общества, а также внешние заинтересованные стороны, к которым в числе прочих относятся двух- и многосторонние партнёры, международные НПО и глобальные корпорации, вовлечённые в деятельность по профилактике насилия в отношении детей и принятию ответных мер. Предварительные консультации с заинтересованными донорами и ведомствами, оказывающими техническую поддержку, способствуют развитию сотрудничества и укрепляют основу национального планирования, а также помогают избежать дублирования и нерационального использования ресурсов. Следовательно, одним из первых шагов в процессе поиска источников финансовой поддержки должен стать созыв совещания с участием национальных и международных заинтересованных сторон по инициативе соответствующего ведомства.

Подготовка и расстановка кадров

Главная роль в осуществлении мероприятий, направленных на сокращение потерь от насилия в отношении детей, может быть отведена эффективной программе, в которой задействовано достаточное количество персонала с требуемой квалификацией. В небольших странах с ограниченными финансовыми ресурсами сотрудники могут совмещать несколько должностей. Конкретные навыки, которыми должны овладеть сотрудники для осуществления вмешательств из комплекса INSPIRE, будут зависеть от существующих национальных и местных возможностей и потребностей. В этот перечень могут входить навыки управления на высшем и среднем уровне, навыки осуществления функций контроля и навыки, которыми должны обладать непосредственные исполнители, а также другие навыки, необходимые для решения следующих задач:

- многосекторальная координация и реализация;
- разработка и реализация программ и управление программами;
- сбор и оценка данных, совершенствование систем мониторинга;
- улучшение социального и экономического положения;
- повышение уровня безопасности среды, в которой находятся дети;
- сбор данных, мониторинг и оценка;
- формирование механизмов подотчётности;
- урегулирование правовых и программных вопросов.

Необходимо обеспечить надлежащую подготовку, расстановку и поддержку руководителей и сотрудников, непосредственно отвечающих за реализацию программ профилактики и оказание услуг в рамках ответных действий. Используемые учебные программы и материалы, а также подготовка самих преподавателей и инструкторов, основанные на текущих потребностях в развитии кадровых ресурсов, должны быть настолько актуальными, насколько это возможно, чтобы они отражали объём знаний и навыков, требуемый для осуществления деятельности. Это условие относится и к предварительной подготовке, и к последующему обучению на рабочем месте. Подготовку

и переподготовку кадров каждого сектора, вовлечённого в осуществление комплекса стратегий INSPIRE, следует проводить с учётом текущего состояния кадровых ресурсов.

Реализация, мониторинг и оценка

Для реализации стратегий, входящих в комплекс INSPIRE, необходимы механизмы, обеспечивающие мониторинг процесса путём сбора и анализа текущих данных. Мониторинг должен заключаться в непрерывном сборе и анализе информации о реализации комплекса INSPIRE. В ходе мониторинга следует регулярно проверять, проводятся ли мероприятия, как было запланировано, и как они проводятся, чтобы возникающие проблемы можно было вовремя обсудить и урегулировать. Мониторинг предусматривает отслеживание хода выполнения запланированных мероприятий, выявление проблем, предоставление информации руководителям и сотрудникам и решение проблем до того, как они станут причиной приостановки деятельности. Поступающие данные необходимо безотлагательно обрабатывать и анализировать. Результаты анализа следует передавать тем должностным лицам, которые должны предпринимать необходимые шаги.

Мониторинг в ходе реализации комплекса INSPIRE означает отображение как вложенных ресурсов, так и конечных результатов применения семи стратегий с помощью особого набора показателей. С этой целью в настоящее время идёт разработка **показателей хода осуществления,** позволяющих проследить степень выполнения намеченных мероприятий по каждой из семи стратегий INSPIRE, а также **показателей конечных результатов,** предназначенных для оценки воздействия, которое эти мероприятия оказывают на распространённость насилия в отношении детей.

В качестве **показателей хода осуществления** могут быть выбраны такие количественные оценки, как доля лиц, впервые ставших родителями, которые за последние 6 месяцев получали помощь в рамках программ поддержки родителей, или доля школьников в возрасте 13-15 лет, которые в течение последнего года прошли курс обучения жизненным навыкам.

В качестве **показателей конечных результатов** можно использовать количественные оценки распространённости насилия в отношении детей по данным национальных репрезентативных обследований населения. К такого рода оценкам относятся, например, доля школьников в возрасте 13-15 лет, которые за прошедший год или месяц участвовали в травле или в драках (по данным опроса GSHS, проводимого ВОЗ и ЦКПЗ); или одобренные показатели для задачи 16.2 ЦУР, а именно процентная доля детей в возрасте 1-17 лет, подвергавшихся какому-либо телесному наказанию и или жестоким воспитательным мерам за последние 12 месяцев, а также процентная доля лиц мужского и женского пола в возрасте 18-24 лет, которые сообщали о сексуальном насилии, пережитом ими до 18 лет. Для повышения эффективности систем мониторинга и оценки совокупные показатели следует разбить на категории по полу, возрастным группам, наличию инвалидности и другим демографическим характеристикам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Каждый ребёнок имеет право на жизнь без насилия. Однако до сих пор многие дети страдают от негативного воздействия насилия, не получая ни поддержки, ни услуг, которые дали бы им шанс на возвращение к нормальной жизни. Лица, ответственные за разработку политики и за принятие решений, в силах изменить эту ситуацию. Семь стратегий INSPIRE дают ключевым фигурам эффективные инструменты для действий, которые нельзя откладывать.

Растущая база фактических данных о методах профилактики насилия и реагирования, которые действительно работают, обязывает нас учитывать извлечённые уроки – у себя дома, в сообществах или на глобальном уровне. Можно и нужно использовать опыт многочисленных проведённых мероприятий – поисковых и тех, эффективность которых доказана, – для разработки и осуществления стратегий профилактики насилия и принятия ответных мер, которые помогут сделать невидимое видимым и покончить с насилием в отношении детей. В то же время необходимо активизировать усилия по продолжению сбора фактических данных о том, какие методы эффективны для профилактики насилия и принятия ответных мер.

Насилие в отношении детей вполне можно предотвратить, но, чтобы начались перемены, нужен толчок. ООН обратилась с призывом к действию, в котором заинтересована каждая нация: ликвидировать насилие в отношении детей. Кроме того, государства-члены ООН обязаны соблюдать положения КПР. Поскольку основные принципы и обязательства известны, стратегии INSPIRE могут помочь тем странам, которые для выполнения этих обязательств хотят использовать наиболее полную доказательную базу.

Предлагаемые стратегии охватывают секторы здравоохранения, социального обеспечения, образования, финансов и правосудия. В основе каждой стратегии лежат убедительные или многообещающие данные об успешной реализации в странах с высоким уровнем доходов, а также растущий объем доказательств того, что эти стратегии работают в странах с низким и средним уровнем доходов. Комплекс INSPIRE рассчитан на то, что мониторинг и оценка будут играть главную роль в осуществлении и дальнейшем совершенствовании этого набора технических средств, поскольку они позволят учитывать накопленный опыт. Десять ор-

ганизаций, разработавших этот комплекс, считают все стратегии INSPIRE критически важными составляющими успешной деятельности по профилактике насилия в отношении детей и принятию ответных мер.

Истинное лицо государства определяется тем, как оно относится к своим детям. Когда нашим детям причиняют вред, мы, как общество, чувствуем себя униженными. Когда мы сообща боремся за устранение насилия из их жизни, мы чувствуем, что заслуживаем уважения. Предлагаемые стратегии представляют собой наилучший способ ускорить процесс ликвидации насилия в отношении детей. Пора применить их на практике.

Приложение А: глоссарий

Гендерные нормы – это бытующие в обществе представления о том, какое поведение мужчины или женщины считается правильным. Различные роли и формы поведения лиц мужского и женского пола, как детей, так и взрослых, формируются и подкрепляются гендерными нормами внутри сообщества.

Групповое насилие – умышленное применение насилия лицом или группой лиц, которые являются или считают себя членами какой-либо постоянной уличной группировки, принадлежность к которой предусматривает вовлечение в преступную деятельность.

Детские, ранние и принудительные браки – это браки, в которых, по крайней мере, одной из сторон является ребёнок (лицо в возрасте до 18 лет). Этот термин также означает браки с лицами в возрасте моложе 18 лет, заключаемые в странах, в которых возраст совершеннолетия наступает раньше или по заключении брака. Ранним также может называться брак, в котором оба супруга достигли 18 лет, но при этом они не были готовы выразить согласие на брак в силу других факторов, в частности, из-за уровня своего физического, эмоционального, сексуального и психологического развития либо ввиду недостатка информации о возможности выбора в жизни человека. Кроме того, этот термин означает любой брак, который заключается без полного и свободного согласия одной стороны или обеих сторон и/или в случае, когда одна сторона или обе стороны неспособны прекратить или прервать брак, в том числе под воздействием угрозы или сильного давления со стороны общественного окружения или семьи.

Жестокое обращение с детьми – плохое обращение с детьми в возрасте до 18 лет и отсутствие заботы о них. Оно охватывает все типы физического и (или) эмоционального жестокого обращения, сексуального насилия, пренебрежения, невнимания и эксплуатации в коммерческих или иных целях, что приводит к нанесению реального или потенциального вреда здоровью, жизнеспособности, развитию или достоинству ребёнка в контексте взаимоотношений, обусловленных ответственностью, доверием или властью.

Изменение социальных и культурных норм и ценностей направлено на изменение бытующих в обществе представлений о том, какое поведение мужчины или женщины считается «правильным», – таких, например, как нормы, устанавливающие право мужчины распоряжаться жизнью женщины, или нормы, делающие женщин и девочек уязвимыми для физического, эмоционального и сексуального насилия со стороны мужчин.

Когнитивно-поведенческая терапия – это краткосрочный целеориентированный курс психотерапии, в котором основное внимание уделяется роли мыслей и убеждений человека, которые определяют побудительные мотивы и формы его поведения. Этот метод предлагает практический подход к решению проблем. Цель терапии заключается в изменении стереотипов мышления, лежащих в основе психологических проблем. В ходе терапии происходят изменения во взглядах человека и его поведении за счёт осознания взаимосвязи между мыслями, убеждениями и представлениями человека и тем, как он себя ведёт.

Коллективное насилие – применение насилия людьми, считающими себя членами группы, которая может быть как временной, так и относительно постоянной, в отношении другой группы или нескольких лиц в качестве средства для достижения своих политических, экономических или социальных целей.

Медико-правовая помощь жертвам сексуального насилия предусматривает оказание жертвам срочной медицинской и психологической помощи и консультирование по юридическим вопросам, а также сбор медицинских и юридических доказательств для подтверждения заявлений жертвы и поиска виновника.

Межличностное насилие – это умышленное угрожаемое или реальное применение физической силы или власти отдельным лицом или небольшой группой лиц, направленное против другого лица или небольшой группы лиц, которое влечёт или имеет высокую вероятность повлечь за собой телесные повреждения, смерть, психологическую травму, отклонения в развитии или депривацию.

Микрофинансирование наряду с обучением по вопросам гендерных норм и равноправия полов организуется для поддержки женщин, живущих в беднейших сообществах, и сочетает в себе доступ к услугам микрофинансирования (финансовые услуги для малоимущих) с учебными и тренировочными занятиями для мужчин и женщин по вопросам гендерных ролей и норм, культурных установок, коммуникации и насилия со стороны полового партнёра.

Насилие – это умышленное угрожаемое или реальное применение физической силы или власти, направленное против себя, иного лица, группы лиц или сообщества, которое влечёт или имеет высокую вероятность повлечь за собой телесные повреждения, смерть, психологическую травму, отклонения в развитии или депривацию.

Насилие в молодёжной среде – любой акт насилия в отношении лиц в возрасте от 10 до 29 лет.

Насилие со стороны полового партнёра – это поведение в рамках интимных отношений, причиняющее физический, сексуальный или психологический вред, которое может проявляться в форме физической агрессии, сексуального принуждения, психологического насилия и различных форм контролирующего поведения.

Насилие, направленное на себя, – это нанесение вреда самому себе, классифицируемое как суицидальное поведение или самоистязание.

Проблемно-ориентированный полицейский надзор – стратегия, объединяющая практическую деятельность полиции с теоретическими основами и методами расследования в криминалистике для содействия профилактике и снижению уровня преступности и беспорядков, в которой особое внимание уделяется систематическому анализу данных и методам оценки.

Программы внешкольного образования, расширяющие сферу надзора со стороны взрослых, направлены на повышение успеваемости детей и вовлечение их в жизнь школы путём оказания помощи в учёбе и предоставления возможности участвовать в досуговых мероприятиях в свободное от уроков время.

Программы обучения жизненным навыкам / программы социального развития, реализуемые, как правило, на базе школы, призваны научить детей и подростков управлять своим гневом и улаживать конфликты, а также привить им необходимые социальные навыки для решения проблем в межличностных отношениях без насилия.

Рандомизированное контролируемое исследование – это разновидность научного эксперимента, в ходе которого участников исследования случайным образом распределяют в ту или иную группу, в которых проводятся исследуемые вмешательства, и (или) в контрольную группу, в которой вмешательства отсутствуют. Случайное распределение по группам (рандомизацию) проводят после того, как предполагаемых участников оценивают на соответствие критериям отбора и набирают их в исследование, но до того, как начнётся исследуемое вмешательство.

Сексуальное насилие – любой сексуальный акт, попытка его совершения или другие действия в отношении сексуальности человека с использованием принуждения, совершаемые любым человеком независимо от его взаимоотношений с жертвой в любом месте, в том числе дома и на работе. Обычно различают три формы сексуального насилия: сексуальное насилие с половым актом (т.е. изнасилование), контактное сексуальное насилие (например, прикосновения без согласия другой стороны без совершения полового акта) и бесконтактное сексуальное насилие (например, угрозы сексуального насилия, эксгибиционизм и вербальное сексуальное преследование).

Службы защиты детей занимаются расследованием случаев жестокого обращения с детьми, а также выявляют, оценивают и предоставляют необходимые услуги детям и семьям, чтобы защитить детей и не допустить дальнейших проявлений насилия, стараясь при этом по возможности сохранить семью. Такие службы могут называться по-разному, причём часто в названиях стремятся отразить то, что деятельность этих служб в большей степени ориентирована на семью, чем на ребёнка, – например, служба помощи семье и детям, служба опеки или социальная служба.

Совместная охрана порядка – стратегия, направленная на развитие сотрудничества между полицией и местным сообществом, а также подход к решению проблем за счёт активного взаимодействия между полицией и общественностью, учитывающий потребности конкретного сообщества.

Список литературы

1. *WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.*
2. *Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. Pediatrics. 2016; 137(3): e20154079.*
3. *Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: United Nations Children's Fund; 2014.*
4. *Stoltenborgh MA, van Ijzendoorn MH, Euser E, Bakerman-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreatment. 2011; 16: 79-101.*
5. *Stoltenborgh MA, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ljzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. International Journal of Psychology. 2013; 48: 81-94.*
6. *Ending violence against children: six strategies for action. New York: UNICEF; 2014.*
7. *Preventing youth violence: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015.*
8. *Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, Koss M, Marks J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – the adverse childhood experiences (ACE) study. American Journal of Preventive Medicine. 1998; 14(4): 245-58.*
9. *Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi, A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.*
10. *Anderson N, Cockcroft A, Shea B. Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyper-endemic countries of southern Africa. AIDS. 2008; 22: S73-86.*
11. *Baral SC, Beyrer K, Muessig T, Poteat AL, Wirtz MR, Decker et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infectious Diseases. 2012; 12: 538-49.*

12. *Benjet C. Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence characteristics and mental health consequences. Current Opinion in Psychiatry. 2010; 4: 356-62.*
13. *Devries KC, Watts M, Yoshihama L, Kiss LB, Schraiber N, Deyessa et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Social Science & Medicine. 2011; 13: 79-86.*
14. *Dietz PM, Spitz AM, Anda D, Williamson F, McMahon PM Santelli JS et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. JAMA. 1999; 282: 1359-64.*
15. *Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson F, Giles WH. Childhood abuse household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from Adverse Childhood Experiences Study. JAMA. 2001; 286: 3089-96.*
16. *Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization. 2012; 90: 139G-149G.*
17. *García-Moreno C, Riecher-Rössler A, editors. Key issues in mental health. Violence against Women and Mental Health. 2013; 178: Basel Switzerland: Karger.*
18. *Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. Pediatrics. 2000; 106(1): E11.*
19. *Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy long-term psychosocial outcomes and fetal death. Pediatrics. 2004; 113(2): 320-27.*
20. *Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence relationship power inequity and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. Lancet. 2010; 376: 41-8.*
21. *Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. British Journal of Psychiatry. 2010; 197: 378-85.*
22. *Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K. Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2010; 2012380 (9859): 2095-128.*
23. *Machtinger EL, Haberer JE, Wilson TC, Weiss DS. Recent trauma is associated with antiretroviral failure and HIV transmission risk behavior among HIV-positive women and female-identified transgenders. AIDS & Behavior. 2012a; 16: 2160-70.*
24. *Machtinger EL, Wilson TC, Haberer JE, Weiss DS. Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. AIDS & Behavior. 2012b; 16: 2091-100.*
25. *Mbagaya C, Oburu P, Bakermans-Kranenburg MJ. Child physical abuse and neglect in Kenya Zambia and the Netherlands: a cross-cultural comparison of prevalence psychopathological sequelae and mediation by PTSS. International Journal of Psychology. 2013; 48: 95-107.*
26. *Norton R, Kobusingy O. Injuries. New England Journal of Medicine. 2013; 368: 1723-30.*
27. *Reza A, Breiding MJ, Gulaid G, Mercy JA, Blanton C, Mthethwa Z et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. Lancet. 2009; 373: 1966-72.*
28. *Silverman JG, Michele R, Decker MR, Heather L, McCauley MS, Katelyn P et al. A regional assessment of sex trafficking and STI/HIV in Southeast Asia: connections between sexual exploitation violence and sexual risk. Colombo Sri Lanka: UNDP Regional Center in Colombo; 2009 http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/ English/ SexTrafficking.pdf.*
29. *Tharp AT, Degue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. Trauma Violence & Abuse. 2012; 14 (2):133-67.*
30. *Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti VJ. Body weight obesity and self-reported abuse in childhood. International Journal of Obesity. 2002; 26: 1075-82.*
31. *Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. Child Abuse & Neglect. 2012; 36: 156-65.*
32. *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2016 (http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html).*
33. *Fang X, Fry D, Brown D, Mercy J, Dunne M, Butchart A, Corso P, Maynzyukh K, Dzhygyrh Y, Chen Y, McCoy A, Swales D. The burden of child maltreatment in the East Asia and Western Pacific region. Child Abuse and Neglect. 2015; 42: 146-62.*
34. *Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization; 2006.*
35. *Fulu E, Warner X, Miedema S, Jewkes R, Roselli T, Lang J. Why do some men use violence against women and how can we prevent it? Quantitative findings from the United Nations Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. Bangkok: UNDP, UNFPA, UN Women and UN Volunteers. 2013.*
36. *Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012.*
37. *Frieden TR. Six components necessary for effective public health programme implementation. American Journal of Public Health. 2014; 104: 17-22. doi:10.2105/AJPH.2013.301608.*
38. *UN Resolution A/RES/69/194 Part one (I) Ensuring the prohibition by law of all forms of violence against children. 2014.*
39. *Osterman K, Bjorkqvist K, Wahlbeck K. Twenty eight years after the complete ban on physical punishment of children in Finland: trends and pyschosocial concomitants. Aggressive Behavior. 2014; 9999: 1-14.*
40. *Roberts JV. Changing public attitudes towards corporal punishment: the effects of statutory reform in Sweden. Child Abuse & Neglect. 2000; 24: 8, 1027-35.*

