



ДОНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
УПРАВЛЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ

Кафедра «Социальная работа»

Учебно-методическое пособие

«Стандартизация в системе управления
деятельностью в сфере реабилитации и
ресоциализации наркозависимых»
по дисциплине

«Социальная наркология»

Автор

Голоснов О.А.

Ростов-на-Дону, 2016

Аннотация

Методические указания предназначены для студентов очной формы обучения направления 39.03.02 «Социальная работа».

Автор



к.с.н., доцент каф. «СР»
Голоснов О.А.



В соответствии со Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года одним из основных направлений антинаркотической деятельности является сокращение спроса на наркотики путем совершенствования системы лечебной и реабилитационной работы. Принимая во внимание то обстоятельство, что к настоящему моменту в стране только на официальном наркологическом учёте состоит свыше 350 тысяч человек с диагнозом «наркомания», наряду с первичной профилактикой, так же принципиально значимой является деятельность по оказанию помощи лицам, уже вовлечённым в наркотизацию и имеющим проблемы, связанные с развитием психической и физической зависимости от наркотиков. Стратегической целью государственной политики в этой сфере является формирование многоуровневой системы, обеспечивающей доступность эффективных программ реабилитации для больных наркоманией, восстановление их социального статуса, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни.

Актуальность решения указанной задачи постоянно возрастает ввиду современного состояния государственной системы комплексной лечебно-реабилитационной деятельности, характеризующегося сокращением числа наркологических медицинских учреждений, ухудшением их кадрового обеспечения и финансирования, а также недостаточным количеством специализированных реабилитационных центров. Как правило, оказываемая наркозависимым помощь сводится к детоксикации, предполагающей снятие симптоматики физической зависимости, тогда как первичная по отношению к ней психическая зависимость остаётся неустранённой. Подобная работа не направлена на реализацию комплекса медико-социальных мероприятий, обеспечивающих восстановление социально значимых ресурсов личности больного и его ресоциализацию.

Вместе с тем, врачи-наркологи отмечают, что у них должна быть преемственность в работе в плане наличия уверенности в возможности по прошествии определённого периода лечения направить больного в ту или иную реабилитационную программу. Сегодня реабилитационный этап работы практически отсутствует в объёмах, требуемых для изменения наркоситуации в стране. Так, на данный момент в России действует всего четыре федеральных государственных реабилитационных центра, 27 стационарных наркологических реабилитационных отделений и около 50 государственных реабилитационных центров, которые финан-

сируются из бюджета субъектов РФ.

Возникший в данной сфере институциональный вакуум в последние годы интенсивно заполняется за счёт негосударственного сектора. Так, согласно ст.55 Федерального Закона РФ от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Диагностика наркомании, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация наркоманов могут проводиться в лечебно-профилактических учреждениях независимо от формы собственности. Отсутствие законодательного разграничения указанных понятий является одной из причин того, что реабилитационной деятельностью с больными наркоманией сегодня могут заниматься множество физических и юридических лиц, качество предоставляемых услуг которых не всегда оказывается на высоком уровне. Подавляющее большинство таких учреждений выступают структурными единицами различных общественных и религиозных организаций, объединений и фондов, поэтому всесторонне оценить характер их деятельности и определить степень её результативности зачастую не представляется возможным. Предлагаемые ими программы не всегда проходят экспертизу специалистов, их эффективность объективно не подтверждена. В связи с этим в них могут иметь место случаи деструктивного воздействия на личность, вплоть до вовлечения наркозависимых в различные сектарианские движения.

Основной причиной создавшейся ситуации является отсутствие официально утверждённых *стандартов реабилитационной помощи*. Это препятствует аттестации указанных структур и всесторонней оценке применяемых ими методик. Как следствие, при осуществлении их программ не соблюдается комплексный подход к реабилитации, что, в свою очередь, ведёт к незначительным и неустойчивым результатам.

По оценкам экспертов, стандарт реабилитации наркозависимых лиц будет разработан Минздравсоцразвития в только в 2012 году. В декабре 2010 года ФСКН России совместно с другими заинтересованными ведомствами приступила к разработке системы добровольной сертификации центров социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых, которая станет первым механизмом контроля качества помощи наркозависимым на переходном этапе.

