

**Медицинская профилактика
наркологических заболеваний:
клинические рекомендации**

Москва – 2015

Организации-разработчики

ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы»

Научно-исследовательский институт наркологии – филиал
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России

ГБОУ ВПО «Московский государственный
медико-стоматологический университет» им. А. И. Евдокимова
Минздрава России

ГБОУЗ «Ярославская областная клиническая наркологическая
больница»

УДК 61(094)

М 74

Медицинская профилактика наркологических заболеваний:
клинические рекомендации. – М.: ООО «НьюТерра», 2015 – 154 с.

ISBN 978-5-9907505-0-0

Сокращения в тексте

АСП	Алкогольный синдром плода
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГБОУ ВПО	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
ГБУЗ	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
ГБОУЗ	Государственное бюджетное областное учреждение здравоохранения
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
КДН	Комиссия по делам несовершеннолетних
МВД	Министерство внутренних дел
МГК	Медико-генетическое консультирование
МЗ	Министерство здравоохранения
МИ	Мотивационное интервью
МКБ	Международная классификация болезней
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ООН	Организация Объединенных Наций
ПАВ	Психоактивные вещества
РИА	Российское информационное агентство
СМИ	Средства массовой информации
СПИД	Синдром приобретенного иммунного дефицита
УФМС	Управление Федеральной миграционной службы
ФАС	Фетальный алкогольный синдром
ФГБУ	Федеральное государственное бюджетное учреждение
ФСКН	Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков
ФСИН	Федеральная служба исполнения наказания
ХТИ	Химико-токсикологическое исследование

Коллектив авторов

Брюн Евгений Алексеевич	директор ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», главный нарколог города Москвы, главный нарколог Минздрава РФ, доктор медицинских наук, профессор
Клименко Татьяна Валентиновна	директор Научно-исследовательского института наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор
Кошкина Евгения Анатольевна	заместитель директора по научной работе ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», доктор медицинских наук, профессор
Аршинова Виктория Викторовна	ведущий научный сотрудник, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», кандидат психологических наук
Валькова Ульяна Валерьевна	старший научный сотрудник, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», кандидат социологических наук
Сирота Наталья Александровна	декан факультета клинической психологии и заведующая кафедрой клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета, доктор медицинских наук, профессор
Ялтонская Александра Владимировна	старший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, кандидат медицинских наук
Агибалова Татьяна Васильевна	заведующая отделением, Научно-исследовательский институт наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Кибитов Александр Олегович	заведующий отделением, Научно-исследовательский институт наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, доктор медицинских наук
Москаленко Валентина Дмитриевна	старший научный сотрудник, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», доктор медицинских наук, профессор
Деменко Елена Геннадьевна	заведующая Центром профилактики зависимого поведения (филиала) ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы»
Есакова Антонина Павловна	врач-генетик Центра профилактики зависимого поведения (филиала) ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы»
Копоров Сергей Георгиевич	заместитель директора ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», кандидат медицинских наук
Сафонцева Светлана Владимировна	медицинский психолог Центра профилактики зависимого поведения (филиала) ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», кандидат психологических наук
Волков Александр Васильевич	главный врач ГБОУЗ «Ярославская областная клиническая наркологическая больница», г. Ярославль

Содержание

Аннотация	7
Нормативные ссылки	8
1. Методология	17
2. Определение и принципы диагностики	21
3. Этиология и патогенез синдрома зависимости	23
4. Клиническая диагностика синдрома зависимости	24
5. Общие вопросы медицинской профилактики наркологических заболеваний	31
5.1. Определения, цели и задачи медицинской профилактики	31
5.2. Субъекты и объекты медицинской профилактики	34
5.3. Функции профилактической деятельности наркологической службы	36
5.4. Перечень основных профилактических мероприятий	38
6. Факторы риска и защиты: общий и дифференцированный подход	40
7. Методы медицинского профилактического вмешательства по дифференцированным группам населения	55
8. Информирование населения о факторах риска и защиты	61
9. Раннее выявление лиц, употребляющих психоактивные вещества	68
9.1. Раннее выявление потребителей ПАВ среди обучающихся образовательных организаций	68
9.2. Медико-генетическое консультирование	70
9.3. Профилактические медицинские осмотры и освидетельствование	72
10. Внутриведомственное взаимодействие	76
11. Межведомственное взаимодействие	85
11.1. Работа с образовательными учреждениями	86
11.2. Работа с трудовыми коллективами	89
11.3. Взаимодействие со структурами МВД, ФСКН, военкоматами и другими силовыми структурами и организациями	92
12. Методы профилактического вмешательства для психокоррекционной работы	94
12.1. Мотивационное интервью и мотивационное консультирование	94
12.2. Семейное консультирование	116
12.3. Тренинг с группами риска	121
13. Формирование ЗОЖ	126
14. Мониторинг наркологической ситуации	131
15. Обучающая деятельность наркологической службы	133
Заключение	136
ПРИЛОЖЕНИЯ	137

Аннотация

В Рекомендациях представлен комплексный подход в реализации профилактической деятельности наркологической службы. В них освещены актуальные вопросы профилактики наркологических заболеваний в современных условиях. Это факторы риска-защиты с позиции общего и дифференцированного подхода; методы медицинского профилактического вмешательства, распределенные по дифференцированным группам населения; информирование населения; раннее выявление лиц, употребляющих психоактивные вещества; внутри- и межведомственное взаимодействие и другие. Подробно представлен полный перечень нормативной документации, обуславливающий медицинскую профилактическую деятельность, изложены принципы, методы проведения профилактических медицинских услуг.

Рекомендации предназначены для использования в работе со здоровым населением и группами риска по наркологическим заболеваниям и организации мероприятий по формированию здорового образа жизни.

Представленные материалы предназначены для использования различными специалистами: врачами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками и консультантами, как в первичной медико-санитарной сети, так и в специализированных наркологических учреждениях.

В клинических рекомендациях систематизирован накопленный многолетний опыт профилактической работы мировой и отечественной наркологии, отражающий новые тенденции последних лет, в частности, раннее выявление лиц, употребляющих психоактивные вещества, и тестирование больших коллективов. Описаны методы воздействия на разные группы населения, выстроенные в единую стратегию профилактической помощи.

Нормативные ссылки

Нормативно-правовые акты РФ, регламентирующие профилактику потребления ПАВ, представлены в следующем порядке:

- А.** Нормативно-правовые акты РФ, утверждающие общий порядок профилактики наркологических заболеваний.
- Б.** Организация оказания наркологической помощи в Российской Федерации регламентируется нормативными актами Минздрава России.
- В.** Нормативно-правовые акты Минздрава России, утверждающие общий порядок профилактики наркологических заболеваний.
- Г.** Нормативно-правовые акты РФ, утверждающие порядок профилактики алкоголизма.
- Д.** Нормативно-правовые акты РФ, утверждающие порядок профилактики наркомании.
- Е.** Нормативно-правовые акты РФ, утверждающие порядок профилактики курения табака и влияния табачного дыма.
- Ж.** Нормативно-правовые акты РФ о раннем выявлении незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в образовательных учреждениях.
- З.** Нормативная база для проведения медицинских осмотров и освидетельствования граждан врачом психиатром-наркологом.
- И.** Международные нормативно-правовые акты по вопросам профилактики наркологических заболеваний.

А. Нормативно-правовые акты РФ, утверждающие общий порядок профилактики наркологических заболеваний:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015 г.).
2. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ (ред. от 13.07.2015 г., с изм. от 14.07.2015 г.) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.08.2015 г.).
3. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 13.07.2015 г.) «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015 г.) Статья 41. Охрана здоровья обучающихся.
4. Федеральный закон от 25.11.2013 г. № 317-ФЗ (ред. от 31.12.2014 г.) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2015 г.)
5. Федеральный закон от 25.11.2013 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
6. Федеральный закон от 03.02.2015 г. № 7-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

7. «Концепция общественной безопасности в Российской Федерации» (утв. Президентом РФ 14.11.2013 г. № Пр-2685).
8. Указ Президента Российской Федерации от 09.06.2010 г. № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года».
9. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
10. Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы».
11. Указ Президента РФ от 09.10.2007 г. № 1351 (ред. от 01.07.2014 г.) «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».
12. Постановление Правительства РФ от 28.03.2008 г. № 216 (ред. от 15.10.2008 г.) «О Правительственной комиссии по профилактике правонарушений».
13. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”». Паспорт подпрограммы 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
14. Постановление Правительства РФ от 20.06.2011 г. № 485 «Об утверждении Положения о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации “Положение о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации”».
15. Распоряжение Правительства РФ от 29.05.2015 г. № 996-р «Об утверждении Стратегии развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года». Обновление воспитательного процесса с учетом современных достижений науки и на основе отечественных традиций.

Б. Организация оказания наркологической помощи в Российской Федерации регламентируется нормативными актами Минздрава России:

16. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 929н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю “Наркология”».
17. Приказы Минздрава России от 04.11.2012 г. №№ 124н-135н «Стандарты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи при наркологических расстройствах».
18. Приказ Минздрава России от 22.10.2003 г. № 500 «Протокол ведения больных “Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)”».
19. Приказ Минздрава России от 05.06.2014 г. № 263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года».

20. Приказ Минздрава РФ от 23.08.1999 г. № 327 «Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 17.09.1999 г. № 1901).
21. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “Наркология”» (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 г. № 27503).
22. Приказ Минздрава России от 22.01.2014 г. № 35н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности «Психиатрия-наркология» (вместе с «Примерной дополнительной профессиональной программой повышения квалификации врачей со сроком освоения 72 академических часа по специальности «Психиатрия-наркология» по теме «Неотложная наркология», «Примерной дополнительной профессиональной программой повышения квалификации врачей со сроком освоения 144 академических часа по специальности «Психиатрия-наркология», «Примерной дополнительной профессиональной программой профессиональной переподготовки врачей по специальности «Психиатрия-наркология» (срок обучения 576 академических часов)» (Зарегистрировано в Минюсте России 10.04.2014 г. № 31876) Перечень знаний, умений и навыков врача психиатра-нарколога.
23. Приказ Минздрава России от 05.06.2014 г. № 263 (ред. от 05.02.2015 г.) «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года».
24. Приказ Росстата от 13.08.2009 г. № 171 (ред. от 30.06.2014 г.) «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения психическими и наркологическими расстройствами».
25. Приказ Росстата от 16.10.2013 г. № 410 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения наркологическими расстройствами».
26. На стадии обсуждения находятся изменения, которые вносятся в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “Наркология”».
27. Информационное письмо Минздрава России № 13-2/10/2-2950 от 24 апреля 2013 г. руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан.

В. Нормативно-правовые акты Минздрава России, утверждающие общий порядок профилактики наркологических заболеваний:

28. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009 г. № 597н (ред. от 26.09.2011 г.) «Об организации деятельности центров здоровья

по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (вместе с «Требованиями к организации деятельности центров здоровья для взрослого населения по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака») (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.09.2009 г. № 14871).

29. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» с изменениями и дополнениями: от 28 октября 2013 г., от 10 декабря 2014 г.
30. Приказ Минздрава России от 28.10.2013 г. № 794н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н “Об утверждении номенклатуры медицинских услуг”» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.12.2013 г. № 30977).
31. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 01.04.2013 г., регистрационный № 27930).
32. Приказ Минздрава России от 30.09.2013 г. № 677 «Об утверждении Информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года».
33. Приказ Минздравсоцразвития России № 387 от 26 мая 2006 г. «Об утверждении Положения о Департаменте развития медицинской помощи и курортного дела Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».
34. Письмо Минздрава России от 29.08.2013 г. № 14-2/10/2-6432 «О направлении Методических рекомендаций “Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения”».

Г. Нормативно-правовые акты РФ, утверждающие порядок профилактики алкоголизма:

35. Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года».
36. Приказ Минздрава СССР от 12.09.1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями» (вместе с «Инструкцией о порядке диспансерного учета

больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств без клинических проявлений заболевания»).

Д. Нормативно-правовые акты РФ, утверждающие порядок профилактики наркомании:

37. Федеральный закон от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ (ред. от 03.02.2015 г.) «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.06.2015 г.).
38. Федеральный закон от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ (ред. от 13.07.2015 г.) «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Статья 23.2. «Органы по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ».
39. Федеральный закон от 07.06.2013 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».
40. Федеральный закон от 31.12.2014 г. № 501-ФЗ «О внесении изменений в федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах».
41. Указ Президента РФ от 18.10.2007 г. № 1374 (ред. от 27.07.2013) «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» (вместе с «Положением о Государственном антинаркотическом комитете», «Положением об антинаркотической комиссии в субъекте Российской Федерации»).
42. Приказ Минздравсоцразвития России № 801 от 25 декабря 2007 г. «О признании не действующим на территории Российской Федерации приказа Министерства здравоохранения СССР от 30 декабря 1982 г. № 1311 “О мерах по устранению серьезных недостатков и дальнейшему усилению борьбы с наркоманиями, улучшению учета, хранения, прописывания и использования наркотических лекарственных средств”».

Е. Нормативно-правовые акты РФ, утверждающие порядок профилактики курения табака и влияния табачного дыма:

43. Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».
44. Федеральный закон от 21.10.2013 г. № 274-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс РФ об административных правонарушениях и Федеральный закон “О рекламе” в связи с принятием Федерального закона “Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака”».

45. Постановление Правительства РФ от 23.12.2013 г. № 1214 «Об утверждении Положения о проведении мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака».
46. Постановление Правительства Российской Федерации от 18 марта 2014 г. № 200 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака”».
47. Приказ Минздрава России от 30.05.2013 г. № 339н «Об утверждении Порядка согласования материалов, подготовленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации для информирования населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма на территории субъекта Российской Федерации» (Зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2013 г. № 29344).
48. Приказ Минздрава России от 12 мая 2014 г. № 214н «Об утверждении требований к знаку о запрете курения и к порядку его размещения».
49. Приказ Минздрава России от 12 мая 2014 г. № 215н «Об утверждении перечня документов, удостоверяющих личность (в том числе личность иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации) и позволяющих установить возраст покупателя табачной продукции».
50. Письмо Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 г. № 14-3/10/1-2817 «О направлении Методических рекомендаций «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения» (вместе с Методическими рекомендациями «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения»», утв. Минздравсоцразвития России 23.04.2012 г.).
51. Письмо Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 г. № 14-3/10/1-2817 «О направлении Методических рекомендаций «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения» (вместе с Методическими рекомендациями «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения»», утв. Минздравсоцразвития России 23.04.2012 г.). 3.2. Объем медицинской помощи по преодолению потребления табака на уровне участкового врача (общей практики) и врачей терапевтического профиля.

Ж. Нормативно-правовые акты РФ о раннем выявлении незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в образовательных учреждениях:

52. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 2014 г. № 581н «О Порядке проведения профилактических

- медицинских осмотров обучающихся в образовательных организациях и профессиональных организациях, а также профессиональных организаций высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».
53. Методические рекомендации № 206-ВС от 15.01.2008 г. по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях.
 54. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 16 июня 2014 г. № 658 «Об утверждении порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных образовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования».
 55. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 5.09.2011 г. № МД-1197/06 «О Концепции профилактики употребления психотропных веществ в образовательной среде».

3. Нормативная база для проведения медицинских осмотров и освидетельствования граждан врачом психиатром-наркологом:

56. Федеральный закон от 13 июля 2015 г. № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
57. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 437-ФЗ «О внесении изменений в федеральный закон «О безопасности дорожного движения» и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях по вопросам медицинского обеспечения безопасности дорожного движения».
58. Федеральный закон от 30 мая 2001 г. № 70-ФЗ «Об арбитражных заседателях арбитражных судов субъектов Российской Федерации».
59. Федеральный закон от 20 августа 2004 г. № 113-ФЗ «О присяжных заседателях федеральных судов общей юрисдикции в Российской Федерации».
60. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. № 1604 «О перечне медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством».
61. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 февраля 2015 г. № 143 «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием, и о внесении изменений в Правила оборота гражданского оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации».
62. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 789 «Об утверждении Положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешения на временное проживание».

63. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 794 «Об утверждении Положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства вида на жительство».
64. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 г. № 300 «Об утверждении Перечня заболеваний, препятствующих исполнению обязанностей частного охранника».
65. Постановление Совета судей Российской Федерации «Об утверждении Перечня заболеваний, препятствующих назначению на должность судьи».
66. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 835н «Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров».
67. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 декабря 2014 г. № 813н «О внесении изменений в номенклатуру медицинских услуг, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н».
68. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 декабря 2009 г. № 984н «Об утверждении порядка прохождения диспансеризации государственными гражданскими служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения».
69. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 марта 1999 г. № 83 «О Перечне медицинских противопоказаний для осуществления работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну».
70. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.04.2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».
71. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.04.2012 г. № 339н «Об утверждении разъяснения по применению перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией, утвержденное постановлением Прави-

тельства Российской Федерации от 18 мая 2011 г. № 394».

72. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 1993 г. № 302 «Об утверждении Перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».
73. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 июля 2003 г. № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения».

И. Международные нормативно-правовые акты по вопросам профилактики наркологических заболеваний:

74. Единая конвенция ООН по наркотическим средствам (Нью-Йорк, США, 1961 г., с поправками 1972 г.).
75. Конвенция ООН о психотропных веществах (Вена, Австрия, 1971).
76. Европейская хартия по алкоголю ВОЗ (ЕХА ВОЗ принята Европейской конференцией «Здоровье, общество и алкоголь», Париж, Франция, 12-14.12.1995 г.).
77. Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ (заключена в г. Вене, Австрия, 20.12.1988 г.).
78. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ принята на 56-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, Швейцария, 21 мая 2003 г., и вступила в силу 27.02.2005 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных,
- поиск литературных научных источников.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по профилактике и 15 лет для рекомендаций по психокоррекции.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов,
- оценка значимости по рейтинговой схеме (табл. 1).

Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных метаанализов,
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

С целью исключения влияния субъективного фактора и минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Описание методов, использованных для анализа доказательств

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что, в свою очередь, влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, сфокусированных на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций. Был использован вопросник MERGE, разработанный Департаментом здравоохранения Нового Южного Уэльса. Этот вопросник предназначен для детальной оценки и адаптации в соответствии с требованиями Российского респираторного общества (РРО) для соблюдения оптимального баланса между методологической строгостью и возможностью практического применения.

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+

C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs)

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на медико-психологическом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

анализ стоимости не проводился.

Метод валидации рекомендаций:

- внешняя экспертная оценка,
- внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения перспектив профилактических интервенций.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте МНПЦН для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании

рекомендаций. Проект рекомендаций также был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики – Good Practice Points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики

Министерство здравоохранения РФ на современном этапе модернизации здравоохранения ставит задачу по обеспечению доступности медицинской помощи, направленной на профилактику наркологических заболеваний. Она включает информирование о факторах риска возникновения аддикций и принципах здорового образа жизни, раннее выявление потребителей ПАВ, диагностику и коррекцию основных факторов риска развития наркологических и хронических неинфекционных заболеваний, связанных с потреблением алкоголя, табака и немедицинского потребления наркотических и психоактивных веществ.

Диагностика наркологического заболевания проводится с помощью клинического метода. Дополнительные сведения дают лабораторные и инструментальные методы диагностики. Формализация диагноза производится с использованием МКБ-10.

Диагностические группы различаются по потребляемому ПАВ или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства:

- F10...алкоголя
- F11...опиоидов
- F12...каннабиноидов
- F13...седативных или снотворных средств
- F14...кокаина
- F15...психостимуляторов, включая кофеин
- F16...галлюциногенов
- F17...табака
- F18...летучих растворителей
- F19...сочетанного нескольких ПАВ

В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у пациента расстройства.

Заключение об употребляемом веществе делается по субъективным и/или объективным данным.

В случае употребления пациентом более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

В случае хаотичного приема веществ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F19.

Важно помнить, что диагноз «Наркомания» устанавливается только в том случае, если ПАВ включено в официальный «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (Список 1, 2, 3)», то есть в случаях зависимости от седативных или снотворных веществ F13, стимуляторов F15, галлюциногенов F16, летучих растворителей F18, употребления нескольких седативных веществ F19 в коде психические расстройства ставится русская буква «Н».

В противном случае расстройство квалифицируется как «токсикомания» и ставится русская буква «Т»; данные буквы устанавливаются в конце шифра.

Данный раздел подробно описан в МКБ-10, Класс V «Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)»; F10-F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психотропных веществ.

3. Этиология и патогенез синдрома зависимости

Данный раздел подробно описан в Национальных клинических рекомендациях по диагностике и лечению синдрома зависимости.

4. Клиническая диагностика синдрома зависимости

Данный раздел подробно описан в Национальных клинических рекомендациях по диагностике и лечению синдрома зависимости. В настоящих рекомендациях приводится перечень медицинских услуг в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», с изменениями и дополнениями: от 28 октября 2013 г., от 10 декабря 2014 г., оказываемых для диагностики синдрома зависимости и используемых для профилактики, проводимой в амбулаторных условиях (табл. 3).

Таблица 3. Медицинские услуги для диагностики синдрома зависимости (в амбулаторных условиях)

1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
В амбулаторных условиях	
Прием врача психиатра-нарколога (осмотр, консультация) Прием врача-психиатра подросткового (осмотр, консультация) Прием медицинского психолога (тестирование, консультация)	<p>Разделы класса «В» обозначают определенный тип медицинской услуги:</p> <p>01 – врачебная лечебно-диагностическая</p> <p>.035 – психиатрия и судебно-психиатрическая экспертиза</p> <p>V01.035.003 Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный</p> <p>V01.035.004 Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского повторный</p> <p>V01.035.007 Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского участкового первичный</p> <p>V01.035.008 Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского участкового повторный</p> <p>V01.035.009 Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового первичный</p> <p>V01.035.010 Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового повторный</p> <p>V01.035.011 Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового участкового первичный</p> <p>V01.035.012 Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового участкового повторный</p>

<p>.036 – психиатрия-наркология</p> <p>V01.036.001 Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога первичный</p> <p>V01.036.002 Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога повторный</p> <p>V01.036.003 Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога участкового первичный</p> <p>V01.036.004 Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога участкового повторный</p> <p>.070 – прочие</p> <p>V01.070.001 Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)</p> <p>02 – сестринский уход</p> <p>.069 – прочие. Подраздел «Прочие» включает медицинские услуги, которые не могут быть классифицированы в соответствующем подразделе (например: услуги медицинского психолога)</p> <p>V02.069.001 Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный</p> <p>V02.069.002 Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный</p> <p>V02.036.001 Процедуры сестринского ухода при лечении больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ</p> <p>03 – сложная диагностическая услуга (методы исследования: лабораторный, функциональный, инструментальный, рентгенорадиологический и др.), формирующая диагностические комплексы</p> <p>V03.059.001 Психологическое (психотерапевтическое) консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний первичное</p> <p>V03.059.002 Психологическое (психотерапевтическое) консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний повторное</p> <p>04 – медицинские услуги по профилактике, такие как диспансерное наблюдение, вакцинация, медицинские физкультурно-оздоровительные мероприятия</p>

<p>.035 – психиатрия и судебно-психиатрическая экспертиза V04.035.003 Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского V04.035.004 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского V04.035.005 Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского участкового</p> <p>.036 – психиатрия-наркология V04.036.001 Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога V04.036.002 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога</p> <p>.069 – прочие. Подраздел «Прочие» включает медицинские услуги, которые не могут быть классифицированы в соответствующем подразделе (например: услуги медицинского психолога) V04.069.001 Школа психологической профилактики для пациентов и родственников V04.069.002 Индивидуальное краткое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний V04.069.003 Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний первичное V04.069.004 Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний повторное V04.069.005 Групповое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний</p> <p>05 – медицинские услуги по медицинской реабилитации .036 – психиатрия-наркология V05.036.001 Услуги по медицинской реабилитации больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ</p>
--

<p>Класс «А» включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение</p> <p>01 – функциональное обследование без использования приспособлений и/или приборов и выполняемое непосредственно медицинскими работниками (физикальные исследования, включая сбор жалоб, анамнеза, перкуссию, пальпацию и аускультацию); 29 – Психическая сфера A01.29.001 Сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии A01.29.002 Визуальное исследование в психиатрии A01.29.003 Пальпация в психиатрии</p> <p>13 – исследования и воздействия на сознание и психическую сферу .29. – Психическая сфера A13.29.003 Психологическая адаптация A13.29.003.001 Тестологическое психодиагностическое обследование A13.29.004 Терапия средой A13.29.005.001 Арт-терапия A13.29.006 Психологическое консультирование A13.29.006.001 Индивидуальное психологическое консультирование A13.29.006.002 Групповое психологическое консультирование A13.29.006.003 Семейное психологическое консультирование A13.29.007 Психологическая коррекция A13.29.007.001 Индивидуальная психологическая коррекция A13.29.007.002 Групповая психологическая коррекция A13.29.008 Психотерапия</p>

	<p>A13.29.008.001 Индивидуальная психотерапия</p> <p>A13.29.008.002 Групповая психотерапия</p> <p>A13.29.010 Наркопсихотерапия</p> <p>A13.29.011 Социально-реабилитационная работа</p> <p>A13.29.013 Процедуры по адаптации к условиям микросреды</p> <p>A13.29.014 Процедуры по адаптации к условиям макросреды</p> <p>.30 – Прочие</p> <p>A13.30.003 Аутогенная тренировка</p>
2. Лабораторные методы исследования	
обязательно	по показаниям
<i>В амбулаторных условиях</i>	
<p>Определение наличия психотропных веществ в слюне с помощью тест-полоски</p> <p>Исследование антител к ПАВ в крови</p> <p>Определение маркеров хронического злоупотребления алкоголем методом CDT</p>	<p>Класс «А» включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение</p> <p>01 – функциональное обследование без использования приспособлений и/или приборов и выполняемое непосредственно медицинскими работниками (физикальные исследования, включая сбор жалоб, анамнеза, перкуссию, пальпацию и аускультацию)</p> <p>.29 – Психическая сфера</p> <p>A01.29.004 Опрос (анкетирование) на выявление неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития</p> <p>02 – функциональное обследование с использованием простых приспособлений, приборов, не требующее специальных навыков и помощи ассистента;</p> <p>.30 – Прочие</p> <p>A02.30.007 Определение содержания угарного газа (монооксида углерода) в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора. Это исследование направлено на определение уровня угарного газа в выдыхаемом воздухе (SmokeCheck) с целью определения степени тяжести курения и выявления «пассивных курильщиков»</p> <p>09 – исследования биологических жидкостей, с помощью которых исследуются концентрации веществ в жидких средах организма и активность ферментативных систем;</p>

	<p>.05 – Система органов кроветворения и кровь</p> <p>A09.05.100 Исследование уровня алкогольдегидрогеназы в крови</p> <p>A09.05.211 Исследование уровня психотропных веществ в крови</p> <p>A09.05.229 Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза</p> <p>.07 – Полость рта и зубы</p> <p>A09.07.005 Определение наличия психотропных веществ в слюне</p> <p>В том числе исследование маркеров экспозиции к табачному дыму: котинина в слюне</p> <p>A09.07.005.001 Определение наличия психотропных веществ в слюне с помощью тест-полоски</p> <p>A09.07.006 Исследование уровня психотропных веществ в слюне</p> <p>.28 – Почки и мочевыделительная система</p> <p>A09.28.055 Определение наличия психотропных веществ в моче.</p> <p>В том числе исследование маркеров экспозиции к табачному дыму: котинина в моче, 1-гидроксипиренглюкуронида (1-OPHG) в моче</p> <p>A09.28.055.001 Определение наличия психотропных веществ в моче с помощью тест-полоски</p> <p>A09.28.056 Исследование уровня психотропных веществ в моче</p> <p>10 – диагностические исследования, выполняемые в процессе лечения</p> <p>.30 – Прочие</p> <p>A10.30.003 Скрининг-исследование на аппаратно-программном комплексе уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма</p> <p>12 – исследования функции органов или тканей с использованием специальных процедур, приспособлений и методик, не обозначенных в других рубриках, направленных на прямое исследование функции органов или тканей, медикаментозные и физические пробы, исследование оседания эритроцитов, иммунные реакции, в том числе определение группы крови и резус-фактора, исследование системы гемостаза (за исключением уровня факторов свертывающей системы) и др.</p>
--	---

<p><i>.6 – Иммунная система</i> A12.06.042 Исследование антител к ПАВ в крови, в том числе использование метода «Дианарк»</p> <p>Разделы класса «В» обозначают определенный тип медицинской услуги:</p> <p>1 – врачебная лечебно-диагностическая; <i>.045 – судебно-медицинская экспертиза</i> B01.045.012 Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ.</p> <p>3 – сложная диагностическая услуга (методы исследования: лабораторный, функциональный, инструментальный, рентгенорадиологический и др.), формирующая диагностические комплексы; <i>.045 – судебно-медицинская экспертиза</i> B03.045.011 Эмиссионно-спектральный анализ (исследование) волос, ногтей и соскобов кожи с целью определения биогеохимических особенностей места проживания. В том числе исследование маркеров экспозиции к табачному дыму: никотин в волосах</p>

5. Общие вопросы медицинской профилактики наркологических заболеваний

5.1. Определения, цели и задачи медицинской профилактики

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г., ст. 2, **профилактика** – это комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья. Он включает формирование ЗОЖ, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, определение причин и условий их возникновения и развития и направлен на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Медицинская профилактика наркологических заболеваний (далее возможны сочетания) – профилактика зависимостей от ПАВ – это комплекс мер, реализуемых через систему здравоохранения специалистами наркологической службы самостоятельно и совместно со специалистами внутриведомственного и межведомственного взаимодействия.

Профилактика зависимости от ПАВ может быть первичной, вторичной и третичной.

Первичная профилактика наркологических заболеваний включает мероприятия, направленные на своевременное предупреждение факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, в первую очередь, до потребления алкоголя, табака и немедицинского потребления наркотических и психоактивных веществ, причин возникновения наркологических заболеваний, негативных исходов влияний потребления ПАВ. Первичная профилактика направлена на усиление социально-позитивных мотиваций в развитии индивида или группы лиц, формирование у населения установок на **ЗОЖ**. Первичная профилактика охватывает все группы населения, в первую очередь подростков и молодых людей. Она носит неспецифический (универсальный) характер, состоит преимущественно из психологических, социальных, педагогических и медико-биологических практик.

Наибольшее количество мероприятий первичной медицинской профилактики проводят в формате информирования различных групп населения с учетом возраста и пола профилактируемых лиц. К мероприятиям первичной профилактики относят раннее выявление потребителей ПАВ с помощью медико-биологических методов и проведения опросов. Работа по первичной профилактике наркологических заболеваний проводится специалистами наркологической службы как самостоятельно, так и совместно со специалистами учреждений внутриведомственного и межведомственного взаимодействия. В первую очередь, в медицинских учреждениях, в учреждениях образования, а также на предприятиях, где медицинский работник наркологической службы выступает в роли консультанта или эксперта медицинской профилактики.

