

Право на реабилитацию

Проблемы лечения наркозависимости в Российской Федерации с точки зрения международных стандартов

I. Краткое содержание	1
Основные рекомендации российскому правительству	7
Методология	8
II. Общие сведения	10
Незаконное употребление наркотиков и наркополитика в России	10
Неоправданная изоляция наркопотребителей	12
Программы снижения вреда	13
Российская система лечения наркозависимости	15
Лечение алкоголизма и наркомании в СССР	16
Перемены начала 1990-х гг.	17
Современное состояние российской системы лечения наркозависимости	18
III. Современная мировая практика лечения наркозависимости	29
Основные принципы эффективного лечения наркозависимости	30
Наркозависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием	30
Наличие возможностей лечения	30
Удержание пациента в лечебном процессе в течение достаточного времени	30
Соответствие лечения индивидуальным потребностям пациента	31
Необходимость учета всего комплекса потребностей пациента	31
Основные составляющие эффективной системы лечения наркозависимости	31
Службы открытого доступа	31
Дезинтоксикация	32
Реабилитация/профилактика рецидивов	33
Заместительная терапия на основе метадона или бупренорфина	34
Последующее наблюдение	35
IV. Результаты исследования	36
Право на здоровье	36
Охват права на здоровье	36
Требование наличия	39
Услуги по дезинтоксикации	39
Заместительная терапия на основе метадона или бупренорфина	41
Услуги по реабилитации	45
Требование доступности	48
Физическая доступность	49
Учет наркопотребителей	49

Бюрократические процедуры при поступлении на лечение.....	51
Недоверие к системе лечения наркозависимости	53
Экономическая доступность и недопустимость дискриминации	55
Информационная доступность	58
Требование приемлемости.....	60
Требование медицинской обоснованности и надлежащего уровня качества	63
Игнорирование природы наркозависимости в подходе к лечению	64
Непринятие мер к удержанию пациента в лечебном процессе.....	67
Консультирование о ВИЧ/СПИДе и других болезнях.....	73
Условия в наркологических учреждениях	74
Принцип недискриминации и ограничение прав наркопотребителей	76
V. Детализированные рекомендации	79
Российскому правительству	79
В отношении наличия лечебных услуг	79
В отношении доступности лечебных услуг	79
В отношении научной и медицинской обоснованности и качества лечения	80
В отношении приемлемости лечения и дискриминации	80
Дополнительно.....	81
Международному сообществу.....	81
Приложение: Современные мировые стандарты лечения наркозависимости	82
Основные принципы эффективного лечения наркозависимости	84
Наркозависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием	84
Наличие возможностей лечения.....	85
Удержание пациента в лечебном процессе в течение достаточного времени	85
Соответствие лечения индивидуальным потребностям пациента	85
Необходимость учета всего комплекса потребностей пациента	87
Основные составляющие эффективной системы лечения наркозависимости	88
Службы открытого доступа.....	88
Дезинтоксикация	88
Реабилитация/профилактика рецидивов.....	91
Последующее наблюдение	95

I. КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Я не собираюсь опять туда идти. Смысла нет, все равно не вылечат. Я бы пошла на детокс, если бы они действительно помогли. Надоело колоться уже. Просто дома не могу [перестать употреблять наркотики]. Слишком много искушений... Мне хотя бы лет до 30 дотянуть...

- Светлана, 25 лет¹

Немедицинское употребление наркотиков является серьезной проблемой для современной России, где число наркопотребителей оценивается в пределах 3-6 млн. человек.² У многих из них, хотя и далеко не у всех, развилась наркозависимость – тяжелое хроническое заболевание, нередко сопровождающееся рецидивами.³ Как и в случае с другими патологиями, наркозависимые лица имеют право на лечение, признаваемое как российским законодательством, так и международными нормами. В России имеется разветвленная сеть наркологических учреждений, в последние годы значительные средства выделяются на создание реабилитационных центров для наркозависимых лиц.

Тем не менее, несмотря на признание российскими властями важности лечения наркозависимости, исследования, проведенные Хьюман Райтс Вотч в России, в том числе детальные - в Казани, Калининграде и Пензе, показывают, что подавляющее большинство наркозависимых лиц в России не имеют доступа к лечебным методикам с подтвержденной эффективностью. Некоторые политические решения, касающиеся оказания медицинской помощи больным наркоманиями, идут вразрез с обязательствами российского правительства по обеспечению, с учетом имеющихся возможностей, услуг здравоохранения, которые отвечали бы критериям наличия, доступности и адекватности. В то время как возможности дезинтоксикационного лечения имеются на большей части территории страны, реабилитация во многих регионах остается недоступной. Реабилитационные программы на основе методик с подтвержденной эффективностью предлагаются в некоторых частных наркологических центрах, однако стоимость такой реабилитации нередко запретительно высока. Обращению наркопотребителей в государственные наркологические

¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 25 января 2007 г.

² Эта цифра включает всех лиц, употребляющих наркотики любого вида как эпизодически, так и регулярно. Численность населения России составляет около 143 млн. человек.

³ Хьюман Райтс Вотч известно, что среди экспертов существуют некоторые разногласия относительно определения наркозависимости. В настоящем докладе при использовании термина «заболевание» мы следуем позиции Американской медицинской ассоциации и Национального института наркологии США.

учреждения препятствует целый ряд факторов, в том числе риск ограничения в гражданских правах вследствие постановки на учет, случаи разглашения конфиденциальных сведений в связи с лечением, а также широко распространенное недоверие к наркологическим услугам. Методики детоксикации не учитывают результаты десятилетних исследований в области эффективного лечения наркозависимости. Более того, политические решения, касающиеся утверждения тех или иных предлагаемых методик, сознательно игнорируют имеющиеся современные медицинские данные и рекомендации, тем самым произвольно ограничивая доступ наркопотребителей к услугам здравоохранения надлежащего уровня.

Несмотря на эти серьезные недостатки российской системы лечения наркозависимости, в здравоохранении, среди политиков и в обществе в целом бытует представление, что наркопотребители сами виноваты в том, что не могут преодолеть зависимость. В ходе нашего исследования нам неоднократно говорили, что наркопотребителям попросту не достает мотивации, воли или настойчивости. Различные должностные лица в настоящее время выступают за принятие нормативно-правовых документов, которые позволили бы государству подвергать наркопотребителей принудительному лечению. Разумеется, среди наркопотребителей есть и те, которые не желают отказываться от наркотиков, однако целый ряд исследований свидетельствует о том, что почти все российские наркопотребители со стажем более года неоднократно пытались избавиться от зависимости – либо с помощью лечебных учреждений, либо самостоятельно. Среди 60 лиц, опрошенных нами при подготовке настоящего доклада, все без исключения по меньшей мере однажды пытались прекратить употреблять наркотики, многие предпринимали несколько попыток.

При этом исследования раз за разом показывают, что вне зависимости от степени мотивации решающее значение для успешного преодоления наркозависимости имеет доступность лечебных программ с подтвержденной эффективностью. Наркозависимость является хроническим заболеванием с нередкими рецидивами даже у тех, кто проходит лечение надлежащего уровня и добросовестно нацелен на результат. У многих людей одной только силы воли может оказаться недостаточно в силу биологических или психологических факторов – по аналогии с депрессиями, для лечения которых применяются различные комбинации медикаментозных и немедикаментозных методов.

Таким образом, значительная доля ответственности за низкую эффективность лечения наркозависимости лежит на российском правительстве и национальной системе здравоохранения, которые предоставляют большинству наркопотребителей, желающих отказаться от наркотиков в принципе или ограничить их употребление, самостоятельно справляться с тяжелой хронической болезнью. В итоге многие из тех, кто мог бы в других обстоятельствах успешно участвовать в лечебных программах, обречены на

продолжение наркопотребления, чреватого повышенным риском ВИЧ-инфекции, сопутствующими последствиями для здоровья и смертью от передозировки. При этом за неэффективность государства в обеспечении доступного лечения наркозависимости на основе методик с подтвержденной эффективностью расплачивается и российское общество в целом. В других странах применение таких методик неизменно способствует значительному сокращению расходов на соответствующие правоохранительные мероприятия и изоляцию наркопотребителей, а также издержек в здравоохранении, связанных с ВИЧ, гепатитом С и другими расстройствами здоровья, вызываемыми наркопотреблением.

Право на наивысший достижимый уровень здоровья, прямо признаваемое российской конституцией и различными международными договорами о правах человека с участием России, обязывает государство обеспечивать **наличие** услуг здравоохранения, в том числе и для наркозависимых лиц. Такие услуги должны быть **доступными** без дискриминации для всех нуждающихся и должны быть **приемлемыми с культурной и этической точки зрения, адекватными с научной и медицинской точки зрения** и отвечать **надлежащему уровню качества**. В связи с существенными различиями между странами по объему имеющихся ресурсов право на здоровье не предполагает единого обязательного минимального уровня, однако государство должно обеспечивать его реализацию в максимально возможной степени и обеспечивать поступательное повышение качества услуг здравоохранения. С точки зрения прав человека, политика государства в области здравоохранения также должна быть объективной и основываться на установленных фактах, должна быть направлена на максимально возможную реализацию права на здоровье и не должна исходить из соображений, которые носят дискриминационный или произвольный характер или которые, при прочих равных, неоправданно ограничивают реализацию права на здоровье или препятствуют его реализации.

Соответствие России требованию **наличия** услуг по лечению наркозависимости представляется неоднозначным. Наркологические учреждения имеются во всех крупных городах, однако в большинстве случаев они предлагают только дезинтоксикацию, которая сама по себе не обеспечивает стойкой ремиссии.⁴ Государственные реабилитационные центры, занимающиеся решением второй - критически важной задачи по преодолению психологической зависимости от наркотиков, присутствуют всего в 26 из 85 российских регионов. В некоторых регионах работают коммерческие центры или центры при религиозных общинах, однако услуги

⁴ См., в частности: Протокол ведения больных/Реабилитация больных наркоманией, утвержденный приказом Минздрава РФ № 500 от 22 октября 2003 г.; US National Institute for Drug Abuse (NIDA), "Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide," NIH Publication No. 99-4180, October 1999, <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATindex.html>, principle 9.

первых зачастую запретительно дороги, а вторых – не всегда приемлемы для наркопотребителей.

Заместительная терапия на основе метадона или бупренорфина – одна из наиболее эффективных и хорошо изученных методик лечения наркозависимости – в России в принципе отсутствует. Несмотря на успешный опыт применения этих препаратов в десятках стран на протяжении нескольких десятилетий и активную поддержку со стороны Всемирной организации здравоохранения и Управления ООН по наркотикам и преступности, российское законодательство прямо запрещает использование метадона и бупренорфина. На самом высоком уровне, в том числе в руководстве системы здравоохранения, в обоснование этого приводится во многом идеологический аргумент о том, что речь идет лишь о замене одного наркотика другим. Политическое решение о запрещении метадона и бупренорфина для целей лечения наркозависимости, основанное на соображениях, игнорирующих медицинские факты, может быть охарактеризовано не иначе, как произвольное и неразумное, а в таком случае имеет место невыполнение Россией обязанности обеспечивать наивысший достижимый уровень здоровья.

Доступность лечения в России также под большим вопросом. Как показывают исследования, услуги по лечению наркозависимости должны быть максимально доступными для охвата максимально возможного числа наркопотребителей,⁵ однако существующие в России многочисленные барьеры отталкивают потенциальных пациентов, которые, как правило, испытывают недоверие к государственной системе. Ключевым, и при этом проще всего устранимым, фактором, препятствующим обращению за лечением, служит то обстоятельство, что во всех трех регионах наркозависимым лицам, добровольно обращающимся за лечением, - поведение, которое должно было бы всячески поощряться государством, - в наркологических учреждениях говорят, что бесплатное лечение сопровождается обязательной постановкой на учет, что чревато определенным ограничением прав. К числу других факторов, препятствующих обращению в государственные наркологические учреждения, относятся высокая стоимость платных услуг, включая оплату формально бесплатных лекарств самими пациентами, необходимость предварительного сбора медицинских справок и неудовлетворительные условия в стационаре. В итоге большинство наркопотребителей не верят в эффективность предлагаемого лечения и считают персонал коррумпированным и не заинтересованным в достижении выздоровления. Государственные наркологические учреждения в обследованных нами регионах почти ничего не предпринимают для преодоления такого отношения.

⁵ NIDA, “Principles of Drug Addiction Treatment,” principle 2.

Российская система лечения наркозависимости также не отвечает требованию о том, что услуги здравоохранения должны быть **«обоснованными с научной и медицинской точки зрения»** и отвечать **надлежащему уровню качества**. За несколько десятилетий исследований вопросов лечения наркозависимости собран обширный массив данных об эффективности различных методик. Этот опыт, в частности, суммирован в изданных Управлением ООН по наркотикам и преступности руководстве «Материалах по вопросам лечения наркомании». Россия, однако, не спешит внедрять у себя накопленный опыт.

В частности, результаты исследований свидетельствуют о критической важности психотерапии уже на стадии дезинтоксикации, чтобы мотивировать пациента к продолжению лечения после ее завершения.⁶ Нами, однако, установлено, что в российских наркологических учреждениях это почти не практикуется. Во-первых, пациентов «накачивают» транквилизаторами и психотропными препаратами, хотя установлено, что в большинстве случаев в этом нет необходимости.⁷ В результате у пациентов зачастую притупляется сознание, и психологическое воздействие на них затрудняется или становится вообще бессмысленным. Во-вторых, нами установлено, что психологическая поддержка осуществляется лишь в очень немногих случаях. По словам большинства наркопотребителей, у них все ограничивалось беседой с психологом или наставником из реабилитационного центра о возможности продолжения лечения. Многие наркопотребители отмечали, что период дезинтоксикации в стационаре характеризуется крайней скукой. Как правило, на этом этапе не проводится и консультирование о ВИЧ/СПИДе, хотя это рекомендуется современными стандартами лечения наркозависимости.⁸ Исследования также свидетельствуют о высокой эффективности заместительной терапии на основе метадона и бупренорфина, которые, как уже отмечалось, в России запрещены.

Неэффективность российской системы лечения наркозависимости подтверждается значительным массивом данных. По итогам опроса почти 1 тыс. потребителей инъекционных наркотиков в 10 российских регионах, проводившегося пензенским фондом «Анти-СПИД» в 2006 г., установлено, что 59% наркопотребителей после лечения в государственных наркологических учреждениях возобновили употребление наркотиков в пределах месяца после окончания лечения, более 90% - в пределах года. Другими исследованиями также подтверждается, что ремиссия продолжительностью более года наблюдается у менее чем 10% пациентов.⁹ В каждом из обследованных нами регионов мы и сами встречали наркопотребителей, которые говорили, что

⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, "Detoxification and Substance Abuse Treatment," Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45. DHHS Publication No. (SMA) 06-4131, Rockville, MD, 2006, pp. 4-5.

⁷ Ibid., p. 74.

⁸ Ibid., p. 23.

⁹ Проект итогового доклада в досье Хьюман Райтс Вотч.

вернулись к наркотикам через несколько дней после выписки с дезинтоксикации. Не лучше выглядит ситуация и с точки зрения других критериев эффективности, таких как способность системы привлекать пациентов и удерживать их в течение времени, достаточного для надлежащего лечения.

Представляется также, что в некоторых российских наркологических учреждениях постоянно нарушается право пациента на конфиденциальность. Государство и его агенты обязаны соблюдать конфиденциальность медицинских сведений. Представляется, однако, что некоторые российские наркологические учреждения сообщают данные о лицах, состоящих на учете, правоохранительным органам и другим государственным ведомствам. В значительной части из 10 регионов, обследованных пензенским фондом «Анти-СПИД», респонденты были убеждены, что сведения о них передавались третьей стороне, в большинстве случаев – правоохранительным органам.¹⁰ Обыденное разглашение медицинских данных о наркопотребителях нарушает требование приемлемости, предполагаемое правом на здоровье, и право на неприкосновенность частной жизни по ратифицированной Россией Европейской конвенции о правах человека.

Хьюман Райтс Вотч также установлено, что в России неоправданно ограничиваются права лиц, состоящих на учете, в частности в связи с допуском к управлению транспортными средствами и к занятию определенных должностей, что является нарушением запрета дискриминации. Стоящие за этим соображения охраны общественной безопасности могут, в принципе, представляться законными, однако такие ограничения налагаются избирательно только на тех наркопотребителей, которые вынуждены пользоваться бесплатными услугами государственных наркологических учреждений, не имея возможности заплатить за анонимное лечение. Финансовая состоятельность пациента не может служить легитимным критерием, позволяющим устанавливать, в отношении кого именно сведения личного характера могут заноситься в базу данных и использоваться для ограничения некоторых гражданских прав. Более того, такие ограничения являются несоразмерными, поскольку вводятся на пятилетний срок без какой-либо предварительной оценки необходимости в каждом конкретном случае и без периодической проверки сохранения такой необходимости.

Дополнительную актуальность проблеме эффективного лечения наркозависимости придает тесная связь между инъекционным наркопотреблением и ВИЧ-инфекцией. По оценкам, потребители инъекционных наркотиков составляют 65-80% ВИЧ-позитивных лиц в России; около 10% потребителей инъекционных наркотиков являются ВИЧ-позитивными. Доказано, что эффективное лечение наркозависимости помогает снизить уровень ВИЧ-инфекции, поскольку человек может либо

¹⁰ Там же.

вообще перестать употреблять наркотики, либо перейти к менее опасному инъекционному поведению. Сегодня, когда в России быстро расширяется доступ к антиретровирусной терапии, эффективные программы лечения наркозависимости, включая заместительную терапию и лечение без использования препаратов-заместителей, могут сыграть важную роль в том, чтобы помочь наркопотребителям получить доступ к АРВ и соблюдать дисциплину лечения. Непринятие Россией мер по решению проблем в национальной системе лечения наркозависимости чревато эскалацией распространения ВИЧ-инфекции, включая резистентные формы, из-за недостаточной доступности АРВ для наркопотребителей и несоблюдения последними дисциплины лечения вследствие низкого качества наркологических услуг.

России необходимо безотлагательно предпринять шаги по устранению обозначенных в настоящем докладе различных недостатков и реформировать систему лечения наркозависимости с учетом научно установленных фактов. В связи с этим Хьюман Райтс Вотч предлагает следующие

Основные рекомендации российскому правительству

- Немедленно отменить запрет на медицинское использование метадона и бупренорфина для целей лечения наркозависимости и внедрить программы заместительной терапии.
- Внедрить в систему лечения наркозависимости методики с подтвержденной эффективностью.
- Принять и обеспечить финансированием федеральную программу по расширению возможностей реабилитации через создание реабилитационных программ и центров в тех регионах, где такие программы и центры в настоящее время отсутствуют. Программа должна предусматривать четкий график и критерии оценки исполнения и должна устанавливать приоритетность регионов и городов в зависимости от потребности.
- Принять меры в интересах обеспечения безотлагательного доступа наркопотребителей к лечению. Такие меры должны включать отмену произвольных требований о предварительном предоставлении справок о состоянии здоровья и сокращение, насколько это возможно, очередей на прием в стационар.
- Обеспечить достаточное финансирование наркологических учреждений и положить конец практике оплаты пациентами лекарств, которые должны предоставляться бесплатно.
- Внести изменения в стандарты лечения наркологических больных, чтобы прекратить избыточное медикаментозное вмешательство и ввести ясные нормативы по психосоциальным мерам, направленным на удержание пациента в лечебном процессе.

- Обеспечить всем лицам, проходящим дезинтоксикацию, надлежащее консультирование о ВИЧ-инфекции и других болезнях, распространенных среди наркопотребителей.
- Предпринять активные шаги по преодолению недоверия к государственным наркологическим учреждениям со стороны наркопотребителей, в том числе утвердить свод прав пациента, выработать четкие рекомендации относительно вариантов и стоимости лечения, а также принять меры по искоренению коррупционных проявлений со стороны персонала.
- Реформировать систему учета наркопотребителей с целью отмены огульных ограничений прав лиц, состоящих на учете.
- Предпринять шаги по обеспечению конфиденциальности сведений медицинского характера.

(Детализированные рекомендации приводятся в конце доклада.)

Методология

Настоящий доклад основан на результатах нескольких полевых миссий в России в январе – апреле 2007 г. общей продолжительностью в четыре недели. За это время научным сотрудником и консультантом Хьюман Райтс Вотч было проведено примерно 60 детальных интервью с потребителями инъекционных наркотиков, по меньшей мере 10 из которых были ВИЧ-позитивными. Практически все они принадлежали к возрастной группе от 20 до 40 лет, четверть составляли женщины. Интервью проводились в Казани, Калининграде, Пензе и Кузнецке (Пензенская область). В июле 2007 г. консультантом было проведено несколько интервью с наркопотребителями в Санкт-Петербурге. Выбор городов определялся тем, что во всех присутствует серьезная проблема незаконного употребления наркотиков при различном уровне распространения ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей и различной обеспеченности программами снижения вреда.

Интервью проводились в конфиденциальной обстановке, были частично структурированными и охватывали ряд вопросов, связанных с немедицинским употреблением наркотиков, опытом лечения наркозависимости, а также с лечением ВИЧ-инфекции (при наличии таковой). Большинство интервью проводились в офисах неправительственных организаций, государственных учреждениях, на местах работы программ снижения вреда, а также в медицинских учреждениях. Подавляющая часть потенциальных собеседников подбиралась с помощью российских НПО, работающих с потребителями инъекционных наркотиков и ВИЧ-позитивными лицами. Некоторых приглашали заранее, другие случайно оказывались в месте работы представителей Хьюман Райтс Вотч. Соответственно, собеседники могли иметь больший доступ к услугам по лечению наркозависимости, снижению вреда и профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа,

чем потребители инъекционных наркотиков в целом. Имена собеседников не разглашаются, в некоторых случаях в интересах охраны частной жизни и безопасности не разглашается и другая информация, позволяющая установить личность человека. Перед началом интервью собеседнику сообщалось о целях и предполагаемом круге вопросов, после чего предлагалось согласиться продолжить беседу или отказаться от нее. Собеседникам не предлагалось никаких стимулов и не предоставлялось никакого вознаграждения ни в какой форме.

