

Политика государства и общества по преодолению социально значимых проблем злоупотребления наркотиками (системный кризис антиалкогольной политики в России)

Т. В. Клименко

ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского»

Конец XX века ознаменовался ростом наркотизма (немедицинское потребление наркотических средств) практически по всем регионам мира. По данным Управления по наркотикам и преступности ООН (*United Nations: offer on Drugs and Crime, 2007*), в возрастной группе от 15 до 64 лет 4,9% населения мира (200 млн человек) имеют опыт немедицинского употребления наркотиков, 2,7% (110 млн) — употребляют наркотики регулярно и 0,6% (25 млн) — имеют зависимость от наркотиков. По всем регионам мира последние 15 лет наблюдается рост потребителей каннабиса (+4%), экстази (+0,2%) и героина (+0,3%), снижение потребителей амфетаминов (-0,5%) и кокаина (-0,3%) и стабилизация потребления опиатов. Одновременно увеличивается количество наркоправонарушителей (*Roy Walmsley, 2006; Доклад МККН, 2007*), растет число смертей, связанных с употреблением наркотиков (*Annual Report, EMCDDA, 1997*).

Аналогично общемировым тенденциям в Российской Федерации с конца 80-х годов XX века наблюдался рост злоупотребления наркотиками и рост заболеваемости наркоманиями. Согласно официальным данным, уровень потребителей наркотиков в России вырос с 25,7 в 1985 г. до 60,6 в 1994 г., а уровень зарегистрированных больных наркоманией вырос соответственно с 2,1 до 31,0 (*Доклад, UNDP, 1999*). Пик наркотизма в России пришелся на 1999-2001 годы (*Известия, 19 мая 2004; Гишинский М. Г., 2006*), когда 2,9% женщин и 10,4% мужчин (в среднем 6% населения страны) были активными потребителями наркотиков, а 18,5% имели хотя бы единственный опыт их потребления (*Кисельман Л., Мацкевич М., 2001*).

Масштабность проблемы и социальная значимость связанных с ней последствий инициировали разработку стратегических и тактиче-

ских путей ее преодоления. По данной проблеме проводились парламентские слушания, реализовывались федеральные и региональные программы, в рамках которых были сформулированы базовые принципы преодоления наркомании в обществе, внедрялись территориальные модельные проекты первичной (до знакомства с наркотиками), вторичной (с потребителями наркотиков) и третичной (с больными наркоманией) профилактики, разрабатывались программы подготовки специалистов (педагоги, психологи, врачи, представители администрации, волонтеры, лидеры молодежи и т.д.) и различные технологии в области профилактики наркоманий. Наряду со значительным усилением медицинской службы (создание сети неотложной наркологической помощи и подростковой наркологической службы, организация реабилитационных центров) в систему профилактики включались социально ориентированные мероприятия — фестивали, конкурсы, спортивные игры и т.д. При поддержке государства и самостоятельно проводила большую работу Русская православная церковь. Был принят закон Российской Федерации о наркотических средствах и психотропных веществах, разработаны, утверждены Концепция первичной профилактики в образовательной среде (2003) и Концепция реабилитации больных наркоманией (2003). Создана межведомственная Правительственная комиссия противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту. Организована Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН), которая в марте 2008 г. отметила 5-летний юбилей своей работы.

Все эти усилия привели к тому, что по данным государственной статистики последние 5 лет наблюдается относительная стабилизация большинства показателей, отражающих заболеваемость наркоманиями (*Кошкина Е. А., Киржанова В. В., 2006; Бокерия Л. А., 2007*). Однако, по мнению большинства экспертов, реальная ситуация, связанная с потреблением

Т. В. Клименко — рук. отделения ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского», д. м. н., профессор.