В то же время, представляется, что вне формирования соответствующих стандартов процедура сертификации в любой сфере деятельности, в том числе реабилитационной, проблематична и необъективна, поскольку она предполагает подтверждение соответствия, посредством чего независимая от изготовителя (продавца, исполнителя) и потребителя организация удостоверяет в письменной форме, что продукция соответствует установленным требованиям. Подобные требования разрабатываются в ходе стандартизации как деятельности, направленной на достижение упорядочения в определенной области посредством установления положений для всеобщего и многократного применения, что проявляется в подготовке, опубликовании и применении стандартов. Стандарт – это некий нормативный документ, разработанный на основе соглашения большинства заинтересованных сторон и утвержденный признанным органом, в котором устанавливаются общие принципы, характеристики, требования и методы, касающиеся определенных объектов стандартизации. В нём регламентируются методы измерения, контроля и испытания продукции для признания её качественной. Показателями стандартов являются характеристики объектов стандартизации, выраженные с помощью условных единиц, обозначений или понятий.

Согласно статье 12 Федерального закона «О техническом регулировании» от 27.12.2002 года № 184-ФЗ, регламентирующим отношения при разработке, применении и исполнении обязательных требований к различной продукции или услугам, стандартизация осуществляется в соответствии с рядом основных принципов, к числу которых относятся:

- максимальный учёт при разработке стандартов законных интересов заинтересованных лиц;
- применение международного стандарта как основы разработки национального, за исключением случаев, если такое применение признано невозможным вследствие несоответствия требований международных стандартов климатическим и географическим особенностям Российской Федерации;
- обеспечение условий для единообразного применения стандартов.

В соответствии с этим, применительно к оказанию помощи наркозависимым лицам стандартизация должна опираться на ряд основополагающих международных положений, к которым, в частности, относится определение реабилитации (от латинского слова *rehabilis* – «восстановление способности»), сформули-

рованное специалистами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), согласно которому она представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в том обществе, в котором они живут. То есть, по мнению ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности.

Следовательно, реабилитация наркоманов может быть рассмотрена как комплексная деятельность по реализации совокупности медицинских, психологических, социальных, образовательных, трудовых и иных мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ.

Положительным примером разработки перспективных моделей стандартизации подобной антинаркотической деятельности является проведение в октябре-ноябре 2010 года в г. Нижневартовске Ханты-Мансийского автономного округа-Югры проектной конференции «Создание региональных систем социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых как инструмента социальной модернизации страны в рамках реализации Стратегии государственной антинаркотической политики российской Федерации до 2020 года», организаторами которой выступили Государственный антинаркотический комитет, ФСКН России, Правительство Ханты-Мансийского автономного округа-Югры и Институт демографии, миграции и регионального развития. В ходе конференции было создано 7 проектных групп, представивших ряд моделей стандартизации. Одна из них, в частности, включала схему взаимодействия процессов стандартизации и сертификации при осуществлении реабилитации наркоманов (см. рис.1).



Рис. 1. Общие принципы стандартизации в сфере реабилитации и ресоциализации наркозависимых

СР и РС – социальная реабилитация и ресоциализация
ГО – государственные организации

НГО – негосударственные организации
СДС – система добровольной сертификации

Предлагаемая разработчиками модель позволяет соответствующим государственным организациям реализовывать функции отбора реабилитационных центров и контроля за их деятельностью на базе введения единых, стандартизированных принципов и технологий социальной реабилитации и ресоциализации. Для этого стандартизация должна распространяться на все виды услуг, предоставляемых наркобольшим, а также предусматривать критерии, определяющие качественный и количественный результат деятельности подобных учреждений, в том числе:

- оценку базовых условий для социальной реабилитации и ресоциализации;
- оценку процесса социальной реабилитации и ресоциализации;
- оценку результатов социальной реабилитации и ресоциализации;

лизации.

В стандарт базовых условий для осуществления реабилитационной деятельности должны входить следующие показатели:

- виды социальных услуг, их состав, формы;
- условия размещения учреждений;
- состав специального технического оснащения учреждений;
- состав и характеристику документации учреждений;
- требования к персоналу учреждений;
- порядок и условия предоставления социальных услуг;
- контроль качества услуг.