Вторичная профилактика наркологических заболеваний относится к избирательной превентивной работе. Она направлена на лиц, которые имеют опыт потребления алкоголя, табака, наркотиков и других ПАВ, или лиц, у которых уже формируются начальные признаки зависимости. Их определяют как представителей группы риска развития наркологических заболеваний. Вторичная профилактика направлена на работу с лицами – представителями группы риска из разных возрастных и социальных слоев населения. Особое значение придается работе с группой риска, состоящей из подростков и молодых людей. Вторичная профилактика носит специфический характер. Она нацелена на преодоление у населения имеющихся факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, в первую очередь связанных с потреблением алкоголя, табака и немедицинского потребления наркотических веществ и ПАВ. Мероприятия вторичной профилактики проводятся только с представителями группы риска и членами их семей. Вторичная профилактика проводится с использованием медицинских методов диагностики, осмотров, тестирования, консультирования. При этом применяются психологические, психокоррекционные и педагогические практики. Большинство мероприятий вторичной профилактики специалисты наркологической службы проводят амбулаторно.

Третичная профилактика наркологических заболеваний направлена на лиц, имеющих зависимость от ПАВ и находящихся в стадии ремиссии. Мероприятия и методы, используемые в третичной профилактике, подробно описаны в Клинических рекомендациях по реабилитации наркологических больных.

Стратегической целью первичной и вторичной профилактики наркологических заболеваний является снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и сокращение масштабов немедицинского потребления наркотиков и потребления табака, а также формирование негативного отношения к потреблению табака, злоупотреблению алкоголем и потреблению наркотиков на принципах ЗОЖ.

Достижение названной цели осуществляется путем решения **основных задач** информационного, организационного, мотивационного и обучающего характера:

- Повышение уровня осведомленности населения о негативных последствиях злоупотребления алкоголем, немедицинского потребления наркотиков, употребления табака и других ПАВ, проведение грамотной информационной политики в средствах массовой информации.
- Развитие системы раннего выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, и незаконных потребителей наркотиков.
- Организация и проведение профилактических мероприятий с группами риска возникновения наркологических заболеваний.
- Организация профилактической работы в организованных (трудовых и образовательных) коллективах.
- Мотивация на изменение поведения, обусловленного влиянием фак-

торов риска возникновения наркологических заболеваний, в первую очередь отказа от потребления ПАВ или снижения объемов потребления ПАВ.

- Формирование негативного отношения в обществе к злоупотреблению алкоголем, употреблению табака, немедицинскому потреблению наркотиков и других ПАВ, в том числе путем проведения активной пропагандистской деятельности.
- Формирование личной ответственности за свое поведение, обуславливающее снижение спроса на алкоголь, табак, наркотики и другие ПАВ.
- Формирование психологического иммунитета к потреблению алкоголя, наркотиков, табака и других ПАВ у детей школьного возраста, их родителей и учителей.
- Формирование навыков ЗОЖ.

В каждом регионе РФ среди лиц, обратившихся в наркологическую службу за помощью, преобладают пациенты с алкогольными проблемами. Доля таких пациентов составляет более 80%. В связи с этим профилактические действия по решению проблемы неконтролируемого употребления алкоголя являются первоочередными в профилактике наркологических заболеваний в России. Это должно отразиться на распределении числа мероприятий и структуре содержания мероприятий и планов работ по первичной профилактике, проводимой наркологической службой.

В разных регионах РФ структура группы риска по наркологическим заболеваниям неоднородна по возрасту, полу и социальному положению входящих в нее лиц. Это требует от специалистов наркологической службы глубокого знания ситуации, выявленных групп риска, четкого планирования и осуществления работ по вторичной профилактике, проводимой в конкретном регионе.

С позиции медицинской профилактики причины и условия, достоверно увеличивающие возможности индивида или группы лиц стать потребителями ПАВ или усилить проблемы наркологического характера до заболеваний, называются **факторами риска возникновения наркологических заболеваний**. Индивиды, имеющие высокую частоту проявления факторов риска, составляют **группу риска** по возникновению наркологических заболеваний.

Причины и условия, снижающие вероятность у индивида или группы лиц стать потребителем ПАВ, называются факторами защиты и составляют пути формирования ЗОЖ. С позиции медицинской профилактики наркологических заболеваний **ЗОЖ** предполагает активное непринятие и/или отказ от потребления табака и наркотиков, злоупотребления алкоголем, а также рациональное питание и наличие достаточного уровня физической активности, предотвращение развития опасного суицидального поведения. Условия, обеспечивающие формирование ЗОЖ, касающиеся профилактики употребления ПАВ, следующие:

- реализация государственной политики, предотвращающей наркологические заболевания и способствующей формированию среди населения ЗОЖ;
- формирование ЗОЖ у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению ЗОЖ и создание условий для ведения ЗОЖ;
- соблюдение гигиенических нормативов и регламентов, обеспечивающих безопасность на производстве, связанном с высоким риском для жизни, в дорожно-транспортной сфере, при ношении оружия;
- раннее выявление группы риска развития наркологических заболеваний посредством проведения предварительных (при поступлении на работу) и профилактических (периодических) медицинских осмотров с учетом общих рисков развития наркологических заболеваний;
- проведение диспансерного наблюдения и психокоррекции лиц группы риска;
- обучение профилактируемых лиц группы риска, а также представителей администраций и работников организаций (предприятий) основам медицинских знаний, способам сохранения здоровья на рабочем месте.

Нормативной единицей (медицинской, психологической, социальной, педагогической, экономической) профилактической работы является **профилактическое медицинское вмешательство**. Оно выполняется медицинскими работниками. Профилактическое медицинское вмешательство включает совокупность действий, направленных на просвещение населения о факторах риска развития наркологических заболеваний и ценности ЗОЖ. Превенция включает распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия наркологических заболеваний. Профилактическое медицинское вмешательство проводится в том числе посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, а также выдаваемых рекомендаций психиатром-наркологом и психологом, мотивации обратившихся на изменение поведения по отказу от приема ПАВ и формирования антиаддиктивных навыков по сохранению и развитию здоровья.

5.2. Субъекты и объекты медицинской профилактики

В соответствии с нормативно-правовыми документами в создании системы медицинской профилактики наркологических заболеваний участвуют все органы государственной исполнительной власти, органы местного самоуправления муниципальных образований, в первую очередь органы здравоохранения, образования, МВД, органы по делам семьи и молодежи, различные организации, включая государственные и муниципальные учреждения, общественные и религиозные объединения. Также в реализации этой системы принимают участие отдельные физические лица: родители

(иные законные представители детей), специалисты образовательных и культурно-просветительских учреждений, учреждений спорта и туризма, волонтеры молодежных организаций.

Все субъекты в соответствии с их компетенцией выявляют основные причины и условия, способствующие злоупотреблению алкоголем, табакокурению, немедицинскому потреблению наркотиков и других ПАВ, и принимают меры, направленные на их устранение.

Координацию медицинской профилактики наркологических заболеваний проводит Министерство здравоохранения Российской Федерации. Взаимодействие между субъектами профилактики осуществляется посредством обмена научно-практической, методической информацией, наглядно-информационными материалами, данными мониторинга наркологических заболеваний и профилактических мероприятий, создания внутриведомственных и межведомственных согласованных отношений по информированию населения и раннему выявлению потребителей ПАВ, которое организуется по территориальному принципу.

Объектами системы медицинской профилактики наркологических заболеваний являются **население**, на которое направлены профилактические медицинские вмешательства, и **специалисты**, которые принимают участие во внутриведомственном и межведомственном взаимодействии по превентивному информированию населения, формированию ЗОЖ и раннему выявлению потребителей ПАВ.

Объекты, на которые направлены профилактические медицинские вмешательства, подразделяются на **дифференцированные группы населения** по возрасту и полу, с которыми работают **специалисты различных учреждений**:

- **Группа «женщины и плод»**

Население: беременные, также женщины фертильного возраста, девушки, девочки-подростки.

Специалисты: женских консультаций, роддомов, гинекологических кабинетов врачебного и доврачебного осмотра, поликлиник, в том числе студенческих, подростковых, ведомственных.

- **Группа «семья и дети 0-5 лет»**

Население: семьи (родители, опекуны, бабушки, дедушки), имеющие ребенка или 2 и более детей в возрасте от 0 до 5 лет.

Специалисты: детских поликлиник, дошкольных образовательных учреждений и учреждений дополнительного образования и оздоровительных центров КДН и отделов МВД.

- **Группа «семья и дети 6-9 лет»**

Население: семьи (родители, опекуны, бабушки, дедушки), имеющие ребенка или 2 детей и более, и сами дети младшего школьного возраста 6-9 лет.

Специалисты: учреждений общего среднего, дополнительного и профессионального образования, детско-юношеских учреждений спорта,

туризма, культуры, досуга, представители молодежных общественных и религиозных организаций, военкоматов, КДН, отделов МВД и органов Министерства юстиции.

- **Группа «семья и подростки 10-17 лет»**

Население: подростки 10-17 лет и их родительские семьи, а также семьи (родители, опекуны, бабушки, дедушки), имеющие ребенка или 2 и более детей подросткового возраста 10-17 лет.

- **Группа «молодежь 18-24 года»**

Население: молодые люди в возрасте 18-24 года.

- **Группа «взрослые 25-59 лет»**

Население: взрослое работоспособное население 25-59 лет.

Специалисты для этих трех групп населения: поликлиник, в том числе студенческих и ведомственных, стационаров, учреждений начального, среднего и высшего профессионального и специального образования, учреждений спорта, туризма, культуры, досуга, представители общественных и религиозных организаций, военкоматов, отделов МВД и органов Министерства юстиции.

- **Группа «60 лет и старше, пенсионеры»**

Население: лица 60 лет и старше и вышедшие на пенсию.

Специалисты: поликлиник и стационаров, в том числе ведомственных и геронтологических, а также представители от социальной защиты, пенсионных фондов, патронатных учреждений, учреждений спорта, туризма, культуры, досуга, администраций жилищных фондов, общественных и религиозных организаций.

5.3. Функции профилактической деятельности наркологической службы

Профилактические функции наркологической службы включают следующие виды деятельности:

- Координация, организация и проведение мероприятий по первичной, вторичной и третичной медицинской профилактике наркологических заболеваний на территории субъекта.

- Информирование населения о влиянии на здоровье таких негативных факторов, как употребление наркотических средств и психотропных веществ, злоупотребление алкоголем и другими ПАВ, и о влиянии вышеуказанных факторов на здоровье женщин в репродуктивный период, включая период беременности, в целях предупреждения внутриутробного поражения плода. Информирование также включает предоставление населению информации о возможностях защиты от негативного влияния наркологических заболеваний и факторов риска их возникновения.

- Обеспечение информационными, просветительскими материалами медицинских организаций и населения по вопросам организации оказания профилактической и лечебной помощи.

- Организация и проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

- Раннее выявление лиц, имеющих опыт незаконного потребления наркотических средств или психотропных веществ. В первую очередь, это относится к обучающимся общеобразовательных учреждений и учреждений профессиональной подготовки, прошедших социально-психологическое тестирование и (или) профилактический медицинский осмотр. Направление выявленных потребителей для более углубленной диагностики в условиях специализированной медицинской организации или ее структурного подразделения, оказывающего наркологическую помощь.

- Участие в профилактических (предварительных, периодических) медицинских осмотрах несовершеннолетних, профилактических медицинских осмотрах населения в возрасте 18 лет и старше с целью раннего выявления потребителей ПАВ.

- В случае выявления по результатам медицинских осмотров лиц с пагубным употреблением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ их мотивирование на участие в профилактических мероприятиях и по показаниям – в лечении и медицинской реабилитации.

- Проведение медицинского обследования организованных трудовых коллективов и выборочно членов их семей на предмет выявления групп риска.

- Оказание медицинской, консультативной, профилактической и психологической помощи трудовым коллективам, образовательным организациям по вопросам профилактики наркологических заболеваний.

- Медико-генетическое консультирование, направленное на выявление предрасположенности к потреблению ПАВ.

- Мотивационное консультирование лиц из группы риска, направленное на изменение дезадаптивных форм поведения, а также на снижение риска распространения парентеральных инфекций (ВИЧ-инфекции, гепатиты) в связи с употреблением ПАВ, и при наличии медицинских показаний – проведение лечения.

- Семейное консультирование и оказание психологической помощи созависимым членам семьи и членам семей групп риска.

- Организация и проведение мероприятий первичной профилактики наркологических заболеваний. Участие в гигиеническом просвещении и воспитании населения, в том числе детей и подростков, по вопросам профилактики наркологических заболеваний с привлечением средств массовой информации.

- Участие в пропаганде и формировании у населения, в том числе у детей и подростков, ЗОЖ; формирование навыков отказа от употребления ПАВ.

- Организационно-методическое руководство, оценка качества и эффективности работы медицинских организаций по профилактике, медицинскому освидетельствованию, диагностике, профилактическому наблюдению представителей групп риска.

- Осуществление профилактических программ, направленных на предупреждение или отказ от потребления ПАВ различных категорий населения, в том числе у детей и подростков.

- Оказание консультативной помощи врачам других специальностей по вопросам профилактики наркологических заболеваний.

- Проведение профилактических мероприятий с лицами, совершившими административные правонарушения, связанные с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

- Взаимодействие с государственными центрами здоровья и другими организациями и негосударственными учреждениями, оказывающими профессиональную медицинскую профилактическую помощь по вопросам профилактики наркологических заболеваний.

5.4. Перечень основных профилактических мероприятий

Направления профилактического медицинского вмешательства по предупреждению наркологических заболеваний определяют **перечень основных мероприятий**, осуществляемых специалистами наркологического диспансера в соответствии с законодательством Российской Федерации среди различных групп населения, и включают:

- Информирование населения, в том числе обучающихся, членов педагогического состава, родителей, а также трудовых коллективов, посредством:

- разработки и распространения информационных листовок и буклетов, продукции социальной рекламы;
- написания и публикации статей, заметок, отзывов, бюллетеней, информационно-методических материалов;
- проведения бесед, лекций, выступлений, чтения докладов (в том числе на научных конференциях);
- участия в проведении профилактических межведомственных проектов и медиапроектов в социальных сетях и СМИ.

- Раннее выявление факторов риска: проведение массовых, групповых, индивидуальных опросов (скрининга), осмотров, тестирования, лабораторной диагностики.

- Консультирование лиц, обратившихся самостоятельно, выявленных из числа группы риска, лиц с выявленным диагнозом «созависимость»:

- индивидуальное и групповое,
- семейное,
- мотивационное,
- медико-генетическое.

- Проведение психокоррекционной работы с лицами группы риска по профилактике наркологических заболеваний.

- Проведение обучающих мероприятий: участие в разработке и реализации программ по формированию установок на ЗОЖ (в том числе в разделах программ по обучению навыкам снижения потребления алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ).

6. Факторы риска и защиты: общий и дифференцированный подход

Начало злоупотребления алкоголем, употребления наркотических средств имеет примерно такие же причины, что потребления табака и других ПАВ. Однако одни факторы риска развития наркологических заболеваний доминируют над другими в соответствии с возрастом и полом.

Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивида стать потребителем ПАВ, называются **факторами риска** употребления ПАВ. Обстоятельства, достоверно снижающие шансы индивида стать потребителем ПАВ, называются факторами защиты – **протективными факторами**.

Экспертами ВОЗ разработана следующая классификация факторов риска в зависимости от уровня их проявления:

Биофизиологические факторы риска: генетическая предрасположенность, отягощенная наследственность, отклонения в развитии, органические поражения головного мозга, хронические соматические заболевания, степень изначальной толерантности, природа употребляемого вещества.

Индивидуально-психологические факторы риска по МКБ-10:

Психопатии (бессердечие, лживость, эгоцентричность, сниженная способность к переживанию, поверхностное проявление эмоциональных реакций).

Акцентуации личности, доходящие до специфических расстройств личности (F60).

- Диссоциальное расстройство личности F60.2 (аморальная, антисоциальная, асоциальная, психопатическая, социопатическая).
- Эмоционально неустойчивое расстройство личности F60.3 (агрессивная, пограничная, возбудимая).
- Истерическое расстройство личности F60.4 (истерическая, психоинфантильная).
- Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности F60.6.
- Расстройство по типу зависимой личности F60.7 (астеническая, неадекватная, пассивная, самоподавляющая).
- Другие специфические расстройства личности F60.8: эксцентричная, расторможенная («безудержная»), незрелая, самовлюбленная (нарциссическая), пассивно-агрессивная, психоневротическая.

Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90-F98):

- Дети с гиперкинетическими расстройствами (F90) часто бывают отчаянными и импульсивными, подвержены несчастным случаям и дисциплинарным взысканиям вследствие необдуманных нарушений правил, прежде чем осознают свое вызывающее поведение; диссоциальное поведение и низкая самооценка.
- Расстройства поведения (F91): дети с устойчивыми образцами необщительного, агрессивного или вызывающего поведения. К ним относятся длительное (свыше 6 месяцев) детское непослушание или подростко-

вая недисциплинированность, чрезмерная драчливость и вздорность, жестокость по отношению к другим людям и животным. Также эта группа расстройств включает тяжелую порчу имущества, поджоги, воровство, постоянную лживость, прогулы занятий в школе и побег из дома, обычно частые и тяжелые вспышки раздражения.

Психологические проблемы саморегуляции, самоконтроля, самооценки, самоуважения, рефлексии из-за неадекватного восприятия социальной поддержки и/или подчиненности среде.

Макросоциальные факторы риска: доступность табака, алкоголя, наркотиков и других ПАВ, ухудшение социально-экономической ситуации в регионе, ценностный плюрализм, мода на употребление психотропных веществ, степень правовой и моральной ответственности за их потребление, традиции общества.

Микросоциальные факторы риска: семейные – злоупотребление членами семьи психотропными веществами, несоблюдение социальных норм и правил, конфликты, неправильные стили воспитания по типу гипоопеки или гиперопеки, безнадзорность, воспитание в неполной семье; в образовательном учреждении – примеры употребления психотропных веществ, раннее асоциальное поведение, академическая неуспеваемость, конфликтные отношения со сверстниками и педагогами; в среде сверстников – отчуждение или конфликты, наличие в ближайшем окружении лиц с девиантным поведением и/или употребляющих алкоголь, табак, наркотики, одобрение употребления различных ПАВ.

ВОЗ в противоположность факторам риска выделяет и **факторы защиты**, располагая их по тем же уровням: биофизиологические, индивидуально-психологические, макросоциальные, микросоциальные.

Наиболее значимыми факторами защиты от аддикций, на которые направлено профилактическое вмешательство, являются:

- благополучное социальное окружение;
- наличие семьи, семейная стабильность и сплоченность, воспитание и теплые, близкие, уважительные отношения с членами семьи;
- достаточный уровень жизни, доступность служб социальной помощи;
- мотивация на ЗОЖ;
- наличие защитных факторов здорового и социально-эффективного поведения: устойчивость к стрессу, физическое и психическое благополучие;
- адекватная самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, устойчивость к давлению сверстников, умение контролировать свое поведение;
- вовлеченность в общественную жизнь;
- участие и организация программ досуга, альтернативных потреблению ПАВ.

В различные периоды жизни факторы риска и защиты действуют неоднозначно. Это определяет методы профилактического вмешательства,

направленные на возрастные и социальные особенности индивида или группы лиц, а также обеспечивает условия для формирования и поддержки у населения защитных факторов от наркологических заболеваний.

Профилактические подходы в работе среди дифференцированных групп населения

Профилактика среди беременных, женщин фертильного возраста, девушек, девочек-подростков. Группа «женщины и плод»

Основная роль в профилактике наркологических заболеваний среди беременных, а также женщин фертильного возраста, девушек и девочек отводится врачам акушерам-гинекологам, медсестрам и акушерам женских консультаций и роддомов. Специалисты наркологической службы выступают в роли консультантов, экспертов по вопросам профилактики и тренеров обучающих профилактических программ.

В медицине накоплено достаточно данных, свидетельствующих о долгосрочных последствиях курения, употребления алкоголя и других ПАВ во время беременности, влияющих на развитие ребенка.

Контакт с матерью начиная с пренатального периода является важнейшей потребностью организма, определяет становление его психики и поведения после рождения. Непоправимый ущерб и физическому, и нравственному здоровью ребенка наносит употребление матерью различных ПАВ.

Факторы внутриутробного поражения плода

У курящих женщин повышается риск внематочной беременности, спонтанных аборт, недонашивания и мертворождения.

В раннем неонатальном периоде у детей от курящих матерей достоверно чаще встречаются хроническая внутриутробная гипоксия, неонатальная гипогликемия, полицитемия.

У 62% новорожденных от курящих матерей отмечено нарушение в адаптационном периоде в виде развития абстинентного синдрома, особенностью которого является преобладание гипервозбудимости центральной нервной системы (тремор при беспокойстве, нарушение сна, выраженный рефлекс Моро, спонтанный тремор).

У курящих матерей выше риск преждевременной отслойки плаценты и рождения ребенка с малой массой тела.

Имеются доказательства пагубного влияния употребления алкоголя во время беременности и кормления младенца.

Факторы риска у плода

Отставание в физическом развитии детей тесно связано с тератогенным воздействием алкоголя на плод.

Развернутая клиническая картина, возникающая у плода вследствие внутриутробного воздействия этанола, носит название фетального алко-

гольного синдрома. Дети, подвергшиеся влиянию алкоголя, по сумме анамнестических, клинических и лабораторных данных могут быть определены как отдельные клинические формы: ФАС – дефицит массы и роста ниже 10-й процентиля, наличие морфологических особенностей лица (короткие глазные щели, уплощенный фильтр верхней губы, узкая верхняя губа) и отклонений со стороны центральной нервной системы (структурных, неврологических и функциональных); фетальный алкогольный спектр нарушений (ФАСН) – наличие неполного вышперечисленного комплекса диагностических критериев с подтверждением алкоголизации матери. Именно ФАС, по данным литературы, занимает лидирующую позицию в списке известных причин задержки умственного развития. Вызывают серьезные опасения данные российских исследователей о том, что почти половина женщин (54%), добровольно сообщивших об употреблении алкоголя, беременели в состоянии опьянения; 48% продолжают принимать алкоголь во время беременности, а 12% – злоупотребляют им. С целью оценки риска рождения детей с ФАС и ФАСН рекомендуется использовать опросник «СТОП» («CAGE»).

Факторы риска у женщин

Уязвимость женщины в отношении начала потребления ПАВ проявляется в период ее взросления. В это время факторами риска могут выступить попираание женского достоинства, неуважение к ней как к женщине, сексуальное насилие со стороны членов семьи или присутствие при актах насилия в семье, жестокость, особенно со стороны отца.

Значимую роль в факторах риска возникновения наркологических проблем отводят событиям, которые совпадают с ранней беременностью и ранним материнством:

– для девочек-подростков – это ранняя, особенно нежелательная, беременность и ранние аборты, ранние роды и материнство, отказ от ребенка, особенно после родов;

– для девушек – это нежелательная беременность, аборты, тяжелые роды, нежелательное материнство, отказ от ребенка после родов.

Профилактика среди семей (родителей, опекунов, бабушек, дедушек), имеющих ребенка или 2 и более детей в возрасте от 0 до 5 лет.

Группа «семья и дети 0-5 лет»

Первые годы жизни ребенка, его первый опыт общения с окружающим миром проходит в семье. Связь ребенка с матерью играет огромную роль для последующего формирования здоровой личности. Дефицит эмоционального общения с младенцем приводит к резкому замедлению психического развития ребенка. Необходимо понимать, что если родители не обладают эффективными родительскими навыками, курят, злоупотребляют алкоголем или употребляют наркотики, то ребенок становится уязвимым

и подверженным риску формирования негативного поведения в будущем.

У ребенка в возрасте от 3 до 5 лет формируется самосознание, которое проявляется в самооценке и осмыслении своих переживаний. К концу дошкольного возраста формируются самооценка и моральные качества, которые выражаются в подчинении или неподчинении правилам поведения, принятым в данном коллективе. К трем годам дети могут начать проявлять разрушительные формы поведения, устраивать истерики, демонстрировать непослушание или деструктивное поведение. Если эти характеристики не будут учтены должным образом, они могут в дальнейшем стать проблемой.

Практическая направленность профилактических действий с семьями (родителями, опекунами, бабушками, дедушками), имеющими ребенка или 2 и более детей в возрасте от 0 до 5 лет, должна учитывать **факторы риска развития наркологических заболеваний этого возраста.**

• **Генетические:**

Популяционная нагрузка семейной отягощенностью по алкоголизму значительна: 10-20% в целом в популяции, 50-85% среди граждан США, больных алкоголизмом. В России – 60-70% среди лиц, находящихся в стационарах и больных алкоголизмом и/или опийной наркоманией, что в десять раз выше, чем для здоровых лиц (7-8%). Столь мощное «генетическое давление» закономерно приводит к возрастанию уровня генетического риска развития наркологических заболеваний у лиц из отягощенных семей.

Важно, что генетические факторы достоверно связаны с болезнями зависимости от ПАВ (алкоголь, героин, кокаин и марихуана) с высоким уровнем специфического риска (55%) и с коэффициентами наследования 62-79%, а социальные и средовые факторы имеют отношение лишь к употреблению ПАВ и могут модифицировать уровень риска развития заболевания, но не прогнозировать его развитие. Семейная отягощенность, как клиническое проявление предрасположенности, также имеет «спектральный характер»: чем больше родственников в роду индивида имеют признаки наркологического заболевания, тем выше уровень предрасположенности и выше **генетический риск развития заболевания.**

К факторам риска возникновения зависимости от психоактивных веществ или индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению ими следует отнести:

1. Наличие двух или более кровных родственников, страдающих алкоголизмом или наркоманией.
2. Патологию раннего и позднего постнатального периода (гипервозбудимость, плаксивость, двигательное беспокойство, нарушение сна и др.).
3. Энурез, энкопрез.
4. Синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве, бóльшую выраженность изменений в правом полушарии.

5. Эмоциональную лабильность, экстраверсию, импульсивность (ребенок постоянно беспричинно ломает игрушки, обижается сам и обижает детей, не может с собой справиться несмотря на постоянные наказания со стороны взрослых, ситуации постоянно повторяются), гиперактивность или, наоборот, вялость, апатию, сниженное настроение, склонность к депрессиям, причем в стрессовых ситуациях депрессия становится очень глубокой.

6. Нарушение внимания: не удерживает внимание на деталях, допускает ошибки, не слушает обращенную к нему речь, не справляется до конца с заданием, забывчивость, часто теряет вещи.

7. Чувство неудовлетворенности, постоянный поиск новизны, склонность к рисковому поведению.

8. Низкую амплитуду или отсутствие волны Р300 в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале.

9. Дисфункции нейрохимических систем мозга, характерно влияние на катехоламиновую нейромедиацию, в первую очередь на функции дофамина в лимбических структурах мозга, в частности в системе подкрепления.

• **Медико-биологические:**

- перинатальные поражения центральной нервной системы;
- ФАС – отклонения в психофизическом развитии ребенка;
- низкая масса тела новорожденного;
- искусственное вскармливание;
- отклонения в развитии слуха и зрения;
- лицевые аномалии развития;
- отклонения в состоянии здоровья на первом году жизни.

• **Психологические у ребенка:**

– нарушение у ребенка эмоциональной привязанности к родителям и лицам, их замещающим;

– отставание ребенка в когнитивном и эмоциональном развитии (речевые навыки, навыки саморегуляции, контроля эмоций, снижение обучаемости);

– у ребенка проблемы с памятью, вниманием, проблемы в обучении бытовым и игровым навыкам, проблемы с послушанием. Такие дети могут нуждаться в учреждениях специального типа, логопедах и воспитателях специальной подготовки;

– нарушения в формировании мотивационной системы, нуждаются в постоянной психолого-социальной защите и поддержке.

• **Психологические у матери и отца:**

- послеродовая депрессия у матери;
- несформированность у матери и отца необходимых родительских навыков;

– нарушение в семье детско-родительских отношений (деструктивные отношения в семье).

- **Социальные:**

- жестокое обращение с ребенком и женщинами в семье (постоянные семейные конфликты, избиение, унижение ребенка, матери и других членов семьи);

- низкий социально-экономический статус семьи и/или криминальный, социально опасный район проживания семьи родителей или опекунов (бедность, безработица родителей, низкий уровень образования родителей, многодетные семьи, мигранты);

- недоступность для семьи социальной поддержки, социальная изоляция семьи (если члены семьи – инвалиды, прибывшие или находящиеся в местах лишения свободы, аморального и асоциального поведения, хронического дезадаптивного поведения);

- нарушение функционирования семьи – дисфункциональная семья (неполная по составу или замещающая семья, развод родителей, адаптация ребенка к повторному браку родителя, адаптация ребенка к замещающей семье).

Профилактика среди семей (родителей, опекунов, бабушек, дедушек), имеющих ребенка или 2 детей и более, и самих детей младшего школьного возраста 6-9 лет

Младший школьный возраст называют вершиной детства. В этом возрасте происходит смена образа и стиля жизни: новые требования, новая социальная роль ученика. Меняется восприятие своего места в системе отношений. Меняются интересы, ценности ребенка, весь уклад его жизни. Интенсивно развивается самосознание. Ведущая деятельность в младшем школьном возрасте – учебная. Ее характеристики: результативность, обязательность, произвольность. Становление самооценки младшего школьника зависит от успеваемости и особенностей общения учителя с классом. Большое значение имеют стиль семейного воспитания, принятые в семье ценности.

Несмотря на то что семья по-прежнему занимает важное место в жизни ребенка, однако роль школы, групп сверстников начинает возрастать. В связи с этим такие факторы, как общественные нормы, школьная культура и качество образования, получают большое значение для безопасного и здорового эмоционального, когнитивного и социального развития.

Практическая направленность профилактических действий с семьями (родителями, опекунами, бабушками, дедушками), имеющими ребенка или 2 и более детей дошкольного и младшего школьного возраста от 6 до 9 лет, и с детьми в возрасте от 6 до 9 лет должна учитывать **факторы риска развития наркологических заболеваний.**

- **Генетические:**

- Генетическая предрасположенность ребенка в возрасте от 6 до 9 лет к возникновению наркологических заболеваний начиная с дошкольного

возраста проявляется в патологическом поведении «трудного ребенка» с преобладанием признаков психического инфантилизма и в раннем курении ребенка.

- **Психологические:**

- школьная дезадаптация, неполноценность навыков обучения, дети могут нуждаться в школах коррекционного типа и педагогах коррекционных школ;

- отставание детей в когнитивном и эмоциональном развитии;

- неполноценность у детей коммуникативных навыков (недифференцированное межличностное общение, конфликты со сверстниками и значимыми взрослыми);

- у ребенка частые проявления агрессии, обиды, состояния эмоциональной амбивалентности, эмоциональная лабильность;

- импульсивность (ребенок отвечает спонтанно, не дослушав вопросы, в играх и в других ситуациях не может дождаться своей очереди при общении, участии в игре, постоянно во время беседы, занятий или игр пристает к окружающим);

- у ребенка и у членов семьи неадекватная самооценка, проявление паттернов аморального, асоциального поведения;

- нарушение детско-родительских отношений, неудовлетворенность ребенка в отношениях с родителями (доминирующие или попустительские стили воспитания, нереалистические ожидания родителей в отношении развития ребенка, деструктивная семья, развод родителей, адаптация к повторному браку родителя);

- гедонистическая направленность личности ребенка и членов семьи;

- низкая академическая успеваемость ребенка;

- отсутствие у ребенка устойчивых увлечений.