Научный сотрудник Хьюман Райтс Вотч свободно владеет русским языком и имеет многолетний опыт работы в России. Консультант - ВИЧ-наставник из Санкт-Петербурга, русский язык является родным.

Состоялись также встречи Хьюман Райтс Вотч с главным наркологом России и главными наркологами Татарстана и Калининградской области; в Пензе главный нарколог от встречи уклонился. В Кузнецке были взяты интервью у главного врача и психолога местного наркодиспансера. В каждом из обследованных городов также проводились беседы с врачами СПИД-центров и представителями НПО. Нами были также опрошены более десятка представителей НПО из Москвы и других городов, а также несколько международных экспертов, которых мы просили оценить российскую систему наркозависимости. При подготовке доклада мы опирались также на обширный массив публикаций по вопросам лечения наркозависимости и консультации с различными профильными международными экспертами.

Все упоминаемые документы, на которые в докладе приводятся ссылки, являются общедоступными или находятся в досье Хьюман Райтс Вотч.

II. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Незаконное употребление наркотиков и наркополитика в России

Незаконное употребление наркотиков, бывшее в советский период относительно редким явлением, в 1990-х гг. стало быстро распространяться в России. В эпоху открытия границ и масштабных социальных потрясений, вызванных политическими и экономическими переменами, к наркотикам стало обращаться все большее число людей, особенно молодежи. На сегодняшний день количество наркопотребителей оценивается в пределах от 3 до 6 млн. человек¹¹ при общей численности населения примерно в 143 млн. В 2004 г. руководитель Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) говорил, что регулярно употребляют наркотики от 4 до 5 млн. человек.¹² Управление ООН по наркотикам и преступности в 2003 г. оценивало долю наркопотребителей на уровне 2,4% взрослого населения.¹³

В подавляющем большинстве случаев используются инъекционные наркотики.¹⁴ Обычно это героин, хотя распространены также *ханка* (производится из маковой соломки) и винт (амфетамин кустарного изготовления).¹⁵ По данным Международного совета по контролю за наркотиками, Россия становится крупнейшим потребителем героина в Европе: в 2004 г. число потребителей героина оценивалось почти в миллион человек с тенденцией к нарастанию.¹⁶ Как представляется, в последние годы происходила определенная стабилизация числа наркопотребителей, однако в 2005 г. Национальным научным центром наркологии был зафиксирован значительный (16,3%) прирост новых зарегистрированных случаев наркозависимости – впервые за пять лет.¹⁷

¹¹ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), “Illicit Drug Trends in the Russian Federation 2005,” 2006, www.unodc.org/pdf/russia/Publications/drug%20trends%202005_eng.pdf, p. 11.

¹² US Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, “International Narcotics Control Strategy Report 2006,” March 2006, <http://www.state.gov/p/inl/rls/nrcrpt/2006/>

¹³ Natalie Bobrova, Tim Rhodes, Robert Power, Ron Alcorn, Elena Neifeld, Nikolai Krasiukov, Natalia Latyshevskaya, and Svetlana Maksimova, “Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities.” *Drug and Alcohol Dependence*, 82 Supplement 1 (2006), S57-63.

¹⁴ UNODC, “Illicit Drug Trends in the Russian Federation 2005,” p. 11.

¹⁵ Из 343,5 тыс. лиц, состоявших на наркологическом учете в России в 2005 г., 85% страдали героиновой зависимостью. Nikolai Ivanets, “Drug Addiction Today, Prevention, Treatment, Rehabilitation”, в досье Хьюман Райтс Вотч.

¹⁶ International Narcotics Control Board (INCB), “Annual Report 2004,” E/INCB/2004/1, http://www.incb.org/incb/annual_report_2004.html, p. 72.

¹⁷ Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова. Особенности распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации в 2005 г. // Психиатрия и психофармакотерапия, вып. 9/№1/2007, http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/07_01/18.shtml

Взрывной рост наркопотребления во второй половине 1990-х гг. сопровождался стремительным распространением ВИЧ-инфекции, что было связано с недостатком знаний и массовой практикой совместного использования инъекционных приспособлений. В 1995 - 2001 гг. число новых случаев заражения удваивалось каждые полгода - год.¹⁸ К середине 2006 г. в стране, как считалось, было почти 1 млн. ВИЧ-позитивных лиц, причем подавляющее большинство заразились через наркопотребление.¹⁹ Доля ВИЧ-инфицированных среди наркопотребителей существенно меняется в зависимости от региона. По данным Национального научного центра наркологии, в 2005 г. ВИЧ-позитивными были 9,3% потребителей инъекционных наркотиков, состоявших на учете в государственных наркологических учреждениях.²⁰ Некоторые источники приводят намного более высокий процент. Так, ЮНЭЙДС ссылается на исследования, согласно которым в Санкт-Петербурге ВИЧ-позитивными были 30% потребителей инъекционных наркотиков, в Череповце и Новгороде – 12-15%.²¹

Для решения проблемы незаконного наркопотребления российские власти и правоохранительные органы задействуют целый ряд мер, направленных на пресечение незаконного оборота наркотиков, привлечение к ответственности курьеров и распространителей, изоляцию наркопотребителей, а также на предупреждение наркопотребления. В 1993 г. Верховный совет принял концепцию государственной политики в этой области, основанную на принципах тщательной сбалансированности правоохранительных, лечебных и профилактических мер, однако на практике впоследствии главный акцент зачастую делался именно на мерах карательного характера,²² в то время как вопросам здравоохранения отводилась второстепенная роль.

Вплоть до 2004 г. сохранение уголовной ответственности за хранение незначительного количества наркотиков приводило к тому, что милиция занималась не столько распространителями, сколько потребителями, загоняя последних в подполье и отсекая их от услуг здравоохранения. Борьба правоохранительных органов со «склонением к потреблению» наркотиков, что также является в России уголовно-наказуемым, препятствует попыткам внедрения программ снижения вреда и обмена шприцев, направленным на информационно-профилактическую работу среди наркопотребителей с целью

¹⁸ United Nations Development Programme (UNDP), "Reversing the Epidemic: Facts and Policy Options (HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States)," ISBN 92-1-126162-7, February 17, 2004, <http://rbec.undp.org/hiv/?english>

¹⁹ United Nations Joint Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), "AIDS Epidemic Update: Eastern Europe and Central Asia," Geneva, 2006, www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/Epio5_07_en.pdf

²⁰ Ivanets, "Drug Addiction Today, Prevention, Treatment, Rehabilitation."

²¹ UNAIDS, "AIDS Epidemic Update: Eastern Europe and Central Asia," p. 35.

²² Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации, утверждена постановлением Верховного Совета РФ № 5494-1 от 22 июля 1993 г.

снижения риска ВИЧ-инфекции, гепатита и других негативных последствий для здоровья.

Неоправданная изоляция наркопотребителей

В 1996 - 2004 гг. хранение малейшего количества героина (0,005 г – примерно сотая часть средней дневной дозы) преследовалось в уголовном порядке с лишением свободы на срок от пяти до семи лет.²³ Это приводило к абсурдной ситуации, когда наркопотребитель с одной дозой героина и наркоторговец со 100 кг проходили по одной и той же статье о хранении в «особо крупных размерах». В этот период многие наркопотребители привлекались к уголовной ответственности за хранение небольших количеств для личного потребления, и многие на годы отправлялись за решетку. В исследовании Института «Открытое общество» 2004 г., посвященном вопросам наркополитики и глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, в связи с этим отмечалось:

За первый год после ужесточения санкций за хранение наркотиков в России за связанные с наркотиками преступления было осуждено 100 тыс. человек, число лиц, лишенных свободы за наркотики, в 1997 - 2000 гг. увеличилось в пять раз. Даже после амнистий и резкого ограничения предварительного заключения в России остается до 850 тыс. заключенных, из которых до 20% (среди женщин – до 40%) задержаны за наркотики.²⁴

Массовая практика милицейской «охоты» на рядовых наркопотребителей негативно сказывается на усилиях по предоставлению услуг здравоохранения. В 2004 г. Хьюман Райтс Вотч пришла к выводу, что такая практика создает среди наркопотребителей атмосферу страха:

... Нам неоднократно рассказывали, как милиция дежурит у аптек, особенно в ночное время, целенаправленно притесняя или задерживая покупателей шприцев. Аналогичная ситуация имеет место и с пунктами обмена шприцев, куда многие также боятся обращаться, опасаясь встречи с милицией. Потребители инъекционных наркотиков подвергаются задержанию за одно только наличие у них шприцев, что по российскому законодательству не является преступлением. Петербургские наркопотребители рассказывают, как их останавливают на улице и заставляют показать руки; если там обнаруживаются следы от уколов – они подвергаются вымогательству и угрозам задержания,

²³ Daniel Wolfe and Kasia Malinowska-Sempruch, Open Society Institute, “Illicit Drug Policies and the Global HIV Epidemic: Effects of UN and National Government Approaches,” 2004, http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/cnd_20040316, p. 39.

²⁴ Ibid., p. 46.

или им подбрасывают наркотики. Для милиции наркоманы представляют легкую добычу, которая позволяет выполнить план по арестам и «подзаработать», не особенно опасаясь общественного протеста.²⁵

В последние годы имеют место определенные шаги по отходу от преследования рядовых наркопотребителей. В мае 2004 г. правительство утвердило размеры средних разовых доз, в результате чего, в частности, хранение менее 1 г героина перешло в категорию административных правонарушений. Соответственно, на свободу были выпущены около 40 тыс. наркопотребителей, или же им был сокращен срок наказания.²⁶ По экспертным оценкам, в 2004 - 2005 гг. по меньшей мере 60 тыс. наркопотребителей благодаря новому законодательству избежали уголовного преследования и возможного лишения свободы.²⁷

В феврале 2006 г. правительство несколько ужесточило нормы, и в настоящее время порог уголовной ответственности за хранение составляет 0,5 г героина. Соответственно, эксперты отмечают резкий рост числа уголовных дел, связанных с хранением наркотиков: в 2006 г. по этой статье привлекалось на 30 тыс. человек больше, чем годом ранее.²⁸

Программы снижения вреда

Несмотря на доказанную эффективность в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и в профилактике здоровья наркопотребителей, программы снижения вреда, в особенности обмен шприцев, продолжают вызывать в России неоднозначное отношение. Их правовой статус остается неясным, поскольку год за годом откладывается принятие совместной позиции Минздрава и ФСКН. В отсутствие четкой официальной позиции в поддержку программ снижения вреда статус существующих программ остается шатким, а региональные власти определяют свое отношение к ним по собственному усмотрению, иногда запрещая их деятельность на территории того или иного региона.

Когда программы снижения вреда впервые появились в России в середине 1990-х гг., правоохранительные органы обычно относились к ним с подозрением. Как отмечает один из экспертов, правоохранительные органы регулярно высказывали мнение, что шприцы «нужно изымать, а не

²⁵ Хьюман Райтс Вотч. Повторение пройденных ошибок: ВИЧ/СПИД и нарушения прав человека в Российской Федерации. Т. 16, № 5(D), апрель 2004 г., <http://hrw.org/russian/press/2004/aids.html>

²⁶ Lev Levinson, "Half a gram and thousands of lives," *Russian Harm Reduction Network Newsletter 2006-2007*, http://www.harmreduction.ru/files/harm_reduction_russia_2006-2007_eng.pdf, pp. 9-11.

²⁷ Ibid.

²⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Львом Левинсоном (по телефону) 9 июля 2007 г.

распространять, поскольку они являются инструментом совершения противоправных действий», и что «предложение воспользоваться стерильными шприцами может быть расценено как акт склонения лица к употреблению наркотиков или как пропаганда наркотиков», что преследуется в уголовном порядке по статье 230 УК.²⁹

В 2003 г. Госдума приняла ряд поправок в Уголовный кодекс. В частности, статья 230 была дополнена примечанием следующего содержания: «Действие настоящей статьи не распространяется на случаи пропаганды применения в целях профилактики ВИЧ-инфекции и других опасных инфекционных заболеваний соответствующих инструментов и оборудования, используемых для потребления наркотических средств и психотропных веществ, если эти деяния осуществлялись по согласованию с органами исполнительной власти в области здравоохранения и органами по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ».³⁰

Правительство поручило Минздравсоцразвития и ФСКН разработать положение о программах снижения вреда, и поначалу казалось, что документ будет принят в сжатые сроки. В 2004 г. Минздравсоцразвития подготовило проект с учетом предложений ФСКН и различных неправительственных организаций. Однако затем проект «забуксовал» в ФСКН, которая в конце 2006 г. представила собственный вариант, в случае принятия чреватый фактическим запретом программ обмена шприцев.³¹ На момент подготовки настоящего доклада окончательного решения правительства еще не было.

Из-за бюрократической борьбы различных федеральных инстанций в регионах сохраняются серьезные различия в подходах к программам снижения вреда. В некоторых субъектах федерации пункты обмена шприцев фактически запрещены, поскольку к ним негативно относятся и местные власти, и подразделения ФСКН. В других регионах местные власти активно поддерживают такие программы. При проведении исследований на местах для настоящего доклада эта ситуация проявилась вполне отчетливо. В Казани при поддержке местной администрации работает мощная программа обмена шприцев, в то время как в Калининграде программы снижения вреда отсутствуют в принципе. На встрече с представителями Хьюман Райтс Вотч

²⁹ Lev Levinson, "How to Properly Exchange Needles: The story of how not to develop a methodological guideline," http://www.harmreduction.ru/files/harm_reduction_russia_2006-2007_eng.pdf, pp. 12-13. Статья 230 УК «Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ».

³⁰ Федеральный закон от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации».

³¹ Ключевые проблемные пункты позиции ФСКН включают, в частности: запрет мобильных пунктов обмена шприцев; положение о том, что все программы обмена шприцев должны работать на базе государственных или муниципальных медицинских учреждений; введение обременительных и дорогостоящих процедур утилизации использованных шприцев; требование об использовании шприцев, которые показали свою неэффективность в программах обмена.

представитель калининградского подразделения ФСКН безапелляционно заявил, что его ведомство не потерпит в регионе никаких попыток организовать обмен шприцев.³² В Пензе деятельность местной программы снижения вреда была прервана в 2006 г. из-за того, что местные власти, как представляется – под давлением ФСКН, не пожелали предоставить офисные площади.³³

О неустойчивом положении программ снижения вреда свидетельствует также изменение позиции подразделений ФСКН в нескольких регионах – участниках проекта «Глобус». Всемирный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией выделил крупный грант коалиции НПО во главе с Открытым институтом здоровья населения на реализацию проекта профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа в 2004 - 2009 гг. Одним из условий участия в проекте было получение от подразделений ФСКН в десяти целевых регионах официальных заявлений о поддержке программ снижения вреда, включая обмен шприцев. В нескольких участвующих в проекте регионах местные подразделения ФСКН впоследствии отозвали свои письма, как представляется – под давлением из центра.³⁴ Хотя это обстоятельство пока не сказалось на самих программах снижения вреда в соответствующих регионах, отзыв ясно показал разнонаправленность отношения со стороны государства.³⁵

Несмотря на такую непоследовательность со стороны властей, на момент подготовки настоящего доклада в России действовало около 60 программ снижения вреда. В 2006 г. Всемирный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией выделил Всероссийской сети снижения вреда 10,1 млн. евро на поддержку и расширение программ в 33 российских городах. Поддержку снижения вреда предусматривают и еще два гранта Всемирного фонда: первый предоставлен проекту «Глобус», второй – фонду «Российское здравоохранение». Некоторые программы снижения вреда в 2006 г. также финансировались правительством России в рамках национального проекта в области здравоохранения.

Российская система лечения наркозависимости

В России исторически сложилась преимущественно государственная система с высокой степенью централизации. В результате основная инфраструктура, с которой сегодня сталкивается наркопотребитель, обращающийся за лечением, оказывается во многом одинаковой по всей стране, будь то в Казани, Калининграде или Пензе. В своей основе система берет начало в

³² Интервью Хьюман Райтс Вотч с М.Нечушкиным. Калининград, 29 января 2007 г.

³³ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Сергеем Олейником. Пенза, 11 апреля 2007 г.

³⁴ Проект «Глобус» охватывает Татарстан, Тверскую область, Бурятию, г. Санкт-Петербург, Псковскую, Вологодскую, Нижегородскую, Томскую, Оренбургскую области и Красноярский край.

³⁵ Материалы электронной переписки Хьюман Райтс Вотч с Алексеем Бобриком (Институт «Открытое общество») 31 июля 2007 г.

советском здравоохранении, хотя некоторые базовые элементы последней давно стали достоянием прошлого. В настоящее время, когда здравоохранение децентрализуется, появляются все более заметные различия между регионами. Поскольку здравоохранение в теперь в значительной степени финансируется из местных бюджетов, ключевыми факторами наличия и доступности различных услуг по лечению становятся уровень развития региона и отношение региональных властей к вопросам лечения наркозависимости.

Лечение алкоголизма и наркомании в СССР

В советский период к наркозависимости, которая была в то время довольно редким явлением, относились так же, как к гораздо более распространенному алкоголизму. Подход к этим заболеваниям строился на том, что «граждане СССР должны бережно относиться к своему здоровью» и что алкоголизм и наркомания являются общественно- опасными заболеваниями.³⁶

Лица, которым ставился такой диагноз, подлежали лечению, после которого не должны были употреблять наркотики или злоупотреблять алкоголем. Лечение состояло из курса дезинтоксикации с последующим амбулаторным наблюдением у врача-нарколога в течение пяти лет. Лица, отказывавшиеся от лечения или нарушавшие режим после его прохождения, могли быть направлены в лечебно-трудовой профилакторий на срок от шести месяцев до двух лет, где они проходили «трудовое перевоспитание».³⁷ Через ЛТП в 1970 - 80-х гг. прошло более 2 млн. человек, в подавляющем большинстве – алкоголиков.³⁸

С целью обеспечить соблюдение пациентами режима после курса лечения их ставили на учет в государственных наркодиспансерах. Человек, стоявший на таком учете, в течение пяти лет должен был являться на прием к наркологу (для больных алкоголизмом этот период составлял три года). При условии воздержания в течение пяти лет, в пределах которых человек должен был

³⁶ V. Pelipas and I. Solomonidina, "The rights of persons addicted to psychoactive substances." // Moscow Helsinki Group, "Human Rights and Psychiatry in the Russian Federation," 2004, <http://www.mhg.ru/english/3959925>

³⁷ Изначально лица с наркотической или алкогольной зависимостью направлялись в ЛТП в том случае, если они отказывались от лечения, продолжали злоупотреблять наркотиками или алкоголем, а также нарушали общественный порядок, трудовую дисциплину и правила социалистического общежития. Однако с 1985 г. в рамках развернутой при М.Горбачеве антиалкогольной кампании для направления в ЛТП стало достаточно только отказа от лечения и продолжения злоупотребления наркотиками или алкоголем. См.: Заключение Комитета конституционного надзора СССР от 25 октября 1990 г. № 8 (2-10) «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией».

³⁸ В.Е.Пелипас, И.О.Соломоницина, М.Г.Цетлин. Принудительное и обязательное лечение больных наркологического профиля. Опыт и перспективы. М., 2005.

побывать у нарколога не менее 30 раз, наркопотребителя снимали с учета.³⁹ Однако даже при однократном срыве срок наблюдения начинался заново (см. ниже). Учет в наркодиспансере также служил основанием для ограничения в правах, включая право управления транспортными средствами и право занимать определенные должности.

В осуществлении государственной политики по отношению к наркопотребителям врачи наркодиспансеров взаимодействовали с другими профильными учреждениями, в том числе с правоохранительными органами. Нормативно-правовые акты в области конфиденциальности медицинских данных прямо гласили, что информация о лицах, больных наркоманией или алкоголизмом не подлежит разглашению только в том случае, если человек «критически относится к своему состоянию, имеет твердые установки на лечение и аккуратно выполняет все врачебные назначения».⁴⁰ Информация о лицах, состоящих на учете, регулярно передавалась правоохранительным органам.

Наркоманы и алкоголики, отказывавшиеся от лечения или продолжавшие употреблять наркотики или алкоголь, фактически приравнивались к уголовным элементам. Более того при принятии решения о принудительном направлении человека в ЛТП его правовое положение было значительно более уязвимым, чем в ситуации обычного уголовного судопроизводства. Советское законодательство предусматривало в таких случаях упрощенную процедуру без права обжалования судебных решений. Режим содержания в ЛТП, находившихся в ведении Министерства внутренних дел, напоминал режим в подведомственных тому же министерству исправительно-трудовых колониях.⁴¹ Побег из ЛТП считался уголовным преступлением и наказывался лишением свободы сроком до года.⁴² В 1987 г., в период антиалкогольной кампании, за незаконное употребление наркотиков была введена уголовная и административная ответственность.⁴³

Перемены начала 1990-х гг.

В переходный период начала 1990-х гг. отношение государства к проблеме наркозависимости претерпело ряд важных изменений. В 1990 г. Комитет конституционного надзора СССР признал неконституционными систему ЛТП и

³⁹ Приказ МЗ СССР № 704 от 12 сентября 1988 г. «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями».

⁴⁰ Pelipas and Solomonidina, “The rights of persons addicted to psychoactive substances”; Приказ МЗ СССР № 1333 от 29 декабря 1979 г. «О порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан».

⁴¹ Заключение Комитета конституционного надзора СССР от 25 октября 1990 г. № 8 (2-10) «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией».

⁴² Pelipas and Solomonidina, “The rights of persons addicted to psychoactive substances.”