С учётом этого можно указать несколько основных индикаторов, наличие которых определяет соответствие данным показателям и, тем самым, выступает критерием выдачи сертификата либо же отказа в таковом:

- особенности территориального расположения центра;
- устав (положение о центре) и другие необходимые учредительные документы, позволяющие соотносить заявленные и реально осуществляемые виды деятельности;
- соответствие имеющейся у заявителей материально-технической базы противопожарным, санитарно-эпидемиологическим и иным установленным нормам и требованиям;
- обеспечение достойных и уважительных по отношению к реабилитируемым условий жизни и труда, медицинского и бытового обслуживания;
- документально подтверждённое добровольное письменное согласие наркозависимого лица на оказание реабилитационной помощи;
- предоставление наркозависимому лицу полной информации о работе центра, его правах и обязанностях как клиента;
- предоставление наркозависимому лицу права на досрочный выход из реабилитационной программы с прекращением сотрудничества с центром;
- наличие в центре документированной программы реабилитации, что позволяет оценивать используемые в нём методики воздействия;
- документальное подтверждение квалификации персонала (диплом об образовании, справка о прохождении обучающихся курсов и т.п.), либо же предоставление объективных сведений о

Социальная работа

наличии опыта реабилитационной работы с указанной категорией лиц;

- поддержание связи между прошедшими реабилитацию лицами и персоналом центра (постреабилитационное сопровождение) в целях профилактики рецидивов и своевременного вмешательства в кризисные ситуации.

Следует отметить, что подобные показатели и индикаторы должны определяться и применяться системно, с учётом специфики возможных условий оказания реабилитационной помощи наркозависимым. Так, например, в целях обеспечения изоляции поступающего контингента от негативного воздействия асоциальной среды целесообразно территориальное расположение реабилитационных центров на определённом удалении от крупных населённых пунктов. В то же время, известно, что многие из таких учреждений и организаций представляют собой терапевтические среды, действующие по принципу «групп поддержки» (программы «12 шагов», «анонимные алкоголики и наркоманы» и др.), поэтому практикуют свободный вход/выход своих членов. Следовательно, в подобных случаях территориальное расположение, равно как и документально подтверждённое добровольное письменное согласие наркозависимого лица на оказание реабилитационной помощи, становится неактуальным, но одновременно существенно возрастает значимость таких показателей, как кадровый потенциал персонала (руководителей групп), в том числе наличие достаточного опыта участия в осуществлении соответствующей деятельности.

Стандартизация самого процесса социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц в обязательном порядке должна основываться на подробном анализе и детальном учёте всех возможных нюансов патогенеза при заболеваниях наркоманиями (поскольку здесь наркологи исходят из специфичности болезненной симптоматики, связанной со злоупотреблением различными наркотическими средствами – «гашишная наркомания», «опийная наркомания» и т.п.). Тогда процесс разработки стандарта реабилитации наркоманов в указанных центрах можно представить в следующей общей схеме (см. рис. 2).



Рис. 2. Общая схема разработки стандарта реабилитационных центров

Как следует из схемы, разработку стандарта эффективной реабилитации, его показателей и индикаторов необходимо строить на основе анализа специфики отношений в системе «наркотическое средство – индивид – среда». То есть, результативность оказания помощи в восстановлении функционального состояния и реадaptации в обществе лицам, зависимым от того или иного вида наркотика, будет определяться всесторонним учётом последствий хронической наркотизации, возникающих на психофизиологическом, индивидуально-психологическом и социальном уровнях, а также применением на этой основе необходимых форм и методик реабилитирующего воздействия на больного.

Так, наркомания – это заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства и характеризующееся определенной совокупностью симптомов и синдромов (синдром зависимости, абстинентный синдром, изменением толерантности и др.), выраженными медицинскими последствиями (соматические, неврологические нарушения), личностными изменениями (морально-этическим снижением) и асоциальным поведением.