- **Социальные:**

- жестокое обращение взрослых с детьми и женщинами в семье;

- сексуальное, физическое, психическое, экономическое, социальное, религиозное насилие взрослых над ребенком (в семье и ближайшем окружении, в образовательном учреждении, на улице) или над другим членом семьи;

- унижение и оскорбление взрослыми человеческого достоинства ребенка (в семье и ближайшем окружении, в образовательном учреждении, на улице) или другого члена семьи;

- психотравма: утрата близких родственников или близких людей;

- низкий социально-экономический статус семьи ребенка и/или аморальный асоциальный образ жизни семьи, изоляция семьи;

- доступность психотропных веществ в семье, на улице, в образовательном учреждении, в учреждениях досуга и спорта;

- наличие у ребенка и семьи друзей, употребляющих ПАВ;

- недоступность для семьи и ребенка адекватной социальной поддержки;

– социальная некомпетентность, нарушения социальной перцепции, проявление паттернов аморального, асоциального поведения у ребенка и членов его семьи;

– в семье высокий уровень терпимости к употреблению ПАВ, к асоциальному, аморальному поведению;

– в окружении семьи или ребенка мода на потребление ПАВ и асоциальное, аморальное поведение;

– в семье и/или у ребенка проблемы с правоохранительными органами.

Профилактика среди подростков в возрасте от 10 до 17 лет и семей (родителей, опекунов, бабушек, дедушек), имеющих ребенка или 2 и более детей подросткового возраста от 10 до 17 лет.

Группа «семья и подростки 10-17 лет»

Подростковый возраст – это период самоопределения и осознания своей индивидуальности. Главная задача, решаемая в этом возрасте, – формирование чувства личной идентичности и социально-сексуальной роли. Физиологические и психологические метаморфозы, происходящие в этот период жизни человека, обуславливают такие особенности поведения подростков, как:

– ориентация на мнение референтной группы;

– колебания настроения;

– высокая поведенческая активность;

– неустойчивая самооценка;

– безапелляционность суждений, максимализм;

– нарочитая грубость и демонстративная развязность;

– озабоченность сексуальной сферой отношений;

– некритичное восприятие лидера (кумира).

Практическая направленность профилактических действий с детьми в возрасте от 10 до 17 лет и с семьями (родителями, опекунами, бабушками, дедушками), имеющими ребенка или 2 и более детей подросткового возраста от 10 до 17 лет, должна **учитывать факторы риска развития наркологических заболеваний этого возраста.**

• Генетические:

Генетическая предрасположенность к возникновению наркологических заболеваний в пубертатном периоде проявляется в патологическом поведении «трудного подростка» с преобладанием признаков психического инфантилизма. В целом подростки характеризуются более высоким уровнем напряженности и возбужденности. Они постоянно испытывают чувство неудовлетворенности. Снятие внутренней напряженности является одним из побудительных мотивов обращения к ПАВ.

Также генетическая предрасположенность в подростковом возрасте выражается в раннем курении и злоупотреблении алкоголем.

• Психологические:

– акцентуации характера, инфантилизм у подростка;

– частые проявления у подростка и членов семьи агрессии, жестокости, обиды, эмоциональная лабильность;

– импульсивность (совершение необдуманных действий, торопливо, наспех, перебивая и прерывая других, трудности с удержанием продолжительных или постоянных интересов в учебе и досуге);

– гедонистическая направленность личности подростка и членов семьи;

– у подростка плохая успеваемость, низкая самодисциплина и самоорганизованность, проблемы с выполнением самостоятельной работы в учебной и внеучебной деятельности;

– социальная некомпетентность, нарушения социальной перцепции, проявление паттернов аморального, асоциального поведения у подростков и членов родительской семьи;

– нарушение детско-родительских отношений (стили воспитания, нереалистические ожидания в отношении развития ребенка, развод родителей, адаптация к повторному браку родителя);

– конфликт смыслов жизни.

• Социальные и культурные:

– жестокое обращение с детьми и женщинами в семье, а также среди сверстников в образовательном учреждении, на улице;

– сексуальное, физическое, психическое, экономическое, социальное, правовое, религиозное насилие над подростком (в семье и ближайшем окружении, а также среди сверстников в образовательном учреждении, на улице) или над другим членом семьи;

– унижение и оскорбление человеческого достоинства подростка (в семье и ближайшем окружении, а также среди сверстников в образовательном учреждении, на улице) или другого члена семьи,

– психотравма: утрата близких родственников или близких людей, друзей, любимых, а также разрыв любовных отношений, неразделенная любовь (особенно первая);

– ранние сексуальные отношения, гомосексуальные отношения, сексуальные извращения, участие в секс-индустрии и производстве порнопродукции;

– ранние браки и разводы у подростков;

– низкий социально-экономический статус семьи подростка и/или аморальный асоциальный образ жизни, изоляция семьи;

– у подростка высокий уровень терпимости к употреблению ПАВ, аморальному и асоциальному поведению;

– наличие у подростка друзей, употребляющих ПАВ, с аморальным и асоциальным поведением;

– мода среди сверстников-подростков на потребление ПАВ, аморальное, асоциальное поведение;

- окончание школы и поступление в учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования;
- ранние вынужденные, особенно нелегальные трудовые отношения у подростков;
- попадание подростка под влияние представителей субкультур, религиозных сект, ультрарелигиозных и ультранациональных движений, преступных группировок;
- религиозная неопределенность членов семьи и подростка.

Профилактика среди молодых людей в возрасте от 18 до 24 лет. Группа «молодежь 18-24 года»

Ранняя молодость – период социальной и полоролевой идентификации. Главными задачами этого возраста являются психологическая и социальная адаптация к новым социальным ролям, упрочение идентичности и установление близости. Те, кто не способен сформировать близкие отношения в течение этого критического периода, могут испытывать немалые трудности в социальной адаптации и страдать от чувства одиночества, подавленности, подозрительности. В период ранней молодости люди стремятся доказать себе и другим, что они уже способны к самостоятельным решениям и взрослой жизни. Равновесие внутреннего мира в эти годы нарушается необходимостью самоопределения в моменты окончания обучения, начала профессиональной карьеры, выбора брачного партнера и вступления в брак, рождения детей, иногда – первых потерь значимых близких и родных. Удлинение срока обучения и продолжительное использование благ, предоставляемых родителями, а не заработанных самостоятельно, может привести к формированию инфантилизма.

Практическая направленность профилактических действий с молодежью, лицами в возрасте от 18 до 24 лет должна учитывать **факторы риска развития наркологических заболеваний.**

• Психологические:

- акцентуации характера, инфантилизм;
- агрессия, жестокость, желание постоянно доминировать, безапелляционность;
- эмоциональная лабильность, импульсивность в принятии решений и деятельности (ориентация на интуицию в принятии решений, быстрое немотивированное переключение с одного вида деятельности на другой, частое отсутствие результата деятельности);
- гедонистическая направленность личности, постоянное стремление к риску, к перемене мест;
- социальная некомпетентность, проявление паттернов аморального, асоциального поведения;

- несформированность реального представления о будущем, о жизненных целях;
- низкая устойчивость к стрессам, низкая работоспособность, сниженная приспособляемость к новым сложным ситуациям, плохая переносимость конфликтов;
- частые или глубокие конфликты в образовательном учреждении и на работе;
- отсутствие устойчивых увлечений и интересов;
- депрессия, психологические нормативные кризисы, потеря смыслов жизни и стремлений в деятельности.

• Социальные и культурные:

- участник или жертва акта сексуального, физического, психологического, экономического, социального, правового, религиозного насилия (в семье и ближайшем окружении, а также среди сверстников в образовательном учреждении, на работе);
- жертва унижения и оскорбления человеческого достоинства;
- психотравма: утрата близких родственников или близких людей, друзей, любимых, также разрыв любовных отношений, неразделенная любовь (особенно первая), жертва нападений, разбоев, ранений, инвалидность, утрата трудоспособности;
- гомосексуальные отношения, сексуальные извращения, участие в секс-индустрии и производстве порнопродукции;
- вынужденные браки, неустроенный быт молодой семьи, быстрые разводы;
- высокий уровень терпимости к употреблению ПАВ, аморальному и асоциальному поведению;
- наличие друзей, употребляющих ПАВ, с аморальным и асоциальным поведением;
- мода среди сверстников на потребление ПАВ, проявление аморального, асоциального поведения;
- недоступность желаемого профессионального образования, низкий уровень образования;
- попадание молодого человека под влияние представителей субкультур, религиозных сект, ультрарелигиозных и ультранациональных движений, преступных группировок;
- длительное отсутствие (более 0,5 года) возможности трудоустроиться после окончания обучения и получения диплома о профессиональном образовании;
- непосильное бремя финансовых и материальных кредитов;
- бедность, безработица, тяжелый труд, низкая заработная плата;
- неподготовленность (физическая, психическая, морально-нравственная) к призыву и прохождению срочной службы в вооруженных силах и участию в боевых действиях;
- неподготовленность к работе в шоу-бизнесе;

- нахождение под следствием, в местах лишения свободы, в плену, в заложниках;
- религиозная неопределенность молодого человека и его окружения;
- традиции и политика организации (предприятия), образовательного учреждения и общежития в отношении употребления ПАВ.

Профилактика среди взрослых работоспособных лиц в возрасте от 25 до 59 лет. Группа «взрослые 25-59»

Главная задача развития в среднем возрасте заключается в выборе между смыслами жизни и стремлениями в деятельности, что внешне проявляется в распространении интересов за пределы собственного «я» на более широкие области идентификации с другими людьми, со всей совокупностью людей в целом и с будущими поколениями. Одной из важных задач среднего возраста является одновременное приспособление к возросшей ответственности за стареющих родителей и обязанностям по отношению к детям, которые становятся независимыми и взрослыми. Кризис середины жизни определяется расхождением между стремлениями и целями, поставленными в молодости и отраженными в действительности.

Перемены в семейной и профессиональной жизни могут вызвать стресс, если семья и карьера человека развиваются непредсказуемо, если человек вынужден расстаться с партнером, изменить род занятий под давлением обстоятельств или если теряет работу. Подобные потери могут сопровождаться реакцией горя, выбором саморазрушительных стратегий преодоления кризисных ситуаций.

Практическая направленность профилактических действий со взрослыми лицами работоспособного населения в возрасте от 25 до 59 лет должна учитывать **факторы риска развития наркологических заболеваний**.

• Психологические:

- острый и хронический стресс на рабочем месте, в личной и семейной жизни;
- синдром «профессионального выгорания» (развивается на фоне хронического стресса), ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека, возникающий из-за накопления отрицательных эмоций, не находящих естественного выхода;
- синдром «эмоционального выгорания» (профессиональная деформация лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми), выраженный в нарастающем чувстве безразличия, эмоционального истощения, изнеможения, дегуманизации, негативного восприятия себя в профессиональной деятельности;
- синдром хронической усталости (наиболее часто выражен у женщин) проявляется в немотивированной выраженной общей слабости, усталости,

состоянии переутомления, которые на длительное время выводят человека из активной повседневной жизни;

- депрессия, психологические нормативные кризисы, «кризис среднего возраста», потеря смыслов в жизни и стремлений в профессиональной деятельности;
- проявления состояний созависимости, выраженной в патологической глубокой зависимости от другого человека, поглощенности и сильной эмоциональной, социальной или даже физической зависимости;
- болезненное осознание собственной глубокой неполноценности (длительных хронических заболеваний, ВИЧ, СПИДа, тяжелых травм, инвалидности);
- болезненное осознание неэффективности жизни и деятельности;
- сексуальная невостребованность и несостоятельность, отсутствие любви и уважения в интимных отношениях.

• Социальные и культурные:

- разрыв человека и его окружения с религиозной, национальной и социокультурной идентичностью (войны, природные и техногенные катастрофы, беженцы, переселенцы);
- потеря близких людей, семьи, развод;
- имущественные и финансовые потери, непосильное бремя финансовых и материальных кредитов;
- длительное отсутствие (более 0,5 года) возможности трудоустроиться после потери работы, безработица;
- бедность, тяжелый труд, низкая заработная плата;
- нахождение под следствием и в местах лишения свободы, в плену, в заложниках;
- частые или глубокие конфликты в семье, быту и/или на работе;
- проблемы и кризисы карьерного роста, разрушение профессиональной репутации, признание коллегами профессиональной несостоятельности и непригодности работника;
- традиции и политика организации (предприятия) в отношении употребления ПАВ на рабочем месте и месте проживания.

Профилактика среди лиц 60 лет и старше и вышедших на пенсию. Группа «60 лет и старше, пенсионеры»

Возраст поздней зрелости – это время перехода в систему новых социальных ролей, а значит, и в новую систему групповых и межличностных отношений. Осознание и адаптация к происходящим биологическим и социальным изменениям в данном возрасте может быть менее болезненной, если пожилой человек обладает определенными психологическими ресурсами и социальной поддержкой, сохраняет чувство востребованности и ощущает необходимость своей жизни и деятельности для других.

Практическая направленность профилактических действий со взрослыми работоспособными лицами в возрасте от 60 лет и старше и вышедшими на пенсию должна учитывать следующие **факторы риска развития наркологических заболеваний**.

• **Генетические:**

- возрастное старение организма;
- возрастные изменения функционирования физиологических и биохимических систем.

• **Медико-биологические:**

- нарастание признаков хронических множественных заболеваний;
- нарастающее ухудшение физического и психического здоровья, изнуряющие болевые синдромы.

• **Психологические:**

- нарастающая социальная некомпетентность, социальная и семейная невостребованность;
 - несоответствие мотиваций возможностям их достижения;
 - нарастающие признаки снижения памяти и деменции;
 - нарастающее чувство беспомощности, виктимности, депрессии, апатии;
 - нарастающая ригидность установок, снижение контроля над поведением;
 - резкое снижение или отсутствие устойчивых увлечений;
 - резкое снижение устойчивости к стрессам;
 - снижение приспособляемости к новым сложным ситуациям;
 - ухудшение вплоть до полного снижения переносимости конфликтов.
- **Социальные:**
- смена статуса – выход на пенсию;
 - изменение статуса и роли в семье;
 - низкий социально-экономический статус;
 - социальная изоляция и недоступность социальной поддержки;
 - потеря близких и родных.

В данной возрастной группе удовлетворенность жизнью и приверженность ЗОЖ во многом определяются такими параметрами, как зрелые формы совладающего поведения, чувство принадлежности референтной группе, возможность принятия самостоятельных решений и востребованность.

Эффективным методом профилактики наркологических расстройств среди пожилых людей является краткосрочное мотивационное воздействие, оказываемое специалистами первичного звена медицинской помощи и/или общесоматического звена.

7. Методы медицинского профилактического вмешательства по дифференцированным группам населения

В данном разделе приведены методы медицинского вмешательства по предупреждению влияния факторов риска возникновения наркологических заболеваний, дифференцированные по возрасту и полу, которые вносят свои особенности в профилактические мероприятия, проводимые наркологической службой («Общие вопросы медицинской профилактики наркологических заболеваний» в дифференцированных группах населения, см. раздел 5).

Информирование населения. Профилактика наркологических заболеваний осуществляется, в первую очередь, через **информирование населения** о негативном влиянии факторов риска на здоровье. В дифференцированных группах профилактика имеет свои особенности

• **Группа «женщины и плод»:**

– профилактика направлена на сохранение репродуктивной функции, **предупреждает** о последствиях влияния на плод курения, употребления алкоголя и других психотропных веществ, о возможности внутриутробного поражения плода и последующих нейробиологических и психофизических нарушений у плода и развития ребенка, вызванных употреблением ПАВ. Следует информировать о последствиях употребления женщиной алкоголя до и во время беременности и проявлении у плода, затем у ребенка фетального алкогольного синдрома (ФАС, синонимы: АСП, алкогольная эмбриофетопатия, эмбриональный алкогольный синдром, фетальные алкогольные эффекты). Информирование **направляет** женщину на отказ от потребления ПАВ, особенно в период беременности, соблюдение женщиной принципов ЗОЖ, принятие ответственности за здоровье плода и будущих детей.

• **Группа «семья и дети 0-5 лет», группа «семья и дети 6-9 лет», группа «семья и подростки 10-17 лет» (взрослые члены семьи):**

– информирование членов семьи о негативном влиянии факторов риска на здоровье детей соответствующего возраста от рождения до 9 лет **предупреждает** о возможных отклонениях физического и нервно-психического развития ребенка. Информирование **направляет** родителей и других членов семьи на отказ от потребления ПАВ и соблюдение ими принципов ЗОЖ и здоровых семейных отношений.

• **Группа «семья и подростки 10-17 лет» (подростки) и группа «молодежь 18-24 года»:**

– подростков и молодых людей информирование **предупреждает** о возможных отклонениях физического, психического, социального, сексуального и духовно-нравственного развития, влияния ПАВ на учебу и получение будущей профессии. Начиная со старших подростков информирование **предупреждает** о риске заражения парентеральными инфекциями – гепатитами, ВИЧ, СПИДом. Информирование

направляет подростков, их родителей и других членов семьи на отказ от потребления ПАВ и соблюдение ими принципов ЗОЖ, здоровых семейных отношений, здоровых отношений в учебном коллективе и со сверстниками.

• **Группа «взрослые 25-59 лет»:**

– взрослых людей информирование **предупреждает** о возможных отклонениях физического, психического, социального, сексуального и духовно-нравственного здоровья в результате употребления ПАВ, о влиянии ПАВ на трудовую деятельность, карьерный рост, эффективность жизни. Предупреждает о риске заражения парентеральными инфекциями – гепатитами, ВИЧ, СПИДом. Информирование **направляет** людей трудоспособного возраста на отказ от потребления ПАВ и соблюдение ими принципов ЗОЖ, поддержанию здоровьесберегающих отношений на работе, сохранение дружеских и любовных отношений и здоровых отношений в семье без потребления ПАВ.

• **Группа «60 лет и старше, пенсионеры»:**

– лиц в возрасте старше 60 лет, в том числе пенсионеров, информирование **предупреждает** о возможных отклонениях физического, психического, социального, сексуального и духовно-нравственного здоровья в результате употребления ПАВ, о влиянии ПАВ на отношения в семье и лиц ближайшего окружения. Лиц, имеющих сексуальные отношения, информационное воздействие предупреждает о риске заражения парентеральными инфекциями – гепатитами, ВИЧ, СПИДом. Информирование **направляет** лиц в возрасте старше 60 лет и вышедших на пенсию на отказ от потребления ПАВ и соблюдение ими принципов ЗОЖ, здоровьесберегающих отношений в семье и с лицами из ближайшего окружения без потребления ПАВ.

Раннее выявление лиц, употребляющих ПАВ, и составляющих группы риска проводится из числа дифференцированных групп профилактируемого населения, имеет следующие особенности и проводится в периоды:

• **Группа «женщины и плод»:**

– обязательного профилактического осмотра беременных женщин, при постановке их на учет по беременности и/или при поступлении их в родильные отделения роддомов и ведомственных стационаров,
– профилактического осмотра женщин и девушек при их поступлении на работу и/или на учебу в учреждения профессионального образования,
– диспансеризации девочек с 14-16 лет, обучающихся в средних образовательных учреждениях (проводится по договоренности и/или силами медицинского учреждения, ведущего диспансеризацию),
– диспансеризации женщин, девушек на рабочем месте и/или в период учебы в учреждениях профессионального образования (проводится по договоренности и/или силами медицинского учреждения, ведущего диспансеризацию),

– поступления, лечения, реабилитации, оздоровления женщин, девушек, девочек в медицинском учреждении.

• **Группа «семья и дети 0-5 лет»:**

– наблюдения роженицы и новорожденного ребенка в роддоме,
– обязательного патронажа детей до года специалистами детских поликлиник,
– периодического профилактического осмотра детей 0-5 лет с целью выполнения вакцинации по графику прививок по возрасту, проводимой педиатрами детских поликлиник и детских дошкольных учреждений,
– профилактического осмотра детей при поступлении в детские дошкольные образовательные учреждения,
– поступления, лечения, реабилитации, оздоровления ребенка в медицинском учреждении.

• **Группа «семья и дети 6-9 лет» и группа «семья и подростки 10-17 лет»:**

– периодического профилактического осмотра с целью выполнения вакцинации по графику прививок по возрасту, проводимой педиатрами детских поликлиник и детских дошкольных учреждений,
– профилактического осмотра при поступлении в детские дошкольные образовательные учреждения и средние общеобразовательные учреждения, спортивно-оздоровительные центры,
– постановки на учет детей и родителей в КДН или отделы МВД,
– проведения мероприятий органами юстиции,
– поступления, лечения, реабилитации, оздоровления ребенка в медицинском учреждении,
– постановки на учет в военкоматы подростков 10-17 лет.

• **Группа «молодежь 18-24 года», группа «взрослые 25-59», группа «60 лет и старше, пенсионеры»:**

– профилактического осмотра при поступлении и продолжении учебы в учреждениях среднего общего и профессионального образования, спортивно-оздоровительных центрах,
– профилактических медицинских осмотров обучающихся первых курсов учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических веществ,
– постановки на учет в военкоматы;
– профилактических осмотров при приеме на работу,
– обучения, сдачи экзаменов и получения прав на вождение транспортного средства;
– проведения мероприятий МВД и органами юстиции;
– поступления, лечения, реабилитации, оздоровления молодых людей в медицинском учреждении,
– постановки на учет в бюро по трудоустройству;
– посещения учреждений спорта, туризма, культуры, досуга,

- участия в работе общественных и религиозных организаций;
- поступления, лечения, реабилитации, оздоровления в медицинском и патронажном учреждении (пенсионеров по возрасту и для инвалидов).

Мотивационное семейное, индивидуальное и групповое консультирование обратившихся из каждой дифференцированной группы риска направлено в соответствии с возрастом и полом:

- на принятие мер по снижению или отказу от потребления ПАВ,
- принятие мер по снижению опасности факторов риска возникновения наркологических заболеваний в жизни, учебе, на рабочем месте,
- принятие принципов ЗОЖ,
- изменение дезадаптивного поведения, направленного на возникновение наркологических заболеваний, на снижение или отказ от употребления ПАВ;
- изменение условий организации жизненного, семейного, учебного и рабочего пространства,
- выработку антиаддиктивных навыков, направленных на сохранение собственного здоровья и/или благополучия семьи, оздоровление условий труда,
- снижение риска распространения парентеральных инфекций (ВИЧ-СПИД, гепатиты) в связи с употреблением ПАВ,
- осуществление профилактических программ для семьи, направленных на формирование позитивных ценностных ориентаций и конструктивных форм общения членов семьи с ребенком.

МГК проводят, в первую очередь, для беременных, женщин, девушек и членов семьи (родителей и опекунов, бабушек, дедушек). МГК направлено на выявление факторов семейной генетической отягощенности по алкоголизму, наркомании, предрасположенности самих женщин, а также членов семей к зависимому поведению. МГК позволяет определить вероятность передачи предрасположенности к алкоголизму и наркомании будущим поколениям и формированию зависимого поведения у детей.

Прежде чем направить пациента на МГК, врач психиатр-нарколог должен с помощью доступных ему методов максимально уточнить диагноз и определить цель консультации.

МГК проводится врачом-генетиком. Во-первых, он оказывает помощь коллегам в постановке диагноза, используя при дифференциальной диагностике специальные генетические методы, во-вторых, прогнозирует качество здоровья будущего потомства (или уже родившегося ребенка).

МГК состоит из трех этапов: анамнестического (сбор анамнеза жизни и здоровья), аналитического (диагностика, прогноз), заключительного (заключение и совет). При этом необходимо откровенное и доброжелательное общение врача-генетика с обратившейся семьей.

В МГК врач-генетик применяет генеалогический, цитогенетический и молекулярно-генетический методы исследования, а также метод анализа сцепления генов, метод генетики соматических клеток. Из негенетических методов широко используются клинические, биохимические, иммунологические и параклинические методы исследования, которые помогают постановке точного диагноза. Например, пренатальная диагностика помогает снизить ошибку в диагнозе и предотвратить повторное рождение в семье тяжелобольного ребенка. Эта диагностика не прогнозирует рождение ребенка с болезнью, а диагностирует заболевание у плода.

Психокоррекционная работа проводится с учетом дифференцированных особенностей обратившихся, из группы риска, потребителей ПАВ или находящихся в ситуации потребления ПАВ, и направлена

• **Группа «женщины и плод»:**

- на развитие установок на отказ от потребления ПАВ, принятие ответственного поведения по сохранению жизни плода и будущих детей и следование принципам ЗОЖ без потребления ПАВ.

• **Группа «семья и дети 0-5 лет», группа «семья и дети 6-9 лет», группа «семья и подростки 10-17 лет»:**

- на развитие установок их на отказ от потребления ПАВ или снижение употребления ПАВ, принятие ответственного поведения по сохранению жизни и здоровья ребенка и/или подростка и следование принципам ЗОЖ без потребления ПАВ,

- проведение школы родителей.

• **дополнения к психокоррекционной работе с группой «семья и подростки 10-17 лет».**

С подростками, совершившими административные правонарушения, связанные с потреблением ПАВ, с целью развития у них установок на отказ от потребления ПАВ, навыков ответственного поведения по сохранению собственного здоровья, развития навыков самосохранения, самоорганизации и учебной дисциплины, психологической поддержки благополучия родительской семьи, следованию принципам ЗОЖ без потребления ПАВ.

• **Группа «молодежь 18-24 года»:**

- на формирование ответственного поведения по сохранению собственного здоровья, учебы, развитие будущей профессиональной карьеры, будущей семьи, следованию в любых обстоятельствах принципам ЗОЖ без потребления ПАВ.

• **Группа «взрослые 25-59 лет»:**

- на формирование ответственного поведения по сохранению собственного здоровья, сохранению и повышению эффективности жизни, развитию профессиональной карьеры, сохранению семьи, следованию принципам ЗОЖ без потребления ПАВ.

• **Группа «60 лет и старше, пенсионеры»:**

– на формирование ответственного поведения по сохранению собственного здоровья и здоровьесберегающих отношений в семье и с лицами из ближайшего окружения без потребления ПАВ.

– проведение школы самопомощи в дифференцированных группах.

8. Информирование населения о факторах риска и защиты

Информирование населения является основным методом стимулирования к ЗОЖ.

Задачей наркологической службы по информированию населения с целью профилактики употребления ПАВ является повышение осведомленности населения о негативном влиянии их на здоровье. В первую очередь это касается влияния употребления ПАВ на здоровье женщин, особенно в репродуктивный период, включая период беременности.

Специалистам наркологических служб необходимо обратить особое внимание на то, что информация, предложенная для знакомства, особенно подросткам, о патологических свойствах ПАВ, влияющих на здоровье, должна отвечать основным принципам:

– необходимо рассматривать только один фактор риска возникновения наркологических заболеваний;

– изложение тяжелых и трагических последствий приема ПАВ должно быть встроено в первую половину профилактического мероприятия и занимать не более четверти времени, отведенного на беседу (встречу, лекцию и т. д.);

– беседа должна иметь положительный жизнеутверждающий настрой, особенно в конце;

– предлагать однозначный, логичный и понятный вывод о несовместимости жизни, учебы, работы с приемом ПАВ;

– информация должна быть ориентирована на отдельно взятую целевую аудиторию и излагаться в понятной именно для данной аудитории форме;

– качественный подбор информации и доводимых до сведения населения фактов должен производиться специалистами в этой области (наркологами, психологами, социальными работниками, представителями правоохранительных органов и т. д.).

Эффективное информирование населения способствует формированию негативного отношения в обществе к употреблению ПАВ.

Цифровая профилактика наркологических заболеваний

Социальные медиаинструменты, в том числе социальные сети, блоги и микроблоги, фото, видеосайты обмена, предлагают много новых и интересных способов поддержки профилактики. Ниже приводятся ведущие официальные ресурсы РФ на русском языке в области профилактики наркологических заболеваний:

<https://www.rosminzdrav.ru/> – Министерство здравоохранения Российской Федерации. Ресурс в Twitter, предлагает подключение для iPhone.

<http://www.takzdorovo.ru> – Takzdorovo.ru – официальный ресурс программы «Здоровая Россия», ресурс ВКонтакте, создан в 2013 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации. Материалы Takzdorovo.ru

проходят проверку у ведущих специалистов российского здравоохранения и экспертов в области ЗОЖ.

<http://ligazn.ru/> – официальный ресурс Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» создан в 2003 г. при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, политических движений, представителей государственной власти, общественных организаций, деятелей науки и культуры России. Ресурс в соцсетях: ВКонтакте, Facebook, Twitter, YouTube. Ресурсом на равных владеет Благотворительный фонд содействия реализации программ Лиги здоровья нации.

<http://www.nncn.ru> – официальный ресурс Научно-исследовательского института наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России.

<http://narcologos.ru> – официальный ресурс ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

<http://r-n-l.ru> – Общероссийская общественная организация «Российская наркологическая лига», член Общероссийского народного фронта № 237. Ресурс в соцсетях: ВКонтакте, Одноклассники, Twitter, Facebook, Мой Мир, LiveJournal, GooglePlus.

<http://www.fskn.gov.ru> – Федеральная служба РФ по контролю за оборотом наркотиков.

<http://fsknmsk.ru> – Управление по г. Москве Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков. Ресурс в соцсетях: ВКонтакте, Одноклассники, Twitter, Facebook, YouTube.

<http://narkotiki.ru> – официальный информационно-публицистический ресурс «Нет наркотикам» создан в 2001 г. при поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям Правительства РФ. Ресурс в соцсетях: ВКонтакте, Одноклассники, Twitter, Facebook, Мой Мир, LiveJournal, Google Plus.

http://ria.ru/beznarko_news – официальный информационно-публицистический ресурс. Проект РИА-Новости при поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям Правительства РФ создан в 2012 г. Ресурс в соцсетях: ВКонтакте и Facebook. Официальный ресурс РИА-Новости имеет многочисленные мобильные сервисы приложения для Android, iPhone, iPad, Windows iPhone, архив подкастов iTunes, мобильные сервисы m.ria.ru, sms-алерты. РИА-Новости представлены в соцсетях: Facebook, Twitter, ВКонтакте, Одноклассники, Google Plus, YouTube, Pinterest, Instagram. В него встроены поисковые каналы, электронная почта и RSS-тематические каналы.

Подобного рода усилия прогрессивны и привлекают к своим ресурсам молодую аудиторию. Сетевая привлекательность электронных ресурсов – важная сторона профилактической работы в расширении аудитории, осо-

бенно пользователей юного и молодого возраста. Молодых людей можно и должно привлекать к работе в соцсетях, к созданию личных или групповых профилактических ресурсов, так как они проводят в социальных сетях от 2-6 часов ежедневно.

Специалисты наркологических служб могут использовать социальные медиа для того, чтобы быть в курсе последних исследований в области профилактики и практики. Например, путем сбора информации и создания баз данных на облачных приложениях Яндекс-диск, Google-Disk, проектной работе на Time-Lab, собственных сетевых мероприятий, блогов, сайтов, полезных ссылок официальных организаций, ресурсов по когнитивно-психологической презентации или просмотров видео на YouTube и других файл-обменниках. Также специалисты по профилактике могут использовать социальные медиа, чтобы быть в контакте с коллегами (например, путем подключения на LinkedIn, Facebook, Twitter). Возможно использование социальных медиа для создания личного или командного профилактического пространства посредством своих страниц в соцсетях и через организацию работы групп пользователей. Таким образом выстраивается цифровая профилактическая среда через сети в ВКонтакте, Одноклассники, Facebook, Twitter, Google Plus, YouTube, Pinterest, Instagram.

