



Київський міжнародний
інститут соціології



Державна соціальна служба
для сім'ї, дітей та молоді

Огляд

програм ресоціалізації для споживачів наркотиків серед молоді та підлітків

Київ – 2010

УДК 364.692-053.6:615.015.6:364-786.2

ББК 55.148

О-37

Авторський колектив:
Євгенія Польщикова,
Олександр Красновський,
Оксана Панасенко

Редактор:
Олександр Дишлевий

Рецензент:
Наталя Миколаївна Харченко,
кандидат соціологічних наук

Підготовлено та видано за сприяння
Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні

www.unicef.org.ua

Думки, висловлені в цьому звіті, не обов'язково
відображають політику та погляди ЮНІСЕФ

О-37 **Огляд програм ресоціалізації для споживачів наркотиків
серед молоді та підлітків. – К.: ПЦ «Фоліант», 2010. – 88 с.**

ISBN 978-966-8474-77-4

Опубліковані результати дослідження, проведеного з метою визначення основних проблем, пов'язаних з реабілітацією/ресоціалізацією наркозалежних та можливістю залучати підлітків 14–17 років до таких програм.

Для визначення основних напрямів розвитку центрів реабілітації/ресоціалізації в Україні аналізувався міжнародний досвід країн та їхні підходи до вирішення питань наркоманії; було переглянуто нормативно-правові документи, що стосуються проблем реабілітації і ресоціалізації, а також статистичні дані національного рівня.

ББК 55.148

- © ЮНІСЕФ, 2010
- © Київський міжнародний інститут соціології, 2010
- © UNICEF/UKRAINE/2008/ WG9P9757 – Pirozzi
- © UNICEF/UKRAINE/2008/00718 – Pirozzi
- © UNICEF/UKRAINE/2008/00720 – Pirozzi

ISBN 978-966-8474-77-4

Зміст

Стислий опис дослідження.....	5
Мета дослідження.....	6
1. Огляд нормативно-правової бази, політики і програмних документів, що стосуються реабілітації наркозалежної молоді (включно з неповнолітніми).....	7
2. Міжнародний досвід реабілітації наркозалежних	18
2.1. Огляд міжнародних практик
<i>США</i>	18
<i>Велика Британія</i>	20
<i>Іспанія</i>	23
<i>Німеччина</i>	23
<i>Польща</i>	24
<i>Білорусь</i>	25
<i>Казахстан</i>	27
2.2. Організаційні аспекти реабілітаційних програм різних країн.....	28
2.3. Специфічні питання реабілітації підлітків	30
2.4. Використані джерела	36
3. Аналіз статистичних даних національного рівня	40
3.1. Поширеність вживання наркотичних речовин серед населення	40
3.2. Оцінка кількості споживачів наркотиків, які потребують лікування	45
3.3. Центри ресоціалізації наркозалежної молоді	49
3.4. Поширеність ВІЛ серед клієнтів центрів ресоціалізації наркозалежної молоді	51
3.5. Тривалість і вартість курсу реабілітації	52
3.6. Демографічні характеристики споживачів наркотиків.....	53
3.7. Ринок наркотиків і злочини, зумовлені вживанням наркотиків	62
Висновки.....	63

4. Результати якісного дослідження	64
4.1. Оцінка наявних ресурсів	66
4.2. Оцінка можливостей центрів працювати з клієнтами, молодшими за 18 років	69
4.3. Визначення профілю (портрета) клієнтів ресоціалізації (вік, стать, освіта й досвід роботи тощо)	75
4.4. Опис механізмів спрямування/перенаправлення до програм реабілітації від проектів зменшення шкоди, замісної терапії тощо	77
5. Рекомендації щодо вдосконалення діяльності центрів ресоціалізації для наркозалежної молоді та включення підлітків віком 14–17 років у систему надання послуг	80
6. Моніторинг та оцінка діяльності центрів реабілітації/ресоціалізації: критерії якості, індикатори	86
Перелік скорочень	88

Стислий опис дослідження

Протягом червня-жовтня 2010 р. на замовлення та за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) Київський міжнародний інститут соціології надавав технічну допомогу Державній соціальній службі для сім'ї, дітей та молоді у проведенні дослідження існуючих в Україні програм реабілітації для споживачів наркотичних речовин серед молоді та підлітків, а також у побудові стратегії розвитку центрів реабілітації та включення підлітків віком 14–17 років у систему надання послуг.

В опитуванні взяли участь експерти з питань реабілітації наркозалежних, керівники центрів реабілітації, персонал центрів, клієнти й родичі клієнтів центрів. Опитування проводилося методом особистого (*face-to-face*) глибинного інтерв'ю. Усього було проведено 77 інтерв'ю в різних областях України, зокрема в:

- Київській – 19;
- Житомирській – 13;
- Дніпропетровській – 12;
- Донецькій – 13;
- Хмельницькій – 8;
- Одеській – 12 інтерв'ю.

Паралельно з обробкою результатів інтерв'ю був проведений аналіз нормативно-правових документів, що стосуються проблеми реабілітації, а також статистичних даних національного рівня.

Для написання стратегії вдосконалення діяльності центрів реабілітації проводилося також вивчення міжнародних практик і політик у цій сфері.

Мета дослідження

Оцінювання діяльності існуючих центрів ресоціалізації для наркозалежної молоді, розробка стратегії вдосконалення їхньої діяльності, а також вироблення рекомендацій щодо включення підлітків віком 14–17 років у систему надання послуг.

Головні завдання дослідження:

- Огляд нормативно-правової бази, політики і програмних документів, що стосуються реабілітації наркозалежної молоді (включно з неповнолітніми).
- Аналіз статистичних даних національного рівня.
- Вивчення відповідного міжнародного досвіду.
- Оцінка наявних людських ресурсів центрів ресоціалізації.
- Оцінка можливостей центрів працювати з клієнтами, молодшими за 18 років.
- Визначення профілю клієнтів ресоціалізації.
- Опис механізмів спрямування/перенаправлення до програм реабілітації від проектів зменшення шкоди, замісної терапії тощо.
- Підготовка рекомендацій щодо вдосконалення діяльності центрів ресоціалізації для наркозалежної молоді та включення підлітків віком 14–17 років у систему надання послуг.
- Розробка рекомендації щодо критеріїв якості, індикаторів моніторингу та оцінки для центрів ресоціалізації.

1. Огляд нормативно-правової бази, політики і програмних документів, що стосуються реабілітації наркозалежної молоді (включно з неповнолітніми)

З метою комплексного дослідження проблеми ресоціалізації наркозалежної молоді, а також оцінки діяльності центрів, де вона проводиться, було здійснено якісний (традиційний) аналіз нормативно-правових документів, які прямо чи побічно регулюють діяльність закладів, котрі проводять такі заходи. Аналізувалися такі нормативні акти:

- Закон України № 1026-VI від 19 лютого 2009 р. «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2009–2013 роки»;
- Закон України № 966-VI (966-15) від 19 червня 2003 р. «Про соціальні послуги»;
- Закон України № 2558-14 від 21 червня 2001 р. «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю»;
- Закон України № 531/97 від 16 вересня 1997 р. «Про благодійництво та благодійні організації»;
- Закон України № 60/95-ВР від 15 лютого 1995 р. «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори»;
- Закон України № 2460 від 16 червня 1992 р. «Про об'єднання громадян»;
- Постанова Кабінету Міністрів України № 373 від 31 травня 2010 р. «Про внесення змін до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»;
- Постанова Кабінету Міністрів України № 979 від 16 вересня 2009 р. «Про затвердження Типового положення про центр ресоціалізації наркозалежної молоді»;
- Постанова Кабінету Міністрів України № 1126 від 27 серпня 2004 р. «Про заходи щодо вдосконалення соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю»;
- Постанова Кабінету Міністрів України № 1125 від 27 серпня 2004 р. «Про утворення Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді»;
- Постанова Кабінету Міністрів України № 877 від 4 червня 2003 р. «Про затвердження Програми реалізації державної

- політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки»;
- Постанова Кабінету Міністрів України № 770 від 6 травня 2000 р. «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»;
 - Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту № 2598 від 3 серпня 2010 р. «Про затвердження Нормативів оснащення центру ресоціалізації наркозалежної молоді» від 3 серпня 2010 р.;
 - Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту № 2596 від 3 серпня 2010 р. «Про затвердження Типових структури і штатних працівників центру ресоціалізації наркозалежної молоді»;
 - Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту № 1394 від 19 травня 2010 р. «Про затвердження норм харчування для осіб, які перебувають у центрах ресоціалізації наркозалежної молоді»;
 - Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту № 4052 від 19 листопада 2009 р. «Про затвердження кваліфікаційної характеристики посади «директор центру ресоціалізації наркозалежної молоді»;
 - Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту № 1695 від 22 квітня 2008 р. «Про затвердження порядку атестації працівників центрів соціально-психологічної допомоги, центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, соціальних гуртожитків для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, соціальних центрів матері та дитини, центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, центрів ресоціалізації наркозалежної молоді»;
 - Наказ МОЗ України № 188 від 1 серпня 2000 р. «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться незаконному обігу»;
 - Наказ МОЗ України та МВС України № 158/417 від 16 червня 1998 р. «Про затвердження Порядку проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами»;
 - Наказ МОЗ України, МВС України, Генеральної прокуратури України та Міністерства юстиції України № 306/680/21/66/5 від 10 жовтня 1997 р. «Про затвердження Інструкції про

порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини»;

- Розпорядження Кабінету Міністрів України № 26-р від 24 січня 2002 р. «Про Концепцію реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2002–2010 роки».

Аналіз нормативно-правових документів щодо роботи із наркозалежними

Для розуміння ситуації з наркозалежними у правовому полі України необхідно з'ясувати такі питання:

- Поняття «особа, хвора на наркоманію».
- Статус такої особи.
- Повноваження встановлювати відповідний діагноз.
- Наслідки встановлення такого діагнозу.
- Порядок направлення осіб на добровільне та примусове лікування.
- Вплив держави на зменшення обігу наркотичних засобів.
- Ресоціалізація осіб, хворих на наркоманію, можливості держави.

У цьому дослідженні ми використовуватимемо лише чинні редакції законів та підзаконних нормативних актів.

Для початку з'ясуємо, що законодавець має на увазі, вживаючи поняття «наркотичні засоби», оскільки діяльність з обігу таких засобів урегульована на законодавчому рівні.

У статті 1 Закону України № 60/95-ВР «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» наводиться таке визначення: «Наркотичні засоби – речовини природні чи синтетичні, препарати, рослини, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів». Отже, під поняття «наркотичні засоби» підпадають як самі наркотичні засоби як одиниці обігу, так і психотропні речовини і прекурсори. Для врегулювання законного обігу наркотичних засобів в Україні (придбання, продажу, перевезення або транзитного перевезення територією України тощо) Постановою Кабінету Міністрів України № 770 від 6 травня 2000 р. було затверджено перелік наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів (надалі вживатимемо скорочене поняття «наркотичні засоби»). Цей Перелік визначає чотири основні категорії наркотичних засобів:

- особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено;
- наркотичні засоби, обіг яких обмежено;
- наркотичні засоби, обіг яких обмежено і стосовно яких допускаються виключення деяких заходів контролю (у випадку, коли у препараті незначна кількість наркотичної речовини і її неможливо виділити);
- прекурсори, обіг яких обмежено і стосовно яких встановлюються заходи контролю.

У цьому Переліку наркотичні засоби розміщені за ступенем їхньої небезпечності й тяжкості наслідків уживання. Майже щороку за рекомендацією Міністерства охорони здоров'я України Кабінет Міністрів вносить зміни до цього Переліку і додає до нього нові наркотичні засоби. Так, у 2008 р. до списку було додано такий медичний засіб як трамадол, котрий раніше можна було придбати в аптеках.

Яка людина вважається хворою на наркоманію? Який вона має статус? Повноваження органів влади стосовно таких осіб.

У Законі України № 62/95-ВР від 15 лютого 1995 р. «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» (далі за текстом – ЗУ 62/95) наведено визначення того, яку людину вважають хворою на наркоманію, а також порядок визнання особи хворою:

«Особа, хвора на наркоманію, – особа, яка страждає на психічний розлад, що характеризується психічною та (або) фізичною залежністю від наркотичного засобу чи психотропної речовини, і якій за результатами медичного обстеження, проведеного відповідно до цього Закону, встановлено діагноз “наркоманія”».

Законодавець не розрізняє осіб залежно від виду вживаних наркотичних засобів (особа, яка вживає психотропні речовини, або особа, яка вживає лише наркотичні засоби), а використовує поняття «особа, яка зловживає наркотичними засобами, психотропними речовинами», незалежно від виду та небезпечності вживаних речовин. Таким чином, якщо людина має залежність від наркотичного засобу або психотропної речовини, але їй не встановлено відповідний діагноз (наркоманія), то вона не вважається хворою; лише в разі встановлення такого діагнозу цю особу можна вважати хворою. А згідно зі статтею 12 згаданого Закону, такий діагноз встановлюється лише лікарсько-консультативною комісією. Аналізуючи цей Закон, можна дійти висновку, що окрім осіб, які зловживають наркотичними засобами, є категорія людей, які їх уживають, але не зловживають такими засобами.

Під зловживанням наркотичними засобами або психотропними речовинами законодавець розуміє «умисне систематичне незаконне вживання наркотичних засобів або психотропних речовин». Ключовим у цьому визначенні є поняття «незаконне вживання». А незаконним вживанням наркотичних засобів або психотропних речовин є вживання наркотичних засобів або психотропних речовин «без призначення лікаря».

Якщо особу визнано хворою, їй пропонують пройти добровільне лікування за рахунок держави, а в разі ухиляння, небезпечної поведінки особи – примусово, за рішенням суду. Залежно від віку та стану здоров'я, таких осіб направляють до різних закладів лікування (стаття 16): неповнолітніх, котрі досягли 16-річного віку, – до спеціалізованих лікувально-виховних закладів терміном до одного року, причому неповнолітньою особою вважається до 18 років, а інших направляють до спеціалізованого лікувального закладу органів охорони здоров'я. Не підлягають направленню на примусове лікування особи, які страждають на тяжкі психічні розлади або іншу тяжку хворобу, що перешкоджає перебуванню в таких закладах, інваліди I та II груп, вагітні жінки й матері, котрі мають немовлят, а також чоловіки віком понад 60 років і жінки віком понад 55 років. До таких осіб застосовується лікування в порядку, визначеному Міністерством охорони здоров'я України. Для дострокового звільнення особи від примусового лікування необхідне рішення суду. Судом також подовжується термін примусового лікування, але загальний термін такого лікування не повинен перевищувати 12 місяців.

На виконання статті 12 ЗУ 62/95 було видано спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Генеральної прокуратури України та Міністерства юстиції України № 306/680/21/66/5 від 10 жовтня 1997 р., яким затверджено інструкцію «Про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини» (далі за текстом – Порядок виявлення та постановки на облік осіб). У цій інструкції, на противагу ЗУ 62/95, з'являється нова підстава для постановки особи на облік як такої, що зловживає наркотичними засобами, – наркотичне сп'яніння. Тепер особу беруть на облік не тільки у випадку визначення діагнозу «наркоманія», «токсикоманія», а й у разі перебування її у стані наркотичного сп'яніння (пункт 1.3, підстави взяття особи на облік). Пункт 2.1 зазначає також, що особи, стосовно яких встановлено незаконне вживання ними наркотичних засобів або психотропних речовин, підлягають направленню на медичний огляд. При цьому співробітник центру реабілітації надсилає лист

до наркологічного закладу про направлення особи на огляд. У випадку неявки такої особи на огляд органи внутрішніх справ можуть застосувати щодо неї примусове приведення. Пунктом 3 Порядку виявлення та постановки на облік осіб (відповідно з наказом МОЗ, МВС, Генеральної прокуратури, Мін'юсту України № 306/680/21/66/5 від 10 жовтня 1997 р.) урегулюється порядок взаємодії органів внутрішніх справ, виправно-трудових закладів та органів охорони здоров'я із забезпечення всеохопності та повноти обліку споживачів наркотичних засобів і психотропних речовин, яким встановлюється постійний контроль за особою, котра вживає наркотичні засоби, шляхом заведення на неї особової справи та, у випадку вибуття з місця постійного проживання (відбування покарання або звільнення особи з місця відбування покарання), ведення таких справ і передача їх до іншого місця перебування особи. На облік не беруться особи, які добровільно звернулися за медичним лікуванням і виконують рекомендації лікаря.

З метою виконання статті 13 ЗУ 62/95, якою регламентується огляд та обстеження осіб, котрі зловживають наркотичними засобами, Міністерство охорони здоров'я і Міністерство внутрішніх справ видали спільний наказ № 158/417 від 16 червня 1998 р., яким затверджено Порядок проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами. Цей Порядок визначає умови огляду та обстеження хворого.

Пункт 4 Порядку виявлення та постановки на облік осіб указує, що «за наявності підстав для направлення на медичний огляд осіб, залежних від наркотичних засобів або психотропних речовин, працівники органів внутрішніх справ видають таким особам направлення на медичний огляд зразка, встановленого і затвердженого наказом МОЗ, МВС, Генеральної прокуратури, Мін'юсту України (№ 306/680/21/66/5 від 10.10.97 р.)». Підставою для направлення на медичний огляд осіб, залежних від указаних речовин, є інформація, яка надійшла від підприємств, організацій, установ, засобів масової інформації або окремих громадян про те, що зазначені особи незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини чи перебувають у стані наркотичного сп'яніння (підпункт 2 пункту 2 Порядку виявлення та постановки на облік осіб). Але хотілося б підкреслити, що поняття наркоманії є визначеним, а от що таке токсикоманія, і досі залишається несформульованим.

Термін обстеження не повинен перевищувати 10 днів.

Пунктом 8 Порядку виявлення та постановки на облік осіб передбачено: *«Якщо в результаті медичного обстеження встановлено діагноз*

“наркоманія” чи “токсикоманія” і особа потребує лікування у стаціонарних чи амбулаторних умовах, то лікарсько-консультативна комісія наркологічного закладу зобов’язана запропонувати їй пройти курс добровільного лікування та соціально-психологічної реабілітації».

Отже, з огляду на викладене можна чітко простежити: якщо людина вживає наркотичні засоби або психотропні речовини, держава дає їй можливість добровільно пройти лікування, а за певних умов задіюється механізм примусового лікування хворого на наркоманію або токсикоманію. До речі, стаття 21 ЗУ 62/95 установлює обмеження прав особи, хворої на наркоманію, на період примусового лікування: *«Постанова суду про направлення особи, хворої на наркоманію, на примусове лікування є підставою для звільнення її з роботи або припинення навчання у встановленому законодавством порядку».*

Загалом, усі необхідні засади для отримання соціальних послуг особами, визнаними хворими на наркоманію, прописані в Законі України «Про соціальні послуги». Але в разі бажання клієнта отримати безоплатні послуги, він повинен надати письмову заяву в соціальну службу. У цьому випадку йому надається допомога центрами ресоціалізації, створеними відповідною Постановою Кабінету Міністрів України № 979 від 16 вересня 2009 р. «Про затвердження Типового положення про центр ресоціалізації наркозалежної молоді».

Слід зазначити, що це типове положення досить добре підготовлене, хоча й має певні недоліки.

По-перше, сама назва центру говорить про те, що він може надавати допомогу лише молоді, що обмежує коло його клієнтів віковими рамками (не старші 35 років).

По-друге, немає чіткого розмежування понять «реабілітація соціальна» та «ресоціалізація». Так, у завданнях центру прописано надання послуг із соціальної реабілітації, тобто йдеться про *«комплекс державних та суспільних заходів, спрямованих на створення умов для соціальної інтеграції хворого в суспільство, відновлення його соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом орієнтації у соціальному середовищі, соціально-побутової адаптації, різноманітних видів патронажу і соціального обслуговування».* Сам термін «ресоціалізація» має дещо вужчі межі – зміна цілей і цінностей особистості. У цьому випадку ми говоримо про невідповідність термінології, тоді як самі завдання центрів прописані дуже чітко.

По-третє, відповідно до пункту 14, зарахування осіб до 18 років здійснюється на підставі заяви батьків або осіб, котрі їх замінюють,

а підпунктом 2 пункту 18 встановлюється, що *«відрахування отримувача соціальних послуг із центру здійснюється за поданням ним заяви»*. Чому прийняти можна лише за заявою батьків, а відрахувати – за власною заявою? Виходить певна неузгодженість: якщо особі виповнилось, наприклад, 17 років, і вона сама прийде до центру й напише заяву про зарахування, директор має підстави таку заяву не задовольнити, керуючись пунктом 14 (немає заяви батьків). А у випадку, коли батьки вирішили забрати дитину із центру за власним бажанням або з метою направлення її до іншого закладу (наприклад, санаторію тощо), також керуючись підпунктом 2 пункту 18 Положення, директор має право не відраховувати її.