Следует обратить внимание на то, что у подавляющего большинства наркологических больных диагностируются психическая патология, глубокие личностные нарушения и соматические заболевания. Их реабилитация требует психотерапевтического воздействия, обеспечения медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, направленным на восстановление гомеостаза, нивелирование аффективной патологии, синдрома патологического влечения, острых и хронических соматических заболеваний и пр.

В частности, астенический (неврастенический) синдром характеризуется состоянием повышенной утомляемости и раздражительности, неспособности к продолжительному физическому и умственному труду, расстройством сна, фиксация на неприятных ощущениях, эмоциональная неустойчивость. Чаще всего наблюдается в постабстинентном периоде, но нередко и на этапе реабилитации. Аффективные расстройства проявляются сниженным фоном настроения, апатией или тревожностью, нарушениями сна, аппетита, снижением умственной и физической активности. Часты случаи возникновения суицидальных мыслей. Подобные нарушения могут возникать не только в постабстинентном состоянии, но и на всём периоде реабилитации. Поведенческие нарушения (истеровозбудимое, психопатоподобное поведение) возникают при возобновлении или обострении патологического влечения к наркотикам. Больные при этом возбуждены, агрессивны, склонны к разрушительным действиям, отказываются от участия в реабилитационном процессе, пытаются любыми способами приобрести наркотики, алкоголь или другие психоактивные вещества.

В связи с этим осуществление деятельности по восстановлению психофизиологического состояния наркозависимого предполагает реализацию комплекса мер, направленных на:

- подавление основного синдрома заболевания – патологического влечения к наркотическим средствам (стоит отметить, что в ходе стандартного курса лечения в наркологическом диспансере

Социальная работа

достаточно быстро устраняется физическая зависимость от наркотиков, в то время как психическая, являющаяся источником многих из перечисленных психофизиологических отклонений, может оставаться в актуальном состоянии в течение очень длительного периода времени);

- нивелирование астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, обусловленных употреблением наркотиков;

- обучение наркозависимых навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать «нет» в наркопровоцирующих обстоятельствах;

- обучение определять предпосылки обострения влечения к наркотическим средствам и преодолевать рецидивы заболевания;

- восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать эмоции при решении личных и социальных задач.

Кроме того, нередко больные нуждаются в юридической защите и в оказании социальной поддержки (обеспечение жильем, приобретение профессии, восстановление документов и пр.), что обусловлено в первую очередь высокой степенью десоциализации, то есть, утратой значимых социальных навыков, ценностей и норм, разрыв социальных связей и усвоение деструктивных поведенческих образцов, – в качестве неизбежного следствия хронической наркотизации (прежде всего, это характерно для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)). Именно это обстоятельство определяет высокий статус деятельности по *ресоциализации* данной категории лиц, под которой принято понимать процесс усвоения новых знаний, умений и навыков, социальных ролей, норм и ценностей взамен прежних, недостаточно усвоенных или утраченных. Результаты многих социологических исследований показывают, что значительная часть наркозависимых, даже при наличии у них устойчивой мотивации на излечение, свои сомнения в возможности преодолеть патологическое влечение к наркотикам связывают с недостаточным развитием навыков реадaptации в обществе.

Ресоциализация как восстановление социальных связей предполагает возможности индивида по реализации своих потребностей путём установления устойчивых взаимодействий со значимыми другими (родителями, родственниками, близкими), а также с определёнными организациями (общественными, госу-

дарственными структурами). Такое понимание ресоциализации и используемых в её ходе стратегий близко точке зрения относительно критериев успешной адаптации в целом, к которым относятся следующие:

а) адаптированность в сфере «внеличностной» социально-экономической активности, пространстве различных социальных структур и организаций, где индивид приобретает знания, умения и навыки, добивается компетентности;

б) адаптированность в сфере личных отношений, где устанавливаются интимные, эмоционально насыщенные связи с другими людьми, а для успешной адаптации требуются знание мотивов человеческого поведения, способность тонкого и точного отражения изменений взаимоотношений.