41. *Sariola H. Attitudes to disciplinary violence. Finland: Central Union for Child Welfare; 2012.*
42. *Bussmann K, Erthal C, Schroth A. Effects of banning corporal punishment in Europe: a five-nation comparison. In: Durrant JE, Smith AB, editors. Global pathways to abolishing physical punishment. New York: Routledge; 2011: 299-322.*
43. *Zolotor AJ, Puzia ME. Bans against corporal punishment: a systematic review of the laws, changes in attitudes and behaviours. Child Abuse Review. 2010; 19, 229-47.*
44. *End Corporal Punishment [website]. London (http://www.endcorporalpunishment.org/, accessed 20 May 2016).*
45. *Never violence – 30 years on from Sweden's abolition of corporal punishment. Government Offices of Sweden and Save the Children Sweden; 2009, pp. 3.*
46. *Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.*
47. *Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. Frontiers in Public Health. 2015; 253: 1-11.*
48. *Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Complying with the minimum drinking age: effects of enforcement and training interventions. Alcoholism: Clinical Experimental Research. 2005; 29: 255-62.*
49. *Wechsler H, Nelson TF. Will increasing alcohol availability by lowering the minimum legal drinking age decrease drinking and related consequences among youths? American Journal of Public Health. 2010; 100: 986-92. doi: 10.2105/AJPH.2009.178004.*
50. *Xuan Z, Hemenway D. State gun law environment and youth gun carrying in the United States. JAMA Pediatratrics. 2015; 169(11): 1024-31. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.2116.*
51. *DeSimone J, Markowitz S, Xu J. Child access prevention laws and nonfatal gun injuries. Southern Economic Journal. 2013; 80(1): 5-25.*
52. *Santaella-Tenorio J, Cerdá M, Villaveces A, Galea S. What do we know about the association between firearm legislation and firearm-related injuries? Epidemiologic Review. 2016; 38: 140-157.*
53. *Matzopoulos RG, Thompson ML, Myers JE. Firearm and nonfirearm homicide in five South African cities: a retrospective population-based study. American Journal of Public Health. 2014; 104(3): 455-60.*
54. *UNICEF Strategic Plan, 2014-2017. New York: UNICEF; 2014 p.6.*
55. *Dworkin S, Hatcher A, Colvin C, Peacock D. Impact of a gender-transformative HIV and antiviolence program on gender ideologies and masculinities in two rural, South African communities. Men & Masculinities. 2012; 16: 181-2.*
56. *Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behavior in rural South Africa: cluster randomized controlled trial. British Medical Journal. 2008; 10: 1-11.*
57. *Paine K, Hart G, Jawo M, Ceesay S, Jallow M, Morison L et al. Before we were sleeping, now we are awake: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. African Journal of AIDS Research. 2002; 1: 41-52.*
58. *Skevington S, Sovetkina E, Gillison F. A systematic review to quantitatively evaluate 'Stepping Stones': a participatory community-based HIV/AIDS prevention intervention. AIDS & Behavior. 2013; 17: 1025-39.*
59. *Verma R, Pulerwitz J, Mahendra VS, Khandekar S, Singh A K, Das SS et al. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council; 2008.*
60. *Miller E, Tancredit D, McCauley H, Decker M, Virata M, Anderson H et al. Coaching Boys into Men: a cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. Journal of Adolescent Health. 2012; 51: 5, 431-8.*
61. *Lundgren R, Beckman M, Prasad Chaurasiya S, Subhedi B, Brad Kerner Whose turn to do the dishes? Transforming gender attitudes and behaviours among very young adolescents in Nepal, Gender & Development, 2013; 21: 1, 127-145.*
62. *Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. Lancet Global Health. 2014; 2(3): e155-64. doi:10.1016/S2214- 109X(13)70179-7.*
63. *Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? Geneva: World Health Organization; 2008 (WHO Fact Sheet WHO/MPS/08.14).*
64. *WHO Guidelines. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.*
65. *Mathur S, Malhotra A, Mehta M. Youth reproductive health in Nepal: is participation the answer? Washington, DC: Improving Women's Health Worldwide; 2004.*
66. *Early marriage: a harmful traditional practice: a statistical exploration. New York: UNICEF; 2005.*
67. *Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review. No.6. New York: UNICEF; 2007.*
68. *Clifton D, Frost A. World's Women and Girls 2011 Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2011.*
69. *Malhotra A, Warner A, McGonagle A, Lee-Rife S. Solutions to end child marriage: what the evidence shows. Washington DC: International Center for Research on Women; 2011.*
70. *Pulerwitz J, Martin S, Mehta M, Castillo T, Kidanu A, Verani F et al. Promoting gender equity for HIV and violence prevention: results from the Male Norms Initiative evaluation in Ethiopia. Washington, DC: PATH; 2010.*
71. *Raising Voices: Preventing Violence against Women and Children [website Kampala, Uganda (www.raisingvoices.org, accessed 22 May 2016)].*
72. *Watts C, Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. BMC Medicine. 2014; 12: 122.*
73. *Kyegombe N, Abramsky T, Devries K et al. What is the potential for interventions designed to prevent violence against women to reduce children's exposure to violence? Findings from the SASA! Study, Kampala, Uganda. Child Abuse & Neglect. 2015; 50: 128-140.*

74. *Usdin S et al. Achieving social change on gender-based violence: A report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. Elsevier: Social Science & Medicine. 2005; 61: 2434-2445.*
75. *Soul Buddyz: tomorrow is ours. Soul City Institute Evaluation Report. Health and Development Africa Party and Soul City; 2008: pp.2 (http://www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-buddyz-series/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluationreport-2008/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluation-report-2008).*
76. *Banyard VL, Moynihan MM, Plante EG. Sexual violence prevention through bystander education: an experimental evaluation. Journal of Community Psychology. 2007; 35, 463-81.*
77. *Coker AL, Fisher BS, Bush HM, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. 2014. Evaluation of the Green Dot Bystander Intervention to reduce interpersonal violence among college students across three campuses. Violence against Women. 2015; 21: 12, 1507-27.*
78. *Coker AL, Bush HM, Fisher BS, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. Multi-college bystander intervention evaluation for violence prevention. American Journal of Preventive Medicine, doi: 10.1016/j.amepre.2015.08.034 (e-pub ahead of print).*
79. *UN Resolution A/RES/69/194 (model strategies), 2014.*
80. *Minamisava R, Nouer SS, Neto OL, Melo LK, Andrade AL. Spatial clusters of violent deaths in a newly urbanized region of Brazil: highlighting the social disparities. International Journan of Health Geography. 2009; 27; 8, 66. doi: 10.1186/1476-072X-8-66.*
81. *Bell N, Schuurman N, Hameed SM. A multilevel analysis of the socio-spatial pattern of assault injuries in greater Vancouver, British Columbia. Canadian Journal of Public Health. 2009 Jan-Feb; 100(1): 73-7.*
82. *Nicol A, Knowlton LM, Schuurman S, Matzopoulos R, Zargaran E, Cinnamon J et al. Trauma Surveillance in Cape Town, South Africa: an analysis of 9236 consecutive trauma center admissions. JAMA Surgery. 2014; 149(6): 549-556. doi:10.1001/jamasurg.2013.5267.*
83. *Wiebe DJ, Richmond TS, Guo W, Allison PD, Hollander JE, Nance ML et al. Mapping activity patterns to quantify risk of violent assault in urban environments. Epidemiology. 2016; 27(1): 32-41.*
84. *Braga A, Papachristos A, Hureau, D.Hotspots policing effects on crime. Campbell Systematic Reviews. 2012; 8.*
85. *Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon T. Effectiveness of anonymized information sharing and use in health service, police and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. British Medical Journal. 2011; 342: d3313.*
86. *Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon TR. An economic evaluation of anonymised information sharing in a partnership between health services, police and local government for preventing violence-related injury. Injury Prevention. 2014; 20: 108-14.*
87. *Skogan W, Harnett SM, Bump N, DuBois J. Evaluation of CeaseFire-Chicago. Chicago: Northwestern University Institute for Policy Research; 2009.*
88. *Webster D.W, Whitehill JM, Vernick JS, Parker EM. Evaluation of Baltimore's Safe Streets Program: effects on attitudes, participants' experiences, and gun violence. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for the Prevention of Youth Violence; 2012.*
89. *Picard-Fritsche S, Cerniglia L. Testing a public health approach to gun violence. New York: Center for Court Innovation; 2013.*
90. *Henry D, Knoblauch S, Sigurvinsdottir R. The effect of intensive ceasefire intervention on crime in four Chicago police beats: quantitative assessment. Chicago, IL: Robert R. McCormick Foundation; 2014.*
91. *Cassidy T, Inglis G, Wiysonge C, Matzopoulos R. A systematic review of the effects of poverty de-concentration and urban upgrading on youth violence. Health & Place. 2014; 26: 78-87.*
92. *Cerdá M, Morenoff JD, Hansen BB, Tessari Hicks KJ, Duque LF, Restrepo A et al. Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellín, Colombia. American Journal of Epidemiology. 2012; 15; 175(10): 1045-53. doi: 10.1093/aje/kwr428. Epub 2012 Apr 2.*
93. *Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. Child Abuse & Neglect. 2007; 318: 829-52.*
94. *Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. JAMA 1997; 278: 8, 637-43.*
95. *Olds DL, Kitzman HL, Cole RE, Hanks CA, Arcoleo KJ, Anson EA et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2010; 164: 5, 419-24.*
96. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, 2006. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf).*
97. *Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2005; 28: 11-39.*
98. *Research trials and outcomes. Denver: Nurse-Family Partnership; July 2014, pp. 2 (http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Fact-sheets/NFP_Research_Outcomes_2014.aspx).*
99. *Evidentiary foundations of Nurse-Family Partnership. Denver: Nurse-Family Partnership; 2011, pp. 2 (http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_Evidentiary_Foundations.asp).*
100. *Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions: proven results, future promises.2005. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2005.*
101. *Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Asscoiation. 1998; 14; 280(14): 1238-44.*

102. *Knerr W, Gardner F, Cluver L. Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review. Prevention Science. 2013;14(4): 352-63. doi: 10.1007/s11121-012-0314-1.*
103. *Cooper P J, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomized controlled trial. British Medical Journal. 2009; 338: b974.*
104. *Knox M, Burkhart K. A multi-site study of the ACT Raising Safe Kids program: predictors of outcomes and attrition. Children & Youth Services Review. 2014; 39: 20-4.*
105. *Building happy families. Impact evaluation of a parenting and family skills intervention for migrant and displaced Burmese families in Thailand. New York: International Rescue Committee; 2014.*
106. *Parents make the difference. Findings from a randomized impact evaluation of a parenting program in rural Liberia. New York: International Rescue Committee; 2014.*
107. *Cluver L, Lachman J, Ward CL, Gardner F, Peterson T, Hutchings et al. Development of a parenting support programme to prevent abuse of adolescents in South Africa: findings from a pilot pre-post study. Research on Social Work Practice; (in press).*
108. *Vally Z, Murray L, Tomlinson M, Cooper PJ. The impact of dialogic book-sharing training on infant language and attention: a randomized controlled trial in a deprived South African community. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015; 56(8), 865-873.*
109. *Beets MW, Flay BR, Vuchinich S, Snyder FJ, Acock A, Li KK et al. Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. American Journal of Public Health. 2009; 99: 8, 1438-45.*
110. *Washburn I, Acock A, Vuchinich S, Snyder F, Li K, Ji P et al. Effects of a social-emotional and character development program on the trajectory of behaviors associated with social-emotional and character development: findings from three randomized trials. Prevention Science. 2011; 12: 3, 314-23.*
111. *Kärnä A, Voeten M, Little TD, Poskiparta E, Kaljonen A, Salmivalli C. A large-scale evaluation of the KiVa anti-bullying program: grades 4-6. Child Development. 2011; 82: 1, 311-30.*
112. *Salmivalli C, Poskiparta E. KiVa anti-bullying program: Overview of evaluation studies based on a randomized controlled trial and national rollout in Finland. International Journal of Conflict & Violence. 2012; 6: 2, 294-301.*
113. *Guidance for Orphans and Vulnerable Children Programming. Washington DC: The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); July 2012.*
114. *Cash transfers literature review. London: UK Department for International Development; 2011.*
115. *Cancian M, Yang M, Slack KS. The effect of additional child support income on the risk of child maltreatment. Social Service Review. 2013; 87(3): 417-37.*
116. *Huston AC, Miller C, Richburg-Hayes L, Duncan GJ, Eldred CA, Weisner TS et al. New hope for families and children: five year results of a program to reduce poverty and reform welfare. New York: Manpower Demonstration Research Corporation; 2003.*
117. *Ozer EJ, Fernald LCH, Manley JG, Gertler PJ. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. Pediatrics. 2009; 123: e630-7.*
118. *Austrian K, Muthengi E. Can economic assets increase girls' risk of sexual harassment? Evaluation results from a social, health and economic asset-building intervention for vulnerable adolescent girls in Uganda. Nairobi, Kenya: Population Council; 2014.*
119. *Bobonis G, Castro R. Public transfers and domestic violence. American Economic Journal: Economic Policy. 2013; 5(1): 179-205.*
120. *Eldred C, Zaslow M. Parenting behavior in a sample of young mothers in poverty: results of the New Chance observational study. New York: Manpower Development Research Corporation; 1998.*
121. *Child Protection in Crisis Network's Livelihoods and Economic Strengthening Task Force. The impacts of economic strengthening programs on children. New York: Colombia University and Women's Refugee Commission; 2011.*
122. *Vyas S, Watts C. How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low- and middle-income countries? A systematic review of published evidence. Journal of International Development. 2009; 21: 577-602.*
123. *Gupta J, Falb KL, Lehmann H, Kpebo D, Xuan Z, Hossain M et al. Gender norms and economic empowerment intervention to reduce intimate partner violence against women in rural Cote d'Ivoire: a randomized controlled pilot study. BMC International Health and Human Rights. 2013; 13(1): 46.*
124. *Falb KL, Annan J, Kpebo D, Cole H, Willie T, Xuan Z, Raj A, Gupta J. Differential impacts of an intimate partner violence prevention program based on child marriage status in rural Côte d'Ivoire. Journal of Adolescent Health. 2015 Nov; 57(5): 553-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.08.001. Epub 2015 Sep 12.*
125. *Jan J, Ferrari G, Watts CH, Hargreaves JR, Kim JC, Phetla G et al. Economic evaluation of a combined microfinance and gender training intervention for the prevention of intimate partner violence in rural South Africa. Health Policy and Planning 2011; 26: 366-72.*
126. *Pronyk PM, Hargreaves JR, Kim JC, Morison LA, Phetla G, Watts C et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: A cluster randomised trial. Lancet. 2006; 368 (9551): 1973-83.*
127. *Pronyk PM, Hargreaves JR, Morduch J. Microfinance programs and better heath: prospects for sub- Saharan Africa. JAMA. 2007; 298: 16, 1925-27.*
128. *Kim JC, Watts CH, Hargreaves JR, Ndhlovu LX, Phetla G, Morison LA, Busza J, Porter JDH, Pronyk P. Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. American Journal of Public Health. 2007; 97: 10: 1794-1802.*

129. *Bandiera O et al. Women's Empowerment in Action: Evidence from a randomized control trial in Africa. 2014 (http://www.ucl.ac.uk/~uctpimr/research/ELA.pdf, accessed 21 May 2016).*
130. *Gender-based violence prevention: lessons from World Bank impact evaluations. Washington DC: World Bank; 2014 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/05/02/000333037_20140502121541/rendered/PDF/878540BrI0enGE0Box385206B00PUBLIC0.pdf, accessed 21 May 2016).*
131. *Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: World Health Organization; 2009.*
132. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.*
133. *Wethington HR et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2008; 35: 3, 287-313.*
134. *Sumner SA, Mercy JA; Saul J; Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R et al. Prevalence of sexual violence against children and use of social services – seven countries, 2007–2013. Morbidity and Mortality Weekly Report. June 5, 2015; 64(21); 565-569..*
135. *United Nations Model Strategies and Practical Measures on the Elimination of Violence against Children in the Field of Crime Prevention and Criminal Justice. New York: United Nations; 2015.*
136. *United Nations General Assembly, Guidelines for the Alternative Care of Children. United Nations General Assembly 64th Session, February 2010 (http://www.unicef.org/protection/alternative_care_Guidelines-English.pdf).*
137. *Pinheiro P. World report on violence against children. New York: United Nations; 2006:21.*
138. *King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, Martin R, Ollendick TH. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2000; 39: 1347-55.*
139. *Bass, J. K., J. Annan, S. McIvor Murray, D. Kaysen, S. Griffiths, T. Cetinoglu, et al. 2013. «Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence». New England Journal of Medicine 368 (23): 2182-91.*
140. *Murray LK, Skavenski S, Kane JC, Mayeya J, Dorsey S, Cohen JA et al. Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: a randomized clinical trial. JAMA Pediatrics. Published online June 29, 2015. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0580.*
141. *Ventevogel P, Spiegel P. Psychological treatments for orphans and vulnerable children affected by traumatic events and chronic adversity in Sub-Saharan Africa. JAMA. 2015; 314: 5, 511-512.*
142. *Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. Pediatrics. 2009 Mar; 123(3): 858-64. doi: 10.1542/ peds.2008-1376.*
143. *Moyer VA and U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. Annals of Internal Medicine. 2013; 158: 6, 478-86.*
144. *Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Blake SM, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized, controlled trial. Obstetrics & Gynaecology. 2010; 115: 273-83.*
145. *Bair-Merritt MH et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2010; 164: 1, 16-23.*
146. *Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, Sia C. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect. 2004; 28: 6, 597-622.*
147. *Lipsey MW. The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: a meta-analytic overview. Victims and offenders. 2009; 4: 2, 124-147.*
148. *Garrido et al. Garrido V, Morales LA. Serious (violent or chronic) juvenile offenders: a systematic review of treatment effectiveness in secure corrections. Campbell Systematic Reviews 2007: 7.*
149. *Koehler JA, Lösel F, Akoensi TD, Humphreys DK. A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. Journal of Experimental Criminology. 2013; 9: 1, 19-43.*
150. *UNICEF [website]. Progress for Children 2009 (http://www.unicef.org/publications/index_50921.html, accessed 20 May 2016)*
151. *Bick J, Zhu T, Stamoulis C, Fox N, Zenah C, Nelson C. A randomized clinical trial of foster care as an Intervention for early institutionalization: long term Improvements in white matter microstructure. Journal of the American Medical Association. Pediatrics. 2015 Mar; 169(3): 211-219.*
152. *MacMillan HL, Wathen CN. Research brief: Interventions to prevent child maltreatment. London, Ontario: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network; 2014.*
153. *Winokur M, Holtan A, Batchelder KE. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014: 1.*
154. *Hallfors D, Cho H, Rusakaniko S, Iritani B, Mapfumo J, Halpern C. Supporting adolescent orphan girls to stay in school as HIV risk prevention: evidence from a randomized controlled trial in Zimbabwe. American Journal of Public Health. 2011; 101: 1082-88. doi:10.2105/AJPH.2010.300042.*
155. *Reynolds AJ, Temple JA, Ou S, Arteaga IA, White B. School-based early childhood education and well-being: effects by timing, dosage, and subgroups. Science. 2011; 333: 360-364.*
156. *Devries K et al. The Good School Toolkit for reducing physical violence from school staff to primary school students: a cluster-randomized controlled trial in Uganda. The Lancet Global Health. 2015; 3: 7, e378-e386.*
157. *Chaux E. Classrooms in peace: a multicomponent program for the promotion of peaceful relationships and citizenship competencies. Conflict Resolution Quarterly. 2007; 25: 1, 79-86.*
158. *Kaljee L, Zhang L, Langhaug L, Munjile L, Tembo S, Menon A et al. A randomized control trial for the teachers' diploma programme on psychosocial care, support and protection in Zambian government primary schools. Psychology, Health & Medicine. 2016; 10: 1-12. doi:10.1080/13548506.2016.1153682.*

159. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. Bulletin of the World Health Organization. 2009; 87: 353-361. doi:10.2471/BLT.08.057075.
160. Adolescent Girls' Empowerment Program. Zambia: Population Council; 2014 (http://www.popcouncil.org/research/adolescent-girls-empowerment-program).
161. Sarnquist C, Omondi B, Sinclair J, Gitau C, Paiva L, Mulinge M et al. Rape prevention through empowerment of adolescent girls. Pediatrics. 2014; 133: 5: e1226-32. doi: 10.1542/peds.2013-3414.
162. Wilson SJ, Lipsey MW. School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. American Journal of Preventive Medicine. 2007; 33: 2, S130-S143.
163. Hahn RA, Fuqua-Whitley D, Wethington H, Lowy J, Crosby A, Fullilove M et al. Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. American Journal of Preventative Medicine. 2007; 33(2S): S114-29.
164. Kibriya S et al. The effects of school-related gender-based violence on academic performance: Evidence from Botswana, Ghana, and South Africa. Washington DC: USAID and the Center on Conflict and Development; 2016.
165. Shek DTL, Ma CMS. Impact of project P.A.T.H.S. on adolescent developmental outcomes in Hong Kong: findings based on seven waves of data. International Journal of Adolescent Medicine and Health. 2012; 24(3): 231-244.
166. Foshee VA, Reyes LM, Agnew-Brune CB, Simon TR, Vagi KJ, Lee RD et al. The effects of the evidence- based Safe Dates dating abuse prevention program on other youth violence outcomes. Prevention Science. 2014; 15(6), 907-916. doi: 10.1007/s11121-014-0472-4.
167. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Suchindran C, Benefield T, Linder GF. Assessing the effects of the dating violence prevention program 'Safe Dates' using random coefficient regression modeling. Prevention Science. 2005; 6: 245-57.
168. Holcomb DR, Savage MP, Seehafer R, Waalkes DM. A mixed-gender date rape prevention intervention targeting freshmen college athletes. College Student Journal. 2002; 36: 2, 165-79.
169. Salazar LF, Vivolo-Kantor A, Hardin J, Berkowitz A. A web-based sexual violence bystander intervention for male college students: randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research. 2014; 16(9): e203.
170. According to Stepping Stones' website, Stepping Stones is being used in an ever-growing number of countries across the globe. (http://www.steppingstonesfeedback.org/resources/5/CountriesfromSTEPPINGSTONESREVIEWOFREVIEWS2006Wallace.pdf).
171. Dunkle K et al. Perpetration of partner violence and HIV risk behaviour among young young men in the rural Eastern Cape. AIDS. 2006; 20, 2107-2114.
172. Jewkes R et al. Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and risk factors. Social Science Medicine. 2006; 63, 2949-2961.
173. Dunkle K et al. Transactional sex and economic exchange with partners among young South African men in the rural Eastern Cape: prevalence, predictors, and associations with gender-based violence. Social Science Medicine. 2007; 65; 1235-1248.
174. Jewkes R, Cornwall A. Stepping Stones: A training manual for sexual and reproductive health, communication and relationship skills, South African adaptation. Pretoria: Medical Research Council and PPASA; 1998.
175. Shaw M. Before we were sleeping but now we are awake: the Stepping Stones workshop programme in the Gambia. In: Cornwall A, Welbo A, editors. Realising rights: transforming approaches to sexual and reproductive well-being. London: Zed Books; 2002.
176. Jewkes R et al. Policy brief: evaluation of Stepping Stones: a gender transformative HIV prevention intervention. Cape Town: Medical Research Council of South Africa; 2007, pp.4 (http://www.mrc.ac.za/policybriefs/steppingstones.pdf).
177. Save the Children UK. What are we learning about protecting children in the community? An inter- agency review of evidence on community-based child protection mechanisms. Executive summary. London: Save the Children UK; 2009.
178. 7th Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Meeting [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/7th_milestones_meeting/en/, accessed 20 May 2016).
179. Institute of Medicine. 2011. Preventing violence against women and children: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press
180. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012.
181. Dahlberg LL, Krug EG. 2002. Violence: A global public health problem. In: World report on violence and health. Geneva: World Health Organization 2002.
182. CDC, Interuniversity Institute for Research and Development (INURED), and the Comité de Coordination. Violence against children in Haiti: findings from a national survey, 2012. Port-au-Prince, Haiti: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
183. UNICEF, CDC, and the Muhimbili University of Health and Allied Science. Violence against children in Tanzania: findings from a national survey 2009. Dar es Salaam, Tanzania: UNICEF Tanzania; 2011.
184. UNICEF, CDC, and Kenya National Bureau of Statistics (KNBS). Violence against children in Kenya: findings from a national survey, 2010. Nairobi, Kenya: UNICEF Kenya; 2012.
185. Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT), UNICEF, and the Collaborating Centre for Operational Research and Evaluation (CCORE). National Baseline Survey on life experiences of adolescents in Zimbabwe, 2011. Harare, Zimbabwe: ZIMSTAT; 2013.
186. Chiang LF, Kress H, Sumner SA, Gleckel J, Kawemama P, Gordon RN. Violence Against Children Surveys (VACS): towards a global surveillance system. Injury Prevention. 2016; 22 Suppl 1: i17-i22. doi: 10.1136/ injuryprev-2015-041820.
187. Bartolomeos K, Kipsaina C, Grills N, Ozanne-Smith J, Peden M, editors. Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Geneva: World Health Organization; 2012.

188. *Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231); 2005.*
189. *Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Butchart A, Dahlberg LL, Mercy JA. Global development and diffusion of outcome evaluation research for interpersonal and self-directed violence prevention from 2007 to 2013: A systematic review. Aggression and Violent Behavior. 2014; 19 (6): 655-662.*
190. *Toolkit on mapping legal, health and social services responses to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2015.*
191. *Mikton C, Mehra R, Butchart A, Addis D et al. A multidimensional model for child maltreatment prevention readiness in low- and middle-income countries. Journal of Community Psychology. 2011; 39: 7, 826-843.*
192. *Mikton C, Power M, Ralevac Makoae M, Al Eissae M, Cheah I, Cardia N, Chooh C, Almuneef M. The assessment of the readiness of five countries to implement child maltreatment prevention programs on a large scale. Child Abuse & Neglect. 2013; 37: 12, 1237-1251.*
193. *Card JJ, Solomon J, Cunningham SD. How to adapt effective programs for use in new contexts. Health Promotion Practice. 2011; 12: 1, 25-35.*
194. *O'Connor C, Small SA, Cooney SM. Program fidelity and adaptation: meeting local needs without compromising program effectiveness. What works, Wisconsin – research to practice series, Issue 4, April 2007, Wisconsin: University of Wisconsin Madison and University of Wisconsin Extension Program; 2007.*
195. *Kornilova MS, Batluk JV, Yorick RV, Baughman AL, Hillis SK, Vitek CR. Decline in HIV serorprevalence in street youth 2006-2012, St. Petersburg, Russia: Moving towards an HIV-free generation, in press 2016, AIDS & Behavior.*

УДК 616.89:612.821.34

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

М.В. Прилуцкая — преподаватель кафедры специальных дисциплин Павлодарского филиала НАО «Медицинский Университет Семей»

А.С. Ракишева — заведующая кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский университет Астана»

Введение

Клинические аспекты игровой зависимости (ИЗ) нашли отражение в значительном числе публикаций. Сложность и неоднозначность симптомов и синдромов, лежащих в основе данной нозологии, подчёркнута в большинстве из них.

Описание клинической картины ИЗ методологически проводится из двух позиций: клинико-диагностической и континуально-бихевиоральной [28].

Клинико-диагностическая позиция обеспечивает психопатологическое описание картины ИЗ, оценивая симптомы, которые затем группируются в симптомокомплексы (синдромы) и структурируются в синдромальные группы [3].

Континуально-бихевиоральная позиция позволяет получить информацию о клинике ИЗ путём описания азартного поведенческого паттерна и изучения качества жизни игроков. Она даёт общую оценку психосоциального функционирования зависимых лиц [19].

Интегральное использование сразу двух подходов в клиническом описании ИЗ прослеживается в классификации Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders при постановке многоосевого диагноза: ось I – клинические синдромы и коды; ось II – расстройства, связанные с развитием, личностные расстройства; ось III – соматические расстройства и состояния; ось IV – выраженность психосоциального стресс-фактора; ось V – общая оценка функционирования.

Оси I и II соответствуют психопатологической диагностике ИЗ, оси IV и V оценивают психотравмирующие социальные воздействия и общий уровень социальной активности и компетентности. Ось III определяет коморбидные соматические вредности [14].

Психопатология ИЗ (клинико-диагностическая позиция)

Ключевым для психопатологической характеристики любого психического расстройства является его клинико-динамического описание («стереотип развития болезни») [11].

Описание стадий формирования ИЗ было проведено ещё в 80-х годах прошлого столетия и используется повсеместно в аддиктологической практике [20]: подготовительная стадия; стадия выигрыша; стадия проигрышей; стадия разочарования-отчаяния; стадия безнадёжности.

С данной динамической структурой схожа этапность, предложенная Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. (2008) [6]: доклиническая стадия с формированием обратимых преморбидных образований на фоне действия провоцирующих факторов; первая стадия клинических изменений – формирование психической зависимости от игры; вторая стадия – формирование физической зависимости; стадия структурных изменений личности, декомпенсации и социальной деградации. По мнению данных авторов в своей продолжительности каждый этап может варьировать от 1,5-3-х до 10-ти лет.

Клиника ИЗ представлена игровыми эпизодами и внеэпизодными периодами. Зайцев В.В. и Шайдулина А.Ф. (2003) описали игровой цикл, возникающий при реализации азартного поведения: фаза воздержания, фаза «автоматических фантазий», фаза нарастания эмоционального напряжения; фаза принятия решения играть, фаза вытеснения принятого решения, фаза реализации принятого решения [5].

Малыгин В.Л. (2010) выделяет похожие стадии ИЗ: 1) период игры; 2) период дистресса, следующий сразу за игрой, как правило, развивающийся после проигрыша – этап проигрыша; 3) период умеренно выраженных тревожно-депрессивных расстройств, трансформирующихся в субдепрессию с гиперэстезией, преобладанием астении или апатии – этап абстинентных расстройств; 4) период тревожных и дисфорических расстройств в сочетании с субдепрессией – этап предвестников срыва; 5) период суженного сознания, предшествующий непосредственно срыву – этап транса игры [8].

Учитывая наличие общих патогенетических черт в развитии патологического гемблинга (ПГ) и химических зависимостей, российскими учёными были сформулированы синдромы ИЗ, включающие в себя универсальные симптомокомплексы «большого наркоманического синдрома» [4]: синдром зависимости; синдром патологического влечения (ПВ) к игре; абстинентный синдром (АС); синдром игровой деградации.

Абстинентный синдром, согласно данным Бузика О.Ж. (2008), может развиваться по нескольким вариантам: депрессивному, идеаторному, астено-депрессивному, соматовегетативному. В структуре синдрома ПВ к игре данным автором выделены идеаторный, аффективный, поведенческий, вегетативный и диссомнический компоненты [2].

По данным Солдаткина В.А. (2010), гемблинг формируется по механизмам импринтинга и оперантного научения, дополняясь в последующем формированием патологической доминанты. В последующем происходит развитие вторичных синдромов, что клинически проявляется развёрнутой клинической картиной. На заключительных этапах с нарастанием тяжести зависимости происходит «оскудение» клиники и деформация личности. Интенсивность развития гемблинга может быть различной и зависеть от прогредиентности патологического процесса (малая, средняя и высокая) [12].

Учитывая положение о стадийности ИЗ, большой интерес представляет описание синдромов и симптомов по сферам психической деятельности, что позволяет выявить клинические особенности гемблинга как уникального заболевания, и определить его терапевтические мишени. Одним из общепризнанных психопатологических симптомокомплексов, лежащих в основе ПГ, является обсессивно-компульсивный синдром [22]. С компульсивным расстройством ИЗ роднят вовлечение в анакастное поведение с целью предотвращения дистресса, тревога перед реализацией компульсии, последующая разрядка эмоционального напряжения [21]. Однако ряд исследований, проведённых с использованием нейрохимических и генетических методов, ставят под сомнение единую природу ПГ и ананкастных расстройств [27]. Поэтому в настоящее время рядом авторов признаётся, что для клиники ИЗ неврозоподобные синдромы являются вторичными [18].

В.Л. Малыгин и Б.Д. Цыганков (2006) в проведённом ими исследовании отмечали, что «обсессивно-компульсивные нарушения у игроков проявлялись повторяющимися неприятными навязчивыми мыслями, связанными с проблемами, вызванными игрой, проблемами с памятью, иногда затруднениями сосредоточения» [9]. Кроме указанных симптомов данные авторы отмечают наслоение фобического компонента на депрессивные нарушения. В качестве ведущих аффективных синдромов назывались астено-депрессивный, синдром апатической депрессии, тревожно-депрессивный (в том числе с идеями отношения психогенного характера). Агибалова Т.В. (2007) дополнительно выделяет депрессивно-ипохондрический синдром, актуализирующийся в период игровой абстиненции [1].

Схожие данные приводят Barrault S., Varescon I. (2012). По их мнению, при ИЗ депрессивный аффект в чистом виде встречается реже, чем тревожный [16]. Результатом углубления депрессии по мере прогрессирования ИЗ является присоединение идей виновности и суицидальных мыслей. Среди прочих аффективных расстройств при ИЗ наблюдаются гневливые депрессии (враждебность, раздражение, желание вступать в спор, вспышки гнева), которые напрямую коррелируют с тяжестью ПГ [15]. По данным Parke A., Griffiths M. (2004), вербальная и физическая агрессия может быть направлена как на объекты игры (слот-машины, вспомогательную технику), так и на ближайшее окружение игрока (участников игры, обслуживающий персонал) [25]. Сниженная способность к эмоциональной саморегуляции, также является характерной чертой аффективных расстройств гемблеров. Большая доля эмоциональных нарушений при гемблинге имеет вторичный характер и формируется при критическом осмыслении игроками пагубности азартного поведения. Так, психогенный механизм развития аффективных расстройств при гемблинге подтверждается присоединением к картине ИЗ симптомов посттравматического стрессового расстройства. Кроме того, нарушения аффективной сферы могут протекать волнообразно, изменяясь под влиянием ПВ к игре, что роднит ПГ с химическими зависимостями [1].

Когнитивные нарушения являются неотъемлемой частью клиники ИЗ. Русскоязычные авторы таксономически относят эти расстройства к проявлениям синдрома ПВ к игре [2].

Среди нарушений мышления при гемблинге выделяют симптомы когнитивных отклонений в виде иллюзии контроля, ошибок интерпретации, ожидания выигрышей, невозможности остановки игрового цикла. Бузик О.Ж. (2008), группируя когнитивные нарушения в соответствии с регистрами психопродуктивных расстройств, выделяет сверхценные («мысли об игре, полностью овладевающие больным, вытесняющие все противоречащее доминирующей идеи») и паранойяльные идеи («чёткие убеждения, аргументы и доводы в пользу необходимости, целесообразности, оправданности процесса игры») [2].

Когнитивные нарушения, лежащие в основе ПВ к игре, обеспечивают персистенцию игрового поведения. Так, по данным Billieux J. и соавторов (2012) с помощью клинического эксперимента подтверждено, что иллюзия контроля усиливает вовлечение игрока в азартное поведение не только в стадии выигрышей, но и в большей степени при проигрышах [17]. Согласно данным Marmurek H.H. и соавторов (2014), наличие смещения в когнитивной сфере с сочетанием иллюзии контроля является превалирующей первичной мотивацией игры среди лиц, получающих высшее образование, в отличие от общей популяции людей, где вовлечению в игру способствуют преимущественно внешние факторы (доступность агентов игры, наличие достаточных денежных средств) [23]. По данным Менделевича В.Д. (2003), у патологических игроков страдает общая способность к прогнозированию жизненных событий и ситуаций [10].

Чаще всего нарушения сознания проявляются в фазе активного азартного поведения в виде игрового транса, что соответствует изменённому (суженному) сознанию с явлениями деперсонализации и дереализации. Так, по мнению Козлова В.В. и Карпова А.А. (2011) возникают феномены «трансценденции эго» (потеря «чувства себя», изменение самоидентичности, самосознания, выход за пределы своего «я»), «трансценденции времени» (искажение восприятия времени), «трансценденции пространства» (отрешённость, индифферентное отношение к объективным качествам реальности), «трансперсональность» (перестройка ценностной ориентации личности) [7].

Согласно данным Солдаткина В.А. (2010), при ПГ, подобно химическим зависимостям, личностные расстройства могут формироваться под влиянием синдрома зависимости [12]. Кроме того личностные изменения могут присутствовать в форме предиспонирующих факторов. Так, по данным Хвостикова Г.С. (2009), среди патологических азартных игроков достоверно чаще выявляются акцентуированные личностные черты, соответствующие возбудимому, гипертимному, тревожному и циклотимному типам. Среди преморбидных личностных черт выделены: сочетание неустойчивости и гипертимности, азартность, низкая способность к эмпатии, преобладание экстраверсии, стремление к эмоциональному пресыщению [13], которые обуславливают манифестацию того или иного варианта ПВ и АС при ИЗ.

Характеристики паттернов игрового поведения при ИЗ (бихевиоральная позиция)

Игровое поведение как отдельный вид аддиктивной активности в настоящее время исследуется по следующим характеристикам: частотные характеристики игры, интенсивность игры, игровая траектория. Эти данные позволяют выявить предиспонирующие факторы злокачественности игрового поведения, получить информацию о патокинезе и патоморфозе ИЗ, объективизировать симптомы ПГ, определить мишени последующей бихевиоральной терапии [24].

Козлов В.В., Карпов А.А. (2011) условно разделяют азартных игроков на «деятельных» и «убегающих». «Деятельные» игроки, отличаясь высоким уровнем притязаний, предпочитают игры, требующие ловкости, возможности расчётов и прогнозирования – карточные игры (покер), ставки на бега и результаты спортивных соревнований. «Убегающие» игроки вовлекаются в сферу азарта с компенсирующей целью и предпочитают игры, полагаясь на случай: игровые автоматы, компьютерный покер, бинго, лотереи [7].

Учитывая, что игра представляет собой распространённый вид социальной деятельности, ценным является получение данных о наиболее популярных видах игровой активности: казино, игровые автоматы, ставки на бега. Так, в исследовании Zaranek R.R. и Chapleski E.E. (2005) выявлено, что семейное положение, доход, образование, возраст тесно взаимосвязаны с предпочтением казино другим видам игры [29]. Всплеск популярности в первом десятилетии XXI века электронных игровых автоматов, высокий преваленс патологических гемблеров позволил назвать такой вид активности как «крек-кокаин игорного бизнеса».

Ряд различий в социально-демографическом портрете игроков в зависимости от предпочитаемых видов игры описал Petry N.M. (2003). По его мнению, любителями ставок на бега чаще являлись мужчины, старшего возраста, менее образованные, они начинали регулярную игровую активность в молодом возрасте, тратя на ставки относительно высокие суммы. Спортивные гемблеры были молодыми мужчинами со средним уровнем сопутствующих социальных проблем, с высоким уровнем потребления ПАВ и низким уровнем сопутствующей психической патологии. Игроки в карты проводили небольшое количество времени за игрой, демонстрируя небольшой уровень потребления алкоголя и психического дистресса. Слот-машины чаще предпочитали женщины преклонного возраста с меньшей историей ставок, высоким процентом проигрышей и психических расстройств. Наименьшее количество денежных сумм тратилось игроками лотерей, но они играли чаще и имели более грубые проблемы с алкоголем и сопутствующие психические расстройства [26].

Наконец, большой интерес представляет описание игровой активности в условиях Интернет. Barrault S. и Varescon I. (2012) выявили, что игровая активность в on-line режиме проявлялась учащением аффективных расстройств тревожного спектра. Кроме того, авторами делается вывод, что гемблинг с привлечением зоны Интернет, включает признаки Интернет-зависимости [16].