Социальные медиа могут быть использованы в качестве инструментов для прослушивания и просмотров аудио- и видеоматериалов, при выстраивании диалога выявлять профилактические потребности интернет-сообщества. Все эти коммуникативные инструменты нужны, чтобы:

- заниматься и взаимодействовать с сообществом профилируемых лиц;
- готовить сетевые профилактические каналы связи и для построения программ профилактики;
- организовывать практики, создаваемые в рамках культурно-этнической идентичности, посредством: скайп-общения, веб-семинаров, веб-презентаций, YouTube, сбора банка ссылок на полезные ресурсы или на уже встроенные сетевые ресурсы;
- создавать возможности, например, посредством Skype, чата, Viber, Whatsapp быстро, в режиме онлайн, бесплатно поделиться проблемами и способами решения в области профилактики.

Социальные медиа могут оказывать помощь в осведомленности населения, в пропаганде здоровых норм поведения, а также в поддержке политики, связанной с изменениями в законодательстве (например, электронный сбор подписей, создание пакетов рассылки в поддержку законодательных инициатив). Социальные медиа позволяют специалистам решать организационные вопросы профилактической работы на местах. Например, путем создания социальных кругов по направлениям на mail.ru, yandex.ru, google.com, yahoo.com. Они помогают в развитии профилактических служб, например, отражают работу инфраструктуры в сетевом Интернете или позволяют публиковать материалы о работе наркологических служб на офи-

циальных сайтах города. Специалисты кабинета профилактики могут быть вовлечены в работу по наполнению профилактическими материалами отдельного сайта, страниц социальных сетей ВКонтакте, Одноклассниках, Facebook. Это необходимо для того, чтобы оказывать профилактическое влияние на общественное мнение по вопросам потребления алкоголя, незаконного оборота наркотических средств, которые возникают при взаимодействии молодых людей между собой.

Необходимо обратить внимание на то, что многие молодые специалисты и волонтеры имеют хороший потенциал включения в социальные сети. Однако профилактическая работа в социальных медиа требует реальной деятельности, времени и ресурсов.

В начале профилактической работы в СМИ необходимо проанализировать свое присутствие в медиа, в том числе в социальных сетях, и ответить на ряд вопросов:

– «Какие технологии у вас есть или вы можете ими воспользоваться?» Необходимо иметь доступ в Интернет и желательно стационарный компьютер, который находится в кабинете. В дальнейшем могут понадобиться собственные компьютеры, ноутбуки и/или мобильные медиаустройства (например, планшеты, смартфоны, плееры), дополнительные технические устройства: наушники, микрофон, проектор.

– «Оцените, какие вы посещаете сайты профилактических социальных сетей, например ВКонтакте, Одноклассники, Facebook, или смотрите видео на YouTube?» Всю информацию, которую собирает наркологическая служба, необходимо сразу располагать в базы данных, впоследствии ее можно использовать более эффективно.

– «Есть ли у вас человек, который имеет возможность включить вас в региональные, национальные и глобальные социальные медиа, и сотрудники или волонтеры, которые помогут наладить общение в сетях?» Сотрудники наркологической службы могут обратиться за предоставлением странички на официальном региональном сайте департамента здравоохранения и затем, создавая страницы в сетях, делать ссылки на ваш сайт или страницы. Создавайте себе репутацию команды активных и высокопрофессиональных сотрудников. Социальные медиа помогут вам сохранить ваши усилия по профилактике, быть современными и проводить адресную профилактическую работу.

– «Какова ваша аудитория профилируемых лиц?» Здесь надо обратить внимание на то, что сейчас существуют разнообразные возрастные группы пользователей социальных медиа.

Телемедицинские технологии в профилактике наркологических заболеваний

Исследования в области поведенческой психотерапии показывают, что более экстенсивные и длительные программы, направленные на изменение поведенческих привычек, являются более эффективными. **Телемедицин-**

ские технологии предоставляют уникальную возможность длительного экстенсивного наблюдения пациента. Сегодня имеются русскоязычные телекоммуникационные и мобильные поведенческие ресурсы (сайты, программы, мобильные приложения), что облегчает их применение среди русскоговорящего населения. Например, проведение «интервенции с использованием интерактивных учебников». Это осуществляется посредством (1) Мотивационного интервьюирования с использованием ролевых игр, моделирования ситуаций – программа MIRS (1999). В ней применяется обратная связь на основе принятых решений. (2) Дистанционные программы обучения Mindfulness – так называемые программы «Осознанности». В них используется метод «Серфинг» – это умственная практика, она основана на «осознанности». Осознанность предполагает сознательную концентрацию внимания на настоящем моменте. Например: «Не думайте о прошлом», «Не планируйте будущее», «Вы просто существуете в этот момент, что бы ни случилось». Наиболее активно используются дистанционные когнитивно-поведенческие вмешательства, направленные на отказ от табакокурения, например «CBT techniques for quitting smoking for IPHONE». Базой программы является составленный пациентом список триггеров, активизирующих у него желание курить. Приближаясь к подобному месту, телефон пациента будет подавать сигналы, предупреждая его желание курить. При этом предлагается изменение паттернов мышления. **Объяснение модели ABC.** Графы для мыслей и возможные варианты ответа. Например, если вы пишете в дневнике **CBT** следующую мысль: «Мне нужна сигарета», программа предоставляется несколько вариантов ответа: «Возможно, вам нужно сосредоточиться на собственном дыхании, замедлить его», «Может, вам просто нужно подышать свежим воздухом, желание покурить естественный ответ на стресс». Далее идет шкала оценки настроения.

Сегодня применяются различные счетчики объема потребления, в том числе и ПАВ. Например, счетчик времени, свободного от курения, и подсчет выкуренных сигарет «Smoke Free, stop smoking help».

Социальная реклама в профилактике наркологических заболеваний

Ведущую роль в информировании населения профилактической направленности играет **социальная реклама**.

Социальная реклама в профилактике придерживается двух стратегий профилактического вмешательства:

– **сокращение предложения** (информация о службах по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, телефоны доверия и служб реагирования на незаконную реализацию ПАВ, информация о запрете и возрасте реализации алкогольной и табачной продукции и др.);

– **сокращение спроса** (информация о факторах риска возникновения наркологических заболеваний, о путях преодоления и/или недопущения

действия факторов риска возникновения наркологических заболеваний, установки на принципы ЗОЖ, информация о навыках сохранения и развития здоровья и др.).

Специалисты наркологической службы участвуют в стратегии сокращения спроса на ПАВ, используя для этой цели свойства социальной рекламы, которая должна иметь гуманистическую направленность содержания, позитивный настрой информации, образовательный характер и однозначность в подаче информации.

Для координирования работы по социальной рекламе сотрудникам наркологической профилактической службы желательно собрать информацию о производителях и распространителях социальной рекламы, взаимодействовать и консультировать их при проведении мероприятий профилактической направленности. Стратегии сокращения спроса направлены на устранение спроса на наркотики и снижение употребления алкоголя и табака через образование, информированность населения, средства массовой информации, социально ориентированные кампании и профилактические программы.

Стратегии сокращения спроса включают:

- Кампании по безопасности в СМИ для повышения осведомленности населения о факторах риска потребления алкоголя (вождение в нетрезвом виде), о вреде пьянства, курения или потребления наркотиков.
- Просвещение населения о рисках, связанных с использованием ПАВ.
- Укрепление здоровья, следование принципам ЗОЖ как альтернативы деструктивному поведению, проведение кампаний по информированию о рисках, связанных с потреблением алкоголя, и предотвращению проникновения наркотиков, табакокурения в детские и молодежные коллективы, употребления алкоголя подростками.

Цели социальной рекламы:

- Расширение в области предотвращения наркологических заболеваний своих прав (например, регулирование курения табака на работе, в местах проживания) и возможностей человека для постановки своих собственных целей/выбора вариантов собственных целей (например, неприятие, сокращение, прекращение, отказ от использования ПАВ на рабочем месте, в образовательном учреждении, в общежитии).
- Обеспечение поддержки и поощрение профилактируемых для достижения целей профилактики.
- Развитие навыков и стратегий самоэффективности, основанной на расширении возможностей человека в достижениях своих целей, в том числе:
 - поддержки и поощрения в формировании сильных сторон личности, чтобы на их основе построить самоэффективность,
 - организации условий, включающих культурные особенности профилактируемых, для легкого понимания информации по самопомощи,

- практик по формированию навыков и стратегий управления поведением в ситуациях риска, особенно в ремиссиях.
 - Предоставление информации посредством:
 - образования на различных уровнях, начиная от краткого и легко понятного курса,
 - расширенного курса учебных занятий. Важно предложить людям общую и конкретную информацию, полезную для их здоровья, о правильном питании и безопасном использовании лекарственных средств, об эффектах и рисках, связанных с употреблением ПАВ. Важно, чтобы занятия сопровождались обсуждением,
 - адресного консультирования и предложения конкретных вариантов по улучшению здоровья и благополучия для данного лица,
 - разъяснения стратегий сокращения потребления ПАВ на рабочем месте, даже если изменения в настоящее время невозможно провести или начать,
 - доступности к широкому спектру веб- и печатных информационных буклетов по самопомощи с целью помочь людям понять и принять решение о своем управлении проблемами, связанными с ПАВ. Сегодня также есть ресурсы, специально направленные на оказание помощи женщинам, подросткам, молодежи, лицам по национальной принадлежности и другим группам профилактируемых лиц,
 - контактов для обращения в консультативную круглосуточную профилактическую и терапевтическую службу и специальных телефонов для обращения граждан.

9. Раннее выявление лиц, употребляющих психоактивные вещества

В настоящее время в Российской Федерации создается система раннего выявления причин возникновения хронических неинфекционных заболеваний (состояний) у населения, далее – ХЗН, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности. Наркологические проблемы, которые по праву считаются одними из основных факторов риска развития ХЗН, определены как курение табака, пагубное потребление алкоголя, а также потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (Приказ МЗ от 03.02.2015 г. № 36ан). Раннее выявление наркологических проблем проводится среди взрослого населения (старше 18 лет): работающих и неработающих граждан, студентов очной формы обучения. В настоящее время раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и других психотропных веществ также проводят среди подростков (15-17 лет), обучающихся старших классов общеобразовательных учреждений и студентов первых курсов учреждений среднего и высшего профессионального образования.

9.1. Раннее выявление потребителей ПАВ среди обучающихся образовательных организаций

Раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и других психотропных веществ осуществляется в соответствии с «Порядком проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования». Профилактические осмотры с целью раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися образовательных организаций (тестирование) проводят в соответствии с действующим законодательством (приказ МЗ от 6.10.2014 г. № 581н).

Раннее выявление потребителей ПАВ среди обучающихся образовательных организаций состоит из двух этапов. На первом этапе осуществляется процедура социально-психологического тестирования (сфера ответственности системы образования), которое проводится органами управления образованием и учреждениями образования на местах. На втором этапе проводится процедура профилактического медицинского осмотра с забором у обучающихся биологической жидкости (сфера ответственности системы здравоохранения). Мероприятия второго этапа проводят органы управления здравоохранения и наркологическая служба на местах.

Организационная работа по подготовке к раннему выявлению потребителей ПАВ среди обучающихся образовательных организаций строится на основе межведомственного взаимодействия органов образования и наркологической службы. Локальная территориальная, а также широкомасштабная информационная кампания проводятся среди педагогических кол-

лективов, обучающихся и их родителей с целью разъяснения особенностей осуществления медицинского осмотра. Эта кампания призвана формировать позитивное отношение к процедурам раннего выявления потребителей ПАВ среди обучающихся. Для этого специалистами наркологической службы проводятся встречи, беседы, где в официальной либо в неформальной обстановке идет общение с родителями, учителями, обучающимися. Для информационного разъяснения также используются медиаресурсы (передачи на радио и телеканалах), интернет-пространство (публикации в соответствующих разделах и сайтах). К просветительской работе активно привлекаются представители научных, профессиональных и общественных организации, а также родительской общности. Это позволяет разъяснительной кампанией достигнуть наибольшей эффективности.

Профилактические медицинские осмотры проводятся в отношении обучающихся, достигших возраста 13 лет, при условии наличия добровольного информированного согласия в письменной форме от обучающегося, достигшего возраста 15 лет, либо одного из родителей или иного законного представителя обучающегося, не достигшего возраста 15 лет.

Профилактические медицинские осмотры проводятся в четыре этапа.

I этап включает ряд мероприятий. С обучающимся проводят профилактическую информационно-разъяснительную беседу по вопросам незаконного потребления наркотических средств и ПАВ. В рамках беседы психиатр-нарколог осуществляет сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах. При этом психиатр-нарколог проводит медицинский осмотр, включающий исследование кожных покровов, поверхностных лимфатических узлов, видимых слизистых оболочек, перкуссию и пальпацию участков тела (органов), внешний осмотр и ощупывание костей, суставов и поверхностно расположенных кровеносных сосудов, аускультацию органов дыхания, сердца и магистральных сосудов, измерение артериального давления, частоты дыхания и пульса, исследование вестибулярных функций.

На **II этапе** проводят предварительные ХТИ, направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ с использованием методов иммуноферментного или иммунохимического анализа, исключающих визуальную оценку результатов.

При получении отрицательных результатов предварительных ХТИ профилактический медицинский осмотр считается завершенным.

Биологическим объектом для предварительных и подтверждающих ХТИ на наличие наркотических средств и психотропных веществ является моча.

На **III этапе** проводят подтверждающие ХТИ, направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических

средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов). В случае выявления в организме обучающегося в ходе предварительных ХТИ наркотических средств и/или психотропных веществ исследованный при предварительных ХТИ биологический объект (моча) направляется в химико-токсикологическую лабораторию для проведения подтверждающего ХТИ. Подтверждающие ХТИ проводятся в химико-токсикологической лаборатории медицинской организации методом хроматомасс-спектрометрии.

На **IV этапе** проводят разъяснение результатов проведенного профилактического медицинского осмотра обучающемуся, достигшему возраста 15 лет, либо одному из родителей или иному законному представителю обучающегося, не достигшего возраста 15 лет.

Сведения о результатах профилактического медицинского осмотра вносятся психиатром-наркологом в медицинскую документацию обучающегося (в историю развития ребенка – в отношении несовершеннолетних обучающихся, в медицинскую карту амбулаторного больного – в отношении совершеннолетних обучающихся).

При получении положительных результатов подтверждающих ХТИ врач психиатр-нарколог разъясняет обучающемуся результаты проведенного медицинского осмотра и направляет его в специализированную медицинскую организацию, оказывающую специализированную наркологическую помощь (при наличии письменного информированного согласия).

9.2. Медико-генетическое консультирование

С точки зрения современной медицинской генетики наркологические заболевания (болезни зависимости от ПАВ) – часть обширного класса болезней с наследственным предрасположением (бронхиальная астма, артериальная гипертензия, диабет и пр.), обладающих общими характерными чертами: прогрессивность течения, ремитирующий характер и нарастание тяжести симптоматики с возрастом пациента, мультифакторальный характер, полигенный тип наследования предрасположенности.

Основной этиологический фактор болезней зависимости – предрасположенность к зависимости от ПАВ. Предрасположенность проявляется на уровне генома в виде определенных структурных, а следовательно, и функциональных, особенностей генов, контролирующих дофаминовую (ДА) нейромедиацию. Именно эти особенности обеспечивают такой уровень функционирования ДА-системы, при котором встреча с ПАВ приводит к быстрому и необратимому развитию зависимости.

МГК – это система медицинских мероприятий, направленная на выявление, диагностику, оценку риска возникновения наследственных заболеваний в целях профилактики и разработки рекомендаций для сохранения удовлетворительного уровня жизнедеятельности. МГК в наркологии – это система медицинских мероприятий, направленная

на выявление, диагностику, оценку риска возникновения наркологических заболеваний в целях профилактики и разработки рекомендаций для сохранения удовлетворительного уровня жизнедеятельности. Особенности МГК в наркологии – использование комплексной модели изучения феномена биологической предрасположенности к развитию зависимости: фенотип, генотип, среда.

Главной целью МГК является предупреждение консультируемого о степени его индивидуального генетического риска и рекомендации по превентивно-коррекционным мероприятиям, дающим возможность полноценной жизнедеятельности. Выявление признаков генетической предрасположенности к аддикциям (зависимости от ПАВ) на самом раннем этапе развития или до начала заболевания является основной задачей МГК в наркологии.

Процедура МГК включает клиническое и лабораторное обследование консультируемого лица и его кровных родственников. Для проведения обследования используются методы: клинико-диагностический, клинико-генеалогический, психологический, психотерапевтический, молекулярно-генетический.

Метод МГК включает три этапа:

1. *Анамнестический* – сбор семейного и индивидуального анамнеза. Проводится врачом-генетиком при первичной очной консультации. Подразумевает сбор наркологического анамнеза семьи с последующим составлением генеалогического древа, заполнение психосоциальной анкеты, составленной в соответствии с психологическим тестированием пациента (опросник Кеттелла, СМЛ).

2. *Аналитический* – предполагает забор биологической жидкости (цельная венозная кровь либо слюна), выделение из нее ДНК, последующее генотипирование пациента по локусам, кодирующим метаболизм нейротрансмиттерных систем (на данном этапе анализируются аллели генов, регулирующих работу дофамина, серотонина, норадреналина, а также предполагается добавить гены, отвечающие за активность ГАМК и метаболизм опиатов).

3. *Заключительный* – формирование индивидуальных рекомендаций, создание персонализированной программы профилактических мероприятий. Предполагает участие не только врача-генетика (заключение о состоянии нейромедиаторных систем ЦНС, уровне индивидуального риска формирования зависимости), но и психолога (рекомендации по компенсации дефицита вознаграждения с учетом индивидуальных особенностей нейробиологии мозга), а также психиатра-нарколога (при необходимости).

Принципы медико-генетического консультирования в наркологической практике

1. *Принцип системности.* МГК – часть системы мероприятий. МГК работает во взаимодействии со всеми звеньями учреждения: амбулатория, стационар, реабилитационные и консультативно-поликлинические отде-

ления, лабораторный блок. Во многих случаях МГК выступает стартовой точкой вовлечения пациента в лечебный процесс.

2. Принцип добровольности. Консультирование производится строго на добровольной основе.

3. Принцип врачебной тайны. Результаты работы МГК являются врачебной тайной, соблюдаемой врачами и специалистами-психологами, социальными работниками.

4. Принцип сотрудничества. МГК работает в сотрудничестве с близкими лицами консультируемого.

5. Принцип открытости. МГК доступно для каждого, причин для отказа в консультировании нет.

9.3. Профилактические медицинские осмотры и освидетельствование

Профилактические медицинские осмотры, освидетельствования

Определение медицинского осмотра установлено пунктом 1 статьи 46 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития».

Видами медицинских осмотров являются:

1) профилактический медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;

2) предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, или соответствия учащегося требованиям к обучению;

3) периодический медицинский осмотр проводится с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся. Осмотр способствует своевременному выявлению начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся. В результате осмотров проводятся формирование групп риска развития профессиональных заболеваний, выявление медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжению учебы;

4) предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, со-

стояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения;

5) послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

В случаях, установленных законодательством Российской Федерации, прохождение и проведение медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения являются обязательными.

Определение медицинского освидетельствования установлено пунктом 1 статьи 65 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «Медицинское освидетельствование лица представляет собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий».

Видами медицинского освидетельствования являются:

1) освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического);

2) психиатрическое освидетельствование;

3) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;

4) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

5) иные виды медицинского освидетельствования, установленные законодательством Российской Федерации.

Как следует из дефиниции медицинского освидетельствования, приведенной в Федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, к медицинскому освидетельствованию относится достаточно узкий круг комплексного медицинского обследования граждан. Причем в рамках освидетельствования граждан на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием в некоторых иных случаях врачом психиатром-наркологом проводится медицинский осмотр в целях выявления наличия (отсутствия) противопоказаний к конкретному виду деятельности, и он не может позиционировать как медицинское освидетельствование.

Примерный алгоритм медицинского осмотра врачом психиатром-наркологом в целях выявления наличия (отсутствия) противопоказаний к определенным видам деятельности или медицинских вмешательств

1. Подготовительный этап:

– регистрация гражданина и сортировка по виду медицинского осмотра (изучение направления работодателя, направления от других медицинских или иных организаций, личное заявление), удостоверение личности обратившегося (сличение по паспорту);

– оформление медицинской документации (индивидуальная карта амбулаторного больного, форма 025-у), добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство;

– проверка по наличию (отсутствию) на диспансерном (профилактическом) наблюдении.

2. Психологическое скрининг-тестирование (тест-опросник наркологический GAGE, другие) в случае, если такое тестирование определено нормативным актом учреждения.

3. Химико-токсикологическое исследование мочи на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.

Проведение ХТИ наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов осуществляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ».

Химико-токсикологические исследования подразделяются на предварительные и подтверждающие.

Предварительные химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов проводятся методом иммунохроматографического анализа с помощью сертифицированных тест-полосок (контейнеров), систем для одновременного выявления семи – десяти (определяется нормативным актом учреждения) видов наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в моче человека в соответствии с действующим законодательством.

Для проведения ХТИ гражданин собирает мочу (не менее 50 мл) в предоставленный контейнер и передает ее медицинскому работнику. Отбор мочи производится в условиях, исключающих возможность замены или фальсификации биологического объекта. При передаче образца мочи медицинскому работнику для идентификации личности необходимо представить паспорт.

До начала отбора биологического материала обследуемый должен ознакомиться с перечнем лекарственных препаратов и пищевых добавок (веществ), прием которых может дать ложноположительный результат проводимого теста.

Оценка результатов производится в соответствии с инструкцией.

Непосредственно в день обращения гражданина заключение выдается в следующих случаях:

– при наличии отрицательного показателя наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов;

– при наличии положительного результата, но письменном отказе гражданина от подтверждающего ХТИ.

Утверждение результатов анализа проводится федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, в том числе порядка проведения и формы заключения о проведенных ХТИ. До момента утверждения результатов анализа ставится отметка о наличии/отсутствии наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в организме человека. Отметка ставится непосредственно на заключении о медицинском (наркологическом) освидетельствовании. В отметку включены сведения об отсутствии противопоказаний к занятию определенными видами деятельности (права) либо на пустом бланке с обязательным указанием наименования учреждения и личной печатью врача психиатра-нарколога.

Подтверждающие химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов проводятся для образцов мочи, в которых методом предварительных ХТИ выявлено наличие наркотических средств, психотропных веществ или их метаболитов.

Химико-токсикологические исследования образцов биологических жидкостей пациентов на наличие наркотических средств, ПАВ и их метаболитов проводятся методами газовой хроматографии/масс-спектрометрии.

4. Медицинский осмотр граждан врачом психиатром-наркологом

включает: опрос на предмет сбора необходимых анамнестических сведений, осмотр кожных покровов, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, пальпацию и перкуссию печени. Также в медицинский осмотр включены: неврологическое обследование, оценка психического статуса, результаты психологического тестирования, химико-токсикологического исследования мочи. Для лиц мужского пола дополнительно изучаются сведения в военном билете на предмет наличия статьи по наркологическим заболеваниям.

В случае выявления веских оснований о наличии у освидетельствуемого признаков злоупотребления алкоголем и его несогласия с этим освидетельствуемый направляется в процедурный кабинет учреждения для сдачи крови на исследование маркера злоупотребления алкоголем СДТ, а также АСТ, АЛТ, ГГТ. В таком случае окончательное заключение выносится после получения результатов проведенных дополнительных исследований крови и повторного осмотра.

В целях унифицирования медицинского осмотра врачом психиатром-наркологом и сокращения времени на оформление медицинской документации можно использовать предлагаемый протокол медицинского осмотра.

10. Внутриведомственное взаимодействие

Высокий уровень скрытых форм болезней зависимости требует наркологической настороженности специалистов (врачей и сестер с высшим и средним медицинским образованием, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников) и проведения целенаправленной наркологической превентивной работы среди пациентов с соматическими заболеваниями. Наиболее часто обращаемость пациентов, злоупотребляющих ПАВ, регистрируется в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Внутриведомственное взаимодействие должно строиться на системной основе обмена опытом по диагностике, лечению и профилактике наркологических расстройств, информирования о достижениях современной научной медицины в области наркологии.

Медицинские организации, с которыми наркологическая служба осуществляет взаимодействие по профилактике наркологических заболеваний:

1. Женская консультация.
2. Родильный дом.
3. Детские поликлиники.
4. Поликлиники для взрослых, оказывающие первичную медико-санитарную помощь.
5. Центры здоровья для детей и взрослых.
6. Многопрофильные стационары, оказывающие специализированную помощь (терапевтические, гастроэнтерологические, пульмонологические, кардиологические, хирургические, травматологические, онкологические, фтизиатрические, инфекционные отделения).

Формами взаимодействия наркологической службы с другими медицинскими организациями являются:

1. Информационно-просветительская работа с населением, проводимая специалистами наркологической службы: самостоятельно на территории других медицинских организаций (по предварительной договоренности); совместно проводимые мероприятия с другими специалистами медицинских учреждений; обеспечение других медицинских учреждений информационно-просветительской полиграфической и канцелярской продукцией профилактической направленности.

В рамках научно-практических и методических мероприятий для специалистов медицинского профиля осуществляется разъяснительная работа по вопросам: (а) мониторинга наркологической ситуации; (б) пагубных последствий потребления ПАВ среди населения; (в) значимости факторов риска возникновения наркологических заболеваний; (г) методов и способов формирования навыков ЗОЖ в рамках профилактики наркологических заболеваний.

2. Совместная работа по раннему выявлению наркологических заболеваний среди населения, в том числе среди обучающихся подростков и моло-

дежи при проведении профилактических осмотров и освидетельствования.

3. Обучение специалистов самостоятельным навыкам: раннего выявления наркологических заболеваний и алгоритмам действий при выявлении потребителей ПАВ среди населения (проведение психологического тестирования – скрининга) – проведения краткосрочного профилактического вмешательства (краткосрочной интервенции) в условиях общемедицинской сети.

4. Консультационная помощь по отказу от потребления ПАВ специалистам других медицинских учреждений, потребляющих ПАВ, при самостоятельном обращении в наркологическую службу.

Каждая форма внутриведомственного взаимодействия имеет следующее содержание:

Информационно-просветительская работа с населением проходит через обеспечение медицинских организаций печатной продукцией по вопросам профилактики наркологических расстройств, о современных представлениях о формировании патологической зависимости, возможностях оказания наркологической помощи, предназначенной как для пациентов, так и медицинских работников, что достоверно повышает эффективность наркологических профилактических мероприятий.

Организация и проведение совместных мероприятий: научно-практических конференций, семинаров, вебинаров и видеоконференций с использованием интернет-ресурса по мультидисциплинарным проблемам болезней зависимости повышает профессиональную грамотность медицинских работников, формирует компетентный подход в решении вопросов наркологической профилактики. Одним из важных разделов внутриведомственного взаимодействия является осуществление **диспансеризации населения с целью раннего выявления потребителей ПАВ**, которая проводится в соответствии с нормативно-правовой базой (ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 21.11.2011 г. Статья 46).

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В рамках внутриведомственного взаимодействия по реализации профилактических программ проводится диспансеризация следующих групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше): работающие граждане; неработающие граждане; обучающиеся в образовательных организациях по очной форме. Диспансеризация проводится в медицинских организациях по приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Диспансеризация проводится один раз в три года.

На первом этапе диспансеризации, проводимом в отделениях (кабинетах) профилактики медицинской организации, в том числе находящихся в составе центров здоровья, выполняются доврачебные исследования. Они включают опрос (анкетирование), направленный на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития: злоупотребления алкоголем, табакокурения, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также другие исследования.

Задачей доврачебных медицинских исследований является только мотивирование лиц группы риска по наркологическим заболеваниям на посещение врача психиатра-нарколога.

Для раннего выявления потребителей ПАВ в общемедицинской сети, лиц с наркологическими проблемами необходима организация **специальных скрининговых мероприятий** среди всех пациентов, обращающихся за медицинской помощью, как значимого этапа профилактики.

Из существующих скрининговых методов наиболее доступными являются проведение психологического тестирования, проводимого в виде заполнения опросников и различных анкет. Ниже будут представлены отдельные наиболее распространенные русскоязычные анкетные методы, рекомендованные ВОЗ, которые успешно используются в общетерапевтической сети разных стран для диагностики наркологических проблем.

Психометрия и психопатологии

«Миннесотский многопрофильный опросник» (MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory)¹

Метод MMPI – стандартизированный тест для диагностики особенностей и психопатологии взрослой личности. Тест MMPI является сегодня наиболее широко используемым в исследовании личностным опросником. Оригинальный MMPI впервые опубликован в Университете Миннесоты в 1943 г. В настоящее время используется форма MMPI-2 (MMPI-2-RF), опубликованная в 2008 г. Она сохраняет некоторые аспекты традиционной стратегии оценки MMPI, но принимает современные теоретические подходы к разработке тестов личности. Опросник MMPI содержит 10 основных клинических шкал и 4 оценочных шкалы. В русскоязычной версии MMPI – в модификации Ф. Б. Березина ММИЛ – Миннесотский многопрофильный личностный опросник содержит 384 утверждения (Березин Ф. Б., Мирошников М. П. и др., 1967), и в модификации Л. Н. Собчик – СМИЛ – Стандартизированный многофакторный метод исследования личности взрослого и подростка (Собчик Л. Н., 1971). В на-

¹ Minnesota Multiphasic Personality Inventory https://en.wikipedia.org/wiki/Minnesota_Multiphasic_Personality_Inventory

стоящее время разработаны краткие варианты MMPI, состоящие из 80-160 вопросов, и электронные версии онлайн- и офлайн-формата.

Риски здоровью от агентов зависимого поведения:

АЛКОГОЛЬ

Тест «Выявление расстройств, связанных с алкоголем» (AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification)²

Анкета представлена в приложении.

Метод AUDIT разработан в 1995 г. при участии экспертов ВОЗ, предназначен для применения в разных странах, где успешно используется.

Тест AUDIT состоит из вопросов, определяющих, насколько опасно потребление человеком алкоголя. Вопросы можно задавать в виде интервью или с помощью опросника. Скрининг-тест AUDIT – инструмент, который может быть заполнен или врачом, или пациентом в зависимости от ситуации. Тест AUDIT отличает ряд преимуществ:

1. Тест разработан по заказу ВОЗ специально для оказания медицинской помощи лицам с проблемным употреблением алкоголя.
 2. В настоящее время тест AUDIT широко известен и активно применяется по всему миру.
 3. Тест определяет различные уровни потребления алкоголя, соответствующие критериям МКБ-10: опасное потребление, вредное потребление, зависимость.
 4. Тест состоит из 10 вопросов.
 5. На заполнение теста отводится 5-7 минут.
- Вопросы в скрининг-тесте AUDIT расположены в следующем порядке:
- 1-3-й вопросы касаются уровня (количества и частоты) потребления спиртного,
 - 4-6-й вопросы выявляют критерии зависимости от алкоголя,
 - 7-10-й вопросы выявляют вред, вызванный употреблением алкоголя.

ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Тест «Скрин тест CRAFFT» (CRAFFT Screening Test)³

Анкета представлена в приложении.