Следовательно, реабилитационное воздействие, направленное на максимально возможное восстановление социального статуса больного наркоманией, предполагает решение следующих задач:

- восстановление коммуникативных навыков;
- развитие способности к анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения, формирование ответственности за него;
- нивелирование аддиктивной установки, то есть сверхценного эмоционального отношения к наркотикам как средству снятия стресса, поддержания приемлемого функционального состояния и т.п.;
- формирование и закрепление нормативных ценностных ориентаций и позитивных социальных установок;
- восстановление семейных отношений, коррекция коммуникативных связей с ближайшим социальным окружением;
- формирование способности к осуществлению целенаправленной трудовой деятельности и повышение нормативного уровня притязаний и социальных интересов;
- формирование реальной жизненной перспективы на основе продолжения образования, развития трудовых навыков, обеспечения социальной поддержки и правовой защиты.

В целом реализация всех вышеуказанных видов деятельности по оптимизации психофизиологического состояния наркобольного и восстановлению его социальной субъектности предполагает комплексное и последовательное (этапное) осуществление ряда форм и методов работы, таких как:

Социальная работа

- обеспечение возможности своевременного (при необходимости) обследования больных специалистами (врачом-наркологом, психотерапевтом);
- оказание медико-психиатрической помощи (например, назначение курса антидепрессантов в целях купирования негативных аффективных синдромов);
- регулярное проведение сеансов индивидуальной и групповой психотерапии, ориентированных на возникновение ряда позитивных личностных изменений (помимо развития установки на трезвость сюда относится также формирование способности выступать в различных жизненных ситуациях активным деятельностным субъектом, обладающим навыками адаптации на различных уровнях социальной организации).

Многими специалистами среди ряда методик, представляющих собой различные вариации тренингов личностного роста больных, особо выделяется трудотерапия. Её актуальность обусловливается тем принципиальным значением, которое для ресоциализации имеет развитие (возвращение) навыков созидательного труда с возможностью видеть его осязаемые результаты. Очевидно, что ведущая роль в оказании реабилитируемым помощи в дальнейшем трудоустройстве принадлежит государству (посредством их включения в систему социальной защиты населения), и возможности негосударственных центров в данном отношении, как правило, невелики. Тем не менее, важнейшим компонентом процесса ресоциализации выступает обеспечение наркозависимых постоянной занятостью, создание условий для трудовой деятельности в целях выработки способности к регулярному труду. Должны приветствоваться также практикующиеся в ряде центров инициативы по участию реабилитантов в различных хозяйственных договорах по выполнению тех или иных работ с получением реальной заработной платы.

Обязательным показателем реабилитационной работы является также установление взаимодействия с семьёй, родными и близкими наркомана, принимая во внимание значение его позитивного микросоциального окружения. Особенности семейных условий наркоманов психологами фиксируются в понятии «зависимость», означающем варианты деструктивного эмоционального реагирования родственников зависимого лица – в широком диапазоне аффективных проявлений от взаимных претензий и обвинений до тактики избегания, стремления игнорировать ситуацию. В этой связи, в частности, становится принципиаль-

ным включение в реабилитационный процесс проведения семейной психотерапии, как для диагностики и коррекции подобных внутрисемейных проблем, так и для создания позитивной психологической атмосферы в семье, благодаря чему, например, родители могут приобретать навыки взаимодействия со своими детьми, предотвращения срывов и рецидивов заболевания.

В настоящий момент наркологи едины во мнении, что перспективы терапии и реабилитации наркологических больных определяются особенностями предпосылок заболевания, характеристиками его протекания и тяжестью последствий. Поэтому процесс разработки стандарта и выдачи сертификата соответствия не могут быть осуществлены без учёта указанных переменных. Для их обозначения принято использовать понятие *реабилитационного потенциала* как прогностической оценки возможностей больного к выздоровлению и возвращению в социум, основанной на объективных данных о наследственности, преморбиде (добольном периоде), социальном статусе, индивидуальных особенностях, форме протекания наркологического заболевания и его последствиях. Выделяют три его уровня: высокий, средний и низкий.

Высокий уровень реабилитационного потенциала отличает:

- низкий удельный вес наследственной отягощённости наркологическими заболеваниями;
- относительно поздним началом устойчивой наркотизации (в 18-20 лет);
- отсутствие принадлежности к категории ПИН;
- несущественные личностные изменения и поддержание имеющегося социального статуса и т.п.