наркотиков, не соответствует официальным отчетам (*Кесельман Л., Мацкевич М., 2001; Гиллинский Я. И., 2006*). По данным на 2006 г., на государственном наркологическом учете состояло 342 500 чел. Но, по мнению специалистов, эти цифры не отражают реальной ситуации (*Балашов А. М., 2008*). Не все нуждающиеся обращаются за медицинской помощью. Многие больные обращаются за лечением в негосударственные медицинские учреждения и не попадают в данные государственной статистики. В связи с этим утверждается, что реальное число больных наркоманией значительно превышает официальные статистические данные. Приводятся коэффициенты скрытой заболеваемости наркоманиями от 1:5 до 1:10 (*Позднякова М. Е., 1995*). Число потребителей наркотиков без признаков сформированной зависимости еще больше. Социологические исследования показывают, что 29,8% населения страны в возрасте от 14 до 24 лет хотя бы раз в жизни пробовали наркотик (*Шереги Ф., Арефьев А., 2003*). По данным ФСКН в Российской Федерации в 2006–2007 гг. было 3–4 млн потребителей наркотических средств. Растет смертность, связанная с наркотиками — 70–100 тыс. ежегодно (*Михайлов А. Г., 2007*).

Ситуация усугубляется тем, что наблюдается рост потребителей наркотиков среди молодежи и особенно среди подростков и даже детей (*Гиллинский Я., Гурвич И., Русакова М. и др., 2001; Кесельман Л., Мацкевич М., 2001*). Наблюдается снижение возраста первых проб наркотиков. Ежегодный мониторинг в рамках Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и незаконному обороту в 2005–2009 годах» показал, что 10,1% потребителей стали употреблять наркотики в возрасте до 14 лет; 33,7% — в возрасте 15–17 лет. По данным того же исследования 25% школьников и 30–45% студентов ВУЗов пробовали наркотики. 40% госпитализаций в детские психиатрические учреждения составляют подростки, злоупотребляющие различными психоактивными веществами. Все эти показатели находятся на том же уровне, который в период 1975–1997 гг. ежегодно регистрировался в США у выпускников средних школ (*Johnston L.D., O Malley P. M., Bachman J.G., 2003*).

Высокий уровень латентности наркологической патологии определяется низкой обращаемостью больных за медицинской помощью. С одной стороны, это связано с финансовой недоступностью лечения для многих больных. Не менее важное значение имеет поражение больных в правах как следствие государственного наркологического учета — отказ на разрешение на ношение оружия, ограничение на не-

которые виды профессий, отказ на разрешение вожждения транспорта. Складывается парадоксальная ситуация: больные, обращающиеся за лечением в государственные наркологические учреждения, поражаются в правах, а страдающие наркоманией, но получающие лечение в тех же медицинских учреждениях на платной основе или в негосударственных наркологических учреждениях эти разрешения получают. Именно этим могут быть объяснены «пустые коридоры» наркологических стационаров, которые были полностью заполнены до образования сети негосударственных наркологических учреждений и до широкого развития в государственных медицинских учреждениях системы оказания помощи на платной основе с соблюдением принципов анонимности и конфиденциальности.

Последние годы для больных наркоманией отмечена тенденция к росту числа повторных госпитализаций — до 5–6 обращений за год по данным ННЦ наркологии. Это связано с тем, что большинство наркологических учреждений не оказывают реабилитационной помощи и ограничиваются проведением только детоксикационных мероприятий. Неотложная и реабилитационная помощь наркологическим больным оказываются в различных учреждениях, часто различной ведомственной принадлежности и различной формы собственности, что приводит к отсутствию преемственности между детоксикационным и реабилитационным звеном лечебного процесса, незаинтересованности врачей неотложной наркологической службы в мотивации больных на включение в реабилитационные программы. Это приводит к тому, что 80–85% наркологических больных обращаются только за детоксикационной помощью, в учреждениях неотложной наркологической помощи создается ситуация «вращающихся дверей». Это приводит к низкой эффективности лечения, когда годовые ремиссии наркоманической зависимости наблюдаются лишь у 8,6% пролеченных больных (*Кожкина Е.А., 2008*).