Метод CRAFFT – короткий, эффективный клинический инструмент, разработанный в 2002 г. американскими клиницистами Массачусетского университета (США) для ВОЗ, рекомендован с версиями на разных языках мира. Название теста CRAFFT – это мнемоническая аббревиатура

² Public Health England - PHE Alcohol Learning Resources <http://www.alcohollearningcentre.org.uk/Topics/Browse/BriefAdvice/?parent=4444&child=6148>
AUDIT Russian (pdf - 96Kb) opens new window
http://www.alcohollearningcentre.org.uk/_library/Russian_version_of_AUDIT.pdf

³ CRAFFT Screen (2009) Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR) at Children's Hospital Boston http://www.ceasar-boston.org/CRAFFT/pdf/CRAFFT_Russian.pdf

ра, состоящая из вопросов про машину – Car, про расслабление – Relax, употребление в одиночку – Alone, про эпизоды забывания – Forget, о друзьях – Friends, о неприятностях – Trouble.

Опросник CRAFFT применяется для скрининга подростков и юношей в возрасте до 21 года с высоким риском расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в том числе алкоголя и наркотиков. Тест CRAFFT состоит из 9 вопросов в формате «да» или «нет». Скрининг с помощью опросника CRAFFT начинается с просьбы к подростку: «Пожалуйста, ответьте на эти вопросы честно. Ваши ответы будут сохранены в тайне», а затем просят ответить на три вопроса. Если подросток ответил «нет» на все три первых вопроса, специалисту нужно попросить подростка ответить лишь на первый вопрос из шести оставшихся вопросов – на вопрос про автомобиль.

Анкета «CAGE» (Questionnaire «CAGE»)⁴ для скрининга злоупотребления алкоголем. **Анкета «CAGE-AID» (Questionnaire «CAGE-AID»)⁵** для скрининга злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков

Методы CAGE и CAGE-AID – инструменты для скрининга злоупотребления алкоголем и употребления других ПАВ. Метод CAGE разработан в 2004 г. на основе инструментария AUDIT. Инструмент состоит из 5 вопросов, используемых для выявления характера употребления наркотиков и алкоголя. Если человек отвечает «да» по двум или более вопросам, рекомендуется выставлять оценку полной зависимости от алкоголя и других наркотиков.

Тест «Проверочный тест на алкоголь, курение и психоактивные вещества» (ASSIST – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)⁶

Метод ASSIST был разработан в 1997 г. международной группой исследователей и стандартизирован в 2002 г. по заказу ВОЗ. ASSIST – это инструмент для определения рискованного употребления табака, алкоголя, каннабиса, кокаина, стимуляторов, амфетамина, седативных средств, галлюциногенов, ингаляторов, опиоидов и «других препаратов». ASSIST скрининг-тест может быть использован в учреждениях первичной медико-санитарной помощи целого ряда стран и культур. ASSIST был разработан с учетом параметров превентивного потенциала первичного звена, специалисты которого способны обнаружить больных потребителей ПАВ,

и с минимальным риском для пациентов обеспечить для них хотя бы краткую интервенцию.

Методы, определяющие степень погружения в зависимость

Метод «Индекс тяжести зависимости (ИТЗ)»⁷

Методика интервьюирования «Индекс тяжести зависимости», разработанная по заказу ВОЗ в 2009 г., широко используется зарубежными специалистами и учеными, работающими в области лечения и реабилитации больных с наркотической зависимостью и алкоголизмом. Методика ИТЗ зарекомендовала себя как надежный источник сбора стандартизированных данных. ИТЗ успешно применяется как инструмент клинического интервьюирования лиц с наркотической зависимостью. ИТЗ используется для разработки первичного плана медико-социального сопровождения и лечения пациента. Также ИТЗ применяется в качестве инструмента оценки состояния пациента в процессе лечения и реабилитации наркотической зависимости. Русскоязычная версия «Индекса тяжести зависимости: Treatnet» рекомендуется для пилотного применения в наркологических клиниках и амбулаторных отделениях, реабилитационных центрах разных форм собственности.

Необходимо обратить особое внимание специалистов медицинских учреждений на скрининговое тестирование, направленное на выявление фактов потребления алкоголя. В связи с длительным временным промежутком развития зависимости от алкоголя (в течение нескольких лет) выделяют три подгруппы профилактируемых лиц:

- 1) употребляющие алкоголь умеренно, не имеющие признаков поведенческих расстройств, но имеющие проблемы вследствие употребления (опасное употребление);
- 2) злоупотребляющие алкоголем: не имеют признаков заболевания, но имеют значимый вред от употребления алкоголя (злоупотребление);
- 3) страдающие алкоголизмом (зависимость).

В отношении курения табака и потребления наркотиков такого разделения на стадии не происходит, так как действие этих ПАВ значительно токсичнее и достаточно быстро (в течение нескольких месяцев) вызывает наркологическое заболевание.

Профилактическое вмешательство должно быть дифференцировано в зависимости от группы профилактируемых лиц:

⁴ «CAGE - Substance Abuse Screening Tool (PDF). Johns Hopkins Medicine. Retrieved 30 July 2014. http://www.hopkinsmedicine.org/johns_hopkins_healthcare/downloads/CAGE%20Substance%20Screening%20Tool.pdf

⁵ CAGE AID. The SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions (CIHS) <http://www.integration.samhsa.gov/images/res/CAGEAID.pdf>

⁶ Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Pilot Brief Intervention (2006) WHO. P.61-67 http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_technicalreport_phase2_final.pdf

⁷ Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: Руководство и опросник. – М., Верди, 2009. – 128 с. Издание руководства осуществлено при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию (АМР США/USAID). Содержание настоящего издания может не совпадать с официальной позицией Агентства США по международному развитию и Управления ООН по наркотикам и преступности. https://www.unodc.org/documents/russia//Manuals/FINAL_index_T_A4_fin_with_cover_page.pdf

В первой группе профилактическое краткосрочное вмешательство может быть ограничено беседой, «простым советом» о негативных последствиях злоупотребления ПАВ, об опасности развития наркологических заболеваний и проведением мотивационного интервью.

Во второй группе требуется проведение мотивационного интервью и консультирования, направленного на ответственное потребление спиртных напитков и курение табака, на повышение контроля над собственным поведением и поведением несовершеннолетних членов семьи.

В третьей группе проводится мотивационное консультирование для своевременного направления выявленных лиц группы риска в наркологические учреждения.

Следует отметить, что в настоящее время разработаны достоверные биологические (лабораторные) методики, направленные на обнаружение в организме изменений, вызванных злоупотреблением ПАВ.

Лабораторные методы, применяемые для выявления ПАВ, представлены в перечне медицинских услуг в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», с изменениями и дополнениями от 28 октября 2013 г., 10 декабря 2014 г.

В настоящих рекомендациях в четвертом разделе «Клиническая диагностика синдрома зависимости» в таблице 3 «Медицинские услуги для диагностики синдрома зависимости (в амбулаторных условиях)» размещен перечень лабораторных методов по выявлению ПАВ, в первую очередь выявлению алкоголя, наиболее распространенных наркотических веществ и наличия продуктов распада табачного дыма.

Необходимо обратить внимание

Специалисты наркологической службы оказывают содействие специалистам медицинских учреждений в освоении методов профилактической работы на договорной основе.

Исходя из этого, в целях раннего выявления лиц группы риска и организации с ними профилактической или лечебно-реабилитационной работы наркологическая служба выполняет следующие функции:

– среди сотрудников наркологической службы назначается ответственное лицо за внутриведомственное взаимодействие; ответственный сотрудник устанавливает контакты с медицинскими организациями, проводящими диспансеризацию;

– для отделений (кабинетов) медицинской профилактики медицинской организации разрабатываются, издаются и предоставляются листовки (буклеты), информирующие граждан о вредных последствиях употребления ПАВ, а также содержащие информацию о том, куда можно обратиться для получения адресной помощи;

– для медицинских работников проводят мотивационное консультирование, направленное на формирование у них навыков работы с лицами,

у которых были выявлены наркологические проблемы.

Одним из важнейших направлений внутриведомственного взаимодействия наркологической службы с медицинскими организациями является **обучение специалистов соматического звена методам и особенностям раннего выявления лиц, имеющих проблемы с употреблением алкоголя и наркотиков, повышение компетентности медицинских работников в выборе тактики ведения пациентов с подозрением на наличие наркологических расстройств, требующих мультидисциплинарного подхода.**

Программы обучения врачей и специалистов со средним медицинским образованием по актуальным вопросам наркологии могут иметь краткосрочный характер – 24, 36 часов обучения – и затрагивать все вопросы наркологической превентологии, формировать наркологическую заинтересованность медицинских работников.

Формы обучения специалистов других медицинских учреждений включают:

– обучающие тематические семинары по формированию навыков проведения психологического тестирования и ознакомления с методами лабораторной диагностики с целью раннего выявления потребителей ПАВ;

– обучение навыкам мотивирования пациентов на отказ от потребления ПАВ, освоения и поддержания принципов ЗОЖ в повседневной жизни и труде;

– краткосрочные обучающие программы (циклы семинаров и тренингов) по обучению навыкам проведения краткосрочного профилактического вмешательства;

– обеспечение слушателей методическими материалами для медицинских работников и буклеты, памятки для пациентов профилактической направленности.

Алгоритм **краткосрочного вмешательства** (краткосрочной интервенции) в условиях общемедицинской сети включает четыре этапа:

1. Скрининговые исследования с использованием анкетных методик.
2. Начальная оценка:
 - интервью по проблеме употребления алкоголя;
 - оценка степени соматического нарушения здоровья;
 - интервью по оценке психосоциальных, семейных проблем.
3. Первичная консультация:
 - разъяснение результатов обследования пациента;
 - предоставление объективных признаков выявленного вреда здоровью от потребления ПАВ;
 - разъяснение при необходимости вариантов изменения модели поведения или обращения за специализированной наркологической помощью;
 - предоставление информации (в т.ч. печатной продукции) о негативных последствиях потребления ПАВ, возможностях получения наркологической помощи;

– обсуждение путей формирования позитивной модели поведения.

4. Дальнейший контроль:

– мониторинг показателей физического и психического здоровья;

– обсуждение положительной динамики уменьшения потребляемого алкоголя (отказа от употребления ПАВ).

Краткосрочное вмешательство эффективно при постоянном мониторинге проблем, связанных с употреблением ПАВ, при обращении граждан за помощью по поводу основного заболевания. При отсутствии изменения поведения, связанного с употреблением алкоголя, пациент направляется в медицинские организации, оказывающие специализированную наркологическую помощь.

11. Межведомственное взаимодействие

Процесс повышения мотивации населения, в том числе детей и подростков, к ведению ЗОЖ и созданию соответствующих для этого условий задекларирован в Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» в подпрограмме 1 «Профилактика заболеваний и формирование ЗОЖ. Развитие первичной медико-санитарной помощи» (2014). Это может быть достигнуто только на основе межведомственного многоуровневого взаимодействия с привлечением общественных структур при определяющей роли Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Межведомственное взаимодействие в профилактике наркологических заболеваний реализуется рядом **государственных и негосударственных организаций**, основными из которых являются:

– общеобразовательные организации и профессиональные образовательные организации, а также образовательные организации высшего образования, с которыми взаимодействует наркологическая служба в целях раннего выявления потребителей ПАВ и организации мероприятий медицинской профилактики наркологических заболеваний;

– комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав;

– предприятия и организации работодателей при проведении обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на отдельных видах работ, тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров;

– социальные службы, взаимодействие с которыми осуществляется в целях создания преемственности и условий для дальнейшей социальной реабилитации и ресоциализации лиц, отказавшихся от употребления ПАВ;

– миграционные службы при выявлении потребителей психотропных веществ среди мигрантов;

– уголовно-исполнительные инспекции при проведении в отношении осужденного к лишению свободы, признанного больным наркоманией, курса лечения от наркомании и медицинской реабилитации с отсрочкой отбывания наказания в виде лишения свободы;

– силовые структуры, участвующие в информационном взаимодействии между правоохранительными органами и медицинскими организациями всех форм собственности;

– общественные и религиозные организации.

Меры по реализации межведомственных подходов в профилактике наркологических заболеваний:

– организация в средствах массовой информации кампаний, направленных на укрепление общественной поддержки существующих или новых стратегий борьбы со злоупотреблением алкогольной продукцией и немедическим потреблением наркотиков;

– разработка механизма координации информационных и обучающих программ и проведение кампаний по формированию ЗОЖ различных слоев населения и возрастных групп;

– пропаганда ЗОЖ среди детей и молодежи;

– укрепление нравственности и самосознания у детей и молодежи в целях развития у них навыков эффективного противостояния употреблению алкоголя и немедицинскому потреблению наркотиков;

– обеспечение широкой доступности лечебных и профилактических программ, нацеленных на семью;

– совершенствование и развитие организации оказания медицинской наркологической помощи лицам, злоупотребляющим алкоголем, с немедицинским потреблением наркотиков, а также пациентам с алкогольной и наркотической зависимостью;

– создание реабилитационных и психологических центров по профилактике наркологических заболеваний для работы с населением, особенно с молодежью, в том числе центров по подготовке специалистов-психологов, социальных работников и волонтеров;

– разработка и реализация мер антиалкогольной и антинаркотической политики в местах работы граждан, основанной на просвещении, профилактике, раннем выявлении и лечении алкогольной и наркотической зависимости.

Специалисты наркологической службы должны участвовать в организации и проведении межведомственных профилактических мероприятий, а также участвовать в обучающей деятельности специалистов различных ведомств. При этом **формы и методы совместной работы** включают:

– проведение обучающих тематических семинаров;

– совместные научно-практические конференции;

– подготовку методических материалов, буклетов, памяток.

Среди населения существует малодоступная для профилактической работы группа лиц, которая не входит в число обучающихся и работающих, ведущая аморальный образ жизни. Часто этот контингент представлен лицами молодого возраста. Из них большая часть относится к группе риска, в которой широко распространены злоупотребление алкоголем, незаконное употребление наркотиков и других ПАВ. Этой группе требуется особое внимание, которое предусмотрено региональными нормативно-правовыми актами и сложившейся практикой на местах.

11.1. Работа с образовательными учреждениями

Период обучения, когда человек получает общее и профессиональное образование для дальнейшей трудовой деятельности, – достаточно длительный временной промежуток в его жизни. В этот период для молодежи очень важным объектом профилактической работы становится среда высших и средних специальных образовательных учреждений,

где проявляется непосредственно общение со сверстниками, друзьями и значимыми взрослыми. Также в России в 18 лет происходят изменения правовой ответственности человека. Правовой статус человека выражен в предоставлении ему всей полноты гражданских прав и ответственности, в том числе молодой человек достигает возраста, когда разрешается приобретение алкогольных напитков и табачных изделий.

Эти условия влекут повышение активности в приобретении и расширении опыта потребления алкоголя и других ПАВ. Системное профилактическое информирование и обучение, направленные на подростков, молодых людей, играют важную роль в развитии у них навыков принятия ответственных решений по проблемам, связанным с алкоголем, наркотиками и другими ПАВ.

Сфера образования является важным компонентом для любого комплексного подхода к профилактике и политике в отношении алкоголя, табака, наркотиков и других ПАВ. Профилактическая работа, встроенная в образовательный процесс, может помочь снизить риск вреда здоровью каждого обучающегося еще до первых проб потребления ПАВ.

Взаимодействие наркологической службы с системой образования в соответствии с современной нормативной базой включает раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ (далее – раннее выявление потребителей ПАВ) среди обучающихся.

Раннее выявление потребителей ПАВ среди обучающихся является одной из форм профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ. Оно включает следующие мероприятия:

- 1) социально-психологическое тестирование обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования;
- 2) профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования.

Согласно законодательной базе, социально-психологическое тестирование и профилактические медицинские осмотры будут проходить добровольно.

Раннее выявление потребителей ПАВ среди обучающихся состоит из **двух этапов**.

Первый этап – социально-психологический, в рамках которого обучающихся попросят ответить на вопросы специальной анкеты. Первый этап проводится силами органов управления образования и учреждений образования.

Второй этап – медицинские профилактические осмотры с проведением анализов биологических сред для выявления в организме следов наркотических средств. Второй этап проводится силами органов управления здравоохранения и наркологическими службами.

Профилактическая работа, проводимая специалистами наркологических служб совместно с образовательными учреждениями, может содержать и другие виды взаимодействия с обучающимися, специалистами образования, родителями, заинтересованными лицами и организациями, в том числе общественными и религиозными. **Направления профилактической работы:**

– проведение информационно-просветительских встреч, бесед, лекций, семинаров, профилактических тренингов с учащимися, выступления на родительских собраниях, организация обучающих семинаров с педагогами и сотрудниками учреждений образования;

– подготовка, издание и распространение в учреждениях образования плакатов, буклетов, бюллетеней, листовок профилактической направленности;

– проведение совместных мероприятий с педагогической и родительской общественностью по вопросам качества проводимой педагогами первичной профилактики в образовательных учреждениях (научно-практические конференции, экспертные советы, рабочие группы, конкурсы качества профилактики наркологических заболеваний);

– помощь в организации социально-психологического тестирования обучающихся по раннему выявлению потребителей ПАВ, в работе с группой риска по возникновению наркологических заболеваний, в развитии волонтерского профилактического движения среди обучающихся образовательных учреждений;

– помощь в создании системы и инфраструктуры профилактики наркологических заболеваний в системе общего среднего и профессионального образования и научно-практической разработке вузами и колледжами программ первичной профилактики наркологических заболеваний.

Специалистам образования для проведения профилактической работы с обучающимися и родителями необходимы знания и навыки, которым их могут обучить специалисты наркологической службы. В частности, темами обучения могут быть:

- Предоставление точной и сбалансированной информации в зависимости от возраста аудитории по вопросам медицинских и социальных последствий употребления алкоголя, наркотиков и других ПАВ.

- Эффективные формы первичной антиаддиктивной профилактической работы, в частности формирование социальных норм без потребления ПАВ, жизненные навыки отказа от ПАВ, особенно в ситуациях их потребления, предотвращения потребления и последствий потребления алкоголя, наркотиков и других ПАВ.

- Эффективные психологические и социокультурные методы привлечения подростков, студенческой молодежи, педагогов, семьи к профилактической деятельности.

- Пути повышения имиджа и престижа профилактической антиаддиктивной деятельности в системе общего и профессионального образования.

- Опыт и предложения по включению в основные и дополнительные общеобразовательные программы тематических вопросов по профилактике употребления алкоголя, немедицинского потребления наркотиков среди обучающихся образовательных учреждений, в том числе детских домов.

- Опыт создания волонтерского движения среди обучающихся различного уровня для формирования профилактического общественного движения, используя для этих целей модель «сверстник – сверстнику».

Взаимодействие наркологической службы с образовательными учреждениями осуществляется через проведение совместных мероприятий. Специалисты наркологической службы проводят мероприятия на своей территории или на территории образовательных учреждений по предварительной договоренности. **Основными мероприятиями** межведомственного взаимодействия с учреждениями образования являются:

1. Мотивационные и семейные консультации лиц группы риска по направлению психологических служб образовательных учреждений.

2. Обучающие тренинги по формированию мотивации на отказ от потребления ПАВ.

3. Информационно-методическое обеспечение профилактической работы в системе образования (буклеты, компьютерные игры, методические рекомендации и пособия, памятки, образовательные профилактические программы, документальные, мультипликационные и художественные фильмы, лекции и пр.). Совместные разработки профилактических материалов и сценариев мероприятий.

11.2. Работа с трудовыми коллективами

В современных условиях жизни взрослый человек большую часть времени связывает с профессиональной деятельностью, где мастерство и достижения напрямую зависят от трудоспособности и здоровья. Принятие алкоголя, курение табака и наркотиков работником на рабочем месте снижают его активность и приводят:

- к увеличению количества пропущенных рабочих дней по болезни;
- пропуску рабочих дней по причине злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков, табакокурения;

- преждевременной смертности;
- экономическим последствиям;
- потере кадров, потому что потребители ПАВ не задерживаются на рабочем месте;

- безработице и/или досрочному выходу на пенсию;
- снижению производительности труда;
- несчастным случаям на работе.

Международная организация труда (МОТ) считает, что в мире в среднем 3-5% работников имеют навязчивое влечение к алкоголю. До 25% злоупотребляют алкоголем, что может привести к алкогольной зависимо-

сти. Треть сотрудников выходят на работу в состоянии похмелья, которое вызывает трудности с концентрацией внимания, снижение производительности труда, усталость. В таком состоянии сотрудники нередко допускают ошибки в производственной деятельности.

В конце 2014 г. известная английская компания – транснациональный медицинский и страховой брокер MERSER⁸ – совместно с группой из Кембриджского университета провела исследование рабочей силы Великобритании по потреблению алкоголя и табакокурения (MERSER – основатель конкурса Здоровая компания Великобритании). В частности, в результатах исследования сообщалось, что более половины рабочей силы Великобритании (57%) регулярно превышают рекомендованные нормы потребления алкоголя и пьют больше шести доз за одно потребление алкоголя. В соответствии с опросом Здоровых компаний Великобритании 29% сотрудников сообщили, что они еженедельно бывают в ситуации, когда значительно превышают норму выпитого алкоголя. Почти четыре из пяти сотрудников (79%) ответили, что они довольны тем количеством алкоголя, которое они употребляют. Только 21% сотрудников считают, что они пьют слишком много, и всего 2% мотивированы на уменьшение собственного потребления алкоголя. Последняя цифра значительно ниже, чем доля работников, желающих бросить курить (40%), или тех, которые хотят уменьшить собственную массу тела (56%).

Специалисты наркологической службы, осуществляющие профилактику на рабочих местах, зачастую сталкиваются с ситуацией, когда их предложения к сотрудничеству не вызывают интереса у работодателей. Руководители организаций считают, что сотрудников с наркологическими проблемами легче уволить, чем заниматься личными вопросами работников группы риска. Поэтому специалистам наркологической службы необходимо усилить мотивационный элемент общения с целью разъяснения представителям администраций предприятий, компаний, организаций, что проблемы употребления ПАВ существуют не только среди людей с наркологическими проблемами, но значительно у большего числа лиц. Поэтому в интересах производства необходимо заниматься профилактикой употребления ПАВ.

В содержании мотивационного консультирования с работодателями целесообразно использовать следующие показатели эффективности антинаркологической профилактики на рабочих местах:

- экономические преимущества за счет снижения прогулов и аварийных затрат,
- повышение эффективности и мотивации к профессиональному росту,

⁸ Despite excessive drinking habits few employees motivated to reduce alcohol consumption 11 December 2014 United Kingdom, London http://www.uk.mercer.com/newsroom/few_employees_motivated_to_reduce_alcohol_consumption.html
UK companies' tobacco policies up in smoke 24 October 2014 United Kingdom, London http://www.uk.mercer.com/newsroom/BHC_smoking.html

- повышение качества продукции и услуг,
- улучшение имиджа компании,
- повышение удовлетворенности заказчика.

Показателями привлекательности антинаркотической политики, **с точки зрения работников**, могут быть:

- улучшение качества жизни через повышение удовлетворенности работой,
- снижение стресса,
- улучшение рабочей атмосферы,
- снижение жалоб на здоровье, связанных с работой,
- повышение безопасности рабочих мест.

Как правило, для успеха реализации антиалкогольной и антинаркотической политики на предприятии необходимо создать предварительные условия:

- общее применение для всех сотрудников без исключения;
- эффективная коммуникация всех сотрудников;
- приверженность и участие всего персонала;
- запрет на алкоголь, вызывающий важные изменения поведения;
- открытость менеджеров компании для обсуждения проблем употребления ПАВ;
- достаточный период времени для осуществления программ профилактики употребления ПАВ, так как это не краткосрочное мероприятие.

Профилактика на рабочих местах проводится через информирование, просвещение и обучающие программы по укреплению здоровья, управлению рисками, вредными здоровью, и предупреждению рецидивов хронических заболеваний, в которых могут принимать участие специалисты наркологической службы при заключении договоров о совместной профилактической деятельности с учетом стоимости дополнительных профилактических услуг, осуществляемых сотрудниками наркологической службы. При заключении договоров следует обратить внимание на то, что практическую профилактику на рабочих местах наиболее благоприятно проводить в рабочее время.

С целью изменения ситуации в рабочих коллективах наркологическая служба на местах участвует в разработке и реализации информационно-просветительских и обучающих программ, в том числе программ профессиональной подготовки в области профилактики зависимого поведения для специалистов разного профиля.

Одной из важных задач является интеграция профилактических образовательных программ в проекты и программы здравоохранения на местах для профессиональной подготовки специалистов в территориальных университетах и колледжах. К организации и проведению профилактических программ на рабочем месте можно привлекать профильные профсоюзы и органы социальной защиты.

В последние годы программы по укреплению здоровья на рабочем месте в основном разрабатываются на базе университетов и научно-исследовательских организаций. Эти программы нацелены на оказание работникам помощи в подготовке к управлению состоянием здоровья, поддержанию ремиссии хронических заболеваний и повышению физической активности. Профилактическая работа на рабочих местах проводится в зависимости от возраста работников и хронических проблем со здоровьем. Такой подход снимет повышенное бремя на создание здоровьесберегающих условий на производстве и снизит экономические издержки, связанные с пропусками рабочих дней.

11.3. Взаимодействие со структурами МВД, ФСКН, военкоматами и другими силовыми структурами и организациями

В настоящее время считается, что стабильность наркологической ситуации в 2005-2014 гг. достигнута благодаря межведомственному взаимодействию, которое сформировало тенденцию снижения потребления наркотиков, сокращения смертности среди молодежи, в том числе вызванной наркотической зависимостью.

В субъектах Российской Федерации созданы и активно работают государственный антинаркотический комитет, антинаркотические комиссии. Они стали органами, которые координируют межведомственное взаимодействие и формируют антинаркотическую деятельность. Взаимодействие наркологической службы с силовыми структурами МВД, ФСКН, военкоматами и другими структурами, такими как ФСИН и УФС, осуществляется по отдельным планам, сформированным в каждом субъекте РФ самостоятельно.

Определены полномочия федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере профилактики потребления наркотиков. Установлены основания и порядок осуществления мероприятий по раннему выявлению наркопотребителей.

Значимым мероприятием является совместная работа по вопросам усовершенствования региональной и федеральной нормативно-правовой базы по профилактике употребления ПАВ, оказания наркологической помощи, регулированию контроля и надзора в сфере комплексной реабилитации наркопотребителей.

Совместно реализуется система мониторинга наркоситуации регионального и федерального уровня.

Проводится совместная работа по профилактическому информированию населения, а также распространению информации об анонимном консультировании, диагностике и лечении, совместно демонстрируют социальную рекламу антинаркотической направленности.

Организация взаимодействия правоохранительных органов и наркологической службы по вопросам выявления потребителей ПАВ включена

в порядок соответствующего медицинского освидетельствования и профилактических осмотров призывников в военкоматах, сотрудников правоохранительных органов.

В настоящее время ведется работа по созданию единой системы межведомственного взаимодействия экспертных лабораторий правоохранительных органов и учреждений здравоохранения в сфере выявления новых наркотических средств. В этой работе принимают участие Минздрав РФ, ФСКН, руководители химико-токсикологических лабораторий УФСН РФ, Бюро судебной медицины, наркологические диспансеры субъектов РФ.

Учитывая возрастающее число лиц, которые направляются в рамках административного судопроизводства для прохождения профилактических совместных мероприятий (лечение, реабилитация, ресоциализация), обеспечивается эффективный контроль исполнения решений суда.

На постоянной основе на федеральном и региональном уровнях проводятся форумы по профилактике употребления ПАВ совместно с ФСКН, МВД, антиалкогольными, антитабачными, антинаркотическими общественными, религиозными и международными организациями в сфере противодействия наркомании и наркобизнесу.

12. Методы профилактического вмешательства для психокоррекционной работы

В соответствии с классификацией ВОЗ методы профилактической работы, используемые в наркологической службе для психокоррекции и направленные на предупреждение потребления психотропных веществ, подразделяются на разные группы профилактического вмешательства.

Первичная профилактика – это недопущение употребления ПАВ молодыми людьми, лицами, воздерживающимися от употребления, а также прекращения случайного и экспериментального употребления. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой и ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодежи. Усилия первичной профилактики направлены на сохранение либо укрепление здоровья.

Вторичная (селективная) профилактика избирательна, ориентирована на лиц, имеющих регулярный опыт проблемного употребления ПАВ без зависимости, но при этом с высокой долей вероятности возникновения заболевания. Она включает профилактическое воздействие одновременно медицинского, психолого-педагогического и социального характера.

Третичная (модификационная) профилактика является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на лиц со сформированной зависимостью от ПАВ. Такая профилактика направлена на предупреждение дальнейшего развития заболевания, уменьшение вредных последствий и на предупреждение рецидива.

12.1. Мотивационное интервью и мотивационное консультирование

Одним из ведущих методов профилактического вмешательства является мотивационное интервью и мотивационное консультирование. При проведении мотивационного интервью применяются психотерапевтические технологии, при их использовании необходимо детально оценить индивидуальные «мишени» психотерапевтического воздействия у каждого пациента.

При проведении мотивационного интервью используются специальные психологические технологии, с помощью которых формируется мотивация на изменение поведения в направлении ЗОЖ.

Учитывая крайне нестабильную мотивацию на отказ от ПАВ или у лиц из группы риска и зависимых от ПАВ, основным методом психотерапии должна являться мотивационная психотерапия. Мотивационная психотерапия может быть использована как основа взаимодействия с пациентом, проходящим программу медицинской психокоррекции.

Применение мотивационной психотерапии в профилактике

Мотивационное интервью (МИ) является одним из психологических методов, многократно доказавшим свою эффективность. В научных ис-

следованиях доказана его эффективность применительно к классу различных психических и поведенческих расстройств, в том числе и вызванных употреблением ПАВ (Rollnick S., Miller W. R., 1995). В настоящее время мотивационная интервьюирующая беседа, осуществляемая по особой схеме, расширила свои границы и стала широко использоваться для пациентов на любых стадиях развития наркологического заболевания, а также для лиц группы риска и нуждающихся в формировании мотивации на здоровое поведение, приверженности лечению и реабилитации.

Мотивационное интервью может проводить прошедший расширенную подготовку и специально обученный врач-психотерапевт, врач психиатр-нарколог, клинический психолог, а также специалист по социальной работе, социальный работник.

Определение мотивационного интервью

МИ чаще определяют как директивный или недирективный центрированный на пациенте метод, ориентированный на повышение мотивации к изменению, который помогает пациенту прояснить, выявить и преодолеть амбивалентное отношение к проблемам, связанным с употреблением ПАВ.

Конфронтационный тип, к сожалению, часто встречающийся у врачей, в основе содержит алгоритм противостояния, конфликта, когда пациенту демонстрируют пагубность, недопустимость его стиля жизни, включающего потребление ПАВ. Этот тип отношений частично может быть объяснен теми (устаревшими) моделями развития химической зависимости, которые базировались на трактовке наркологических проблем, как следствия некоего морального дефекта. В рамках конфронтационного стиля негативное отношение к наркологическим проблемам фактически переносится на личность самого пациента, нивелирует ее, порождая эффекты стигматизации и исключая возможность сотрудничества. Отсюда очевидно, что этот тип взаимоотношений никак не может быть положен в основу МИ.

Директивный тип отношений есть лишь немного смягченный вариант конфронтационного партнерства врача и пациента, их совместного сотрудничества. Основой такого типа отношения является привычный врачебный патернализм, на протяжении истории медицины сложившийся в прочную и мало поддающуюся изменениям традицию. «Живучесть» традиции не случайна, и относительные «плюсы» у патерналистского типа взаимоотношений «врач – пациент» есть. Это создание у ослабленного, страдающего человека ощущения защиты, передачи им непосильной в момент тяжелого заболевания ответственности за свое состояние другому, авторитетному человеку. Отдельно необходимо отметить, что патернализм является обязательным условием использования методов коррекции, основанных на вере, механизмах внушения.