Как правило, у такого контингента наркобольных нет выраженной деградации личности, соматических заболеваний и психопатологических отклонений. Кроме того, они в достаточной степени мотивированы на отказ от дальнейшего употребления наркотиков.

Средний уровень реабилитационного потенциала:

- средний удельный вес наследственной отягощённости наркологическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);
- негативные черты микросоциального окружения (неполная семья, конфликтность отношения с родственниками и т.п.);
- начало употребления наркотиков в 15-17 лет, продолжи-

тельность до 3 лет;

- принадлежность к категории ПИН;
- появление признаков десоциализации (потеря работы, сужение круга общения и др.);
- личностные изменения (эгоцентризм, лживость, безответственность), снижение контроля за проявлением эмоций.

У таких больных нередко выраженные поведенческие и аффективные отклонения, отягощённые теми или иными соматическими нарушениями. В их мотивации участия в реабилитации начинают преобладать желание избежать наказания, избавиться от болезненных ощущений абстиненции, улучшить отношения с близкими.

Низкий уровень реабилитационного потенциала:

- высокий удельный вес наследственной отягощённости наркологическими заболеваниями;
- раннее начало употребления наркотических средств (с 12-15 лет), продолжительность более 3 лет;
- крайне отрицательное микросоциальное окружение (неполная семья, высокая конфликтогенность отношений, асоциальный образ жизни и т.п.);
- стойкая личностная и социальная деградация (сужение круга интересов, разрыв практически всех прежних позитивных социальных связей).

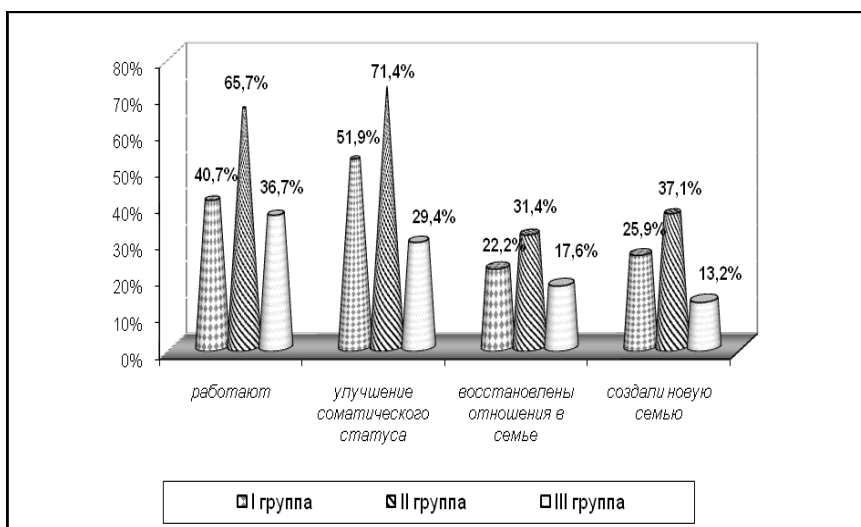
Все указанные выше аффективные, поведенческие, интеллектуально-мнестические нарушения у данного контингента наркобольных ярко выражены, полностью отсутствует критичность по отношению к своему болезненному состоянию (анозогнозия), мотивы прохождения реабилитации, особенно при его недобровольности, исключительно прагматические.

С учётом вышесказанного, в стандартизацию реабилитационных услуг, необходимую для проведения сертификации соответствия, должен быть изначально заложен критерий реализации дифференцированного подхода к контингенту наркозависимых относительно их диагностированного потенциала. Это позволит избежать использования методик, которые заведомо неэффективны или даже могут вызвать обратный эффект. Например, очевидно, что массированное применение такой распространённой методики, как трудотерапия, к больному с низким реабилитационным потенциалом, при определённых обстоятельствах вполне способно вести к ухудшению психосоматического состояния и дальнейшему снижению мотивации.

Социальная работа

Правомерность указанной точки зрения подтверждается результатами исследований ряда отечественных специалистов-наркологов. Так, С.А. Вешневой проанализирована, в частности, динамика некоторых микро- и макросоциальных аспектов статуса наркобольных в зависимости от уровня реабилитационного потенциала (см. рис.3)¹.