⁴³ Указ Президиума Верховного Совета СССР от 22 июня 1987 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты СССР».

уголовную ответственность за незаконное употребление наркотиков. Комитет указал, что принудительное помещение в ЛТП лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, представляет собой «изоляцию человека от общества на довольно длительный срок, что сближает эту меру с уголовным наказанием - лишением свободы», и что «лечение больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших правонарушений, должно производиться на добровольных началах в медицинских, а не в исправительных учреждениях».⁴⁴

В 1993 г. в России были приняты Основы законодательства об охране здоровья граждан, гарантировавшие конфиденциальность медицинской информации для всех категорий пациентов, введившие принцип добровольности лечения на основе информированного согласия и запрещавшие любую дискриминацию по признаку состояния здоровья.⁴⁵ Аналогичные положения закреплены и в законе о психиатрической помощи 1992 г.⁴⁶

В 1993 г., как уже отмечалось, Верховный совет утвердил также новую концепцию политики в отношении незаконного употребления наркотиков, предполагавшую кардинальный отход от советской традиции в пользу баланса интересов охраны правопорядка и общественного здравоохранения. В документе был предложен комплекс правоохранительных и просветительских мер с акцентом на профилактику и усилия по изменению социо-культурных стереотипов. Предлагалось также создать государственное ведомство, которое занималось бы вопросами социальной поддержки и реабилитации наркозависимых лиц. Наконец, в отношении лиц, совершивших незначительные преступления в связи с наркотиками, рекомендовалось применять в первую очередь лечение, а не меры карательного характера.⁴⁷ Концепция так и осталась заявлением о намерениях. На практике политика государства в этой области развивалась в другом направлении, о чем ярче всего свидетельствует развитие событий вокруг вопроса о пороге уголовной ответственности за хранение наркотиков, который рассматривался выше.

Современное состояние российской системы лечения наркозависимости

Российские наркопотребители, заинтересованные в лечении, могут получить соответствующие услуги в государственных наркологических учреждениях, предлагающих дезинтоксикацию, а в некоторых регионах и реабилитацию. На

⁴⁴ Заключение Комитета конституционного надзора СССР от 25 октября 1990 г. № 8 (2-10) «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией».

⁴⁵ Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г., главы 4 и 6.

⁴⁶ Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. № 3185-1.

⁴⁷ Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации, утверждена постановлением Верховного Совета РФ № 5494-1 от 22 июля 1993 г.

сегодняшний день лечение, как правило, является добровольным, хотя при определенных ограниченных обстоятельствах возможно и принудительное лечение.⁴⁸

Государственные наркологические учреждения

Лечение наркозависимости в России осуществляется главным образом государственными учреждениями, хотя существует и некоторое количество частных. В 2005 г. государственная система включала 192 наркологических диспансера (стационарные учреждения в общей сложности на 28 200 койко-мест, предназначенные для проведения дезинтоксикации и лечения осложнений, вызванных употреблением алкоголя и наркотиков) и 1 975 наркологических кабинетов, предназначенных для амбулаторного приема, в основном, лиц, страдающих алкоголизмом. В том же году через эту систему прошли 717 тыс. пациентов, в том числе примерно 70 тыс. наркопотребителей.⁴⁹

Государственные реабилитационные программы появились сравнительно недавно: программа создания соответствующих центров реализуется с 2000 г. В 2006 г. реабилитационные центры имелись в 26 регионах.⁵⁰ В настоящее время, по информации главного нарколога России, государственные учреждения имеют около 1 100 койко-мест для бесплатной реабилитации.⁵¹ В интервью Хьюман Райтс Вотч он говорил, что дальнейшему развитию и совершенствованию программ реабилитации придается большое значение.⁵²

Методики лечения

В государственных наркологических учреждениях применяются методики лечения опиоидной зависимости без использования наркотических средств, нацеленные на обеспечение немедленного и полного прекращения

⁴⁸ К таким обстоятельствам относятся: направление судом на принудительное лечение лиц, страдающих психическими расстройствами и представляющими опасность для самих себя или окружающих; направление родителями на принудительное лечение детей, не достигших 16-летнего возраста (в настоящее время рассматривается вопрос о повышении порога до 18 лет); направление судом на принудительное лечение наркопотребителей, осужденных за совершение преступления к наказанию, не связанному с реальным лишением свободы (статья 73 УК); направление администрацией мест заключения на принудительное лечение лиц, осужденных к лишению свободы (по решению медицинской комиссии).

⁴⁹ Natalia Bobrova, Ron Alcorn, Tim Rhodes, Iurii Rughnikov, Elena Neifeld and Robert Power, "Injection drug users' perceptions of drug treatment services and attitudes toward substitution therapy: A qualitative study in three Russian cities," *Journal of Substance Abuse Treatment*, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=17499960&doctype=Citation

⁵⁰ Е.А. Кошкина, В.В. Виноградова, О.В. Сидорюк. Распространенность наркологических расстройств в Российской Федерации в 2004 - 2005 гг. М., 2006. Цит. в: Bobrova et al., "Injection drug users' perceptions of drug treatment services and attitudes toward substitution therapy: A qualitative study in three Russian cities," *Journal of Substance Abuse Treatment*.

⁵¹ Ivanets, "Drug Addiction Today, Prevention, Treatment, Rehabilitation."

⁵² Интервью Хьюман Райтс Вотч с Н.Иванцом. Москва, 7 марта 2007 г.

употребления наркотиков. Официальные стандарты лечения выделяют три этапа: дезинтоксикацию, «постабстинентную» фазу и ремиссию.⁵³

Дезинтоксикация проводится в стационаре продолжительностью от 3 до 12 дней по степени зависимости. Стандарты лечения рекомендуют активное медикаментозное вмешательство, в том числе средства для подавления симптомов синдрома отмены, средства борьбы с возбуждением и бессонницей, нейролептики, антиконвульсанты и др. Большинство пациентов получают целый набор препаратов. По словам тех наших собеседников, кто проходил дезинтоксикацию, первую половину времени они находились в коматозном состоянии и продолжали получать сильные транквилизаторы до конца лечения. Амбулаторная дезинтоксикация для наркопотребителей официально не предусмотрена, хотя во многих регионах врачи-наркологи предлагают такую услугу в неофициальном порядке (и за плату). Стандарт лечения для самой легкой формы зависимости также рекомендует «суггестивную психотерапию».⁵⁴

Стандарт лечения для второго этапа рекомендует еще 21 день в стационаре, хотя и допускает возможность амбулаторного лечения. Рекомендуется целый ряд препаратов: антидепрессанты, средства, подавляющие влечение к наркотикам, корректоры поведения. Рекомендуются также психотерапия, массаж, акупунктура.

Для последнего этапа – ремиссии рекомендуется от 6 до 8 месяцев амбулаторного лечения. В течение этого времени пациент продолжает получать антидепрессанты, нейролептики и стимуляторы. Обследование: общий анализ крови и общий анализ мочи 1 раз в 3-4 недели. Предусмотрена психотерапия, однако никаких рекомендаций по ее виду и периодичности не приводится.

Заместительная терапия при лечении зависимости от опиоидов не используется, поскольку применение для этих целей метадона или бупренорфина запрещено законодательством.⁵⁵

В некоторых наркологических учреждениях существуют группы самопомощи. Однако эксперты отмечают, что собрания групп анонимных наркоманов «обычно имеют место только в городах».⁵⁶ В обследованных для настоящего

⁵³ Приказ МЗ РФ № 140 от 28 апреля 1998 г. «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных».

⁵⁴ При этом методе используются возможности психотерапевта направлять прохождение лечения пациентом.

⁵⁵ Федеральный закон № 3-ФЗ от 8 января 1998 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах», статья 31-6.

⁵⁶ Bobrova et al., "Injection drug users' perceptions of drug treatment services and attitudes toward substitution therapy: A qualitative study in three Russian cities," *Journal of Substance Abuse Treatment*.

доклада регионах группы анонимных наркоманов присутствовали в Казани (одна – при наркологическом учреждении, другая – при местной НПО, встречи проводятся почти ежедневно с участием от 30 до 70 человек) и в Калининграде (одна малочисленная группа). В Пензе и Кузнецке групп самопомощи нет вообще, хотя в последнем такая группа существовала несколько лет назад в период действия там реабилитационной программы.

Регистрация наркопотребителей и конфиденциальность этих сведений

Система диспансерного учета наркопотребителей сохраняется во многом в неизменном виде с советских времен. Теоретически, лица, обращающиеся за лечением в государственные учреждения, автоматически ставятся на учет.⁵⁷ Во многих регионах, однако, платное лечение в тех же учреждениях позволяет обойти регистрацию (см. ниже). Некоторые индивидуально практикующие наркологи также оказывают услуги на амбулаторной основе без постановки на учет.

Состоящие на учете наркопотребители должны регулярно являться на прием к лечащему врачу в течение, как минимум, пяти лет, в общей сложности – не менее 30 раз.⁵⁸ При этом врач может назначать те или иные анализы для контроля соблюдения режима. По прошествии пяти лет человек может быть снят с учета «в случае выполнения [им] всех назначений лечащего врача, соблюдения сроков явок в наркологические учреждения (подразделения) и наступления после лечения стойкой, объективно подтвержденной ремиссии».⁵⁹ В случае даже однократного срыва пятилетний срок может быть в любой момент восстановлен. Большинство наших собеседников из числа состоявших на учете наркопотребителей говорили, что не ходят в диспансер и, соответственно, не имеют шансов быть снятыми с учета. Неудивительно, что число лиц, ежегодно снимаемых с учета в связи с окончанием наблюдения, невелико. Как отмечал в интервью Хьюман Райтс Вотч главный нарколог России, число снятых с учета в связи со смертью превышает число снятых в связи с выздоровлением.⁶⁰ В 2005 г. на учете состояло 343 500 наркозависимых лиц, из них поставлено на учет в том же году – 24 390.⁶¹

⁵⁷ Приказ МЗ СССР № 704 от 12 сентября 1998 г. «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями». Предусмотрено также профилактическое наблюдение за «группами риска», т.е. «лицами, у которых злоупотребление алкоголем, наркотическими и другими одурманивающими средствами не сопровождается клиническими проявлениями заболевания».

⁵⁸ В первый год – раз в месяц; во второй – раз в два месяца; в третий, четвертый и пятый – 3-4 раза в год.

⁵⁹ Приказ МЗ СССР № 704 от 12 сентября 1998 г. «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями».

⁶⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Н.Иванцом. Москва, 7 марта 2007 г.

⁶¹ Ivanets, “Drug Addiction Today, Prevention, Treatment, Rehabilitation.”

Правовое регулирование конфиденциальности информации о лицах, состоящих на учете, в значительной степени улучшилось по сравнению с советским периодом, однако некоторые государственные наркологические учреждения и врачи, как представляется, по-прежнему нередко сообщают сведения о пациентах правоохранительным органам. В настоящее время законодательство в области здравоохранения признает конфиденциальность медицинских данных и допускает их разглашение только в строго определенных случаях, в частности, «при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина был причинен в результате противоправных действий».⁶² Поскольку незаконное употребление наркотиков является в России административным правонарушением, медработники формально имеют право сообщать о таких фактах правоохранительным органам.⁶³ Информация о лицах может также предоставляться по запросу прокуратуры или суда в рамках уголовного дела.⁶⁴

Представляется, что в некоторых регионах сохраняются нормативные акты, обязывающие медперсонал наркологических учреждений передавать правоохранительным органам сведения о лицах, состоящих на учете. В частности, в Москве существует распоряжение мэра 1998 г., которым ГУВД и Департаменту здравоохранения поручено создать систему обмена данными на лиц, замеченных в немедицинском употреблении наркотиков.⁶⁵ Между тем, как нам сообщили, московские наркологи утверждают, что данное распоряжение в настоящее время утратило силу.⁶⁶

(Общезаконодательная база данных по вопросам незаконного оборота наркотиков имеется у ФСНК. В апреле 2007 г. в прессе проходили сообщения о том, что в эту базу заносятся также персональные данные пациентов, хотя на федеральном уровне установлено, что учету подлежит только статистическая информация о лицах, обращающихся в наркологические учреждения.)⁶⁷

Врачи в наркологических учреждениях Казани, Калининграда и Кузнецка в интервью Хьюман Райтс Вотч говорили, что конфиденциальность строго соблюдается. С другой стороны, многие наркопотребители утверждают, что передача сведений правоохранительным органам, родственникам и работодателям регулярно имеет место. Так, по данным опроса,

⁶² Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г., статья 61.

⁶³ Кодекс об административных правонарушениях в редакции от 21 марта 2005 г., статья 6.9.

⁶⁴ Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г., статья 61.

⁶⁵ Распоряжение мэра Москвы № 887-РМ от 1 сентября 1998 г. «Об утверждении положения о межведомственном совете по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в г. Москве и плана первоочередных мероприятий на 1998 год».

⁶⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Львом Левинсоном (по телефону) 9 июля 2007 г.

⁶⁷ Постановление Правительства РФ № от 23 января 2006 г. «О создании, ведении и использовании единого банка данных по вопросам, касающимся оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также противодействия их незаконному обороту».

проводившегося пензенским фондом «Анти-СПИД», около трети из примерно 1 тыс. наркопотребителей в 10 регионах считали, что наркологи сообщали о них правоохранительным органам или родственникам. Были выявлены значительные различия в зависимости от региона: в то время как в Пензе 67,5% опрошенных считали, что сведения о них передавались третьим лицам (почти все при этом говорили о правоохранительных органах), в Оренбурге о нарушении конфиденциальности наркологическими учреждениями говорили только 8,3% респондентов.⁶⁸

Стоимость лечения в государственных наркологических учреждениях

Конституция России гарантирует бесплатное лечение в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.⁶⁹ Однако на деле лечение в государственных наркологических учреждениях оказывается бесплатным не всегда. В Калининграде и в Пензе наркопотребители говорили Хьюман Райтс Вотч, что им предлагалось платить за лекарства или приносить медикаменты с собой. Как отмечают эксперты, отсутствие стабильного и достаточного финансирования наркологических учреждений «привело к массовой практике взимания дополнительных платежей, нередко включающих стоимость медицинских препаратов».⁷⁰

В последние годы государственные наркологические учреждения все в большей степени коммерциализируются, пытаются таким образом решить проблему часто недостаточного финансирования из местного и федерального бюджета. Соответственно, они предлагают наркопотребителям платить за лечение или даже подталкивают их к этому. Во многих регионах «платные» пациенты могут рассчитывать на лучшие условия. Некоторые учреждения, как в Калининграде и Казани, выделяют специальные палаты для коммерческих больных.

Такая ситуация имеет место не только в наркологии. Огромный разрыв между конституционными гарантиями бесплатной медицины для всех и реальностью носит общесистемный характер. Во многих областях здравоохранения невозможно получить качественную бесплатную помощь, пациенты облагаются поборами и подталкиваются к тому, чтобы воспользоваться платными услугами.

Нашим и другими исследованиями установлено, что наркопотребители крайне настороженно относятся к постановке на учет.⁷¹ В некоторых регионах врачи в наркологических учреждениях используют возможность избежать

⁶⁸ Проект итогового доклада в досье Хьюман Райтс Вотч.

⁶⁹ Статья 41.

⁷⁰ Bobrova et al., "Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities," *Drug and Alcohol Dependence*.

⁷¹ См., в частности: "Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities," *Drug and Alcohol Dependence*.

этого как косвенный стимул к платному лечению, поскольку бесплатное предлагается только в увязке с постановкой на учет. О ситуации в Калининграде рассказывает социолог Инна Вышемирская, которая в 2006 г. была ведущим российским экспертом при проведении обследования ситуации в регионе, связанной с проблемами наркопотребления и ВИЧ/СПИДа:⁷²

К сожалению, наркологическая клиника сильно ориентирована на платные услуги... Когда кто-то приходит на первичный прием, они [врачи] говорят о возможности бесплатного лечения, но это ведет к постановке на учет, и они объясняют, что это значит. Вот так и подталкивают людей к платным услугам.⁷³

Другим фактором в пользу платных услуг становятся существующие во многих регионах листы ожидания. Многие наркопотребители в интервью Хьюман Райтс Вотч говорили, что платили за лечение, потому что иначе им пришлось бы ждать.

Стоимость платного лечения колеблется в различных регионах, а иногда и в пределах одного региона в зависимости от желаемого уровня условий. Жители Татарстана за 10-дневный курс дезинтоксикации платят 7,5 тыс. рублей, для жителей других регионов тот же курс стоит 12 тыс. рублей. В Калининграде, по оценкам местных экспертов, дезинтоксикация стоит от 1800 до 3 тыс. рублей в день, в Пензе – около 1200 рублей в день. Стоимость платной реабилитации в Казани составляет около 500 рублей в день.

Лечение наркозависимости в большинстве регионов не входит в обязательное медицинское страхование.⁷⁴

Негосударственные наркологические учреждения

В России существует небольшое количество негосударственных наркологических учреждений. Этот сектор постепенно развивается, хотя законодательство запрещает частную медикаментозную дезинтоксикацию, ограничивая сферу его деятельности консультированием и

⁷² Обследование проводилось при поддержке Национального института наркологии США в рамках программы оперативной оценки политики и реагирования. Аналогичные обследования проводились в 2005 – 2006 гг. в Одессе (Украина) и Щецине (Польша). Краткий обзор результатов опубликован на:

<http://www.temple.edu/lawschool/phrhcs/rpar/about/reports.html>

⁷³ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Инной Вышемирской и Викторией Осипенко. Калининград, 30 января 2007 г.

⁷⁴ Единственным известным выявленным исключением является Самара. См.: Bobrova et al., “Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities,” *Drug and Alcohol Dependence*.

реабилитационными услугами.⁷⁵ Такие учреждения функционируют обычно на коммерческой основе или поддерживаются той или иной религиозной общиной. В обследованных нами регионах, в частности, имелись: в Казани – НПО «Роза ветров», предлагающая бесплатную 3-месячную амбулаторную реабилитацию на базе 12-ступенчатой модели; в Калининградской области – два центра, предлагающие платное стационарное лечение на базе польской системы «Монар», и два реабилитационных центра при протестантских общинах, предлагающих лечение за символическую плату или бесплатно.

Потребность в лечении

Различные исследования свидетельствуют о наличии в России значительной потребности в лечении наркозависимости. Так, из почти 1000 наркопотребителей, опрошенных пензенским фондом «Анти-СПИД» в 10 российских регионах, только 7,3% мужчин и 4,9% женщин никогда не пытались отказаться от наркотиков. 63,9% респондентов предпринимали не менее пяти попыток, в то время как одну попытку – только 6,3%. Вероятность и число попыток оказались, как правило, прямо пропорциональными длительности употребления наркотиков.⁷⁶

Едва ли не каждый наш собеседник из числа наркопотребителей говорил о желании отказаться от наркотиков. Многие неоднократно пытались это сделать – либо самостоятельно, либо в медицинском учреждении. Наркопотребитель из Казани, неоднократно пытавшийся «завязать» самостоятельно, говорил, что при всем желании пока не смог преодолеть зависимость от наркотиков. По его словам, ему удавалось продержаться месяц-другой, после чего все начиналось заново: «Все дело в том, что из этого болота на так-то легко выбраться».⁷⁷ В Пензе женщина со слезами рассказывала, как «сорвалась» после многих лет, когда узнала, что у нее ВИЧ:

Когда диагноз узнала..., не знала, что делать. Самое страшное, что у нас в городе и пойти-то с этим некуда. Нет таких групп, куда я могла бы пойти. Мне не к кому было обратиться, а поговорить было нужно. Пошла к психотерапевту, он сибазон дал [успокоительное]. Вколола себе дома несколько ампул – полегчало, и я поняла, что хочу еще. Ну, взялась за героин...

С того времени я и покалываюсь периодически. Не все время, но иногда так погано становится. Понимаете, опереться не на кого... У матери с алкоголем проблемы. Я прихожу домой чистая, а мать

⁷⁵ Федеральный закон № 3-ФЗ от 8 января 1998 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах», статья 55-2. Частным наркологическим учреждениям разрешено заниматься диагностикой, обследованием, консультированием и реабилитацией.

⁷⁶ Проект итогового доклада в досье Хьюман Райтс Вотч.

⁷⁷ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 23 января 2007 г.

пьяная. Чувствуешь себя отвратительно, начинаешь думать: «А почему бы и не уколоться...?»⁷⁸

Реализация потребности в лечении

Несмотря на массовую заинтересованность в лечении, только незначительная часть наркопотребителей реально пользуется услугами государственных наркологических учреждений. В приказе Минздрава 2003 г. об утверждении протокола реабилитации больных наркоманией приводится ссылка на данные НИИ наркологии о том, что только один из семи наркопотребителей обращается за лечением в государственную систему.⁷⁹ По оценке Управления ООН по наркотикам и преступности за 2005 г., услугами по лечению наркозависимости охвачена только десятая часть.⁸⁰ В 2005 г. за лечением в государственные наркологические учреждения обратились около 70 тыс. человек.

Еще более неблагоприятная ситуация сложилась с реабилитацией. В интервью Хьюман Райтс Вотч наркологи в Казани, Калининграде и Кузнецке отмечали, что только единицы соглашаются после дезинтоксикации пройти курс реабилитации. По словам главного нарколога Татарстана, несмотря на наличие нескольких программ, реабилитацию проходят 5-8% пациентов.⁸¹ Главный нарколог России заявил, что значительная часть койко-мест в реабилитации не используется, поскольку, по его мнению, многие наркопотребители «просто не хотят лечиться». Он предполагает, что расхожее представление о неэффективности лечения вызвано стремлением наркопотребителей «оправдать собственное нежелание лечиться».⁸² Ниже показано, что ключевым фактором является то, что в наркологических учреждениях не проводится разъяснительная работа о важности реабилитации и не осуществляется соответствующая подготовка потенциальных пациентов.