Во всех государствах мира преодоление социально значимых проблем злоупотребления наркотиками требует решения совокупности задач, каждая из которых охватывает конкретный уровень профилактики:

- 1) не допустить инициации употребления наркотиков;
- 2) остановить употребление наркотиков до формирования зависимости к ним;
- 3) лечение и реабилитация наркозависимых лиц;
- 4) поддержание больных в состоянии ремиссии (*Шабалина В. В., 2001*). Решение этих задач осуществляется по следующим стратегическим направлениям:

- борьба с нелегальным оборотом наркотиков и связанной с этим преступности;
- контроль за легальным оборотом наркотиков;
- профилактическая работа с группами риска и населением в целом (адекватное воспитание; формирование навыков стрессоустойчивости, обучение навыкам произвольной коррекции своего эмоционального состояния, формирование навыков здорового образа жизни);
- лечение и медико-социальная реабилитация лиц с зависимостью от наркотиков (организация на муниципальном уровне системной медицинской, психологической помощи и социальной поддержки больным наркоманией; широкая доступность психиатрической, психологической и социальной помощи лицам из групп риска).

Все эти задачи и соответствующие им стратегические направления профилактики связаны между собой, и пренебрежение хотя бы одним из них практически сводит на нет всю профилактическую деятельность в целом.

В Российской Федерации при наличии адекватно сформулированных принципов, форм и направлений антинаркотической деятельности отсутствует реально действующий механизм их реализации. Конкретные действия в области профилактики наркоманий не носят системного и повсеместного характера. Организация многоуровневой мультидисциплинарной профилактики осуществляется только на уровне местных и личных инициатив и не является государственной системой. В образовательной среде отсутствует механизм обеспечения воспитательной, в том числе и антинаркотической, направленной на формирование здорового образа жизни и стрессоустойчивости работы. Из работы многих образовательных учреждений ушла задача воспитания, и они в своей практической деятельности ограничиваются лишь оценкой (!!!) уровня знаний учащихся. Работа медицинских учреждений оценивается по количественным показателям (число пролеченных больных), а не по результатам их профессиональной эффективности. Многие профилактические программы недостаточно профессиональны и нередко реализуются лицами, не имеющими специальной подготовки. Отсутствует эффективная система медико-социальной реабилитации и системы социальной поддержки лицам, прошедшим лечение по поводу наркотической зависимости.

Основной причиной такого крайне неблагоприятного положения дел в сфере антинаркотической профилактики является отсутствие связи между субъектами социальной политики различного уровня и ведомственной принад-

лежности. Зарубежными исследованиями уже неоднократно было показано, что «если разные ведомства разрабатывают программы, несогласованные между собой, велика вероятность, что они будут противоречить друг другу, и, более того, попытки одного ведомства могут встретить сильное сопротивление со стороны других» (Grant M., Ritson B., 1983). Как показывает национальный опыт антинаркотической политики, ведомства, формально ответственные за защиту общества от наркотической угрозы, не имеют объективного интереса и лишены субъективных мотивов для эффективного решения поставленных перед ними задач (Мацкевич М. Г., 2006). Это связано с тем, что объем социальных и финансовых ресурсов для каждого ответственного за решение данной проблемы ведомства определяется размерами решаемой данным ведомством задачи (в данном случае — наркоугрозы), а значит, убедительно поддерживает его объективный интерес не только к сохранению, но и к возможно большему росту этого объема, а значит и самой проблемы. В случае реального снижения уровня наркотизма в обществе значительная часть задействованных в решении этой проблемы ведомств лишилась бы большей части социальных и финансовых ресурсов. Поэтому не следует ожидать реальной заинтересованности и эффективной деятельности в решении этой проблемы ни со стороны силовых ведомств, ни со стороны системы здравоохранения и социального развития, ни со стороны системы образования (Омельченко Е. Л., 2002). В этих условиях практически единственной социальной группой, объективно, но не всегда субъективно заинтересованной в защите общества от наркотиков, являются родители детей возрастных групп, наиболее уязвимых в отношении приобщения к потреблению наркотиков. Таким образом, на практике сложилась ситуация, когда проблема наркоманий является проблемой больного и его семьи, но не проблемой государства. Отсутствие системы реальной заинтересованности ведомств и служб по снижению уровня наркотизма в стране связано с отсутствием национальной государственной концепции преодоления социально значимых проблем злоупотребления наркотиками.