Выводы

В настоящее время возрастает актуальность и высокая медико-социальная значимость проблемы зависимости от азартных игр. Вместе с тем, если отдельные вопросы клиники и диагностики этого заболевания нашли своё отражение в достаточном количестве научных работ, то особенности целостного рассмотрения клинико-психопатологической структуры гемблинга остаются малоизученной областью аддиктологии. Разрозненное толкование феноменологических критериев различных форм игрового поведения (особенно при описании пограничных форм гемблинга) во многом объясняются отсутствием унифицированного диагностического аппарата для данной патологии. Существующие методы дают дискретную оценку ПГ (клиническую, психологическую, социальную), что обосновывает необходимость использования разнонаправленных методик для целостного изучения ИЗ.

Список использованной литературы:

1. *Агибалова Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия): Автореф. дис…док. мед. наук. – Москва, 2007. – С. 3-15.*
2. *Бузик О.Ж. Зависимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение: Автореф. дисс…док. мед. наук. – Москва, 2008. – 46 с.*
3. *Букашов Т.С., Нуркатов Е.М. Выработка и совершенствование профессионального мышления врача-психиатра и новые организационные формы психиатрической помощи: клинико-практическое руководство. – Астана, 2013. – С. 26.*
4. *Дудко Т.Н., Мягкова М.А., Панченко Л.Ф., Бондаренко С.Н., Казутина Е.А. Клинические особенности игромании // Ж. Наркология. – 2006. – № 10. – С. 43-48.*
5. *Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. Санкт-Петербург: Нева, 2003. – 317 с.*
6. *Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Особенности формирования патологического влечения к азартным играм // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 3. – С. 24-28.*
7. *Козлов В.В., Карпов А.А. Психология игровой зависимости. – Москва: «Психотерапия», 2011. – 333 с.*
8. *Малыгин В.Л., Искандирова А.Б., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С., Елшанский С.П. Патологический гемблинг, Интернет-зависимость: особенности клиники и нозологической принадлежности. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – № 1. – URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 18.03.2019).*
9. *Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. Особенности психических нарушений у лиц с патологической зависимостью от игры // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – № 5. – С. 16-19.*
10. *Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – Москва: МЕДпресс-информ, 2003 – С. 28.*
11. *Снежневский А.В. Закономерности синдромообразования и течение психических заболеваний: Руководство по психиатрии / Под ред. Тиганова А.С. – Москва: Медицина, 1999. – Том 1. – С. 3-86.*
12. *Солдаткин В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости: Дисс… док. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2010. – 335 с.*
13. *Хвостиков Г.С. Особенности личностно-характерологических свойств и клинико-психопатологических нарушений у лиц с патологической зависимостью от азартных игр: Автореф. дис. ..канд. мед. наук. – Москва, 2009. – 26 с.*
14. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR). – Washington, D.C.: American Psychiatric Association. 2000. – 943 p.*
15. *Aymamí N., Granero R., Penelo E., Fernández-Aranda F., Krug I., Gunnard K., Santamaría J.J., Bueno B., Jaurrieta N., Gómez-Peña M., Álvarez-Moya E.,.Claes L., Fagundo A.B., Menchón J.M., Jiménez-Murcia S. Anger in pathological gambling: clinical, psychopathological, and personality correlates. // Span J Psychol. – 2014 Jan. – 17. – P. 39.*
16. *Barrault S., Varescon I. Psychopathology in online pathological gamblers: a preliminary study // Encephale. – 2012 Apr. – 38 (2). – P.156-163.*
17. *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). – P. 412-427.*
18. *Bottesi G., Ghisi M., Ouimet A.J., Tira M.D., Sanavio E. Compulsivity and Impulsivity in Pathological Gambling: Does a Dimensional-Transdiagnostic Approach Add Clinical Utility to DSM-5 Classification? // J Gambl Stud. – 2014. – May 27. – Epub ahead of print.*
19. *Callan M.J., Ellard J.H., Will Shead N., Hodgins D.C. Gambling as a search for justice: examining the role of personal relative deprivation in gambling urges and gambling behavior. // Pers Soc Psychol Bull. – 2008 Nov. – 34 (11). – P. 1514-1529.*
20. *Custer R.L. Profile of the pathological gambler // The Journal of clinical psychiatry. – 1984 Dec. – 45 (12 Pt 2). – P. 35-38.*
21. *Koob G.F., Volkow N.D. Neurocircuitry of addiction. // Neuropsychopharmacology. – 2010 Jan. – 35 (1). – P. 217-238.*
22. *Leeman R.F., Potenza M.N. Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity // Psychopharmacology (Berl). – 2012 Jan. – 19 (2). – P. 469-490.*
23. *Marmurek H.H., Switzer J., D'Alvise J. A. Comparison of university student and community gamblers: Motivations, impulsivity, and gambling cognitions. // J Behav Addict. – 2014 Mar. – 3 (1). – P. 54-64.*
24. *Nelson S.E., Laplante D.A., Labrie R.A., Shaffer H.J. The proxy effect: gender and gambling problem trajectories of iowa gambling treatment program participants. // J Gambl Stud. – 2006 Jun. – 22 (2). – P. 221-240.*

25. *Parke A., Griffiths M. Aggressive behaviour in slot machine gamblers: a preliminary observational study. // Psychol Rep. – 2004 Aug. – 95 (1). – P. 109-114.*
26. *Petry N.M. A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. // Addiction. – 2003 May. – 98 (5). – P. 645-655.*
27. *Tavares H., Gentil V. Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: towards a spectrum of disorders of volition. // Rev Bras Psiquiatr. – 2007 Jun. – 29 (2). – P.107-117.*
28. *Thomas S.A., Jackson A.C., Blaszczynski A. Scoping study of the Victorian Gambling Screen. // Gambling Research Panel. Melbourne. – 2003. – P.26.*
29. *Zaranek R.R., Chapleski E.E. Casino gambling among urban elders: just another social activity? // J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. – 2005 Mar. – 60 (2). – P. 74-81.*

УДК 616.89:612.821.34

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПРИМЕРЕ ВЫБОРКИ КЛИЕНТОВ БУКМЕКЕРСКИХ КОНТОР

А.С. Ракишева — заведующая кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский университет Астана»

Р.С. Кулиев — главный специалист Центра совершенствования медицинской помощи Республиканского Центра Развития здравоохранения Министерства здравоохранения РК

М.В. Прилуцкая — преподаватель кафедры специальных дисциплин Павлодарского филиала НАО «Медицинский Университет Семей»

Введение

В настоящее время в аддиктологии всё больше внимания уделяется распространению новых форм зависимого поведения, таких как лудомания, трудоголизм, шопоголизм, религиозная аддикция и другие [3]. Среди прочих социальных аддикций гемблинг обладает наибольшим деструктивным эффектом и демонстрирует прогрессирующее течение [1].

Исследование проблемы гемблинга важно выстраивать применительно к национальным особенностям рынка игровых услуг для того, чтобы снабдить клиницистов достоверной информацией о предмете игровой патологической активности [4]. Важным также является получение структурированных данных о клинической картине гемблинга с возможностью их использования в практике врачей-наркологов и аддиктологов [5].

Исходя из этого, **цель** нашего **исследования** заключалась в проведении структурного анализа клинической картины игровой зависимости (ИЗ) у клиентов букмекерских контор.

Материалы и методы

Объектом исследования явились лица, регулярно осуществляющие ставки в букмекерских конторах.

Предмет исследования: клинико-психопатологическая структура ИЗ, возникающей вследствие осуществления ставок в букмекерских конторах.

Исследование было построено на применении обсервационного, поперечного метода, который состоит из наблюдения за объектом и исключает воздействие на любые его признаки.

Изучение психопатологической структуры ИЗ осуществлялось на выборке гемблеров, страдающих патологическим влечением (ПВ) к азартным играм (рубрика «F63.0» в Международной Классификации Болезней (МКБ) X пересмотра). Верификация диагноза проводилась согласно современным диагностическим критериям, утвержденным Американской психиатрической Ассоциацией (DSM-V) [6].

Выборка включала 128 человек: группа исследования (ГИ), состоящая из игроков с подтверждённым диагнозом ИЗ (23 человека), и двух групп сравнения, состоящих из лиц, у которых диагноз ИЗ не был подтверждён. При этом первая группа сравнения (ГС1) состояла из 74 гемблеров со средним и высоким риском гемблинга, вторая группа сравнения (ГС2) – из 31 человека с низким риском.

Анализ клинико-психопатологической структуры ИЗ

Для анализа клинико-психопатологической структуры ИЗ нами использован метод, запатентованный Бухановским А.О. и Солдаткиным В.А. (2008), позволяющий проводить количественную оценку выраженности психопатологических симптомокомплексов при ИЗ [2].

Данный инструмент оценки даёт возможность изучать клиническую картину зависимости по 14 показателям, соответствующим основным психо-

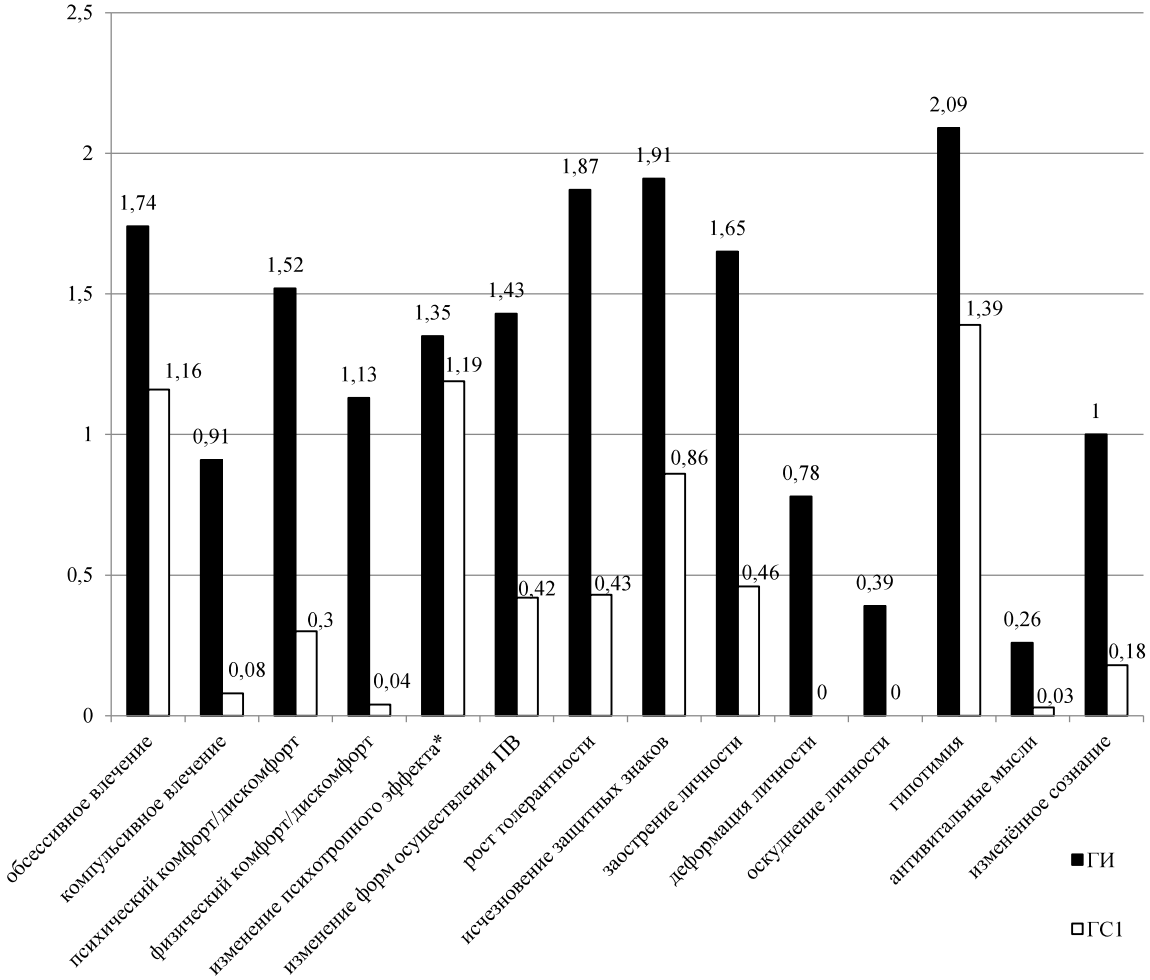
патологическим синдромам: синдром зависимости с компонентами синдрома изменённой реактивности и ПВ к игре, синдром последствий хронической игровой активности.

В диаграмме на рисунке 1 изображен профиль ГИ и ГС1 по результатам использования Шкалы оценки симптомов ИЗ.

Согласно проведённой оценке в ГИ и ГС1 были выявлена незначительная выраженность клинических показателей. Так, количество баллов по всем субшкалам соответствовало уровню субъективно предъявляемых жалоб без грубого влияния симптома на социальную адаптацию и качество жизни гемблера. Однако необходимо отметить, что в ГИ сдвиги касались всех 14 показателей и были сопряжены с малым стажем регулярной игровой активности. Среди зависимых лиц был оформлен синдром изменённой реактивности: изменение психотропного эффекта игры, изменение форм осуществления игры, рост толерантности, исчезновение защитных знаков. Синдром зависимости чаще был выражен в форме обсессивного влечения и в появлении психического комфорта от игры. Среди последствий регулярной игровой активности выявлялись деформация личности и аффективные расстройства. Необходимо отметить, что такой патогномоничный симптом, как изменение сознания во время игры у гемблеров, в изучаемой нами выборке был представлен на субклиническом уровне. Данный факт может быть обусловлен возможно меньшим масштабом рекрутирования механизмов деперсонализации/дереализации во время игрового цикла в конторах либо относительно менее выраженным влечением к игре у гемблеров ГИ на момент клинической оценки.

Показатели ГС1 были достоверно ниже показателей ГИ (кроме изменения психотропного эффекта). На клинически значимом уровне у игроков с риском ПГ были представлены: обсессивное влечение – 1,16±0,37 балла, изменение психотропного эффекта – 1,19±0,39 балла, гипотимия – 1,39±0,64 балла. Полученные в ГС1 данные позволяют делать выводы о возможном формировании зависимости среди её участников.

Анализируя результаты пациентов с диагнозом ИЗ, необходимо отметить, что чаще всего симптомы патологического влечения (ПВ) к игре были



*отсутствие достоверной статистической разницы между шкалами.

Рисунок 1. *Усреднённый профиль ГИ и ГС1 по шкале оценки симптомов ИЗ*

выражены в форме идеаторного и аффективного компонентов. При этом когнитивные нарушения проявлялись в виде изменения содержания мыслей с фиксацией на игорной тематике. Разнообразными были и аффективные расстройства с клинически выявляющейся депрессивной, тревожной, дисфорической симптоматикой, сохраняющейся долгое время после игрового сеанса и сопровождающейся ретенцией образов ставок и азартной атрибутики. Большое распространение среди патологических игроков имела эмоциональная лабильность с усилением симптоматики в вечернее время и к концу недели (время активного азартного поведения) – таблица 1.

Таблица 1

Данные количественной оценки ПВ к игре по шкале патологического влечения

Компоненты и клинические признаки ПВ	**ГИ (n=23)**	**ГС1 (n=74)**	**p**
	среднее ± СО	**среднее ± СО**	
Идеаторный компонент			
расстройства первого уровня	1,43±0,59	0,31±0,49	**<0,01**
расстройства второго уровня	1,83±1,49	0	**<0,01**
Аффективный компонент			
депрессивная симптоматика	1,7±0,56	0,44±0,26	**<0,01**
тревога	1,13±0,35	0,41±0,22	**<0,01**
эмоциональная лабильность	1,65±0,65	0,55±0,47	**<0,01**
дисфория	1,43±0,59	0,27±0,08	**<0,01**
Поведенческий компонент	1,09±0,29	0,37±0,16	**<0,01**
Вегетативный компонент			
нарушения сна	0,70±0,56	0,29±0,09	**<0,01**
сновидения	1,09±0,52	0,53±0,34	**<0,01**
нарушения аппетита	1±0,6	0,25±0,07	**<0,01**

Так, большинство симптомов ПВ в ГИ не имели яркого клинического оформления и соответствовали оценке в пределах 1-2 баллов. Между тем по таким шкалам, как дисфория, эмоциональная лабильность, депрессия, идеаторные нарушения нами были выявлены лица с выраженными симптомами ПВ (оценка в 3 балла).

В ГС1 проводилась оценка ПВ, так как у ряда опрошенных игроков обнаруживались признаки зависимости к игре без феноменологического оформления диагноза. Клиническая оценка ПВ в этой группе подтвердила меньшую выраженность данного симптомокомплекса по сравнению с ГИ. По психопатологическому оформлению влечение не выходило за рамки обсессивного и включало в себя ряд компонентов, определяемых при детальном клиническом опросе.

Обращает на себя внимание значительная представленность в ГС1 таких нарушений, как эмоциональная лабильность, сновидения на тему игры, депрессивная симптоматика и идеаторные нарушения первого уровня (больше чем у четверти игроков из ГС1).

При этом было выявлено 2 варианта течения влечения:

– *постоянный* – непрерывное континуальное сохранение симптомов ПВ во времени с незначительным послаблением симптоматики – выявлен у 16 гемблеров (69,5%);
– *периодический* – приступообразное возникновение острого желания играть, разрешающееся в азартном акте с последующими люцидными промежутками – 7 человек (30,5%).

Подтверждено статистически достоверное преобладание среди гемблеров с установленной ИЗ распространённых случаев невротизации (95,7%) и психопатизации (91,3%). Можно сделать предположение о ретенции реактивных образований от игры и формировании устойчивых неврозоподобных и психопатоподобных нарушений в структуре ИЗ.

Выводы

Таким образом, клинико-психопатологическая структура ИЗ может быть проанализирована с помощью подхода, подразумевающего рассмотрение универсальных синдромов зависимости. На основании проведённого анализа выявлено присутствие в клинике сформированного синдрома зависимости (с обсессивным влечени-

ем и психическим комфортом во время игры), синдрома изменённой реактивности (изменение форм ПВ).

Психопатологический профиль зависимых игроков отличался малой клинической выраженностью при одновременной диффузности представленных симптомов. Патологическое влечение (ПВ) к игре отличалось устойчивостью с акцентом на идеаторном и аффективном компонентах и присутствовало чаще на обсессивном уровне. Высокая частота психопатизации и невротизации в ГИ может указывать на формирование устойчивых неврозоподобных и психопатоподобных нарушений при развитии ИЗ.

Список использованной литературы:

1. *Бухановский А.О., Солдаткин В.А., Баранова И.В. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 10. – С. 20-25.*
2. *Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Изобретение «Способ выбора тактики лечения зависимости от азартных игр», патент № 2358769.*
3. *Гилинский Я.И. Социология девиантного поведения и социального контроля. // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 70-73.*
4. *Садвакасова Г.А., Жарекеева В.К., Ким Т.В. Психолого-диагностические технологии раннего выявления рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости в работе психологов амбулаторно-поликлинической службы // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2012. – № 2. – С. 7-9.*
5. *Солдаткин В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости: дисс… док. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2010. – 335 с.*
6. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) // https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm, 18.03.2019.*

НОВЫЕ НАРКОТИЧЕСКИЕ ТРЕНДЫ: СИНТЕТИЧЕСКИЕ ОПИОИДЫ

М.К. Маликов

заведующий кабинетом медицинского освидетельствования КГКП «Павлодарский областной психоневрологический диспансер»

Общая характеристика тренда «синтетических наркотиков»

Новые психоактивные вещества (НПВ) представляют ключевой вызов современной наркологической ситуации во всём мире. С появлением множества профессиональных сообщений о торговле синтетическими каннабиноидами и катинонами в середине 2000-х годов определился новый этап в борьбе с наркотическими угрозами.

Уровень проникновения в среду наркозависимых «новых» наркотических веществ достаточно высок. Свыше 800 субстанций зарегистрировано на территории более 100 государств в течение последнего десятилетия [5]. При этом рынок НПВ представляет собой сборный перечень наименований, часть из которого остаётся неизменным на протяжении нескольких лет. Однако больший процент претерпевает постоянное изменение под воздействием нескольких факторов.