Эффективность лечения

В российской системе лечения наркозависимости используется жесткая система оценки результатов в зависимости от степени ремиссии состоящих на учете по прошествии года с начала дезинтоксикации. Лечение считается успешным только при достижении стойкой ремиссии, без рецидивов. Другие факторы, такие как доля пациентов, переходящих к реабилитации, средняя продолжительность пребывания пациента в лечебном процессе, частота

⁷⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Пенза, 11 апреля 2007 г.

⁷⁹ Протокол ведения больных/Реабилитация больных наркоманией, утвержденный приказом Минздрава РФ № 500 от 22 октября 2003 г., раздел VI.

⁸⁰ UNODC, "Illicit Drug Trends in the Russian Federation 2005."

⁸¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Ф.Фаттаховым. Казань, 25 января 2007 г.

⁸² Интервью Хьюман Райтс Вотч с Н.Иванцом. Москва, 7 марта 2007 г.

рецидивов, срок, в течение которого наркопотребитель после рецидива вновь обращается за помощью, изменение социального статуса пациента или его самооценки, официально не учитываются.⁸³

В двух монографиях НИИ наркологии указывается, что через год после лечения от употребления наркотиков воздерживаются 5-9% пациентов.⁸⁴ Опрос пензенским фондом «Анти-СПИД» показал, что около 90% респондентов вернулись к наркотикам в пределах года после дезинтоксикации.⁸⁵ 7% заявили, что так и не прекращали употреблять наркотики – даже в период лечения, 35% вернулись к наркотикам в пределах недели после окончания лечения, 17% - в пределах месяца.⁸⁶

Российские эксперты в области лечения наркозависимости признают, что дезинтоксикация без последующей реабилитации редко обеспечивает устойчивый отказ от наркотиков. Так, в уже упоминавшемся приказе Минздрава 2003 г. отмечается, что «сугубо лечебные мероприятия позволяют добиться эффективности лишь у 3-5% больных наркоманией».⁸⁷ В большинстве систем лечения наркозависимости наряду с длительностью периода воздержания используется целый ряд других показателей эффективности, в частности процент пациентов, проходящих последующую реабилитацию, и средняя продолжительность лечения. С точки зрения этих критериев, российская система также выглядит не слишком успешной. Как уже отмечалось, к реабилитации после лечения переходит лишь незначительная часть наркопотребителей, в результате чего средняя продолжительность лечения в большинстве случаев составляет всего

⁸³ Так, в Великобритании соответствующие службы руководствуются «целым рядом, или иерархией, целей лечения наркозависимости». Рабочая группа независимых экспертов в числе таких целей называет: «снижение остроты медицинских, социальных, криминогенных и других проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками; сужение опасного или рискованного поведения, связанного со злоупотреблением наркотиками (например, совместного использования инъекционного инструментария); снижение остроты медицинских, социальных и других проблем, прямо не связанных со злоупотреблением наркотиками; достижение контролируемого употребления наркотиков, которое не сопровождается зависимостью или другими проблемами; воздержание от употребления основных проблемных наркотиков; воздержание от употребления любых наркотиков». Эксперты указывают на то, что «снижение вреда от употребления наркотиков конкретным лицом будет важным элементом ухода, в особенности на стадии входа в лечебный процесс. Принцип иерархии целей полезен как помогающий пациентам вырабатывать систематизированное отношение к любой из целей лечения». Independent Expert Working Group, “Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management: update 2007. Consultation draft June 2007,” p. 49.

⁸⁴ *Н.Н.Иванец, М.А.Винникова. Героиновая зависимость – клиника и лечение постабстинентного синдрома. М., Медпрактика-М, 2001; В.В.Чирко, М.В.Демина. Очерки клинической наркологии – наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия. М., Медпрактика-М, 2002.*

⁸⁵ Проект итогового доклада в досье Хьюман Райтс Вотч.

⁸⁶ Там же.

⁸⁷ Протокол ведения больных/Реабилитация больных наркоманией, утвержденный приказом Минздрава РФ № 500 от 22 октября 2003 г.

несколько недель. При этом исследования свидетельствуют о том, что для большинства пациентов существенное улучшение наступает после примерно трех месяцев лечения (см. ниже).⁸⁸

⁸⁸ NIDA, “Principles of Drug Addiction Treatment; A Research-Based Guide,” principle 5.

III. СОВРЕМЕННАЯ МИРОВАЯ ПРАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Исследования в области лечения наркозависимости и выработанные на этой основе стандарты дают возможность эффективно оценить систему лечения наркозависимости в той или иной стране, позволяя определить, какие виды услуг должны предлагаться государством, каким образом должны оказываться эти услуги, и какие именно услуги показали свою целесообразность и приемлемость с медицинской и этической точки зрения.

За последние несколько десятилетий был проведен обширный массив исследований лечения наркозависимости в различных странах мира. При всех различиях в контингенте пациентов и в структуре и организации работы национальных систем Управление ООН по наркотикам и преступности в 2002 г. пришло к заключению, что «выводы относительно действенности основных форм регламентированного лечения оказываются поразительно схожими, независимо от национальных и культурных условий». ⁸⁹ Исходя из этого Управление, различные национальные органы здравоохранения и еще несколько институтов сформулировали ряд базовых принципов и модельных практик в области лечения наркозависимости, которые кратко излагаются ниже. ⁹⁰ Подробнее см. Приложение.

⁸⁹ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных.* Нью-Йорк, 2003, http://www.unodc.org/pdf/report_2002-11-30_1_ru.pdf

⁹⁰ При подготовке данного раздела использованы следующие публикации: *Управление ООН по наркотикам и преступности. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению.* Нью-Йорк, 2003, http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1_ru.pdf; United States National Institute on Drug Abuse (NIDA) / National Institutes of Health, “Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide,” <http://www.drugabuse.gov/PDF/PODAT/PODAT.pdf>; Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) / Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) / US Department of Health and Human Services, “Treatment Improvement Protocols (TIPS),” <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.part.22441>; United Kingdom National Institute for Health and Clinical Excellence, “Drug misuse; Psychosocial interventions,” NICE clinical guideline 51, July 2007, <http://guidance.nice.org.uk/CG51/niceguidance/pdf/English>, “Drug misuse; Opioid detoxification,” NICE clinical guideline 52, July 2007, <http://guidance.nice.org.uk/CG52/niceguidance/pdf/English>; UK Independent Expert Working Group, “Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management: update 2007. Consultation draft June 2007,” http://www.nta.nhs.uk/areas/clinical_guidance/clinical_guidelines/cgl_update0607/consultation.aspx; Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, “Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie,” 2004-278, www.ggzkennisnet.nl/ggz/uploaddb/download_object.asp?atoom=14817&VolgNr=1

Основные принципы эффективного лечения наркозависимости

Исследования показывают, что достижение положительного результата лечения зависит от соблюдения ряда основных принципов.⁹¹ К ним, в частности, относятся:

Наркозависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием

На протяжении большей части прошлого века господствовало мнение, что опиоидная зависимость является «создаваемым и поддерживаемым самим человеком вследствие отклонений в характере или нравственности состоянием преимущественно противоправного характера». На самом деле эта посылка неверна.⁹² По мнению американского Национального института наркологии (US National Institute for Drug Abuse, NIDA), «случаи возвращения к употреблению наркотиков могут иметь место как во время успешного лечения, так и после его завершения. Для обеспечения устойчивого воздержания и полного восстановления зависимые лица могут нуждаться в продолжительном и неоднократном лечении».⁹³ При этом исследования свидетельствуют о том, что надлежащим образом подобранное и проведенное лечение обеспечивает примерно те же результаты, что и в случае с другими хроническими заболеваниями, такими как астма и диабет, когда успеха удается добиться в 40-60% случаев.

Наличие возможностей лечения

Наркозависимые лица могут испытывать неуверенность в отношении начала лечения, поэтому принципиально важно «не упускать возможностей, когда они готовы к лечению», чтобы не потерять потенциальных пациентов.⁹⁴

Удержание пациента в лечебном процессе в течение достаточного времени

Исследования показывают, что результат лечения в значительной степени зависит от его продолжительности и что «участие [пациента] в течение менее 90 дней обеспечивает ограниченную эффективность или не приносит никакого результата, поэтому часто назначается намного более продолжительное лечение».⁹⁵

⁹¹ Национальным институтом наркологии США сформулированы 13 принципов эффективного лечения наркозависимости. Полностью они приводятся в: NIDA, “Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide.” Они же составляют основу национальных руководств по лечебной практике в США, Великобритании и Нидерландах.

⁹² SAMHSA/CSAT, TIP 43, p. 8.

⁹³ NIDA, “Principles of Effective Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide.”

⁹⁴ Ibid., principle 2.

⁹⁵ Ibid., p. 16.

Соответствие лечения индивидуальным потребностям пациента
Лечение должно подбираться индивидуально с учетом потребностей и проблем конкретного пациента, а также возраста, пола, этнической принадлежности и культуры. Исследования неизменно показывают непригодность стандартизированного подхода.⁹⁶ Результативность индивидуального курса должна непрерывно проверяться, а сам курс должен постоянно корректироваться, с тем чтобы обеспечить учет меняющихся потребностей пациента в каждый момент времени. Необходимо привлекать пациента к процессу формирования лечения, поскольку исследования дают основания говорить о том, что «терапевтический союз» последнего с врачом, предполагающий согласие относительно целей и задач терапии, взаимное доверие, совместимость и взаимопонимание, является ключевым фактором, влияющим на исход лечения.⁹⁷

Необходимость учета всего комплекса потребностей пациента
Наркозависимость может затрагивать практически любой аспект жизнедеятельности человека (семья, работа, общественная жизнь), и наркопотребители при обращении за лечением нередко имеют целый комплекс проблем медицинского, психологического, социального, профессионального или юридического характера.⁹⁸ Если эти вопросы в процессе лечения не решаются, это может подорвать его эффективность. Следовательно, лечение наркозависимости не должно ограничиваться собственно употреблением наркотиков и должно учитывать также другие проблемы пациента, в том числе сопутствующие психические расстройства, ВИЧ/СПИД и туберкулез.^{99, 100}

Основные составляющие эффективной системы лечения наркозависимости

Управление ООН по наркотикам и преступности выделяет четыре основных элемента лечения наркозависимости, которые присутствуют в большинстве программ: службы открытого доступа, дезинтоксикация, реабилитация/профилактика рецидивов, последующее сопровождение (наблюдение).

Службы открытого доступа

Такие службы «не обеспечивают официальное лечение как таковое, но являются важными пунктами для установления первого контакта для людей,

⁹⁶ Ibid., principle 4.

⁹⁷ R. Elovich, “Drug Demand Reduction Program’s Treatment and Rehabilitation Improvement Protocol,” DDRP, a Project of USAID, p. 16., в досье Хьюман Райтс Вотч.

⁹⁸ NIDA, “Principles of Effective Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide,” p. 23.

⁹⁹ Ibid., principle 8.

¹⁰⁰ Ibid., principle 12.

имеющих связанные с наркотиками проблемы, а также для тех, кого волнует злоупотребление наркотиками другими лицами». Они являются важнейшей площадкой первого контакта для наркопотребителей, которые «могут не желать обращаться в специализированные службы по лечению наркозависимости».¹⁰¹ Службы открытого доступа включают группы самопомощи, семейные группы поддержки, центры анонимного приема, «горячие» телефонные линии и программы снижения вреда.

Дезинтоксикация

После прекращения приема наркотиков у многих наркозависимых лиц наблюдаются симптомы синдрома отмены, такие как судороги желудочно-кишечного тракта, тошнота, рвота, костно-мышечные боли, бессонница, аффективные расстройства. Целью медицинской дезинтоксикации является помочь пациенту перейти «к воздержанию наиболее безопасным и комфортным способом».¹⁰² Обычно это достигается назначением препаратов, подавляющих симптомы синдрома отмены или снимающих вызываемые ими неприятные ощущения.

Однако дезинтоксикация сама по себе не является при наркозависимости восстановительным лечением. Управление ООН по наркотикам и преступности отмечает, что одна только дезинтоксикация «редко эффективна при помощи клиентам в достижении длительного воздержания от употребления наркотиков. Лучше всего считать дезинтоксикацию первым этапом программ лечения, направленных на абстиненцию и выздоровление».¹⁰³ Соответствующие американские стандарты лечения в связи с этим указывают на необходимость консультирования пациента в период дезинтоксикации о «важности прохождения полного курса лечения зависимости» и на то, что «главной целью персонала, проводящего дезинтоксикацию, должно быть формирование терапевтического союза с пациентом и мотивирование пациента к прохождению лечения».¹⁰⁴ Этот процесс должен начинаться еще до восстановления функциональных показателей.¹⁰⁵

¹⁰¹ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению.*

¹⁰² Там же.

¹⁰³ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных; NIDA, “Principles of Effective Drug Addiction Treatment; A Research-Based Guide,” principle 9.*

¹⁰⁴ Формирование такой мотивации является одним из трех «ключевых элементов» дезинтоксикации, рекомендуемой соответствующим американским протоколом, который говорит о необходимости «готовить пациента к началу лечения наркозависимости, подчеркивая важность прохождения полного курса лечения наркозависимости». SAMHSA/CSAT, “Detoxification and Substance Abuse Treatment,” TIP 45, pp. 4-5, 23.

¹⁰⁵ Ibid.

Поскольку психологические факторы, такие как психологическая зависимость, сопутствующие психосоматические расстройства, социальная поддержка и общее окружение, являются важнейшими факторами успешного обеспечения устойчивого воздержания, необходимо учитывать их уже на этапе дезинтоксикации.¹⁰⁶ Исследования показывают, что «учет психологических аспектов в период дезинтоксикации существенно повышает вероятность ее безопасного прохождения пациентом и его переход к дальнейшему лечению зависимости».¹⁰⁷

Реабилитация/профилактика рецидивов

Реабилитационные программы или программы профилактики рецидивов направлены на то, чтобы «предотвратить возврат к активному злоупотреблению психоактивными веществами», «помочь пациенту научиться сдерживать позывы к злоупотреблению наркотиками», а также «помочь ему восстановить или улучшить свое здоровье и социальный статус».¹⁰⁸ Поскольку наркозависимость является сложным расстройством, которое может вызываться у разных людей различными факторами и может различным образом сказываться на их жизни, за многие годы разработан – и доказал свою эффективность – широкий спектр методик лечения. Комплексная система лечения наркозависимости, таким образом, должна предлагать широкий набор различных способов, с тем чтобы лечение могло быть выстроено под потребности конкретного пациента.¹⁰⁹

Управление ООН по наркотикам и преступности отмечает два вида медикаментозного воздействия, которыми обычно сопровождается реабилитация: назначение препаратов-заместителей и препаратов-антагонистов. В последнем случае подавляется эйфория, ожидаемая наркопотребителем в результате приема героина и других опиатов.¹¹⁰

Управление также отмечает наличие целого ряда психосоциальных методов, указывая, что обычно наибольший эффект дает комплексное применение различных методик. К наиболее распространенным психотерапевтическим методикам относятся: когнитивно-поведенческая психотерапия, поддерживающая экспрессивная психотерапия, индивидуальное консультирование, мотивационная психотерапия.¹¹¹

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных.*

¹⁰⁹ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению.*

¹¹⁰ Там же.

¹¹¹ NIDA, “Principles of Effective Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide,” pp. 35-48.

Заместительная терапия на основе метадона или бупренорфина

Данный метод предполагает назначение пациенту перорально и под врачебным контролем препарата-заместителя, родственного веществу, которое вызвало зависимость. В случае с опиатами применяются метадон или бупренорфин. Это позволяет избежать возникновения синдрома отмены, последствий немедицинского употребления опиатов, а также снизить влечение. После того как пациента удастся стабилизировать на достаточной дозе, он может нормально функционировать.¹¹²

В некоторых странах заместительная терапия вызывает ожесточенные споры. Ее противники говорят, что пациенты не излечиваются от зависимости, что происходит простое замещение одного опиоида на другой и что это связано с риском попадания опиоидов в нелегальный оборот. Однако обширный массив исследований убедительно свидетельствует о том, что заместительная терапия является одним из самых эффективных способов лечения опиоидной наркомании. Это мнение разделяется Всемирной организацией здравоохранения, ЮНЭЙДС, и Управлением ООН по наркотикам и преступности. В совместной позиции они отмечают:

В итоге многочисленных контролируемых испытаний, широкомасштабных лонгитудинальных исследований и оценок программ получены согласующиеся данные о том, что в результате применения этого метода обычно существенно сокращается употребление запрещенных опиоидов, снижаются уровни преступности и смертности вследствие передозировки, а также уменьшается количество случаев поведения с высоким риском инфицирования ВИЧ.¹¹³

Исследования показывают, что заместительная терапия способна обеспечить «высокие показатели удержания пациентов в лечебном процессе» и «предоставляет им больше времени и возможностей для того, чтобы они, продолжая лечение, могли заниматься решением своих основных проблем – медицинских, психологических, семейных, жилищных, связанных с трудоустройством, финансовых, правовых».¹¹⁴ Подтверждается также, что этот метод является безопасным и эффективным с точки зрения соотношения затраты/результат и что утечка препаратов в нелегальный оборот, хотя и является реальной проблемой, может быть сведена к минимуму при условии

¹¹² Ibid., p. 24.

¹¹³ Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС, 2004, http://www.unodc.org/pdf/publications/report_2004-03-15_1_ru.pdf

¹¹⁴ Там же.

надлежащего применения национальных и международных контрольных процедур и других механизмов.¹¹⁵

Число стран, применяющих заместительную терапию для лечения наркозависимости, последние несколько десятилетий неуклонно растет. На момент подготовки настоящего доклада такие программы присутствовали примерно в 60 государствах, в том числе все в большем числе стран, где зависимость от опиатов является серьезной проблемой. В последние годы заместительная терапия введена или присутствует в виде действующих или планируемых пилотных программ в нескольких государствах бывшего СССР и в ряде стран Ближнего Востока и Азии. В настоящее время ей охвачен почти 1 млн. лиц, страдающих опишной наркоманией, в том числе в Северной Америке – около 237 тыс. человек,¹¹⁶ в Евросоюзе – около 530 тыс. человек,¹¹⁷ в Австралии – около 39 тыс. человек,¹¹⁸ в Китае – около 36 тыс. человек (планируется значительное расширение),¹¹⁹ в Иране – 15 тыс. человек.¹²⁰ В Великобритании и Нидерландах заместительная терапия является основным способом лечения опишной наркомании.¹²¹

Последующее наблюдение

Ведение пациента после завершения лечения предусматривают не все реабилитационные программы. В основе последующего наблюдения лежит «намерение предоставить пациентам постоянную поддержку на уровне, необходимом для сохранения достигнутых результатов и целей». Это предполагает, среди прочего, поддержание регулярных телефонных контактов с лечебными программами, плановые или внеплановые очные встречи, участие в группах самопомощи.¹²²

¹¹⁵ Там же.

¹¹⁶ Office of Applied Studies, United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration, "Facilities Operating Opioid Treatment Programs: 2005," Drugs and Alcohol Services Information System, Issue 36, 2006, <http://www.oas.samhsa.gov/2k6/OTP/OTP.htm>

¹¹⁷ Schering-Plough Market Access data, September 2006, "Suboxone Access Situational Analysis 070302," presentation at the International Harm Reduction Association Conference, Warsaw, Poland, May 15, 2007.

¹¹⁸ По состоянию на 30 июня 2005 г., исключая Южную Австралию и Национальную Столичную Территорию. Australian Institute of Health and Welfare, "Statistics on drug use in Australia 2006," Drug statistics series no. 18, April 12, 2007 <http://www.aihw.gov.au/publications/phe/soduiao6/soduiao6-co1.pdf>, p. 69.

¹¹⁹ Wu Zunyou and Zhao Chenghong, "Update of Harm Reduction in China," presentation at the International Harm Reduction Association Conference, East to East Panel, May 13, 2007, <http://www.china.org.cn/english/news/203131.htm>

¹²⁰ "International Experts Call for Greater Commitment to Opiate Substitution Treatment", International Center for the Advancement of Addiction Treatment, Press Release, October 25, 2006.

¹²¹ См., в частности: National Institute for Health and Clinical Excellence, "Drug misuse; Psychosocial interventions," p. 4.

¹²² *Управление ООН по наркотикам и преступности. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению.*

IV. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Право на здоровье

Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья гарантируется целым рядом международных договоров, участником которых является Россия, в частности Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах.¹²³ Неотъемлемой нормой прямого действия в рамках данного права является право не подвергаться дискриминации.¹²⁴ Реализация права на здоровье также предполагает уважение неприкосновенности частной жизни и право получать и распространять информацию, что также гарантируется международными договорами с участием России.¹²⁵

Охват права на здоровье

В соответствии с международными нормами право на наивысший достижимый уровень здоровья обязывает государство принимать все необходимые меры для профилактики, лечения и контроля эпидемических и других болезней. Поскольку различные государства располагают различными возможностями, международное право устанавливает в качестве обязательного только определенный минимальный уровень здравоохранения. Право на здоровье считается нормой «прогрессивной реализации». Присоединяясь к соответствующим международным договорам, государство соглашается «предпринимать шаги ..., максимально возможные при имеющихся ресурсах», в интересах достижения полной реализации права на здоровье.

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, отслеживающий соблюдение государствами-участниками соответствующего пакта, выделяет четыре основные составляющие права на здоровье:

¹²³ Также: Конвенция о правах ребенка 1989 г., вступила в силу 2 сентября 1990 г., ратифицирована Россией 16 августа 1990 г., статья 24; Европейская социальная хартия 1996 г., статья 11, подписана Россией 14 сентября 2000 г., пока не ратифицирована.

¹²⁴ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г., вступил в силу 3 января 1976 г., статья 2; Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации 1965 г., вступила в силу 4 января 1969 г., статья 5; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 1979 г., вступила в силу 3 сентября 1981 г., статья 12.