В результате отсутствия государственной антинаркотической концепции последние 15 лет в стране на уровне ведомств проводилась антинаркотическая политика, которую можно охарактеризовать как либеральную. В 1990 г. Комитет Конституционного надзора приравнял потребление наркотиков к правам человека, который «ни перед кем не обязан отвечать за свое здоровье». В 1991 г. были закрыты лечебно-трудовые профилактории. В Уголовном

кодексе, вступившем в силу в 1997 г., алкогольное и наркотическое опьянение исключены из перечня отягчающих вину обстоятельств. В 2003 г. было отменено принудительное лечение от алкоголизма и наркомании осужденных. В 2004 г. было принято Постановление правительства №231, которое увеличило предельно допустимые разовые дозы наркотических средств, после чего стали расти показатели первичной заболеваемости наркоманиями (в 2006 г. увеличение на 16%) и наблюдался рост смертности от наркотиков. Все эти годы через СМИ и рекламу осуществлялось продвижение в население толерантного отношения к потребителям наркотиков и к употреблению наркотиков. У населения и особенно у молодежи формировались гедонистические установки, направленные на получение удовольствия. В результате сформировалась молодежная культура с высоким уровнем толерантности к наркотикам.

Таким образом, для успешной реализации государственной антинаркотической политики необходимо принятие государственной антинаркотической концепции как основного механизма государственной антинаркотической стратегии. Это подразумевает следующий алгоритм действий: принятие национальной государственной концепции преодоления социально значимых проблем злоупотребления наркотиками → разработка национальной антинаркотической стратегии и принятие отвечающей современным социально-экономическим условиям и политическим требованиям Федеральной целевой программы → формирование законодательной базы (Закон об оказании помощи наркологическим больным, Закон о профилактике наркоманий) → разработка нормативно-правового обеспечения и необходимых организационных структур → разработка методологии и методического обеспечения антинаркотической деятельности → подготовка кадров → организация всех звеньев системной профилактики на федеральном, региональном и муниципальном уровне.

Цель государственной антинаркотической концепции должна быть связана с искоренением злоупотребления наркотиками как одного из основных условий обеспечения здоровья граждан, безопасности их жизни и национальной безопасности страны. В соответствии с данной целью государственная антинаркотическая концепция должна строиться на следующих принципах:

- 1) очищения социальной среды от наркотиков является важным и обязательным условием обеспечения здоровья граждан и создание безопасных условий их жизни;
- 2) консолидация деятельности и солидарная ответственность федеральных органов ис-

полнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления;

3) объединение усилий общества, государства и отдельных граждан;

4) приоритетность мер по профилактике наркоманий и их социальных последствий над деятельностью по преодолению наркоманий и их социальных последствий;

5) совмещение профилактических мер, направленных на проблемных лиц и на общество в целом;

6) широкая антинаркотическая пропаганда как основное условие эффективной профилактики наркотизма;

7) сочетание гуманности и защиты личного достоинства проблемных лиц с обеспечением безопасности общества в целом.

Для эффективной реализации антинаркотической концепции необходимо изменить идеологию профилактики, которая должна быть направлена не на паллиативные цели в форме получения любого полезного результата (как, например, в идеологии политики «снижения вреда от наркотиков»), а на очищение социальной среды от наркотиков как основного условия обеспечения здоровья граждан и защиты безопасности их жизни. В соответствии с этим усилия всех заинтересованных ведомств, организаций и общества в целом должны быть направлены на пресечение злоупотребления наркотиками и на достижение длительных ремиссий с полным отказом потребителей наркотиков от их употребления. Необходима разработка законодательного регулирования и нормативно-правового обеспечения эффективной партнерской сети межведомственного взаимодействия и координированной работы организаций различной организационно-правовой формы. Должно быть законодательно закреплено роль и место медико-социальной реабилитации как основного этапа лечебно-реабилитационного процесса. Медицинское учреждение не должно получать лицензию без организации наряду с неотложной наркологической помощью реабилитационных программ. Необходима система стимулирующего финансирования заинтересованных организаций и реализуемых профилактических программ (гос. заказы, сертификаты, ваучеры для больных на лечение, зависимость финансирования от качества оказываемых услуг). Необходимо установление ответственности и разработка соответствующих цели государственной антинаркотической концепции критериев эффективности деятельности всех заинтересованных служб и ведомств.

Эффективная реализация первичной профилактики с проведением широкомасштабной антинаркотической пропаганды и пресечением

пропаганды употребления наркотиков в средствах массовой информации невозможна без законодательного определения сущности понятия «свободы слова» и границ этой «свободы» («свобода от закона или «свобода от беззакония»).