Консультационный портал раннего предупреждения о новых психоактивных веществах (ПАВ) Управления Организации Объединённых Наций (ООН) по наркотикам и преступности выявил, что в 2015 году группа новых ПАВ включала: стимуляторы – 35%, синтетические каннабиноиды – 35%, классические галлюциногены – 18%, неклассифицированные вещества – 5%, другие (опиоиды, седативные снотворные, диссоциативы) – 2%.

Основываясь на различных оценках экспертов стран Европейского Союза (ЕС), около 2,9 миллиона человек в возрасте 15-24 лет (5% от общего числа населения ЕС) пробовали или постоянно употребляют наркотические вещества из группы НПВ [1].

Потребителей в дизайнерских наркотиках привлекают, прежде всего, психоактивные эффекты оказываемые последними, а также трудности их лабораторного определения. Число новых психоактивных веществ, появляющихся на теневом рынке, растёт год от года. Трудности лабораторного типирования последних представляет собой вызов для врачей – психиатров и наркологов. Употребление новых ПАВ вызывает дисбаланс нейромедиаторов, что приводит к развитию психопатологических нарушений. Возникновение психотических нарушений чаще всего связано:

1) с повышением концентрации дофамина;
2) с активацией каннабиноидных CB1-рецепторов;
3) с активацией 5-HT2A рецепторов;
4) с активным антагонизмом в отношении NMDA рецепторов;
5) с активацией кю-опиоидных рецепторов [2].

Общепринятой мировой классификации НПВ на сегодняшний день не существует. Имеющиеся классификации имеют ряд недостатков, зачастую связанных с отсутствием клинической составляющей и упором на химическое строение веществ. Принято различать следующие химические соединения, входящие в группу НПВ: синтетические каннабимиметики, синтетические катиноны, фенэтиламины, пиперазины, кетамин и фенциклидинподобные вещества, триптамины, бензофураны, синтетические опиоиды, синтетические бензодиазепины. Синтетические каннабимиметики и синтетические катиноны представляют собой наиболее распространенные группы НПВ. По данным Европола данные соединения составляют около ⅔ рынка наркотиков в странах Европейского Союза [1, с. 98-103].

Определение понятия «синтетические опиоиды». Основные характеристики данной группы НПВ

Наряду с синтетическими катинонами и каннабиноидами актуальность приобретает рост числа синтетических опиоидов, что определено несколькими факторами. Первый и наиболее весомый – токсический спектр данных веществ, обусловливающий высокий удельный вес опасных для жизни передозировок с угнетением жизненно важных функций. Второй фактор – быстрое распространение по миру, продиктованное методами онлайн дистрибуции. Третий фактор – расширение списка субстанций, имеющих альтернативные не морфиноподобные составляющие в химических формулах. Все данные факторы обусловливают необходимость систематизации знаний о данной группе НПВ, прежде всего в клиническом контексте.

Каждому клиницисту известно, что классическим представителем группы опиоидов является морфин, фармакологическая активность которого принята за эталонный стандарт при характеристике прочих опиоидных веществ. Спектр действия опиоидных веществ обусловлен воздействием на μ (мю), δ (дельта), and κ (каппа) субтипы рецепторов. При этом воздействие на первый субтип рецепторов обусловливает такие эффекты, как эйфория, аналгезия, угнетение дыхания, зависимость [6].

Наибольшую роль в стимуляции опиодных рецепторов играют искусственно синтезированные в 60-е годы XX столетия фентанилы. Данная группа отличается выраженной аффинностью к рецепторам, а также липофильностью, что обусловливает фармакокинетические свойства веществ, релевантные их медицинскому применению. На протяжении длительного периода (несколько десятилетий) фентанил превалировал на легальных и нелегальных рынках опиоидов. Однако последнее десятилетие привнесло новый тренд повсеместного распространения его аналогов и дериватов, которые обнаруживают больший потенциал психоактивного и токсического эффектов.

К производным фентанила принято относить: ацетилфентанил, бутирилфентанил, фуранилфентанил, 3-метилфентанил, альфаметилфентанил и прочие.

Дополнительное внимание стоит уделить расширению списка агонистов опиоидных рецепторов за счет появления неопиоидных веществ, которые, однако, обладают морфиноподобным действием. К такой подгруппе относятся: АН-7921, U-47700, U-448800, U-77891, U-50488, U-51754, МТ-45.

Фентанил в 200 раз более силён по своему фармакологическому эффекту, чем морфин. Аналоги фентанила обнаруживают значительные колебания в своей активности. Так, бутирфентанил и фуранилфентанил в 7 раз превосходят морфин. Суфентанил и карфентанил – в 4000 и 10000 раз, соответственно. Новое поколение опиоидов АН-7921 и МТ-45 демонстрируют потенциал, сходный с морфином. U-47700 в 7,5 раза превосходит морфин. При сравнении не фентаниловых веществ с фентанилом определяется примерно их одинаковый потенциал. Примечательно, что выраженный потенциал карфентанила в 100 раз превосходит фентанил.

Основной синтез и расширение границ фентаниловой группы регистрировалась в период между 60-ми и 90-ми годами XX века. Так, ацетилфентанил синтезирован впервые в 1964 году, бутирилфентанил – в конце 80-х годов, в 1986 году получен патент на химический синтез фуранилфентанила.

Такие вещества, как U-47700, U-51754, U-49900, U-448800, АН-7921 по химическому происхождению относятся к ацетамидам, МТ-45 – к пиперазинам. Данная подгруппа опиоидов не имеет в своей структуре элементов, характерных для морфина и фентанила. Синтез АН-7921 проведён в 1974 году, U-47700 – в конце 1970-х годов, МТ-45 – в 1974 году.

Способы приёма, указываемые потребителями на форумах, включают пероральный приём, вдыхание, внутривенное и внутриректальное потребление, ингаляции. Дозировки веществ значительно колеблются, что обусловлено различной силой действия веществ и неравномерным составом продаваемых смесей. Так, согласно данным Zawilska J.B. (2017), определившей примерные диапазоны веществ, 5-7,5 мг соответствует малым дозам, 7,5-15 мг – средним дозам, а 15-25 мг высоким дозам опиоидов [13]. Разделение доз на группы проведено автором на основании самоотчётов потребителей. Эффект от потребления веществ наступает достаточно быстро, временные рамки которого представлены в таблице 1.

Таблица 1

Наступление эффекта после приема синтетических опиоидов

Способ приёма веществ	Время до наступления первого эффекта	Продолжительность эффекта	Продолжительность остаточного действия
Пероральный приём	15 минут	5-7 часов	1-4 часа
Интраназальное дыхание	15 минут	3-4 часа	1-4 часа
Внутривенный приём	0-1 минута	1-2 часа	1-4 часа

Контроль веществ из группы синтетических опиоидов устанавливался постепенно, при этом вовлекая разные территории планеты в определённые временные периоды. Так, фентанил был запрещён к распространению в 1964 году, в 1980 году – суфентанил, в 1984 году – алфентанил, в 1988 – метильный и тиопроизводные фентанилы, в 2016 году – ацетилфентанил.

Концентрация веществ в плазме крови в случаях смертельных интоксикаций колебалась в различных диапазонах: ацетилфентанил – 0,6-51,6 (в среднем 18,3) нг/мл, 4-метоксибутирилфентанил – 1,3-11 (в среднем 5,1) нг/мл, фуранилфентанил – 4,4-148 нг/мл.

Патологоанатомические находки вследствие фатальной интоксикации синтетическими опиоидами включали: отёк головного мозга, пневмонию, внутренние кровоизлияния, ишемический инсульт, бронхит, гепато- и спленомегалию, кардиомегалию.

Фармакотоксикологический потенциал веществ требует изменения клинических схем ведения интоксикационных состояний, вызванных как фентаниловыми, так нефентаниловыми аналогами опиоидов. Так, при потреблении фентаниловых веществ требуется в качества инициальной дозы антаксона использовать 2 мг, а не 0,4 мг, указанных в классических схемах.

Характеристика отдельных представителей синтетических опиоидов

Ацетилфентанил – химический аналог фентанила, синтезированный за счет удаления метильной группы от фентанила, обладает в 16 раз большим потенциалом, чем фентанил. Первые сообщения об интоксикации зарегистрированы в марте-мае 2013 года. В Российской Федерации вещество появилось на нелегальных рынках в 2012 году под названием «спайс», в виде порошка или таблетированных форм. Часто ацетилфентанил распространялся в сочетании с героином. Зарегистрировано 52 летальных случая вследствие употребления данного вещества. Клинические симптомы интоксикации ацетилфентанилом сходны с таковыми у других опиоидов. Оценка данного вещества была проведена 16-20 ноября 2015 года Экспертным Комитетом ВОЗ по наркотической зависимости [7]. Средняя доза вещества, по словам потребителей, составляет 10 мг, эффект наступает примерно через 90 минут. Rogers J.S. и соавторы описывают случай интокискации интоксикации данным веществом у 36-летнего мужчины, употреблявшего ацетилфентанил с помощью электронной сигареты со следующей клиникой: угнетение дыхания, сужение зрачков, гипоксемия, 6 баллов по Шкале Глазго. Терапевтическое ведение данной интоксикации потребовало внутривенного капельного введения налоксона [4].

Фуранилфентанил – аналог фентанила, синтезированный за счёт добавления фурановой группы к фентанилу. Первое сообщение об идентификации вещества появилось в 2016 году в Огайо. В токсикологических находках вещество фигурировало с 2015 года. В настоящее время зарегистрировано 128 сообщений о смертельных случаях. Экспертным Комитетом ВОЗ по наркотической зависимости 6-10 ноября 2017 года произведена оценка вещества [10]. Вещество распространяется на нелегальных рынках в виде порошка, растворов, в том числе в назальных спреях, также в виде таблеток и травяных смесей. Пути потребления включают в себя пероральный приём, внутримышечные инъекции, интраназальный приём и ингаляции.

Бутирилфентанил – аналог, полученный за счет добавления метильной группы к фентанилу. Бутирфентанил обнаруживает ⅛ часть активности фентанила. Экспертным Комитетом ВОЗ по наркотической зависимости бутирилфентанил был оценён 14-18 ноября 2016 года [9]. До мая 2016 года идентифицировано 40 смертельных случаев, вызванных потреблением бутирилфентанила. Клинические случаи свидетельствуют о типичном потреблении с помощью назальных спреев, внутривенном введении в дозировке от 0,5 мг до 3 мг. Эффекты бутирилфентанила сходны с прочими опиоидами, дополнительно регистрируются наглядные симптомы в виде провисания челюсти, атаксии, замедленных движений и почёсывания.

АН-7921 – принадлежит к циклогексиламинам; по своему эффекту сопоставим с морфином (в 1,7 раза сильнее морфина). Оценка АН-7921 проведена 16-20 июня 2014 года Экспертным Комитетом ВОЗ по наркотической зависимости [8]. На нелегальных рынках вещество чаще распространялось в виде порошковых форм под названием «доксилам». Дозировка вещества колебалась от 1 мг до 4 мг. Приём вещества преимущественно пероральный. Зарегистрированы случаи подъёма толерантности, снижения аппетита, запоров, абдоминальных болей, рвоты [3]. Так как вещество не соответствует фентаниловому (фенантреновому кольцу) иммунохимический экспресс-анализ не выявляет метаболитов АН-7921.

U-47700 – вещество принадлежит к бензамидной группе. Уличное название упоминает розовый цвет очищенного порошка – «pink», также известен как «U4». Потенциал U-47700 меньше фентанила в 10 раз, в 7,5 раза сильнее морфина. Первые сообщения о потреблении вещества относятся к 2015 году. Примечательно, что при «относительно скромном», при сравнении с фентанилом, потенциале, приём его сопряжён с высокой частотой передозировок. Это объясняется выраженным эйфоригенным эффектом и появлением патологического влечения в опьянении, что провоцирует многократные приёмы, как в случаях со стимуляторами (например, синтетическими катинонами). Способы потребления включают в себя пероральный приём, вдыхание через ноздри, внутривенные инъекции, внутриректальное введение, а также чаще в виде ингаляции жидкого раствора с ментоловым вкусом. Оценка U-47700 проведена 14-18 ноября 2016 года [12]. Иммунохимический анализ может выдавать положительный результат на группу бензодиазепинов, так как метаболиты U-47700 могут принадлежать к той же группе.

МТ-45 – вещество разработано в Японии, как анальгетическое средство, относится к замещённому пиперазину. В лекарственную продажу вещество не поступило, так как обладало побочными эффектами в виде ототоксичности и глубоких помрачений сознания. По анальгетическому эффекту МТ-45 превосходит морфин в 3,5 раза. Имеет уникальный фармакодинамический профиль, связываясь с δ- и к-рецепторами. Имеет медленный подъём пика действия в течение 1-2 часов, что также повышает риск повторного приёма и передозировок. Оценка риска проведена 16-20 ноября 2015 года Экспертным Комитетом ВОЗ по наркотической зависимости [11]. В европейском регионе данное вещество обнаруживало связь с тяжёлыми токсическими эффектами у 33 пациентов и 21 смертельный случай. Изъятия МТ-45 регулярно проводятся в сочетании с синтетическими каннабиноидами и катинонами второго и третьего поколения.

Выводы

Таким образом, в настоящее время синтетические опиоиды представляют собой один из

самых выраженных вызовов, характеризующих наркологическую ситуацию во всём мире. Множественные сообщения о смертельных интоксикациях подчёркивают необходимость повышения профессиональной осведомлённости о данных веществах среди специалистов наркологического профиля. Непрерывная оценка рисков, связанных с потреблением синтетических опиоидов, остаётся далёкой от эталонной, особенно в области клинической наркологии и сбора подтверждённых случаев интоксикации конкретным опиоидом. Затруднительной остаётся и качественная валидная идентификация веществ и их метаболитов в биологических средах. Назрела необходимость в непрерывном обмене информацией между заинтересованными службами и интеграции отечественной наркологии в мировую систему раннего оповещения.

Список использованной литературы:

1. *Асадуллин А.Р., Анцыборов А.В. Новые психоактивные вещества: конец эволюции наркотиков или первая ступень? // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – Том 12. – № 4 (70). – С. 98-103.*
2. *Мрыхин В.В., Анцыборов А.В. Психиатрические аспекты употребления дизайнерских наркотиков и новых психоактивных веществ // Интерактивная наука. – 2017. – № 12. – С. 64-74.*
3. *Rambaran K.A., Amin Z.M., Fleming S.W., Chacko L., Alzghari S.K. AH-7921: A review of previously published reports. // Proc (Bayl Univ Med Cent). – 2018. – № 31 (3). – P. 303-306.*
4. *Rogers J.S., Rehrer S.J., Hoot N.R. Acetylfentanyl: An Emerging Drug of Abuse. // J Emerg Med. – 2016. – № 50 (3). – P. 433-436.*
5. *UNODC. Newsletter on New Psychoactive Substances. – 2018. – Vol. 15. – 1 p.*
6. *Williams D.A., Roche V.F., Roche E.B., Lemke T.L. Central analgesics. // Foye's Principles of Medicinal Chemistry 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. – 2013. – P. 658-699.*
7. *World Health Organization. Acetylfentanyl. Critical Review Report. Agenda item 5.2. / Expert Committee on Drug Dependence. Thirty-seventh Meeting. Geneva. – 16-20 November 2015. – 17 p.*
8. *World Health Organization. AH-7921. Critical Review. Report Agenda item 4.21. / Expert Committee on Drug Dependence. Thirty-sixth Meeting. Geneva. – 16-20 June 2014. – 17 p.*
9. *World Health Organization. Butyrfentanyl (Butyrylfentanyl). Critical Review. Report Agenda item 4.2. / Expert Committee on Drug Dependence. Thirty-eighth Meeting Geneva. – 14-18 November 2016. – 17 p.*
10. *World Health Organization. Furanylfentanyl. Critical Review Report. Agenda Item 4.6. / Expert Committee on Drug Dependence. Thirty-ninth Meeting Geneva. – 6-10 November 2017. – 16 p.*
11. *World Health Organization. MT-45. Critical Review Report. Agenda item 5.1. / Expert Committee on Drug Dependence. Thirty-seventh Meeting Geneva. – 16-20 November 2015. – 20 p.*
12. *World Health Organization. U-47700. Critical Review Report. Agenda Item 4.1. / Expert Committee on Drug Dependence. Thirty-eighth Meeting Geneva. – 22 p.*
13. *Zawilska J.B. An Expanding World of Novel Psychoactive Substances: Opioids. // Front Psychiatry. – 2017. – № 30 (8). – P. 110.*

УДК 615.099.036.2

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
(литературный обзор)

М.В. Прилуцкая — преподаватель кафедры специальных дисциплин Павлодарского филиала НАО «Медицинский Университет Семей»

А.С. Ракишева — заведующая кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский университет Астана»

Понятие о новых психоактивных веществах и их классификация

Массовые указания на появление новых разновидностей психоактивных веществ (ПАВ), в отношении которых не могло быть использовано традиционное юридическое определение «наркотических и психотропных средств», относится к середине 2000-х годов. Стоит отметить, что первые представители так называемого нового класса веществ стали появляться ещё в 70-е годы XX столетия. Однако лишь в новом тысячелетии наркотический рынок стал претерпевать значительные изменения, что нашло выражение в появлении псевдолегальных аналогов наркотиков и психотропных средств.

Среди терминологических характеристик в профессиональных кругах чаще всего стали использоваться такие понятия, как: «синтетические

ПАВ», «клубные ПАВ», «дизайнерские ПАВ», «аналоги наркотиков и психотропных средств». Данные выражения отражают отдельные характеристики класса новых психотропных веществ, однако полное и исчерпывающее определение им было дано Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН). *«Новые психоактивные вещества (НПВ) – это психотропные вещества, существующие в чистом виде или полученные с помощью предварительной подготовки, которые не контролируются Международной Конвенцией о Наркотиках 1961 года и Конвенцией о Психотропных веществах 1971 года, но представляют угрозу общественному здоровью».*

Распространённость потребления новых психоактивных веществ

В условиях глобального пространства за период с 2009 по 2017 годы 110 стран и территорий сообщили о появлении в их пределах НПВ. Согласно данным УНП ООН к декабрю 2017 года общее кумулятивное число НПВ превысило 800 наименований. При этом большинство из этих веществ представляет собой субстанции, непрерывно появляющиеся и исчезающие, отражая меняющуюся конъюнктуру нелегального рынка сбыта под воздействием трансформации антинаркотических законодательных систем [9].

Проведение непрерывного мониторинга с отслеживанием конкретных наименований веществ значительно затрудняется скоростью создания новых формул и ограниченными возможностями лабораторной идентификации последних. В условиях данных вызовов мировая эпидемиологическая наука прилагает усилия по определению распространённости НПВ как целостного класса, противопоставляя его «традиционным ПАВ», находящимся под контролем Конвенций ООН 1961 и 1971 годов. Возможность лабораторной идентификации чаще не выходит за пределы узконаправленных научных разведывательных проектов [11, 12]. Значительные сложности по определению распространённости НПВ связаны также с отсутствием чёткой выверенной методологии сбора данных, что снижает возможности сравнительного анализа по странам и изучения временных трендов распространения НПВ.

При изучении распространённости НПВ данные мониторируются по нескольким направлениям: 1) исходя из методологии, используемой в традиционных наркологических исследованиях [21], 2) а также с применением специальных методов, учитывая способы распространения и условия потребления НПВ [26].

Ключевым дифференцирующим критерием, который позволяет различать типы эпидемиологических показателей относительно НПВ, следует считать описываемую популяцию, которая может колебаться от узких уязвимых социальных групп риска до общего населения страны или целого географического региона.