¹²⁵ Международный пакт о гражданских и политических правах 1966 г., вступил в силу 23 марта 1976 г., ратифицирован Россией 16 октября 1973 г.; Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод 1950 г., (вступила в силу 3 сентября 1953 г.) с 11-м протоколом (вступил в силу 1 ноября 1998 г.), ратифицирована Россией 5 мая 1998 г.

- наличие
- доступность
- приемлемость
- качество

услуг здравоохранения. Это означает, что государства обязаны обеспечивать **достаточное количество** «действующих государственных учреждений здравоохранения, товаров и услуг, а также программ». **Доступность** включает отсутствие дискриминации, физическую доступность, экономическую доступность и информационную доступность (каждый человек должен иметь возможность искать, получать и распространять информацию и идеи, касающиеся здоровья). **Приемлемость** предполагает необходимость учета медицинскими учреждениями, товарами и услугами принципов медицинской этики и культурных особенностей. Наконец, услуги здравоохранения должны исходить из **научной и медицинской обоснованности и быть качественными**.¹²⁶

Государства должны стремиться предлагать самое эффективное и комплексное лечение наркозависимости, однако Комитет признает, что уровень предлагаемых услуг в каждом конкретном случае во многом определяется имеющимися у государства ресурсами. Таким образом, соблюдение права на здоровье означает, что при сопоставимом уровне наркозависимости богатая страна должна, как правило, иметь более развитую систему лечения, чем бедная.¹²⁷

Российская конституция прямо гарантирует всем гражданам право на получение медицинской помощи:

Каждый человек имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.¹²⁸

Федеральный закон 1998 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах» предусматривает предоставление наркозависимым лицам возможностей лечения, включая «обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию».¹²⁹

В условиях затяжного экономического кризиса после распада СССР функционирование системы здравоохранения было серьезно нарушено,

¹²⁶ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health, November 8, 2000, para. 12.

¹²⁷ General Comment No. 14, para. 31.

¹²⁸ Статья 41.

¹²⁹ Статья 54-1.

однако с конца 1990-х гг. российская экономика переживает период устойчивого и быстрого роста, который сопровождается притоком в страну миллиардов долларов нефтегазовых поступлений. Пользуясь благоприятной экономической конъюнктурой, Россия в последнее время вкладывает в здравоохранение значительные средства. В сентябре 2005 г. президент В.Путин объявил о запуске четырех национальных проектов, направленных на повышение уровня жизни. На проект в области здравоохранения в 2006 г. было выделено 97,3 млрд. рублей, или почти 4 млрд. долл. США.¹³⁰

При рассмотрении вопроса о ресурсах необходимо учитывать, что вложения в создание эффективной системы лечения наркозависимости могут обернуться экономией средств в других областях, поскольку результатом становится снижение противоправного поведения со стороны успешно вылеченных пациентов, люди получают возможность вести созидательный образ жизни, снижается вероятность появления у них новых заболеваний. В США результаты исследований систематически указывают на экономическую целесообразность вложений в эффективное лечение наркозависимости. Так, Национальный институт наркологии (US National Institute for Drug Abuse, NIDA) отмечает:

По ряду консервативных оценок, каждый доллар, вложенный в программы лечения зависимостей, приносит 4-7 долларов только в результате снижения связанной с наркотиками преступности, сокращения расходов на уголовное судопроизводство и снижения числа краж. Если добавить к этому экономию в области здравоохранения, общая эффективность вложений может составить 12:1. Немалый выигрыш для человека и общества также связан со значительным сокращением межличностных конфликтов, повышением производительности труда и снижением числа несчастных случаев, связанных с наркотиками.¹³¹

Эффективность вложений в различных странах может быть различной, однако возможность итоговой экономии в других областях остается фактором, который следует учитывать при принятии решений об использовании имеющихся ресурсов.

Для формирования и реализации политики и механизмов в области здравоохранения в контексте права на здоровье должны учитываться не только ресурсы, но и другие аспекты. Необходимо, чтобы соответствующие политические решения были объективными, рациональными и основывались

¹³⁰ Выступление замминистра здравоохранения и социального развития Р.Халфина на совещании с работниками здравоохранения 16 февраля 2007 г., http://www.mzsrrf.ru/userdata/Nacinl_Prjct.ppt

¹³¹ NIDA, "Understanding Drug Abuse and Addiction: What Science Says," slideshow, undated, available at <http://www.nida.nih.gov/pubs/teaching/Teaching3/Teaching5.html>

на подтвержденных фактах. Применение дискриминационных или произвольных критериев несовместимо с уважением права на здоровье, как и выбор в пользу решений, в большей степени, чем другие возможные, ограничивающих реализацию права на здоровье или чреватых негативными последствиями для реализации этого права.

Требование наличия

«В Государстве-участнике должны иметься в достаточном количестве действующие государственные учреждения здравоохранения, товары и услуги, а также программы».

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, Общий комментарий 14 о праве на здоровье¹³²

Учреждения, где можно пройти дезинтоксикацию, имеются в достаточном количестве на всей территории России, однако в некоторых регионах существуют очереди. Сохраняется проблема с государственными услугами по реабилитации, несмотря на то, что в последние годы процесс создания государственных и частных реабилитационных центров активно развивается.

Услуги по дезинтоксикации

Имеющиеся 192 наркологических учреждения с более чем 28 тыс. койко-мест по числу и местоположению в целом удовлетворяют имеющуюся потребность в этом виде лечения. В случае отсутствия поблизости наркологического учреждения наркопотребители могут также пройти курс дезинтоксикации в других учреждениях здравоохранения, которым разрешено проводить такое лечение, в частности в психиатрических больницах.

Однако наши и другие исследования свидетельствуют о том, что в некоторых регионах наркопотребители, которые не в состоянии заплатить за лечение, могут оказаться в ситуации, когда им придется ждать своей очереди на поступление в стационар из-за нехватки коек для бесплатных больных. Это вызывает обеспокоенность с точки зрения наличия и доступности услуг по дезинтоксикации. При этом платившие за лечение говорят, что их принимали немедленно. Такая ситуация чревата потерей пациентов.

Один из наших собеседников в Казани на момент интервью в конце января 2007 г. ожидал своей очереди на госпитализацию. По его словам, он встал на лист ожидания 20 декабря 2006 г., и ему сказали, что лечение начнется 25

¹³² General Comment 14, art. 12(a).

января 2007 г. Все это время этот человек продолжал вращаться среди наркопотребителей и сам принимал наркотики.¹³³

Как рассказывал нам бывший наркопотребитель из Казани, когда за несколько лет до этого он попытался лечь на дезинтоксикацию, ему также предложили подождать полтора месяца:

И что человеку эти полтора месяца делать? Мне самому ждать пришлось. С какой стати кто-то вот так будет наркотики бросать, проще денег стырить, у матери из дома последнее забрать...¹³⁴

По словам этого человека, впоследствии он узнал, что за 500 рублей можно было попасть в стационар без очереди. Другой наркопотребитель заявил, что состоял на учете, но в январе 2007 г. все равно платил за дезинтоксикацию, поскольку «свободных бесплатных коек не было».¹³⁵ В Казани многие наши собеседники из числа наркопотребителей говорили, что они сами или их родственники давали взятку, чтобы попасть на дезинтоксикацию без очереди.

Калининградский социолог Инна Вышемирская, летом 2006 г. проводившая опрос более десятка наркопотребителей и нескольких десятков профильных экспертов, сообщила Хьюман Райтс Вотч, что респонденты из числа наркопотребителей, не имевших средств на платное лечение, нередко говорили, что им приходилось ждать приема в стационар.¹³⁶ При этом главный нарколог Калининградской области уверял нас, что в начале 2007 г. никаких очередей не было, хотя это подтверждалось опрошенными.

15% наркопотребителей, опрошенных пензенским фондом «Анти-СПИД», заявили, что по меньшей мере в одном случае им отказывали в лечении. Из них четверть приводили в качестве причины отказа отсутствие мест. 22% респондентов говорили, что им приходилось «долго ждать» очереди на дезинтоксикацию. В Калининграде о длительном периоде ожидания говорили более 40% опрошенных наркопотребителей, в Красноярске и Санкт-Петербурге – более 30%. При этом только 6% опрошенных в Пензе и Оренбурге ответили, что им пришлось ждать достаточно долго.¹³⁷

Главный нарколог Татарстана в ходе встречи с Хьюман Райтс Вотч отмечал, что не видит в очереди на лечение серьезной проблемы, даже наоборот –

¹³³ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 23 января 2007 г.

¹³⁴ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

¹³⁵ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 26 января 2007 г.

¹³⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Инной Вышемирской и Викторией Осипенко. Калининград, 30 января 2007 г.

¹³⁷ Проект итогового доклада в досье Хьюман Райтс Вотч. Срок ожидания в вопроснике не уточнялся.

поскольку это способствует укреплению мотивации.¹³⁸ Данный тезис, однако, научно не подтверждается.¹³⁹

Ситуация с наличием услуг также искусственно усугубляется некоторыми нормативными положениями. В соответствии с действующим законодательством частные наркологические учреждения не имеют права оказывать услуги по медикаментозной дезинтоксикации, как представляется – в связи с опасениями, что препараты строгого учета могут попасть в нелегальный оборот.¹⁴⁰ При этом в большинстве стран Европы и Северной Америки частные учреждения вполне успешно проводят дезинтоксикационное лечение. Включение их в перечень учреждений, которым разрешен этот вид деятельности, способствовало бы расширению предложения, а некоторые наркопотребители получили бы еще и возможность выбора.

В настоящее время государственные наркологические учреждения проводят дезинтоксикацию только в условиях стационара, хотя во многих регионах амбулаторное лечение проводится врачами-наркологами неофициально (и за немалые деньги). Для многих наркозависимых лиц стационарное лечение действительно может быть необходимо, однако амбулаторный вариант мог бы стать для некоторых важной альтернативой и мог бы способствовать привлечению пациентов, которые не могут или не хотят лечиться в стационар.¹⁴¹

Заместительная терапия на основе метадона или бупренорфина
Заместительная терапия в принципе недоступна в России, поскольку использование метадона и бупренорфина для лечения наркозависимости, как отмечалось выше, прямо запрещено законодательством.¹⁴² Несмотря на убедительные доказательства эффективности данного метода, руководство здравоохранения и правоохранительных органов, как и законодатели, выступают категорически против заместительной терапии, зачастую основываясь при этом на избирательной и некорректной интерпретации результатов исследований. Политическое решение о запрете метадона и бупренорфина для целей лечения наркозависимости вопреки всем медицинским доказательствам эффективности их применения может быть охарактеризовано только как произвольное и неразумное и, следовательно, нарушающее право на наивысший достижимый уровень здоровья.

¹³⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Ф.Фаттаховым. Казань, 25 января 2007 г.

¹³⁹ Elovich, “Drug Demand Reduction Program’s Treatment and Rehabilitation Improvement Protocol,” p. 16.

¹⁴⁰ Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», статья 55-2.

¹⁴¹ В частности, на предпочтительность дезинтоксикации в условиях стационара для лиц, страдающих опийной наркоманией, указывается в: SAMHSA/CSAT, TIP 45, p. xvi.

¹⁴² Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», статья 31-6.

Противники заместительной терапии в России во главе с чиновниками самого высокого уровня отвергают обширный массив авторитетных научных фактов, накопленных за десятилетия исследований в самых различных странах и безоговорочно подтверждающих эффективность и экономическую целесообразность данного метода лечения наркозависимости. Они задают тон в общественном обсуждении этого вопроса, обходя научные факты в дискуссиях, которые ведутся на страницах ведущих российских медицинских журналов. Вопреки выводам подавляющего большинства исследований они на разные лады утверждают, что заместительная терапия опасна для пациента, этически неприемлема, выгодна только фармацевтическим компаниям, стремящимся увеличить прибыль, или – как якобы недавно доказано – не приносит желаемых результатов.

Наиболее вызывающей публикацией такого рода можно назвать меморандум «Нет метадонным программам в Российской Федерации», опубликованный в 2005 г. в «Медицинской газете» и «Вопросах наркологии», под которым стояли подписи высокопоставленных руководителей здравоохранения, в том числе главного нарколога и председателя Российского общества психиатров. Авторы избирательно ссылаются на незначительное число исследований и статьи немногих отдельных специалистов, выражающих сомнения в отношении заместительной терапии, полностью игнорируя сотни исследований, подтверждающих эффективность и безопасность этого метода. Более того, многие цитаты и ссылки приводятся неточно или вводят в заблуждение. К самым возмутительным тезисам относятся, в частности, следующие:

- Утверждается, что заместительная терапия на основе метадона угрожает здоровью пациентов, поскольку вызывает целый ряд тяжелых побочных эффектов и поскольку присутствует риск передозировки. В подтверждение не приводятся никаких ссылок, либо же ссылки приводятся неточно или вводят в заблуждение. Игнорируется тот факт, что безопасность и эффективность метадона безоговорочно подтверждена сотнями исследований.
- Утверждается, что главным фактором продвижения заместительной терапии служат коммерческие интересы «производителей этого весьма дорогого наркотического средства». И далее: «Наблюдающиеся последнее время в Российской Федерации попытки легализовать и внедрить в лечебную наркологическую практику метадонные программы связаны не с терапевтическими, а скорее с экономическими задачами. Цена реализации этих чисто экономических интересов - жизнь и здоровье больных наркоманией». При этом игнорируется тот факт, что метадон очень дешев в производстве и что его эффективность по отношению к затратам (по сравнению с издержками на стационарное лечение) подтверждена многочисленными исследованиями.

- Утверждается также, что «в настоящее время лоббисты производителей метадона и метадоновых программ не акцентируют внимание на проблеме лечения больных наркоманией, а пытаются представить метадон как панацею для "спасения" от СПИДа... В то же время парентеральное введение наркотика является не единственным, а в настоящее время и не основным путем передачи ВИЧ-инфекции. Лишь незначительный процент больных героиновой наркоманией ВИЧ инфицированы, что явно недостаточно для реализации программы по снабжению наркотиком всех больных наркоманией». Последнее утверждение совершенно не соответствует действительности и опасно преуменьшает масштабы эпидемии ВИЧ/СПИДа в России. По оценкам, 80% ВИЧ-позитивных лиц в России являются активными или бывшими наркопотребителями, заразившимися через совместное использование инъекционного оборудования. ВИЧ-позитивными являются около 10% российских потребителей инъекционных наркотиков, что более чем в 10 раз превышает уровень инфицированности в целом среди населения.¹⁴³
- Наконец, утверждается, что в последние годы различные органы системы ООН выражают обеспокоенность в отношении заместительной терапии или выступают против нее и что, следовательно, публикация совместной позиции ВОЗ, ЮНЭЙДС и Управления по наркотикам и преступности в защиту заместительной терапии как эффективного метода профилактики ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей вызывает удивление, как «практически противоречащая всем ранее проведенным исследованиям и принятым конвенциям и решениям ООН». Данное утверждение также является некорректным, поскольку в действительности совместная позиция всего лишь вновь подтверждает данные большинства исследований программ заместительной терапии, проводившихся как самостоятельно, так и упомянутыми международными институтами.¹⁴⁴

Более подробный анализ содержащихся в меморандуме неточностей приводится в ответе на него, который был подготовлен несколькими десятками экспертов в области лечения наркозависимости из Европы и Северной Америки.¹⁴⁵

¹⁴³ По оценкам ЮНЭЙДС, в России насчитывается 940 тыс. ВИЧ-позитивных лиц, что при населении в 143 млн. человек составляет 0,656%. UNAIDS, "Russian Federation", Country Page, 2006, http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/russian_federation.asp

¹⁴⁴ Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС, 2004, http://www.unodc.org/pdf/publications/report_2004-03-15_1_ru.pdf

¹⁴⁵ См.: <http://www.opiateaddictionrx.info/pdfs/SayNo2MethadoneRealFacts.pdf> ; <http://www.opiateaddictionrx.info/pdfs/SayNo2Methadone.pdf>

В другой публикации А.В.Надеждин из НИИ наркологии отмечает, что «метадонные программы после периода неоправданных ‘больших ожиданий’, ‘надежд’ и первых успехов стали вызывать все большую и большую критику со стороны как врачей и других специалистов, так и общественности тех стран, где они были внедрены».¹⁴⁶ Однако, как указывалось выше, заместительную терапию на основе метадона и бупренорфина, а иногда и назначаемого врачом героина, продолжают внедрять все новые страны, а число ее получателей в последние годы быстро растет.

В то время как противники заместительной терапии, несмотря на все манипулирование фактами, имеют возможность публиковать свою точку зрения в российских медицинских изданиях, на их страницах почти не находится места для статей, посвященных выводам сотен исследований, подтверждающих не только проблемные, но и положительные аспекты этого метода лечения. В связи с этим психиатр В.Менделевич отмечает, что заместительная терапия

... практически не анализируется [в России]. Само обсуждение этого вопроса в научных кругах находится под негласным запретом. Официальная российская наркология выступает категорически против этого метода, результатом чего становится пренебрежимо малое число публикаций в научных журналах, сборниках статей и материалах научных конференций. Открытого обсуждения этого вопроса не ведется.¹⁴⁷

Словно в доказательство этого тезиса, когда В.Менделевич в феврале 2006 г. создал сайт, посвященный заместительной терапии, призванный стать площадкой для научной дискуссии, он был вызван в прокуратуру для дачи объяснений в связи с поступившим депутатским запросом, где утверждалось, что сайт пропагандирует незаконное употребление наркотиков. После вынесения экспертной комиссией соответствующего заключения прокуратура ликвидировала сайт. Самому Менделевичу при этом никаких уголовных обвинений не предъявлялось.¹⁴⁸

Сознательная публикация некорректной информации о заместительной терапии и монополизация дискуссии сторонниками одной точки зрения нарушает право на наивысший достижимый уровень здоровья, в особенности в части обязанности обеспечивать доступ к достоверной информации об

¹⁴⁶ См.: http://www.drugpolicy.ru/?page=publications/publ_hr61_methadon

¹⁴⁷ В.Д.Менделевич. Наркозависимость и наркология через призму общественного мнения и профессионального анализа. Казань, 2006, стр. 196 (цит. по англ. тексту).

¹⁴⁸ Tom Parfitt, “Vladimir Mendeleovich: fighting for drug substitution treatment,” *The Lancet*, Volume 368: 9532, pp. 279-279.

услугах здравоохранения.¹⁴⁹ Доступ к такой информации, позволяющей человеку принимать осознанные решения, касающиеся здоровья, также является элементом права на неприкосновенность частной жизни по Европейской конвенции о правах человека.¹⁵⁰ Европейский суд по правам человека неоднократно указывал на обязанность государства предпринимать активные шаги, вытекающие из обязанности обеспечивать эффективное соблюдение права на неприкосновенность частной жизни.¹⁵¹ В частности, речь может идти об обеспечении наличия и доступности достоверной информации об угрозах для здоровья.¹⁵² Непредоставление существенно важных сведений может быть квалифицировано как нарушение права на эффективную защиту частной жизни. Европейская конвенция также охраняет право на получение информации (статья 10-2), поэтому государство не должно произвольно ограничивать то или иное лицо в получении информации, которую другие лица хотят или могут захотеть ему передать.¹⁵³

Услуги по реабилитации

В настоящее время реабилитационные услуги предоставляются государственными наркологическими учреждениями менее чем в трети российских регионов, хотя возможности реабилитационного лечения постепенно расширяются по мере создания соответствующих центров за счет местных бюджетов. Несмотря на прямые законодательные гарантии предоставления наркопотребителям услуг здравоохранения, включая реабилитацию, правительством пока не принята федеральная программа создания реабилитационных центров и не выделены соответствующие средства. Вместо этого вопросы создания и обеспечения деятельности реабилитационных центров переданы региональным властям, и правительство, вопреки требованиям законодательства, не осуществляет контроля за наличием реабилитационных услуг на местах. В некоторых таких регионах имеются частные центры, однако они, как правило, располагают незначительным числом койко-мест, могут быть слишком дороги для наркопотребителей или могут не устраивать часть потенциальных пациентов как созданные на религиозной основе. Непринятие правительством

¹⁴⁹ General Comment No. 14, para. 12.

¹⁵⁰ Статья 8 ЕКПЧ гласит: «1. Каждый имеет право на уважение его частной и семейной жизни, его жилища и корреспонденции. 2. Вмешательство публичной власти в осуществление этого права не допускается, за исключением случаев, когда это предусмотрено законом и необходимо в демократическом обществе в интересах национальной безопасности, общественного порядка или экономического благосостояния страны, в целях предотвращения беспорядков или преступлений, охраны здоровья или нравственности, или для защиты прав и свобод других лиц».

¹⁵¹ European Court of Human Rights, *Airey v. Ireland*, 1979, 2 E.H.R.R. 305, judgment of October 9, 1979, Series A, no. 32, p. 17, section 32.

¹⁵² European Court of Human Rights, *Lopez Ostra v. Spain*, 1994, Application No. 16798/90, judgment of 9 December 1994, Series A, no. 303-C; *Guerra and others v. Italy*, Application No. 14967/89 judgment of February 19, 1998, Reports 1998-I.

¹⁵³ European Court of Human Rights, *Leander v. Sweden*, Application No. 9248/81, Judgement of 26 March 1987, Series A, no. 116, p. 29, section 74.

достаточных усилий по исполнению законодательства, гарантирующего реабилитацию наркозависимым лицам, идет вразрез с правом на здоровье. Разрыв между дезинтоксикацией и реабилитацией также лишен медицинского и экономического смысла, поскольку пациенты в регионах, где реабилитация отсутствует, могут начать, но не могут продолжить лечение наркозависимости, что серьезно снижает шансы на достижение устойчивого выздоровления.