По-четверте, тривалість перебування отримувача соціальних послуг у центрі визначається директором центру відповідно до індивідуальної програми соціальної реабілітації та адаптації, що затверджується Мінсім'ямолодьспортом. На сьогодні така програма не затверджена, тому центри не мають стандарту, який би регламентував порядок розроблення й виконання індивідуальних програм реабілітації та адаптації отримувача послуг. Власне кажучи, і саме типове положення регулює діяльність лише державних та комунальних центрів ресоціалізації, тоді як центри інших форм власності мають послуговуватися Законом *«Про соціальні послуги»*.

Якщо подивитися ширше, то в Україні реабілітація наркозалежних проводиться не тільки приватними центрами, а й об'єднаннями громадян та релігійними організаціями.

Закон України № 2460 від 16 червня 1992 р. *«Про об'єднання громадян»* передбачає, що громадською організацією є об'єднання громадян, створене для задоволення та захисту своїх законних соціальних, економічних, творчих, вікових, національно-культурних, спортивних та інших спільних інтересів. Задля досягнення своєї мети громадська організація має право:

«Брати участь у політичній діяльності, проводити масові заходи (збори, мітинги, демонстрації тощо):

- *ідейно, організаційно та матеріально підтримувати інші об'єднання громадян, надавати допомогу у їх створенні;*
- *створювати установи та організації;*
- *одержувати від органів державної влади і управління та органів місцевого самоврядування інформацію, необхідну для реалізації своїх цілей і завдань;*
- *вносити пропозиції до органів влади і управління;*
- *розповсюджувати інформацію і пропагувати свої ідеї та цілі;*

- *засновувати засоби масової інформації;*
- *громадські організації мають право засновувати підприємства, необхідні для виконання статутних цілей».*

Об'єднання громадян користуються іншими правами, передбаченими законами України.

Це – загальні положення діяльності об'єднань громадян, а конкретні цілі й завдання кожного об'єднання вписані у його статутних документах (статуті, положенні). Кожна громадська організація у процесі створення сама визначає свою мету й завдання.

Кращу підтримку держави мають дитячі й молодіжні організації. Стаття 10 Закону України № 281-XIV від 1 грудня 1998 р. «Про молодіжні та дитячі громадські організації» вказує на фінансову підтримку діяльності молодіжних та дитячих громадських організацій:

«Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування надають фінансову підтримку діяльності молодіжних та дитячих громадських організацій і їхніх спілок у межах повноважень, визначених законом.

Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування залучають в установленому порядку молодіжні та дитячі громадські організації і їхні спілки до виконання замовлень для державних та місцевих потреб.

При затвердженні місцевих бюджетів передбачаються видатки на реалізацію програм молодіжних та дитячих громадських організацій.

Органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування можуть делегувати молодіжним та дитячим громадським організаціям повноваження щодо реалізації відповідних програм (проектів, заходів). У цьому випадку вони надають молодіжним та дитячим громадським організаціям фінансову та матеріальну допомогу і здійснюють контроль за реалізацією наданих повноважень, у тому числі за цільовим використанням виділених коштів.

Молодіжні та дитячі громадські організації, їхні спілки, які одержують фінансову або іншу матеріальну підтримку, зобов'язані подавати звіти про цільове використання фінансів і матеріальних цінностей органам, що їх надавали, у терміни, встановлені цими органами».

Отже, порівнюючи Закони «Про об'єднання громадян» і «Про молодіжні та дитячі громадські організації», можна виявити, що дитячим і молодіжним організаціям надаються преференції стосовно

фінансування статутної діяльності. Таким чином, держава залучає неповнолітніх до державних цільових програм, зокрема боротьби з наркоманією та СНІД. Тобто державне фінансування дитячих та молодіжних організацій здійснюється лише за умови відповідного державного замовлення.

Відповідно до статті 19 Закону України № 987-ХІІ від 23 квітня 1991 р. «Про свободу совісті та релігійні організації», *«релігійні організації у порядку, визначеному чинним законодавством, мають право для виконання своїх статутних завдань засновувати видавничі, поліграфічні, виробничі, реставраційно-будівельні, сільськогосподарські та інші підприємства, а також добродійні заклади (притулки, інтернати, лікарні тощо), які мають право юридичної особи»*. Отже, релігійні організації мають право лікувати хворих, отримавши у встановленому законом порядку ліцензію на здійснення медичної практики; при цьому медична практика регулюється іншим законодавством. Таким чином, релігійна організація може мати підприємство, об'єднання громадян (лікарню, притулок тощо), і така діяльність оподатковується на пільгових умовах.

Ще один тип організацій – надавачів соціальних послуг – благодійні фонди. Благодійництво в Україні регулюється Законом України «Про благодійництво та благодійні організації» № 531 від 16 вересня 1997 р. Відповідно до статті 1 цього Закону, благодійна діяльність – добровільна безкорислива діяльність благодійних організацій, що не передбачає одержання прибутків від цієї діяльності, а отже, благодійні організації можуть надавати фінансову, матеріальну й інші види підтримки. Їхньою головною метою є здійснення благодійної діяльності в інтересах суспільства або окремих категорій осіб відповідно до цього Закону.

Стаття 4 визначає основні напрями благодійництва та благодійної діяльності, серед яких:

- *«сприяння практичному здійсненню загальнодержавних, регіональних, місцевих та міжнародних програм, що спрямовані на поліпшення соціально-економічного становища;*
- *поліпшення матеріального становища набувачів благодійної допомоги, сприяння соціальній реабілітації малозабезпечених, безробітних, інвалідів, інших осіб, які потребують піклування, а також надання допомоги особам, які через свої фізичні або інші вади обмежені в реалізації своїх прав і законних інтересів;*
- *надання допомоги громадянам, які постраждали внаслідок стихійного лиха, екологічних, техногенних та інших катастроф, у результаті соціальних конфліктів, нещасних*

випадків, а також жертвам репресій, біженцям;

- *сприяння розвитку науки і освіти, реалізації науково-освітніх програм, надання допомоги вчителям, вченим, студентам, учням;*
- *сприяння розвитку культури, в тому числі реалізації програм національно-культурного розвитку, доступові всіх верств населення, особливо малозабезпечених, до культурних цінностей та художньої творчості;*
- *надання допомоги талановитій творчій молоді;*
- *сприяння розвитку охорони здоров'я, масової фізичної культури, спорту і туризму, пропагування здорового способу життя, участь у наданні медичної допомоги населенню та здійсненні соціального догляду за хворими, інвалідами, самотніми, людьми похилого віку та іншими особами, які через свої фізичні, матеріальні чи інші особливості потребують соціальної підтримки та піклування;*
- *сприяння захисту материнства та дитинства, надання допомоги багатодітним та малозабезпеченим сім'ям.*

Конкретні напрями благодійництва та благодійної діяльності визначаються благодійниками і статутами (положеннями) благодійних організацій».

Цей перелік не є вичерпним. Але всі форми та види допомоги повинні бути передбачені статутами або положеннями благодійних фондів чи благодійних організацій.

Оскільки всі з перелічених об'єднань не є прибутковими організаціями, вони не мають права отримувати оплату за свої послуги – тільки благодійні внески. Ще один нюанс: жодне із цих об'єднань не підпадає під дію Закону «Про соціальні послуги». Їхня діяльність регламентується внутрішнім статутом, який може передбачати й надання соціальних послуг.

Загалом нормативно-правова база не створює перешкод для проходження наркозалежними реабілітації/ресоціалізації, але водночас не має й чітких механізмів регулювання діяльності центрів, більшість із яких працює за своїм внутрішнім статутом.

Що стосується кримінальної сторони роботи з наркозалежними, то тут необхідно звернути увагу на таблицю наркотичних засобів, які перебувають у незаконному обігу, відповідно до Наказу МОЗ України № 188 від 1 серпня 2000 р. Згідно з нею, кількість наркотичних речовин, яку має при собі особа, не повинна досягати зазначених мінімальних розмірів. Але цей поріг досить низький, що робить майже кожного споживача наркотиків порушником Кримінального кодексу України.

2. Міжнародний досвід реабілітації наркозалежних

2.1. Огляд міжнародних практик

Сполучені Штати Америки

З огляду на федеральний адміністративний устрій Сполучених Штатів Америки важко виділити єдину лінію політики щодо наркотиків у країні; загалом же основний її вектор можна характеризувати як репресивний. Проте останнім часом дедалі більше дослідників схиляються до думки про неефективність «війни проти наркотиків». Попри таке «потепління», прийняття Каліфорнією в 1996 р. поправки щодо легалізації медичного вживання марихуани викликало негативну реакцію федерального уряду. На федеральному рівні основним науковим центром, на який покладено вирішення згаданих питань, є Національний інститут вивчення наркозалежності (НІВН; National Institute on Drug Abuse – NIDA), головними завданнями якого є дослідження ефективних підходів до профілактики та лікування залежності, а також поширення кращих практик. Проте слід зазначити, що напрацювання НІВН мають радше рекомендаційний характер.

У США лікування проблем залежності віднесено до послуг психічного здоров'я. Національні рекомендації визначають ефективним поєднання медикаментозного лікування й поведінкової терапії, оскільки зняття синдрому відміни є важливим моментом для початку лікування, тоді як запобігання рецидивам є важливим для підтримання його ефективності. Лікування розглядається як безперервний догляд, який працює з усім спектром проблем клієнта й охоплює роботу в громаді та з родиною. Використання тільки медикаментозного лікування вважається неефективним. Слід зазначити, що немає даних щодо ефективності використання медикаментозного лікування в дітей та підлітків.

Поведінкова терапія надається у форматі амбулаторного лікування (індивідуальні та групові сесії когнітивно-поведінкової терапії, мультимірна сімейна терапія, мотиваційне інтерв'ювання, мотиваційне заохочення).

Національний інститут вивчення наркозалежності зазначає, що для лікування підлітків від наркозалежності варто залучати впливові групи (референтні, родину, однолітків). Основними засадами лікування наркозалежності у підлітків є:

- урахування стадій розвитку (наприклад, у старших підлітків краще розвинене абстрактне мислення й вони більш схильні до відкритого протистояння);
- етнічні й культуральні особливості (наприклад, робота з підлітком та його родиною має проводитися мовою за їхнім вибором);
- гендер і сексуальна орієнтація: залежно від статі фактори початку вживання й лікування можуть бути різними (наприклад, дівчата більш схильні до інтеріоризованих розладів, таких як депресії, тоді як для хлопців характерна екстеріоризація проблем через поведінкові розлади; під час роботи з геями та лесбіянками особливу увагу слід приділяти усвідомленню і прийняттю ними своєї ідентичності);
- рівень психічних розладів серед підлітків, які вживають наркотики, вищий, ніж серед їхніх абстинентних однолітків (зазвичай це тривожні розлади, дефіцит уваги, синдром гіперактивності, депресія);
- родина є потужним фактором як для ініціації вживання, так і для одужання; необхідно залучати батьків до процесу лікування, де це можливо.

Основні види програм для підлітків:

- амбулаторні програми;
- інтенсивне ведення випадку;
- програми лікування на дому;
- програми денного перебування;
- короткотривалі резидентні програми;
- терапевтичні програми спільного проживання (6–10 дітей), зазвичай прив'язані до певної програми денного перебування;
- тривалі резидентні програми (використовуються для підлітків з тяжкими проблемами залежності).

Точка першого контакту залежить від конкретної ситуації, наявності страхового поліса, обсягу його покриття, політики НМО (Health Management Organization).

Досить багато дослідників зі США підкреслюють важливість мультиміжної сімейної терапії та інтервенцій, спрямованих на родину, зокрема є дані щодо ефективності такої терапії для зниження зловживання канабісом серед підлітків.

Велика Британія

Уживання наркотиків у Великій Британії не є злочином як таким, проте володіння наркотичними речовинами вважається правопорушенням. Акт Великої Британії про вживання наркотичних речовин (United Kingdom Misuse of Drugs Act, MDA) розрізняє також володіння контрольованими речовинами і зберігання/володіння з метою постачання іншій особі.

Національна стратегія на 2008–2018 рр. відповідальним за вдосконалення лікування молодих людей, включно з підлітками, яких було засуджено до громадських робіт, визначає Департамент з питань дітей, шкіл та родин (The Department for Children, Schools and Families), у 2010 р. реформований у Департамент освіти (Department for Education). Основними напрямками поліпшення допомоги підліткам є:

- підхід, орієнтований на результат;
- організація безперервного догляду для тих, хто вже не підпадає під категорію підлітків, шляхом налагодження зв'язків зі службами для дорослих;
- посилення взаємозв'язків служб лікування молодих людей і служб психічного здоров'я;
- ширше залучення молодих людей та їхніх піклувальників до процесу планування й лікування молоді, залучення надавачів послуг і груп споживачів до дизайну і планування лікувальних послуг.

Лікування складається з таких компонентів:

- **мультидисциплінарне оцінювання:** оцінювання ризиків, особлива увага до питань освіти, емоційної безпеки;
- **психосоціальні втручання** іноді можуть комбінуватися з фармакологічним лікуванням як наркозалежності, так і коморбідних станів (супутні стани й захворювання, найчастіше психічного характеру, зокрема депресія, тривожні, маніакальні розлади):
 - **короткі інтервенції** – споживачі алкоголю, канабісу, стимуляторів;
 - **структуровані інтервенції**, рекомендовані для підлітків з тяжкими проблемами залежності (вживання кількох наркотиків і алкоголю) – зменшення шкоди, мотиваційна терапія, когнітивно-біхевіоральна, лікування й підтримка із залученням піклувальників;
 - **зменшення шкоди** – заходи, орієнтовані на профілактику інфекцій, що передаються через кров, статевим шляхом, небажаних

вагітностей, втрати ваги, психічних проблем (вакцинація, консультування з репродуктивного здоров'я, надання ін'єкційного обладнання також можуть використовуватися, але ці заходи потребують оцінювання спеціалістом і частого перегляду);

- **фармакологічне лікування та профілактика таких видів наркозалежності:**

- **мультизалежність** – опіати, алкоголь, бензодіазепіни: призначення хлордіазепоксиду тільки після оцінки тяжкості, поступове зменшення протягом семи днів; якщо симптоми відміни спостерігаються і далі, то проводиться госпіталізація;
- залежність від **бензодіазепіну**: зустрічається рідко, рекомендовано поступову детоксикацію та контроль емоційного стану з огляду на ризик суїциду й самоушкодження;
- **стимулятори**: не рекомендується замісна терапія для підлітків з проблемами залежності від кокаїну чи амфетамінів; відміна стимуляторів часто провокує загострення психічних проблем, тому може знадобитися психічне обстеження; основним лікуванням є психосоціальні інтервенції;
- **канабіс**: відміна може супроводжуватися втратою ваги, проблемами зі сном, збудливістю, загостренням психічних проблем; у разі виникнення підозр на психоз проводиться повне психічне обстеження, призначення антипсихотичних препаратів відповідним спеціалістом;
- **інгалянти**: симптоматичне лікування синдрому відміни;
- **опіати**: детоксикація, стабілізація метадоном або бупренорфіном для проведення оцінювання й розробки плану лікування; стабілізація проводиться амбулаторно, але за умов коморбідних розладів, мультизалежності, невідомої толерантності до ліків, відсутності сімейної підтримки може проходити в денному або повному стаціонарі;
- **профілактика зривів та розладів**: можливе використання налтрексону, якщо є підтримуюче соціальне оточення; підліток має бути мотивованим і повністю розуміти наслідки використання препарату;
- **коморбідні розлади**: зазвичай психіатричні або через загострення наявних психічних хвороб; психологічне лікування залишається основним методом, але може використовуватися й фармакологічне; мультидисциплінарний підхід із залученням широкого кола спеціалістів.

Необхідність особливого підходу до роботи з проблемами залежності в підлітків обумовлена відмінностями у формі й характері вживання, яке зазвичай має рекреаційний характер або характер експериментування. Частка осіб, молодших за 18 років, які регулярно вживають наркотики, у Великій Британії є невисокою. Крім того, у молодих людей рідко зустрічаються тяжкі проблеми зі здоров'ям, спричинені вживанням наркотиків, дуже рідко спостерігається саме залежність (особливо від опіатів і стимуляторів). Існують дані, що до вживання наркотиків більш схильні підлітки, які мають інші проблеми (виключення зі школи, проблеми психічного здоров'я, злочинна діяльність).

Основні методи, які використовуються в роботі з підлітками, – поведінкова терапія, культурно-сензитивне консультування, сімейна терапія, групова та індивідуальна терапія – показали себе досить ефективними для зменшення вживання наркотиків серед молодих людей, тоді як сімейна терапія є ефективною для розв'язання психологічних проблем. Для підлітків, які мають неважкі проблеми з наркотиками, ефективними є короткотривалі втручання, оскільки вони допомагають запобігти формуванню залежності від наркотичних речовин. Немає достовірних даних про ефективність медикаментозного лікування наркозалежності в дітей та підлітків, проте не варто забувати про доказову базу щодо ефективності такого лікування серед дорослих.

Лікування наркозалежності в дітей та підлітків у Великій Британії проводиться окремо від дорослих, інтенсивність програм варіюється залежно від тяжкості стану й супутніх проблем. Лише невелика частка підлітків потребує довготривалого лікування в стаціонарі. Лікування складного комплексу проблем відбувається шляхом залучення державної системи служб захисту дітей, освіти, охорони здоров'я.

Фахівці зазначають, що доказова база щодо ефективності втручань для неповнолітніх з проблемами залежності є слабкою. Зазвичай використовується психосоціальний підхід у рамках планування догляду з урахуванням виявлених потреб. Широко застосовується метод мотиваційного інтерв'ю. Практично немає досліджень медикаментозного лікування неповнолітніх. Під час роботи з підлітками можуть використовуватися метадон і бупренорфін як для детоксикації, так і для довготермінової стабілізації; для детоксикації може застосовуватися лофексидин.

Іспанія

В Іспанії протягом останніх років відбулися певні зрушення у ставленні до розглядуваної проблеми на державному рівні. Передусім наркозалежність було визнано хворобою, що дає право тим, хто на неї страждає, отримувати відповідну соціальну й медичну допомогу. Національна стратегія підкреслює також необхідність адаптації програм до потреб конкретного клієнта.

У країні немає уніфікованого підходу до лікування з огляду на різні форми власності лікувальних закладів і високу децентралізацію систем охорони здоров'я та соціального захисту, проте національною стратегією визначаються такі рамки:

- робота із психологічними/соціальними/особистісними проблемами наркоспоживача, а не тільки з проблемами залежності, задля соціальної інтеграції клієнтів;
- координація діяльності програм лікування із соціальними службами та системою юстиції;
- залучення до процесу лікування родини та соціального оточення наркоспоживача.

Велику роль відведено первинному рівню охорони здоров'я, на якому здійснюється виявлення наркозалежних і перенаправлення їх до служб психічного здоров'я та лікувальних установ. Для лікування проблем наркозалежності використовуються як короткотермінові, так і довготермінові програми, як стаціонарні, так і амбулаторні.

Помітні успіхи Іспанії у сфері декриміналізації вживання як такого і відхід від репресивних заходів, зокрема через лікування як альтернативи ув'язненню, насамперед у підлітків.

Німеччина

Порівняно з іншими країнами ЄС у Німеччині політика щодо наркотиків є менш репресивною, наприклад, невеликі кількості наркотику дозволені для особистого використання. У 2000 р. було відкрито кімнати для безпечного вживання, а після пілотного проекту щодо ефективності героїнової підтримувальної терапії таке лікування було включене до переліку послуг, що покриваються загальнодержавною системою медичного страхування. Проте слід зазначити, що кількість таких програм у країні є дуже обмеженою. Хоча адміністративні одиниці Німеччини й мають велику автономію, провідну роль у формуванні стандартів надання допомоги відіграють професійні асоціації.

Лікування залежності проходить за такою схемою:

- звернення до консультаційного пункту (Drogenberatung);
- зняття фізичної залежності;
- подолання психологічної залежності.

Методики, що застосовуються на різних етапах, і кількість додаткових послуг залежать від конкретної ситуації клієнта, його віку, виду наркотику, важкості залежності, соціальних і сімейних обставин. Як правило, у консультаційних пунктах працюють соціальні працівники й педагоги, які здійснюють посередницькі функції, надають інформаційну та психологічну підтримку.

Зняття фізичної залежності у програмах детоксикації здійснюється у спеціалізованих відділеннях лікарень і триває від 10 до 21 дня. Зняття психологічної залежності проходить у рамках програм різного ступеня інтенсивності тривалістю 3–10 місяців. Заклади із роботи з підлітками, як правило, спеціалізуються на певній віковій групі. Планування догляду здійснюється мультидисциплінарною командою із залученням, за потреби, вузьких спеціалістів, наприклад психіатра, та соціальних служб, якщо підліток опинився у складній життєвій ситуації.