Следующим типом отношений может считаться **недирективный, или клиент-центрированный**. Здесь характер взаимоотношений между терапевтом и пациентом иной: поскольку пациент обнаруживает рассогла-

сование между частями своего Я (в первую очередь между Я-реальным и Я-идеальным) со снижением уровня самопрятия, то психотерапевт должен обеспечить этот недостающий уровень прятия. Обеспечение прятия пациента идет путем позитивного внимания к пациенту, эмпатического понимания внутреннего мира последнего. Основой такого отношения становится эмпатия по отношению к пациенту, способность психотерапевта к сочувствию, сопереживанию, пониманию и принятию. В дальнейшем пациент также научается подобному типу отношения, что содействует личностному росту.

Техники, используемые при проведении мотивационного интервью

Обозначим особый стиль или «дух» МИ, о котором говорят как об основном методе профилактического воздействия, базирующемся на трех основных элементах:

- сотрудничество между пациентом и специалистом,
- продуцирование и выявление присущих пациенту мыслей по поводу необходимого изменения,
- акцентирование автономии (и ответственности) пациента в ходе осуществляющихся изменений (Bundy С., 2004).

Используемые конкретные техники являются логическим продолжением этого стиля, его практическим воплощением.

1. Выражение эмпатии

Эмпатия является фундаментом любой разговорной психотерапии. Быть эмпатичным означает передать пациенту действительное, основанное на полученной информации, понимание его проблем, переживаний, состояния, включая амбивалентность этих переживаний. Такое понимание требует внимательного выслушивания и рефлексии, произведя которые врач способен в сжатой форме передать пациенту смысл того, что тот хотел выразить.

Такое отношение к пациенту является альтернативой оцениванию и «навешиванию ярлыков», в случае которых любое переживание, сомнение, действие или интенция пациента оцениваются и интерпретируются как симптом, при этом утрачивается целостное и «живое» восприятие личности. Идти по пути оценок («Это правильно», «Это глупо», «Это ненормально», «Это неразумно», «Это нехорошо» и т. д.) – значит упрощать картину и лишать себя возможности действительно услышать и понять переживания другого «его глазами». Если мы остаемся в рамках оценочного (пусть даже основанного на самой лучшей клинической теории) отношения, задача построить сотрудничество с пациентом останется нерешаемой, и это с большой вероятностью не даст возможности пациенту измениться.

Правильное понимание сказанного пациентом, отражение переживаемых им эмоций, интерес к личности и переживаниям пациента составляют необходимые условия, которые обязательны для того, чтобы произошли позитивные изменения. Принятие врачом личности пациента позволяет

пациенту исследовать собственные переживания и принимать их, после чего обычно уже наступают изменения. Данное принятие, таким образом, создает зону безопасности, достаточную, чтобы мог возникнуть и закрепиться новый опыт альтернативного поведения.

2. Установление раппорта

Для того чтобы пациент мог доверять врачу, необходимо время. Пациенту необходимо дать понять, что врач не будет его судить, запугивать или обманывать, чтобы добиться необходимых изменений. Если в рутинной практике врача-нарколога привычно смешиваются названные три варианта поведения (судить, запугивать или вводить в заблуждение), образуя новую конфронтационного стиля, то такой стереотип поведения не годится для использования в мотивационных технологиях.

Говоря о технологии установления доверительных отношений, заметим, что здесь важны такие факторы, как время и место. Это включает установленное время начала сессии, достаточность продолжительности встречи и ее завершение после того, как пациент почувствовал себя защищенным, убедился в готовности врача ему помочь и содействовать. Требуется обязательно и отдельное помещение, позволяющее беседовать конфиденциально, откровенно.

Важно также подчеркнуть, что раппорт устанавливается с первых минут, но поддерживаться должен в дальнейшем постоянно. Степень устойчивости раппорта во многом зависит от эффективности выполнения психотерапевтом последующих приведенных техник: выявления противоречий, поддержки и укрепления чувства самоэффективности у пациента, предъявления советов (информирования), предоставления обратной связи, прояснения целей и иных. Всегда следует помнить, что раппорт основан на доверии, которое включает уверенность в профессионализме врача, и которое обязательно для появления попыток изменения и достижения стабильных позитивных изменений пациента.

3. Использование открытых вопросов

Так называемые «открытые вопросы» являются логическим продолжением изменения стиля отношений с пациентом с конфронтующего или директивного на сотрудничающий, включающий проявления эмпатии. Открытые вопросы – это вид вопросов, которые предоставляют пациенту значительно больше свободы самовыражения, возможность контроля над диалогом, высокую степень активности. Для психотерапевта важно, что открытые вопросы позволяют избежать односложных и неинформативных ответов, нащупать то, что действительно важно для пациента, определить индивидуальный стиль восприятия им исследуемых обстоятельств. Задавая открытые вопросы, врач использует иной тон – лишенный обвинений, заинтересованный, сотрудничающий; это отвечает эмпатическому общению.

Закрытые вопросы делают пациента пассивным, подчиненным внешней инициативе, лишают его возможности контролировать ход беседы, нередко несут оттенок оценивания или, в худшем случае, обвинения. Важно, что стремление клинически ориентированного специалиста подтвердить имеющиеся у него клинические подозрения повышает вероятность использования закрытых вопросов.

Открытые вопросы начинаются с «что» («Что беспокоит вас на данный момент более всего?», «Что бы вы хотели обсудить в первую очередь?», «Что изменится в вашей жизни после прекращения употребления наркотика?»), «как» («Как происходили первые пробы наркотика?», «Как вы оцениваете свое потребление спиртного?»), «Скажите мне», «Опишите мне». В ряде случаев можно просто использовать стимулирующие пациента к дальнейшим высказываниям фразы, например «Продолжайте», «И что?», «Расскажите об этом подробнее» и др.

Приведем также примеры закрытых вопросов, из которых можно видеть, что на большинство из них можно ответить односложно, что минимизирует активность пациента. «Вы употребляли марихуану? Когда это произошло в последний раз?», «Считает ли ваша жена вас алкоголиком?», «Озабочены ли вы собственным употреблением спиртного?» и т. д. Помимо прочего, анализ диалога, построенного с предпочтительным использованием закрытых вопросов, создает тягостное впечатление постоянно вещающего специалиста и вяло, изредка проявляющего активность пациента. Подобная позиция устраивает только определенный тип «специалистов», которые полагают, что им уже заранее все известно – о наркологических проблемах пациента, их проявлениях, динамике, перспективах. Но этот подход как раз и нивелирует, исключает личность пациента, поскольку о ней до начала глубокого эмпатического общения нам не может быть известно ничего, так как любая личность уникальна, как и ее история, внутренний мир, переживания. Что касается механизмов формирования зависимости, то они также идентичны только на первый взгляд, и для выработки плана изменений необходимо знание индивидуальных особенностей каждого случая.

Открытые вопросы очень полезны для прояснения сущностных аспектов жизни пациента и его зависимости от психотропных веществ. Так, если не вполне ясно, какую роль употребление спиртного играет в регуляции аффекта, не обязательно спрашивать об этом прямо (пациент не всегда может ответить – в силу слабости рефлексии или сопротивления – на вопрос «Помогает ли вам спиртное справляться со стрессом?»). Можно попросить объяснить «В какие моменты вы чувствуете, что прием спиртного полезен?» или «Когда вы знаете, что вам нужно выпить?». Анализ ответа позволяет понять механизмы употребления, увидеть низкую стрессоустойчивость и определить другие проблемы. Полезным вариантом опроса с использованием открытых вопросов является анализ «типичного дня» или «типичной выпивки» пациента. Например, вопросы: «Как все начина-

лось? Как было принято решение выпить? Что вы приняли первым? Как продолжилась выпивка? Чем все закончилось?»

4. Рефлексивное слушание

Данная техника является широкой как по диапазону применения, так и по многообразию вариантов. Рефлексия – как способность точно отображать сказанное (а иногда и не сказанное) пациентом – возможна в разных формах. Так, на начальном этапе взаимодействия врач проводит активный опрос пациента, оставаясь при этом директивным, задавая много вопросов, уточняя сказанное, выявляя тем самым значимые для будущей терапии чувства, размышления, сомнения, убеждения пациента. Однако все сказанное не только используется врачом, но должно стать предметом рефлексии самого пациента. Поэтому уже здесь требуются приемы повтора (ключевых пунктов), перефразирования, акцентирования, подведения итогов или суммирования. Все эти приемы становятся частью техники рефлексивного слушания (которую применительно к первым этапам работы и, исходя из позиции пациента, иногда определяют как «конструктивную конфронтацию»).

Для понимания специфики рефлексивного слушания необходимо отметить ключевой момент: у любого сообщения есть текст и подтекст, и в терапевтических взаимоотношениях нет места наивности. Специалист обязан быть проницательным, замечать больше, чем пациент сказал, и иногда даже больше, чем он хотел сказать. Для такого проницательного понимания важно именно эмпатически чувствовать пациента, воспринимать слабые сигналы, свидетельствующие о его эмоциональном состоянии (мимику, парамимику, интонирование), расшифровывать запинки, задержки в речи, отклонения от темы, неточности, дублирования высказываний и слов и многое другое.

Что касается «возвращения» пациенту смысла сказанного, так называемой «обратной связи», то она – результат выбора врача. Мы не можем «обрушить» на неподготовленного пациента все, что нам удалось заметить и понять. К обратной связи как к механизму рефлексии пациента приучают постепенно, на фоне устойчивого раппорта, доверия, в ходе длительной терапии. В рамках МИ задача обучения рефлексии сужена, поскольку здесь главное – обнаружить и сделать предметом обсуждения те проявления (чувства, мысли, переживания, образы), которые имеют отношение к будущему или проводимому лечению. Отсюда делать обзор или резюмировать врач будет темы, непосредственно относящиеся к МИ, выделяя в первую очередь самомотивирующие формулировки для изменения установок в отношении потребления психотропных веществ.

5. Формирование программы изменений

Многочисленные наблюдения показывают, что одной из наиболее распространенных ошибок людей, планирующих достичь изменений, является

стремление сделать очень много и за весьма короткий период времени. На самом деле подобные революционные преобразования маловероятны и слабо соответствуют принципу реальности. Поэтому пациент нередко нуждается в обеспечиваемой врачом обратной связи, корректирующей нереалистичные (и потому обреченные на провал, на программируемый «неуспех») действия. Обратная связь позволяет пациенту определить приоритеты желаемых изменений, обозначить те трудности, которые возникают на пути изменений и которые, как правило, недооцениваются на этапе планирования. Для обеспечения будущих достижений важно соотносить поставленные цели с реально имеющимися ресурсами, возможностями.

В то же время специалисту нельзя навязывать пациенту свое видение ситуации и собственный план изменений. Навязанные пациенту план или программа будут с высокой вероятностью отвергнуты, поэтому не оправданы; при этом собственный план пациента периодически необходимо подвергать ревизии, объективной оценке. В фокусе такой ревизии – определение приоритетов, учет обстоятельств, затрудняющих или замедляющих темп изменений, например возникновение необходимости закрепления формирующихся новых навыков.

6. Содействие готовности к изменениям

Мотивация или готовность к изменениям – весьма неустойчива и капризна у пациентов с наркологическими заболеваниями. Поэтому фактически всегда, на любом этапе работы, по ходу решения иных задач, содействие росту этой мотивации мы не оставляем без внимания. Используя простые технологии (из числа предложенных в когнитивной психотерапии), можно попросить пациента найти свое место по 10-балльной шкале по уровню мотивации к изменению. В дальнейшем полученная оценка обсуждается. Например: «Вы дали оценку своей мотивации как 4 балла. Это выше, чем 3 балла, и ниже, чем 5. Но почему не 5? Вы уверены, что не 5? Что дает вам такую уверенность?».

Целью такой пробы является получение информации о возможных барьерах, препятствиях для изменений, с последующей работой над ними и поддержка самих изменений. Определение желаний изменений, способности (возможности) и готовности к изменениям – важнейшая, ключевая часть мотивационного процесса вообще и МИ также. При этом указанные компоненты могут варьировать и не быть синхронными. Так, у отдельных пациентов мы обнаруживаем высокое желание при отсутствии возможностей либо возможности выше, чем собственно желание изменений. Могут быть и иные сочетания.

Раскрытие пациенту – в ходе дальнейшего обсуждения полученных ответов – причин, по которым мы задали данные вопросы, позволяет фактически осуществлять обучение самого пациента навыкам МИ или, говоря иначе, обучать его рефлексии собственных неявных установок, барьеров. Такая работа поддерживает раппорт, поскольку у пациента появляется по-

нимание того, над чем совместно с ним работает врач, почему задает именно такие вопросы, и что может почерпнуть из данных им ответов. Эффект «прозрачной» психотерапии полезен для преодоления хаоса и неясности переживаний пациента с наркологическими проблемами, присущих ему механизмов психологической защиты, алекситимии.

7. Извлечение самомотивирующих формулировок пациента

В процессе МИ необходимо использовать любую возможность применения тех работающих на изменение формулировок, которые есть у самого пациента. Они не вызывают сопротивления, в большей степени отвечают генуинным стремлениям пациента, и поощрение таких формулировок повышает вероятность успеха. Для выявления мотивирующих формулировок годятся разные способы, например открытые вопросы («Какие причины привели вас к необходимости изменить свое поведение?», «Что бы вы могли сделать, если бы решили изменить свое поведение?»).

Однако сказанное не означает, что спонтанно возникшие у пациента утверждения, обусловленные стремлением к изменению поведения, нельзя корректировать. Так, вместо пассивной формы и сослагательного наклонения («Остается надеяться на...», «Если бы я смог...») пациенту лучше было бы применять активные, утвердительные формулировки («Я с удовольствием (с энтузиазмом, с готовностью) сделаю...»). Для корректировки можно использовать возможности суммирования и перефразирования, в том числе прибегая к помощи самого пациента («Как лучше было бы сформулировать ваше намерение?», «Чем вы могли бы заменить слово (фразу)...»).

Если точнее определить роль специалиста, проводящего МИ, то это роль фасилитатора, или катализатора, роль, широко используемая в различных форматах психотерапии. Он не создает нового, не навязывает его, но использует любые возможные средства самого пациента и при этом ускоряет (улучшает, закрепляет) изменения.

В рамках выявления самомотивирующих формулировок пациента полезно расспросить его о том, как оценивают его состояние и его перспективы люди из ближайшего окружения пациента. Убедившись в существенных различиях оценок, мы имеем возможность аккуратно столкнуть точку зрения пациента и иных лиц с целью повышения убежденности пациента (либо принимая подходящее для этой цели мнение другого человека, либо, напротив, оспаривая его). Любое несоответствие есть основа для дискуссии, темой которой является оптимизм/пессимизм в оценке перспектив, степень выраженности проблем у пациента, определение стадии изменений, на которой он сейчас находится, наличный уровень его мотивации и т. д. («Ваша жена полагает, что вы... Что вы сами думаете по этому поводу?»). Важно, что конфронтация здесь идет не между мнением врача и мнением пациента, но как бы в стороне, между пациентом и другими лицами. Такая дискуссия, помимо того, что она полезна своим содержанием, непосред-

ственно обращенным к ключевым пунктам процесса изменения поведения пациента, еще и достаточно безопасна, не содержит угрозы взаимоотношениям врач – пациент.

8. Обнаружение амбивалентности

Амбивалентность – совершенно нормальное явление у пациентов с наркологическими проблемами (и не только) в ходе коррекции. Амбивалентность присутствует до тех пор, пока сохраняется опасность возобновления приема психотропных веществ, то есть постоянно. Это утверждение является смелым только на первый взгляд. Логика подсказывает, что если причин сохранять вредоносное поведение нет, оно не может продолжаться, если же угроза возвращения к приему алкоголя или наркотиков сохраняется – тому есть причины, посылки. Данное рассуждение показывает наличие амбивалентности самому пациенту и работающему с ним специалисту. Пациента полезно ознакомить с данным рассуждением, равно как и самим понятием «амбивалентность». Такое объяснение позволит доказать пациенту, что когда при интерпретации и оценке его поведения и мотивации специалист ищет подтекст, скрытые мотивы, он руководствуется не стремлением оценить или разоблачить, но только поиском сущностных моментов, подтверждающих всегда сохраняющуюся амбивалентность.

Подчеркнем, что амбивалентность находит разные формы своего проявления. Когда пациент спорит, выражает свое несогласие со специалистом, отрицает или игнорирует отраженные психотерапевтом утверждения, отвергает попытки уточнить формулировки – это прямое выражение амбивалентности. Здесь все налицо, все открыто, и можно обсуждать с ним темы для разногласий, тем самым приводить пациента к новому уровню рефлексии и саморегуляции. Если же все амбивалентные проявления остаются на уровне смутного, вытесняемого внутреннего диалога, а на поверхности – формально-согласный, «примерный» пациент, скорее мы столкнемся с худшим видом амбивалентности: она скрыта, ее сложно обнаружить и сделать предметом рефлексии, но она способна разрушить терапевтические усилия. Поэтому специалисту, работающему с пациентами, не стоит опасаться открытых проявлений амбивалентности, но, напротив, стоит стремиться сделать ее открытой.

В связи с высказанными соображениями понятно, что говоря об амбивалентности, мы ни в коем случае не предполагаем, что психотерапевт все знает лучше и что задача пациента – лишь соглашаться со специалистом. Напротив, для терапевта лучше опираться на то, что предлагает пациент, минимально интерпретируя и следуя логике пациента. При этом как наличие амбивалентности, так и ее флуктуации (когда то одна сторона аргументации, то другая становятся сильнее) полагаем нормальными, «рабочими» моментами.

9. Баланс решений

«Баланс решений» – одна из широко известных технологий, используемых, в первую очередь, в когнитивной психотерапии, в том числе – при работе с зависимыми пациентами. Это метод, позволяющий структурировать и визуализировать амбивалентные установки пациента по отношению к потреблению психотропных веществ (Velicer W. F. et al., 1985). Технология проста, но эффективно может выполняться при ряде условий: при хорошем контакте и уровне доверия между врачом и пациентом, при готовности пациента к активности (поскольку роль психотерапевта – только роль фасилитатора). Навязанные формулировки здесь недопустимы. Приведем пример результирующей матрицы (или решетки), заметив, что рассматриваться может и иное число проблемных ситуаций, в соответствии с числом имеющихся у пациента сценариев развития событий.

Таблица 4. Матрица «за» и «против» (пример)

Сценарии будущего	«За»	«Против»
Выпивать как всегда	Все мои друзья выпивают Это позволяет расслабиться Выпивка позволяет повеселиться Я люблю вкус хорошего спиртного	Я становлюсь агрессивным Есть проблемы со здоровьем Жена грозит разводом Рестораны привели к долгам На другой день не помню вчерашних событий (это пугает) Чем дальше, тем труднее бросить
Уменьшение приема спиртного	Я могу продолжать общаться со своими друзьями Это позволит улучшить состояние здоровья	Никто из близких не поверит мне Смогу ли я остановиться? (Скорее нет) Зависимость сохранится и будет возрастать
Прекращение приема спиртного	Не будет проблем с агрессией Это порадует моих близких Наладятся денежные дела Восстановится здоровье	Я могу потерять друзей Как я буду справляться с напряжением и усталостью? Не будет способа получить удовольствие, порадоваться

Работа по составлению таблицы синонимична дискуссии с поиском аргументов «за» и «против», но представление результатов выглядит более выпукло, наглядно, тем более что к матрице можно возвращаться впоследствии неоднократно, формулируя, исходя из нее, мишени для дальнейших воздействий, отслеживая динамику состояния и степень переживаемой пациентом амбивалентности.

Дополнением к матрице может служить возможность шкалирования, когда по 10-балльной шкале мы просим оценить каждый их анализируемых «Сценариев будущего» по его пригодности, реализуемости (вероят-

ности), по степени мотивированности пациента на следование данному сценарию.

10. Информирование и совет пациента

Несмотря на доступность информации об алкоголе и наркотиках, у большинства пациентов представления об их действии, отдаленных последствиях приема и особенно о методах коррекции и прогнозе искажены. Это тем более верно, что на этапе формирования наркологических проблем пациент невосприимчив к информации, способной воспрепятствовать приему психотропных веществ, и складывающиеся у него впечатления, по меньшей мере, тенденциозны.

В ходе проводимой коррекции такие нереалистичные (фобические, безнадежные, анозогностические и иные) убеждения пациентов не всегда проговариваются открыто, но обнаружить себя могут косвенно, например в чрезмерной реакции удивления на предоставление обычной известной информации. Поэтому нельзя забывать о существенных расхождениях между профессиональным видением наркологических проблем и обывательским, искаженным видением пациента.

11. Планирование изменений

Данная техника логично следует из проведенного анализа состояния, «за» и «против» лечения, оценки опасностей и сложностей пути. Это может быть дискуссия по поводу плана изменений. План изменений может быть формализован в большей или меньшей степени. Это зависит от стилевых особенностей как врача, так и пациента. Формализации плана (максимальная степень, когда план составляется в письменной форме, детально, с указанием дат и критериев оценки выполнения пунктов) является фактором, препятствующим хаотичности, импульсивности и беспечности, часто присущим наркологическим пациентам. Однако усвоение новых стереотипов деятельности – структурированной, планируемой, контролируемой – должно быть соотнесено с реальными ресурсами пациента и, в конечном счете, не вести к постановке недостижимых целей и дополнительной фрустрации.

План изменений может, в свою очередь, тоже изменяться, что происходит в результате совместного обсуждения и совместно же принятого решения. Одним из способов анализа плана является следующая техника.

12. Вычленение приоритетов

Если на первых сессиях, встречах с пациентом удалось точно определить пункты, по которым он нуждается в помощи, то на последующих сессиях становится ясно, что в действительности хотел бы изменить пациент. Очевидно, что справедлива оценка дезадаптивного, патологического поведения как сложного, состоящего из ряда компонентов. Нереалистично поэтому полагать, что можно изменить все в одночасье, и поставить задачу

глобального изменения поведения означает обречь работу на неуспех. Разделение проблемного поведения на части, компоненты поможет пациенту как сфокусироваться на основных моментах, четко определяя приоритеты, так и сделать планируемые цели ясными, а изменения достижимыми.

Конечно, приоритеты изменяются со временем и на смену проблемам настроения и самочувствия приходят задачи налаживания партнерских отношений (или наоборот). Фактически, определение фокуса или приоритета есть технология, которая предопределяет выбор арсенала используемых средств для мишенной воздействия. Понятно, что такого рода действия необходимо протекают в обстановке совместного планирования, обсуждения, выбора.

Любому человеку для того чтобы двигаться вперед, необходимы сформулированные, ясные цели. Для пациентов с наркологическими проблемами важно также осознание последствий сохранения существующего положения дел, четкое понимание сути происходящего. Кроме того, цели, которые ставит пациент, должны быть его собственными, не навязанными. Сформулируем принципы постановки целей, адекватных для пациентов с наркологическими проблемами. Цели должны быть:

- специфическими (подобранными для конкретного пациента, с учетом конкретных жизненных обстоятельств),
- измеримыми (а потому при планировании задаются критерии последующей оценки достижения цели),
- достижимыми (учитывающими ресурсы пациента),
- реалистичными (отражающими умеренный терапевтический оптимизм),
- лимитированными по времени.

В ряде случаев для определения приоритетов необходимы отдельные процедуры на основе шкалирования или построения иерархии. Так, оценивание по 10-балльной шкале каждой из сформулированных частных целей по параметру «Важность, значимость», «Вероятность достижения» или «Моя мотивированность» позволяет построить перспективный целевой ряд. Аналогичную работу можно сделать, используя карточки с написанными на них целями.

13. Анализ и акцентирование различий

Данная технология также может считаться продолжающей предыдущие, связанные с планированием изменений и постановкой целей. Постановка реалистичных целей, предшествующая реальным изменениям, требует, чтобы цели не отражали намерения появления идеальной ситуации в нереалистичные сроки, так как это порождает только внутренний конфликт установок пациента. Однако постановка целей требует понимания направления движения и тщательного анализа существующих расхождений. Говоря о расхождении, мы имеем в виду дистанцию между тем, где пациент хочет находиться, и тем, где он находится на самом деле. Если

мы при этом используем прием анализа и акцентирования различий, четко обозначая различия между *status quo* и планируемым положением дел, мы можем запустить процесс изменения. Кроме того, понимание различий необходимо по ходу процесса коррекции, изменения, как профилактика «головокружения от успехов».

14. Поддерживать самоэффективность

Самоэффективность – концепт, предложенный А. Бандурой, – отражает внутреннюю уверенность человека в своих возможностях и способностях выполнения действий и является важнейшим условием успешности в деятельности. Для любого человека повышение уверенности в себе, в своих возможностях является важным условием сохранения психического здоровья. При этом восприятие себя как эффективного, успешного помогает так «организовать» собственное мышление, чтобы это ощущение самоэффективности сохранялось и в дальнейшем (почему фраза «Лучшим предиктором успеха является успех» не кажется чрезмерной).

Применительно к лицам, проходящим коррекционные программы, самоэффективность, в первую очередь, предстает как уверенность в своей способности справиться с проблемами, победить зависимость, достичь позитивных изменений в поведении и жизни. Вера в то, что человек может измениться, является фундаментальной основой для потенциальных изменений, их обязательным условием. И потому вселение такой веры – тоже часть программы позитивных изменений и важный аспект МИ.

Важно помогать пациентам находить источники постоянных поощрений, вознаграждений за достигнутые, пусть и небольшие, результаты. Источники поощрений, а потому и самоэффективности:

- прошлый успешный опыт (в том числе в других областях),
- формирование компетентности по мере выполнения деятельности,
- усвоение наблюдаемого опыта других людей (викарное научение),
- вера в человека его близких,
- оптимальное физиологическое состояние (как базис внутреннего комфорта).

Важно также помнить, что опыт успеха-неуспеха зависит от:

- характера поставленных целей,
- от усилий по их достижению,
- опыта накопленных неудач,
- от когнитивной оценки неудач.

Поэтому мы подчеркиваем необходимость аккуратного планирования, что уже отмечалось выше.

15. Поддержка усилий

Эта технология – частный случай поддержки самоэффективности, состоит в активном использовании вербальных формулировок, призванных поддержать усилия пациента. Поскольку цель избавления от зависимости

действительно непростая, число усилий, которые приходится применить пациенту (а также врачу, близким пациенту, другим причастным лицам), существенно. Именно поэтому коррекционная программа обязательно включает процедуры, позволяющие рефлексировать объем таких усилий, но в позитивном ключе (не как сизифов труд – тяжелый и бесполезный).

В состав МИ также обязательно должны включаться вербализации, призванные поддержать усилия пациента, в числе которых: внушающие формулировки, поддерживающие необходимость постепенных, длительных усилий («Маленькие шаги к цели – лучший путь для достижения больших результатов»), «Скоро сказка сказывается, да не скоро дело делается», «Без труда не выловишь и рыбку из пруда», другие), прямые комплименты, похвала; свидетельства (обоснованные, опирающиеся на известные факты из жизни пациента) компетентности, личностных качеств и способностей из числа работающих на позитивные изменения; распознавание даже небольших шагов, ведущих к успеху.

Только маленькими шагами, постепенно и упорно можно преодолеть зависимость, и обозначение этих пусть небольших шагов – важнейший предиктор самоуважения и самоэффективности пациента и значимый психотерапевтический прием.

16. Работа с сопротивлением

Данному пункту необходимо уделить особое внимание, поскольку сопротивление изменениям у пациентов есть всегда, как и проявления амбивалентности. Сопротивление выражается в широком диапазоне проявлений – от спора пациента с терапевтом, прерывания его речи, игнорирования или отвержения предложений терапевта до молчаливого отказа выполнять намеченное и даже рецидива патологического поведения.

Сопротивление только усиливается при конфронтации и стремлении подавить его «лобовой атакой». Поэтому задача может быть сформулирована так: обойти сопротивление, отразить его с минимальными потерями, минимизировать, а в лучшем случае – использовать для дальнейших позитивных изменений. Для объяснения принципов работы с сопротивлением нередко используют аналогию с восточными боевыми искусствами, где вместо прямого удара боец использует отклонение, отход в сторону или некоторое отступление назад, нивелируя нанесенный ему удар, с последующим возвращением на главную линию борьбы.

Навык преодоления сопротивления пациента является, пожалуй, самым сложным из профессиональных навыков специалиста. Ставшее предметом рефлексии, критической оценки сопротивление теряет свою силу, обесценивается, исчезает. Если работа с сопротивлением проведена профессионально, то обычно ее трудно заметить, но результатом становится рост перспектив дальнейших изменений пациента.

Королевской дорогой для работы с сопротивлением пациента является рефлексия самого сопротивления. То, что терапевт услышал и воспринял,

что отражает наличие сопротивления, должно быть возвращено пациенту, при этом выражено в краткой, лаконичной форме; это не всегда легко. Задавая определенные вопросы, предлагая изменить или уточнить формулировки (в том числе используя прием гиперболы в отношении высказанных пациентом утверждений), можно помочь пациенту заметить имеющиеся несоответствия. В первую очередь это касается убеждений в отношении реального положения дел, касающихся будущего намерений, когда одни заявления противоречат другим или заявления противоречат реальным действиям. Специалист предлагает пациенту проговорить обе отражающие противоречие позиции, которые, в свою очередь, свидетельствуют об амбивалентности мотивационных установок, затем врач резюмирует обе позиции. Результатом процедуры становится четкое обозначение амбивалентности самого пациента (а не его противостояние терапевту), отсюда возможны дальнейшее обсуждение и постановка удовлетворяющих пациента целей (в рамках общего направления – мотивирования на изменение). Иногда достаточно попросить озвучить обе полярные позиции, затем уточнить: «И что отсюда следует?». Использование шутки, юмора может несколько смягчить восприятие ситуации и, если это сделано профессионально, снять ощущение тяжести от нерешенных проблем, изменить масштаб переживаний.

Способом преодоления сопротивления может стать активное вовлечение пациента в поиск способов разрешения проблем, что позволяет избежать последовательного отвержения пациентом всех предлагаемых специалистом вариантов (что ожидается на пике сопротивления). Пригодится и прием «на стороне негатива», когда в подходящий момент терапевт изменяет позицию и становится оппонентом пациента, который поневоле доказывает необходимость и возможность изменений. Врач использует известный сценарий «да, но», а пациент приводит аргументы в пользу необходимости изменений. При правильной организации процедуры всю аргументацию в пользу изменений выстраивает сам пациент.

Важно также помнить, что сопротивление трактуется в психотерапии как результат нарушений отношений врач – пациент, поэтому любое возрастание сопротивления есть свидетельство разрушения раппорта, психотерапевтического контакта. Отсюда ключевой тезис: **сопротивление есть сигнал к изменению используемой психотерапевтом стратегии, к смене позиции психотерапевта.** Например, можно сменить ее на менее директивную, если таковая ранее использовалась, менее опекающую, иную по стилю формулируемых вопросов и т. д. Во всяком случае, сопротивление всегда должно быть пунктом особого внимания специалиста. Заметим, что именно работа с сопротивлением предъявляет особенно высокие требования к врачу в отношении имеющегося у него арсенала тактик поведения, диапазона переживаемых и выражаемых эмоций, гибкости и креативности в выборе подхода к пациенту. И даже в случае, если терапевт безупречно выполняет указанные пункты, то это не гаран-

тирует отсутствие сопротивления, поскольку, как мы уже отмечали, оно есть всегда. Поэтому реакция на сопротивление пациента должна быть профессиональной – взвешенной, рефлексивной, скорее «технической», нежели эмоциональной.