Ограниченность предлагаемых реабилитационных услуг наблюдалась в одном из трех исследованных нами регионах. В Калининграде нет своего государственного реабилитационного центра, хотя городской наркодиспансер предлагает 45-дневную амбулаторную программу после дезинтоксикации. Имеется несколько частных программ, в том числе две - при протестантских общинах и три - негосударственные в общей сложности примерно на 60 коек. Однако программы реабилитации при религиозных общинах предполагают соответствующую религиозную принадлежность пациента или включают это как обязательное условие. Стоимость курса в негосударственном реабилитационном центре составляет для жителей области около 7 тыс. рублей в месяц при продолжительности от 6 до 12 месяцев (для жителей других регионов - дороже), что запредельно дорого для многих наркопотребителей. В последнее время в одном из этих центров выделено несколько бесплатных койко-мест. На момент нашего пребывания в Калининграде значительную часть пациентов реабилитационных центров составляли жители других регионов. В целом, в Калининграде реабилитационные услуги были недоступными для многих наркозависимых лиц.

В интервью местной газете по проблеме отсутствия государственного реабилитационного центра высказывался и главный нарколог Калининградской области:

Мы замечательно лечим тело, чистим, спасаем. А что потом? Центра медицинской реабилитации нет. Лагеря социально-трудовой реадaptации, которые организуются бывшими наркоманами, как Орехово, не спасают. Лечение там сводится главным образом к трудотерапии и самопомощи. Объем - всего 30 человек в год. И это на 30 тысяч наркоманов! Я борюсь за создание центра, где каждый пациент мог бы иметь круглосуточный доступ к специалисту-психологу.¹⁵⁴

В последнее время, однако, происходят некоторые важные изменения к лучшему. Министерство труда предоставило реабилитационному центру «Орехово» средства, позволяющие бесплатно принимать после лечения часть

¹⁵⁴ «Аргументы и факты», 6 сентября 2006 г. (цит. по англ. тексту).

калининградских наркопотребителей. Представляется также, что в ближайшие несколько лет в Калининграде действительно может появиться свой реабилитационный центр. В региональной целевой программе на 2007 - 2011 гг. на это выделено около 1,5 млн. рублей.¹⁵⁵

В Татарстане, на первый взгляд, проблема наличия возможностей для реабилитации не стоит. В Казани имеется несколько программ в общей сложности примерно на 70 койко-мест. В обоих государственных городских наркодиспансерах предусмотрен краткосрочный курс реабилитации в условиях стационара: 12 и 28 койко-мест, часть которых официально предназначена для бесплатных пациентов. У республиканской наркологической службы также имеется открытый в октябре 2006 г. реабилитационный центр в Больших Ключах (3-месячный курс с проживанием, около 30 мест). 3-месячная амбулаторная программа реабилитации примерно на 20 мест предлагается неправительственной организацией «Роза ветров» при финансовой поддержке, среди прочего, со стороны местного министерства здравоохранения и службы по контролю за оборотом наркотиков. Этим, однако, исчерпываются все возможности реабилитации в Татарстане с его населением в 3,7 млн. человек и только в Казани – 9 тыс. наркопотребителей.¹⁵⁶ Более того, в соседних регионах Поволжья, таких как Башкортостан, Удмуртия, Чувашия, Ульяновская и Кировская области, государственные реабилитационные центры отсутствуют, хотя в некоторых регионах действуют программы при религиозных общинах или коммерческие центры. В итоге реабилитационный потенциал Казани вынужден обслуживать и все эти регионы.

В Казани несколько человек действительно упоминали об очереди для бесплатных пациентов, желающих после дезинтоксикации пройти реабилитацию. Так, психолог из НПО «Роза ветров» Александр Дмитриев заявил Хьюман Райтс Вотч: «Если ты стоишь на учете [то есть идешь как бесплатный пациент], то тебя могут выписать после дезинтоксикации и записать на реабилитацию «на следующей неделе». Весь вопрос в том, как пройдет эта неделя [для наркопотребителя]...»¹⁵⁷

В Пензенской области имеется государственный реабилитационный центр в Русском Ишиме, однако наши собеседники из числа наркопотребителей решительно отвергали вероятность обращения туда, говоря, что там «живут бомжи-алкоголики». ВИЧ-позитивных пациентов в этот реабилитационный центр не принимают.

¹⁵⁵ Целевая программа Калининградской области «Комплексные меры противодействия незаконному обороту наркотиков и профилактики асоциального поведения в детско-молодежной среде на 2007 – 2011 гг.», стр. 21, в досье Хьюман Райтс Вотч.

¹⁵⁶ Interdepartmental commission on the fight against AIDS under the government of the Republic of Tatarstan, “Analysis of the situation of HIV-infection and injection drug use in the city of Kazan,” Kazan, 2006.

¹⁵⁷ Интервью Хьюман Райтс Вотч. Казань, 26 января 2007 г.

Реабилитационные центры отсутствуют и во многих других регионах. Так, наркопотребителям из Тверской области приходится для реабилитации ехать в Псковскую область, и, как отмечает местный нарколог, только немногие поступают таким образом.¹⁵⁸ По итогам опроса, проводившегося среди наркопотребителей в Барнауле, Екатеринбурге и Волгограде, было выявлено, что только в Барнауле имеется государственный реабилитационный центр на 25 мест. В других городах

имелись ограниченные и независимые религиозные реабилитационные программы (n = 15), которыми воспользовались несколько респондентов. Немногие отдельные респонденты могли позволить себе поездку в другую страну для прохождения реабилитации (Украина и Казахстан).¹⁵⁹

Требование доступности

Право на наивысший достижимый уровень здоровья требует доступности товаров и услуг медицинского характера. Как указывалось выше, это означает, что такие товары и услуги должны физически иметься в наличии, должны предоставляться без дискриминации по любому признаку, должны быть доступными для пациента с точки зрения их стоимости (хотя и не обязательно бесплатными), а также необходимость наличия информации о них. Все эти требования применимы как к услугам по дезинтоксикации, так и к услугам по реабилитации. Поскольку подавляющее большинство наших собеседников пользовались только государственными услугами по дезинтоксикации и не проходили реабилитацию, ниже рассматривается главным образом доступность дезинтоксикационного лечения.

Требование доступности имеет особое значение для лечения наркозависимости, поскольку наркопотребители зачастую принадлежат к маргинализированным группам, скрывающимся от общества из страха уголовного преследования или в силу социальной стигматизации наркопотребления. В среде наркопотребителей достоверная информация о возможностях лечения наркозависимости зачастую отсутствует при изобилии различных мифов. Эти и другие факторы препятствуют формированию однозначной установки на прекращение употребления наркотиков, мотивация к лечению также может серьезно колебаться. В идеальном варианте, поэтому, речь должна идти не только о доступности лечения наркозависимости, но и том, чтобы наркологические учреждения проводили активную работу по распространению среди наркопотребителей информации, предлагая квалифицированную помощь.

¹⁵⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Ю.Ивановым (по телефону) 2 апреля 2007 г.

¹⁵⁹ Bobrova et al., "Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities," *Drug and Alcohol Dependence*.

В России, однако, существует ряд созданных государством барьеров, отсекающих наркопотребителей от этих услуг. Одним из лежащих на поверхности и произвольных факторов является то, что наркозависимые лица, добровольно обращающиеся за помощью, - поведение, которое должно всячески поощряться государством, - ставятся на учет (если только не прибегают к платным услугам), что используется для ограничения их прав. К другим барьерам относятся, в частности, стоимость лечения и необходимость собирать предварительно различные медицинские справки. К этим административным и бюрократическим препятствиям добавляется недоверие к государственным наркологическим учреждениям, широко распространенное среди наркопотребителей, которые не верят в эффективность предлагаемого лечения, считают систему коррумпированной, опасаются разглашения конфиденциальных сведений и не склонны проходить лечение в убогих условиях. Сами государственные наркологические учреждения почти ничего не предпринимают, чтобы попытаться переубедить потенциальных пациентов и почти не проводят среди наркопотребителей активную информационно-просветительскую работу.

Физическая доступность

В Общем комментарии о праве на здоровье Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам определяет физическую доступность буквально. Указывается, в частности, что «учреждения здравоохранения, товары и услуги должны быть в пределах безопасной физической досягаемости для всех групп населения, в особенности для уязвимых или маргинализированных».¹⁶⁰ Существуют, однако, и другие факторы, препятствующие доступу, такие как избыточно и неоправданно обременительный порядок приема, который может оттолкнуть человека от лечения и таким образом нарушить требование физической доступности. В России потенциальных пациентов отталкивает от обращения в наркологические учреждения целый ряд различных факторов.

Учет наркопотребителей

Система постановки на учет отталкивает наркопотребителей от государственных наркологических учреждений, фактически будучи наказанием за обращение к врачу. Десятки наших собеседников из числа наркопотребителей в интервью говорили о своем крайне негативном отношении к попаданию на учет, поскольку опасались, что информация о них может стать известной правоохранительным органам или третьим лицам или что их права могут быть ограничены, в частности речь может идти о лишении права управления транспортными средствами. По словам многих, они сами или их родственники пытались собрать деньги на так называемое «анонимное» лечение, чтобы избежать постановки на учет. Такая практика имеет место во многих российских регионах, хотя действующие нормативно-

¹⁶⁰ General Comment 14, para. 12(b).

правовые акты не исключают возможности бесплатного оказания анонимных услуг.¹⁶¹ Один из наших собеседников рассказывает:

Я не хотел попасть на учет. Боялся огласки, вдруг узнают, что я наркоман. Поэтому мать заплатила за дезинтоксикацию.¹⁶²

По словам другого нашего собеседника, из-за учета он никогда не пытался обращаться в наркодиспансер: «Я водителем работаю. Меня бы тут же на учет поставили – работу потерял бы». Он говорит, что денег на «анонимное» лечение у него нет.¹⁶³

О том, что система учета является фактором, препятствующим лечению, свидетельствуют и результаты опроса 86 наркопотребителей в двух российских городах в 2003 г.:

Почти все участники говорили, что учет серьезно снижает мотивацию к лечению и что его отмена может привести к увеличению числа пациентов наркологических учреждений. В первую очередь наркопотребителей беспокоит вопрос работы, поскольку в обоих городах требование работодателем справки из наркодиспансера является обычной практикой.¹⁶⁴

Респонденты говорили о «замкнутом круге» и о том, что постановка на учет воспринимается «как клеймо на лбу». Их негативное отношение к учету также основывалось на опасении, что информация может попасть в руки родителей, партнеров, коллег по работе или соседей; у некоторых уже был соответствующий опыт. Распространенным также является мнение о том, что данные учета передаются милиции и что это чревато проблемами с правоохранительными органами.¹⁶⁵

¹⁶¹ Как ни странно, в то время как наркопотребители, не состоящие на учете, с большой остороженностью относятся к этому, большинство тех, кто уже состоит на учете, говорили нам, что не испытывают больших проблем. На вопрос о водительских правах один из наркопотребителей с смехом ответил: «Я все равно права достал, хотя и на учете состою. Коррупция, знаете ли. Все можно купить». Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Калининград, 31 января 2007 г. При этом у одного из наших собеседников права были изъяты, когда компьютер ДПС показал, что он состоит на учете в наркодиспансере. Как представляется, такие сведения, как и на всех других зарегистрированных наркопотребителей, были переданы в ГИБДД местной наркологической службой. Интервью Хьюман Райтс Вотч с Антоном Блиновым. Казань, 24 января 2007 г.

¹⁶² Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

¹⁶³ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 23 января 2007 г.

¹⁶⁴ Bobrova et al., “Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities,” *Drug and Alcohol Dependence*.

¹⁶⁵ Ibid.

В ходе встреч, проводившихся при подготовке настоящего доклада, несколько наркологов выступали в защиту учета наркозависимых лиц как меры, необходимой для обеспечения общественной безопасности. При этом в руководстве наркологической службы до некоторой степени признают наличие проблемы. По словам руководителя отдела эпидемиологии Национального научного центра наркологии, ей и ее коллегам известно о сдерживающем эффекте учета, и в настоящее время рассматривается вопрос об изменении системы, с тем чтобы ограничить его определенными категориями наркопотребителей.¹⁶⁶ Представляется, однако, что вопрос еще далек от разрешения.

Бюрократические процедуры при поступлении на лечение

Во многих регионах для поступления на стационарный курс дезинтоксикации наркопотребитель должен собрать целый пакет справок, в том числе сдать анализы на ВИЧ, гепатит, туберкулез и сифилис. В Иркутске требуют даже ЭКГ.¹⁶⁷ Это означает, что человек, желающий пройти курс лечения наркозависимости, должен обратиться, как минимум, в одно медучреждение для сдачи соответствующих анализов, возможно – платных, после чего дожидаться результатов. В итоге такой наркопотребитель фактически вынужден хотя бы еще некоторое время продолжать употреблять наркотики, чтобы снять симптомы синдрома отмены.

С точки зрения здравоохранения, требование предварительного сбора справок представляется бессмысленным. Оно создает дополнительное препятствие для наркопотребителей, решивших пройти курс лечения, откладывает его начало для тех, у кого могут быть серьезные проблемы со здоровьем, требующие госпитализации, и чревато потерей потенциальных пациентов. При этом с медицинской точки зрения сдача таких анализов до поступления в стационар не является безусловно необходимой.¹⁶⁸

¹⁶⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Е.Кошиной. Москва, 7 марта 2007 г.

¹⁶⁷ Материалы переписки по электронной почте с Андреем Злобиным (Сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом) 25 июля 2007 г.

¹⁶⁸ Такие инфекции, как ВИЧ, гепатит или сифилис, передаются только через специфическое опасное поведение, и прием потенциально инфицированных пациентов без предварительной проверки не создает никакой дополнительной опасности для здоровья как медперсонала, так и других пациентов. Легочная форма туберкулеза в открытой форме, передающаяся воздушно-капельным путем, действительно может представлять опасность, однако ряд простых мер позволяет минимизировать риск случайного заражения окружающих и немедленно принять пациента на лечение. С целью выявления таких больных медперсонал должен проводить первичное обследование поступающих пациентов на предмет наличия признаков и симптомов открытой формы туберкулеза: отсутствия аппетита, быстрой потери веса, потливости по ночам, кашля. Пациентов без таких признаков и симптомов следует принимать немедленно, поскольку вероятность наличия у них опасной для окружающих формы туберкулеза в такой ситуации крайне мала. Потенциально опасных пациентов следует немедленно направлять на обследование грудной полости и в случае подтверждения диагноза – в отдельные палаты для туберкулезных больных (при наличии таковых в наркологических учреждениях) или в туберкулезные больницы. Отказывать им в

Исходя из вышеизложенного, Хьюман Райтс Вотч считает эти требования произвольно препятствующими доступу к лечению наркозависимости и нарушающими право на наивысший достижимый уровень здоровья.

Поскольку информация о наличии у пациента ВИЧ, гепатита В и С и туберкулеза очевидно необходима персоналу наркологического учреждения, анализы, которые в настоящее время сдаются предварительно, должны делаться уже после поступления в стационар в рамках первичного обследования. В тех случаях, когда наркологическое учреждение не располагает необходимой лабораторной базой, необходимо задействовать другие учреждения здравоохранения, такие как СПИД-центры и туберкулезные больницы.

В Казани один из наркопотребителей заявил Хьюман Райтс Вотч, что дал взятку в наркодиспансере, чтобы не собирать справки, потому что почувствовал, что может раздумать, если его сразу не положат на дезинтоксикацию:

Называйте это коррупцией или как-то еще, но я это очень четко понял – и мать тоже – что если начну бегать всякие справки собирать, кровь сдавать, анализов дожидаться – это может кончиться тем, что я буду продолжать [употреблять наркотики], и нет никакой гарантии, что я когда-то еще в диспансер вернусь.¹⁶⁹

Произвольный характер требования предварительного сбора справок подчеркивается тем обстоятельством, что это практикуется далеко не во всех учреждениях, предлагающих наркопотребителям курс дезинтоксикации. Так, в Пензе нам говорили, что у них нет такого порядка и что наркологическое учреждение само проводит обследование на ВИЧ, гепатит и туберкулез. В Иркутске и Санкт-Петербурге, по общему правилу, для прохождения дезинтоксикации различные справки необходимы, в то время как в иркутской психиатрической больнице № 1 и в 9-й петербургской больнице их не требуют.¹⁷⁰

госпитализации нельзя ни при каких обстоятельствах, поскольку они представляют угрозу для окружающих и являются тяжелобольными. Интервью Хьюман Райтс Вотч с Дугласом Брюсом (инструктор клинической медицины, секция инфекционных болезней, Йельская школа медицины; заведующий лечебной частью Южно-Центрального реабилитационного центра, Нью-Хейвен) и Шэрон Стэнклифф (медицинский директор Коалиции снижения вреда, Нью-Йорк).

¹⁶⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

¹⁷⁰ Материалы переписки по электронной почте с Романом Муравьевым (FrontAIDS) 25 июля 2007 г.; интервью Хьюман Райтс Вотч с несколькими наркопотребителями в 9-й горбольнице Санкт-Петербурга, июль 2007 г.

Недоверие к системе лечения наркозависимости

Нашим и другими исследованиями выявлено широко распространенное среди наркопотребителей глубокое недоверие к государственной наркологической системе, отталкивающее многих от обращения за лечением. Представляется, что это недоверие во многом связано с низкой эффективностью и результативностью предлагаемого в России лечения наркозависимости. Многие наркопотребители также говорили, что не доверяют государственным учреждениям, потому что их персонал коррумпирован и не заинтересован в излечении пациентов. Такое отношение не является следствием какой-либо конкретной государственной политики, произвольно или дискриминационно ограничивающей доступ к лечению, однако право на здоровье предполагает, что российские власти должны принимать меры по изменению сложившейся ситуации. В частности, необходимо обеспечивать, чтобы политика государственных учреждений не создавала объективных предпосылок для недоверия, как это может иметь место в случае отсутствия предложения методик с подтвержденной эффективностью. Российским властям необходимо также реагировать на коррупцию в наркологических учреждениях, о которой говорят многие наркопотребители.

Во всех обследованных регионах Хьюман Райтс Вотч выявлено весьма скептическое отношение наркопотребителей к эффективности лечения, предлагаемого государственными наркологическими учреждениями. Особенно отчетливым такое отношение было в Пензе, где многие в принципе исключали возможность обращения в государственную систему. По словам сотрудника программы снижения вреда в этом городе, ей были известны лишь единичные случаи, когда наркопотребители пользовались услугами государственных наркологических учреждений.¹⁷¹ 40-летний наркопотребитель со стажем в несколько десятков лет, говорит, что ни разу не был в диспансере:

А толку-то? Зачем идти туда, если ту же капельницу можно и дома поставить? Лучше уж отключить телефоны и у себя в квартире закрыться. Зато так у тебя под рукой будет туалет и вода.¹⁷²

По словам наркопотребителя из Пензы со стажем более 15 лет, он никогда не обращался в местный наркодиспансер за дезинтоксикацией, поскольку «там все равно ничем не помогают... Лучше я деньги на дозу потрачу, чем 900 рублей отдавать [за лечение сомнительной эффективности]».¹⁷³

¹⁷¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Пенза, 11 апреля 2007 г.

¹⁷² Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Пенза, 16 апреля 2007 г.

¹⁷³ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Пенза, 16 апреля 2007 г.

Аналогичное мнение высказывали наши собеседники в Казани и Калининграде. Рассказывает 25-летняя наркопотребительница из Казани, последний раз проходившая дезинтоксикацию в марте 2006 г.:

Я не собираюсь опять туда идти. Смысла нет, все равно не вылечат. Я бы пошла на дезинтоксикацию, если бы они действительно помогли. Надоело колоться уже. Просто дома не могу [перестать употреблять наркотики]. Слишком много искушений... Мне хотя бы лет до 30 дотянуть...¹⁷⁴

Калининградский социолог, в 2006 г. проводившая опрос более десятка наркопотребителей и нескольких десятков профильных экспертов, в интервью Хьюман Райтс Вотч отмечала «глубокое недоверие к [местному] наркодиспансеру из-за мнения о неэффективности предлагаемого лечения, учета и неудовлетворительных условий».¹⁷⁵

Недоверие усугубляется убежденностью в коррумпированности большинства врачей-наркологов в государственной системе. Несколько наших собеседников из числа наркопотребителей говорили, что им приходилось платить за прием в стационар без очереди, или чтобы избежать предоставления многочисленных справок. Некоторые наркопотребители и сотрудники программ снижения вреда высказывали предположение, что государственные наркологические учреждения не заинтересованы в окончательном излечении пациента, поскольку сам процесс приносит им хорошие деньги. При этом в условиях монополии государственных учреждений на медикаментозную дезинтоксикацию единственной альтернативой остается самостоятельный отказ от наркотиков без использования специальных препаратов. Характерным представляется мнение бывшего наркопотребителя:

Наркологи просто вообще не заинтересованы в том, чтобы лечить наркоманов. В полном смысле слова лечить, то есть в два этапа: сначала дезинтоксикация, потом реабилитация. Им выгодно постоянно людей на дезинтоксикации держать.

Платное лечение стоит тысячу рублей в день за десять дней. Наркоману не говорят, чтобы он на реабилитацию шел. Врачам это невыгодно. Максимум через две недели он выписывается. И опять колоться начинает, опять доза растет. И что потом? Опять к ним идет, опять десятку платит. Вот такой замкнутый круг получается. Они [наркологи] хорошо живут, на иномарках катаются.¹⁷⁶

¹⁷⁴ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 25 января 2007 г.

¹⁷⁵ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Инной Вышемирской и Викторией Осипенко. Калининград, 30 января 2007 г.