Польща

Національна стратегія боротьби з наркозалежністю в Польщі поєднує різні аспекти боротьби з наркотиками: від профілактики й лікування до репресивних заходів, спрямованих на зменшення пропозиції. Для протидії поширенню ВІЛ/СНІД використовується також повний спектр заходів зменшення шкоди від уживання. Проте коли йдеться про лікування, найчастіше згадується досвід асоціації терапевтичних спільнот (ТС) «Монар». На відміну від підходу зменшення шкоди, який також використовується в Польщі і є невід’ємною складовою національної наркополітики, робота центрів «Монар» базується на повній відмові від наркотиків. Перші «Монари» було засновано близько 25 років тому, нині їх в асоціації налічується понад 160.

«Монар» є терапевтичною спільнотою, тобто високоструктурованою програмою, в якій усі учасники є інструментами одужання. Такі спільноти існують і для дорослих споживачів наркотиків, і для підлітків. Мінімальна тривалість програми – 10 місяців, верхня планка може сягати трьох років залежно від програми. Чітких стандартів щодо наповнення програми не існує, план роботи створюється на

розсуд керівництва конкретного центру. Проте Національна програма боротьби з наркотиками визначає стандартизацію послуг як один із пріоритетних напрямів роботи.

Основними компонентами реабілітації є індивідуальна та групова робота, а також трудотерапія. Часто використовується духовно-релігійний компонент, що є виправданим для католицької Польщі. Відмінністю від програм «12 кроків» є прийняття особистої відповідальності за власну наркозалежність і віра в можливість повного одужання.

Для програм терапевтичних спільнот характерним є зменшення інтенсивності терапевтичних заходів до кінця програми, надання пацієнтові більшої свободи та повноважень, обов'язків з навчання інших. Позитивною практикою є використання амбулаторних програм або груп самодопомоги після завершення курсу лікування для підтримання позитивних результатів.

Основна частина витрат на перебування пацієнта в ТС «Монар» покривається коштами медичного страхування.

Білорусь

Білорусь багато в чому продовжує використовувати систему медичної та соціальної допомоги, розроблену в колишньому Радянському Союзі. На політичному рівні варто зазначити певне послаблення репресивних заходів та ширше визнання наркоманії як хвороби, що потребує лікування. Наприклад, вирощування рослин та грибів, які містять психотропні речовини, для власного використання тягне за собою адміністративну, а не кримінальну відповідальність.

Усі підлітки підлягають диспансерному обстеженню. Основним елементом диспансеризації є щорічний медичний огляд. Існує система наркологічних підліткових кабінетів, у штаті яких обов'язково має бути психіатр-нарколог. Кабінети мають широкий спектр функцій від ведення диспансерного обліку підлітків з діагностованою залежністю від алкоголю чи наркотичних речовин до профілактичної роботи серед населення. Окремо слід згадати функції, пов'язані з наданням психологічної, психокорекційної, медико-соціальної допомоги підліткам, залежним від психоактивних речовин. Така допомога охоплює реабілітаційні заходи (для підлітків, котрі мають відхилення або вади розвитку), вивчення соціальної ситуації підлітка в родині, за місцем навчання, амбулаторне лікування підлітків, яким не показані резидентні програми, а також тих, хто завершив лікування у стаціонарі.

Ведеться три види обліку підлітків, котрі мають проблеми вживання психотропних речовин: диспансерний (у разі сформованої залежності), профілактичний (вживання без ознак патологічної залежності), група контролю (поодинокі випадки вживання). Установлення діагнозу залежності відбувається після відповідного обстеження в наркологічному диспансері. Підлітка можуть викликати для такого обстеження, якщо:

- є дані про систематичне немедичне вживання підлітком наркотичних речовин;
- він притягався до адміністративної відповідальності за правопорушення, скоєні під впливом алкоголю чи наркотиків, двічі і більше разів протягом року;
- за письмовою заявою батьків/піклувальників;
- за результатами обстеження спеціалізованою комісією зі встановлення факту алкогольного/наркотичного сп'яніння, консультативним висновком психіатра-нарколога.

Лікування зазвичай проводиться у стаціонарних підліткових відділеннях наркологічних лікарень. Програма лікування охоплює також заходи із психокорекції. У разі перебування підлітка в лікувальній установі терміном, що перевищує один місяць, установа повинна організувати його індивідуальне навчання.

Примусова госпіталізація неповнолітніх можлива за рішенням суду, позов щодо якого подається місцевою комісією у справах неповнолітніх. З іншого боку, в разі добровільного звернення підлітка старше 14 років за психологічною допомогою не потрібна згода його батьків чи піклувальників. Для підлітків, молодших за 14 років, згода батьків не потрібна, якщо встановлено факт жорстокого поводження, фізичного, психічного чи сексуального насильства щодо неповнолітнього; якщо підліток перебуває в соціально небезпечній ситуації; у рамках примусового лікування неповнолітніх, котрі страждають на психічні або поведінкові розлади; якщо підліток звернувся по допомогу анонімно.

Казахстан

Попри те, що Казахстан ратифікував більшість конвенцій та принципів ООН щодо боротьби з наркотиками, великий вплив на правове поле країни мали нормативні акти Російської Федерації. Зокрема все ще можливим є примусове направлення особи на обстеження, якщо є підозри у вживанні нею наркотичних засобів. Особи, які страждають на алкоголізм та наркоманію, але уникають добровільного лікування, підлягають примусовому стаціонарному лікуванню у спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров'я. Направлення на примусове лікування не тягне за собою судимості. Термін перебування у спеціалізованій наркологічній установі не може перевищувати двох років, а в разі повторного направлення – трьох років.

У країні існує єдиний науково-практичний центр із вивчення проблем наркозалежності, завданнями його є моніторинг і вивчення ситуації наркоспоживання, а також вироблення підходів і рекомендацій щодо профілактики, лікування й соціального супроводу наркозалежних.

У разі надходження пацієнта на лікування він проходить обстеження в лікаря-нарколога, який визначає психофізичний стан, складає план медичної корекції, методик психотерапії, план обстеження та оглядів лікарями вузьких спеціальностей. Лікування складається з трьох етапів: медикаментозне лікування, спрямоване на зняття синдрому відміни, медико-соціальна реабілітація та амбулаторна підтримувальна терапія, спрямована на інтеграцію хворого в суспільство. Під час переведення пацієнта на другий і третій етапи лікування він проходить обстеження лікувально-профілактичною комісією наркологічної установи, яка вносить свої рекомендації.

При організації роботи відділення медикаментозного лікування рекомендовано передбачити можливість утримання в різних палатах пацієнтів, котрі звернулися по допомогу вперше, тих, хто надійшов повторно, а також осіб, направлених для встановлення діагнозу. Виписка пацієнта відбувається після зняття синдрому відміни та проходження повного курсу лікування відповідно до національного протоколу.

Медико-соціальна реабілітація неповнолітніх осіб, зокрема вибір методів лікування, обстеження та будь-які маніпуляції, проводяться зі згоди їхніх законних представників. Причинами для направлення в наркологічні установи для проходження медико-соціальної реабілітації є закріплення результатів лікування хворих на наркоманію,

досягнутих у наркологічних установах стаціонарного й амбулаторного типу, та необхідність включення їх у родинне та соціальне життя шляхом проведення низки соціально-трудових заходів.

За бажанням пацієнта він може продовжити програму реабілітації; тоді за рішенням комісії наркологічної установи його переводять на наступні етапи – психотерапію та соціальну реабілітацію. Про виписку зі стаціонару неповнолітньої особи обов'язково повідомляють її законного представника. Відмова від проходження медико-соціальної реабілітації із зазначенням можливих наслідків оформлюється документально.

2.2. Організаційні аспекти реабілітаційних програм різних країн

Реабілітація може здійснюватися як у рамках соціальної системи допомоги, так і в приватних установах. При цьому в одних країнах лікування залежності, включно із психосоціальною реабілітацією, належить до послуг охорони психічного здоров'я (США, Велика Британія), тоді як в інших соціальний компонент реабілітації є відповідальністю соціальних відомств (Німеччина). Велику роль у наданні послуг реабілітації відіграють НДО, які або працюють за рахунок залучення зовнішніх коштів, або їхні послуги контрактуює держава.

Зазвичай країни не мають єдиної уніфікованої програми саме психосоціальної реабілітації, тоді як медичне лікування розписане набагато детальніше. Таким чином, планування догляду здійснюється відповідальним фахівцем з огляду на проблеми конкретного клієнта. Навіть у Великій Британії, де слідування методичним вказівкам Національної служби охорони здоров'я (NHS – National Health Service) є необхідною передумовою для отримання коштів, вибір конкретних методик і плану лікування, залучення інших фахівців залежать від фахівця, котрий проводить реабілітацію/ресоціалізацію.

У стандартних підходах і рекомендаціях професійних асоціацій найчастіше зустрічається дво- або триступенева схема реабілітації/ресоціалізації.

На **першому етапі** знімаються прояви синдрому відміни, стабілізується психофізичний стан, проводиться оцінювання. Важливим компонентом цього етапу є мотиваційне консультування.

Другий етап полягає в роботі з проблемами клієнта. Він охоплює застосування різноманітних психокорекційних методик, вироблення

навичок, розв'язання соціальних проблем, роботу з родиною, профілактику зривів. Ця робота може проводитися як амбулаторно, так і стаціонарно, при цьому стаціонарні програми часто рекомендують для клієнтів, котрі мають більш виражені проблеми залежності, або коли клієнта необхідно вилучити із соціального середовища (наприклад, лікування підлітків з неблагополучних родин).

Третій етап може не виділятися в окрему стадію, а розглядатися як частина другого: він покликаний закріпити результати попередньої роботи та запобігти поверненню до вживання. Цей етап проводиться амбулаторно; для нього характерна також рідша взаємодія з клієнтом. Якщо перехідного етапу від реабілітації до повернення в соціум не передбачено, то цю роль часто відіграють групи самопомоги.

Такий розподіл і змістовне наповнення етапів є досить умовними, оскільки під час планування догляду оцінюються ситуація конкретного клієнта, вид наркотика, соціальна й родинна ситуація тощо.

Проте варто зазначити, що наявність стандартів і схильність міжнародної наукової спільноти до біопсихосоціального підходу до розуміння й лікування залежності не виключає існування й успіху програм реабілітації з іншими підходами, такими як «12 кроків», діяльність релігійних спільнот, індивідуальна психотерапія тощо.

Вибір фахівців значною мірою залежить від того, що мають на увазі під реабілітацією. Якщо розглядається весь спектр реабілітаційних послуг від початку медикаментозного лікування, то обов'язковою є наявність лікаря, а за умови коморбідних розладів – і психіатра.

Історично в пострадянських країнах майже весь спектр реабілітаційних послуг – від медикаментозного лікування до профілактики серед населення – покладений на лікаря-нарколога (Білорусь, Російська Федерація, Казахстан). «Західна» парадигма залишає соціальні аспекти для соціальних працівників, психологів, психотерапевтів (США, Німеччина, Швейцарія). Штат установи також формується залежно від тих послуг, які вона надає, проте найчастіше вузькоспеціалізовані фахівці залучаються з інших установ з огляду на фінансові причини.

Для забезпечення якості й ефективності допомоги наркозалежним використовуються різні підходи до стандартизації надання реабілітаційних послуг. Наприклад, у пострадянських країнах найчастіше стандартизація відбувається за допомогою протоколів та інструкцій, затверджених наказом відповідного органу виконавчої влади. У західних країнах велика роль у стандартизації послуг належить професійним асоціаціям (Німеччина, США). Хоча вказівки професійної асоціації не є прямо зобов'язувальним документом, проте

знання й виконання рекомендацій асоціації є зазвичай необхідною умовою ліцензування фахівця або установи. Водночас робота відповідно до національних вказівок є передумовою отримання державного замовлення (Велика Британія).

Окремі вказівки й рекомендації можуть розроблятися для конкретних методик, специфічних груп населення або характеру проблеми.

Витрати на лікування можуть покриватися як державою через систему страхування (Польща, Німеччина) або через оподаткування (Велика Британія), так і самим пацієнтом. Наприклад, у США оплата за лікування часто залежить від обсягу послуг у рамках страхового поліса клієнта, а програма лікування – від закладів, з якими співпрацює страховальник або НМО (Health Management Organisation – організація-посередник, що займається координацією надання медичних послуг). Якщо поліс не передбачає витрат на лікування залежності, то оплата лікування лягатиме на плечі пацієнта або йому доведеться шукати інших шляхів через систему державних соціальних служб чи неприбуткових організацій і груп самодопомоги.

У більшості європейських країн реабілітація тим чи іншим чином оплачується державою (Німеччина, Іспанія, Польща), але при цьому мова може йти про досить обмежений перелік послуг. Крім того, пацієнт завжди має можливість обрати для лікування приватну установу на власний розсуд і за власні кошти.

2.3. Специфічні питання реабілітації підлітків

Лікування наркозалежності і система юстиції

Упродовж останніх років найбільші зміни в законодавчому полі ЄС відбулися в плані розбудови системи альтернативи ув'язненню, особливо для неповнолітніх правопорушників. Зокрема на Кіпрі неповнолітні правопорушники не потрапляють до суду, а їхні випадки розглядаються системою соціального забезпечення. У Данії муніципальні служби відповідають за оцінку ситуації кожного конкретного підлітка й розробку плану втручання, і саме вони повинні запропонувати лікування від залежності.

На думку експертів Європейського моніторингового центру з питань наркотиків і наркозалежності (EMCDDA), у країнах, де неповнолітні постають перед судом, до освітніх та лікувальних програм ставляться в основному досить упереджено.

Система пробації часто використовується в поєднанні з комплексом психосоціальних інтервенцій. У Греції підлітка можуть ув'язнити тільки після досягнення ним 14 років, а терапевтичні заходи можуть бути примусовими після проведення психіатричного й лабораторного обстеження.

Обов'язкове лікування може бути запропоноване до розгляду справи в суді. Хоча в Іспанії підлітки підпадають під юрисдикцію загального кримінального кодексу, але рішення щодо них ухвалюється ювенальним судом, який за потреби може призначити терапевтичні заходи.

Примусове чи псевдопримусове лікування

Багато дослідників зазначають, що результати, подібні до добровільного лікування, можуть бути досягнуті й коли лікування надається в тюремному середовищі. Огляд досвіду лікувальних програм у в'язницях у 26 країнах (в основному європейських) приводить до висновку, що рецидивізм і повернення до вживання наркотиків значно знижуються залежно від тривалості лікування й наявності підтримки та догляду після звільнення з в'язниці.

Псевдопримусове лікування є альтернативою ув'язненню, яка пропонується судом; вирок виконується тільки тоді, коли лікування не дало результатів і було вчинено повторний злочин. Дослідження ефективності систем псевдопримусового лікування тривалістю 6, 12 та 18 місяців і його результатів, порівняно з добровільним лікуванням (QST Europe), проводилося в Австрії, Німеччині, Італії, Великій Британії та Швейцарії. Попередні результати свідчать про значне зниження вживання наркотиків і злочинності як в експериментальній, так і в контрольній групах. Будь-яке застосування подібного лікування для споживачів наркотиків, котрі вчинили злочин, потребує співпраці прокурора, суду, програми лікування, офіцера пробації, а чинне законодавство має давати можливість для пошуку подібних рішень, виходячи з потреб ситуації. Накази суду утримуватися від наркотиків і знайти роботу показали свою неефективність, тоді як покрокове планування догляду має кращі шанси на позитивний результат.

Примусове лікування без згоди правопорушника практикується в кількох європейських країнах. У Швеції підлітки можуть бути відправлені до інституцій за умови причетності до небажаної поведінки, злочинності, постійного вживання наркотиків, проституції. У Польщі підлітки також можуть бути відправлені на лікування за рішенням суду.

Суди для злочинів, пов'язаних із наркотиками (Drug courts)

Перші суди для розгляду справ, пов'язаних із наркотиками, з'явилися у США наприкінці 1980-х рр. Спочатку такими судами розглядалися тільки легкі злочини, але із часом до їхньої юрисдикції додалися серйозніші злочини, а також правопорушники із серйозними проблемами залежності. У Європі такий підхід застосовується у Великій Британії, Ірландії, Норвегії, Іспанії.

Зазвичай ювенальні наркосуди розглядають випадки підлітків віком від 10 до 18 років, проти яких висуваються звинувачення в незначних порушеннях та злочинах. Такі суди зазвичай не працюють із клієнтами, котрі тільки експериментують з наркотиками та алкоголем. Основні принципи роботи судів охоплюють припинення делінквентної поведінки, відстрочене юридичне переслідування та винесення вироку. Ювенальні наркосуди не мають на меті роботу зі злочинами, пов'язаними з насильством, сексуальним насильством або продажем наркотиків. Для участі у програмі клієнт має дати згоду. Участь батьків є невід'ємною частиною програми, тому їхня згода також необхідна.

Лікування залежності та отримання інших видів допомоги під наглядом суду необхідне для того, щоб допомогти підліткові розв'язати весь спектр проблем, з якими стикається він сам і його родина (труднощі в навчанні, проблеми в родині, поведінкові проблеми).

Залучення підлітка до лікувальних програм

Часто необхідною умовою для початку лікування підлітків визначають поінформовану згоду пацієнта. Проте навіть у країнах, де немає інституту примусового лікування, добровільність включення підлітків до реабілітаційних програм може бути суперечливим питанням, оскільки з огляду на свій правовий і матеріальний статус діти й підлітки залежні від своїх піклувальників.

Проблеми, пов'язані з небажанням підлітка лікуватися від наркозалежності, найчастіше виникають у тих випадках, коли не задіяні інші обставини – рішення суду про обов'язкове лікування, загроза виключення зі школи тощо.

Оскільки родина є одним з найвпливовіших факторів для початку лікування, у США було запропоновано підхід Посилення громади і сімейного навчання (Community Reinforcement and Family Training, CRAFT), який показав певні позитивні результати у випадках, коли батьки або вичерпали власні ресурси переконання, або ще не починали розмову про можливість лікування. Фактично цей підхід полягає

в поліпшенні батьківських навичок, родинних стосунків та соціально-психологічного функціонування батьків, що дає їм можливість переконати підлітка в необхідності лікування.

Висновки

Загалом міжнародний досвід свідчить, що уніфікованої програми реабілітації наркозалежних не існує, але можна виокремити основні підходи до розв'язання цієї проблеми.

Мультисекторальний підхід. Наркоманія вважається хворобою, лікування якої потребує медичної, психічної та соціальної допомоги. Тому для вирішення питання реабілітації залежної від наркотичних речовин особи залучаються фахівці різних галузей. Більше того, у західній практиці немає розмежування між медичною та психосоціальною реабілітацією, оскільки використання тільки медикаментозного лікування вважається неефективним.

Психосоціальна робота. Більшість країн має дуже розвинений соціальний сектор (США, Велика Британія, Німеччина). Робота з наркозалежними – це лише частина загальнонаціональної системи соціальної роботи. Ураховуючи розвиненість цієї системи, робота із залежними від наркотичних речовин починається не в період реабілітації, а в консультаційних центрах, до яких звертаються наркозалежні. Ці центри, у свою чергу, визначають ступінь залежності та направляють хворих або в центри реабілітації, або в медичні установи, якщо в цьому є нагальна потреба.

У більшості випадків медикаментозне лікування (детоксикація) передбачає паралельну роботу з наркозалежними психологів і соціальних працівників. Звичайно, з огляду на стан клієнта така робота може бути обмежена, але вона ведеться. При цьому для надання психосоціальної допомоги залучаються як фахівці наркологічних диспансерів, якщо такі передбачені статутом, так і сторонні фахівці за строковими контрактами.

Реабілітація. Професійні асоціації країн самостійно окреслюють стандарти роботи з наркозалежними, за якими мають працювати центри реабілітації. Останні, у свою чергу, можуть бути різних форм власності й мають можливість упроваджувати методику за власним бажанням. Вони можуть також надавати повний комплекс послуг, який охоплює й медичну складову реабілітації (наприклад детоксикацію), але це можливо лише за наявності відповідної ліцензії для надання медичних послуг.

Загалом єдиної уніфікованої програми реабілітації не існує, методи й заходи обираються центрами самостійно. Але при цьому існують чотири організаційні моделі реабілітації.

- **Модель терапевтичних спільнот.** Ця модель базується на принципі добровільного дотримування учасниками програми суворого режиму і безумовного прийняття всіх правил розпорядку й норм поведінки, прийнятих у терапевтичній спільноті.
- **Міннесотська модель («12 кроків»).** Основний принцип цієї програми – пізнання себе й поступове подолання проблеми.
- **Релігійні моделі.** Повернення до тверезого способу життя через прийняття духовних цінностей та Бога.
- **Авторитарні моделі.** Силкові методи подолання залежності.