Определение масштабов потребления НПВ среди общего населения является одним из главных целевых индикаторов эпидемиологической оценки, так как позволяет получить наиболее обширное видение масштабов новых наркотических угроз. Вместе с тем получение данного типа эпидемиологических данных является одним из самых трудоёмких, длительных и ресурсоёмких. Предпринятые до сегодняшнего момента попытки в этом направлении на мировом уровне единичны и отличаются разнородностью методологий. Прежде всего, на первый план выступает различие в подходах к определению самого случая «потребления НПВ», на идентификацию которого они направлены. Границы НПВ, исходя из определения данного понятия, крайне размыты и могут подменяться юридическими критериями, которые способны значительно разниться между странами. Так, например, вещество α-PVP, согласно решению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), входящее в списочный учёт с 2016 года (Конвенция 1961 года), по-прежнему может быть определено в ряде стран как НПВ (например, Казахстан) [1]. В ряде англоязычных и европейских эпидемиологических исследований вместо термина «НПВ» используются так называемые дженерические или уличные названия групп веществ или целого класса НПВ. Например, название «legal highs» не всегда совпадает по своим границам с официальным международным термином «НПВ» [3]. На другом полюсе верификации случаев потребления НПВ могут стоять проблемы, связанные с отсутствием лингвистического выражения для данного класса веществ в конкретном государстве (например, в Чехии, Германии). Всё это поднимает вопрос о достоверности эпидемиологических данных, полученных с помощью методов фронтальных опросов населения [31].

В настоящее время наибольшее количество национальных эпидемиологических исследований проведено в развитых странах западного полушария и Европы. Так, один из первых опросов, который включал в свою структуру изучение потребления НПВ населением в мире, был проведён в Новой Зеландии (2007-2008 годы). Согласно результатам этого исследования, распространённость потребления пиперазинов в течение жизни и предыдущего года составила 13,5% и 5,6%, соответственно, обойдя потребление амфетаминов и кокаина (n=6784, для возрастного диапазона 16-64 лет) [25]. В Австралии оценка НПВ среди общего населения стала проводиться только с 2013 года и выявила значительно более редкую распространённость данных ПАВ: 1,2% населения употребляли синтетические каннабиноиды в течение 12 предыдущих месяцев, 0,4% имело опыт потребления мефедрона в течение соответствующего периода времени. Было обнаружено статистически зна-

чимое отклонение популярности синтетических наркотиков в сторону возрастной группы от 14 до 19 лет [24]. В сравнении с Новой Зеландией и Австралией в США наибольшую популярность имели триптамины (1,6%) и фенэтиламины (0,22%); синтетические каннабиноиды употреблялись достаточно редко – в 0,045% случаев [29].

Европейские данные по распространённости НПВ в настоящее время достаточно фрагментарны и отличаются значительным размахом – от единичных случаев до стабильного процента потребителей в популяции. По данным британского исследования, проведённого среди общего населения в 2011 году, доля лиц, имевших опыт потребления НПВ в течение жизни, составляла 8,8%, с потреблением в течение предыдущего года – 1,4% [36]. Исследование, проведённое в 2016-2017 годах в этой же стране, показало снижающийся тренд распространения данной проблемы – годовой преваленс среди всего населения составил 0,4%, однако обнаружил статистическое снижение только среди мужчин [5]. Данные, полученные в Северной Ирландии, свидетельствуют о меньшей распространённости проблемы НПВ в 2010-2011 годах по сравнению с Великобританией. Так, 2,4% опрошенных ирландцев имели опыт потребления НПВ в течение жизни, а 1% – в течение последнего года [8]. В 2014-2015 годах распространённость потребления НПВ в этой стране, как и в Великобритании, снизилась значительно: годовой преваленс составил 0,8% [32].

В Германии оценка распространённости потребления НПВ среди общего населения стала проводиться с 2009 года. Данные, полученные в 2009 и 2012 годах, свидетельствуют о некотором снижении потребления НПВ при составлении временных трендов: годовой преваленс составил – 0,4% и 0,2%, соответственно. Однако, по мнению разработчиков протокола описанной выше оценки, полученные данные могут занижать реальное число потребителей НПВ, что объясняется неполным спектром уличных названий веществ, включённых в регистрационные формы для опроса населения [23]. В Испании уровень потребления НПВ в течение жизни был в 2015 году значительно выше – 3,4%, сохраняясь на стабильном уровне с 2011 года. Большинство потребителей НПВ были лицами мужского пола, демонстрировало экспериментальное потребление нескольких ПАВ одновременно [37]. Примерно на аналогичном уровне была распространённость НПВ в Центральной и Восточной Европе. В Чехии до 5 человек из 100 имеют или имели опыт потребления НПВ [6]. В Польше в 2015 году 2% жителей этой страны имели опыт потребления НПВ в жизни [7].

В течение последних пяти лет проблема распространения НПВ стала актуальной и для стран азиатского континента. Необходимо отметить, что лишь единичные страны этого региона проводят оценку распространённости потребления НПВ среди общего населения. Большинство аналитических документов посвящено преимущественно оценке законодательных интервенций по НПВ, а также подсчёту объёмов изъятых из нелегального оборота веществ [10]. Однако доступные данные свидетельствуют о стабильных трендах распространения НПВ. Так, согласно исследованию Национального Центра Неврологии и Психиатрии распространённость потребления НПВ в Японии сохраняется примерно на одном уровне: 0,4% – в 2013 году и 0,3% – в 2015 году [35]. Согласно данным национального отчёта по наркотикам в Турции НПВ становятся новым трендом и постепенно начинают вытеснять с нелегального рынка традиционные наркотические и психотропные субстанции [38].

При анализе научных публикаций, доступных на русском языке и оценивающих распространённость проблемы НПВ среди общего населения в странах СНГ, выделяется отсутствие достоверных эпидемиологических исследований в этом направлении (насколько нам стало известно на момент написания главы настоящего исследования). Относительно ограниченное число аналитических отчётов, так или иначе касающихся проблемы НПВ, приводит лишь статистику в отношении изъятий НПВ или описания числа случаев зарегистрированных интоксикационных осложнений [2].

Таким образом, при анализе доступных эпидемиологических данных по потреблению НПВ среди общего населения на первый план выступает ограниченный характер информации по данному эпидемиологическому критерию, позволяющему оценить реальные масштабы распространённости этой проблемы в мире и провести описание частоты встречаемости данного класса ПАВ среди прочих наркотических вызовов. Учитывая значительный уровень затрат на проведение такого рода оценки, стоит подчеркнуть возрастающую роль эпидемиологических исследований среди отдельных (так называемых) ключевых групп населения. При этом наибольшую приближенность к анализу потребления НПВ среди общего населения имеет оценка потребления НПВ среди подростков и молодёжи.

Эпидемиологические исследования среди общего населения указывают на наличие социальных групп, в которых уровень потребления НПВ значительно превышает общий популяционный уровень. Так, данные аналитической статистики обнаруживают стабильную корреляцию между потреблением НПВ и посещением ночных клубов [33], потреблением традиционных ПАВ (марихуаны, инъекционных наркотиков), а также гомосексуальностью у мужчин [16].

Активное посещение ночных клубов в течение нескольких десятилетий стало сопряжённым с потреблением рекреационных ПАВ [18]. Однако последние 10 лет этот вид развлекательной активности стал сопровождаться потреблением нового поколения ПАВ, чей разрушительный эффект остаётся за пределами возможного прогнозиро-

вания. Возможности оценки в данной популяции ограничены отсутствием чёткой универсальной методологии сбора информации, трудностью идентификации случаев потребления конкретного вещества без лабораторного сопровождения [22]. Однако эпидемиологическая оценка среди посетителей клубов, проведённая до настоящего времени в различных странах, установила значительную частоту встречаемости знакомства с НПВ среди «клабберов», доходящую до 30-40% [28].

Значительную популярность во второй половине 2000-х годов НПВ приобрели среди гомосексуалистов, которые использовали их как атрибут «chemsex» – термин, используемый для описания сексуальных контактов между мужчинами под влиянием ПАВ. Согласно исследованию «Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey», проведённому в 38 странах, чаще всего представители сексуальных меньшинств были склонны к потреблению метамфетамина, GHB/GBL и мефедрона. При анализе стандартизированных данных выявлены статистически значимые различия в распространённости новых наркотических трендов среди гомосексуальных мужчин по сравнению с общей популяцией того же возраста: 28,4% против 8,1% среди общего населения [4]. В шотландском исследовании, посвящённом изучению паттернов потребления, мотивов и вреда НПВ (2016), было выявлено, что представители сексуальных меньшинств имели опыт потребления «дизайнерских» ПАВ (более половины случаев), чаще всего предпочитая мефедрон (37%) и GHB/GBL (32%), бензодиазепиновые НПВ (13%), синтетические каннабиноиды – (10%) [19]. Исследование среди юго-восточных колледжей США показало, что потребление НПВ (в частности мефедрона) кроме гомосексуальности было сопряжено со следующими чертами демографического портрета: принадлежностью к испаноязычной части американцев, исконно населявших континент, мужской пол и потребление иных ПАВ [20].

Потребление различного рода ПАВ, в том числе рискованное инъекционное введение наркотиков в комбинации с НПВ, является одним из критических моментов, относящихся к современным трендам аддиктивного поведения [14, 15]. Ряд исследований последнего пятилетия подчёркивают эту корреляцию, уделяя ей внимание как представляющей наибольшую опасность для общественного здоровья [16]. Эпидемиологическая оценка, проводимая среди потребителей традиционных наркотиков (в рамках программ снижения вреда, в низкопороговых социально-медицинских учреждениях, волонтёрских пунктах и в лечебных организациях) позволяет провести не только оценку степени вреда НПВ, но и оценить последствия острой и хронической интоксикации и, соответственно, планировать мероприятия по вторичной и третичной профилактике [17]. Особенно актуальным является изучение потребления НПВ лицами с тяжёлыми степенями зависимости от традиционных наркотиков, находящихся в программах заместительной терапии (метадон, бупренорфин и прочие) [40]. Рост популярности НПВ среди данной категории пациентов обусловлен низкокачественной медикаментозной ремиссией по основной (опиоидной) зависимости и сопряжён с повышением рисков передачи парентеральных инфекций (вирусные гепатиты, ВИЧ) [12].

Так, согласно данным финского исследования, 38% пациентов, находящихся на заместительной терапии метадоном, обнаруживали положительные биологические пробы на бензодиазепиновую группу НПВ и 8% – на группу синтетических катинонов [11]. Данная информация подтверждается также в лабораторном исследовании, идентифицировавшем наличие метаболитов НПВ в моче у финских пациентов, находящихся в программе заместительной опиоидной терапии. Так, в 13% случаев идентифицированы НПВ, из них метаболиты α-PVP – в 10%, прегабалин – в 4% [13]. Созвучное финским данным немецкое исследование с привлечением 96 регулярных потребителей синтетических катинонов показало, что большинство из них имело опыт алкоголизации и наркотизации опиоидами, при этом опрошенные обнаруживали многочисленные приводы в правоохранительные органы за распространение НПВ [34].

Новые тренды патоморфоза опиоидной зависимости были обнаружены также в Венгрии, столкнувшейся с проблемой роста популярности синтетических катинонов среди опиоидных наркозависимых в виде полисубстратной аддикции по типу трансформации основной зависимости [30].

Единичные данные по исследованию комбинации традиционных ПАВ и НПВ зарегистрированы и в США. Так, оценка уровня потребления НПВ среди потребителей инъекционных наркотиков в Сан-Франциско показала, что 7% респондентов имели опыт приёма синтетических каннабиноидов, 30% принимали синтетические катиноны. При регрессионном анализе выявлено, что возраст, опыт предыдущих госпитализаций ассоциировались с приёмом НПВ в большей степени. Приём метамфетамина, клубных стимуляторов был сопряжён с потреблением катинонов. Нахождение в системе пробации, потребление растительного каннабиса были более сопряжены с потреблением синтетических каннабиноидов [39].

Ретроспективная оценка пациентов наркологического профиля в клиниках Стамбула в 2012 и 2013 годах дополнила вышеперечисленные показатели, выявив высокий процент лиц, имевших опыт потребления НПВ (43%), среди которых чаще встречались мужчины более молодого возраста, имевшие короткий анамнез заболевания, более низкую частоту предыдущих госпитализаций и чаще обнаруживающих проблемы с законом и попытки досрочного прекращения лечения [27].

Таким образом, в процессе эпидемиологических исследований были обозначены группы, уязвимые по риску потребления НПВ: посетители ночных клубов, представители сексуальных меньшинств, потребители традиционных наркотиков. Данные корреляционные связи обусловлены целым рядом факторов (биологических, социальных, экономических). Наличие этих уязвимых групп является ключевой проблемой для системы превенции и требует изучения особенностей потребления НПВ, в том числе осложнений, сопряжённых с данной разновидностью аддиктивного поведения.

Выводы

Обширный список субстанций, к которым может быть применено определение «новые психоактивные вещества», постоянная изменчивость химических формул и непрерывное появление неизвестных ранее наименований представляет собой новый вызов для мировой экономики, общественного здравоохранения и медицины.

Изучение вопросов распространённости НПВ в мировом пространстве позволило получить эпидемиологические данные лишь в ряде стран – в большей степени западного полушария и Европы. Между тем, соответствующие показатели по странам Азии и постсоветского пространства остаются малоизученными и крайне фрагментарными. Существует актуальная потребность в накоплении и мониторинге эпидемиологических данных в центрально-азиатском регионе и Республике Казахстан.

Список использованной литературы:

1. *Закон Республики Казахстан. О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими: принят 10 июля 1998 года, № 279-I // www.online.zakon.kz/Document/?doc_id=1009806, 18.03.2019*
2. *Степущенко О.А., Фицев И.М., Блохин В.К. и др. Дизайнерские наркотики и проблема отнесения их к аналогам наркотических средств // Общество и право. – 2010. – № 5 (32). – С. 138-141.*
3. *Abdulrahim D., Bowden-Jones O. Guidance on the management of acute and chronic harms of club drugs and novel psychoactive substances. Novel psychoactive treatment UK Network (NEPTUNE). – London, 2015. – 355 p.*
4. *Bourne A., Reid D., Hickson F., Torres R.S., Weatherburn P. The chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham // www.sigmaresearch.org.uk/chemsex, 18.03.2019.*
5. *Broadfield D. Drug Misuse: Findings from the 2016/17. Crime Survey for England and Wales // assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/642738/drug-misuse-2017-hosb1117.pdf, 18.03.2019.*
6. *Czech Republic Country Drug Report. / National Monitoring Centre for Drugs and Addictions. EMCDDA. – Lisbon, 2017. – 21 p.*
7. *Dąbrowska K., Bujalski M., Wieczorek Ł. Country report on new psychoactive substances in Poland / IPIN. – Warsaw, 2017. – 19 p.*
8. *Drug use in Ireland and Northern Ireland. First results from the 2010/11. Drug Prevalence Survey / National Advisory Committee on Drugs (NACD); Public Health Information and Research Branch (PHIRB). – Dublin, 2012. – 28 p.*
9. *Early Warning Advisory on New Psychoactive Substances / UNODC // https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS, 18.10.2018.*
10. *Global synthetic drugs assessment amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances / UNODC. – Vienna, 2014. – 76 p.*
11. *Heikman P., Muhonen L.H., Ojanperä I.A. Polydrug abuse among opioid maintenance treatment patients is related to inadequate dose of maintenance treatment medicine // BMC Psychiatry. – 2017. – Vol. 17, № 1. – P. 245.*
12. *Heikman P., Ojanperä I. Inadequate dose of opioid-agonist medication is related to misuse of benzodiazepines // Addict Disord Their Treatment. – 2009. – Vol. 8. – P. 145-153.*
13. *Heikman P., Sundström M., Pelander A., Ojanperä I. New psychoactive substances as part of polydrug abuse within opioid maintenance treatment revealed by comprehensive high-resolution mass spectrometric urine drug screening // Hum Psychopharmacol. – 2016. – Vol. 31, № 1. – P. 44-52.*
14. *Helander A., Bäckberg M., Hultén P., Al-Saffar Y., Beck O. Detection of new psychoactive substance use among emergency room patients: results from the Swedish STRIDA project // Forensic Sci Int. – 2014. – Vol. 243. – P. 23-29.*
15. *Helander A., Beck O., Hägerkvist R., Hultén P. Identification of novel psychoactive drug use in Sweden based on laboratory analysis-initial experiences from the STRIDA project // Scand J Clin Lab Invest. – 2013 – Vol. 73, № 5. – P. 400-406.*
16. *High-risk drug use and new psychoactive substances. EMCDDA Rapid Communication / EMCDDA. – Luxembourg, 2017. – 21 p. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4540/TD0217575ENN.pdf, 18.03.2019.*

17. *Horvath G. Injecting of new psychoactive substances and related risks in Hungary / PDU annual expert meeting, EMCDDA. – Lisbon, 2013. – 16 p.*
18. *Luke L.C., Dewar C., Bailey M., McGreevy D., Morris H., Burdett-Smith P. A little nightclub medicine: the healthcare implications of clubbing // Emerg Med J. – 2002. – Vol. 19, № 6. – P. 542-545.*
19. *MacLeod K., Pickering L., Gannon M. et. al. Understanding the patterns of use, motives, and harms of New Psychoactive Substances in Scotland. Final Report to the Scottish Government / Social Research. – Edinburgh, 2016. – 115 p.*
20. *Miller B.L., Stogner J.M. Not-so-clean fun: a profile of bath salt users among a college sample in the United States // J Psychoactive Drugs. – 2014. – Vol. 46, № 2. – P. 147-153.*
21. *Monitoring new drugs / EMCDDA. – Luxembourg, 2006. – 2 p.*
22. *Moore K., Dargan P.I., Wood D.M., Measham F. Do novel psychoactive substances displace established club drugs, supplement them or act as drugs of initiation? The relationship between mephedrone, ecstasy and cocaine // Eur Addict Res. – 2013. – Vol. 19, № 5. – P. 276-282.*
23. *Müller D., Kamphausen G., Werse B. Country report on new psychoactive substances in Germany. / Centre for Drug Research Goethe University. – Frankfurt, 2017. – 17 p.*
24. *National Drug Strategy Household Survey detailed report. 2013 / Australian Institute of Health and Welfare – Canberra, 2014. – 151 p.*
25. *New Zealand, Ministry of Health. Drug use in New Zealand: key results of the 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug use Survey. 2010, January // www.health.govt.nz/publication/drug-use-new-zealand-key-results-2007-08-new-zealand-alcohol-and-drug-use-survey, 18.03.2019.*
26. *Nizar H., Dargan P.I., Wood D.M. Using Internet snapshot surveys to enhance our understanding of the availability of the novel psychoactive substance 4-Methylaminorex and 4,4'-Dimethylaminorex // J Med Toxicol. – 2015. – Vol. 11, № 1. – P. 80-84.*
27. *Nurmedov S., Yilmaz O., Darcin A.E., Noyan O.C., Dilbaz N. Frequency of synthetic cannabinoid use and its relationship with socio-demographic characteristics and treatment outcomes in alcohol- and substance-dependent inpatients: a retrospective study // Klinik Psikofarmakol Bulteni. – 2015. – Vol. 25, № 4. – P. 348-354.*
28. *Palamar J.J., Barratt M.J., Ferris J.A., Winstock A.R. Correlates of new psychoactive substance use among a self-selected sample of nightclub attendees in the United States // Am J Addict. – 2016. – Vol. 25, № 5. – P. 400-407.*
29. *Palamar J.J., Martins S.S., Su M.K., Ompad D.C. Self-reported use of novel psychoactive substances in a US nationally representative survey: prevalence, correlates, and a call for new survey methods to prevent underreporting // Drug Alcohol Depend. – 2015. – Vol. 1, № 156. – P. 112-119.*
30. *Péterfi A., Tarján A., Horváth G.C., Csesztregi T., Nyírády A. Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones // Drug Test Anal. – 2014. – Vol. 6, № 7-8. – P. 825-831.*
31. *Pirona A., Bo A., Hedrich D. et. al. New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe // The International journal on drug policy. – 2017. – Vol. 40. – P. 84-92.*
32. *Prevalence of Drug Use and Gambling in Ireland and Drug Use in Northern Ireland / National Advisory Committee on Drugs and Alcohol (NACDA). – Dublin, 2016. – 44 p.*
33. *Santacroce R., Bennasar R.C., Jaraiz J.R.S. et. al. Party hard: Drug-related fatalities in Ibiza from 2010 to 2016 // European Psychiatry. – 2017. – Vol. 41. – P. 79-80.*
34. *Schmoll S., Romanek K., Stich R. et. al. An internet-based survey of 96 German-speaking users of "bath salts": frequent complications, risky sexual behavior, violence, and delinquency // Clin Toxicol (Phila). – 2018. – Vol. 56, № 3. – P. 219-222.*
35. *Shimane T. Epidemic and decline of new psychoactive substances in Japan: Data from nationwide survey on drug use / Expert Meeting, GPS. EMCDDA. – Lisbon, 2017. – 12 p.*
36. *Smith K., Flatley J. Drug Misuse Declared: Findings from the 2010/11. British Crime Survey England and Wales // assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/116333/hosb1211.pdf, 18.03.2019.*
37. *Spain Country Drug Report 2017 / EMCDDA. Government Delegation for National Plan on Drugs (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) – Lisbon, 2017. – 21 p.*
38. *Turkey Country Drug Report 2017 / EMCDDA. The Turkish Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. – Lisbon, 2017. – 18 p.*
39. *Wagner K.D., Armenta R.F., Roth A.M. et. al. Use of synthetic cathinones and cannabimimetics among injection drug users in San Diego, California // Drug Alcohol Depend. – 2014. – Vol. 141. – P. 99-106.*
40. *Weinstein Z.M., Cheng D.M., Quinn E. et. al. Psychoactive medications and disengagement from office based opioid treatment (obot) with buprenorphine // Drug Alcohol Depend. – 2017. – Vol. 1, № 170. – P. 9-16.*

К ВОПРОСУ О «АПТЕЧНОЙ НАРКОМАНИИ»: НЕМЕДИЦИНСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ «ТРОПИКАМИД»

А.С. Ракишева заведующая кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский университет Астана»

Общая характеристика антихолинергических препаратов

Использование антихолинергических (АХЭ) препаратов в медицине имеет длительную историю.