¹⁷⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

Массовое недоверие к системе лечения наркозависимости выявлено также рядом других исследований. В частности, проведенное в 2003 г. обследование ситуации в трех российских городах показало, что

... наркопотребители не слишком доверяют системе лечения, воспринимают ее не только как помощь, но – в не меньшей степени - и как помеху; лечение ассоциируется у них с высоким процентом неудач, короткой ремиссией и рецидивом.¹⁷⁷

Тем же исследованием установлено, что «лечение воспринимается как несущее оттенок стигматизации, что отталкивает наркопотребителей от пользования услугами и чревато продолжением употребления наркотиков и/или сохранением опасного поведения».¹⁷⁸ Аналогичные выводы были получены в ходе другого исследования, проводившегося той же группой в 2003 - 2004 гг.:

Негативный опыт общения с поставщиками услуг также называется в качестве одной из причин того, почему потребители инъекционных наркотиков не обращаются за лечением (или приходят на сильно запущенной стадии) и почему самолечение получило такое широкое распространение... В нашем случае у большинства респондентов (68%) присутствовало негативное отношение к службам по лечению наркозависимости в том виде, в котором они на сегодняшний день существуют в России.¹⁷⁹

У некоторых наркопотребителей бытует мнение о связях системы лечения наркозависимости с правоохранительными органами. Так, по словам пензенского наркопотребителя со стажем с 1994 г.: «Пойдешь в диспансер – жди срок за наркотики». Он говорит, что предпочитает делать дезинтоксикацию на дому. У него есть нарколог, который берет 1200 рублей за визит и вводит ему реланиум.¹⁸⁰

Экономическая доступность и недопустимость дискриминации

Учреждения, товары и услуги в области здравоохранения должны быть всем по карману. Плата за услуги здравоохранения, равно как и за услуги, связанные с сопутствующими здоровью факторами, должна устанавливаться на основе принципа равенства, с тем чтобы все люди, в том числе представители социально

¹⁷⁷ Bobrova et al., "Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities," *Drug and Alcohol Dependence*.

¹⁷⁸ Ibid.

¹⁷⁹ Bobrova et al., "Injection drug users' perceptions of drug treatment services and attitudes toward substitution therapy: A qualitative study in three Russian cities."

¹⁸⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Пенза, 16 апреля 2007 г.

незащищенных групп, могли позволить себе пользование такими услугами вне зависимости от того, являются ли они частными или государственными.

Учреждения, товары и услуги в области здравоохранения должны быть доступными для всех, в особенности для наиболее уязвимых или маргинализированных категорий населения, по закону и на практике, без дискриминации по любому из запрещенных признаков.

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам,
Общий комментарий 14¹⁸¹

Право на наивысший достижимый уровень здоровья не обязывает государство оказывать бесплатные услуги по лечению наркозависимости, однако такие услуги должны быть «всеми по карману», в том числе представителям социально незащищенных групп, к которым принадлежит большинство наркопотребителей. При этом, как уже отмечалось, российская конституция устанавливает, что «медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».¹⁸² Однако по общему правилу в России государственные и муниципальные учреждения здравоохранения наряду с бесплатными оказывают и платные услуги.

Формально наркологические учреждения в соответствии с Конституцией предлагают бесплатное лечение, но на практике ситуация нередко оказывается не столь однозначной. Во многих регионах наркологические учреждения испытывают проблемы с финансированием и пытаются пополнять свой бюджет, перекладывая часть расходов на пациентов или подталкивая их к платным услугам. В Пензе и Калининграде наркопотребители рассказывали нам, что им самим или их родителям приходилось платить за медикаменты или приобретать их в аптеке по указанию врача. (С другой стороны, в Казани с такой практикой нам сталкиваться не приходилось, и, как заверил нас Альберт Зарипов из НПО «Роза ветров», по его опыту бесплатное лечение в Казани действительно было таковым.¹⁸³)

Исследование 2003 г. показывает, что поборы с пациентов становятся серьезным препятствием для части наркопотребителей. Три четверти опрошенных называли финансовые проблемы как один фактор, затрудняющих доступ к лечению. Многие респонденты, нуждавшиеся в

¹⁸¹ General Comment 14, para. 12(b).

¹⁸² Статья 41.

¹⁸³ Интервью Хьюман Райтс Вотч (по телефону) 29 июня 2007 г.

лечении наркозависимости, не имели работы и не могли без посторонней помощи оплатить лечение, поэтому для большинства решающее значение имели готовность и способность родителей взять расходы на себя. Результаты опроса также свидетельствуют о том, что наркопотребителям

... с большим стажем и большей степенью зависимости труднее оплачивать свое лечение, чем другим потребителям инъекционных наркотиков. Основная часть их личных средств уходит на приобретение наркотиков, вероятность наличия у них работы меньше, а семейные накопления, скорее всего, истощены или недоступны из-за недоверия.¹⁸⁴

По словам наркопотребителей и сотрудников НПО, существует несколько способов, с помощью которых наркологические учреждения вынуждают пациентов косвенным образом платить за лечение. Как уже упоминалось, в Казани и Калининграде из-за нехватки бесплатных койко-мест людям иногда неделями приходится ждать своей очереди, в то время как «коммерческие» больные принимаются в стационар немедленно.

Другим способом подтолкнуть наркопотребителя к выбору в пользу платных услуг служит использование фактора страха быть постановленным на учет. Как отмечалось выше, наше и другие исследования свидетельствуют о том, что подавляющее большинство наркопотребителей крайне настороженно относятся к постановке на учет, и многие говорили Хьюман Райтс Вотч, что они сами и их родственники пытались найти деньги, чтобы заплатить за коммерческое - анонимное лечение.¹⁸⁵

В ситуации, когда в зависимости от региона стоимость лечения колеблется, в среднем, от 750 до 1 тыс. рублей, десятидневный курс детоксикации обойдется пациенту в 7,5 – 10 тыс. рублей на условиях предоплаты.

Реабилитация обходится еще дороже в связи с большей продолжительностью курса. Так, стандартный 28-дневный государственный платный курс реабилитации в Казани стоит 16,5 тыс. рублей. В случае отсутствия государственных реабилитационных центров стоимость таких услуг может быть еще выше.

По сравнению с теми, у кого есть деньги, положение малоимущих наркопотребителей еще драматичнее: им приходится выбирать между бесплатным лечением с постановкой на учет и отказом от лечения в принципе. Один из таких людей, водитель по профессии и единственный кормилец семьи из четырех человек, в интервью Хьюман Райтс Вотч говорил,

¹⁸⁴ Bobrova et al., "Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities," *Drug and Alcohol Dependence*.

¹⁸⁵ Ibid.

что постановка на учет означала бы для него потерю работы, в то время как денег на платное лечение у него нет: «Платное лечение дорогое реально. Не знаю, у кого могут такие деньги быть». По его словам, он неоднократно пытался отказаться от наркотиков, но каждый раз ему удавалось продержаться только один-два месяца.¹⁸⁶

Существование официальной возможности откупиться от учета свидетельствует о том, что в нем нет объективной необходимости. При этом существующая система ложится неоправданным бременем исключительно на малоимущих наркопотребителей, нарушая принцип недискриминационности в доступе к услугам здравоохранения.

Информационная доступность

Информационная доступность: доступность включает право искать, получать и распространять информацию и идеи, касающиеся здоровья. При этом доступность информации не должна ущемлять право на соблюдение конфиденциальности в отношении личных медицинских данных.

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, Общий комментарий 14¹⁸⁷

Государство обязано обеспечивать пациентам возможность получать и распространять информацию о лечебных услугах. С учетом значительной стигматизации наркопотребления и лечения наркозависимости и маргинализации наркопотребителей в обществе Управлением ООН по наркотикам и преступности и другими структурами лечебным учреждениям рекомендуется применять инициативный подход в доведении до наркопотребителей информации о возможностях лечения через службы открытого доступа, такие как программы снижения вреда, семейные группы поддержки, центры анонимного приема и «горячие» телефонные линии.

В обследованных Хьюман Райтс Вотч регионах работа по распространению информации о возможностях лечения и привлечению к нему наркопотребителей государственными наркологическими учреждениями проводится неудовлетворительно. Так, в Калининграде, Пензе и Кузнецке отсутствовала достаточная наглядная информация о методиках лечения в амбулаторных наркологических кабинетах, которые посещают многие наркопотребители и члены их семей. В Калининграде на стенах длинного коридора, в котором посетители ожидают приема наркологом, мы не обнаружили никакой информации ни о природе наркозависимости, ни о

¹⁸⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 23 января 2007 г.

¹⁸⁷ General Comment 14, para. 12(b).

способах ее эффективного лечения, не говоря уже о буклетах или брошюрах, которые люди могли бы взять с собой, чтобы изучить дома в спокойной обстановке. Имелись только два вида буклетов с приглашением на индивидуальные или групповые консультации с психологом и группой самопомощи, в которых кратко описывались предлагаемые психологами услуги. В Кузнецке мы увидели только мелко и неразборчиво написанные от руки сведения о наркотиках и алкоголе, в которых ничего или практически ничего не говорилось об эффективных методах лечения наркозависимости.

В городах, где, как в Казани и Пензе, существуют службы открытого доступа, наркологические учреждения нередко занимают пассивную позицию: принимают и лечат пациентов, которые сами обращаются, но не пытаются использовать службы открытого доступа, чтобы донести до наркопотребителей информацию о вариантах лечения и других сопутствующих услугах. В итоге программы снижения вреда и другие службы открытого доступа не выполняют важной роли связующего звена между наркопотребителями и системой здравоохранения.

В Казани ВИЧ-позитивный наставник по АРВ в интервью Хьюман Райтс Вотч говорил об отчаянии, которое у него вызывает безынициативность местного наркодиспансера, отмечая, что фактически выполняет за него часть работы. По его словам, за прошедший год он привел в наркологические учреждения 50 наркопотребителей, 30 из которых убедил еще и пройти реабилитацию. Из них у семерых, как он утверждал, на момент интервью наблюдалась стойкая ремиссия. Говоря о собственном опыте, он заметил:

Если бы они [наркологи] протянули мне руку помощи намного раньше, то у меня, может, так далеко бы и не зашло, как в тот момент [когда он сам обратился за помощью]... Может, и вичевым бы теперь не был. Может, и не было бы всех этих потерянных лет в моей жизни...¹⁸⁸

Взаимодействие между программами снижения вреда и государственными наркологическими учреждениями зачастую ограничивается тем, что первые приводят к наркологам наркопотребителей, которые хотят отказаться от наркотиков или сократить их употребление. В некоторых случаях, как говорит Аня Саранг из Всероссийской сети снижения вреда, людей, приходящих по направлению таких программ, принимают без очереди, хотя она скептически оценивает перспективы инициативного подхода со стороны наркологических учреждений, пока качество предлагаемых ими услуг оставляет желать лучшего.¹⁸⁹

¹⁸⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Антоном Блиновым. Казань, 24 января 2007 г.

¹⁸⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (по телефону) 9 июля 2007 г.

Сергей Олейник из пензенского фонда «Анти-СПИД», в рамках которого действует программа снижения вреда, в интервью Хьюман Райтс Вотч заявил, что был бы рад сотрудничеству с наркологической службой, но только в том случае, если бы уровень предлагаемых ей лечебных услуг был выше. По его словам, его программа несколько лет назад согласилась распространять среди наркопотребителей информацию о лечении и убедила некоторых начать его, однако впоследствии они возвращались с настолько негативным опытом, что ему пришлось отказаться от такой практики, чтобы не потерять свой контингент.¹⁹⁰

Говорить о наличии служб открытого доступа в Калининграде практически не приходится, поскольку местные власти крайне негативно относятся к программам снижения вреда, включающим обмен шприцев, что еще более осложняет ситуацию с доступностью информации о лечении. Как отмечает калининградский социолог: «Поскольку неправительственные уличные службы полностью отсутствуют, то, конечно, у них [наркологических учреждений] есть проблемы с набором клиентов. Связей с группами [наркопотребителей] нет...»¹⁹¹ Светлана Просвирина, наставник калининградского СПИД-центра и руководитель группы «анонимных наркоманов», рассказывала Хьюман Райтс Вотч, как в 2006 г. у нее был доступ в стационар наркодиспансера, где она рассказывала пациентам о своей группе и приглашала их принять участие. Однако все прекратилось после того, как в диспансер проник журналист, и в эфир вышел острый сюжет об одном из врачей-наркологов. На момент интервью Светлану не подпускали не только к стационару, но и к амбулаторной программе реабилитации.¹⁹²

В некоторых регионах наркологические учреждения сами ведут программы снижения вреда и, соответственно, имеют налаженные контакты с наркопотребителями. Как отмечает Аня Саранг, в таких регионах услуги по лечению наркозависимости обычно более развиты. Так, в Тольятти местный наркодиспансер предлагает наркопотребителям целый ряд услуг, в том числе обмен шприцев, реабилитацию и программу последующего сопровождения.¹⁹³

Требование приемлемости

Все учреждения здравоохранения, товары и услуги должны соответствовать принципам медицинской этики и учитывать культурные особенности, т.е. уважать культуру отдельных лиц, меньшинств, народов и общин, проявлять деликатность в

¹⁹⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч (по телефону) 29 июня 2007 г.

¹⁹¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Инной Вышемирской и Викторией Осипенко. Калининград, 30 января 2007 г.

¹⁹² Интервью Хьюман Райтс Вотч. Калининград, 2 февраля 2007 г.

¹⁹³ Интервью Хьюман Райтс Вотч (по телефону) 9 июля 2007 г.

отношении гендерных и возрастных аспектов, а также должны разрабатываться с учетом необходимости соблюдения конфиденциальности и улучшения состояния здоровья целевых групп.

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, Общий комментарий 14¹⁹⁴

В основе предполагаемого правом на здоровье требования приемлемости лежат принципы медицинской этики и культурные ценности. Товары и услуги в области здравоохранения, которые не отвечают этим принципам и ценностям, не будут соответствовать и праву на здоровье. Ключевой составляющей требования приемлемости является конфиденциальность медицинских данных. Право на неприкосновенность частной жизни отдельно гарантируется Европейской конвенцией о правах человека и Международным пактом о гражданских и политических правах (Россия является участником обоих международных договоров).¹⁹⁵

Европейский суд по правам человека подчеркивает важность конфиденциальности медицинских данных, указывая, что

Защита личных данных, не в последнюю очередь – медицинских, имеет важнейшее значение для реализации права на неприкосновенность частной жизни... Соблюдение конфиденциальности данных о здоровье является одним из базовых принципов правовых систем всех государств – участников Конвенции. Принципиально важно не только уважать приватность пациента, но и сохранять с его стороны доверие к врачебной профессии и услугам здравоохранения в целом.

В отсутствие такой защиты лица, нуждающиеся в медицинской помощи, могут быть не склонны сообщать приватную информацию

¹⁹⁴ General Comment 14, para. 12(c).

¹⁹⁵ Статья 8 ЕКПЧ и статья 17(1) МПГПП: «Никто не может подвергаться произвольному или незаконному вмешательству в его личную и семейную жизнь, произвольным или незаконным посягательствам на неприкосновенность его жилища или тайну его корреспонденции или незаконным посягательствам на его честь и репутацию». В соответствии с комментариями Манфреда Новака к Международному пакту о гражданских и политических правах право на неприкосновенность частной жизни включает право на приватность, т.е. «на неразглашение характеристик, действий и данных частного характера». Это право обеспечивается как институциональными гарантиями, так и общепризнанными нормами конфиденциальности, как в случае с врачебной тайной или тайной исповеди. Право на приватность «не ограничивается разглашением. Любое вторжение или даже просто ознакомление с приватными вопросами против воли соответствующего лица может составлять неоправданное вмешательство». Manfred Nowak, *UN Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary* (Kehl am Rein: N.P. Engel, 1993), p. 296.

личного характера, которая может быть необходима для обеспечения надлежащего лечения, и даже в принципе обращаться за такой помощью, создавая тем самым угрозу собственному здоровью, а в случае передаваемых заболеваний – и здоровью окружающих (см. Рекомендацию Комитета министров Совета Европы № R (89) 14 от 24 октября 1989 г. «Этические аспекты ВИЧ-инфекции в контексте здравоохранения и социального окружения», в частности общие замечания по вопросу о конфиденциальности медицинских данных в п. 165 пояснительного меморандума).

Поэтому в национальном законодательстве должны быть предусмотрены надлежащие гарантии, чтобы не допускать каких-либо случаев передачи или разглашения личных медицинских данных, которые противоречили бы гарантиям по статье 8 Конвенции (с учетом положений Статей 3 (2)(с), 5, 6 и 9 Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных 1981 г.)¹⁹⁶

Сбор статистики о наркопотреблении, обращениях за лечением и его результатах преследует важную и законную цель, однако собранные при подготовке настоящего доклада факты свидетельствуют о том, что в некоторых регионах местное законодательство предписывает наркологическим учреждениям передавать определенные сведения о пациентах правоохранительным органам или что – вне зависимости от наличия или отсутствия официальных предписаний – такая практика фактически имеет место.

В то время как право на неприкосновенность частной жизни не предполагает абсолютного требования неразглашения медицинских данных, любые отступления от этого правила должны быть строго обоснованными. Европейская конвенция о правах человека предусматривает следующие исключительные основания:

Вмешательство публичной власти в осуществление этого права не допускается, за исключением случаев, когда это предусмотрено законом и необходимо в демократическом обществе в интересах национальной безопасности, общественного порядка или экономического благосостояния страны, в целях предотвращения беспорядков или преступлений, охраны здоровья или нравственности, или для защиты прав и свобод других лиц.¹⁹⁷

¹⁹⁶ European Court of Human Rights (ECtHR), *Z. v. Finland*, Application No. 22009/93, Judgment of 25 February 1997, Reports of Judgments and Decisions 1997-I, para 95.

¹⁹⁷ Статья 8(2).

Определение «необходимости» требует оценки обеспечения баланса между преследуемой законной целью и интересами пациента в том, что касается сохранения конфиденциальности таких данных. Параметры этого баланса зависят от таких факторов, как характер и важность соответствующих интересов и степень вмешательства.¹⁹⁸ Поскольку медицинские данные могут носить крайне деликатный и чувствительный характер, необходимость любых государственных мер, направленных на принудительную передачу или раскрытие таких данных без согласия пациента, должна подлежать тщательной проверке и должна быть убедительно установлена.¹⁹⁹

Положения, аналогичные распоряжению московского мэра 1998 г., предписывающие наркологическим учреждениям регулярно сообщать сведения о пациентах, нарушают российское законодательство, которое допускает разглашение конфиденциальной информации при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина был причинен в результате противоправных действий. Более того, такое систематическое сообщение медицинских данных (помимо чисто статистической информации) едва ли можно считать «необходимым в демократическом обществе».

В каждом конкретном случае врач должен с осторожностью принимать решения, касающиеся разглашения конфиденциальных данных пациента, даже если это формально и разрешается российским законодательством. Необходимо тщательно соотносить важность защиты медицинских данных с другими интересами. Хьюман Райтс Вотч считает, что раскрытие медицинских данных о конкретном наркопотребителе только на том основании, что этот человек по своей воле принимал запрещенное вещество, причиняя тем самым вред собственному здоровью, было бы нарушением права на неприкосновенность частной жизни.

Требование медицинской обоснованности и надлежащего уровня качества

Услуги здравоохранения должны «исходить из научной и медицинской обоснованности и быть качественными», что предполагает, среди прочего, наличие «подготовленного медицинского персонала, одобренных наукой медикаментов с неистекшим сроком годности, безопасной питьевой воды и надлежащих санитарно-гигиенических условий».²⁰⁰ Но одновременно это предполагает и то, что государство должно, насколько возможно, задействовать методики лечения, эффективность которых подтверждена

¹⁹⁸ См., в частности, решения Европейского суда по правам человека: ECtHR, *Leander v. Sweden*, 1987, p. 25, para. 58; *Manoussakis et al. v. Greece*, Application No. 18748/91 judgment of 26 September 1996, Reports 1996-IV, p. 1364, para. 44.

¹⁹⁹ ECtHR, *Z v. Finland*, 1997, para. 96.

²⁰⁰ General Comment 14, para. 12(d).

научными исследованиями, и внедрять методики с подтвержденной эффективностью в лечебную практику; применение методик, показавших свою неэффективность, будет идти вразрез с требованием медицинской обоснованности и надлежащего качества. Прогрессивная реализация права на наивысший достижимый уровень здоровья означает, что государство должно периодически оценивать существующие методы лечения с целью выявления недостатков и внесения корректив в случае необходимости. В идеальном варианте государство должно также вести собственные или финансировать научные исследования лечебной практики, чтобы обеспечивать возможность выявления и внедрения новых, более эффективных методик.

Унаследованная Россией советская система лечения наркозависимости базировалась в большей степени на идеологии, чем на использовании методик с научно подтвержденной эффективностью. Хотя Россия и отказалась от ряда проблемных аспектов старой системы, подход к лечению, основанный на применении методик с подтвержденной эффективностью, так и пока и не стал преобладающим, равно как не проводился и пересмотр лечебной практики с целью внедрения таких методов. Многие элементы системы лечения наркозависимости до настоящего времени очевидно не соответствуют прочно устоявшимся в этой области принципам. Неприятие Россией заместительной терапии по фактически идеологическим мотивам и попытки дезориентировать врачебное сообщество в отношении этого метода служат, как представляется, свидетельством сохраняющегося стремления к приоритетной ориентации на соображения идеологического характера, а не на научные данные об эффективности лечебных методов.

Игнорирование природы наркозависимости в подходе к лечению

Как уже говорилось, научными исследованиями убедительно установлено, что наркозависимость является хроническим заболеванием, которое сопровождается рецидивами. Предполагаемое правом на здоровье требование научной и медицинской обоснованности услуг здравоохранения означает, что государство, чтобы обеспечить соблюдение этого права, должно применять соответствующие методики лечения.