Для обеспечения целенаправленной работы с группами риска в рамках вторичной профилактики наркотизма необходимо разработать систему их максимально полного выявления, например, правовые и организационные основы тестирования на потребление наркотиков в организованных группах населения.

В Докладе МККН 1996 и 2007 гг. было заявлено, что проблема злоупотребления наркотиками должна решаться одновременно в нескольких плоскостях — правоохранительная деятельность, профилактика, лечение и реабилитация. Для этого необходимо расширять сотрудничество между судебными органами, органами здравоохранения и органами социального обеспечения. В аспекте третичной профилактики одной из наиболее сложных, но важных является проблема оказания медицинской помощи наркологическим больным на недобровольной основе. Во многих странах мира в отношении наркоправонарушителей применяется принудительное либо альтернативное лечение, когда правонарушителю вместо отбывания уголовного наказания предлагается при его согласии пройти курс специальной терапии. Последние годы число стран, в которых суды применяют лечебно-реабилитационные программы в отношении наркоправонарушителей растет — Австралия, Барбадос, Бермудские острова, Бразилия, Ирландия, Канада, Новая Зеландия, Норвегия, США, Тринидад и Тобаго, Чили, Ямайка, Китай. В одних странах организованы самостоятельные суды (например, наркосуды в США), деятельность которых ограничена только наркоправонарушителями, в других странах все суды могут назначать осужденным меры социальной и медицинской коррекции (*Luxemburg, Office for Official Publications of the European communities. 2002, p.20*). Оценка результативности таких судов показывает, что они лучше, чем все другие альтернативы, обеспечивают удержание наркоправонарушителей в программах лечения (*United State Government Accountability Office. Adult Drug Courts: Washington, D.C., 2005*). В связи с имеющимся международным опытом необходимо разработать вопросы организация недобровольных форм оказания помощи больным наркоманией: показания, принципы, законодательное и нормативно-правовое обеспечение, материальная база, финансирование, ведомственная принадлежность. При этом необходимо учесть и собственный опыт организации недобровольного лечения наркологических больных (лечебно-трудо-

вые профилактории, принудительное лечение осужденных в местах лишения свободы) с изучением его не только отрицательных, но и положительных аспектов.

Все это невозможно без создания государственной программы научных исследований, направленных на разработку системных, правовых, организационных и методических аспектов программ профилактики и лечения в отношении уязвимых групп населения, основанных на инновационных технологиях с учетом международного и национального опыта.

В условиях правовой стигматизации государственной наркологической службы для привлечения больных к медицинской помощи возможно рассмотрение вопроса о реорганизации функционирующих наркологических диспансеров в центры социально-психологической адаптации как первичного звена оказания медико-психологической помощи уязвимым группам лиц. В задачи этих центров должно входить оказание медицинской, психологической, социальной и юридической помощи проблемным лицам:

- 1) больные наркоманиями,
- 2) лица, злоупотребляющие наркотиками;
- 3) лица, прошедшие чрезвычайные ситуации;
- 4) лица, подвергшиеся насилию;
- 5) освобожденные из мест заключения;
- 6) вынужденные переселенцы и мигранты.

На базе центров социально-психологической адаптации может быть организован весь цикл услуг лечебно-реабилитационного процесса с широким внедрением эффективных инновационных технологий всех форм профилактики (первичной, вторичной и третичной) с использованием всего имеющегося эффективного зарубежного и национального опыта.

Таким образом, решение проблемы наркотизма в Российской Федерации находится в плоскости синергического взаимодействия юридических, социальных, этических, экономических и правозащитных аспектов данной проблемы, что невозможно без создания национальной государственной концепции преодоления социально значимых проблем злоупотребления наркотиками. С учетом мультифакторности проблемы злоупотребления наркотиками в ее решении должны принимать участие все заинтересованные ведомства: министерство здравоохранения и социального развития, министерство образования, министерство культуры и массовых коммуникаций, министерство юстиции, силовые ведомства, общественные и религиозные организации, Федеральное агентство по физической культуре, спорту и туризму и т.д. Организованный в октябре 2007 г. Государственный антинаркотический комитет

(ГАК) должен взять на себя координирующие функции этого сложного межведомственного взаимодействия и обеспечить содружественную деятельность всех задействованных в реализации антинаркотической политики ведомств.