Сохранились упоминания об использовании в Юго-Восточной Азии несколько тысячелетий назад экстрактов растений Atropa belladonna, Datura stramonium, Hyosciamus niger и Scopolia carniolica, содержащих алкалоиды атропин и скополамин. В частности, лечение приступов бронхиальной астмы посредством приёма экстрактов или ингаляции дыма некоторых из упомянутых растений получило распространение в Европе в начале XIX века. В середине XIX века атропин был выделен в лабораторных условиях; в отчёте M.A. Courty впервые сообщалось о его использовании при лечении приступа бронхиальной астмы и купировании бронхоспазма посредством инъекции атропина в блуждающий нерв; впоследствии были разработаны другие лекарственные формы упомянутых субстанций [4].

Распространением информации о немедицинском использовании АХЭ веществ с одурманивающей целью (США, Франция, Чехословакия) ознаменовались 50-60-х годы XX века. Ярким представителем психоактивных веществ из этой группы, который привлекал зависимых лиц, был циклодол, который находился в общем доступе аптечной сети. Циклодол в 2-3-кратной терапевтической дозе вызывал опьянение с галлюцинациями.

В 70-х годах появились указания на вспышки употребления препарата с немедицинской целью в СССР. Многочисленные сообщения свидетельствовали о «холинолитических психозах у подростков, принимающих циклодол для опьянения» [2]. Сообщения из практики свидетельствовали, что регулярная интоксикация циклодолом в течение 2-3 лет была сопряжена с такими симптомами, как психические расстройства с органическими стигмами:

- снижение в эмоционально-волевой и интеллектуальной сферах,
- развитие токсической энцефалопатии с апатической и эксплозивной симптоматикой [3].

Показания для применения АХЭ в медицинских целях приведены на рисунке 1.

Психопатологические аспекты фармакологии холинолитических препаратов

Приём АХЭ препаратов центрального действия сопряжён с риском развития психотических осложнений.

Атропиновые психозы возникают обычно после однократного приёма больших доз, в сред-

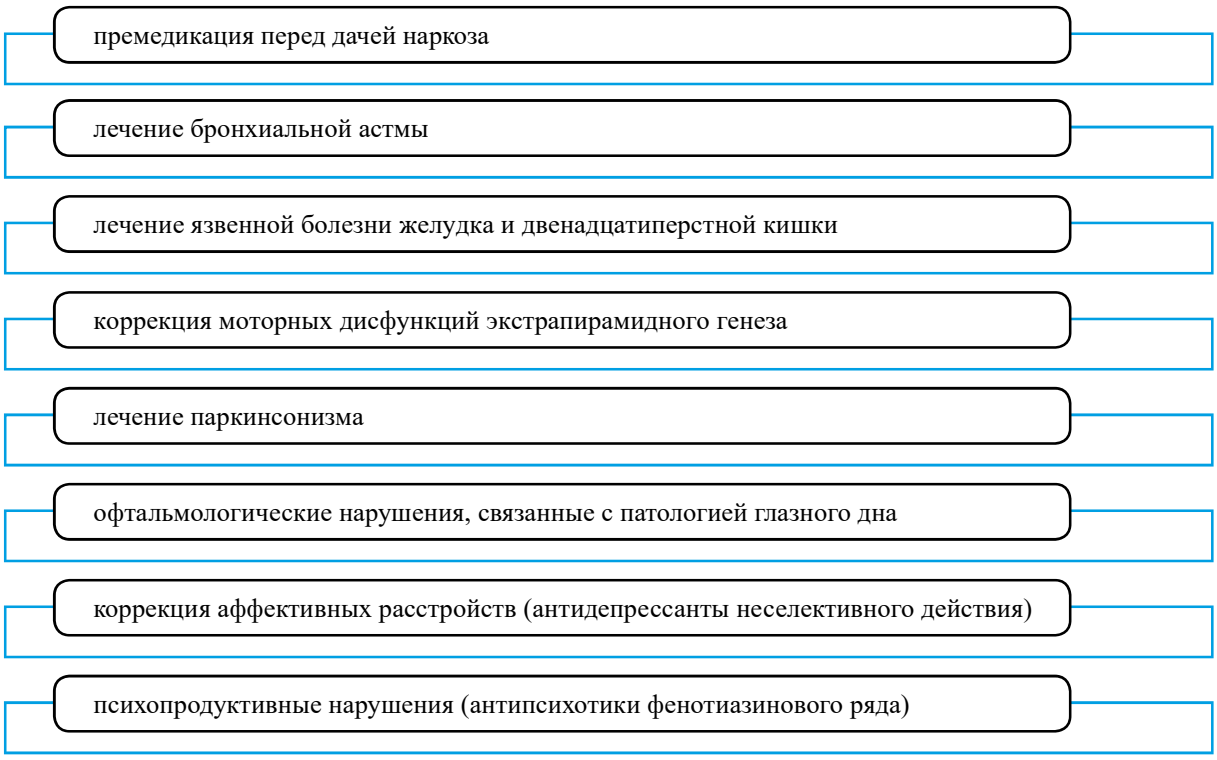


Рисунок 1. *Применение АХЭ препаратов в медицине*

нем 0,01-0,05-0,1 г сульфата атропина. Наряду с этим описаны случаи психоза, возникшего после закапывания в глаза 1-2 капель 0,5-1% раствора атропина, при подкожных инъекциях и приёме порошков в обычных дозах (0,0005-0,001 г), что указывает на индивидуальное предрасположение к атропиновым психозам.

Психическое расстройство развивается остро через 2-4 часа после приёма атропина и характеризуется определённой клинической динамикой: оглушённость сменяется делириозным синдромом, последний при тяжёлых отравлениях – комой. Делирий при атропиновых психозах сопровождается глубоким нарушением ориентировки в месте, времени, окружающей обстановке, нередко и в собственной личности, а также зрительными галлюцинациями и двигательным возбуждением. Для таких психозов характерны вегетативные расстройства: расширение зрачков, учащение пульса, сухость слизистых оболочек. Отмечается прямая зависимость между тяжестью психоза и выраженностью вегетативных расстройств. Продолжительность атропиновых психозов – 3-8 часов. Прогноз, как правило, благоприятный. Оглушённость и особенно делирий – типичные синдромы атропинового психоза, отличающегося стереотипностью клиники и отсутствием зависимости от возраста, пола, соматического состояния.

К редко наблюдаемым психопатологическим расстройствам относятся состояния лёгкого изменения сознания с явлениями дереализации и деперсонализации, изменение восприятия окраски окружающего – преобладание зелёного, жёлтого и розового цветов.

Немедицинское применение данной группы средств связано с их способностью вызывать яркие зрительные галлюцинации и необычные «телесные ощущения».

Другим представителем группы АХЭ препаратов принято считать циклодол, развитие зависимости к которому чаще всего наблюдалось у подростков, получив детальное описание в трудах Битенского В.С. (1989). Наркотизация начинается обычно с приёма 4-6 таблеток по 2 мг циклодола (0,008-0,012 г), иногда 8-10 таблеток (0,016-0,02 г). В последнем случае больные стремятся сразу же получить галлюцинаторный эффект. После 10-15-кратного приёма циклодола в дозе 5-8 таблеток по 2 мг в течение 1,5-2 месяцев наблюдаются характерные для наркомании и токсикомании полярные колебания аффекта от эйфории и экзальтации при интоксикации до подавленности, чувства неудовлетворённости и напряжённости при воздержании. Уже на этой, начальной, стадии можно выявить признаки поражения центральной нервной системы (ЦНС). У больных, регулярно принимающих циклодол более длительное время и в больших дозах (25-30 таблеток в течение 6-7 месяцев), выявляются расстройства памяти, внимания, снижение сообразительности, замедление мышления, а также характерные вегетоневрологические нарушения – порозовение щек, чаще в форме бабочки, на фоне бледности лица, алые губы, тремор пальцев, непроизвольное подёргивание отдельных мышечных групп, повышение мышечного тонуса, придающее походке характерные черты – выпрямленная спина, отставленные руки и ноги, ходьба на выпрямленных ногах.

Абстинентный синдром при циклодоловой токсикомании развивается через 1-1,5 года злоупотребления циклодолом в очень высоких дозах. Он развивается через сутки после прекращения приёма препарата и проявляется вначале психическими нарушениями, к которым в дальнейшем присоединяются соматовегетативные [5].

Характеристика немедицинского приёма АХЭ препаратов, в том числе главных капель «Тропикамид»

В настоящее время всё большее распространение среди «аптечных» психоактивных веществ имеет применение таких веществ, как «Триган-Д», цикломед и «Тропикамид» (ТР). При этом каждый из представителей данного класса имеет собственный круг потребителей. Так, «Триган-Д» наиболее популярен у подростков 12-16 лет. Таблетированная форма, применяемая перорально, отсутствие строгого аптечного учёта, «облегчает» использование «Тригана Д» в асоциальной подростковой среде на этапе хаотичных проб. Так, согласно данным Фадеева А.А. и соавторов (2010), изучавших отравления «Триганом» у подростков, основной пик отравлений приходился на сентябрь-ноябрь. Место, где происходит принятие яда – улица, общественное место, обязательно в группе, где подростки подражают «лидеру» группы. Употребляли «Триган-Д» из любопытства 90% детей впервые, 10% подростков пробовали препарат повторно. После выхода из токсикогенной фазы отравления 75-80% подростков осознавали свой поступок как невинную шалость и не знали о последствиях отравления. У 80% поступивших подростков было тяжёлое и крайне тяжёлое состояние, что обусловлено большим количеством таблеток (от 4 до 10), у 20% пациентов отмечалось состояние средней степени тяжести. При отравлении «Триган-Д» подростки становились безудержными, реакция на окружающую обстановку и людей, в том числе близких, неадекватная. Установление словесного контакта с детьми сначала затруднено, а впоследствии практически невозможно. Координация движений, особенно при ходьбе, нарушается. При тяжёлом отравлении присоединяются галлюцинации и психоз. Галлюцинации часто проявляются в том, что подростки что-то собирают, ловят насекомых, прячутся, кого-то боятся. При галлюцинациях наступает учащение пульса до 100-160 ударов в 1 минуту. При состоянии средней степени тяжести зрачки заметно расширяются, с ослаблением реакции на свет. При тяжёлом отравлении зрачки

расширены максимально, наступает паралич аккомодации с полной утратой реакции на свет [7].

Цикломед предпочтительно используется молодыми людьми от 16 до 20 лет преимущественно интраназально в виде моноупотребления [14].

ТР для немедицинских целей используется наркозависимыми лицами «со стажем», чаще в качестве пролонгатора действия наркотических веществ, находящихся в незаконном обороте [3].

ТР (Мидриацил, Мидриум) выпускается в виде глазных капель с содержанием действующего вещества 0,5% и 1,0%. Блокируя м-холинорецепторы сфинктера радужки и цилиарной мышцы глаза, ТР быстро и кратковременно расширяет зрачок и парализует аккомодацию. Максимальный мидриатический эффект происходит в течение 20-40 минут, в то время как циклоплегия держится 6-7 часов. Полное выведение препарата требует 24 часов [12]. В терапевтических целях препарат применяется конъюнктивально при исследовании глазного дна, для оценки состояния хрусталика, перед проведением хирургических операций, а также в комплексной терапии воспалительных заболеваний глаз [11].

Процент всасывания активного вещества, поступающего через слёзные каналы в нос, относительно высокий, в связи с чем возможны побочные эффекты, обусловленные системным действием: сухость слизистой оболочки полости рта, тахикардия, головная боль, тошнота, рвота, бледность, нарушения со стороны ЦНС и мышечная ригидность [61, 62]. Препарат не предназначен для внутреннего употребления, поэтому в литературе указаны единичные данные о его терапевтических и токсических концентрациях в крови [10].

В литературе даны отдельные ссылки на такие токсические реакции ТР, как:

- атаксия;
- зрительные галлюцинации;
- дизартрия;
- сомноленция;
- эмоциональные перепады;
- приступы больших судорожных припадков [9].

Данные Тумиловича Е.Ю., Карпенко Ю.Н. (2011) показали, что ТР регулярно встречается в биожидкостях как в индивидуальном виде, так и в сочетании с другими наркотическими средствами и лекарственными веществами: кодеином, дезоморфином, парацетамолом, анальгином, фенобарбиталом, кофеином и другими. Чаще всего в образцах мочи ТР встречался в виде комбинации с морфином, что подтверждает факт совместного применения ТР с классическими наркотиками, например, с героином [6].

Данные Кулиева Р.С. свидетельствуют о высоком проценте сочетания ТР и опиоидов. Первоначально опийные наркоманы использовали его для закапывания в глаза с целью расширения зрачка, суженного героином. Поскольку данные лица не придерживались указанной в инструкции дозировки препарата, то на фоне передозировки у них развивались системные эффекты, характерные для большинства холиноблокаторов: психомоторное возбуждение, галлюцинации и прочие. В дальнейшем наркозависимые лица стали применять ТР интраназально, поскольку при данном пути введения абсорбция вещества происходит в большей степени, чем при конъюнктивальном. Затем ТР стали использовать внутривенно, вводя его совместно с наркотическими средствами (героином), что вызывало эффект «особого прихода». Данный эффект часто сопровождается галлюцинациями, которых не наблюдается при употреблении героина. Кроме того, сочетанное применение холинолитика с героином способствует пролонгированию действия последнего и отдалению наступления АС [1].

Значение ТР для наркологической обстановки подчёркнуто и в страновом отчете Программы по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии – Фаза 6 (CADAP-6), согласно которому данное вещество основательно «заняло своё место» на наркотическом рынке. В 2015 году в журнале European Scientific Journal опубликована статья казахстанских учёных в отношении немедицинского употребления ТР среди лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) (Prilutskaya M., 2015). В виду того, что для приготовления большинства кустарно изготавливаемых наркотиков, человек должен выполнить ряд промежуточных химических реакций в домашних условиях, требующих использования определённых прекурсоров, то этот факт до некоторой степени снижает распространение среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, злоупотребления дезоморфином, кодеином и эфедрином. ТР, в отличие от других лекарственных средств, остаётся легко доступным лицам, употребляющими наркотики. Кроме того, ТР часто используется в сочетании с такими традиционными наркотиками, как героин или другие опиаты, которые эффективно компенсируют негативные вегетативные эффекты ТР. Об увеличении употребления ТР говорит тот факт, что за три квартала 2013 года, розничные продажи этого лекарственного препарата в Республике Казахстан увеличились на 226% в сумме проданных единиц, по сравнению с тем же периодом 2012 года. Потребление ТР среди лиц, зависимых от психоактивных веществ, чаще всего вызвано необходимостью замены наркотического эффекта, вызываемого при употреблении героина, доступность которого была значительно ограничена в стране в последние годы. Клинические характеристики злоупотребления ТР, выявленные в данном исследовании, свидетельствуют о злокачественном течении болезни зависимости (быстрое развитие синдрома зависимости, выраженная токсичность и высокий уровень осложнений) [8].

В англоязычной литературе встречаются указания на появление клинических случаев употребления ТР на фоне терапии бупренорфином/налоксоном, с целью смягчения симптомов опиоидной отмены [13].

Выводы

При проведении литературного анализа данных, посвящённых изучению современных аспектов немедицинского употребления ТР, обозначены следующие выводы:

1) употребление ТР представляет собой современную тенденцию и обусловлено популяризацией немедицинского потребления медикаментов с психоактивной и наркотизирующей целью;
2) непрерывный рост популярности ТР определяется его фармако- и токсикодинамическими особенностями, связанными с психодизлептическим атропиноподобным действием;
3) чаще всего приём ТР представляет собой одну из форм сочетанной зависимости, где в роли основного вещества выступает ПАВ с выраженным наркогенным эффектом, а АХЭ препарат используется с со вспомогательной целью;
4) в виду особенностей рынка традиционных наркотиков, ТР стабильно занимает своё место на рынках психоактивных веществ, популярных в качестве викарного аддиктивного агента.

Список использованной литературы:

1. *Кулиев Р.С. Клинические характеристики опиоидной зависимости, осложнённой потреблением препарата «Тропикамид» // Журнал Наука и здравоохранение – 2015 – № 1. Специальный выпуск. – С. 26-27.*
2. *Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1991. – 304 с.*
3. *Порсева Н.Ю., Солонинина А.В., Дворская О.Н., Карпенко Ю.Н., Тумилович Е.Ю. Применение холинолитиков в немедицинских целях // Фармация. – 2012 – № 2. – С. 51-53.*
4. *Синопальников А.И. Антихолинергические препараты в лечении хронической обструктивной болезни легких: фокус на тиотропий // Пульмонология. – 2014. – № 6. – С. 73-82.*
5. *Тиганов А.С. Экзогенные психические расстройства // http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/32/chapter/61, 16.03.2019.*
6. *Тумилович Е.Ю., Карпенко Ю.Н., Курдими Л.П., Дворская О.Н., Порсева Н.Ю. Химико-токсикологическое исследование мочи с целью обнаружения тропикамида // Наркология. – 2011. – № 10. – С. 64.*
7. *Фадеев А.А., Орлова Н.В., Пискарева Н.И., Канычева Н.П., Степнов М.И., Вологжанина Е.В. Острые преднамеренные отравления медикаментозным препаратом «Триган-Д» у подростков // Мать и дитя в Кузбассе. – 2010. – № 3 (42). – С. 50-51.*
8. *Юсопов О., Казаков В., Прилуцкая М. и др. Национальный отчет о наркоситуации в Республике Казахстан. / КАДАП 6, 2018. – 276 с.*
9. *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. – P. 1243-1245.*
10. *Davidson S.I. Systemic effects of eye drops. // Trans Ophthalmol Soc U K. – 1974 Jul. – 94 (2). – P. 487-495.*
11. *Hopkins G.A., Lyle W.M. Potential systemic side effects of six common ophthalmic drugs // J Am Optom Assoc. – 1977 Oct. – 48 (10). – P. 1241-1245.*
12. *Portes A.J.F., Barbosa A.C., De Mello G.L., Lopes M.A., Cavalcanti R.S. Tropicamide 1% mydriatic effect: Comparison between spray in closed eyes and eye drops in open eyes // Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics. – 2012 December. – 1, Volume 28, Issue 6. – P. 632-635.*
13. *Rácz J., Csák R. Emergence of novel psychoactive substances among clients of a needle exchange programme in Budapest // Orv Hetil. – 2014 Aug 1. – 155 (35) – P. 1383-1394.*
14. *Sato E.H., de Freitas D., Foster C.S. Abuse of cyclopentolate hydrochloride (Cyclogyl) drops. // N Engl J Med. – 1992 May 14. – 326 (20). – P. 1363-1364.*

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

А.С. Ракишева заведующая кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский университет Астана»

Введение

В настоящее время всё чаще подчеркивается роль психообразовательных технологий в единой терапевтической схеме при психических расстройствах. Психообразование в широком смысле слова определяется как обучение психически больных и их родственников всему, что может быть полезным с точки зрения терапии и реабилитации. Интерес к проблеме психообразования был стимулирован принятием в 1975 году Американской Больничной Ассоциацией (American Hospital Association) Декларации о правах пациента, в которой говорится, что каждый пациент, включая лиц с психическими заболеваниями, имеет право на полноценную информацию о своей болезни. Психообразование рассматривается как реализация данного фундаментального права в процессе лечения и реабилитации. Психообразование, как и прочие психосоциальные подходы в психиатрии, давно уже не рассматривается в качестве альтернативы биологическим подходам, а является частью единого терапевтического и реабилитационного процесса.