Рисунок 3. Улучшение медико-социального и семейного статуса у больных с высоким (I группа), средним (II группа) и низким (III группа) УРП



Особо стоит отметить, что результаты данного исследования, помимо прочего, дают объективное подтверждение тому, что, вне зависимости от используемых форм и методов работы с наркозависимыми различия в реабилитационном потенциале определяют необходимость в разных сроках пребывания в терапевтической среде. Согласно приведённым автором сведениям, нивелирование интеллектуально-мнестических и морально-

¹ Вешнева С.А. Динамика клинических, личностных и социальных проявлений больных опийной наркоманией в процессе реабилитации. Автореф. дис. канд. мед. наук. М, 2010. С.14.

этических нарушений отмечалось: у больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала спустя 2-4 (77,8%) и 5-9 (88,9%) месяцев; у больных со средним уровнем реабилитационного потенциала – спустя 10 - 12 месяцев (59,8%); у больных с низким уровнем реабилитационного потенциала – более 2 лет (65,1%)².

Принципиально важным моментом стандартизации деятельности в сфере реабилитации и ресоциализации наркозависимых выступает разработка системы надёжных индикаторов для оценки получаемых результатов подобной работы.

Несмотря на то, что базовым интегральным показателем здесь выступает наличие состояния устойчивой ремиссии в течение определённого периода времени, оценка результативности реабилитации не может ограничиваться этим, поскольку, согласно определению ВОЗ, она предполагает восстановление на максимально возможном уровне не только физической, но и социальной полноценности индивида. Достаточно часто возникает ситуация, когда позиционируемый различными центрами процент ремиссий реабилитантов может поддерживаться в основном только в условиях самого терапевтического сообщества, и по выходу за его пределы они нередко демонстрируют полную несостоятельность в своих попытках осуществлять полноценную жизнедеятельность без употребления наркотиков.

Поэтому система надёжных индикаторов реабилитации наркозависимых, осуществляемой с учётом специфики наркомании как вида заболевания и наркотизма как социального явления, основывается на эмпирической фиксации необходимых позитивных изменений на психофизиологическом, личностном и социальном уровнях (см. рис.2), и может быть выстроена следующим образом.

1. *Показатель оптимизации психического и физического состояния больного:*

- эмоциональная устойчивость, адекватность реагирования;
- отсутствие депрессивных состояний и проявлений: пониженного фона настроения, апатии или тревожности, ангедонии (неспособности получения удовольствия от чего бы то ни было), нарушений сна, аппетита и т.п.;

² Там же.

Социальная работа

- отсутствие быстрой утомляемости, стремления уклоняться от любых видов деятельности, развитие способности к продолжительному физическому и умственному труду;
- восстановление способности к концентрации внимания и запоминанию материала;
- способность различать собственные чувства и эмоции, а также прогнозировать возникновение реальных жизненных ситуаций, способных продуцировать негативные ощущения и переживания;
- отсутствие диагностируемой латентной формы влечения к наркотическим средствам (например, оживание при любом их упоминании и т.п.).

2. Показатель личностного роста и ресоциализации:

- характер и интенсивность участия в различных мероприятиях реабилитационной программы;
- развитие ценностного отношения к собственному здоровью и неприятие неоправданных рисков для него;
- существенное расширение круга интересов в целом;
- появление устойчивого интереса к прежним или новым видам профессиональной деятельности;
- формирование навыков установления и поддержания коммуникаций с другими людьми;
- укрепление позиций «образа Я» наркозависимой личности: самопринятие, отсутствие стигматизирования («я неудачник», «я конченный человек, у меня теперь ничего не получится»), склонности перекладывать ответственность на обстоятельства и т.п.;
- преодоление конфликтности отношений с родственниками;
- становление адекватной жизненной перспективы: чёткое понимание тех проблемных ситуаций, которые могут возникнуть по выходу за пределы терапевтической среды, отсутствие при определении уровня притязаний элементов «магического мышления», или «мышления по желанию», и т.п.;
- наличие готовности к поддержанию связи с реабилитационным центром для обращения при необходимости за помощью в преодолении различных проблем.