17. Уклонение от дискуссии

Как и иные формы противостояния, конфронтации, спор с пациентом контрпродуктивен. МИ в качестве главного вопроса имеет один – насколько пациент готов изменить свое поведение. Если терапевт активно оспаривает позицию пациента, то последний вынужден защищать ее, искать аргументы в ее пользу и тем самым избегать изменений. Это противоположно целям МИ, поскольку акцент ставится на аргументах против изменений. Целью МИ является актуализация (и выслушивание) сообщений в отношении возможностей и путей будущих изменений. Поэтому просьба к пациенту (и содействие ответу) описать возможные пути позитивных изменений в разы превосходит по эффективности обсуждение темы сложностей и проблем на пути к изменениям, равно как и пассивное выслушивание советов.

Исследователи и практики давно заметили, что сказанное самим человеком оказывает на него особое влияние. Если врач дает развернуться дискуссии о том, почему изменения столь сложно совершить, какие есть причины, препятствующие изменениям, то пациент, проговаривая свою аргументацию, все более и более убеждается в «объективности» причин невозможности достижения изменений. Такие формулировки прочно усваиваются пациентом и в дальнейшем лишь повышают уровень сопротивления.

Общие итоговые замечания по технологии применения мотивационного интервью

МИ как высокотехнологичная интервенция может осуществляться с целью коррекции поведения лиц, имеющих проблемы с ПАВ. В зависимости от стадии готовности пациента к изменениям различаются цели МИ и несколько изменяется набор используемых техник.

Таблица 5. Модификация целей МИ в зависимости от стадии мотивации

Стадия мотивации изменений, на которой находится пациент	Цель мотивационного интервью
Стадия предварительных размышлений	Вызвать сомнения в отсутствии проблем, связанных с употреблением ПАВ, помочь пациенту осознать опасности употребления ПАВ через информирование

Стадия размышления об изменениях	Поддержать мысли о возможном изменении поведения, структурировать ожидаемые изменения
Стадия «принятие решений»	Помочь укреплению намерения изменить образ поведения (подключить к этому других людей из терапевтической группы, родственников)
Стадия действия	Помочь в выборе лучшего из возможных путей действий в поддержании трезвого образа жизни и структурировании этих действий
Стадия поддержки	Совместный выбор и использование противорецидивной методики или техники

Таблица 6. Медицинские услуги для диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (амбулаторно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога	нет
2. Психотерапевтическая коррекция (амбулаторно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
A13.29.003 Психологическая адаптация A13.29.005.001 Арттерапия A13.29.006 Психологическое консультирование A13.29.006.001 Индивидуальное психологическое консультирование A13.29.006.002 Групповое психологическое консультирование A13.29.006.003 Семейное психологическое консультирование A13.29.007 Психологическая коррекция A13.29.007.001 Индивидуальная психологическая коррекция A13.29.007.002 Групповая психологическая коррекция A13.29.004 Терапия средой A13.30.003 Аутогенная тренировка	A13.29.003.001 Тестологическое психодиагностическое обследование A13.29.008 Психотерапия A13.29.008.001 Индивидуальная психотерапия A13.29.008.002 Групповая психотерапия A13.29.010 Наркопсихотерапия A13.29.011 Социально-реабилитационная работа A13.29.013 Процедуры по адаптации к условиям микросреды A13.29.014 Процедуры по адаптации к условиям макросреды

Таблица 7. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

Медицинская услуга	Применение
Психологическая адаптация A13.29.003	Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с наркологическими проблемами психологическая адаптация нарушена вплоть до полной дезадаптации. В процессе коррекции одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни.
A13.29.005.001 Арт-терапия	Это вид психотерапии и психологической коррекции, основанный на искусстве и творчестве. Чаще под арт-терапией подразумевается терапия изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Метод позволяет использовать продукты творчества для оценки динамики состояния. Арт-терапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала пациента. Применяется у пациентов с выраженной алексимией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование патогенных, задержанных эмоций.
A13.29.006 Психологическое консультирование A13.29.006.001 Индивидуальное психологическое консультирование A13.29.006.002 Групповое психологическое консультирование A13.29.006.003 Семейное психологическое консультирование	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Может осуществляться индивидуально и в группе. Сюда же относят консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа/жены, т. к. наличие проблем зависимости у одного из членов семьи отражается на всей семье и каждом его члене. Цели психологического консультирования зависят от конкретной психологической школы.
A13.29.007 Психологическая коррекция A13.29.007.001 Индивидуальная психологическая коррекция A13.29.007.002 Групповая психологическая коррекция	Это один из видов психологической помощи, как и психологическое консультирование, психотерапия, психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия, а также деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям. Может осуществляться индивидуально и в группе.

<p>A13.29.004 Терапия средой</p>	<p>Использование терапевтического потенциала взаимодействия пациента с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования пациента, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания.</p>
<p>A13.30.003 Аутогенная тренировка</p>	<p>Психотерапевтическая методика, направленная на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса. Методика аутогенной тренировки основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике. Лечебный эффект обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакции, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, в свою очередь, способствует нейтрализации негативной стрессовой реакции организма. Некоторые исследователи связывают действие аутогенной тренировки с ослаблением активности лимбической и гипоталамической областей головного мозга. Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах.</p>

При проведении психотерапии важна целенаправленность (нозологическая, симптоматическая, личностная), поэтому специалист выделяет мишени психотерапии, на которые будет направлено психотерапевтическое воздействие. Под **психотерапевтической мишенью** понимается проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого является осознаваемой психотерапевтом целью взаимодействия (по Насырову Р. К. с соавт., 2011).

Типология психотерапевтических мишеней

1. Нозоспецифичные психотерапевтические мишени (психотерапевтические мишени нозологической специфики).
2. Мишени, специфичные для личности пациента.
3. Мишени, специфичные для психотерапевтического процесса.
4. Психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации.
5. Мишени, специфичные для психотерапевтического метода.

Таблица 8. Методы психотерапии, применяемые в наркологии

Метод	Характеристика <small>степень доказательности</small>	Применение
<p>Мотивационное интервью</p>	<p>Целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения с пациентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения пациента; выявляются предпосылки изменений. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как стадия мотивации, на которой находится пациент, внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов ^А.</p>	<p>Базовый подход в работе специалистов. Метод, который может служить как основой каждого психотерапевтического взаимодействия психиатра-нарколога (психотерапевта, психолога) с пациентом, так и отдельно избранным подходом с регламентированным количеством психотерапевтических сессий индивидуально или в группе. Эффективность высока при условии, что специалисты занимают верную неосуждающую профессиональную позицию, грамотно применяют навыки и осуществляют вмешательства, которые подготавливают пациента к изменениям.</p>
<p>Когнитивно-поведенческая психотерапия</p>	<p>Это процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного с потреблением ПАВ. Они включают мотивационное интервью, самоконтроль, управление образом жизни и тренинг социальных навыков. Применение данного комплекса методик подразумевает, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения – действия – решение – поддержание изменений и предупреждение рецидивов ^А.</p>	<p>Применение метода базируется на том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей, возможность таких изменений основана на связи когнитивной и эмоциональной сферы. Рекомендуется до 20 психотерапевтических сессий.</p>

<p>Клиент-центрированная психотерапия по К. Роджерсу</p>	<p>В основе лежит гуманистическая концепция личности, «постоянно себя создающей, осознающей свое назначение в жизни, регулирующей границы своей субъективной свободы». Принципиальным в этой концепции является понятие конгруэнтности Самости и Опыта. Способность врача создать обстановку полной безопасности для личности пациента является основным коррекционным средством. Создание такой обстановки достигается недирективной позицией и эмпатической реакцией. Триада Роджерса состоит в безусловном принятии пациента, эмпатии, конгруэнтности переживаний и поведения специалиста. Если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию симптоматики^В. Эмпатические принципы отчетливо прослеживаются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов.</p>	<p>Метод также может служить как основой взаимодействия с пациентом, так и отдельным методом работы с регламентированным количеством психотерапевтических сессий до 20. Специалистам необходимо применять эмпатические принципы взаимодействия с пациентом в соответствии с концепцией данного метода.</p>
<p>Психодрама</p>	<p>Это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира пациента. Психодрама отражает действительные проблемы пациента, а не создает воображаемые сценические образы. Она основывается на том, что исследование чувств, формирование новых отношений и образцов поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни по сравнению с использованием вербализации. В психодраме искусственный характер традиционного театра заменяется спонтанным поведением ее участников^С.</p>	<p>Рекомендуется до 20 психотерапевтических сессий.</p>

<p>Групповая психотерапия</p>	<p>В основе лежит возможность группового взаимодействия. При проведении психотерапевтического процесса в группе упор делается на формирование эмоционально интенсивного и психологически положительного взаимодействия членов группы с целью коррекции их отношений и взаимодействий с микросоциальной средой^В.</p>	<p>При помощи методов групповой психотерапии наиболее эффективно прорабатываются проблемы преодоления психологической защиты, «отрицания» проблем зависимости. Применяются различные техники и форматы групп. Все они объединяются по ряду принципиальных характеристик коррекционного процесса:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) облегчение выражения эмоций; 2) становление чувства принадлежности к группе; 3) неизбежность самораскрытия; 4) апробация новых видов поведения; 5) использование межличностных сравнений; 6) разделение ответственности за руководство группой с ведущим. <p>Рекомендуется до 20 психотерапевтических сессий.</p>
<p>Трансакционный анализ</p>	<p>Трансакционный анализ – это метод психотерапии для личностного роста и личностных изменений, включает свою философию, теорию и различные технологии для изменения, в том числе заведомого поведения. Отдельные технологии трансакционного анализа показали высокую эффективность в наркологии: методика анализа игрового взаимодействия по Э. Берну^С, методика анализа драматического треугольника Стивена Карпмана^В, контрактные методики, антисуицидальный контракт^В, анализ и терапия трагического сценария зависимой личности^В, методика диагностики и построения терапии с учетом сильных и слабых сторон личности пациента^С.</p>	<p>Метод гибкий, в зависимости от задач предполагает как краткосрочное, так и длительное, многолетнее применение, от 10 до 20 психотерапевтических сессий.</p>

Семейная психотерапия	Применяются различные методики, описанные выше, может быть групповой и индивидуальной. Основная цель – коррекция патологических типов семейных отношений. Объектом психотерапевтического воздействия в данном случае являются пациент и его семейное окружение. Также применяется для коррекции созависимого поведения ^В .	Специалистам необходимо провести от 10 до 20 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого.
-----------------------	---	---

12.2. Семейное консультирование

Семейное консультирование является разновидностью семейной психотерапии, имеющей свои отличительные признаки, границы и «объем психотерапевтического вмешательства». Семейное консультирование развивалось параллельно с семейной психотерапией, и эти два вида психотерапии взаимно обогащали друг друга.

Семейное консультирование ставит своей целью совместное с консультантом изучение запроса (проблемы) члена (членов) семьи для изменения ролевого взаимодействия в семье и обеспечения возможностей личностного роста (Э. Г. Эйдемиллер, 1996).

Принципиальное отличие психологического консультирования от психотерапии заключается в отказе от концепции болезни, акценте на анализе ситуации, на аспектах ролевого взаимодействия в семье, в поиске личностного ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации – «веера решений» (Мишина Т. М., 1983; Карабанова О. А., 1991).

Семейная психотерапия – комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990).

Исходя из данного определения, можно говорить о трех аспектах понимания семейной психотерапии: оптимизация семейного окружения; психологическое воздействие на пациента, страдающего психическими и поведенческими расстройствами, с использованием группового семейного эффекта; нормализация семейных взаимоотношений психически здоровых лиц. Третий аспект выходит за рамки традиционной медицинской проблематики и обозначается как семейное консультирование.

Здоровье человека, понимаемое экспертами ВОЗ как «полное физическое, душевное и социальное благополучие», безусловно, немислимо при отсутствии психологического комфорта в семейном окружении.

К общим семейным факторам, приводящим к аддикциям ее членов, можно отнести:

- жестокое обращение с детьми и другими членами семьи,
- отцовская и материнская депрессии,
- наркомания, алкоголизация и другие зависимости,
- безработица,
- социальная изоляция,
- завышенные требования к ребенку,
- злоупотребление алкоголем и другие зависимости со стороны родителей;
- повышенный стресс даже у одного из родителей или опекунов;
- созависимость.

Более глубокий слой деструкции указывает на то, что сегодня основным фактором, приводящим подростков к потреблению наркотиков, является жестокое обращение с ними в семье. Этот фактор обусловлен такими причинами, как:

- наличие в истории жизни родителей физического насилия в семье;
- молодой возраст матери, незапланированная беременность или негативное отношение к беременности;
- неблагоприятное состояние здоровья одного из родителей;
- родительская токсикомания;
- нарушения психики у матери;
- социальная изоляция хотя бы одного из родителей;
- низкий уровень образования матери;
- низкий социально-экономический статус;
- многочисленный состав семьи.

В свою очередь, семейные факторы приводят к рискам сексуального и жестокого обращения с детьми. Это:

- семья без родного отца или матери;
- наличие отчима или мачехи;
- плохие отношения между родителями;
- неразвитость детско-родительских отношений;
- молодой возраст матери;
- смерть одного из родителей.

Одной из ведущих проблем болезней зависимости является **созависимость**. Это семейная болезнь, возникающая в процессе формирования наркологических заболеваний у членов семьи. Созависимость – это состояние, которое подчас тяжелее, чем само заболевание. С начала 1980-х годов этот термин употребляется с растущей частотой. В мире развивается целое движение по преодолению созависимости. Созависимость излечима. Исцеление приводит к более гармоничным взаимоотношениям в семье, служит профилактикой возникновения зависимости у детей и молодых членов семьи.

Созависимыми являются:

- лица, находящиеся в браке или в любовных взаимоотношениях с больным зависимостью;

- родители, взрослые братья и сестры больного;
- лица, имеющие одного или обоих родителей, больных зависимостью;
- лица, выросшие в эмоционально репрессивных семьях.

Единого краткого определения созависимости нет. Созависимый человек – это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека и совершенно не заботится об удовлетворении собственных жизненно важных потребностей. Созависимость, в известном смысле, – это отказ от себя. Созависимые о себе не думают, не воспринимают себя как людей ценных, достойных уважения. Низкая самооценка созависимых как будто приглашает в их жизнь боль, страдания, непереносимые испытания. Из низкой самооценки вытекает такая особенность созависимых, как направленность вовне.

Среди созависимых отмечается курс на внешние ориентиры. Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими, хотя они слабо представляют, как другие должны к ним относиться. Из-за низкой самооценки созависимые могут постоянно себя критиковать, но не переносят, когда другие их критикуют. Тогда созависимые становятся самоуверенными, негодующими, гневными. Созависимые стыдятся пьянства мужа либо наркомании сына или дочери. Эти проблемы они держат как большой секрет семьи. Их отличают нелюбовь к себе, привычка не ценить или обесценивать себя, не заботиться о себе, резко критиковать себя. В созданной собственной семье они продолжают относиться к себе так, как к ним относились значимые близкие лица, чаще всего это мать и отец. И повторяется тот же цикл. Созависимые отрицают у себя наличие признаков созависимости. Именно отрицание мешает мотивировать их на лечение своих собственных проблем. Отрицание помогает созависимым жить в мире иллюзий, поскольку правда настолько болезненна, что они не могут ее вынести. Отрицание – это тот механизм, который дает им возможность обманывать себя. Однако нечестность даже с самим собой – это уже утрата моральных принципов. Ложь неэтична. Обманывать себя – это деструктивный процесс, как для себя, так и для других. Обман – форма духовной деградации. Блокировка чувств, отрицание хотя и помогают пережить шок, острую боль, но ведут к саморазрушению.

На отказ от разнообразных чувств организм реагирует ослаблением общего физического состояния. И тогда открываются ворота для многих болезней, в том числе и тяжелых.

К саморазрушению приводят:

- Страх. Тревога.
- Стыд, вина.
- Гнев.
- Затянувшееся отчаяние.
- Навязчивые мысли.
- Склонность к резким суждениям.
- Мифологическое мышление.

- Отрицание.
- Границы личности.
- Поражение духовной сферы.

Многообразии приемов и методов семейного консультирования обусловлено различием теоретических концепций, среди которых ведущими в настоящее время являются когнитивно-поведенческая психотерапия, в том числе ее разновидность – рационально-эмотивная терапия (RET) (А. Эллис, 1962), а также системное направление (С. Минухин, Ч. Фишман, 1998).

Основные принципы и правила семейного консультирования

1. Установление раппорта и присоединение консультанта к пациентам. Достигается с помощью соблюдения конструктивной дистанции, помогающей оптимальному общению, а также с помощью приемов «мимезиса», синхронизации дыхания консультанта и «заявителя» проблемы, использования предикатов речи, отражающих доминирующую репрезентативную систему того, кто делает сообщение о семейной проблеме.

2. Сбор информации о проблеме пациента с использованием приемов метамоделирования и терапевтических метафор (Э. Г. Эйдемиллер, 1996). Субъективизации психотерапевтической цели способствуют такие вопросы: «Чего вы хотите?», «Какого результата вы хотите достигнуть?», «Пожалуйста, попробуйте сказать об этом без отрицательной частицы “не”, в выражениях положительного результата».

3. Обсуждение психотерапевтического контракта. Эта часть проведения консультирования признается многими специалистами как одна из самых важных. Обсуждается распределение ответственности: консультант обычно отвечает за условия безопасности консультации, технологии доступа к разрешению проблемы пациента, а пациент отвечает за собственные активность, искренность, желание осуществлять изменения своего ролевого поведения и др. Затем участники консультирования обсуждают продолжительность работы (в среднем общее время консультирования – 3-6 часов) и длительность одного сеанса консультирования. Также следует обсудить периодичность встреч. В практике семейного консультирования используется постепенное сокращение числа сессий – вначале одна сессия в неделю, а потом в 2-3 недели.

4. Уточнение проблемы пациента с целью максимальной ее субъективизации и тестирование ресурсов семьи в целом и каждого ее члена в отдельности. Этому помогают вопросы типа: «Как раньше вы справлялись с трудностями, что вам помогало?», «В каких ситуациях вы были сильными, как вы использовали свою силу?»

5. Проведение собственно консультации. Необходимо укрепить веру пациентов в успешность и безопасность процедуры консультирования с помощью утверждений такого содержания: «Ваше желание осуществить изменения, ваш прежний опыт, активность и искренность в сочетании

с желанием консультанта сотрудничать с вами, его профессиональные качества и опыт будут надежной гарантией успешности работы».

С участниками консультирования обсуждают положительные и отрицательные стороны сложившихся стереотипов поведения. Здесь возможные вопросы: «Что в сложившихся обстоятельствах является для вас самым плохим?», «Что самого хорошего есть в обсуждаемой ситуации?»

Затем проводится совместный поиск новых шаблонов поведения – «веера решений». Консультант предлагает следующие вопросы: «Чего вы еще не делали, чтобы решить проблему?», «Как вели себя значимые для вас люди, оказавшись в похожей ситуации?», «А вы так смогли бы поступить?», «Что вам поможет совершить такой же поступок?»

Возможно использование приемов визуализации – пациенты, находясь в трансе (а этому способствует «точное следование по маршруту проблемы заявителя»), создают образ новой ситуации и фиксируют возникающие при этом ощущения.

6. «Экологическая проверка». Консультант предлагает членам семьи представить себя в сходной ситуации через 5-10 лет и исследовать свое состояние.

Приближаясь к завершению консультирования, консультант принимает усилия по «страхованию результата». Это связано с тем, что иногда пациенты нуждаются в некоторых действиях, способствующих обретению ими уверенности, осваивая новые шаблоны поведения. Они могут получить от консультанта какое-нибудь домашнее задание, приглашение прийти на повторную консультацию спустя какое-то время для обсуждения полученных результатов.

В ряде случаев необходимо произвести процедуру «отсоединения». Она может произойти автоматически при сравнении пациентами заявленной цели и обретенного результата, но в ряде случаев консультант вынужден стимулировать отсоединение.

В настоящее время семейное консультирование является одним из наиболее востребованных населением видов психотерапевтической помощи. Помимо системы здравоохранения, семейные консультанты появляются в системе образования – в психологических центрах, непосредственно в школах, а также в консультациях.

Этапы семейной психотерапии

Семейная психотерапия представляет собой непрерывный процесс, в котором можно выделить следующие этапы:

- 1) психодиагностики (установление «семейного диагноза»);
- 2) осознания психотерапевтических механизмов семейной дисгармонии;
- 3) реконструкции межличностных отношений;
- 4) реализации вновь сформированных межличностных отношений в функционировании семьи.

12.3. Тренинг с группами риска

В основе тренинга с группой риска лежат основы групповой психокоррекции, которая заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и психолога, в коррекционных целях. Групповая психокоррекция не является самостоятельным направлением психокоррекции, а представляет лишь специфическую форму, при использовании которой основным инструментом воздействия выступает группа клиентов, в отличие от индивидуальной психокоррекции, где таким инструментом является только сам психолог.

Психокоррекционная группа – это искусственно созданная малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного научения, самораскрытия. Это взаимодействие «здесь и теперь», при котором участники изучают происходящие с ними процессы межличностного взаимодействия в данный момент и в данном месте.

Наряду с другими методами, групповая психокоррекция применяется в рамках различных теоретических ориентаций, определяющих в каждом конкретном случае конкретные цели и задачи, содержательную сторону и интенсивность процессов, тактику психолога, основные психологические мишени, выбор методических приемов.

Все эти переменные во многом определяются также специфическими проблемами клиентов, принимающих участие в коррекционной работе.

В качестве самостоятельного направления групповая психокоррекция выступает лишь в том смысле, что рассматривает клиента в социально-психологическом плане. Это относится к контексту его взаимоотношений и взаимодействий с окружающими, раздвигая тем самым границы коррекционного процесса и фокусируясь не только на индивиде и его внутриличностной проблематике, но и на индивиде в совокупности его реальных взаимоотношений и взаимодействий с окружающим миром.

Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает клиент в группе, в значительной степени отражают его истинные взаимоотношения. Группа выступает как модель реальной жизни, где клиент проявляет те же отношения, установки, ценности, те же способы эмоционального реагирования и те же поведенческие реакции. Использование групповой динамики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя. Также работа в группе направлена на создание эффективной системы обратной связи, позволяющей клиенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного принятия.

Практически все существующие теоретические направления психологии XX в. так или иначе использовали групповые формы и внесли определенный вклад в развитие групповой психокоррекции. **Цели и задачи**

групповой психокоррекции как метода, ориентированного на личностное изменение, в определенной степени различаются в зависимости от теоретических представлений о личности и природе ее нарушений. Однако опора на групповую динамику существенно их сближает.

В самом общем виде цели групповой психокоррекции определяются как раскрытие, анализ, осознание и проработка проблем клиента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия.

В поведенческой сфере эти задачи могут быть определены как формирование эффективной саморегуляции.

Задачи групповой психокоррекции фокусируются на трех составляющих самосознания:

1. Самопонимание (когнитивный аспект).
2. Отношение к себе (эмоциональный аспект).
3. Саморегуляция (поведенческий аспект).

В зависимости от теоретической ориентации представители различных направлений придают большее или меньшее значение каждому из них, подчеркивая при этом и определенную роль двух других. В качестве основных механизмов коррекционного воздействия могут рассматриваться корригирующие эмоциональные переживания, конфронтация и научение.

В поведенческой сфере групповая коррекция должна помочь клиенту:

- увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;
- приобрести навыки более искреннего, глубокого, свободного общения;
- преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в группе, в том числе связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций;
- развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, взаимопомощью, ответственностью и самостоятельностью;
- закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;
- выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования, сформированные на основе познавательных и эмоциональных достижений.

В качестве основных **механизмов коррекционного воздействия** выделяются следующие направления:

1. Сообщение информации. Получение клиентом в ходе групповой психокоррекции разнообразных сведений об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликта, нервно-психического здоровья и т. д. Выяснение причин возникновения и развития нарушений, информация о сущности психокоррекции и ходе психокоррекционного процесса, информационный обмен между участниками группы.

2. Внушение надежды. Появление надежды на успех решения проблемы под влиянием улучшения состояния других клиентов и собственных достижений. Успешная продвинутая психокоррекция клиента служит остальным в качестве позитивной модели, открывает им оптимистические перспективы. Наиболее сильно этот фактор действует в открытых психокоррекционных группах.

3. Универсальность страданий, переживаний и понимание клиентом того, что он не одинок, что другие члены группы также имеют проблемы, конфликты, переживания. Такое понимание способствует преодолению эгоцентрической позиции, появлению чувства общности и солидарности с другими, повышению самооценки.

4. Альтруизм – возможность в процессе групповой психокоррекции помогать друг другу, делать что-то для другого. Помогая другим, клиент становится более уверенным себе. Он ощущает себя способным быть полезным и нужным, начинает больше уважать себя и верить в собственные возможности.

5. Корригирующие рекапитуляции первичной семейной группы. Клиенты обнаруживают в группе проблемы и переживания, идущие из родительской семьи, чувства и способы поведения, характерные для родительских и семейных отношений в прошлом. Выявление и реконструкция прошлых эмоциональных и поведенческих стереотипов в группе дают возможность их проработки, исходя из актуальной ситуации, когда психолог выступает в роли отца или матери для клиента, а другие участники – в роли братьев, сестер и других членов семьи.

6. Развитие техники межличностного общения. Клиент имеет возможность за счет обратной связи и анализа собственных переживаний увидеть свое неадекватное межличностное взаимодействие и в ситуации взаимного принятия изменить его, выработать и закрепить нормы, более конструктивные способы поведения и общения.

7. Имитационное поведение. Клиент может обучиться более конструктивным способам поведения за счет подражания психологу и другим успешным членам группы. Подчеркивается, что многие психологи явно недооценивают роль этого фактора.

8. Интерперсональное влияние. Получение новой информации о себе за счет обратной связи, что приводит к изменению и расширению образа «Я». Возможность возникновения в группе эмоциональных ситуаций, с которыми клиент ранее не мог справиться, их вычленение, анализ и проработка.

9. Групповая сплоченность. Привлекательность группы для ее членов, желание оставаться в группе, чувство принадлежности группе, доверие, принятие группой, взаимное принятие друг друга, чувство «Мы» группы. Групповая сплоченность рассматривается как фактор, аналогичный отношениям «психолог – клиент» в индивидуальной психокоррекции.

10. Катарсис. Отреагирование, эмоциональная разгрузка, выражение сильных чувств.

Поведенческие паттерны: участие в группе, эмоциональная поддержка, самоисследование и самоуправление, обратная связь или конфронтация, контроль, коррективный эмоциональный опыт, проверка и обучение новым способам поведения, получение информации, развитие социальных навыков.

При комплектовании коррекционной группы необходимо руководствоваться двумя **основными принципами**:

1. Добровольности.
2. Информированности.

Принцип добровольности заключается в том, что клиент самостоятельно принимает решение работать в коррекционной группе, так как он должен быть лично заинтересован в собственных изменениях. Нельзя принуждать или обязывать посещать группу, так как нельзя заставить человека измениться, если он сам этого не хочет.

Принцип информированности предполагает, что клиент имеет право заранее знать все, что с ним может произойти, а также те процессы, которые будут происходить в группе. Поэтому с клиентами перед началом занятий проводится беседа о том, что такое групповая работа, каковы ее цели и какие результаты могут быть получены.

Возрастной и половой состав группы

Групповая психокоррекция применяется в самых разных возрастных группах: от дошкольных до старческих.

Желательно, чтобы возраст участников одной группы был приблизительно одинаков. По мнению многих специалистов, участие в группе лиц в возрасте после 45 лет не дает существенных результатов. Структура личности к этому возрастному периоду стабилизируется, и ее изменение будет требовать от субъекта значительных усилий, на что человек не всегда согласен и способен.

Для лиц старше 50 лет и моложе 18 лет желательно создавать группы не только однородные по возрасту, но и приблизительно с равным количеством мужчин и женщин.

При формировании группы предпочтительно придерживаться принципа однородности по профессиональному составу (например, группы учителей школ и группы воспитателей детских садов комплектуются раздельно). Такая группа, как правило, состоит из 8-12 человек, однородна по проблематике и гетерогенна в отношении других характеристик (пол, возраст, образование, психологические особенности, специфика психологического конфликта и т. д.).

Размер группы

Групповая психокоррекция проводится как в открытых, так и в закрытых группах численностью 25-30 человек (большие группы) и 8-12 человек (малые группы). В закрытой группе число участников постоянно.

В открытой группе может быть постоянный приток новых клиентов. Такая группа функционирует неограниченное время.

Группы могут быть большими (до 30 человек) и малыми (4-5 человек). Когда группа слишком велика, возникает тенденция к обособлению отдельных подгрупп со своими интересами и обратными связями. Такие группы трудноуправляемы, а коррекционный эффект их низок. Если группа слишком мала, то резко снижается интенсивность межперсональных взаимодействий.

13. Формирование ЗОЖ

Основными проблемами здравоохранения в большинстве стран стали старение населения, непланомерная урбанизация, глобализация торговли и маркетинга, прогрессирующее распространение нездорового образа жизни. Увеличение доли людей с НИЗ обусловлено факторами риска, в том числе наркологические проблемы составляют 30-50%. Основываясь на международном опыте в сфере профилактики НИЗ, теперь можно с уверенностью сказать, что большую часть НИЗ можно предотвратить. Существуют экономически доступные мероприятия, направленные на снижение факторов риска у отдельных людей и групп населения, приобщившихся к нездоровому питанию, недостатку физической активности и злоупотреблению ПАВ. Кроме того, существуют возможности усиления надзора за НИЗ и их факторами риска и интеграции этого надзора в национальные системы информации в здравоохранении. Одна из таких возможностей заключается в повышении качества данных по факторам риска и формированию более достоверной статистики смертности с подробным указанием причин смерти.

По данным ВОЗ, здоровье человека и продолжительность его жизни только на 10% определяются состоянием здравоохранения и качеством оказываемой медицинской помощи, на 10% связаны с генетическими факторами, на 20% – с состоянием внешней среды и природно-климатическими факторами. Максимальное влияние на здоровье человека – до 60% – оказывает стиль его жизни, приверженность ЗОЖ или, наоборот, наличие деструктивных саморазрушающих форм поведения.

Формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью, изменение моделей поведения с рискованного на менее рискованное обеспечивает профилактика наркологических заболеваний. Так, отказ от табакокурения и наркотиков, злоупотребления алкоголем, обеспечение условий для ведения ЗОЖ, коррекция и регулярный контроль поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях должны стать важнейшим направлением политики в области охраны здоровья.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлен приоритет профилактики в сфере охраны здоровья. Органами государственной и муниципальной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации разрабатываются региональные программы формирования ЗОЖ. Для этого осуществляются оздоровительные, профилактические мероприятия; мероприятия по предупреждению и раннему выявлению факторов риска неинфекционных заболеваний, их коррекции, а также своевременному выявлению неинфекционных заболеваний, в том числе посредством проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения.