Литература

1. Балашов А. М. Большая путаница. Медицинская газета №6; 26.1. 2007.
2. Гиллинский Я., Гурвич И., Русакова М. и др. Дневность подростков. Теория, методология, эмпирическая реальность. СПб., 2001; 81.
3. Гиллинский Я. И. Наркотизм: социальные и криминальные проблемы. Наркотизм. Наркомания. Наркополитика. Сб. статей. Под ред. А. Г. Софронова. СПб.: Издательство Медицинская пресса, 2006; 7-28.
4. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 1996 г. (издание Организации Объединенных наций).
5. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 г. (издание Организации Объединенных наций).
6. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. М.: UNDP, 1999; 69.
7. Здоровье России: Атлас. Под ред. Л. А. Бокерия. Изд. 3-е. М.: НИСССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. 2007. 2007; 91-116.
8. Кесельман Л., Мацкевич М. Социальное пространство наркотизма. СПб., 2001; 25, 39-40, 52-53.
9. Кошкина Е. А., Киржанова В. В. Распространенность наркологических расстройств в Российской Федерации в 2004-2005 годах. М., 2006; 73 с.
10. Мацкевич М. Г. Исследования наркотизма и проблемы профилактики. Наркотизм. Наркомания. Наркополитика. Сб. статей. Под ред. А. Г. Софронова. СПб.: Издательство Медицинская пресса, 2006; 29-66.
11. Омельченко Е. Л. Государственное администрирование, гражданская инициатива или коммерческое предприятие? Пути и механизмы включения новых антинаркотических практик в региональную социальную политику: Доклад на конференции НИСИП «Социальная политика — реалии XXI века» 24-25 января 2002 г.
12. Позднякова М. Е. Социологический анализ наркомании. М.: РАН. Институт социологии. 1995.
13. Шабалина В. В. Зависимое поведение школьников. СПб.: Медицинская пресса, 2001; 40.
14. Шереги Ф., Арефьев А. Наркоситуация в молодежной среде: культура, тенденции, профилактика. М.: Изд. Дом «Генжер», 2003; 61.
15. Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union. Lisbon: EMCDDA, 1997.
16. Grant M., Ritson B. Alcohol, 1983.
17. Johnston L.D., O Malley P. M., Bachman J.G. National Survey result on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1997. Release on Drug Use, 2003.
18. Luxemburg, Office for Official Publications of the European communities. 2002; 20.
19. Roy Walmsley, World Prison Population List. 7 th ed/ London. International Centre for Prison Studies, Kings College, 2006.
20. United Nations: offer on Drugs and Crime, 2007.

Влияние межведомственного психосоциального сопровождения на социальное функционирование и качество жизни психически больных (2003–2007 гг.)

С. Б. Козяков

ГУЗ Свердловской области «Психиатрическая больница №8», г. Первоуральск

Резюме

Целью исследования является изучение влияния межведомственных психосоциальных форм помощи на социальное функционирование и качество жизни психически больных. Результаты сравнительного клинко-статистического и социологического исследования свидетельствуют об эффективности межведомственных форм помощи в ресоциализации лиц с психическими расстройствами. Значительно улучшается клиническая картина заболевания, качество жизни пациентов и их социальная адаптация.

Ключевые слова: межведомственная бригада, ресоциализация, социальное функционирование, качество жизни.

Введение

Психические расстройства в значительной части случаев существенно ухудшают способности и возможности людей [2, 13, 14, 16, 15]. Низкая способность конкурировать за получение доступа к основным духовным и материальным ценностям, особенно у пациентов с

тяжелым и длительным психическим расстройством, часто приводит к инвалидизации и социальной изоляции. Следовательно, программы помощи служб психического здоровья должны обеспечить не только типичные медицинские, но и социальные потребности своих пользователей.

Такие подходы достижимы при комплексном психосоциальном вмешательстве, приво-

С. Б. Козяков — гл. врач ГУЗ Свердловской области «Психиатрическая больница №8», г. Первоуральск