Треба також зазначити, що в західних країнах і в нормативних документах ООН щодо надання допомоги залежним від наркотичних речовин фігурує саме термін «реабілітація». Термін «ресоціалізація» зустрічається тільки в українських та російських джерелах.

У практичному посібнику ООН з планування і проведення лікування наркоманії 2003 р. було взято за основу такі важливі міркування:

- Люди, у котрих є проблеми з наркотиками, нерідко потребують різноманітних заходів лікування, пов'язаних з особистісними, соціальними й економічними особливостями.
- Проблема зловживання наркотиками піддається ефективному розв'язанню в тому випадку, коли люди мають доступ до послуг у сфері лікування й реабілітації, які відповідають їхнім потребам.
- Фінансова допомога, призначена на лікування й реабілітацію, має спрямовуватися на ті послуги, які довели свою ефективність.
- Жоден метод не буде однаково ефективним для всіх. У різні періоди й на різних етапах звернення по допомогу люди можуть потребувати різних видів комплексного й ефективно скоординованого лікування.
- Люди повинні мати можливість отримати доступ до лікування, яке найкращим чином відповідає їхнім потребам, або бути направленими на таке лікування. У послугах з лікування повинні враховуватися специфічні потреби, пов'язані зі статтю, віком, станом здоров'я та ризикованою поведінкою особи.

- Профілактика ВІЛ/СНІД і гепатиту В і С є ключовою складовою комплексного підходу до лікування.
- Послуги з лікування по можливості повинні спиратися на існуючі медичні й соціальні заклади, бути пов'язані з ними, забезпечуючи постійну допомогу отримувачу соціальних послуг.
- Важливим завданням будь-якої ефективної та дієвої системи лікування є координація допомоги, що надається.
- Ефективне планування лікування має ґрунтуватися на партнерських відносинах уряду, регіональних і місцевих урядових і неурядових організацій, закладів, які надають послуги.
- Послуги у сфері лікування й реабілітації повинні відігравати ключову роль у скороченні соціального відторгнення й дискримінації осіб, які зловживають наркотичними засобами, і сприяти їхній реінтеграції в суспільство як здорових і корисних членів.
- Дослідницька діяльність має спрямовуватися на заповнення значних прогалин у знаннях про ефективні методи лікування і про лікування специфічних груп. Підготовка кадрів повинна вестись у цьому самому напрямі.

Лояльність. Аналіз міжнародного досвіду показав, що країни Заходу розвиваються в напрямі лояльності щодо наркозалежних. До заходів розвитку лояльності належать:

- упровадження програм зі зменшення шкоди, які, у свою чергу, є також профілактикою поширення ВІЛ/СНІД;
- налагоджена система роботи замісної терапії для тієї категорії залежних, які не в змозі подолати залежність самостійно, шляхом проходження курсу реабілітації;
- декриміналізація залежних і надання допомоги з реабілітації як альтернативи ув'язненню.

Використані джерела

1. American academy of child and adolescent psychiatry. – www.aacap.org.
2. Approaches to drug abuse counselling / National Institute on Drug Abuse, 2000.
3. Assessing young people for substance misuse / National Treatment Agency for Substance Misuse, 2007. – www.nta.nhs.uk.
4. *Büechli M., Minder U.* Swiss Drug Policy. Harm Reduction and Heroin-Supported Therapy // Fraser Institute Digital Publication. – April 2001. – http://oldfraser.lexi.net/publications/books/drug_papers/UDBuechiMinder.pdf.
5. *Collin C.* Switzerland's drug policy / Library of parliament, Canada, 2002. – <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/ille/library-e/collin1-e.htm>.
6. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people / National Institute for Health and Clinical Excellence, UK, 2007.
7. Dedicated Drug Court Pilots. A Process Report / UK Ministry of Justice Research Series, 2008.
8. Demand reduction. A glossary of terms / UNODCCP, 2000.
9. Department of Health (England) and the devolved administrations. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. – London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007.
10. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. – <http://www.dgkjp.de/>.
11. Drug Courts. A New Approach to Treatment and Rehabilitation // James E. Lessenger, Glade F. Roper. Springer, 2007.
12. Drug law and young people. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004. – <http://www.emcdda.europa.eu/>.
13. Drug misuse Psychosocial interventions / National Institute for Health and Clinical Excellence, UK, 2007.
14. Drug use and related problems among very young people (under 15 years old) / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007. – <http://www.emcdda.europa.eu/>.
15. European Legal Database on Drugs. Country profiles. – <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html>.
16. From coercion to cohesion. Treating drug dependence through health care, not punishment. Discussion paper. – Unodc, 2010.

17. Guidance for the pharmacological management of substance misuse among young people in secure environments / Department of Health, UK, 2009.

18. *Holly Barrett Waldron, Ph.D., Sheryl Kern-Jones, Ph.D., Charles W. Turner, Ph.D., Thomas R. Peterson, Ph.D., and Timothy J. Ozechowski, Ph.D.* Engaging Resistant Adolescents in Drug Abuse Treatment // Journal of substance abuse treatment, Volume 32, Issue 2, Pages 133–142, 2007. – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2175207/>.

19. <http://www.mvd.kz/index.php>.

20. <http://www.monar.pl>.

21. International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders / WHO, UNDCP, EMCDDA, 2000.

22. *Jose Szapocznik, Ph.D., Olga Hervis, M.S.W., L.C.S.W., Seth Schwartz, Ph.D.* Therapy Manuals for Drug Addiction. Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse / National Institute on Drug Abuse, 2003.

23. Juvenile Drug Courts: Strategies in Practice. Monograph / US department of justice, 2003.

24. Lessons Learned in Drug Abuse Prevention: A Global Review. Monograph / UNODCCP, 2002.

25. *Marc Schmid, Lutz Goldbeck, Jakob Nuetzel, Joerg M Fegert.* Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2008; 2: 2. – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2262059/>.

26. Methadone Maintenance guidelines. The College of Physicians of Ontario, 2005.

27. National drug strategies. – <http://www.emcdda.europa.eu/policy-and-law/national/strategies>.

28. Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide // Elizabeth B. Robertson, Ph.D., Susan L. David, M.P.H. and Suman A. Rao, Ph.D. / National Institute on Drug Abuse, 2003.

29. Principles of Drug Addiction Treatment. A research-based guide / National Institute on Drug Abuse, revised 2009. – www.drugabuse.gov/PDF/PODAT/PODAT.pdf.

30. Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion paper / UNODC, 2009.

31. Reducing adolescent cannabis abuse and co-occurring problems through family-based intervention. Presentation by Howard Liddle, Ed.D.,

Cynthia Rowe, Ph.D., Gayle Dakof, Ph.D., & Craig Henderson, Ph.D., 2005. – <http://www.med.miami.edu/CTRADA/x92.xml>.

32. Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: a comprehensive approach. Discussion paper / UNODC, 2009.

33. Transporting an Empirically-Supported Family-Based Therapy into a Community Drug Treatment Program. Presentation by Howard A. Liddle, Ed.D., Cynthia Rowe, Ph.D., Gayle A. Dakof, Ph.D., Craig Henderson, Ph.D., Alina Gonzalez, & Dana S. Mills, Ph.D. American Psychological Association Meeting, 2005. – <http://www.med.miami.edu/CTRADA/x92.xml>.

34. www.athealth.com.

35. Закон Республики Казахстан № 325–2 от 27 мая 2002 г. «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией».

36. Закон Республики Казахстан № 2184 от 7 апреля 1995 г. «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».

37. Закон Республики Казахстан № 591 от 9 июля 2004 г. «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности».

38. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению / Управление по наркотикам и преступности, 2003.

39. *Утяшева Лия, Элиот Ричард*. Результат влияния ООН и России на наркополитику в странах Центральной Азии – членах СНГ // Open Society Institute. At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global «War on Drugs». – OSI Public Health Program, 2009: 78–110. Перевод Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу, переводчик Эляна Еникеева-Энгельхард.

40. *Матвейчик Т.В., Иванова В.И., Соколов А.Ю.* Организация медицинской помощи населению на основе государственных минимальных социальных стандартов. – <http://www.belmapo.by/page/5/377>.

41. Нелегальные наркотики и проблемы наркомании. Информационная брошюра для русскоязычных жителей Германии // Vista, 2009.

42. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 38 от 1 августа 2003 г. «Об утверждении инструкции о порядке выявления, учета, обследования и лечения несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные либо иные одурманивающие вещества, и положения о подростковом наркологическом кабинете».

43. Постановление Правительства Республики Казахстан № 784 от 27 мая 2009 г. «О Программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009–2011 годы».

44. Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 1773 от 18 декабря 2002 г. «Об утверждении Положения о порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя, наркотических и токсикоманических средств и состояния опьянения».

45. Приказ и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан № 814 от 2 декабря 2009 г. «Об утверждении Правил учета, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».

46. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 637 от 18 августа 2004 г. «Об утверждении положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах, центрах, отделениях, кабинетах)».

47. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 808 от 1 декабря 2009 г. «Об утверждении Правил признания лица больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».

48. Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан № 323-п от 3 ноября 2009 г. «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения».

3. Аналіз статистичних даних національного рівня

3.1. Поширеність вживання наркотичних речовин серед населення

Наявна на сьогодні статистика кількості споживачів наркотиків в Україні є недостатньою, адже до 2010 р. цільові дослідження поширеності вживання наркотиків серед населення країни не проводилися.

Як показник кількості наркозалежних в Україні можна використувати дані ДБНОН МВС України, згідно з якими станом на кінець 2009 р. на обліку перебувало 164,8 тис. зареєстрованих споживачів наркотиків, з яких 3,3 тис. неповнолітніх та 90,3 тис. хворих на наркоманію. У середньому на кожні 10 тис. населення припадає 35 споживачів наркотиків. Найбільшу кількість наркоспоживачів на 10 тис. населення зареєстровано в Луганській (69), Одеській (65), Дніпропетровській (65), Чернігівській (49) областях і місті Севастополі (60). Викликає занепокоєння збільшення майже в півтора раза кількості споживачів наркотиків у сільській місцевості. Так, якщо у 2004 р. їх було понад 21,9 тис., то на кінець 2009 р. – уже 35,8 тис. Однак особливості ведення офіційного обліку споживачів наркотиків не завжди дають змогу отримати дані, які б точно відображали реальну ситуацію.

Приблизну оцінку кількості споживачів наркотиків в Україні можна також отримати з даних Медико-демографічного обстеження населення України¹, проведеного у 2007 р. Це дослідження було спрямоване на збирання інформації щодо народжуваності, репродуктивного здоров'я, материнського й дитячого здоров'я тощо, зокрема і щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин. За його результатами виявилось, що 1,4% жінок та 10% чоловіків віком 15–49 років із числа опитаних принаймні один раз у житті вживали будь-які наркотичні речовини. На жаль, цих даних недостатньо для детального аналізу.

Однак наявні детальніші дані стосовно вживання наркотиків учнівською молоддю. Одним із джерел такої інформації є дослідження

¹ Дослідження проводилось Українським центром соціальних реформ за участю Державного комітету статистики України.

ESPAD², яке є звичайною практикою для країн Європи. У 2007 р. вибірка дослідження складала 5000 учнів 1990–1992 років народження (2300 хлопців та 2700 дівчат віком 15–16 років)³.

За даними цього дослідження, найпоширенішими серед наркотичних речовин, які вживає молодь (як у 2007 р., так і в попередні роки), залишаються марихуана та гашиш (табл. 3.1). 7,9% учнівської молоді вживали марихуану 1–2 рази впродовж життя, а 0,8% – 40 і більше разів.

Таблиця 3.1

**Рівень поширеності вживання наркотичних речовин
для всіх учнів упродовж життя, в динаміці, %**

Тип наркотику	1995	1999	2003	2007
Марихуана або гашиш	13,8	20,7	20,7	13,6
Амфетаміни	0,2	4,3	1,1	1
ЛСД або інші галюциногени	0,6	5	1	1,3
Крек	0,2	3,7	0,7	0,4
Кокаїн	0,5	3,9	0,5	0,5
Екстазі	0,2	5,2	1	2,5
Героїн	0,4	5,7	0,3	0,5
Релевін*	0,1	3,8	0,4	0,2
Транквілізатори, седативні речовини	3	4,6	1,8	4,1
Галюциногенні гриби	–	3,9	0,8	0,7
ДжіЕшБі (оксибутират натрію)	–	–	0,4	0,2
Інгалянти (клей тощо)	5,1	8,6	6,3	2,6
Анаболічні стероїди	2,1	4,6	1,1	0,5
Алкоголь разом з медпрепаратами	4,2	6,7	3,8	1,2

* Релевін – неіснуючий наркотик.

Хоча рівень поширеності вживання наркотиків упродовж життя серед учнівської молоді дещо зменшився, порівняно з 2003 р., останніми роками істотно зросла частка тих, хто долучився до першого вживання марихуани або гашишу в юному віці (табл. 3.2). Якщо в 1995 р. лише 0,4% хлопців та 0,1% дівчат повідомили про досвід

² www.espad.org. Україна приєдналася до проекту в 1995 р. Дослідження проводяться один раз на чотири роки.

³ Більше інформації: www.uisr.org.ua.

вживання до 11 років, то у 2007 р. частки таких досягли 1,8% та 0,6% відповідно. Навіть у віці до 9 років цю речовину вперше спробували 1,3% хлопців та 0,4% дівчат. Так, за даними опитування 2007 р., у віці 15 років хлопці значно частіше за дівчат (7,1% проти 3,5%) починають вживати марихуану або гашиш.

Таблиця 3.2

**Вік на момент першого вживання марихуани або гашишу,
в динаміці, %**

Вік	1995		1999		2003		2007	
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата
9 років і молодші							1,3	0,4
10 років	0,4	0,1	0,3	0,1	1,1	0,2	0,1	0,1
11 років							0,4	0,1
12 років	0,3	0,0	0,3	0,1	1,2	0,1	0,9	0,3
13 років	0,8	0,3	0,5	0,9	2,3	0,8	1,6	0,5
14 років	1,8	0,8	0,6	1,8	5,4	1,5	4,6	2,1
15 років	2,6	1,3	1,3	3,0	5,3	2,1	7,1	3,5
16 років і старші	0,7	0,2	0,2	0,4	3,8	1,5	2,3	1,1

Іншим джерелом, яке дає змогу оцінити вживання наркотиків молоддю, є Дослідження здорової поведінки дітей шкільного віку (HBSC)⁴. За його даними, наркотичні речовини (марихуану, гашиш) уживали принаймні раз чи двічі в житті або більше (на час опитування) щонайменше від 8% восьмикласників до 26% першокурсників ПТУ (табл. 3.3). Половина з них не обмежилася вживанням наркотику раз чи двічі, а вживали його від 3–5 до 40 і більше разів за життя. При цьому виявилася чітка статева різниця: серед опитаних осіб чоловічої статі всіх вікових груп і типів навчальних закладів споживачів наркотиків було у 2–4 рази більше, ніж серед дівчат (щонайменше 1–2 рази в житті практикували прийом наркотику серед восьмикласників 12% юнаків і 3% дівчат; десятикласників – 17% і 6% відповідно; першокурсників ПТНЗ – 34% і 17%; ВНЗ – 26% і 13%). Запитання щодо вживання наркотиків протягом останнього місяця викликало більше відмов від відповіді, ніж аналогічне запитання щодо вживання протягом життя.

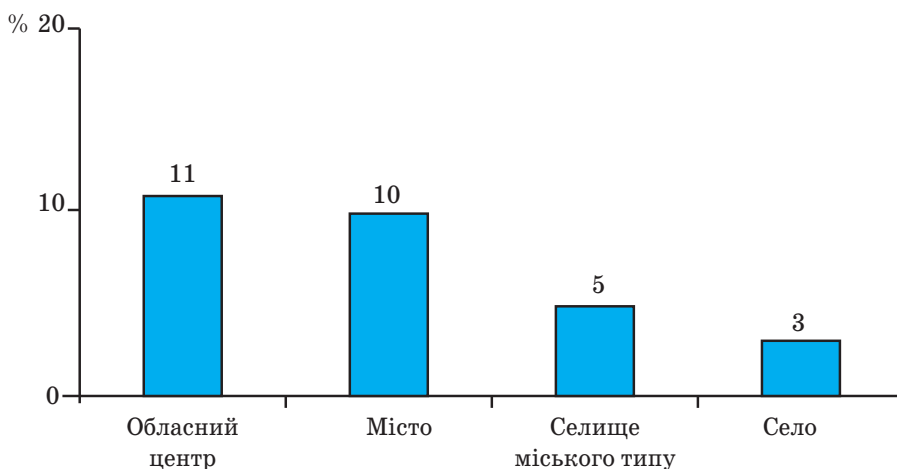
⁴ HBSC – The Health Behaviour School-aged Children study; www.hbsc.org.

Таблиця 3.3

Порівняння розподілу відповідей на запитання щодо того, скільки разів респондент уживав наркотик у своєму житті та впродовж останніх 30 днів, %

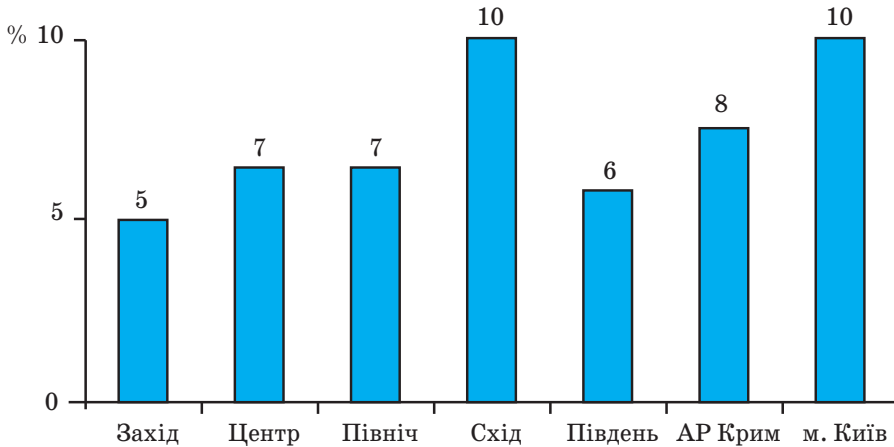
	8 клас	10 клас	I курс ПТНЗ	I курс ВНЗ
У житті				
Уживали, у тому числі:	8	12	26	20
1–2 рази	4	6	11	10
від 3–5 до 40 разів і більше (сума відповідей)	3	5	12	7
Немає відповіді	1	1	3	3
Упродовж останніх 30 днів				
Уживали, у тому числі:	9	10	19	13
1–2 рази	1	2	4	3
від 3–5 до 40 разів і більше (сума відповідей)	–	–	4	1
Немає відповіді	8	8	11	9

Більше підлітків обласних центрів та інших міст зізналися, що вживали наркотичні речовини принаймні раз у житті (діаграма 3.1). Найменше про це повідомляли мешканці сіл.



Діаграма 3.1. Питома вага підлітків 13–15 років, які вказали, що мають досвід уживання наркотиків, у різних типах поселення, %

Детальні дані за регіонами свідчать, що найбільше тих, хто спробував наркотики, проживають на Сході та в Києві (діаграма 3.2). На Заході й Півдні України ця частка майже вдвічі менша.



Діаграма 3.2. Питома вага учнівської молоді, що вживала марихуану, гашиш 1–2 і більше разів у житті (сума відповідей), у різних регіонах, %

У 2004–2005 рр. було проведено дослідження «Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні»⁵ в 14 регіонах України⁶ з використанням таких методів: опитування споживачів ін'єкційних наркотиків, методу «анонімного знайомого», методу RDS (вибірка, спрямована й реалізована самими респондентами), методу «охоплення – повторне охоплення», методу коефіцієнтів. Отримані оцінки дали змогу визначити інтервал розрахункової кількості споживачів ін'єкційних наркотиків на рівні країни від 324,0 тис. до 424,7 тис. осіб.

За оцінками експертів, наведені розрахунки також мають певні обмеження, зважаючи на недоступність окремих груп СІН, зокрема споживачів стимуляторів, для проведення поведінкових опитувань. Тому для оцінки рівня охоплення цільової групи профілактичними

⁵ www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ru/library/research/index.htm.

⁶ Дослідження проведене Державним інститутом проблем сім'ї та молоді та Українським інститутом соціальних досліджень за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією.

програмами рекомендовано використовувати вищу оцінку чисельності – 425 тис. осіб (приблизно 1,3% населення віком 15–64 роки).

Однак ці дані стосуються лише ін'єкційних наркоманів і не можуть дати повної картини споживачів наркотиків в Україні. Зокрема, недостатньо точних даних про кількість усіх споживачів наркотиків, поширеність наркотичних речовин тощо.

3.2. Оцінка кількості споживачів наркотиків, які потребують лікування

За даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, станом на 1 січня 2010 р. поширеність розладів психіки становила 78 909 осіб (174 особи на 100 тис. населення) (табл. 3.4), у тому числі внаслідок вживання опіоїдів – 59 871 особа (136 осіб на 100 тис. населення). Станом на 1 січня 2010 р. зареєстровано також 5930 осіб (7 осіб на 100 тис. населення) з уперше в житті встановленим діагнозом «розлад психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин», у тому числі внаслідок вживання опіоїдів – 3497 осіб.

Упродовж 2007–2009 рр. абсолютна кількість осіб з таким уперше зареєстрованим діагнозом зросла на 15% – з 5177 у 2007 р. до 5930 у 2009 р.

Якщо говорити про діагноз «розлад психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів», то у 2008 р. абсолютна кількість таких осіб трохи зменшилася, а у 2009 р. зросла й навіть перевищила рівень 2007 р. (на 9%). Утім, якщо у 2007 р. 62% усіх випадків першого захворювання припадали на опіоїди, то у 2009 р. їхня кількість трохи скоротилася – до 59%. Таким чином, можливо, на цей момент має місце «зростання» впливу інших неопіоїдних наркотичних речовин.

За даними цієї статистики, упродовж 2007–2009 рр. загальна кількість тих, хто має розлади психіки внаслідок вживання наркотичних речовин, також трохи зменшилася (на 3%). Якщо аналізувати динаміку за відносним показником (на 100 тис. населення), то 2009 рік також характеризуватиметься меншою поширеністю вживання наркотичних речовин. Так, якщо у 2007 р. поширеність становила 176 осіб на 100 тис. населення, то у 2009 р. – 174 особи (на 1% менше). Однак якщо ми і можемо говорити про певну спадну динаміку, то лише про дуже повільну. Необхідно також нагадати, що йдеться про офіційну статистику споживачів наркотиків, які перебувають на обліку в МОЗ України. Тобто ці дані можуть суттєво відрізнятися від реальної картини споживання.

Таблиця 3.4

**Кількість осіб, які мають розлади психіки та поведінки
внаслідок вживання наркотичних речовин, 2007–2009 рр.**

	2007	2008	2009
Кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом «розлад психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин»	5177	5546	5930
<i>у тому числі внаслідок вживання опіоїдів</i>	<i>3197</i>	<i>3091</i>	<i>3497</i>
Поширеність розладів психіки внаслідок вживання наркотичних речовин	81 179	80 145	78 909
<i>у тому числі внаслідок вживання опіоїдів</i>	<i>66 651</i>	<i>62 711</i>	<i>59 871</i>

Джерело: Центр медичної статистики МОЗ України.

За даними МОЗ України, у 2009 р. 35 987 хворих із наркотичними проблемами проходили медичне лікування (табл. 3.5). Серед них 10 017 осіб (28%) проходили лікування стаціонарно, а ще 25 215 осіб (70%) – амбулаторно. За даними Всеукраїнської наркологічної асоціації, у 92% випадків була проведена лише детоксикація.

Порівняно з 2008 р., на 69% зросла кількість тих, хто проходив медичне лікування (у 2008 р. його проходили 21 272 особи), причому майже вдвічі зросла кількість тих, хто проходив лікування стаціонарно: з 5145 осіб у 2008 р. до 10 017 осіб у 2009 р.

Таблиця 3.5

**Кількість хворих із наркотичними проблемами,
які проходили медичне лікування, 2008–2009 рр.**

	2008	2009
Проходили медичне лікування стаціонарно	5 145	10 017
Проходили медичне лікування <i>амбулаторно</i>	15 489	25 215

Джерело: Центр медичної статистики МОЗ України.

У таблиці 3.6 наведено наявні на даний момент в Україні лікувально-реабілітаційні потужності.

Таблиця 3.6

**Лікувально-реабілітаційні потужності в Україні
станом на 31 грудня 2009 р.**

	Кількість
Територіальні наркологічні установи, <i>у тому числі</i>	47
<i>на обласному рівні</i>	25
Наркологічні лікарні	4
Наркологічні стаціонарні ліжка, <i>у тому числі</i>	6081
<i>у наркологічних установах</i>	4225
<i>у психіатричних лікарнях</i>	1476
<i>у міських та районних лікарнях</i>	152
<i>в інших міських лікарнях</i>	78
Амбулаторні наркологічні підрозділи з лікарем-наркологом у сільських та районних лікарнях	620
Спеціалізовані наркологічні кабінети для підлітків 15–17 років	27
Реабілітаційні центри для наркозалежних осіб, <i>у тому числі</i>	124
<i>центри ресоціалізації «Твоя перемога»</i>	44
<i>центри, розташовані в сільській місцевості</i>	16

Джерело: Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту.

За даними Всеукраїнської наркологічної асоціації, нині в Україні наявні такі потужності для надання допомоги особам з наркотичною залежністю (за видами допомоги):

- стаціонарна детоксикація – у всіх наркологічних і деяких психіатричних закладах;
- амбулаторна детоксикація – у всіх наркологічних закладах і сільських амбулаторних підрозділах;
- лікарські консультації (амбулаторні та стаціонарні) – у всіх наркологічних закладах і сільських амбулаторних підрозділах;
- замісна підтримувальна терапія з використанням бупренорфіну – 27 пунктів у 14 областях України;
- реабілітаційні програми (амбулаторні) – декілька, здебільшого у великих містах;

- реабілітаційні програми (стаціонарні) – приблизно 50 центрів;
- терапевтичні спільноти (стаціонарні) – приблизно 20 центрів;
- програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації (стаціонарні) – приблизно 40 центрів.

Окремо можна розглянути поточну ситуацію з програмами замісної терапії. За даними Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України, станом на 1 квітня 2010 р. було розгорнуто загалом 106 програм замісної терапії з використанням препаратів «метадон гідрохлорид» і «бупренорфін гідрохлорид».

Загалом у всіх програмах брали участь 5307 осіб. Найбільша кількість осіб припадала на програму з використанням «метадолу» – 4465 пацієнтів. Решта 842 пацієнти брали участь у програмі з використанням «едноку». У середньому на одну програму з використанням препаратів «метадон гідрохлорид» та «бупренорфін гідрохлорид» припадає 58 осіб, з використанням «метадолу» та «едноку» – 43 і 29 осіб відповідно. Така відмінність між використанням «метадолу» та «едноку» пояснюється різницею у вартості препаратів. Програма метадонової підтримувальної замісної терапії майже вдвічі дешевша за програми з використанням бупренорфіну.

Серед пацієнтів абсолютну перевагу мають чоловіки – вони становлять не менше 80% від загальної кількості пацієнтів. Значна частка клієнтів програм мають ВІЛ/СНІД. Найбільше таких серед тих, хто проходить програму з використанням «едноку» (56% з них інфіковані ВІЛ). Водночас іще поширенішим є гепатит (В або С), який серед тих, хто вживає «еднок», сягає 67%. Поширеність туберкульозу складає 15–17%. Серед тих, хто перебуває в програмі з уживанням «едноку», суттєво більше тих, хто перебуває на АРТ (що є очевидним з огляду на більшу кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів у цій категорії). 5–6% пацієнтів різних програм готуються на АРТ.

Таблиця 3.7

Статистичні дані стосовно програм замісної терапії

	Програма з використанням препарату					
	«метадол»		«еднок»		разом	
	кіль- кість	частка, %	кіль- кість	частка, %	кіль- кість	частка, %
Кількість розгорнутих програм	77		29		106	
Загальна кількість пацієнтів, у тому числі	4475		842		5307	
<i>жінок</i>	839	19	191	23	1030	19
<i>чоловіків</i>	3636	81	651	77	4287	81
<i>пацієнтів з ВІЛ/СНІД</i>	1854	41	472	56	2326	44
<i>осіб з гепатитом В чи С</i>	2243	50	560	67	2803	53
<i>осіб з туберкульозом</i>	679	15	144	17	823	16
<i>осіб, які перебувають на АРТ</i>	383	9	231	27	614	12
<i>осіб, які готуються до АРТ</i>	236	5	54	6	290	5
Кількість пацієнтів на одну програму	58		29		50	

3.3. Центри ресоціалізації наркозалежної молоді

За даними Державної служби для дітей, сім'ї та молоді, у першому кварталі 2010 р. в Україні функціонувало чотири державні центри з ресоціалізації наркозалежної молоді і 90 недержавних центрів – партнерів центрів для дітей, сім'ї та молоді. У таблиці 3.8 наведено розподіл центрів за регіонами України.

Загалом точна кількість центрів, які функціонують в Україні, невідома, тому ми можемо спиратися лише на наявні статистичні дані про них. Проте відсутність даних про центри, які не є партнерами центрів для дітей, сім'ї та молоді, насправді не дає змоги адекватно оцінити, наскільки їхня кількість у тому чи іншому регіоні є задовільною.

Виходячи із наявної інформації, по території України центри розміщені нерівномірно: 63 з 94 розташовані в Західній та Центральній Україні, і тільки 31 центр розташований у більш урбанізованій Південній та Східній Україні. Такий розподіл контрастує з кількістю споживачів наркотиків, котрі мешкають у цих регіонах. Наприклад, за даними МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», оцінювана узагальнена кількість споживачів ін'єкційних наркотиків станом на 2009 р. у Житомирській області становила від 3700 до 10 600 осіб, а в Донецькій – 5800–29 900 осіб.

Виходячи з оцінкової кількості СІН, ми можемо припустити, що на Півдні та Сході України центрів набагато більше, але відсутність детальнішої інформації не дає змоги зробити належні висновки щодо їхньої орієнтовної кількості.

Таблиця 3.8

Розподіл центрів ресоціалізації та оцінкова узагальнена кількість СІН, за регіонами України

	Кількість центрів	Оцінкова узагальнена кількість СІН*
АР Крим	1	17700–48400
Вінницька область	7	4600–16300
Волинська область	5	1400–10000
Дніпропетровська область	9	30100–79800
Донецька область	1	5800–29900
Житомирська область	20	3700–10600
Закарпатська область	0	0–1500
Запорізька область	4	25800–51900
Івано-Франківська область	1	600–7200
Київська область	1	7800–22600
Кіровоградська область	1	2600–20900
Луганська область	6	7100–38900
Львівська область	2	5900–21300
Миколаївська область	1	3800–14500
Одеська область	4	2500–13600
Полтавська область	1	3500–17800
Рівненська область	7	900–4600
Сумська область	3	2400–9600
Тернопільська область	0	1300–4900
Харківська область	2	5100–28100
Херсонська область	1	4700–14200
Хмельницька область	1	6800–17700
Черкаська область	1	2400–12300
Чернівецька область	3	300–2700
Чернігівська область	6	6200–17900
м. Київ	4	11600–46800
м. Севастополь	2	3500–12700
Усього	94	

* За даними МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» станом на 2009 р. Загалом у звіті цієї організації наведено різні оцінки залежно від використовуваного методу підрахунку. У таблиці наводяться лише дані щодо узгодженої оцінки за результатами різних методів.

3.4. Поширеність ВІЛ серед клієнтів центрів ресоціалізації наркозалежної молоді

За даними Державної служби для дітей, сім'ї та молоді, серед 1269 клієнтів центрів ресоціалізації, які станом на 1 січня 2010 р. проходили курс реабілітації, 305 осіб (або 24%) були ВІЛ-інфікованими (табл. 3.9). Причому зазначимо, що в АР Крим, Полтавській та Кіровоградській областях усі клієнти станом на 1 січня 2010 р. були ВІЛ-інфікованими. Велика кількість ВІЛ-інфікованих спостерігається також у м. Києві (69%) та в Миколаївській області (68%). У решті регіонів кількість ВІЛ-інфікованих здебільшого не перевищує третини загальної кількості клієнтів, а у Волинській області серед 26 клієнтів жодний не був ВІЛ-інфікованим. При цьому поширеність ВІЛ для центрів із Центральної та Західної України (25%) є приблизно такою самою, як і для Південної та Східної України (23%).

Таблиця 3.9

Кількість ВІЛ-інфікованих клієнтів центрів ресоціалізації із числа тих, хто станом на 1 січня 2010 р. проходив курс реабілітації

	Загальна кількість тих, хто проходив реабілітацію	Загальна кількість ВІЛ-інфікованих клієнтів	Частка від тих, хто станом на 1 січня 2010 р. проходив курс реабілітації, %
АР Крим	9	9	100
Вінницька область	81	30	37
Волинська область	26	0	0
Дніпропетровська область	105	34	32
Донецька область	60	23	38
Житомирська область	148	10	7
Закарпатська область	–	–	–
Запорізька область	66	9	14
Івано-Франківська область	12	2	17
Київська область	17	5	29
Кіровоградська область	16	16	100
Луганська область	129	9	7
Львівська область	32	9	28
Миколаївська область	22	15	68
Одеська область	81	10	12
Полтавська область	10	10	100

Продовження таблиці 3.14

	Загальна кількість тих, хто проходить реабілітацію	Загальна кількість ВІЛ-інфікованих клієнтів	Частка від тих, хто станом на 1 січня 2010 р. проходив курс реабілітації, %
Рівненська область	111	15	14
Сумська область	70	21	30
Тернопільська область	–	–	–
Харківська область	38	5	13
Херсонська область	25	4	16
Хмельницька область	31	10	32
Черкаська область	23	4	17
Чернівецька область	38	5	13
Чернігівська область	43	6	14
м. Київ	48	33	69
м. Севастополь	28	11	39
Усього	1269	305	24

Як бачимо, відсутність даних про центри впливає також і на інші показники. Можна припустити, що частка ВІЛ-інфікованих буде більшою, оскільки даних про центри в найураженіших областях країни майже немає.

3.5. Тривалість і вартість курсу реабілітації

Тривалість проходження курсу реабілітації у різних центрах ресоціалізації істотно відрізняється. Так, мінімальний курс становить два тижні, а максимальний – 18 місяців. У кожному випадку тривалість курсу визначається індивідуально для кожного клієнта. Це може стосуватися не тільки центрів з різними методиками роботи з наркозалежними, а й відбуватися в рамках однієї і тієї самої програми реабілітації.

Така розбіжність пояснюється тим, що кожен клієнт має різну історію вживання наркотичних речовин та різний ступінь психічної залежності. Тож залежно від психічних, фізіологічних та соціальних особливостей використання одного й того самого методу може бути як успішним, так і невдалим.

Це підтверджує висновок, що якими б не були показники успішності тих чи інших програм реабілітації, завжди знайдеться категорія клієнтів, яким допоможуть менш статистично показові моделі

реабілітації. Таким чином, уніфікація діяльності в напрямі роботи з наркозалежними лише зменшить можливості залучати до програм різні категорії залежних.

Як тривалість курсу, так і його вартість істотно різняться від центру до центру. Так, у 23 із 94 центрів проходження повного курсу для клієнтів є цілковито безкоштовним. Ще 19 центрів передбачають можливість добровільних внесків: такі центри можуть надавати пільгове чи безкоштовне проходження програми в окремих випадках. У центрах, які беруть плату за послуги, вартість може суттєво варіювати: від кількох сот до кількох десятків тисяч гривень за курс. Загалом же середня вартість курсу становить 3000 грн на місяць на одного клієнта.

Різниця у вартості залежить від кількох факторів:

- вартості оренди приміщення центру;
- місткості центру;
- оснащення центру;
- кількості та кваліфікації працівників;
- тривалості курсу реабілітації;
- заходів, передбачених програмою курсу;
- наявності власного домогосподарства та спонсорської допомоги.

Хоча таких факторів може бути і більше, основна частка витрат припадає саме на забезпечення діяльності центру. Дослідження показало, що середній показник щорічних витрат центрів становить 150–200 тис. грн. Але треба підкреслити, що такі витрати актуальні для неприбуткових організацій, більшість із яких є релігійними. Такі центри, як правило, мають мінімальні умови для ведення своєї діяльності, що, звичайно, не може не позначитися на загальній статистиці.

3.6. Демографічні характеристики споживачів наркотиків

Для успішної роботи реабілітаційних центрів дуже важливо мати вичерпні дані про їхніх потенційних клієнтів. Інформація про вік, стать, регіон проживання тощо може допомогти сформувати перелік саме тих послуг, яких споживачі наркотиків потребують найбільше, і надавати їх там, де вони є необхідними.

Проте, як уже зазначалося, в Україні дуже мало даних про споживачів наркотичних речовин загалом. Існують дослідження певних специфічних груп, наприклад дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків»,

яке проводиться на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні» з 2001 р.

За результатами дослідження, проведеного у 2009 р., з'ясувалося, що кожен третій із чотирьох СІН – чоловіки (75% за зваженим масивом) (табл. 3.10). За віком серед СІН переважають 25–34-річні (41,4%); частка наймолодших учасників опитування (14–19 років) становить 11,6% серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

Опитані СІН переважно мають середню освіту (64,4%), приблизно однакові частки решти здобули лише початкову освіту (18%) або вищу (17,6%).

Переважна більшість опитаних СІН не змінювала місця свого проживання від дня народження (84,9%), ще 12,1% проживають у новому місці більше року.

Дві третини СІН або безробітні (40,2%), або мають лише тимчасові заробітки (27,8%). Решта навчається (7,1%), працює на постійній роботі (16,1%), займається домашнім господарством (3,9%) або перебуває на пенсії за інвалідністю (3,7%).

Таблиця 3.10

Розподіл СІН за статтю, віком, освітою, сімейним станом, місцем проживання та родом діяльності, абсолютні числа та відсотки

	Кількість у вибірці	Частка у вибірці, %	Частка за зваженим масивом, %	95% довірчий інтервал
Стать				
Чоловіча	3036	76,6	75,3	73,9–76,7
Жіноча	926	23,4	24,7	23,3–26,1
Вік				
14–19 років	345	8,7	11,6	8,6–14,6
20–24 роки	695	17,5	18,7	15,7–21,7
25–34 роки	1726	43,6	41,4	38,4–44,4
35 років і старші	1196	30,2	28,3	25,3–31,3
Освіта				
Початкова	728	18,4	18,0	16,0–20,0
Середня	2571	65,1	64,4	62,4–66,4
Вища	651	16,5	17,6	15,6–19,6

Продовження таблиці 3.10

	Кількість у вибірці	Частка у вибірці, %	Частка за зваженим масивом, %	95% довірчий інтервал
Сімейний стан				
Неодружені, не живуть із сексуальним партнером	2003	50,6	51,5	49,5–53,5
Одружені або проживають у незареєстрованому шлюбі	1709	43,2	42,5	40,5–44,5
В сепарації, розлучені	248	6,3	6,0	4,0–8,0
Місце народження та проживання				
Народився в місці проживання	3390	85,7	84,9	81,7–88,1
Перебуває тимчасово	89	2,3	2,9	0,0–0,8
Проживає менше року	22	0,6	0,5	0,0–3,7
Проживає більше року	453	11,5	12,1	8,8–15,3
Рід діяльності				
Учень школи	39	1,0	1,2	0,0–5,8
Учень ПТУ	51	1,3	2,0	0,0–8,6
Студент технікуму	51	1,3	1,5	0,0–6,1
Студент академії, університету	67	1,7	2,4	0,0–7,0
Постійна робота	595	15	16,1	11,5–20,7
Тимчасові заробітки	1148	29	27,8	23,2–32,4
Безробітний (-а)	1625	41	40,2	35,6–44,8
Займається домашнім господарством	177	4,5	3,9	0,0–8,5
На пенсії за інвалідністю	167	4,2	3,7	0,0–8,3
Інше	42	1,1	1,0	0,0–5,6
Усього	3962	100	100	–

Результати цього дослідження містять також дані про вік СІН у кожному місці опитування. У всіх містах, окрім Вінниці, Червонограда та Ужгорода, переважають споживачі ін'єкційних наркотиків старше 25 років (табл. 3.11). У Вінниці та Ужгороді приблизно однакові частки СІН у всіх вікових категоріях (до 19 років – 35,6% у Вінниці та 38,9% в Ужгороді; 20–24 роки – 25,7% у Вінниці та 26,7% в Ужгороді; 25 і старше – 38,6% у Вінниці та 34,4% в Ужгороді). У Червонограді приблизно половина всіх СІН мають вік до 19 років (52,7%), 16,8% СІН – 20–24 роки і майже третина – 25 років і старші (30,5%).

Таблиця 3.11

**Розподіл СІН за віком, абсолютні числа,
відсотки та довірчі інтервали**

Вік	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оцінкова частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Сімферополь				
До 19 років	1	0,8	0,2	0–0,7
20–24 роки	13	5,6	4,5	2–7,7
25 років і старші	234	93,7	95,2	92,1–97,8
Миколаїв				
До 19 років	3	1,6	2,6	0–5,6
20–24 роки	26	10,8	9,8	5,8–4,4
25 років і старші	212	87,6	87,6	82,3–92,4
Дніпропетровськ				
До 19 років	12	5,3	3,8	0,4–8,7
20–24 роки	19	8,1	7,8	3,6–12,3
25 і старші	208	86,6	88,4	81,2–95,0
Северодонецьк				
До 19 років	15	6,3	13,5	6,3–22,2
20–24 роки	61	24,9	21,9	13,7–30,3
25 і старші	171	68,8	64,6	51,5–76,9
Кривий Ріг				
До 19 років	0	0,0	–	–
20–24 роки	18	7,4	7,7	3,3–13,5
25 і старші	225	92,6	92,3	86,5–96,7
Запоріжжя				
До 19 років	7	3,2	3,6	1,3–,0
20–24 роки	23	9,2	8,2	4,0–11,9
25 і старші	216	87,6	88,2	83,1–92,7
Київ				
До 19 років	23	6,1	5,4	2,8–8,1
20–24 роки	68	17,7	19,7	14,0–26,3
25 і старші	288	76,2	74,9	68,2–81,0
Вінниця				
До 19 років	38	16,0	35,6	21,2–48,6
20–24 роки	50	22,0	25,7	19,2–33,7
25 і старші	150	62,0	38,6	27,1–52,1

Продовження таблиці 3.11

Вік	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оцінкова частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Черкаси				
До 19 років	23	9,7	11,1	6,5–16,6
20–24 роки	51	20,6	27,8	17,6–37,0
25 і старші	169	69,8	61,1	51,5–71,8
Чернігів				
До 19 років	19	8,0	7,1	2,5–13,2
20–24 роки	37	14,8	13,1	6,8–21,7
25 і старші	189	77,2	79,8	70,1–87,5
Житомир				
До 19 років	26	10,8	10,9	5,4–16,6
20–24 роки	43	17,3	23,1	15,8–30,7
25 і старші	173	71,9	65,9	57,8–74,8
Червоноград				
До 19 років	98	41,0	52,7	43,9–61,1
20–24 роки	50	20,9	16,8	11,6–22,5
25 і старші	90	38,2	30,5	23,3–38,3
Рівне				
До 19 років	9	4,3	3,3	1,4–5,7
20–24 роки	93	36,6	41,6	33,3–50,4
25 і старші	141	59,1	55,1	46,2–63,7
Івано-Франківськ				
До 19 років	2	2,0	1,9	0–4,8
20–24 роки	52	20,8	26,0	19,5–34,8
25 і старші	190	77,2	72,1	63,2–79,0
Тернопіль				
До 19 років	14	14,9	10,5	4,6–20,6
20–24 роки	30	29,7	19,6	10,2–32,7
25 і старші	55	55,4	69,8	50,8–83,0
Ужгород				
До 19 років	26	26,3	38,9	21,9–51,1
20–24 роки	28	28,3	26,7	16–40,5
25 і старші	43	45,5	34,4	21,9–52,1
Чернівці				
До 19 років	1	0,2	0,9	0–2,8
20–24 роки	17	16,8	18,5	9,4–30,4
25 і старші	80	81,2	80,7	68,6–89,9

Найпоширенішим серед споживачів ін'єкційних наркотиків є екстракт опію в рідкому стані (табл. 3.12). Упродовж останніх 30 днів його вживали 80,1% (79,4% ін'єкційним шляхом) опитаних СІН. Майже третина опитаних упродовж останніх 30 днів уживала також метамфетамін у вигляді розчину (29,3% узагалі та 28% – ін'єкційним шляхом). Ще однією поширеною наркотичною речовиною у СІН є амфетамін у вигляді порошку (16,4% вживали його узагалі і 9,8% – ін'єкційним шляхом).

Таблиця 3.12

Види наркотиків, які СІН уживали узагалі та ін'єкційним шляхом упродовж останніх 30 днів, %

	Уживали впродовж 30 днів	Уживали впродовж 30 днів ін'єкційним шляхом
Опіати		
Трамадол/трамал	11	4,1
Героїн	5,8	4,7
Екстракт опію в рідкому стані	80,1	79,4
Інше	2	1,6
Стимулятори		
Кокаїн	2,8	0,6
Амфетамін у вигляді порошку	16,4	9,8
Метамфетамін у вигляді порошку	2,8	1,1
Метамфетамін у вигляді розчину	29,3	28
Меткатинон	4,9	3,8
Катинон	3,5	2,6
Метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	5,7	1,7
Інше	1,6	1
Інші види наркотиків		
LSD, гриби	3,4	1
Інше	13,4	0,8

Ці дані дають змогу приблизно оцінити вікову структуру СІН, їхню стать, регіон проживання, наркотичні речовини, які вони вживають. Така інформація є дуже корисною для реабілітаційних центрів. Однак вона досить приблизна і стосується лише споживачів ін'єкційних наркотиків, тоді як про споживачів інших наркотичних речовин інформації дуже мало.

Тому варто розглянути результати ще одного дослідження – «Вивчення поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів стимуляторів», проведеного КМІС на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» у 2009 р. Це дослідження сфокусоване на споживачах стимуляторів, що, втім, також не дає повної картини стосовно всіх споживачів наркотиків в Україні.

За даними цього дослідження, серед споживачів стимуляторів 72,2% – чоловіки (табл. 3.13). Найбільшу частку споживачів стимуляторів становлять особи, старші 25 років (64%). Приблизно дві третини опитаних мають повну загальну середню освіту (32,5%) або професійно-технічну освіту чи незакінчену вищу (35,1%). Третина споживачів стимуляторів – безробітні (33,5%), а ще третина має тимчасові заробітки (34,8%).

Таблиця 3.13

Характеристики споживачів стимуляторів

	Кількість у вибірці	Частка у вибірці, %
Стать		
Чоловік	1154	72,2
Жінка	445	27,8
Вік		
до 19 років	162	10,1
20–24 роки	413	25,8
25 і старші	1023	64,0
Освіта		
Початкова освіта (неповних 9 класів)	62	3,9
Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)	271	16,9
Повна загальна середня освіта (повних 11 класів)	519	32,5
Професійно-технічна освіта, незакінчена вища освіта	562	35,1
Базова вища освіта (ступінь бакалавра)	99	6,2
Повна вища освіта (ступінь магістра, спеціаліста)	84	5,3
Інше	0	0
Сімейний стан		
Одружений/заміжня та живу разом із дружиною/чоловіком	194	12,1
Одружений/заміжня, але проживаємо окремо	58	3,6
Розлучений (-а), проживаємо разом	45	2,8

Продовження таблиці 3.13

	Кількість у вибірці	Частка у вибірці, %
Розлучений (-а), не живу разом із сексуальним партнером	167	10,4
Офіційно неодружений/незаміжня, живу із сексуальним партнером	400	25,0
Неодружений/незаміжня, не живу із сексуальним партнером	661	41,3
Вдівець/вдова, проживаю один/одна	54	3,4
Вдівець/вдова, проживаю разом зі своїм сексуальним партнером	17	1,1
Рід занять		
Навчаюся в школі	9	0,6
Навчаюся в ПТУ	29	1,8
Навчаюся в технікумі	24	1,5
Навчаюся в академії, університеті	51	3,2
Маю постійну роботу	281	17,6
Маю тимчасові заробітки	557	34,8
Безробітний (-а)	536	33,5
Займаюся домашнім господарством	63	3,9
На пенсії за інвалідністю	38	2,4
Інше	11	0,7

85,3% всіх опитаних уживали стимулятори протягом останніх 30 днів більш як тричі (табл. 3.14). 31,3% споживачів стимуляторів робили це 3–5 разів за останні 30 днів, ще 22,5% уживали стимулятори від 6 до 10 разів за останній місяць, і майже третина всіх опитаних за останні 30 днів вживала стимулятори понад 10 разів. З результатів також видно, що вживання стимуляторів ін'єкційним шляхом відбувається частіше.

Одним з найважливіших моментів є тенденція до зменшення кількості СІН та споживачів опіатів серед загальної кількості залежних. З розвитком фармацевтики з'являється дедалі більше психотропних речовин, які легко доступні у продажу в аптеках і мають низьку вартість. Для залежних від певної дози така можливість швидко й недорого придбати необхідний інгредієнт є, звичайно, привабливішою, ніж пошуки альтернативних і незаконних наркотичних засобів.

Як результат, з'являється абсолютно нове покоління наркоманів, які залежать від психотропних речовин. Такі речовини дуже сильно

Таблиця 3.14

Частота вживання стимуляторів протягом останніх 30 днів, %

	Вживання загалом	Вживання неін'єкційним шляхом	Вживання ін'єкційним шляхом
Жодного разу	–	55,1	9,1
Один раз	3,9	7,6	5,6
Двічі	9,1	10,8	9,8
3–5 разів	31,3	13,3	28,4
6–10 разів	22,5	4,4	17,0
Понад 10 разів	31,5	7,8	28,9
Важко сказати / не знаю	1,7	1,1	1,2

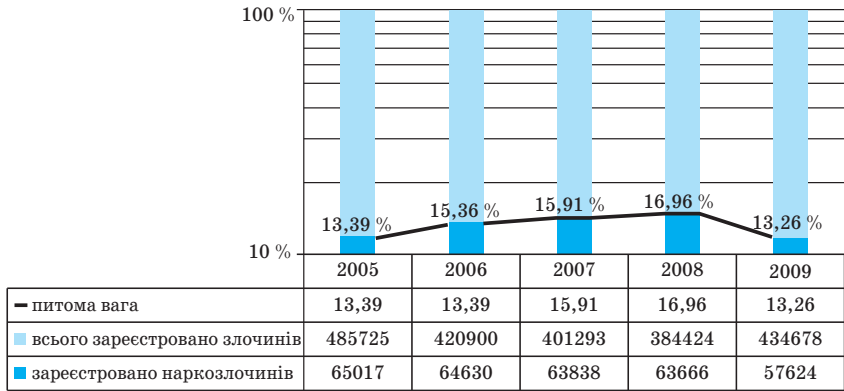
впливають на психіку споживачів, що ускладнює не лише подальшу роботу з ними, а й потребує більше часу на реабілітацію.

Але попри такі тенденції, не треба забувати і про зростання торгівлі небезпечними сумішами для паління. За даними РНОВО, оприлюдненими на конференції, присвяченій реабілітації/ресоціалізації наркозалежної молоді, 6–7 грудня 2010 р., семеро з десяти дегустаторів таких сумішей швидко виявляються наркозалежними у важких формах. У містах Донецьку та Одесі стояли автомати, через які донедавна відкрито продавалися суміші для паління під назвами «Ейнштейн», «Раджа», «Елвіс», у яких міститься JWH-018 – психоактивна речовина, яка за впливом на мозок людини багаторазово перевищує дію алкалоїду канабісу (марихуани).

Хоча постановою Кабінету Міністрів України № 373 від 31 травня 2010 р. «Про внесення змін до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» було заборонено вільний обіг зазначених сумішей для паління, у яких міститься JWH-018, розповсюдження наркотичних засобів іде далеко попереду профілактичних заходів. Це свідчить про необхідність тісної профілактичної роботи з родинами для запобігання поширенню моди на вживання психотропних речовин.

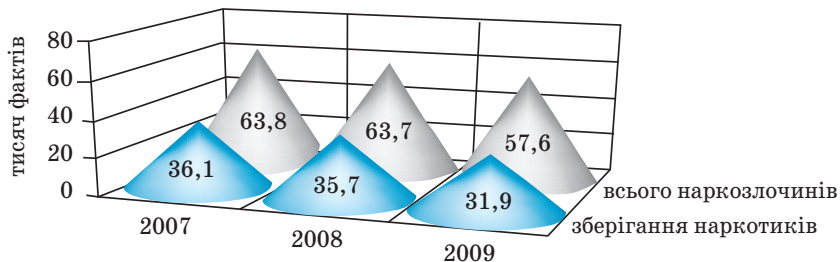
3.7. Ринок наркотиків і злочини, зумовлені вживанням наркотиків

За інформацією Міністерства внутрішніх справ України, вживання наркотиків тісно пов'язане зі злочинністю. Так, у 2009 р. кількість злочинів, пов'язаних з наркотиками, становила 57,6 тис., або 13,26% від усіх скоєних злочинів, кількість яких сягала 434,7 тис. (діаграма 3.3).



Діаграма 3.3. Питома вага наркозлочинів у загальній кількості зареєстрованої злочинності

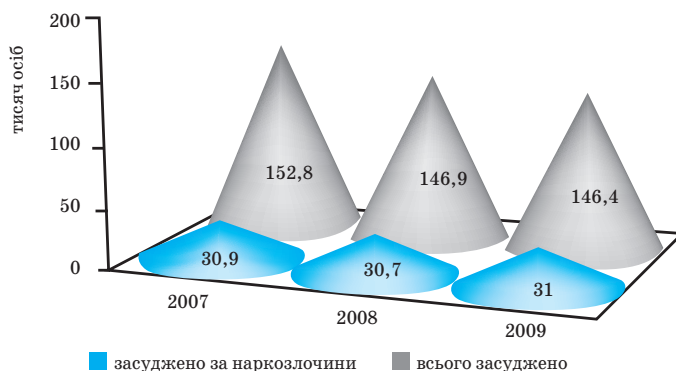
У 2009 р. зареєстровано 31,9 тис. злочинів, пов'язаних зі зберіганням наркотиків (стаття 309 Кримінального Кодексу України), що становило понад 50% усієї кількості зареєстрованих наркозлочинів (діаграма 3.4).



Діаграма 3.4. Наркозлочини і правопорушення, пов'язані зі зберіганням наркотичних речовин

За даними ДБНОН МВС України, у 2009 р. зареєстровано 10,57 тис. злочинів, скоєних особами, що перебували у стані наркотичного сп'яніння; шосту частину цих злочинів становили грабежі та крадіжки особистого майна громадян.

За даними Державної судової адміністрації України, за 2009 р. із 146,4 тис. засуджених за скоєння всіх видів злочинів 31 тис. осіб було засуджено за скоєння злочинів, пов'язаних із наркотиками. Відмічається стає зростання питомої ваги осіб, засуджених за скоєння злочинів, пов'язаних із наркотиками, серед загальної кількості засуджених (діаграма 3.5).



Діаграма 3.5. Питома вага засуджених за наркозлочини, тис. осіб

Висновки

Загальний аналіз ситуації показав, що місцеві органи влади мають у своєму розпорядженні дуже невеликий обсяг інформації, яка спирається в основному на дані наркологічних інституцій (наркологічний облік) і лише в окремих випадках – на дані науково обґрунтованих репрезентативних досліджень.

Значна частина інформації, яка є в розпорядженні місцевих органів влади, пов'язана виключно з кримінальною діяльністю. Разом з тим, практично в усіх випадках вона зведена до кількості вилучених наркотичних засобів без оцінки масштабів і реальної можливості силових втручань у діяльність нелегального наркотичного ринку. Ця інформація на сьогодні є практично єдиним джерелом даних щодо спектра вживаних наркотичних речовин. Дослідження щодо зв'язку між вилученими і вживаними наркотичними речовинами в Україні не проводилися. Тож станом на 2010 рік досить важко надати повністю науково обґрунтовану інформацію як про рейтинги популярності тих чи інших наркотичних речовин, так і про появу на ринку нових ризиків, «експериментів» з новими психотропними речовинами тощо.

4. Результати якісного дослідження

У дослідженні взяли участь керівники та співробітники 16 центрів, які займаються реабілітацією залежних у 5 областях України. У таблиці 4.1 наведено основні зведені дані щодо роботи центрів – учасників дослідження.

Практично всі центри мають кількарічний досвід роботи в цій сфері, більшість із них було засновано протягом 2000-х років. За типом власності центри можуть бути державними, приватними, виступати як благодійна/громадська організація. Програми реабілітації та ресоціалізації, за якими працюють центри, є досить різноманітними, однак у більшості випадків їхню основу складає програма «12 кроків». У багатьох центрах практикується розробка власних варіацій цієї програми, поєднання її з елементами інших (арт-терапії, трудової терапії тощо). Для релігійних ЦР (центрів реабілітації) поширеним є використання програми «Пізнай істину», а також поєднання її зі згаданою «12 кроків».

Переважна більшість центрів розрахована на клієнтів, старших за 18 років. У частині закладів (як релігійних, так і «світських») існує також обмеження (часто неформальне) за максимальним віком клієнта – до 35, рідше – до 50 років, оскільки робота з такими «сформованими» клієнтами вважається деякими співробітниками центрів малоефективною.

Кількість місць, на які розраховані центри реабілітації, коливається в середньому від 10 до 30, що, за свідченнями працівників центрів, відповідає потребам клієнтів. Відмічалися також сезонні коливання кількості клієнтів – збільшення числа бажаючих у період осінньо-зимових холодів та відтік улітку, коли центри можуть бути заповнені лише наполовину.

Для всіх ЦР, окрім тих, що перебувають у державній власності, основними джерелами фінансування є благодійні внески. Це поняття охоплює спонсорську допомогу, внески за лікування клієнтів та їхніх родичів, у релігійних центрах – внески з боку церковної громади. Окремі центри практикують часткове самозабезпечення: наявність власного домогосподарства, залучення клієнтів до сезонних робіт тощо. Собівартість проходження програми одним клієнтом на місяць, за оцінками керівництва, коливається для різних центрів від 1 до 24 тис. грн. Розмір внеску, який робили родичі клієнта, також може коливатися залежно від фінансових можливостей і конкретної програми або її елементів.

У більшості центрів передбачена можливість пільгового або безкоштовного проходження програми для частини клієнтів. У центрах державного підпорядкування перебування клієнтів є безкоштовним.

Таблиця 4.1

Центри-учасники дослідження

Область	Центр	Рік створення	Форма власності	Вік клієнтів	Кількість місць	Програма реабілітації	Джерело фінансування	Кількість клієнтів на рік	Кількість тих, хто пройшов курс до кінця
Одеська	«Відродження»	1988	Благодійний фонд	18+	15	Когнітивно-біхевіоральна	Благодійні внески	150	20
	«Сходи»	1990	Благодійна організація	будь-який	30	«12 кроків»	Благодійні внески, оренда за рахунок міськради	500	125
	«Оазис»	2001	Благодійний фонд	18+	30	«Фенікс фаунд»	Благодійні внески	100	5
Донецька	«Перемога»	1996	Громадська організація	18+	45	«12 кроків», «Пізнай істину»	Благодійні внески, самозабезпечення	100	20
	«Твоя перемога»	2004	Державна	18+	60	«12 кроків»	Державне утримання	120	45
	«12 кроків»	2002	Громадська організація	будь-який	12	«12 кроків»	Благодійні внески	60	30
	«Пілігрим»	2001	Благодійний фонд	від 7 до 18	30	Арт-терапія, трудо-терапія	Благодійні внески	100	60
Дніпропетровська	Центр реабілітації при обласному наркодиспансері	1999	Державна	будь-який	65	«12 кроків», психотерапія	Обласний бюджет	190	30
	«Нове життя»	2001	Приватна	18+	40	«Пізнай істину»	Благодійні внески, самозабезпечення	500	200
	«Твоя перемога»	2007	Приватна	18+	10	«12 кроків», «Пізнай істину»	Благодійні внески	20	10

Продовження таблиці 4.1

Область	Центр	Рік створення	Форма власності	Вік клієнтів	Кількість місяць	Програма реабілітації	Джерело фінансування	Кількість клієнтів на рік	Кількість тих, хто пройшов курс до кінця
Житомирська	«Віфезда»	2000	Приватна	18+	20	«Пізнай істину»	Благодійні внески	150	30
	«Прорив – Перемога»	2005	Приватна	18+	10	«Пізнай істину»	Благодійні внески	50	20
	«Твоя перемога»	–	Благодійний фонд	18+	10	«Пізнай істину», «9 кроків»	Благодійні внески	–	–
	«Ле Хайм»	2004	Приватна	18+	12	«Пізнай істину»	Благодійні внески, самозабезпечення	50	8
Хмельницька	«Нове життя»	2001	Приватна	будь-який	30	«10 кроків» («Шлях до свободи»)	Благодійні внески, обласна рада	30	4
	«Твоя перемога»	1998	Державна	18+	30	Терапевтична, трудотерапія	Державне утримання, самозабезпечення	140	40

4.1 Оцінка наявних ресурсів

Загалом експерти всіх рівнів відзначили насамперед нестачу працівників у центрах допомоги залежним від наркотичних речовин.

Експерти, особливо ті, хто знайомий з міжнародним досвідом реабілітації наркозалежних, неодноразово вказували на значну переваженість роботою співробітників українських центрів. Так, один співробітник часто працює одразу зі значною кількістю клієнтів (часто понад 10), тоді як в інших країнах навпаки – з одним клієнтом працюють кілька співробітників. Ситуація, коли велика кількість залежних припадає на одного співробітника ЦР, за словами експертів, часто призводить до приділення недостатньої уваги кожному з клієнтів та перенавантаження працівника, підвищує ризик «професійного вигорання» працівників центрів реабілітації/ресоціалізації.

У більшості досліджуваних центрів реабілітації працюють як фахівці, так і особи без фахової освіти. До роботи в центрах

консультантами та волонтерами активно долучаються колишні клієнти, навіть якщо вони не мають відповідної освіти.

У державних ЦР працівників із професійною освітою більше, ніж у приватних. У багатьох приватних центрах дипломованим працівником є лише психолог, інша робота ведеться волонтерами із числа колишніх випускників центрів. Процес професійної підготовки волонтерів може суттєво відрізнятись в кожному закладі. Наприклад, якщо в одних ЦР для роботи з клієнтами необхідно мати стаж невживання наркотиків не менше 5 років, то для інших достатньо одного року. У приватних реабілітаційних центрах, які спираються виключно на християнську методику, може взагалі не бути працівників з відповідною освітою.

«Наш директор – образованный человек. И мы все, кто здесь работает, мы периодически общаемся, учимся, читаем Библию, притчи. Каждый работник центра, у него входит в обязанности общение с людьми. Таким образом, он сам учится мудрости, которая есть в этой книге [Библии] ... это лучшее лекарство».

(Співробітник, Дніпропетровська область)

Персонал центру часто складається переважно із залежних у стані ремісії. У таких центрах практикується підхід «рівний рівному»: працівники вважають, що людина, яка раніше вживала наркотики, має більше шансів зрозуміти й допомогти наркозалежному, аніж людина, яка не має цього досвіду, навіть якщо вона має відповідну освіту.

Ця думка частково підтверджується клієнтами та їхніми родичами, у котрих співробітники центрів, які самі є колишніми споживачами, часто викликають більшу довіру, порівняно з дипломованими спеціалістами, які, на думку батьків, не мають практичних знань і неспроможні зрозуміти клієнта «по-справжньому».

«Все те люди, которые здесь работают, они прошли через те же самые проблемы. А тот, кто стал победителем, кто вышел победителем, тот может помочь другому, он просто поймет другого. Человек, который с этим не знаком, он не сможет подсказать, он не сможет реально помочь».

(Мати клієнта, Донецька область)

Подібне ставлення може бути пов'язаним з однією з основних кадрових проблем, які бачать керівники центрів: відсутністю в Україні вузькоспеціальної освіти для психологів і соціальних працівників для роботи з такими категоріями клієнтів, як, наприклад, наркозалежні.

Розв'язувати цю проблему ЦР намагаються «зворотнім шляхом» – спонукаючи своїх співробітників та волонтерів, які вже мають практичний досвід, отримувати професійну освіту. Так, у кількох центрах один або декілька співробітників на момент дослідження навчалися, отримуючи у ВНЗ (переважно на заочній формі навчання) освіти психолога.

«Понятно, нужен диплом, нужно образование. И это наша цель, всем выучиться, получить бумажку. Потому что, как знаете, без бумажки... Все консультанты прошли тренинги, обучение, семинары всякие, начиная от библейских, до этих всех. То есть, организация реабилитационного центра, “12 шагов”, ведение клиента с тройным диагнозом... Много тренингов. Мы стараемся идти в ногу со временем».

(Керівник центру реабілітації, Донецька область)

Окремі центри намагаються залучати до своєї роботи молодих фахівців, зокрема укладаючи договори з місцевими ВНЗ про проходження практики студентами-психологами на базі ЦР та написання дипломних робіт із дотичних питань на практичному матеріалі центрів.

Проблема підготовки персоналу, на думку експертів національного рівня та частини керівників центрів, безпосередньо пов'язана з якістю послуг. В ідеалі персонал має бути підготовлений відповідно до формалізованих програм різного рівня, у рамках яких кадри набувають відповідних навичок: процес «технологізується», стандартизується, стає менш залежним від «особистісного чинника» і може бути контрольованим.

Крім того, якісна підготовка персоналу зменшує ступінь комерціалізації центрів.

«Они настолько быстро начинают биться о материальном благополучии, большинство центров, из-за нехватки технологии. Они от денег не защищены. Они недостаточно технологичны, умелы. А деньги – фактор... [Люди] втягиваются в обычную жизненную гонку, она приходит туда, в реабилитационный центр, хочешь не хочешь».

(Експерт національного рівня)

Потреба у підвищенні кваліфікації визнається всіма експертами та існує на тлі постійного проведення заходів з підвищення кваліфікації. Співробітники всіх центрів, окрім тих, що практикують

християнську методику, зазначають, що регулярно відвідують різноманітні заходи з підвищення кваліфікації (навіть в інших містах), працюють із психологами, відвідують семінари. Особлива тема – запобіганню «професійного вигорання».

Деякі центри підвищують кваліфікацію своїх працівників самостійно шляхом читання літератури та обміну досвідом з іншими центрами. За словами працівників, це відбувається переважно через неможливість підвищувати кваліфікацію іншим способом.

Необхідність у підвищенні кваліфікації виникає, зокрема, й тому, що постійно з'являються нові наркотичні речовини, тож лікування залежності від них також змінюється. Необхідно застосовувати нові методи.

«Мы обязательно ездим на тренинги, проходим курсы, мы постоянно на этом находимся, чтоб повышать квалификацию... все же развивается. Наркотики становятся другими. Сейчас практически одна синтетика идет. Если мы будем стоять, то мы не сможем с этим работать. Поэтому мы постоянно двигаемся, постоянно развиваемся».

(Співробітник, Хмельницька область)

4.2. Оцінка можливостей центрів працювати з клієнтами, молодшими за 18 років

За оцінками експертів національного рівня, певна робота з наркозалежними підлітками в Україні ведеться, однак, як і для реабілітаційної роботи загалом, їй бракує систематичності – «технологічності», планомірності й кваліфікованого персоналу. Експерти зазначають, що всі наявні успішні приклади такої роботи спираються переважно на тривалий практичний досвід і талант окремих фахівців, а також на досвід релігійних громад.

«Я знаю маэстро, который умеет работать с детьми. ... Он просто спец. Давно они работают, потому они умеют работать с подростками в том числе... И такие есть. Но понимаете, просто случайно. Умеет – это же не система».

(Експерт національного рівня)

Наявні державні практики надання допомоги підліткам експерти оцінюють як невідповідні життєвій ситуації наркозалежного підлітка:

- не розвинена інфраструктура окремих доступних і відомих підліткам «підрозділів початкової соціальної роботи», що могли б надати допомогу;
- немає можливості отримати кваліфіковану, конфіденційну/анонімну допомогу в поліклініках (*«наркологи можуть пробавлятися “кодуванням”*»), немає окремого входу до консультації);
- державні практики реабілітації в умовах диспансерного лікування не підходять для роботи з підлітками: суто медичне спрямування такого закладу як наркодиспансер не дає змоги проводити в ньому заходи з реабілітації/ресоціалізації. Медичний персонал не підготовлений до такої роботи, і через відсутність фінансування та нерозроблений механізм реабілітації підлітків на базі диспансеру немає можливості долучати відповідних спеціалістів (психолога, соціального працівника тощо).

Дослідження показало, що більшість центрів не працюють і не мають технічної можливості працювати з клієнтами, молодшими за 18 років. Підлітки (17–18 років) можуть стати клієнтами неспеціалізованого реабілітаційного центру, але лише як виняток. Такі випадки є поодинокими й зустрічаються в меншості центрів, де проводилося дослідження.

У церковних громадах ведеться активна робота з дітьми та молоддю, спрямована зокрема й на профілактику вживання наркотиків та алкоголю. Клієнти релігійних центрів реабілітації вважають можливим поширювати роботу громад і волонтерів центрів також на лікування та ресоціалізацію підлітків, однак у більшості центрів така робота нині не ведеться.

Центри переважно не мають досвіду роботи з молодшою віковою категорією наркозалежних і вважають, що не можуть працювати з нею в існуючих межах власних структур. Регулярно з підлітками працюють лише окремі державні, більші за розміром спеціалізовані центри або ж благодійні фонди. Працівники центрів, які мають досвід реабілітації наркозалежних підлітків, зазначають, що робота із цією групою складна й потребує особливих знань, досвіду та здібностей.

Перешкодою в реабілітації підлітків, молодших за 18 років, є певні особливості роботи із цією категорією.

Психологічні особливості – вікові особливості психіки підлітка (неврівноваженість, відсутність авторитетів, переоцінка та вироблення життєвих цінностей), за спостереженнями експертів, які працюють із цією категорією наркозалежних, часто підсилюються додатковими

негативними факторами: насильством з боку дорослих, особливо батьків, відсутністю побутових навичок і навичок спілкування, браком прикладів позитивної альтернативи наркотикам. Відповідно, реабілітація підлітка вимагає більш тривалої та копіткої психологічної та педагогічної роботи. Необхідність зацікавити підлітка, знайти для нього нову сферу інтересів вимагає додаткових фінансових витрат на придбання необхідного інвентарю (для занять у гуртках і секціях) або оплати таких занять в існуючих закладах.

«Это дети, если брать психологию их, которые были обмануты самыми близкими им людьми – родителями ... Первая наша задача – это заслужить их доверие... И мы работаем со своими сотрудниками в том плане, чтоб они имели терпение к этим детям, очень высокую толерантность мы требуем от своих сотрудников. Потому что эти дети привыкли, что их наказывают, и они подсознательно ждут наказания, агрессии...».

(Керівник центру реабілітації)

Слабка мотивація в дітей та підлітків до участі в програмі пояснюється як психологічними факторами (зацікавленістю в пошуку нових вражень, упевненістю у власних силах, небажанням дослухатися до порад дорослих), так і фізіологічними (стаж споживання в переважній частині є не надто значним, патологічні процеси не встигли яскраво проявитися в організмі підлітка).

«У людей в 14–17 лет только начинается знакомство с наркотиками. Это розовый период. Им все нравится, интересно, они в эйфории».

(Клієнт, Одеса)

Нормативно-правовий аспект роботи з підлітками охоплює кілька моментів. Відсутність чітко прописаних механізмів роботи центрів реабілітації/ресоціалізації з неповнолітніми (наприклад, необхідність брати дозвіл на проведення тих чи інших заходів у батьків/опікунів неповнолітнього) суттєво ускладнює чи навіть унеможлиблює його перебування в програмі, порушує право клієнта на конфіденційність.

«У нас по законодательству ребенок с 14-ти лет может уже сам определяться, какая медицинская помощь ему нужна. Но опять же, никакие вмешательства оперативные, еще какие-то, если нет законного представителя, не имеют права проводить. Здесь проблема даже в анонимности».

(Експерт регіонального рівня)

Необхідність забезпечити **отримання середньої освіти** клієнтами цієї категорії в центрах, що працюють з неповнолітніми, вирішується переважно укладенням договору з місцевими загальноосвітніми школами, за яким педагоги відвідують центр на регулярній основі й начитують клієнтам стандартну шкільну програму. Такої можливості, однак, переважно не мають недержавні центри, відповідно, потенційна неможливість забезпечити навчальний процес стає бар'єром на шляху до прийняття підлітків до ЦР.

«Они получают справку о том, что он прослушал по таким-то предметам, и ему зачтено. Это согласовано с облоно. То есть, у нас работают преподаватели из общеобразовательной школы и программа общеобразовательная. Единственное отличие от школы в том, что в этих классах не по 30 человек, а по 5–6 человек».

(Керівник ЦР).

Якщо клієнт перебуває в центрі в момент, коли йому виповнюється 18 років, на центр часто лягають **обов'язки з отримання клієнтом документів, вирішення його подальшої долі** (забезпечення житлом, навчання або пошук роботи). Деякі експерти зазначали, що через високий відсоток сиріт серед клієнтів-підлітків їхні центри намагаються додатково надавати професійну освіту, щоб полегшити клієнтові пошук роботи в майбутньому. Однак можливості для надання клієнтам професійної освіти в центрів досить обмежені. Інші представники зазначають, що в цьому питанні необхідна тісна співпраця із соціальними службами, яка, на жаль, не завжди налагоджена відповідним чином.

Професійна невідповідність персоналу центрів до роботи із цією категорією клієнтів, відсутність необхідної освіти/підготовки та відсутність у полі зору українських центрів реабілітації/ресоціалізації спеціалізованих програм для роботи з неповнолітніми стають бар'єром у роботі навіть найдосвідченіших спеціалістів.

Додаткові матеріальні витрати. З огляду на згадані вище фактори, утримання в центрі реабілітації/ресоціалізації неповнолітнього клієнта обходиться дорожче, ніж дорослого. Додаткові витрати охоплюють зокрема спеціальне харчування, проведення різноманітних занять та заходів, необхідних для формування здорової особистості неповнолітнього клієнта (заняття в гуртках тощо), витрати, пов'язані з освітою та професійною підготовкою клієнта, отриманням документів.

Необхідність тісної роботи з родиною. Часто від сприйняття проблеми батьками може залежати кінцевий результат реабілітації. Наприклад, батьки подовжують латентний період, приховуючи від

оточення факт вживання дитиною наркотиків; піддаються на провокації дитини та забирають її із центру. Робота зі співзалежністю батьків підлітка, встановлення тісного контакту з ними є, на думку експертів, одним з ключових аспектів успішної роботи програми.

«С родителями обязательно работаем. Причем, с родителями бывает тяжелее, чем с детьми. Иногда попросишь помощи родителей повлиять в том или ином направлении, они, не понимая тебя, делают хуже. Разные бывают ситуации. С родителями обязательно нужно работать в команде и понимать, что вы делаете совместную работу, восстанавливаете ребенка».

(Співробітник центру реабілітації)

На думку деяких батьків клієнтів, найефективнішою може бути робота з підлітками колишніх споживачів наркотиків / клієнтів реабілітаційних центрів. Як зазначають респонденти, часто такі співробітники самі мають велике бажання працювати в цій сфері, вони найбільш умотивовані, а власний досвід споживання й реабілітації може збільшити авторитет співробітника в очах підлітка.

Окремі експерти із числа співробітників ЦР, проте, застерігають від широкого застосування такої практики, оскільки це може створити в підлітка хибне уявлення про те, що позбутися залежності легко, і, навпаки, спонукати його до експериментів з іншими видами наркотиків.

Експерти вважають, що робота з наркозалежними підлітками в рамках програм реабілітації потребує особливих підходів, зокрема наведених нижче.

Спеціальна педагогічна підготовка персоналу. Більшість експертів усіх рівнів переконана, що із цією категорією клієнтів повинні працювати лише кваліфіковані спеціалісти, які додатково мають необхідні персональні якості для роботи з дітьми.

«Это надо отдельные центры создавать. Там 100% должны быть профессиональные педагоги. Сформировавшегося человека корректировать – это одно, а это ребенок».

(Керівник центру реабілітації)

Наукове обґрунтування підходів до лікування й реабілітації, використання спеціально адаптованих для цієї категорії програм.

«[Относительно совместного со взрослыми лечения] В мире очень много всего пробовали, и наступать на те же грабли просто незачем».

(Експерт національного рівня)

Розробка законодавчої бази для лікування та супутніх дій – урегулювання питань відповідальності за процес та окремі заходи лікування, отримання освіти тощо.

Розподіл клієнтів відповідно до віку, терміну й виду залежності, індивідуальний підбір програми для кожного.

«В мире известны подходы к этому уже давно. Известно, что в раннем возрасте... Более жесткие реабилитационные структуры, военизированные для мальчиков с деструктивным поведением. Девочек иначе. И т.д. И каждый контингент перемалывается как-то по-своему».

(Експерт національного рівня)

Практично всі респонденти, як із числа експертів, так і самих наркозалежних, вважають важливим кроком до подолання підліткової наркоманії її профілактику. Саме поширення та підтримки профілактичних заходів для молоді насамперед очікують респонденти від держави.

Експерти вважають, що можливою ефективною формою роботи з підлітками можуть стати тренінги (інтерактивні форми роботи) у школах, а також комплексні програми, орієнтовані на самих підлітків, їхніх батьків або вчителів. Така робота може стимулювати підлітків до активніших пошуків допомоги. А в подальшому необхідні також первинні підрозділи соціальної роботи, легкодосяжні для студентів.

За результатами дослідження можна дійти висновку, що переважна більшість центрів реабілітації/ресоціалізації об'єктивно не готова до планомірної роботи з такою категорією, як підлітки. Персонал центрів не має необхідної професійної підготовки, належне матеріально-технічне оснащення відсутнє.

Принциповим чинником є небажання центрів брати на себе відповідальність за роботу з неповнолітніми на тлі нерозробленої нормативно-правової бази.

Що стосується інших особливих груп клієнтів, то робота ведеться переважно з ВІЛ-позитивними клієнтами й тими, хто хворіє на закриту форму туберкульозу. Більшість центрів не має можливості брати в програму вагітних жінок або жінок з маленькими дітьми.

4.3. Визначення профілю (портрета) клієнтів ресоціалізації (вік, стать, освіта й досвід роботи тощо)

Середній вік клієнта досліджуваних ЦР залежить від вікового цензу, який установлює у своїй роботі кожен конкретний центр. Загалом експерти описують клієнта як людину віком від 23–24 років.

Рівень освіти й соціальні характеристики клієнтів центрів залежать від багатьох чинників – спрямування центру (релігійний, державний), типу й вартості програми, кола попередніх клієнтів – і можуть бути дуже різними. Так, серед опитуваних клієнтів приблизно однаковою була частка тих, хто не отримав освіти, і тих, хто отримав вищу освіту.

«Мне 32-ой год. В общем, как Вам сказать. Закончил среднюю школу, закончил высшую школу. Когда поступал в высшее заведение, я закончил Шевченко, государственный университет, юридический факультет. В последнем, ну, то есть, 10–11 класс в школе, я курил марихуану. Уже когда поступил в университет, я попробовал героин».

(Клієнт, Житомирська область)

Стаж споживання вимірюється переважно кількома роками. Як свідчать відповіді самих клієнтів, значна частина з них почала вживати наркотики в підлітковому віці й на момент настання повноліття мала вже кількарічний досвід регулярного споживання.

«Мне 30 лет. Употребляю я их с 18-ти. Это в системе, можно сказать. А пробовал раньше. В школе первый раз укололся, лет в 15. Амфетамины. С 18 лет на опиуме сидел».

(Клієнт, Одеська область)

Переважна більшість клієнтів характеризується тим, що також має значний досвід самолікування, звернень до інших центрів або спеціалістів з намаганням позбутися залежності. Практично всі клієнти звернулися до центрів за власним бажанням. Це частково може пояснити вікову специфіку роботи центрів – молодші споживачі наркотиків не мають достатньої мотивації для звернення до центрів. Основним джерелом інформації про центри для клієнтів є особисті рекомендації інших колишніх клієнтів або «історії успіху», що циркулюють у їхньому середовищі. Лише одиниці звернулися до центрів за рекомендацією лікарів-наркологів. У таких випадках лікарі переважно надавали клієнтам брошури кількох центрів реабілітації, і ті самі мали вибрати та обдзвонювати їх.

«Различными способами. Ездил и к шаманам в разные регионы Украины, и к бабкам, и наркологии. Ничего не помогало. И на силе воли – тоже не помогало, максимум на несколько дней хватало».

(Клієнт, Донецька область)

Незначну групу серед клієнтів складають ті, хто був направлений до центру «примусово» – під тиском обставин (переважно йдеться про проблеми з міліцією, які родичам вдалося залагодити за умови відправлення споживача до центру реабілітації).

«Честно говоря, это было не по личному желанию. Личное желание появилось потом. Где-то всегда понимаешь, что вот последний раз и все такое. Но просто сложились так обстоятельства, что надо было. Уже родители сказали, что нет больше сил, с милицией были проблемы».

(Клієнт, Хмельницька область)

Співробітники центрів відзначають певне зниження тривалості стажу й омолодження клієнтів. Вони пов'язують це з тим, що неопіодні наркотики є доступнішими для придбання та приготування і при цьому мають більш виражений негативний вплив на організм.

Традиційно серед клієнтів більше чоловіків, однак і тут деякі співробітники центрів указують на збільшення серед своїх клієнтів частки молодих жінок.

«Возраст – от 20-ти до 35-ти. Наркотик очень подешевел, очень тяжелел, очень быстро разрушает. Бывшие опитники лет 10–12 еще могли быть в достаточно нормальной физической форме. Сейчас года два употребления на сидалгинах, всей этой аптечной мишуре... 2 года употребления, 2 с половиной, 3 они уже приходят к нам с такими язвами, с такими».

(Співробітник центру реабілітації)

Практично всі опитані клієнти цілковито довіряють і задоволені роботою центрів, де вони проходять реабілітацію, та обраними програмами.

Як клієнти, так і представники центрів неодноразово підкреслювали необхідність існування кількох альтернативних програм реабілітації, щоб забезпечити клієнтові можливість вибору залежно від його особистих вимог.

Найбільше занепокоєння у значної частини клієнтів викликає власне майбутнє – необхідність повертатися до свого попереднього оточення, шукати засоби до існування. Клієнти наголошують на тому, що в майбутньому їм буде потрібна психологічна підтримка. Відповідно, багато клієнтів намагаються залишатися якнайближче до центру, щоб мати змогу звернутися по допомогу, або сподіваються залишитися в ньому як волонтери.

4.4. Опис механізмів спрямування/перенаправлення до програм реабілітації від проектів зменшення шкоди, замісної терапії тощо

Попри великий потенціал, який має спільна з іншими профільними установами робота, в Україні вона, на думку більшості експертів усіх рівнів, не налагоджена належним чином. Експерти відзначають, що здебільшого співпраця тримається на особистих контактах і домовленостях, державні механізми співпраці майже відсутні.

Переважає більшість клієнтів центрів реабілітації/ресоціалізації дізнається про існування центру через особисту рекомендацію колишніх клієнтів чи їхніх знайомих. Випадки направлення до центру від інших проектів або державних структур складають значну меншість, особливо для недержавних центрів.

Найменш розвиненими є зв'язки центрів реабілітації з державними установами та закладами. Так, лише окремі центри мають підписані договори про співпрацю з наркологічним диспансером. У більшості випадків перенаправлення клієнта має характер лише усної рекомендації, що суттєво знижує вірогідність того, що клієнт таки потрапить до центру. Лікарі наркодиспансерів не ведуть звітності із кількості направлень до того чи іншого центру, немає, в більшості випадків, безпосереднього контакту між диспансером та центрами.

Недостатньою, за відчуттями представників центрів, є і співпраця на етапі, коли клієнт закінчує реабілітацію й повертається до життя в суспільстві.

Релігійні центри реабілітації розв'язують цю проблему завдяки зв'язкам з релігійними громадами своєї церкви. Так, вони можуть наглядати за подальшим життям «випускника», допомагати у працевлаштуванні та вирішенні інших проблем, навіть якщо клієнт проживає в іншій області.

Деякі центри намагаються виробити в клієнтів певні навички та навчати їх певних спеціальностей, щоб полегшити їм пошук роботи в майбутньому. Однак такі практики не є систематичними та обмежуються фінансовими й технічними можливостями конкретного центру.

Для влаштування подальшого життя клієнтів вельми корисною була би співпраця ЦР із ЦССМ, службами працевлаштування, професійно-технічними училищами та іншими навчальними закладами. Можливим шляхом вирішення цього питання є також створення мультифункціональних соціальних центрів, де клієнт міг би отримати консультацію юриста, психолога, лікаря та інших фахівців, мав би можливість тимчасово перебувати (у випадках пошуку роботи або відновлення втрачених документів) тощо.

Набагато розвиненішою є співпраця різних центрів реабілітації з громадськими організаціями (ВІЛ-сервісними закладами, які займаються допомогою споживачам наркотиків) та іншими центрами. Між центрами підтримується обмін досвідом, неформальне спілкування, проводяться спільні культурно-спортивні заходи.

«В каком плане: у нас проводятся соревновательные, состязательные мероприятия, волейбол, теннис, футбол, шашки, шахматы. Иногда турниры устраиваем с другими центрами».

(Співробітник центру реабілітації)

У рамках співпраці центри реабілітації досить часто перенаправляють клієнтів до інших ЦР, якщо з певних причин не можуть прийняти їх самі. Такими причинами можуть бути невідповідність клієнта умовам прийняття в програму (вік, стать), необхідність вилучити його з негативного середовища шляхом переїзду в інший регіон тощо. У деяких випадках, якщо клієнтові не підходить програма (з релігійних чи інших особистих мотивів), його також перенаправляють до центру, який працює за іншою програмою.

Недоліком такої переадресації для державних центрів стає те, що, отримуючи фінансування з місцевого бюджету, вони не можуть приймати клієнтів з інших областей, не можуть перенаправити клієнта до іншого центру власної мережі, аби вилучити його з негативного середовища. У таких випадках керівництво центрів також вимушене звертатися до колег із недержавних ЦР.

Спеціалізовані центри, які працюють з підлітками, мають тісніші зв'язки із соціальними службами, наркологією, кримінальною міліцією, а також налагоджений процес відбору клієнтів, готових до реабілітації.

«У нас есть связи с социальными службами. Это я чисто по простоткам говорю. И естественно, наркологическая служба. Мы проводим консультации в наркологических стационарах. Я имею в виду отделения, которые занимаются именно детоксикацией и первыми этапами лечения. Мы проводим консультацию и отбираем пациентов, которые готовы».

(Співробітник центру реабілітації)

У майбутньому представники центрів хотіли б розвивати тіснішу співпрацю з такими установами:

- місцевою адміністрацією;
- медичними закладами, зокрема наркологічними диспансерами;
- державними соціальними закладами;
- центрами зайнятості;
- місцевими неурядовими організаціями;
- центрами допомоги хворим на СНІД;
- релігійними організаціями різних конфесій;
- навчально-освітніми закладами;
- службами виконання покарань;
- кримінальною міліцією.

Особливу увагу експерти привертають до питання діяльності міліції в роботі із залежними від психотропних речовин. Зокрема зазначалося, що, на відміну від країн Європи, де правоохоронні органи перенаправляють наркозалежних до установ, здатних надати їм професійну допомогу, в Україні такої практики майже немає.

Загальним висновком експертів було визнання необхідності створення офіційних механізмів міжструктурної співпраці, що має не тільки поліпшити взаємодію різних організацій, а й дає змогу вести статистичний облік наркозалежних та моніторинг якості їхнього життя після проходження тієї чи іншої програми реабілітації.

Насамперед необхідно поліпшити механізми співпраці на етапах перед- та постреабілітації, тобто налагодити механізм направлення клієнта до центру й механізм його «ведення» після закінчення курсу.

5. Рекомендації щодо вдосконалення діяльності центрів ресоціалізації для наркозалежної молоді та включення підлітків віком 14–17 років у систему надання послуг

Основною проблемою розробки державної політики щодо ресоціалізації/реабілітації наркозалежних в Україні є нескоординованість різноманітних зацікавлених сторін (стейкхолдерів) сфери ресоціалізації/реабілітації. Значна частина послуг з ресоціалізації/реабілітації надається організаціями недержавного сектора й фінансується споживачами послуг (населенням). Держава слабо залучена до надання, фінансування та регулювання цієї сфери, а з боку недержавних організацій відсутні професійні об'єднання (асоціації), які могли б займатися централізованим регулюванням сфери: забезпеченням належної якості послуг, взаємодією з представниками державної влади національного та місцевого рівня, захистом інтересів членів, створенням єдиного реєстра надавачів послуг і моніторингом їхньої діяльності.

Орієнтуючись на міжнародний досвід, можна виділити два шляхи розвитку сфери ресоціалізації/реабілітації наркозалежних: створення єдиного державного органу, що займається регулюванням сфери, або сприяння створенню професійної асоціації організацій – надавачів послуг. З огляду на фінансові обмеження, більш доцільною стратегією для держави може бути фасилітація процесу створення професійного об'єднання, вироблення стандартів роботи, надання пільгових умов функціонування, сприяння навчанню, надання соціальних замовлень організаціям – надавачам соціальних послуг різних форм власності. Тим більше, що багато з недержавних організацій мають тривалий досвід роботи (5–10 років).

Важливою й потрібною зміною на рівні законодавства, відзначають експерти національного рівня, мало би стати визнання наркозалежності хворобою, що потребує надання допомоги, сприяння щодо реабілітації, скерування залежних осіб у соціальні служби замість ув'язнення тощо. Натомість, сьогодні мають місце випадки перешкоджання роботі соціальних робітників і лікарів з боку міліції, наприклад, їхнє затримання, ускладнення роботи (обміну шприців, здійсненню замісної терапії, роз'яснювальної роботи та інших профілактичних заходів), вимоги щодо розголошення персональних даних пацієнтів,

затримання самих пацієнтів та їхнє ув'язнення. Єдиний орган, що опікується сферою ресоціалізації/реабілітації наркозалежних (державний або ж професійна асоціація), міг би займатися врегулюванням міжвідомчої взаємодії та соціальної політики щодо наркозалежних.

Експерти відзначають, що на державному рівні більш поширеними є медичний підхід до реабілітації наркозалежних (детоксикація), схильність до «кількісного планування» необхідного числа обслуговуваних пацієнтів та оцінки її успішності. На противагу наявним методам, необхідним є впровадження комплексного медикопсихосоціального підходу – співробітництва медичних установ, центрів реабілітації/ресоціалізації, служб зайнятості тощо.

Експерти відзначають також, що успішний європейський досвід роботи з наркозалежними людьми (у тому числі контролю за поширенням ВІЛ-інфекції серед наркозалежних) був наслідком розробки та повноцінного фінансування відповідних державних програм у рамках визначеного стратегічного підходу. Такі програми, вважають експерти, є необхідними і в Україні.

Відповідальність за розробку та контроль за впровадженням таких програм мав би взяти на себе спеціальний політичний орган або професійне об'єднання надавачів послуг.

Необхідності координації зусиль у коментарях експертів приділялась особлива увага. Зазначалося, що в Україні інституції, які займаються розв'язанням проблеми, не взаємодіють. Процедури спільної розробки програм прикладного характеру на даний момент також не напрацьовані.

Для ефективної роботи центри реабілітації мають взаємодіяти з медичними наркологічними установами з метою забезпечення можливості подальшого безперервного супроводу пацієнтів, із соціальними службами, службами зайнятості, а також місцевими релігійними громадами (які мають певний досвід ресоціалізації наркозалежних).

До співпраці необхідно залучити правоохоронні органи, забезпечивши їх як законодавчо, так і організаційно (розробити процедури взаємодії із соціальними службами) задля зменшення числа ув'язнень наркозалежних, оскільки такі заходи не впливають на розв'язання проблеми.

«В Европе существует такая практика, человек употребляющий наркотики, когда его привлекают к уголовной ответственности, у него есть право выбора, либо лечиться, то есть 90 дней, 90 собраний, это четко очень регламентируется, – это

очень серьезно, ложиться на реабилитацию, ходит – либо ты идешь в тюрьму. И это право выбора человека, и это должно быть в нашей стране тоже».

(Експерт національного рівня)

Практично всі експерти говорили про те, що першочерговим кроком має стати подолання корупції в органах місцевого самоврядування. Зокрема, необхідно забезпечити прозорість проведення тендерів на виконання соціальних послуг на місцях. Це є принциповим для забезпечення в майбутньому якісного виконання державного замовлення у сфері соціальних послуг.

Слід спрямувати зусилля на створення широких можливостей для участі в програмах замісної терапії, яка:

- є ефективним засобом зниження обсягу та декриміналізації споживання наркотиків;
- як свідчить світовий досвід, є одним із найефективніших заходів контролю за поширенням ВІЛ серед наркозалежних.

Проте, будучи виходом для суспільства, замісна терапія не повинна сприйматися як панацея в кожному випадку. Експерти як національного, так і регіонального рівнів застерігають від залучення до програми замісної терапії молодих людей з порівняно незначним стажем споживання замість направлення їх до програм реабілітації та ресоціалізації.

Іншим важливим елементом допомоги наркозалежним (а можливо, й іншим соціально неадаптованим особам) мало би стати створення консультаційних центрів, безкоштовної телефонної гарячої лінії, де клієнт міг би отримати інформацію про можливості реабілітації, психологічної чи іншої допомоги. Багатий досвід роботи таких ліній може бути запозичений з-за кордону.

Також необхідним є впровадження мультифункціональних соціальних центрів з можливістю консультації, денних чи тимчасових. Після закінчення реабілітаційного курсу особа могла б звернутися до такого осередку й отримати допомогу побутового характеру, інформаційну підтримку. Сфера діяльності таких центрів відрізняється від сфери «реабілітації». Тому ці два напрями мають взаємодіяти, однак бути при цьому організаційно розділеними й мати свої програми діяльності.

Резюмуючи думки експертів, можна виокремити такі кроки, необхідні для вдосконалення роботи центрів реабілітації, які для зручності поділені на категорії.

Нормативно-правова база

- Подальша розробка нормативно-правових документів для регулювання відносин у сфері ресоціалізації/реабілітації наркозалежних.
- Створення професійного об'єднання представників центрів реабілітації/ресоціалізації.
- Вироблення стандартів роботи центрів та створення державної системи соціального замовлення.
- Створення пільгових умов функціонування центрів.

Система навчання

Цей сектор був визнаний експертами різних рівнів одним із першочергових напрямів, у якому необхідно проводити зміни. Ефективність напряму реабілітації залежить безпосередньо від якості послуг та кваліфікації персоналу.

Для підвищення рівня кваліфікації працівників зокрема рекомендовано такі кроки:

- Упровадження напряму підготовки спеціалістів з реабілітації/ресоціалізації наркозалежних у вищих та професійно-технічних навчальних закладах.
- Створення короткотривалих сертифікованих курсів для діючих співробітників центрів ресоціалізації/реабілітації наркозалежних на базі закладів підвищення кваліфікації чи вищих навчальних закладів з метою надання теоретичної підготовки та підтвердження професійної кваліфікації працівниками з практичним досвідом роботи. Термін навчання на таких курсах може варіюватися від кількох місяців до року, передбачати можливість заочного або дистанційного навчання; такі курси мають бути безоплатними або пільговими для співробітників центрів ресоціалізації/реабілітації наркозалежних. Цільовими групами таких курсів мають стати діючі спеціалісти центрів, а також співробітники й волонтери із числа колишніх наркозалежних.
- Упровадження програм, пристосованих саме для роботи з неповнолітніми на основі міжнародного досвіду.
- Окремим напрямом підготовки спеціалістів має стати робота щодо реабілітації/ресоціалізації неповнолітніх наркозалежних та членів їхніх родин.

Соціальна допомога

Ураховуючи велику кількість споживачів наркотичних речовин, які потребують допомоги, постає необхідність у вирішенні питання розвитку сфери соціальних послуг. Експертами та самими залежними була відзначена досить обмежена кількість служб, де можна отримати кваліфіковану консультацію та безоплатні послуги з реабілітації/ресоціалізації.

Загалом було запропоновано розвивати кілька напрямів у роботі з наркозалежними:

- Створення кризових та консультаційних центрів соціальної допомоги, які можуть надавати послуги з тимчасового притулку, тестування на ВІЛ/СНІД, ЗПСШ, консультації психолога, соціального педагога, юриста, перенаправляти до наркологічних клінік, центрів реабілітації/ресоціалізації, інших закладів для вразливих верств населення.

- Першочерговим завданням держави, на думку експертів, є створення та розвиток спеціалізованих центрів реабілітації/ресоціалізації неповнолітніх наркозалежних, співробітники яких повинні мати спеціальну підготовку. Такі центри мають надавати можливість продовжувати навчання під час проходження реабілітації/ресоціалізації, приділяти особливу увагу роботі із сім'єю наркозалежного. Ураховуючи особливі потреби цієї категорії, зокрема у значних фінансових ресурсах (що, на думку експертів, у 1,5–2 рази більші, ніж для роботи з повнолітніми наркозалежними) та спеціальній підготовці кадрів для роботи з неповнолітніми, переважна більшість наявних центрів реабілітації/ресоціалізації, за оцінкою цього дослідження, не має таких ресурсів і не планує займатися роботою із цією категорією клієнтів. Робота з неповнолітніми наркозалежними, як вважає переважна частина експертів, має стати пріоритетом держави. Кроком у цьому напрямі може бути створення кількох державних міжрегіональних центрів, що спеціалізуватимуться на роботі з неповнолітніми наркозалежними, та підтримка й розширення діяльності існуючих центрів (як державних, так і недержавних).

- Під час створення спеціалізованих центрів реабілітації/ресоціалізації неповнолітніх наркозалежних експерти рекомендують звернутися за досвідом до сусідніх держав, зокрема Польщі.

- Визнаючи переваги замісної терапії, яка, на думку експертів, є ефективним засобом зниження обсягу та декриміналізації споживання наркотиків й одним з найефективніших заходів контролю над

поширенням ВІЛ серед наркозалежних, експерти як національного, так і регіонального рівнів застерігають від залучення до програми замісної терапії молодих людей з порівняно незначним стажем споживання замість направлення їх до програм реабілітації та ресоціалізації. Таке застереження ще раз підкреслює необхідність розвитку спеціалізованих центрів реабілітації/ресоціалізації для неповнолітніх та привернення уваги держави до цієї проблеми.

- Заохочення створення послуг із соціального супроводу для наркозалежних, котрі пройшли курс ресоціалізації/реабілітації.

6. Моніторинг та оцінка діяльності центрів реабілітації/ресоціалізації: критерії якості, індикатори

Значна частина співробітників та навіть керівників центрів вважає основним критерієм успішності центру термін ремісії клієнта, який дорівнює 1–2 рокам після проходження програми. Подібною думки дотримуються й самі клієнти та їхні близькі.

Водночас інша частина керівників центрів та національні експерти не вважають такий критерій достатнім чи навіть показовим. Ці експерти підтримують упровадження в Україні міжнародних стандартів надання допомоги наркозалежним, розроблених на основі світового досвіду. Зокрема, такі документи, як стандарти ВООЗ та Управління ООН з питань наркотиків і злочинності, містять наукове обґрунтування методів лікування.

Ці стандарти містять, зокрема, такі критерії оцінки якості послуг з реабілітації:

- доступність лікування;
- оцінку процесу діагностування;
- наявність плану реабілітації;
- дотримання прав людини, повагу до честі та гідності пацієнта;
- урахування потреб спеціальних підгруп: жінок, підлітків, ВІЛ-інфікованих, ув'язнених.

Експерти відзначають важливість таких індикаторів, як:

- тривалість реабілітаційного курсу – не менше, ніж така, що відповідає визначеним на державному рівні програмам;
- комплексний зміст програми реабілітації (відповідний визначеним програмам, що включає реабілітаційний компонент);
- деякі внутрішні показники, обумовлені структурою програми, що можна фіксувати під час перебування клієнта на реабілітації (проміжні підсумки етапів – фіксування успіхів, факт зривів під час програми, порушень правил тощо);
- ведення єдиної бази клієнтів з визначеною системою кодування;
- наявність компоненту роботи зі співзалежними;
- наявність постреабілітаційних практик (ресоціалізація, постреабілітаційне спостереження, моніторинг реабілітованих);

- можливість додаткового консультування чи перенаправлення до інших послуг (наприклад з приводу ВІЛ-СНІД).

Крім того, у ролі індикаторів успішності лікування доцільно використовувати не тільки тривалість ремісії (найбільш широко використовуваний показник), а й інші показники, що визначають якісні зміни в житті клієнта:

- поліпшення якості життя (відновлення соціальних зв'язків, наявність роботи);
- зниження рівня ризикованої поведінки.

Такі показники можливо використовувати лише в тому разі, коли в центрі наявні постреабілітаційні практики.

Робота соціального працівника та/або психолога в центрі реабілітації має бути документована й формалізована. Цей компонент роботи має важливе терапевтичне значення, з одного боку, а з другого – дає змогу оцінювати зміст та обсяг зусиль персоналу.

Якісна програма реабілітації, на думку більшості експертів, передбачає вироблення попереднього бачення перспектив, зокрема стосовно працевлаштування. Натомість центри, що діють в Україні, часто завершують програми «на півдорозі». Це, на думку експертів, є показником нагальної потреби розробки в Україні державних стандартів надання послуг з реабілітації та створення системи їх моніторингу.

Перелік скорочень

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МВС – Міністерство внутрішніх справ

ДБНОН – Департамент боротьби з незаконним обігом наркотиків

НМО (Health Management Organization) – Організація управління здоров'ям

MDA (United Kingdom Misuse of Drugs Act) – Акт Великої Британії про вживання наркотичних речовин

ЄС – Європейський Союз

ООН – Організація Об'єднання Націй

НДО – неурядова організація

СІН – споживач ін'єкційних наркотиків

ЦССМ – Центр соціальних служб для молоді

ЗПСШ – захворювання, що поширюється статевим шляхом

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

Підп. до друку 12.04.2011 р.
Папір офс. Друк офс. Гарнітура SchoolBook.
Ум.-друк. арк. 6,7. Обл.-вид. арк. 5,1.
Наклад 1000 прим. Замовл. 0412-11.

ТОВ «Поліграфічний центр «Фоліант».
04176, Київ-176, вул. Електриків, 26. Тел.: (044) 229-80-45.
Свідоцтво Держкомінформу України (серія ДК № 149 від 16.08.2000 р.)