Тенденция настоящего времени – особая роль, уделяемая познавательным процессам, знаниям и информации в самом широком смысле слова. Фундаментальным понятием, объединяющим большинство ключевых психосоциальных подходов при психических расстройствах, является «обучение». Во всех случаях пациенты и их родственники, на основе полученной информации, обучаются по-иному вести себя в тех или иных ситуациях. На этой широкой основе развивается множество разных методологий, программ и конкретных методик [4].

Психообразование в психиатрии – это одна из перспективных форм психотерапии и социальной поддержки пациентов с психическими расстройствами и их семей. Оно способствует:

- стимуляции активной позиции пациента в преодолении психического заболевания и его последствий;
- формированию ответственности за своё социальное поведение и выработке адекватной стратегии совладания с болезнью (приспособительного поведения);
- восстановлению нарушенных из-за психического заболевания социальных контактов и повышению социальной компетентности.

Психообразовательные технологии являются ключевым звеном, которое напрямую коррелируют с комплаентностью пациента в программе. Так, по данным исследования Солоненко А.В., включение психообразовательных технологий пациентам с психическими расстройствами и их родственникам позволило повысить приверженность пациентов, обеспечить упорядоченный режим приёма психофармакологических препаратов и уменьшить число побочных эффектов терапии [5].

Психообразование наркологических пациентов

Актуальность использования психообразовательных программ в структуре реабилитационных мероприятий у наркологических больных обусловлена:

- необходимостью улучшения коммуникативных способностей пациента;
- потенциирования активности в решении собственных проблем;
- расширения полномочий;
- более успешного и эффективного приспособления к требованиям реального окружения, что позволяет добиться сокращения сроков и числа госпитализаций, улучшения семейного микроклимата, уменьшения нагрузки на членов их семей.

Взгляд на мотивацию к лечению и на реабилитацию как на динамический процесс, знание и понимание формирования мотивов и побуждений наркозависимого пациента являются важнейшими аспектами при разработке реабилитационных мероприятий на начальном этапе обращения за помощью. В связи с этим одной из основных задач в реабилитации зависимого поведения видится активизация внутренней и внешней ресурсной системы человека для формирования у пациента стойкой мотивации к лечению и реабилитации на протяжении всего курса лечения, в том числе и в случае срыва [1].

Международные исследования показывают, что потребители и семьи, которые участвовали в программах психообразования, имели на 20-50% меньше рецидивов и частоты повторной госпитализации, чем те, кто получил стандартное лечение [11].

Особую актуальность психообразовательные технологии играют в условиях коморбидности наркологического диагноза и прочих психических расстройств. По мнению Зуйковой Н.Л. и соавторов, проблема коморбидности психических заболеваний и болезней зависимости в настоящее время особо актуальна в связи с масштабами сочетанной патологии: почти 50% пациентов с шизофренией имеют сопутствующее расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Наибольшее распространение получило сочетание шизофрении и алкогольной и/или каннабиноидной зависимости (приблизи-

тельно в три раза чаще, чем в общей популяции). Коллектив авторов предложил модель психо-социальной поддержки, в которой психообразование играет одну из ключевых ролей. Удалось организовать междисциплинарное взаимодействие и функционирование модели психосоциальной реабилитации психически больных с коморбидной наркологической патологией, в рамках которой постоянно осуществляется работа с больными, их родственниками и персоналом. Регулярная групповая психотерапия, психообразование, индивидуальная психологическое сопровождение, начатые в ранние сроки госпитализации, продолжающиеся в амбулаторном режиме дневного стационара, способствуют преодолению анозогнозии, осознанию негативного влияния алкоголя и наркотиков на основное заболевание, здоровье и жизнь в целом. Дополнительно усиливается мотивация на трезвость. Одна треть пациентов добровольно стала посещать специализированные центры лечения зависимостей. Психотерапия и психообразование родственников, семинары и баллинтовские группы с персоналом позволили сформировать поддерживающую среду, сохранять профессиональный и человеческий ресурс во взаимодействии со столь сложным контингентом больных. Первоначальные выводы авторов свидетельствуют, что данная модель способствует лучшей адаптации больных после выписки из стационара, они более осознанно и чаще остаются в лечебных и реабилитационных программах, начинают лечиться у нарколога. Эффективность мероприятий в долгосрочной перспективе будет доступна по результатам повторных госпитализаций в течение года [3].

В диссертационном исследовании Ваисова С.Б. (2003) предложены рекомендации по активному внедрению психообразовательных сессий среди родителей подростков, страдающих наркозависимостью. Подчёркивается, что в реабилитации наркозависимых подростков психообразовательный подход имеет следующие несомненные преимущества перед остальными видами семейной психотерапии.

1. Обучая членов семьи создавать атмосферу, благоприятную для взаимодействия, специалисты обходят психологические защиты родителей, препятствующие принятию ответственности за проблему наркомании в семье. Пытаясь на практике реализовать рекомендации психологов, члены семьи пациента сами осознают собственные внутри- и межличностные проблемы, препятствующие эффективному семейному взаимодействию, и обращаются за помощью к специалистам.

2. Родительский тренинг, как эффективный метод психологического просвещения, является опосредованным подходом к психотерапии детей и подростков и опирается на принципы системного подхода. Это означает, что психотерапия с родителями может проходить без непосредственного присутствия детей, что позволяет начинать реабилитационную работу с семьёй даже в тот период, когда сами наркозависимые проходят длительное стационарное лечение и не могут присутствовать на совместных сессиях.

3. Группы родителей формируются по определённым критериям, главным из которых является наличие у всех участников группы схожей проблемной ситуации. Эффективность подхода основывается на кумулятивном эффекте: все участники, приобретая новый опыт, могут оказывать друг другу помощь и поддержку в освоении новых стратегий решения проблем и навыков коммуникации.

4. Родители в психообразовательном подходе в соответствии с их индивидуальными возможностями включаются в процесс психотерапии ребёнка как «помощники», что позволяет специалисту разделить с ними ответственность за результаты психотерапевтических вмешательств [2].

В настоящее время в англоязычной литературе накоплено достаточное количество данных, анализирующих различные формы психообразования для зависимых лиц и их семей. Так, в частности, имея общие ключевые черты передачи основной информации о рисках и путях их преодоления, разные формы образования работают с разнообразными каналами связи целевой аудитории. В 80-90-х годах прошлого столетия образование проводилось через раздачу буклетов, листовок, к началу 2000-х годов перешло к лекционному и тренинговому формату. Последние достижения в психообразовании используют разработки электронного пространства, интерактивность, а также художественное слово [6].

Современные психообразовательные технологии, кроме работы с родственниками и мотивацией пациентов, нацелены на нейрокогнитивный дефицит, актуализируемый при зависимости. Так, большинство тренингов в этом направлении направлено на работу с осью память-внимание, а также на проработку осознания. Интересен в этом смысле опыт, систематизированный Ekhtiari H. и соавторами, который анализирует эффективность разработки специальных комиксов. В этом контексте информация подаётся без излишней оценочной нагрузки, она краткая и лаконичная, достаточно яркая и использует визуальные каналы коммуникации [7].

В рандомизированном клиническом испытании, проведённом группой датских ученых, доказана эффективность психообразовательных программ для зависимых, интегрирующих технологии проработки агрессии и гнева среди лиц с антисоциальным расстройством. Семьи сообщали, что получали больше знаний о серьёзных психических заболеваниях; испытывали уменьшение чувства смущения, стресса и изоляции [10].

Психообразовательные технологии также были сопряжены с улучшением профессионального статуса потребителей психоактивных веществ. Так,

по данным McFarlane W.R. и соавторов, проведение образования в семьях зависимых было сопряжено с уменьшением безработицы в 2-4 раза [8].

Психообразовательные технологии в особенности с семейным компонентом обладают доказанной финансовой эффективностью. Так, команда исследователей под руководством McFarlane W.R. подсчитала, что за каждый 1 доллар затрат семейное психообразование возвращает 34 доллара в бюджет [9]. По данным U.S. Department of Health and Human Services, в штате Мэн средняя экономия составила в размере 4300 долларов США на одного пациента в год [11].

Заключение

Психообразование представляет собой ключевой компонент современных терапевтических программ любого психического расстройства. Особую роль оно играет для реабилитации зависимых. Воздействуя на психосоциальные мишени, современные направления психообразования нацеливаются и на когнитивные изменения. Эффект психообразовательных программ учитывается как на индивидуальном уровне, так и на уровне сообществ и экономических показателей.

Формат психообразования в последнее две декады разнообразился и вышел лишь за пределы группового и индивидуального консультирования, обогатившись способами раппорта с клиентами через интерактивные цифровые технологии.

Необходимо обеспечить бесперебойное функционирование психообразования как в стационарном, так и амбулаторном формате, максимально приближая его к потребностям пациентов.

Список использованной литературы:

1. *Белоколодов В.В., Декало Е.Э. Мотивация к лечению и реабилитации у наркозависимых на различных этапах стационарного лечения [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 5, № 2(16). – URL: http://medpsy.ru/climp (дата обращения: 17.03.2019).*
2. *Ваисов С.Б. Психообразовательный подход в реабилитации родителей подростков с героиновой наркоманией: автореферат на соиск. уч. степ. кандидата психологических наук. – Санкт-Петербург, 2003. – 20 с.*
3. *Зуйкова Н.Л., Спасский М.Е., Чернов Н. В., Карпенко О.А., Савельев Д.В. психосоциальная реабилитация пациентов с шизофренией и коморбидной наркопатологией / Мультидисциплинарный подход в терапии психических расстройств: Сборник статей IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием // Под редакцией д.м.н., проф. Д.И. Шустова (TSTA). – Рязань, 2017. – С. 57-61.*
4. *Семенова Н.Д., Кузьменко А.Ю., Костюк Г.П. Психообразование: проблемы и направления исследований // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2016. – № 4. – С. 3-11.*
5. *Солоненко А.В. Психообразование и проблемы комплаенса // Кубанский научный медицинский вестник. – 2007. – № 4. – С. 170-172.*
6. *Bjelland I.E., Johansen A., Darnell F., Brendryen H. Using a Film Intervention in Early Addiction Treatment: a Qualitative Analysis of Process. // Int J Behav Med. – 2017. – № 24 (5). – P. 740-748.*
7. *Ekhtiari H., Rezapour T., Aupperle R.L., Paulus M.P. Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective. // Prog Brain Res. – 2017. – № 235. – P. 239-264.*
8. *McFarlane W.R., Dushay R.A., Deakins S.M., Stastny P., Lukens E.P., Toran J., Link B. Employment outcomes in Family aided Assertive Community Treatment. // American Journal of Orthopsychiatry. – 2000. – № 70. – P. 203-214.*
9. *McFarlane W.R. Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders. New York & London: Guilford Press; 2002. – P. 3-26.*
10. *Thylstrup B., Schrøder S., Hesse M. Psycho-education for substance use and antisocial personality disorder: a randomized trial // BMC Psychiatry. – 2015. – № 15. – P. 283.*
11. *U.S. Department Of Health and Human Services. Family Psychoeducation / Rockville, 2009. – 54 p.*

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

М.В. Прилуцкая, А.С. Ракишева

Статья приводит литературный анализ данных, описывающих клинические характеристики игровой зависимости. Описаны основные симптомы и синдромы, которые определяют психопатологическую картину гемблинга. Упомянуты различные подходы к характеристике игромании.

Ключевые слова: игровая зависимость, патологическое влечение, симптомы.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПРИМЕРЕ ВЫБОРКИ КЛИЕНТОВ БУКМЕКЕРСКИХ КОНТОР

А.С. Ракишева, Р.С. Кулиев, М.В. Прилуцкая

В статье приведены результаты поперечной оценки психопатологической структуры игровой зависимости у клиентов, осуществляющих ставки в букмекерских конторах. Определена структура основных синдромов зависимости и особенности патологического влечения к игре.

Ключевые слова: игровая зависимость, патологическое влечение, клинико-психопатологическая структура.

НОВЫЕ НАРКОТИЧЕСКИЕ ТРЕНДЫ: СИНТЕТИЧЕСКИЕ ОПИОИДЫ

М.К. Маликов

Статья приводит избранные литературные данные о ключевых характеристиках синтетических опиоидов. Дано определение данной группы новых психоактивных веществ, в тезисной форме приведены данные о токсикодинамическом спектре основных представителей фентаниловой и нефентаниловой подгрупп синтетических опиоидов. Описаны отдельные представители синтетических опиоидов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (литературный обзор)

М.В. Прилуцкая, А.С. Ракишева

Статья описывает основные эпидемиологические аспекты потребления новых психоактивных веществ (НПВ) в мировом пространстве. Дана характеристика распространённости потребления новых психоактивных веществ среди общего населения и конкретных социальных групп. Подчёркнута необходимость мониторинга эпидемиологической ситуации в центрально-азиатском регионе.

Ключевые слова: новые психоактивные вещества, эпидемиология, распространённость.

К ВОПРОСУ О «АПТЕЧНОЙ НАРКОМАНИИ»: НЕМЕДИЦИНСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ «ТРОПИКАМИД»

А.С. Ракишева

В статье приведена информация о группе антихолинергических веществ, обладающих токсическими и аддиктогенными свойствами. Автор описывает значение ряда препаратов в сохранении феномена аптечной наркомании. На примере препарата «Тропикамид» приведены факторы, способствующие популярности таких веществ среди потребителей инъекционных наркотиков.

Ключевые слова: тропикамид, аптечная наркомания, антихолинергические препараты.

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

А.С. Ракишева

Психообразование является терапевтическим направлением зависимостей, которое воздействует сразу на несколько мишеней. В статье обсуждается роль психообразования как для психических расстройств в целом, так и для зависимостей в частности. В тезисной форме приведены доказательства эффективности различных вариантов психообразования.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC OF GAMBLING

M. Prilutskaya, A. Rakisheva

The article provides a literary analysis of data describing the clinical characteristics of game addiction. The main symptoms and syndromes that define the psychopathological picture of gambling are described. Various approaches to the characterization of gambling are mentioned.
Key words: gambling, craving, symptoms.

ANALYSIS OF PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF GAMBLING ON THE EXAMPLE OF A SAMPLE OF BOOKMAKER OFFICES' CLIENTS

A. Rakisheva, R. Kuliev, M. Prilutskaya

The article presents the results of a cross-sectional assessment of the psychopathological structure of the gambling addiction among customers who make bets in bookmakers. The structure of the main dependence syndromes and the features of the craving for the game are determined.
Key words: game addiction, craving, clinical and psychopathological structure.

NEW NARCOTIC TRENDS: SYNTHETIC OPIOIDS

M.K. Malikov

The article cites selected literature data on the key characteristics of synthetic opioids. The definition of this group of new psychoactive substances is given. In the thesis form, data are presented on the toxicodynamic spectrum of the main representatives of the fentanyl and non- fentanyl subgroups of synthetic opioids. Some representatives of synthetic opioids are described.

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE PROBLEM OF NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES (literature review)

M. Prilutskaya, A. Rakisheva

The article describes the main epidemiological aspects of the consumption of new psychoactive substances in the global space. The characteristic of the prevalence of consumption of new psychoactive substances among the general population and specific social groups is given. The need to monitor the epidemiological situation in the Central Asian region was emphasized.
Key words: new psychoactive substances, epidemiology, prevalence.

ON THE ISSUE OF “MEDICAMENT ADDICTION”: NON-MEDICAL USE OF TROPICAMIDE EYE DROPS

A. Rakisheva

The article provides information about the group of anticholinergic substances with toxic and addictogenic properties. The author describes the importance of a number of drugs in the persistence of the phenomenon of pharmacy addiction. The example of the drug "Tropicamide" shows the factors that contribute to the popularity of these substances among injecting drug users.
Key words*:* tropicamide, pharmacy addiction, anticholinergic drugs.

THE ROLE OF PSYCHO-EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF CHEMICAL ADDICTIONS

A. Rakisheva

Psychoeducation is the therapeutic modality of addictions, which affects several targets at once. The article discusses the role of psychoeducation for mental illnesses in general and for addictions in particular. In the thesis form, the paper presents evidence of the effectiveness of various variants of psycho-education.
Key words: addiction, psychoeducation, compliance.

БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ» за 2018 год

Нормативные правовые акты

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-17 «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года № 95 «Об утверждении Стандарта оказания психиатрической помощи в Республике Казахстан» и о признании некоторых приказов утратившими силу», Том XXIV, № 3-4, 2018

Программные материалы

Всемирная организация здравоохранения. INSPIRE: семь стратегий по ликвидации насилия в отношении детей, Том XXIV, № 1-2, 2018

Всемирная организация здравоохранения. INSPIRE: семь стратегий по ликвидации насилия в отношении детей (продолжение), Том XXIV, № 3-4, 2018

Социальные эпидемии

Прилуцкая М.В., Ракишева А.С. Клиническая характеристика игровой зависимости, Том XXIV, № 3-4, 2018

Ракишева А.С., Кулиев Р.С., Прилуцкая М.В. Анализ клинико-психопатологической структуры игровой зависимости на примере выборки клиентов букмекерских контор, Том XXIV, № 3-4, 2018

Психотерапия

Катков А.Л. Мета-модель социальной психотерапии – как третий путь развития профессиональной психотерапии в Российской Федерациии, Том XXIV, № 1-2, 2018

Психиатрия

Койшин Б.Т., Ергабылов М.Б. Судебно-психиатрический аспект шизофрении, ассоциированной с алкогольной зависимостью, Том XXIV, № 1-2, 2018

Койшин Б.Т., Мартемьянов Н.В., Изотова Н.Г., Мукашева Г.Р. О соматоцентрическом подходе к объяснению и изучению соматоформных расстройств (краткий критический очерк), Том XXIV, № 1-2, 2018

Наркология

Маликов М.К. Новые наркотические тренды: синтетические опиоиды, Том XXIV, № 3-4, 2018

Прилуцкая М.В., Ракишева А.С. Эпидемиологические аспекты проблемы новых психоактивных веществ (литературный обзор), Том XXIV, № 3-4, 2018

Ракишева А.С. К вопросу о «аптечной наркомании»: немедицинское использование глазных капель «Тропикамид», Том XXIV, № 3-4, 2018

Ракишева А.С. Роль психообразовательных технологий в лечении химических зависимостей, Том XXIV, № 3-4, 2018

Психология здоровья. Валеология.

Катков А.Л. Страсти по закону о психологической помощи в РФ, Том XXIV, № 1-2, 2018