Выявление этих и подобных им показателей и индикаторов обеспечивает возможность вынесения объективного заключения о

состоянии реабилитанта и перспективах его ресоциализации. В совокупности с подтверждёнными, документированными данными о нахождении в состоянии устойчивой ремиссии это позволяет делать результирующий вывод о его способности и готовности к осуществлению нормальной и полноценной жизнедеятельности в обществе без употребления наркотиков и/или иных психоактивных веществ.

Стоит отметить, что многие специалисты, принимая во внимание значимость восстановления социально-правового статуса реабилитанта, в качестве ведущего показателя рассматривают наличие факта реального постоянного трудоустройства с достойным уровнем заработной платы. Одновременно предлагается сделать содействие в трудоустройстве одним из основных критериев сертификации реабилитационных центров. В то же время, профессионально заниматься оказанием помощи в поиске работы – это прерогатива государственной службы занятости и различных рекрутинговых фирм (которые в настоящее время далеко не всегда могут предложить достойное рабочее место даже тем, кто не имеет выраженных наркологических проблем). Поэтому предъявлять подобные требования к реабилитационным центрам представляется вряд ли оправданным. Значительно целесообразнее акцентировать внимание на фиксации таких позитивных личностных изменений реабилитантов, как возвращение прежних и развитие новых трудовых навыков, формирование мотивации на ведение продолжительного умственного и физического труда, компетентность в правовых аспектах обращения за помощью в трудоустройстве (знание о соответствующих организациях, необходимом пакете документов, готовность взаимодействовать с ними и т.п.). Выигрышным моментов при оценке реабилитационных центров будет, как уже указано выше, обеспечение занятости в рамках хозрасчётных договоров с теми или иными предприятиями и организациями, а также реализация комплекса мер по профессиональному обучению и переподготовке.

Таким образом, создание системы стандартизации в сфере реабилитации и ресоциализации наркозависимых лиц выступает конкретизированным организационно-методологическим подходом к достижению приоритетной цели новой антинаркотической стратегии в части, касающейся решения задачи, до настоящего времени остававшейся без должного внимания – оказания помощи лицам, уже вовлечённым в употребление наркотиков и имеющим психофизиологическую зависимость от них. Состояние

государственной наркологической службы, характеризующееся постоянным ухудшением её материально-технического обеспечения и кадрового потенциала (так, например, амбулаторная сеть службы сегодня включает 144 диспансера, из которых только 118 имеют стационары) не позволяет надеяться на то, что в обозримом времени она может быть успешно перепрофилирована в комплексные реабилитационные центры. Типовой набор предлагаемых ею услуг сводится, как правило, к детоксикации и нескольким сеансам психотерапии, далеко не во всех случаях подкрепляемым элементарным противорецидивным медикаментозным лечением. Следовательно, складывающиеся условия реализации Стратегии антинаркотической политики в рассматриваемом отношении определяются наличием достаточно большого плюрализма подходов и методик, практикуемых главным образом различными общественными и религиозными организациями, имеющими в своей структуре соответствующие центры.

Поэтому разработка стандарта реабилитации наркоманов обеспечит возможность решения двух принципиально важных и взаимосвязанных задач –

повышение качества оказания им необходимой помощи и одновременно проведение селекции реабилитационных услуг на предмет их соответствия указанным стандартным основаниям. Это не означает принуждение всех этих негосударственных организаций к деятельности по какому-либо одному унифицированному шаблону. Но при этом, тем не менее, стандартизация поставит их перед необходимостью сопоставления всего многообразия используемых организационных форм, методологии и методов воздействия на контингенты наркозависимых, соразмерного их уникальным биографическим ситуациям, с общими требованиями относительно условий протекания реабилитационного процесса, его содержания и едиными критериями оценки результатов проводимой работы. Тем самым и будут созданы предпосылки для достижения стратегической цели государственной политики в рассматриваемой сфере, в качестве которой выступает формирование многоуровневой системы, обеспечивающей доступность эффективных программ реабилитации для больных наркоманией, восстановление их социального статуса, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни.