ПОЛИТИКИ ЗА СОЦИАЛНО ПРИОБЩАВАНЕ, НАСОЧЕНИ КЪМ ХОРА СЪС ЗАВИСИМОСТИ КЪМ ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА

Галина Стоянова[1], Нов български университет

Резюме

В първата Национална стратегия за борба с наркотиците 2003 – 2008 г. в България бяха предвидени мерки за психосоциална рехабилитация, насочени към лица, зависими от наркотични субстанции. Двадесет години по-късно няма изградена система и не съществуват финансирани от държавата резиденциални програми за ресоциализация на зависими лица, което води до висок процент на рецидив след детоксикация и терапия. Съществуват множество добри практики в европейски и световен мащаб, които биха могли да бъдат успешно приложени в българската здравна и социална система.

Ключови думи: *социално, изключване, зависимост, политики, рехабилитация*

SOCIAL INCLUSION POLICIES TARGETED TO PEOPLE WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE ADDICTION

Galina Stoyanova[2], New Bulgarian University

Abstract

With the first bulgarian Drug Strategy from 2003, psychosocial rehabilitation measures aimed at persons dependent on narcotic substances were foreseen. Twenty years later, there is no established system and no residential state-funded programs for the resocialization of addicts, resulting in a high rate of relapse after detoxification and therapy. There are many best and promising practices on a European and global scale that could be successfully implemented in the Bulgarian health and social system.

Keywords: *social, exclusion, addiction, policies, rehabilitation.*

[1] Галина Стоянова е преподавател в Департамент „Национална и международна сигурност“ на Нов български университет. Защитила докторат в катедра „Публична администрация“ на Софийски университет „Св. Климент Охридски“. Научен изследовател е по теми, свързани с трафик и разпространение на наркотични вещества и политики за превенция на зависимости от ПАВ. Има дългогодишен професионален опит в тези области и е автор на множество научни статии.

[2] Galina Stoyanova is a lecturer at the National and International Security Department of the New Bulgarian University. She defended her doctorate at the Public Administration Department of Sofia University "St. Kliment Ohridski". She is a researcher on topics related to the trafficking and distribution of narcotic substances and policies for the prevention of addiction to PAHs. She has extensive professional experience in these areas and is the author of numerous scientific articles.

Темите, свързани с употребата на психоактивни вещества (ПАВ), стават все по-активно дискутирани в медиите и социалните мрежи. За съжаление, причините за това най-често са трагични инциденти – смъртни случаи след употреба на фентанил; младеж, загинал след падне от прозорец на жилищна кооперация вследствие употреба на синтетичен канабиноид; пътнотранспортни произшествия, причинени от дрогирани шофьори; приети в болница деца след употреба на балони с райски газ и пр. Такива ситуации обичайно водят до кратко активизиране на правоприлагащите органи под формата на операции по противодействие на незаконното разпространение на психоактивни вещества и до стандартния наказателноправен популизъм с въвеждане на забрани и на по-репресивни – най-често недомислени промени в съответните закони, които, вместо да решават проблеми, създават комплицирани казуси в рамките на правораздавателната система.

За тежките форми на зависимост от наркотични вещества и потенциални възможности за терапия и рехабилитация обаче се говори рядко в публичното пространство. Обществото не е чувствително по теми, които засягат няколко десетки хиляди души и техните семейства, често маргинализирани и изоставени да се справят сами с проблем, който изисква огромни усилия и подкрепа, за да бъде преодолян. Социалният укор по отношение на такива лица усложнява допълнително ситуацията независимо от безспорните научни доказателства, че зависимостта е болестно състояние. Социалният остракизъм, насочен към тази маргинализирана общност, е особено видим в рамките на тоталитарни общества, но дори и в съвременни демократични държави не е рядкост. Основната емоция, която предизвикват подобен тип заболявания, не е емпатия, а страх – от неизвестния, често забулен в митове и предразсъдъци феномен на зависимостта, който се проявява на пръв поглед алогично, без оглед на социална принадлежност и предшестващи индикации за проблем.

НОРМАТИВНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЗАКОНОВА БАЗА ЗА ПСИХОСОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ

Според Световната здравна организация определението за психосоциална рехабилитация е „процес, който подпомага индивидите, увредени от психично разстройство, да достигнат *оптимално ниво на независимо функциониране в общността*“.[3]

Според онлайн речника на Европейския мониторинг център за наркотици и наркомании (понастоящем Агенция на ЕС по наркотиците) терминът „лечение без лекарства“ е равнозначен на „психосоциални интервенции“ и включва структурирано консултиране, повишаване на мотивацията, водене на случай, координация на грижите, психотерапия и превенция на рецидив.[4]

Препоръката на Европейския съвет от 18 юни 2003 г. (2003/488/ЕС) за превенция и ограничаване на вредите върху здравето, свързани със зависимостта към наркотични вещества, дава специфични насоки за прилагане на мерки в страните – членки на ЕС, за *ограничаване на вредите, причинени от употребата на наркотици*. Приоритет при

[3] WHO, Lexicon of alcohol and drug terms (1996) Available at https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology

[4] Вж. https://euda.europa.eu/activities/iate-glossary_en

изпълнението на тази препоръка е осигуряването „в съответствие с индивидуалните нужди на злоупотребяващия с наркотици, лечение без наркотици, както и подходящо заместващо лечение, подпомагано от адекватни психосоциални грижи и рехабилитация, като се вземе предвид фактът, че на злоупотребяващия с наркотици трябва да се осигури голямо разнообразие от варианти за лечение“.[5]

В България лечението и рехабилитацията са първоначално нормативно уредени чрез Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП) и Наредба № 30 от 20 декември 2000 г. за реда за участие в долечебни и рехабилитационни програми на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества (обн. ДВ, бр.1 от 2 януари 2001 г.).

Според чл. 85 от ЗКНВП „*Всеки български гражданин има право на лечение и психосоциална рехабилитация* при зависимост или злоупотреба с наркотични вещества“.[6]

Участието на лица, злоупотребяващи или зависими от наркотични вещества, в програми за лечение, за психосоциална рехабилитация и за намаляване на вредите се основава на *принципите на доброволност и поверителност*, като информация се предоставя на лица и служби само в предвидените в закон случаи.

Лечението е доброволно и се осъществява в лечебни заведения, създадени по реда на Закона за лечебните заведения, а в случаите на изтърпяване на наказания, предвидени в Наказателния кодекс, в специализирани лечебни заведения към местата за лишаване от свобода (чл. 88).

Програмите за психосоциална рехабилитация за лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества, се осъществяват от доставчиците на социални услуги по Закона за социалните услуги; от амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуална или групова практика за специализирана медицинска психиатрична помощ, медицински център и диагностично-консултативен център, когато се провеждат в домашна среда; в лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ и в центрове за психично здраве, когато се провеждат в извъндомашна среда (чл. 89).

Според ЗКНВП координацията и методическото ръководство на дейностите за превенция на употребата на наркотични вещества, за лечение и психосоциална рехабилитация на лица, злоупотребяващи или зависими от наркотични вещества, и за намаляване на вредите от употребата на наркотични вещества се извършват от *Националния център по наркомании, но на практика тези функции се изпълняват от Дирекция „Психично здраве и превенция на зависимостите“ в Националния център за обществено здраве и анализи (НЦОЗА)* към Министерството на здравеопазването (МЗ).

Първоначално чл. 9 от Наредба № 30 на МЗ регламентира следните условия, при които лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества, могат да участват в изпълнението на рехабилитационни програми:

1) да не са злоупотребявали с наркотични вещества през последните 2 години;
2) да са преминали успешно през рехабилитационна програма;

[5] Препоръка на Европейския съвет от 18 юни 2003 г. (2003/488/ЕС) за превенция и ограничаване на вредите върху здравето, свързани със зависимостта към наркотични вещества.

[6] Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (Обн. ДВ. бр. 30 от 2 април 1999 г.).

3) да са преминали успешно през едногодишна обучаваща програма по план, разработен от НЦН и одобрен от министъра на здравеопазването.[7]

След 2011 г. дейностите са подзаконово регламентирани и прецизирани от Наредба № 8 от 7 септември 2011 г. за условията и реда за осъществяване на програми за психосоциална рехабилитация на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества.

Както гласи чл. 2 (1) „Психосоциална рехабилитация на лица с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на наркотични вещества, е *система от дейности и грижи, насочени към подобряване на био-психо-социалното функциониране* на индивида и неговата социална интеграция в обществото.

(2) Програмата за психосоциална рехабилитация е системата от дейности и грижи по ал. 1, която включва психологически интервенции и социални дейности, извършвани в общността и в лечебни заведения, които подпомагат и разширяват възможностите на лицата да водят самостоятелен начин на живот“.[8]

Психосоциалната рехабилитация в лечебните заведения се осъществява в съответствие с Наредба № 24 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“ (ДВ, бр. 78 от 2004 г.).

По Наредба № 2 от юни 2012 г. на МЗ се осъществяват програмите за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди (т.нар. метадонови програми). Тя също е съгласувана с Наредба № 24 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“.

Критичният анализ на основните европейски стратегически документи в контекста на тяхното евентуално прилагане в България, както и на българската законова и методическа рамка за прилагането на приобщаващи политики в сферата на наркозависимостите дава по-широка представа за възможните подходи, допринася за идентифициране на проблемните сфери и предлага варианти за интервенции съобразно със специфичните особености на средата.

АНАЛИЗ НА КЛЮЧОВИ СТРАТЕГИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИ В КОНТЕКСТА НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ ПОЛИТИКИ ЗА НАМАЛЯВАНЕ ТЪРСЕНЕТО НА НЕЗАКОННИ ПАВ

В приоритет 6 на *Стратегията на ЕС относно наркотиците* за периода 2021 – 2025 г. са изброени подробно приоритетните области, свързани с осигуряване на *доброволен и неограничен достъп до услугите за лечение и подкрепа*.[9] Предвидените мерки би следвало да функционират в тясна координация и сътрудничество с други социални услуги за подкрепа в областта на здравеопазването, трудовата заетост и грижата за младежта, за да се *осигури пълна непрекъснатост и ефективност на подпомагането*, съсредоточени върху индивидуалните потребности, като се взема под внимание честото

[7] Наредба № 30 от 2000 г. за реда за участие в долечебни и рехабилитационни програми на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества (обн. ДВ, бр.1 от 2 януари 2001 г.)

[8] Наредба № 8 от 7 2011 г. за условията и реда за осъществяване на програми за психосоциална рехабилитация на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества (Обн. ДВ. бр.75 от 27 септември 2011 г.).

[9] Understanding Europe’s drug situation in 2024 – key developments (European Drug Report 2024), EUDA.

наличие на коморбидност на разстройствата. Това включва професионални консултации, психосоциална и медикаментозна терапия, както и индивидуално поддържащо лечение с медицински опиоиди, социална рехабилитация и реинтеграция в рамките на програми за подпомагане на възстановяването.

Ключов компонент в дейностите за бъдещото възстановяване на употребяващото наркотици лице, който поддържа самостоятелността и поемането на отговорност в продължителния процес на реинтеграция, е *насърчаването на включването в тези дейности на хора, преживели сходни проблеми* като начин за споделяне на информация, предоставяне на подкрепа и повишаване на информираността сред общността на употребяващите наркотици. Процесът на подпомагане в тези случаи е двупосочен и би могъл да е от полза както за зависимото лице, така и за подпомагащия процеса на възстановяване.

Премахването на затрудненията, препятстващи достъпа до услуги за подкрепа и лечение, е важно условие, удостоверяващо, че здравните и социални мерки са достатъчно налични, финансирани и пригодени към нуждите на ползващите ги групи и не дискриминират участниците въз основа на пол, възраст, образование, културна и етническа принадлежност, както и че се отчитат и други ситуационни фактори, като бедност, семейно положение, лишаване от свобода или влошено физическо и психично здраве, психосоматични увреждания и пр.

В Стратегията на ЕС основно внимание се обръща на *стигматизацията, свързана с употребата на наркотици*, която би могла да повлияе негативно върху психичното състояние на употребяващите психоактивни вещества и да се окаже препятствие пред търсенето на подкрепа.

Препоръчва се *индивидуализация на мерките по отношение на жени*, които търсят или вече ползват услуги, предвиждащи консултации, лечение и рехабилитация на съществуваща проблемна употреба на наркотици, отчитайки факта, че начините на употреба на ПАВ и съпътстващите проблеми могат да се различават от тези при мъжете. Фактори, като домашно насилие, стигматизиране, физически или психически травми, бременност и грижи за децата, както и други демографски, социално-икономически, ситуационни и лични фактори следва да се имат предвид с цел адекватното предоставяне на услуги, които да отразява специфичните нужди и житейския опит на жените с проблемна психоактивна употреба. Препоръчва се координация с НПО и други доставчици на социални услуги по отношение на уязвими жени, жертви на домашно насилие, трафик на хора и др.

Следва да бъде отчетено *многообразието в профила на употребяващите* наркотици, като се предприемат стъпки за предоставяне на услуги, които са адекватни и съобразени с нуждите на различни групи проблемно употребяващи психоактивни субстанции лица. Специфичните групи от лица, употребяващи ПАВ или страдащи от психични разстройства в контекста на проблемна употреба или зависимост, предполагат потенциално разнообразни или по-специфични нужди от подпомагане. Те могат да включват: деца и младежи; възрастни с продължителна употреба или зависимост от наркотици в миналото; лица със съпътстващи психични проблеми; ЛГБТИ; лица, употребяващи няколко вида наркотици; родители, употребяващи наркотици; лица с психосоматични увреждания; етнически малцинства; мигранти; бежанци; лица,

предоставящи сексуални услуги и извършващи проституция или бездомни хора. Ефективната ангажираност с тези отличаващи се по състава си групи отчита необходимостта от партньорства между различните служби и организации, предоставящи здравни, социални и образователни услуги на уязвимите общности.

Приоритет 7 от Европейската стратегия по наркотиците включва *мерки и политики за намаляване на здравните и социалните рискове и на вредата от употребата на наркотици*, като особен акцент се поставя върху местата за лишаване от свобода, по-подробно развити като концепция в приоритет 8.

По оценка на Агенцията на ЕС по наркотиците поне 70% от европейските затворници са използвали незаконно психоактивно вещество. Доколкото проблемите с употребата на наркотици могат да се задълбочат в затворите поради трудности в адаптацията към тази неприсъща и дискомфортна среда, *лишаването от свобода може да се окаже своеобразна възможност за лечение и рехабилитация*.

Всички държави – членки на ЕС, включително и България, имат предвидени алтернативи на наказателните санкции по отношение на употребяващите наркотици правонарушители и на задържани, на които е предявено обвинение или са осъдени за престъпления, свързани с наркотици. Доколко те се прилагат у нас е тема на обширен критичен анализ.

Стратегията препоръчва постигане на напредък в *увеличаването на усилията и интегрирането на ефективни мерки, различни от репресивните*. В това отношение в повечето държави членки употребата на наркотици и/или притежаването им за лична употреба, както и притежаването на малки количества наркотични вещества не се третират като престъпление, доколкото съществува опцията за въздържане от налагане на наказателни санкции. България е една от малкото европейски държави с високо ниво на репресия по отношение на употребяващи лица, което налага преосмислянето на възможните подходи към проблема.

Основна препоръка към държавите от ЕС е *поддържането и подобряването на достъпността и покритието на услугите за намаляване на риска и вредата*, осъществявани от обучени социални и здравни работници.

Тези услуги следва да се ръководят от утвърдените минимални стандарти за качество в интервенциите, насочени към ограничаване търсенето на наркотични вещества в ЕС. Необходимо е *да се осигури непрекъснатост на дейностите* за профилактика и лечение на предаваните по кръвен път инфекциозни заболявания – особено спин (HIV) и хепатит С (HCV), както и да се достигне до високорисковите групи от населението, на които да бъде подсигурен достъп до услугите за предоставяне на игли и спринцовки в съчетание с други социални и здравни услуги с нисък праг, метадонова терапия и програми за доброволни изследвания и лечение за HIV и HCV. Целта е предотвратяване на предаваните по кръвен път инфекциозни заболявания сред хората, които си инжектират наркотици.

Стратегията на ЕС включва прилагането на различни иновативни мерки за намаляване на риска и вредата, които целят достъп до високорисковите групи от населението и тяхното приобщаване към възможности за терапия и лечение. Такива са *центровете за контролирана употреба на наркотици*, които се опитват да намалят рисковете и вредата сред най-уязвимите групи употребяващи. Програмите с нисък праг, работата по

осведомяване и подходите към хората, които употребяват рисково наркотици, и техните семейства са от съществено значение за намаляване на негативните здравни и социални последици от употребата на наркотици, както и за тяхното социално приобщаване. Сред прилаганите понастоящем ответни интервенции *липсват ефективни мерки за ограничаване на смъртните случаи, асоциирани със свръхдозиране*. Поради това следва допълнително да се проучи възможността за прилагане на опиевия антагонист *налоксон*, включително в програми за приемането му в домашни условия, като реакция или интервенция при свръхдозиране на опиоиди. Освен това са необходими допълнителни данни относно центровете за контролирана употреба на наркотици, чиято цел е да се предотвратят свързаните с наркотици смъртни случаи. Наблюдението и докладването на смъртните случаи в резултат на свръхдоза в целия ЕС се нуждае от допълнително оптимизиране. Броят на тези случаи следва да бъде ключов показател за измерване на напредъка в изпълнението на стратегията.

Мобилните лаборатории са друг вариант на фокусни точки за достъп до употребяващи, които са с различен профил – най-често младежи, рекреативно консумиращи екстази и канабис на големи музикални събития.

Свързаните с наркотиците социални и здравни услуги играят важна роля за *превенция на смъртността вследствие на употреба на наркотици*. Следва да се обмислят и разработят новаторски подходи за хората, които употребяват стимулиращи наркотици, и младежите, които употребяват наркотици с рекреативна цел. Заедно с това е необходимо да се запазят ефективните и положително оценени иновации в областта на услугите за намаляване на вредата, наблюдавани в някои държави членки в условията на пандемията от COVID-19.

Разработването и предлагането на политики за ограничаване търсенето на наркотични вещества следва *да насърчава активната ангажираност на гражданското общество*, включително неправителствените организации, младите хора, употребяващите наркотици, клиентите на свързани с наркотиците услуги, научната общност и други експерти. Предоставянето на достатъчно ресурси е от ключово значение за последователното и успешно реализиране на всички услуги на местно, регионално и национално равнище.

През 2024 г. *Европейският център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите* се преструктурира в *Агенция на ЕС по наркотиците*. Промяната на името е в синхрон с необходимостта от политкоректни и нестигматизиращи термини в сферата на наркополитиките. В техния контекст термини, като наркотик, наркомания, борба и др., все по-често се заменят с психоактивно вещество, зависимости, противодействие и политики за превенция на зависимостите от ПАВ.

Агенцията на ЕС по наркотиците публикува и периодично актуализира *Рамкови насоки за разработване и прилагане на здравни и социални мерки, касаещи проблемите с наркотиците*.[10]

Рамката за действие е създадена, за да подпомогне и изясни текущия процес на анализ относно възможната реакция и факторите, които трябва да се вземат предвид на всеки

[10] Action framework for developing and implementing health and social responses to drug problems, 2024, EUDA.

етап от прилагането на съответните мерки. Този фундаментален подход би следвало да се прилага от институциите, които планират здравна и социална политика или интервенции за ограничаване на проблемите, произтичащи от употребата на наркотици. Заедно с това тя предоставя структурирани насоки чрез различни кратки ръководства, които заедно съставляват *Европейското ръководство за здравни и социални мерки за противодействие на проблемите, свързани с наркотиците*[11].

Според тези стратегически насоки отговорите на проблемите с наркотиците са всички действия или интервенции, които се предприемат за справяне с негативните последици от употребата на незаконни наркотици. Ресурсите, които разглеждат важни фактори при планирането и прилагането на здравни и социални отговори на проблемите с наркотиците, включват индуктивни и дедуктивни подходи, целящи както обобщаването и обединяването в общи сфери, така и индивидуализацията на съответните мерки съобразно със специфични особености, свързани с употребата на конкретни психоактивни субстанции и профила на употребяващите.

Важно е да се определи кои подходи са най-подходящи за прилагане към определени модели на употреба *с оглед на специфичните вещества, посочени по-долу, и начините на консумация*, характерни за ЕС.

- Канабис;
- Немедицинска употреба на медикаменти;
- Нови психоактивни вещества;
- Опиоиди;
- Стимуланти;
- Полиупотреба на вещества.

Особено внимание изисква *високорисковата употреба* в контекста на вредите, които причинява както на индивидите, така и на обществото като цяло и е повод за загриженост в много страни от ЕС. Интервенциите са разгледани в две посоки, насочени към лица, употребяващи психоактивни вещества чрез инжектиране, както следва:

- Болести, предавани по кръвен и полов път;
- Смъртност от свръхдоза.

Средата, в която се извършва употребата, е важен фактор, който може да повлияе на проблемите, асоциращи се с употребата на незаконни ПАВ, и избора на подходящи интервенции. Обобщено като такава среда могат да бъдат посочени, както следва:

- Местни общности;
- Места за лишаване от свобода;
- Рекреативна употреба;
- Училища;
- Употреба на работното място.

[11] Health and social responses to drug problems: a European guide, 2024, EUDA.

Някои *подгрупи от населението* имат специфични проблеми с наркотиците, нужди или уязвимости, които изискват различни реакции и нестандартен подход. Такива подгрупи са:

- Семейни хора;
- Бездомни хора;
- Мигранти;
- Възрастни хора;
- Жени.

В *Европейското ръководство за здравни и социални мерки за противодействие на проблемите, свързани с наркотиците*, са идентифицирани и други аспекти на проблема с употребата, включващи коморбидност на заболяванията и връзка между употребата на ПАВ и психични заболявания; сексуално здраве; деца на родители, употребяващи наркотици; мигранти, бежанци и етнически малцинства; интернет и съответните свързани с него рискове; стаи за употреба на наркотици и пр.

АНАЛИЗ НА КЛЮЧОВИ СТРАТЕГИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИ В КОНТЕКСТА НА БЪЛГАРСКАТА ПОЛИТИКА ЗА НАМАЛЯВАНЕ ТЪРСЕНЕТО НА НЕЗАКОННИ ПАВ

Трябва да признаем, че в България след 2003 г. не липсват стратегически документи, планове и ръководства, които са относително добре разработени – най-често в превод от английски като език на оригинала, козметично редактирани спрямо ситуацията и актуалната законова база. За съжаление, позитивните примери за успешни програми по линия на ограничаване на търсенето на наркотични вещества се свързват с работата на няколко НПО, основно финансирани от дарения и чуждестранни фондове, спорадично подпомагани от общински или държавни здравни или социални структури.

Когато анализираме политиките за социално приобщаване, насочени към хора със зависимости от психоактивни вещества, е необходимо да отчетем няколко важни аспекта. На първо място независимо от общия им признак на насоченост спрямо лица, които са развили зависимост, трябва да сме наясно, че видовете зависимост варират значително както по отношение на вида вещество, към което тя е придобита, така и по отношение на степента и вида на самата зависимост, средата, в която се развива това хронично заболяване и пр. От друга страна, мерките, които биха могли да се приложат, зависят от това дали лицето продължава да употребява наркотици, дали е на заместваща терапия, или е прекратило напълно употребата. Особено значение имат и социалният, възрастовият, семейният, етническият или половият профил на лицата, които са диагностицирани като високорискови или зависими от психоактивни субстанции.

В изпълнение на Националната стратегия за борба с наркотиците (2003 – 2008) с цел подобряване на качеството и ефективността на интервенциите в областта на психосоциалната рехабилитация в Република България още през 2009 г. са публикувани *Насоки за добра практика в психосоциалната рехабилитация на зависимости*. Автори са психолози, психиатри и специалисти, безспорни авторитети в сферата на зависимостите от психоактивни вещества, които се обединяват в разбиранията си

относно основните принципи на политиките в областта на наркотиците – тяхната балансираност и холистичен подход на базата на доказателства.[12]

В контекста на различни определения и основни термини в областта на лечението на зависимости са включени *хабилитацията и рехабилитацията*, които означават съответно създаване на условия за социализация или възвръщане към функционален начин на живот.

Част от употребяващите наркотици имат позитивна история на социално функциониране, образователни, професионални и социални умения в рамките на семейството и общността, преди употребата на наркотици да ограничи просоциалния им начин на живот. В този случай процесът на възстановяване включва *рехабилитация* – възстановяване на капацитета за поддържане на позитивен начин на живот, физическо и емоционално благосъстояние. Друга част от употребяващите психоактивни вещества никога не са постигали функционален начин на живот. Съответно тяхното възстановяване включва *хабилитация* – първоначално придобиване на поведенчески умения, нагласи и ценности, свързани със социализацията им.

Психосоциалната рехабилитация на зависимости се разглежда като *система от мерки*, последващи етапа на детоксикация и психосоматична стабилизация, която цели *промяна в начина на живот, нова личностна идентичност и достигане оптимално ниво на адекватно функциониране на зависимия индивид*. Процесът на психосоциална рехабилитация поставя акцент върху подобряване на компетентностите на индивидите в различни социални области и на взаимоотношенията им със значимите хора от тяхното обкръжение с цел постигане на възможно най-високо качество на живот. Психосоциалната рехабилитация е комплексна дейност, която обхваща различни сектори и нива на функциониране – от терапевтичните програми до семейството и професионалната реализация. В нея са въвлечени различни общности и групи – потребители, професионалисти, семейства, работодатели, администратори на служби и обществото като цяло.

В зависимост от географските, културните, социално-икономическите и политическите характеристики на условията, в които се предлага психосоциална рехабилитация, както и личностните характеристики на отделните потребители, вариантите за осъществяване на подобен тип интервенции могат да бъдат много разнообразни. Обединяващото звено са целите, насочени към постигане на въздържание от злоупотреба с психоактивни вещества (пълно или за дълъг период от време); преустановяване на навици и дейности, свързани с търсенето и употребата на наркотици, и замяната им със социално приемливи модели на поведение и здравословен начин на живот; постигане на самоконтрол, автономност и социална адаптация в семейната, приятелската и трудовата среда.

Нерезидентните (нерезиденциални) форми на рехабилитация представляват система от интервенции, които варират по интензивност, продължителност и модел и се реализират в рамките на деня. Осъществяват се в лечебни заведения от доставчиците на социални услуги по Закона за социалните услуги или в дневни центрове за

[12] Насоки за добра практика в психосоциалната рехабилитация на зависимости, 2009, НЦН. Достъпно на https://ncpha.government.bg/uploads/za%20nas/struktura/Rehabilitation_guidelines-final.pdf

психосоциална рехабилитация на зависими лица по терапевтичен план, който включва групова или индивидуална психотерапия или консултиране. Най-честият подход, наричан „водене на случай“, се основава на оценка на проблемните области, личностните ресурси, мрежата за социална подкрепа и рисковите фактори на пациента, която служи за идентифициране на терапевтичните цели и мониторинг на прогреса на пациента в хода на програмата.

Целевата група на подобен тип програми са *лица с лека до средна степен на тежест на зависимостта* (и техните близки), които имат стабилна социална мрежа за подкрепа и съхранени личностни ресурси. Видовете нерезидентни програми са:

- Отворена нерезидентна програма, осъществявана по модела „терапевтична общност“;
- Дневни програми за психосоциална рехабилитация;
- Вечерни програми за психосоциална рехабилитация на работещи;
- Програми за ресоциализация;
- Моделът АА (Анонимни алкохолици), моделът АН (Анонимни наркомани);
- Моделът „Минесота“;
- Рехабилитационни програми за работа със специфични групи (малцинствени групи, младежи, майки с деца, пациенти с коморбидност на заболяванията и др.).

Резидентните форми на рехабилитация се осъществяват в лечебни заведения, домове за медико-социални грижи и от доставчици на социални услуги/център за настаняване и психосоциална рехабилитация и интеграция на хора с проблемна употреба на наркотици или защитени жилища. Видовете резидентни програми са:

- Терапевтична общност (ТО);
- Болнична рехабилитационна програма;
- Програма „Защитено жилище“.

ИНОВАТИВНИ И НЕСТАНДАРТНИ ПРАКТИКИ В КОНТЕКСТА НА ПОЛИТИКИТЕ ЗА СОЦИАЛНО ПРИОБЩАВАНЕ В СФЕРАТА НА НАРКОПОЛИТИКИТЕ

Индикативни програми, структурирани въз основа на системни социологически проучвания сред децата

През 2021 г. в България беше осъществен пилотен проект за проучване на емоционални нагласи сред децата, целящ конструиране и оптимизиране на бъдещи програми за ограничаване употребата на наркотични вещества сред младежите. Две НПО – Център за хуманни политики и Български институт по зависимости, обединиха усилията си в опит да измерят *нивото на импулсивност, тревожност, депресивност и търсене на силни усещания* сред 12 – 14-годишни ученици. Скалата за измерване на емоционални нагласи, повишаващи риска от маладаптивно поведение сред младите хора, съдържа онлайн въпросник, в който никъде не се споменават наркотици, употреба на вещества и пр.

Идеята, прилагана в редица държави, е ориентирана към идентифициране на рискови групи от подрастващи, към които биха могли да се насочат специфични превантивни

програми за здравословно преработване на негативни, свръхинтензивни или компулсивни емоции. В малки групи и в присъствието на фасилитатор (човек, който подпомага успешната групова комуникация) децата обсъждат проблемите си и сами търсят начини за тяхното преодоляване без назидателни беседи и контролираща намеса на възрастен авторитет. Така, без да се акцентира на теми, свързани с употреба на психоактивни вещества, индиректно може да се осъществяват интервенции по линия на първичната превенция на девиантно поведение сред подрастващите.

Религиозни програми за психосоциална рехабилитация и социално приобщаване

Този тип подходи съществуват и към момента в рамките на ЕС и в България под формата на резиденциални и нерезиденциални програми, както и предоставяне на помещения за сбирки на анонимни наркоупотребяващи (АН) от страна на религиозни организации (основно католически). Голяма част от специалистите по теми, свързани със зависимости (включително алкохол, хазарт и др.), са критично настроени към подобен тип подходи, за които липсва научно обоснована методика и съответно анализ доколко могат да бъдат ефективни. Парадоксално (или не съвсем) поради дефицит на достъпни програми за психосоциална рехабилитация и ресоциализация подобни неструктурирани и невалидирани научно форми на подкрепа все пак не могат да бъдат изключени от кръга на възможните подходи към зависими в тежко социално положение, които намират емоционалния си баланс, преструктурират моралния си мироглед и откриват средата, в която се чувстват приети и подкрепени. Религията явно притежава необходимия потенциал като средство за социално включване, който не би следвало да бъде пренебрегван от науката. Необходими са допълнителни емпирични изследвания по темата относно възможностите за социално приобщаване на лица, които имат афинитет към подобен нестандартен вариант за социално приобщаване.

Терапевтична употреба на ая(х)уаска

Популярният канадски психиатър д-р Габор Мате, автор на десетки научни публикации и книги, с 40-годишен клиничен опит в сферата на зависимостите, е известен с нестандартния си подход към пациентите, включващ експериментална *употреба на аяхуаска с терапевтична цел*. Целта е осъзнаване и преработване на потиснати травми под въздействие на активното вещество, съдържащо МАОИ (моноаминооксидазни инхибитори) и ДМТ (диметилтриптамин). В своите книги д-р Мате подлага на критичен анализ конвенционалната медицина с нейния фрагментиран подход към човешкото здраве. Въпреки съществения напредък на медицината в научно и технологично отношение холистичният подход към заболяванията на индивидуално и социално ниво продължава да бъде пренебрегван и недооценен. Според него конвенционалната медицина лекува симптомите на заболяванията с конкретни медикаменти, без да взема предвид психичното състояние на пациентите и причините, предизвикващи проявата на болестта.

Лечебният потенциал на халюциногенните вещества се изследва от десетилетия. Майкъл Полън описва в книгата си „Пътуване до дълбините на ума“ как новата наука за психеделиците променя представата ни за съзнанието, умирането, пристрастяването, депресията и трансцендентирането. Авторът изследва традиционните за различни

култури аяхуаска, пейот, халюциногенни гъби, LSD, MDMA и други вещества, описвайки възможностите за терапевтичната им употреба.

В научна статия на Международния център по етноботанически образователни изследвания и услуги са описани легалният статус, фармакологията, краткотрайните и дългосрочните психоактивни ефекти, токсичността и най-вече потенциалът на аяхуаска за терапевтично приложение в психиатрията по отношение на различни видове зависимости.[13]

Според авторите съществуващата към момента научна литература относно употребата на аяхуаска и проучванията, в които тя е използвана като терапевтичен инструмент в психиатрични интервенции, показват, че отварата или сместа е физиологично и психологически безопасна. Посочва се значителният терапевтичен потенциал по отношение на медицински състояния, свързани с психични разстройства и невродегенеративни заболявания, за които към момента липсва ефективно лечение. Добавен към широкия профил на безопасност при употреба на аяхуаска, този факт оправдава бъдещите проучвания за предоставяне на допълнителна информация относно неговата клинична ефикасност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Както вече бе установено по аналитичен път, синтезирайки основни стратегически, законови и подзаконови нормативни актове, системата за психосоциална рехабилитация в България би трябвало да функционира от повече от 20 години. Всъщност през тоталитарния период са съществували подобен тип рехабилитационни структури, които са били предназначени основно за лица с алкохолна зависимост. Към Държавната психиатрична болница „Д-р Георги Кисьов“ – Раднево, са били създадени зеленчукови градини и животновъдни стопанства, където зависими лица са участвали чрез т.нар. трудова терапия в дейности, целящи тяхното психосоматично възстановяване и социализация. Към настоящия момент действителността в България е съвсем различна и възможностите за достъп до социална рехабилитация и реинтеграция са изключително ограничени.

Точките за достъп и възможностите за лечение и социално приобщаване на лица, употребяващи или зависими от незаконни психоактивни вещества, се свеждат до няколко възможности.

Най-достъпни, безплатни и с минимални изисквания към участниците са *сбирките на анонимните наркоупотребяващи*, които функционират в почти всички областни градове. Това са самоорганизиращи се общности, които допускат дори лица, които не са прекратили употребата. Липсата на експерти не намалява ефективността на този подход.

Друг безплатен вариант, който се оказва позитивно резултативен, са центровете в рамките на *религиозните общности*, които подсигуряват безвъзмездно достъп до помещения както за сбирки, така и резиденциална подкрепа на лица, преминали през детоксификация и прекратили употребата на ПАВ. Малкият брой места и липсата на

[13] Bouso JC, dos Santos RG, Sanchez-Avile´s C, Ona G, Grob SG, da Silveira DX, et al. (2021) Ayahuasca Technical Report.

научно валидиран подход в рамките на тези общности силно ограничават техния потенциал.

Единственият финансово обезпечен от държавата вариант за лечение и рехабилитация остават *държавните психиатрични отделения* към многопрофилните болници и Държавната психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм (ДПБЛНА) в София. Предвид състоянието на психиатричната помощ в България качеството на предоставената услуга търпи съществени критики от редица експерти и специалисти, включително от страна на Съвета на Европа и Комитета за предотвратяване на изтезанията за нечовешко и унизително отношение към психично болни.

Стандартните *дневни центрове за психосоциална рехабилитация* имат своето място в сферата, но те са със спомагателни функции и нямат възможност да отговорят на всички нужди на зависимите лица.

В София е позиционирана единствената държавна и съответно безплатна метадонова програма, за включване в която се чака години. *Програмите за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди*, по презумпция би трябвало да са етап от пълноценното функциониране на хора с тежка зависимост към опиоиди по пътя им към пълното възстановяване. За съжаление, малка част от частните програми са мотивирани да пренасочват активно и настоятелно своите клиенти към пълна детоксификация. Част от лицата действително не притежават капацитета да преустановят употребата. Колкото по-малко пречи употребата на ПАВ на социалното функциониране, колкото по-достъпно е веществото, колкото по-малко вероятни са фаталните инциденти, толкова по-малко мотивирани са употребяващите да прекратят употребата. Поради тези причини тютюнопушенето например – независимо от безспорната вреда, която причинява в дългосрочен план, е една от най-трудно преодоляваните зависимости.

Съществуват *скъпоструващи, високоструктурирани средносрочни и дългосрочни резиденциални програми*, както и платени индивидуални психотерапевтични интервенции, които без съмнение постигат ефективност в лечението и психосоциалната рехабилитация на зависими лица. За съжаление, малка част от тях са достъпни за употребяващите наркотици лица предвид неизбежното влошаване на финансовия им статус и персистиращия характер на зависимостта.

Важна част от мерките за социално приобщаване на лица, зависими от наркотици, се осъществява от *нископраговите програми и центрове за намаляване на риска и вредите* от употребата на наркотични вещества.

В България тези програми бяха прекратени след 2018 г. с оттеглянето на финансирането от страна на Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария, като към момента функционира само една такава нископрагова програма в София, частично финансирана от държавата. През 2024 г. беше сключен договор с НПО за осъществяване на нископрагови интервенции в Пловдив за сумата от 37 000 лв. годишно. Резонен е въпросът как тази сума ще покрие разходите за персонал, санитарни продукти, автомобил и гориво.

Почти ежегодно се отпускат бюджетни средства към МЗ за финансиране на програми за намаляване на вредите, но обществените поръчки са порочно структурирани и с твърде

занижени стойности, поради което специализираните в тези дейности НПО отказват да се включат в търговете.

В България голяма част от доказано ефективните мерки в европейски контекст не могат да бъдат приложени поради противоречие със законовата регламентация и ограничения финансов ресурс. Рядкост са случаите, в които общински или държавни структури подпомагат съществуващи НПО, най-често продиктувани от необходимостта да бъдат усвоени или изразходвани вече отпуснати бюджетни средства или такива по европейски програми.

БИБЛИОГРАФИЯ

Bouso JC, dos Santos RG, Sanchez-Avile´s C, Ona G, Grob SG, da Silveira DX, et al. (2021) Ayahuasca Technical Report. Available at https://www.iceers.org/wp-content/uploads/2020/05/Ayahuasca_Technical_Report_ICEERS_2021_ENG.pdf

Action framework for developing and implementing health and social responses to drug problems, 2024, EUDA. Available at https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/action-framework-for-developing-and-implementing-health-and-social-responses-to-drug-problems_en

Health and social responses to drug problems: a European guide, 2024, EUDA. Available at https://www.euda.europa.eu/publications/health-and-social-responses-a-european-guide_en

Lexicon of alcohol and drug terms, 1996, WHO. Available at https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology

Understanding Europe's drug situation in 2024 – key developments (European Drug Report 2024). Available at https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/31882_en.pdf?227033

Multilingual glossary of drug-related terms – EUDA. Available at https://euda.europa.eu/activities/iate-glossary_en

Закон за здравето (Обн. ДВ. бр.70 от 10 август 2004 г.)

Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (Обн. ДВ. бр. 30 от 2 април 1999 г.)

Закон за социалните услуги (Обн. ДВ. бр. 24 от 22 март 2019 г.)

Наредба № 30 от 2000 г. за реда за участие в долечебни и рехабилитационни програми на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества (Обн. ДВ, бр. 1 от 2 януари 2001 г.)

Наредба № 2 от 2012 г. за условията и реда за осъществяване на програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди (Обн. ДВ, бр. 49 от 29.06.2012 г.)

Наредба № 24 от 2004 г. за утвърждаване на Медицински стандарт по психиатрия (Обн. ДВ. бр. 78 от 2004 г.)

Наредба № 8 от 2011 г. за условията и реда за осъществяване на програми за психосоциална рехабилитация на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества (Обн. ДВ. бр. 75 от 2011 г.)

Насоки за добра практика в психосоциалната рехабилитация на зависимости (2009) НЦН. Достъпно на https://ncpha.government.bg/uploads/za%20nas/struktura/Rehabilitation_guidelines-final.pdf

Препоръка на Европейския съвет от 18 юни 2003 г. за превенция и ограничаване на вредите върху здравето, свързани със зависимостта към наркотични вещества (2003/488/ЕС).