Процесс повышения мотивации населения, в том числе детей и подростков, к ведению ЗОЖ и созданию соответствующих для этого условий

может быть обеспечен только на основе межведомственного многоуровневого взаимодействия с привлечением общественных структур при определяющей роли Министерства здравоохранения Российской Федерации. Межведомственное взаимодействие предполагает привлечение к реализации Подпрограммы федеральных министерств, служб и агентств, участвующих в информировании населения о факторах риска неинфекционных заболеваний и зависимостей, создании мотивации к ведению ЗОЖ и обеспечению для этого соответствующих условий, а также осуществлению контроля над всеми этими процессами путем проведения мониторинга.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем разработки и реализации программ формирования ЗОЖ. В том числе разрабатываются и реализуются программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ (ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г., ст. 12).

Одной из целей формирования ЗОЖ является привлечение внимания к необходимости интенсификации межсекторальных профилактических действий и укрепления здравоохранения на мировом и национальном уровнях. Определена задача формирования ЗОЖ, которая направлена на продвижение многосекторальных действий, нацеленных на уменьшение подверженности отдельных людей и групп населения распространенным поддающимся изменению факторам риска НИЗ с одновременным расширением возможностей отдельных людей и групп населения выбирать здоровые альтернативы и вести образ жизни, способствующий укреплению здоровья.

Понятие «здоровый образ жизни», прежде всего, ориентировано на конкретного человека. Оно подразумевает выявление факторов риска у индивидуума и разработку конкретных программ для снижения потенциального вреда здоровью. ЗОЖ подразумевает изменение отношения индивидуума к состоянию собственного здоровья и осмыслению здоровья как основополагающей человеческой ценности.

Формирование ЗОЖ у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению ЗОЖ и создание условий для ведения ЗОЖ, в том числе для занятий физической культурой и спортом.

Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию ЗОЖ в медицинских организациях устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г., ст. 30).

Основными элементами **здорового образа жизни** являются:

- рациональное питание;
- оптимальная физическая активность;
- гигиенические мероприятия;

- отказ от вредных привычек;
- профилактика инфекционных заболеваний;
- реабилитационные мероприятия.

Медицинские работники практически не могут повлиять на социально-экономические факторы или же изменить среду обитания. Однако путем пропаганды и обучения населения здоровым привычкам (здоровьесберегающим технологиям) можно попытаться скорректировать образ и стереотипы жизни отдельных лиц или же определенных групп населения и изменить их поведение. Основной задачей наркологических служб по формированию ЗОЖ становится информирование и обучение населения определенным навыкам поведения с целью повышения ответственности индивидуума за собственное здоровье и изменения мотивации поведения. Различные мероприятия в рамках профилактической работы могут проводиться средним медицинским работником самостоятельно и/или совместно с врачом-наркологом, психологом и социальным работником.

Если индивидуум приобретает необходимые знания и навыки, позволяющие ему контролировать собственное здоровье, а также улучшать его, то говорят о реализации процесса укрепления здоровья с позиции предупреждения наркологических заболеваний. Среди приоритетных направлений деятельности по укреплению здоровья выделяются следующие:

- усиление ответственности индивидуума за свое здоровье;
- упрочнение и расширение партнерских связей и контактов в интересах укрепления здоровья;
- обеспечение инфраструктуры, необходимой для здоровья.

Для успешного проведения мероприятий по укреплению здоровья медицинский работник должен хорошо знать все разделы медицины.

Прежде всего, он должен понимать, что такое здоровье и болезнь, какие существуют критерии их выявления, как они сказываются на качестве жизни индивидуума. Кроме того, медицинский работник должен обладать информацией об основных факторах риска возникновения наркологических заболеваний, влияющих на здоровье и длительность жизни. Также необходимы знания и профессиональные компетенции в вопросах реализации программ укрепления здоровья в различных целевых группах. Ведение оздоровляющего стиля жизни с применением современных психологических техник, физических и психосоматических приемов, с поддержкой здоровых предпочтений в питании, гигиене, условиях проживания и профессиональной деятельности для данной личности помогает формировать автономный эффективный сценарий жизни. С психологической точки зрения, здоровый стиль жизни – это высокая культура. Такая культура включает признание необходимости быть активным, стремиться к саморазвитию, управлять своими ресурсами и обстоятельствами, перенесение мотивации на позитив в любые сферы собственной деятельности, движение вперед с установками на жизнелюбие в отношении себя и других, поддержку дружеских, добрых, хороших отношений в семье и на работе.

В работе по организации профилактики аддикций специалист должен понимать, что ЗОЖ, как необходимая составляющая биопсихосоциодуховной парадигмы жизнедеятельности, является основой формирования системы устойчивого развития личности (Аршинова В. В., 2014).

Настрой на ЗОЖ необходимо начинать с формирования навыков самоубеждения о «бесконечной необходимости» баланса сил внутри нас и окружающего мира. В первую очередь, обучить человека обращать внимание на собственный режим жизни и деятельности: питания, занятости, сна и отдыха и т. д. Понимать, что особенно важна не продолжительность сна, а его качество. Обращать внимание на правильное питание, следование ему, этот навык придает уверенности в себе. Специалист должен понимать, что, помогая пациенту формировать ЗОЖ, он мотивирует пациента к следованию периодическим поэтапным посылам. Ниже приводятся примеры поэтапных посылов.

«Начинайте правильно питаться, используя готовые технические и кулинарные решения, когда можно готовить быстро и полезно, увеличивая в рационе натуральные, свежие продукты питания, без масла, сахара и соли. Это положительно влияет на здоровье, сохраняет ресурсы и расширяет возможности».

«Выражайте эмоции, управляйте их позитивным настроем у себя и у других. Положительный настрой – неотъемлемая часть здорового стиля жизни. Любые чувства и эмоции, не нашедшие своего выражения, особенно в стрессовой ситуации, становятся причиной многих заболеваний».

«Пополняйте свой арсенал навыками управления стрессом, преодоление негативных ситуаций повышает самооценку, придает новый импульс к совершенствованию».

«Приобретайте навыки самоподдержки, оказания поддержки другим людям и принятия, в силу необходимости, поддержки от окружения, – это самый важный ресурс профилактики».

«Главное – признать, что создание спокойной атмосферы «радости», «доброты» и «любви», где они существуют без приема ПАВ, – это самая важная «польза» для жизни человека, для его семьи, труда и совершенствования».

«Стремитесь как можно раньше распознать и приступить к решению надвигающихся проблем в атмосфере отсутствия алкоголя, табака, наркотиков и других ПАВ начиная:

- с гигиенических проблем (наличия свежего воздуха, свежих продуктов, чистоты тела, рук, условий проживания, труда и отдыха);
- психологических проблем (наличие умений саморегуляции, поддержание адекватной самооценки, самодисциплины, обучение навыкам удержания спокойного эмоционального фона и устойчивого характера поведения, преодоления стресса, решения и преодоления трудных задач, навыкам выхода из депрессий и кризиса, обучения в средней и высшей школе, обучения профессиональным навыкам);

- *социальных проблем (решение конфликтов, поддержание добрых семейных, супружеских, родительско-детских, родственных отношений, установление прочных, дружеских отношений, поддержание добрососедских отношений, решение профессиональных задач);*

- *духовно-нравственных проблем (собственное соблюдение и передача последующим поколениям семейных и отечественных культурных традиций, следование принятым в обществе моральным, нравственным и юридическим законам)».*

14. Мониторинг наркологической ситуации

Актуальной задачей в сфере первичной профилактики является получение своевременной объективной информации, отражающей действительное состояние и уровень употребления ПАВ среди населения в российском обществе, и формирование на ее основе рекомендаций по противодействию употреблению ПАВ. Эффективные профилактические вмешательства возможны только на основе комплексного подхода к оценке наркологической ситуации с учетом включения в исследования не только больных наркоманией, но и экспериментирующих с наркотиками.

Мониторинг осуществляется:

- на федеральном уровне;
- на уровне субъектов Российской Федерации в разрезе муниципальных образований.

Целями мониторинга являются:

- определение распространенности наркологических заболеваний в Российской Федерации и ее субъектах;
- оценка эффективности проводимой в Российской Федерации антинаркотической и антиалкогольной политики и формирование предложений по ее оптимизации.

Основными задачами мониторинга наркологической ситуации являются:

- непрерывное получение и анализ информации о распространенности наркологических заболеваний, процессов профилактики потребления ПАВ, лечения, медицинской и социальной реабилитации лиц, потребляющих ПАВ;
- своевременное выявление негативных тенденций развития наркологической ситуации;
- прогнозирование развития наркологической ситуации и выработка предложений по ее улучшению.

Мониторинг включает:

- статистические сведения, получаемые из территориальных органов федеральных органов исполнительной власти, иных федеральных государственных органов, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций;
- информационно-аналитические сведения и экспертные оценки (в виде информационно-аналитических справок) указанных органов по вопросам, касающимся употребления ПАВ, а также профилактики, лечения, медицинской и социальной реабилитации наркологических больных;
- результаты социологических исследований.

Данные федерального статистического наблюдения собираются и анализируются ежегодно, и на основании результатов этого анализа разрабатываются меры по повышению качества оказания специализированной наркологической помощи, в том числе профилактики наркомании и алкоголизма. Наиболее точно данные о численности больных наркологического

профиля отражают сведения об их госпитализации в психиатрические, наркологические и соматические отделения больниц и диспансеров.

Также на территории Российской Федерации для оценки потребности в профилактических вмешательствах активно используют опросные методы. Опросные методы – это наиболее распространенный и простой путь сбора данных об употреблении наркотиков. Однако применение опросных методов для оценки наркологической ситуации имеет целый ряд ограничений при проведении исследований в «скрытых» популяциях, таких как, например, заключенные в местах лишения свободы и т. д.

При оценке наркологической ситуации среди несовершеннолетних с помощью количественных методов используют как интервью, так и анкетные опросы. Чаще всего применяются следующие виды опросов: письменные опросы, личные и интернет-опросы (интервью).

15. Обучающая деятельность наркологической службы

Значимым видом профилактической работы, которую осуществляет наркологическая служба, является обучение, с одной стороны, профилактируемых лиц и формирование у них жизненных антиаддиктивных навыков, с другой – специалистов других организаций и учреждений в рамках договоров внутриведомственного и межведомственного взаимодействия по формированию у них специальных навыков профилактической деятельности.

Обучение профилактируемых лиц проводится в форме индивидуальных и групповых семинаров, психотерапевтических тренингов, программ работы школы психологической профилактики для пациентов и родственников (циклы семинаров и тренингов), психотерапевтических консультаций. Результатом обучения является формирование у населения жизненных навыков: активного неприятия ПАВ; отказа от потребления ПАВ; противостояния потреблению ПАВ, особенно в ситуации потребления; противостояния предложению к употреблению ПАВ; поддержки принципов ЗОЖ и др.

Условия и формы обучения специалистов медицинских, образовательных, социальных, МВД, КДН и других организаций и учреждений определяются в соответствии с потребностями их профессиональной деятельности в профилактике наркологических заболеваний. Объемы проводимой наркологической службой учебной работы уточняются при заключении договоров о совместной деятельности и при составлении общих планов мероприятий.

Целью программ обучения специалистов являются работа с информацией по наркологическим проблемам, формирование навыков информирования населения профилактического характера, освоение методик раннего выявления потребителей ПАВ, освоение алгоритма реагирования при выявлении потребителей ПАВ, освоение методов мотивационного консультирования потребителей ПАВ по поводу отказа от потребления или обращения в наркологическую службу.

Задачи программ обучения включают:

- усвоение понятий о наркологических заболеваниях и механизмах их развития;
- приобретение знаний об основных моделях профилактики наркологических расстройств;
- понимание подходов профилактических вмешательств, реализации и оценки эффективности программ профилактики наркологических расстройств;
- изучение нормативной правовой базы профилактики наркологических заболеваний;
- овладение профилактическими методами.

В результате обучения слушатель овладевает знаниями по следующим разделам, которые дают ему возможность реально представлять ресурсы

оказания наркологической помощи различным группам населения:

- основные принципы организации наркологической помощи населению РФ;
- нормативно-правовую базу, регламентирующую оказание наркологической помощи населению РФ;
- ключевые положения классификации психических и поведенческих расстройств, возникающих в результате употребления ПАВ;
- основные симптомы и ведущие синдромы психических и поведенческих расстройств, возникающих в результате употребления ПАВ;
- принципы лечения и реабилитации психических и поведенческих расстройств, возникающих в результате употребления ПАВ;
- факторы риска и протективные факторы (соответственно, способствующие и препятствующие формированию химических аддикций);
- виды и методы профилактики формирования зависимости от ПАВ;
- основные практические подходы к профилактике поведения риска и зависимости от ПАВ;
- основные положения отечественного и зарубежного законодательства в сфере профилактики наркологических расстройств;
- методы профилактики наркологических заболеваний, существующие в России.

После участия в обучающих программах прошедшие подготовку специалисты должны получить специальные навыки:

- Уметь обеспечить подготовку дистанционного управления профилактической работой для молодых людей в образовательных учреждениях и местах проживания.
- Осуществлять обучение специалистов, имеющих отношение к рассматриваемой проблеме и работающих с молодежью.
- Работники здравоохранения общемедицинской сети должны быть обучены проведению скрининга и краткосрочных мероприятий для пациентов.
- Уметь разрабатывать рекомендации для межпредметного включения в общеобразовательные и основные программы материалов по профилактике употребления ПАВ.
- Уметь консультировать родителей по проблемам, связанным с противодействием потреблению ПАВ детьми.

Обучение специалистов и формирование у них специальных профилактических навыков проводятся в соответствии с принципом оказания профилактической помощи дифференцированным группам населения:

- **Группа «женщины и плод»:**
 - навыкам проведения и использования скрининговых методов по раннему выявлению группы риска из числа беременных и женщин, желающих

стать беременными, потребляющих ПАВ или находящихся в ситуации потребления ПАВ;

- навыкам коммуникации с беременными и женщинами, желающими стать беременными, из группы риска по наркологическим заболеваниям;
- технике мотивационного консультирования беременных и женщин, желающих стать беременными, на отказ от употребления ПАВ или снижение потребления ПАВ;
- технике привития беременным и женщинам, желающим стать беременными, навыков ответственного поведения будущих матерей за здоровье будущих детей, по контролю за потреблением и/или непотреблением ПАВ.

- **Группа «семья и дети 0-5 лет», группа «семья и дети 6-9 лет», группа «семья и подростки 10-17 лет»:**

- навыкам проведения и использования скрининговых методов по раннему выявлению группы риска из числа родителей и опекунов, потребляющих ПАВ или находящихся в ситуации потребления ПАВ;
- навыкам коммуникации с родителями и опекунами из группы риска по наркологическим заболеваниям;
- технике мотивационного консультирования родителей и опекунов из группы риска на отказ от употребления ПАВ или снижение потребления ПАВ;
- технике привития родителям и опекунам навыков ответственного поведения за здоровье детей, контроля за потреблением и/или непотреблением ими ПАВ.

- **Группа «семья и подростки 10-17 лет» (подростки), группа «молодежь 18-24 года», группа «взрослые 25-59», группа «60 лет и старше, пенсионеры»:**

- навыкам проведения и использования скрининговых методов по раннему выявлению группы риска, потребляющих ПАВ или находящихся в ситуации потребления ПАВ;
- навыкам коммуникации с лицами из группы риска по наркологическим заболеваниям;
- технике мотивационного консультирования лиц группы риска на отказ от употребления ПАВ или снижение потребления ПАВ;
- технике привития лицам из группы риска навыков ответственного поведения за свое здоровье, контроля за потреблением и/или непотреблением ПАВ;
- навыкам организации групп самопомощи и оказания помощи в организации досуга для лиц из группы риска (в первую очередь, для подростков и лиц старше 60 лет).

Заключение

Настоящие «Клинические рекомендации по медицинской профилактике наркологических заболеваний» (далее – Рекомендации) носят комплексный характер, так как обобщают передовой опыт стратегии сокращения спроса на употребление психоактивных веществ посредством формирования здорового образа жизни и акцентируют внимание на основных методах профилактического вмешательства в работе с населением.

В основе Рекомендаций лежит системный практико-ориентированный подход к различным превентивным вмешательствам, направленный на формирование и поддержку защитных факторов здоровья человека, а также повышение качества жизни у профилактируемых лиц, как необходимое условие успешной деятельности.

В этой связи важным аспектом Рекомендаций является их ориентированность на дифференцированные группы населения с учетом возрастных и профессиональных особенностей.

Важной особенностью являются разделы, посвященные необходимости проведения целенаправленной наркологической превентивной работы в образовательных учреждениях, трудовых коллективах и среди пациентов с соматическими заболеваниями. Формирование наркологической настороженности специалистов различных медицинских и немедицинских учреждений, системный обмен опытом по раннему выявлению наркологических расстройств и других профилактических мероприятий, направленных на информирование о достижениях современной научной медицины в области наркологии должно способствовать эффективному выявлению лиц со скрытыми формами болезней зависимости.

Представляется важным переход от консервативных методов информирования населения о факторах риска и защиты собственного здоровья к расширению профилактического пространства, в том числе с использованием социальных медиаинструментов. Цифровая профилактика более прогрессивна в отношении молодой аудитории, которая активно пользуется интернет-пространством для формирования здорового образа жизни.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Федеральный закон от 13 декабря 1996 года № 150-ФЗ «Об оружии»					
<p>Владение служебным оружием – работники юридических лиц с особыми уставными задачами (фельдъегери и др.). Эти работники обязаны проходить химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.</p> <p>Владение гражданским огнестрельным оружием, огнестрельным оружием ограниченного поражения, газовыми пистолетами, револьверами, огнестрельным гладкоствольным длинноствольным оружием самообороны, спортивным пневматическим оружием, охотничьим пневматическим оружием, сигнальным оружием, холодным клинковым оружием, предназначенным для ношения с национальными костюмами народов Российской Федерации или казачьей формой.</p> <p>Граждане, владеющие указанными видами гражданского оружия, обязаны иметь медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием, а также медицинское заключение об отсутствии в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, полученное после прохождения химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.</p> <p>Перечень заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием, определяется Правительством Российской Федерации – имеется (ПП РФ от 19 февраля 2015 г. № 143).</p> <p>Порядок проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, форма медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и форма медицинского заключения об отсутствии в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения – Приказ 302н.</p>		<p>Работники со служебным оружием</p> <p>Граждане, владеющие оружием</p>	<p>Ежегодно</p> <p>Не реже раза в пять лет</p> <p>Срок действия медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием для получения лицензии на приобретение оружия составляет один год со дня его выдачи.</p>	<p>Осмотр врачом-психиатром, врачом-психиатром-наркологом при проведении медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов осуществляются в медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения по месту жительства (пребывания) гражданина РФ.</p>	<p>Бюджет работодателя</p> <p>За счет средств граждан</p>
Воздушный кодекс Российской Федерации					
<p>Лица из числа специалистов авиационного персонала проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры, включающие химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.</p> <p>Порядок проведения предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров устанавливается уполномоченным органом в области гражданской авиации по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения – Приказ Минтранса России от 22.04.2002 г. № 50 «Об утверждении Федеральных авиационных правил “Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации”»).</p> <p>Медицинским противопоказанием к приему на работу на должности авиационного персонала являются: психические заболевания, алкоголизм, токсикомания, наркомания, до прекращения в отношении этих лиц диспансерного наблюдения в специализированной медицинской организации государственной или муниципальной системы здравоохранения в связи с выздоровлением или стойкой ремиссией.</p>		<p>Авиационный персонал – лица, включенные в перечни специалистов авиационного персонала.</p>	<p>От 6 мес. до 5 лет в зависимости от уровня, по показаниям</p> <p>В летные комиссии требуются справки о наличии (отсутствии) на учете</p>	<p>Медучреждения авиакompаний либо аэропортов.</p> <p>Для проведения дополнительных исследований только специализированные учреждения</p>	<p>За счет средств работодателя</p>

Федеральный закон от 28 марта 1998 года № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе»					
Медицинское освидетельствование включает проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.		Граждане, поступающие на военную службу по контракту, поступающие в военные профессиональные образовательные организации и военные образовательные организации высшего образования	Однократно при поступлении, далее не определено	В медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения	За счет средств федерального бюджета
Федеральный закон от 27 мая 1998 года № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих»					
Только химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.		Военнослужащие, проходящие военную службу по контракту	Не реже раза в год	В медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения	За счет средств федерального бюджета
Федеральный закон от 14 апреля 1999 года № 77-ФЗ «О ведомственной охране»					
Работники ведомственной охраны обязаны проходить профилактический медицинский осмотр , включающий химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов. Порядок прохождения указанного профилактического медицинского осмотра и форма заключения , выдаваемого по его результатам, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения – Приказ № 302н.		Работники ведомственной охраны	Ежегодно	Не определена	Работодатель
Кодекс торгового мореплавания Российской Федерации					
Лица, допущенные к работе на судне, обязаны проходить медицинский осмотр , включающий химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов. Перечень заболеваний, препятствующих работе на судне, определяется Правительством Российской Федерации – не определен . Порядок проведения медицинского осмотра и форма медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к работе на судне устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти в области транспорта – не определен .		Члены экипажа: командный состав и судовая команда, лоцман	Ежегодно	Не определена	Работодатель

Кодекс внутреннего водного транспорта Российской Федерации					
Лица, допущенные к работе на судне, обязаны проходить медицинский осмотр, включающий химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов. Перечень заболеваний, препятствующих работе на судне, определяется Правительством Российской Федерации – не определен. Порядок проведения медицинского осмотра и форма медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к работе на судне устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти в области транспорта – не определен.		Экипаж судна: командный состав, судовая команда, лоцман, а также работники, обслуживающие пассажиров судна.	Ежегодно	Не определена	Работодатель
Кодекс РФ об административных правонарушениях					
Химико-токсикологическое исследование не предусмотрено					
Трудовой кодекс РФ					
Федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации (в т.ч. все перечисленные) для отдельных категорий работников при проведении медицинских осмотров может предусматриваться проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.		Отдельные категории работников	Определено для каждой категории граждан	Определена в соответствующем законе	Работодатель
Федеральный закон от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»					
Иностранец обязан пройти медицинский осмотр, включающий химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов. <i>(Противопоказанием к пребыванию на территории РФ является наличие наркомании. Выявление в моче наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов подтверждает только факт их употребления)</i>		Иностранцы, бывшие в Российской Федерации с целью получения патента на работу	При оформлении документов и переоформлении документов (1 год)	Медицинские организации, уполномоченные высшим исполнительным органом субъекта РФ.	За счет средств граждан
Федеральный закон от 10 января 2003 года № 17-ФЗ «О железнодорожном транспорте в Российской Федерации»					
Прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, включающих химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов. Порядок прохождения указанного профилактического медицинского осмотра и форма заключения, выдаваемого по его результатам, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения – не определен		Лица, принимаемые на работу, непосредственно связанную с движением поездов и маневровой работой, работники, выполняющие такую работу и подвергающиеся воздействию вредных и опасных производственных факторов.	Один раз в год	Не определены	Работодатель

Федеральный закон от 9 февраля 2007 года № 16-ФЗ «О транспортной безопасности»					
Работники подразделений транспортной безопасности обязаны ежегодно проходить профилактические медицинские осмотры, включающие химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов. Порядок прохождения указанного профилактического медицинского осмотра и форма заключения, выдаваемого по его результатам, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения – не установлен.		Работники подразделений транспортной безопасности	Ежегодно	Не определены	Работодатель
Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»					
Сведения, составляющие врачебную тайну, разглашаются без согласия пациента в целях осуществления полномочиями федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией, либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача, либо новые потенциально опасные ПАВ, возложенной на них при назначении административного наказания судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностики, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию.					
Федеральный закон от 30 ноября 2011 года № 342-ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»					
Сотрудники органов внутренних дел обязаны проходить профилактические медицинские осмотры, включающие химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, а также медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения). Порядок прохождения профилактических медицинских осмотров, включающих химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов устанавливается федеральным органом исполнительной власти в сфере внутренних дел – Приказ МВД России от 14.07.2010 г. № 523 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в органах внутренних дел Российской Федерации и внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации»		Сотрудники органов внутренних дел	Ежегодно по отдельному направлению уполномоченного руководителя	Врачебные комиссии, специализированные учреждения	Работодатель

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

AUDIT

Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя

Обведите номер, наиболее близкий к ответу пациента.

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

- (0) никогда
- (1) 1 раз в месяц или реже
- (2) 2-4 раза в месяц
- (3) 2-3 раза в неделю
- (4) 4 раза в неделю и более

2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?

Баллы	Стандартная порция	Водка (мл) 40 об%	Крепленое вино (мл) 17-20 об%	Сухое вино 11-13 об%	Пиво (бут.) 5 об%
(0)	1 или 2	30-60	75-150	75-150	250 мл – 1 б.
(1)	3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5 б. – 2 б.
(2)	5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5 б. – 3 б.
(3)	7 или 8	210-240	525-600	700-800	3,5 б. – 4 б.
(4)	10 или более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 б. и более

3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одной выпивки?

- (0) никогда
- (1) менее чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?

- (0) никогда
- (1) менее чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

- (0) никогда

- (1) менее чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?

- (0) никогда
- (1) менее чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после выпивки?

- (0) никогда
- (1) менее чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

8. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить произошедшее накануне из-за того, что Вы выпивали?

- (0) никогда
- (1) менее чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

9. Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?

- (0) никогда
- (2) да, но это было более чем год назад
- (4) да, в течение этого года

10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

- (0) никогда
- (2) да, но это было более чем год назад
- (4) да, в течение этого года

Подсчитайте и запишите полученную сумму баллов

Общее количество баллов, равное 8 или более, свидетельствует о вероятности злоупотребления алкоголем.

При этом если сумма баллов больше 8, то можно обратиться к дополнительной трактовке⁹:

8-15 баллов – свидетельствует об опасном потреблении.

16-19 баллов – об употреблении с вредными последствиями.

20 баллов и выше – требуется диагностическое уточнение из-за наличия возможной алкогольной зависимости.

⁹ Александров А. А. Выявление и лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя в условиях общемедицинской практики. Учебно-методическое пособие. Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра психиатрии и наркологии Минск, 2007 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Скрининг CRAFFT: интервью

Начните с: «Я задам вам несколько вопросов, которые я обычно задаю всем моим пациентам. Пожалуйста, будьте откровенны. Я гарантирую конфиденциальность ваших ответов».

Часть А

За последние 12 месяцев делали ли вы следующее:	Нет	Да
1. Употребляли <u>алкоголь</u> (более нескольких глотков)? (За исключением употребления алкоголя во время семейных торжеств или религиозных мероприятий)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Курили <u>марихуану</u> или <u>гашиш</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Употребляли <u>что-нибудь другое</u> , чтобы получить «кайф»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(« что-нибудь другое» включает запрещенные наркотики, сильнодействующие лекарства (по рецепту и без рецепта) и вещества, которые можно нюхать и «вдыхать»)		

Только для сотрудников клиники:
ответил(а) ли пациент (ка) «да» на все вопросы в части А?

Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>
↓	↓
Задайте ему/ей только вопросы CAR, затем прекратите опрос	Задайте ему/ей все 6 вопросов CRAFFT

Часть В	Нет	Да
1. Вы когда-нибудь садились в МАШИНУ, за рулем которой находился человек (включая вас) в состоянии алкогольного опьянения, под действием наркотиков или «под кайфом»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Вы когда-нибудь употребляли алкоголь или наркотики для того, чтобы РАССЛАБИТЬСЯ, самоутвердиться или «вписаться»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Вы когда-нибудь употребляли алкогольные напитки или наркотики без друзей, В ОДИНОЧКУ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Вы когда-нибудь ЗАБЫВАЕТЕ то, что делали под влиянием алкогольных напитков или наркотиков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ваши родственники или ДРУЗЬЯ когда-нибудь говорили вам, что вам нужно меньше пить или употреблять меньше наркотиков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Вы когда-нибудь попадали в НЕПРИЯТНОСТИ, находясь под влиянием алкогольных напитков или наркотиков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Конфиденциальность:

Вышеизложенная информация может быть защищена специальными федеральными законами о конфиденциальности (42 CFR часть 2), которые запрещают разглашение данной информации без письменного согласия субъектов персональных данных. Общее разрешение на разглашение медицинской информации НЕ является достаточным.

© Детская больница Бостона, 2009. Все права защищены.
Воспроизведено с разрешения Исследовательского центра употребления наркотиков и алкоголя среди подростков, CeASAR, Детская больница Бостона. (www.ceasar.org)

Инструкции по определению результатов: ТОЛЬКО ДЛЯ сотрудников КЛИНИКИ

Определение результатов CRAFFT:
каждый ответ «да» в части В получает 1 балл.

Общий результат 2 балла или выше означает положительный тест, требующий дополнительной проверки.

Наркотическая и алкогольная зависимость (3 из нижеуказанного или более):

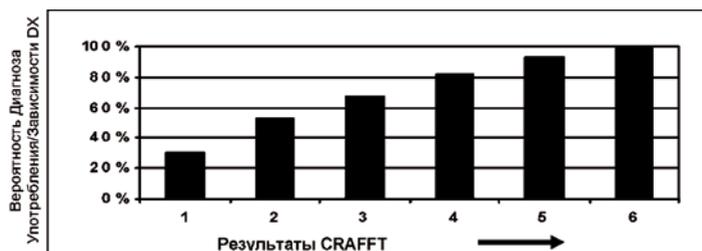
- Толерантность.
- Уход от реальности.
- Наркотики и алкоголь, употребляемые в большом количестве или в течение более длительного периода времени, чем планировалось.
- Безуспешные попытки снизить дозу или «завязать».
- Затрата значительного времени на добывание наркотиков либо алкоголя или лечение и реабилитация после их употребления.
- Отказ от важных дел в результате употребления наркотиков или алкоголя.
- Продолжение употребления, несмотря на пагубные последствия.

© Детская больница Бостона, 2009. Данный документ может быть воспроизведен в точном соответствии с оригиналом для употребления в медицинских целях, Исследовательский центр употребления наркотиков и алкоголя среди подростков, Детская больница Бостона, 300 Longwood Ave, Boston, MA 02115, U.S.A., (617) 355-5433, www.ceasar.org.

Литература

1. Knight J. R., Shrier L. A., Bravender T. D., Farrell M., Vander Bilt J., Shaffer H. J. A new brief screen for adolescent substance abuse. [Новый короткий скрининг употребления наркотиков среди молодежи] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 1999. – Vol. 153, № 6. – P. 591-596.
2. Knight J. R., Sherritt L., Shrier L. A., Harris S. K., Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. [Точность CRAFFT скрининга употребления наркотиков среди молодых пациентов клиники] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2002. – Vol. 156, № 6. – P. 607-614.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам], fourth edition, text revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

Вероятность диагноза употребления наркотиков и алкоголя/зависимости на основании результатов CRAFFT ^{1,2}



Диагностические критерии DSM-IV³ (Сокращенный вариант)

Употребление наркотиков и алкоголя (1 или более из нижеуказанного):

- Употребление ведет к невыполнению обязательств на работе, в учебном заведении или дома.
- Периодическое употребление в ситуациях, которые могут привести к трагедиям (например, вождение автомобиля).
- Постоянные проблемы с нарушением законов.
- Продолжение употребления, несмотря на постоянно возникающие проблемы.