Российская система лечения наркозависимости, однако, не учитывает это обстоятельство и жестко ориентирована на достижение пациентом немедленного, полного и устойчивого воздержания от употребления наркотиков. В случае рецидива лечение считается неудачным. В действительности в силу природы данного расстройства здоровья многие наркопотребители с большим трудом достигают устойчивого воздержания (особенно в отсутствие заместительной терапии), процесс выздоровления редко носит линейный характер, а рецидивы в большинстве случаев являются его естественной частью. Игнорирование этого обстоятельства и соответствующее формирование общего подхода к лечению противоречит

требованию о предоставлении обоснованных с научной и медицинской точки зрения лечебных услуг.

Акцент на линейный характер процесса выздоровления в лечебном подходе не просто противоречит данным современной науки, но и затрудняет сам процесс лечения. Главное – сужаются возможности системы по удержанию пациента в лечебном процессе в течение достаточного времени. Предъявляя к пациенту требования, которым, как показывают факты, могут соответствовать только немногие отдельные наркопотребители, и не разъясняя им, что в большинстве случаев рецидивы являются естественной частью процесса выздоровления, - вместо этого считая их свидетельством неудачи, такой подход к лечению с неизбежностью подталкивает большинство пациентов к изначально пессимистической оценке перспектив на успех и подрывает их мотивацию к тому, чтобы оставаться в лечебном процессе. Не исключено также, что это является одним из факторов, способствующих формированию у многих наркопотребителей представления о неэффективности лечения, предлагаемого российскими наркологическими учреждениями.

Такая политика также исключает выработку врачом и пациентом индивидуального плана лечения, что является одним из элементов методик с подтвержденной эффективностью, поскольку в этом случае придется исходить из возможности рецидивов и готовить к пациента к такому развитию событий. Ни с одним из наших собеседников в период дезинтоксикации не проводилось консультирование ни о возможности рецидива, ни о том, какие варианты поведения существуют в подобных случаях.

Наконец, право на здоровье требует, а современные стандарты рекомендуют, чтобы пациентам наркологических учреждений предоставлялась информация о профилактике ВИЧ-инфекции и других передающихся через кровь болезней, а также об опасности передозировки, которая особенно высока после дезинтоксикации. Такая информация могла бы помочь им уменьшить вредные последствия в случае возобновления употребления наркотиков. Как отмечалось выше, в настоящее время в российских государственных наркологических учреждениях подобное консультирование не проводится - без сомнения, по крайней мере отчасти, из-за существующих установок на достижение полного воздержания.

Акцент на достижение полного воздержания от употребления наркотиков также препятствует адекватной оценке эффективности системы лечения. Надлежащие механизмы оценки являются важной составляющей научной и медицинской обоснованности и качества предлагаемых лечебных услуг, поскольку способствуют их поступательному улучшению. Использование же воздержания в качестве единственного формального критерия не отвечает интересам общественного здравоохранения, поскольку, как показано ниже, не позволяет оценить реальную эффективность лечения и практически не дает

никакой полезной информации, на основании которой можно было бы совершенствовать систему.

В то время как достижение устойчивого воздержания от употребления наркотиков является конечной целью систем лечения наркозависимости в большинстве стран, в рамках таких систем с учетом хронической и склонной к рецидивам природы наркозависимости разработаны диверсифицированные цели лечения и показатели его успешности, которые не ограничиваются только этим. Наряду с достижением воздержания такие цели и показатели могут включать: сохранение приверженности лечению, удержание в лечебном процессе, частоту и продолжительность рецидивов, физическое и психическое состояние пациента, ситуацию в семье пациента, ситуацию с трудовой занятостью пациента, а также изменения в его опасном поведении в периоды рецидивов.²⁰¹ Существующий в настоящее время в России подход к лечению наркозависимости не учитывает ни один из этих важных показателей, поэтому оставляет лишь очень узкий коридор для оценки результатов.

Как представляется, российское врачебное сообщество начинает все в большей степени признавать проблему отсутствия дифференцированных целей лечения и критериев оценки. Так, именно об этом говорится в утвержденном Минздравом в 2003 г. протоколе реабилитации больных наркоманией, когда указывается, что «синдром зависимости присутствует на всех этапах реабилитации, полностью не редуцируется даже при длительных ремиссиях».²⁰²

Хьюман Райтс Вотч установлено, что некоторые врачи-наркологи все же пользуются широкими критериями при работе с отдельными пациентами. Рассказывает Ольга Комарова из кузнецкого наркодиспансера:

Мы смотрим на промежуточные итоги. Месяц проходит – разговариваем с человеком, смотрим, как у него дела продвигаются. Если видим, что у кого-то трудная ситуация – говорим им, чтобы возвращались побыстрее. Говорим, чтобы по дню прибавляли. Я сама объясняю: «Мы с тобой общими усилиями будем стараться продлить периоды, когда ты хорошо себя чувствуешь».²⁰³

В статье, опубликованной в журнале «Наркология» и на одном из профильных веб-сайтов, главврач частной московской наркологической клиники М.Зобин и профессор Санкт-Петербургского государственного университета психиатр

²⁰¹ NIDA, “Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide,” p. 15.

²⁰² Протокол ведения больных/Реабилитация больных наркоманией, утвержденный приказом Минздрава РФ № 500 от 22 октября 2003 г.

²⁰³ Интервью Хьюман Райтс Вотч. Кузнецк, 12 апреля 2007 г.

Е.Егоров указывают, что жесткие критерии оценки результатов лечения противоречат общим подходам, принятым в российской психиатрии, использующей классификацию ремиссии по глубине: «Ни у одного специалиста не вызывает сомнений возможность спонтанного рецидива при шизофрении, аффективном расстройстве или эпилепсии, даже при правильном лечении. Если болезни зависимости являются психическими расстройствами (а они таковыми и являются даже формально, исходя из МКБ-10 и DSM-IV), то почему эффективность их лечения должна рассматриваться только применительно к критериям ремиссии «А» [полная ремиссия]?».²⁰⁴ Отмечается также, что «в единичных работах отечественных авторов неполные или частичные ремиссии при опиоидной зависимости с недавних пор стали рассматриваться как проявления положительной динамики».²⁰⁵

Непринятие мер к удержанию пациента в лечебном процессе

Как уже говорилось, убедительно установлено, что дезинтоксикация сама по себе едва ли может обеспечить стойкую ремиссию и что решающим фактором успеха является достаточная продолжительность лечения. Дезинтоксикация должна использоваться не просто для выведения пациента из состояния физической зависимости от наркотиков, но также для начала психотерапии, призванной сформировать мотивацию на продолжение лечебного процесса. В связи с этим Центр лечения наркозависимости Американской администрации наркологических и психиатрических служб The US Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse Treatment (SAMHSA/CSAT) отмечает, что «дезинтоксикация дает уникальную возможность вмешаться в период кризиса и подвигнуть пациента к переменам в направлении здоровья и выздоровления».²⁰⁶ Действительно, исследования показывают, что «обращение к психологическим аспектам во время дезинтоксикации значительно повышает вероятность ее безопасного прохождения пациентом и его перехода к дальнейшему продолжению лечения наркозависимости».²⁰⁷

Российские специалисты-наркологи признают важность удержания пациента в лечебном процессе. Так, в утвержденном Минздравом в 2003 г. протоколе реабилитации больных наркоманией прямо указывается на крайне низкую эффективность отдельно взятого дезинтоксикационного лечения и подчеркивается необходимость мотивирования пациента к участию в реабилитации.²⁰⁸ Практикующие российские наркологи в интервью Хьюман Райтс Вотч с сожалением отмечали, что на деле к реабилитации после

²⁰⁴ М.Зобин, А.Егоров. Ремиссии при опиоидных наркоманиях, <http://www.narcom.ru/cabinet/online/107.html>

²⁰⁵ Там же.

²⁰⁶ SAMHSA/CSAT, TIP 45, p. 23.

²⁰⁷ Ibid.

²⁰⁸ Протокол ведения больных/Реабилитация больных наркоманией, утвержденный приказом Минздрава РФ № 500 от 22 октября 2003 г.

детоксикации переходит лишь очень небольшой процент наркоманов. Выше уже упоминалась позиция главного нарколога России, который видит причину в том, что многие «просто не хотят лечиться».²⁰⁹

Однако наши исследования свидетельствуют о том, что детоксикационное лечение в российских государственных наркологических учреждениях почти не сопровождается мероприятиями по мотивированию наркоманов на выздоровление и продолжение лечения. Представляется, что в большинстве случаев детоксикация ограничивается почти исключительно выведением пациента из состояния физической зависимости и купированием симптомов. Сами наркоманы и некоторые специалисты-наркологи называют в связи с этим два основных фактора. Во-первых, наркоманы говорят, что во время детоксикации их «накачивали» успокоительными и что они часто с трудом помнят, что происходило с ними. Такая ситуация осложняет мотивационную или любую другую психотерапию. Во-вторых, во всех трех регионах наркоманы отмечали, что на практике во время детоксикации мотивационное консультирование сведено к минимуму, что медперсонал не привлекает пациентов к разработке индивидуальных планов лечения и что для создания терапевтического союза пациента с врачами практически ничего не делается.

О глубине неиспользуемого потенциала свидетельствует положительный опыт некоторых наших собеседников, которые все же продолжили лечение и перешли к реабилитации. Один из них сравнивает ситуацию в детоксикационном стационаре и государственном реабилитационном центре:

Это все в одном здании находится. Даже выходить не нужно. Проходишь железную дверь, и – другой мир. Чисто. Отношение совершенно другое. Люди действительно помочь хотят. Стараются что-то для тебя сделать, от души. Постель чистая, белье меняют. Душ нормальный более-менее.²¹⁰

Массированное применение успокоительных препаратов

Детоксикационное лечение в России проводится с мощным медикаментозным сопровождением: как правило, пациенту назначается целый набор препаратов, включающий сильные успокоительные средства, нейролептики, обезболивающие и антидепрессанты. Практически все наши собеседники из числа прошедших детоксикацию наркоманов отмечали, что первые четыре-пять дней их «держали на седативах» и они находились в полубезумном состоянии. По их словам, в последующем

²⁰⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Н.Иванцом. Москва, 7 марта 2007 г.

²¹⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

объем назначаемых препаратов сокращался и они начинали более-менее ориентироваться во времени и пространстве, однако многие говорят, что и на поздних стадиях дезинтоксикации дозы успокоительных были значительными.

Рассказывает наркопотребитель из Казани:

Проглотил я таблетки и заснул. Думал, что сутки проспал, а когда проснулся – оказалось, что четверо или пятеро... Я действительно мало что помню, потому что в таком вот полугоматозном состоянии был.²¹¹

Еще один наркопотребитель из Казани рассказывает, как проходил дезинтоксикацию в январе 2007 г.:

[Лечение продолжалось 10 дней], мне реально казалось, что четыре: под барбитуратом был, не помню. Дней пять вообще сам не свой был. Потом уже не такие сильные давали: феназепам, реланиум для сна, трамал, чтобы ломку снять. Но к тому времени я уже опять в сознании был.²¹²

По словам наркопотребителя из Пензы, в январе 2007 г. он в течение двух недель проходил дезинтоксикацию, но мало что помнит о происходившем: «Меня все время на транквилизаторах держали».²¹³

Акцент на использование сильных успокоительных препятствует работе с пациентом, формированию терапевтического союза, разработке индивидуальных планов лечения с учетом потребностей пациента, а также мотивированию последнего на продолжение лечебного процесса. Так, на вопрос о консультировании по аспектам психологической зависимости в период дезинтоксикации бывший наркопотребитель ответил:

Ну, там что-то такое было, но я толком не помню. Я же говорю, что меня так накачивали успокоительными, что я правда не помню, как там и что.²¹⁴

Необходимость в массированном применении успокоительных препаратов в течение большей части дезинтоксикационного процесса отсутствует. Как отмечается в рекомендациях SAMHSA/CSAT, в первые сутки пациенту действительно могут быть показаны постельный режим или пониженная активность, однако по общему правилу пациенты должны «лечиться

²¹¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

²¹² Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 26 января 2007 г.

²¹³ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Пенза, 16 апреля 2007 г.

²¹⁴ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Антоном Блиновым. Казань, 24 января 2007 г.

амбулаторно и иметь возможность в период дезинтоксикации участвовать в реабилитационных мероприятиях».²¹⁵

Отсутствие консультирования

В интервью Хьюман Райтс Вотч врачи-наркологи решительно утверждали, что на стадии дезинтоксикации мотивационное консультирование проводится, однако наши собеседники из числа наркопотребителей говорили лишь об очень ограниченных шагах в этом направлении, причем зачастую не со стороны врачей или психотерапевтов, а со стороны наставников из реабилитационных центров или групп самопомощи.

И в Татарстане, и в Калининграде главные наркологи убеждали нас в том, что мотивационное консультирование имеет место. В частности, Ф.Фаттахов заявил: «Во время дезинтоксикации мы мотивируем людей на продолжение лечения. Мы также проводим семейную психотерапию».²¹⁶ Однако на вопрос о мотивационном консультировании большинство наркопотребителей отвечали, что такового не было вообще или что оно было минимальным. По словам аутрич-работника при Казанском СПИД-центре, который последний раз перед интервью проходил дезинтоксикацию летом 2006 г.: «По-настоящему никакого контакта с врачами нет, ситуация конкретного пациента их не интересует».²¹⁷ Рассказывает наркопотребитель из Казани, последний раз перед интервью проходивший дезинтоксикацию в январе 2007 г.:

Ну там, какая-то женщина как-то заходила, говорит: «Если хотите, когда лечение закончится, есть, мол, группы такие, 12 ступеней, можете приходить туда, послушаем вас».²¹⁸

Собеседник заявил, что этим все мотивационное консультирование и ограничилось. Аналогичная ситуация была у него и во время предыдущей дезинтоксикации в декабре 2005 г.

По словам наркопотребителя из Пензы, во время дезинтоксикации в январе 2007 г. к нему приходил психолог поговорить о планах на будущее. Его спросили, хочет ли он пройти реабилитацию, на что он ответил отрицательно. Этим все и ограничилось. Наркопотребительница из Калининграда рассказывала Хьюман Райтс Вотч, что в 2006 г. неоднократно проходила дезинтоксикацию в местном диспансере (как бесплатную, так и платную), но никакого консультирования не было, и ей ни разу не предлагали пройти реабилитацию.²¹⁹

²¹⁵ SAMHSA/CSAT, TIP 45, p. 74.

²¹⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч с главным наркологом Татарстана. Казань, 25 января 2007 г.

²¹⁷ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Вячеславом Матюшкиным. Казань, 23 января 2007 г.

²¹⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 26 января 2007 г.

²¹⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Калининград, 1 февраля 2007 г.

Несколько наркопотребителей говорили, что после выхода из полукоматозного состояния, в котором они находились первые четыре-пять дней дезинтоксикации, они оказывались предоставленными самим себе и откровенно скучали, что иногда вызывало сильную потребность в наркотике. Один из наших собеседников описывает свое пребывание на дезинтоксикации в Казани:

Хорошего особенно сказать нечего. Первые пять дней меня кололи, и я все больше спал или бродил, как в тумане. Большую часть остального времени ничего не делал. Может, на полчаса в день консультанты из реабилитационного центра заходили. А так – никто со мной толком не занимался... Отправляли нас полы мыть... А так – нечего делать было.²²⁰

По его словам, в диспансере царил скука, и он стал подумывать о возвращении к наркотикам. Несколько дней он пытался отогнать скуку алкоголем. Как рассказывал этот человек, пациенты с алкогольной зависимостью, которым в отличие от наркопотребителей разрешалось выходить в город, покупали в аптеке спирт, который затем разбавляли и пили.

Другой наркопотребитель из Казани говорит, что оба раза дезинтоксикация ограничивалась преимущественно выводом из состояния физической зависимости. Он описывает свое лечение в 2003 г.:

[Первые 4-5 дней спал]. После этого бог знает чем занимались... Сосед мой стихи сочинял. Я смотрел, потом говорил ему, какие - хорошие, какие – нет. Просто тупо на койках валялись, курили...²²¹

Мотивационное консультирование ограничивалось периодическими посещениями наставников из реабилитационного центра:

... Люди из 12-ступенчатой программы поговорить приходили, говорили, что сами раньше такими были... Заметно было, что одеты хорошо, выглядят [здоровыми]. Но тогда я как-то внимания толком не обращал...²²²

По прошествии 10 дней этот человек почувствовал такую скуку и влечение к наркотикам, что решил вернуться домой. Врач поначалу отказался его выписывать, однако он пригрозил нарушением режима, и ему пошли навстречу, чтобы избежать принудительной выписки. По словам собеседника, в тот же день он возобновил употребление наркотиков.

²²⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

²²¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

²²² Там же.

По результатам опроса 121 наркопотребителя в трех российских городах было выявлено важное различие между теми наркопотребителями, которые во время дезинтоксикации получали психологическое консультирование, и теми, с которыми такая работа не проводилась:

Примерно треть участников считали отношение поставщиков услуг механическим и формальным, без какого-либо индивидуального подхода или проявления участия.

В отличие от них у респондентов, с которыми проводилось психологическое консультирование, присутствовали позитивные впечатления. Они считали, что психологи были равнодушными, вникали в их проблемы и не осуждали их. Более того, им казалось, что психологическая помощь помогает им справляться с зависимостью.²²³

Одной из причин такого положения во многих наркологических учреждениях может быть то, что утвержденные в 1998 г. стандарты лечения не содержат положений о консультировании.²²⁴ Более того, при изучении этих стандартов складывается впечатление, что такое консультирование не считается неотъемлемой частью дезинтоксикации. Не исключено, что отчасти проблема может быть связана и с отсутствием в некоторых учреждениях соответствующих специалистов. Так, в одном из исследований отмечается, что в ряде учреждений предусмотренные штатным расписанием должности психологов или психотерапевтов остаются вакантными.²²⁵

Результат: отсутствие терапевтического союза и низкие показатели удержания пациента в лечебном процессе

В то время как исследования свидетельствуют о том, что терапевтический союз является едва ли не важнейшим фактором, определяющим исход лечения, вышеописанная ситуация в российских наркологических учреждениях отнюдь не способствует его формированию. Распространенное среди наркопотребителей крайне недоверчивое отношение к врачам-наркологам подтверждает, что медперсоналу зачастую не удается наладить доверительных отношений с пациентами. Наркопотребители также говорят, что типичной является ситуация, когда со стороны медперсонала отсутствуют заметные усилия по налаживанию какого-либо взаимопонимания с пациентами. При этом эксперты отмечают, что в тех случаях, когда такие

²²³ Bobrova et al., "Injection drug users' perceptions of drug treatment services and attitudes toward substitution therapy: A qualitative study in three Russian cities," *Journal of Substance Abuse Treatment*.

²²⁴ Приказ МЗ РФ № 140 от 28 апреля 1998 г. «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных».

²²⁵ Bobrova et al., "Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities," *Drug and Alcohol Dependence*.

усилия имеют место, пациенты намного позитивнее оценивают свое пребывание в лечебном процессе.

Консультирование о ВИЧ/СПИДе и других болезнях

Дезинтоксикация является весьма удобным поводом для консультирования пациента о ВИЧ/СПИДе и других распространенных среди наркопотребителей болезнях, а также о методах предупреждения передозировки. Управление ООН по наркотикам и преступности и американский Национальный институт наркологии рекомендуют сопровождать дезинтоксикационное и реабилитационное лечение наркозависимых лиц консультированием о ВИЧ/СПИДе, туберкулезе, гепатите В и С и т.п. Право на наивысший достижимый уровень здоровья обязывает государство принимать меры по профилактике ВИЧ-инфекции и других болезней. Соответственно, государство при каждом удобном случае должно обеспечивать доведение до представителей групп риска соответствующей информации об их профилактике и лечении. Применительно к ВИЧ/СПИДу это означает, что пациентам должна разъясняться важность использования стерильного инъекционного оборудования и что они должны направляться к программам обмена шприцев везде, где такие программы существуют.

Представляется, однако, что в наркологических учреждениях такое консультирование не является принятой практикой. Так, по словам наркопотребителя из Пензы, во время его пребывания в наркологическом стационаре в начале 2007 г. ему ничего не говорили о ВИЧ-инфекции. Поскольку он говорит, что смутно помнит эти две недели из-за обильного приема успокоительных, осталось неясным, проводилась ли с ним такая работа вообще или это просто не отложилось у него в памяти.²²⁶ Психолог из Кузнецка в интервью Хьюман Райтс Вотч заявила, что обязательно обсуждает ВИЧ-профилактику с наркопотребителями, хотя и признала, что в деталях эти вопросы рассматривались в группе самопомощи, которой она руководила за несколько лет до интервью.²²⁷

В интервью Хьюман Райтс Вотч наркопотребитель из Казани рассказывал, как в 2001 г. у него обнаружили ВИЧ. По его словам, тогда он решил никому и никогда не рассказывать об этом, и несколько лет действительно ни с кем не делился. Только после того, как он после дезинтоксикации и государственной реабилитации попал в амбулаторную реабилитационную программу в НПО «Роза ветров» он узнал, что его диагноз – не приговор. На реабилитации он встретил других ВИЧ-позитивных людей, которые не скрывали свой ВИЧ-статус, рассказывали о своей жизни и об АРВ: «Я узнал, что у вичевых могут быть здоровые дети, даже если оба родителя ВИЧ-позитивные! У меня второе

²²⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Пенза, 16 апреля 2007 г.

²²⁷ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Ольгой Комаровой. Кузнецк, 12 апреля 2007 г.

дыхание открылось. Стал здесь с людьми свою ситуацию обсуждать, в СПИД-центр ходил на анализы».²²⁸

Аналогичную историю рассказывала Хьюман Райтс Вотч наркопотребительница также из Казани. По ее словам, ВИЧ у нее обнаружили в 2005 г., однако в тот момент она не получила никакой дополнительной информации. В августе 2006 г. она проходила в Казани дезинтоксикацию, однако «стала узнавать про ВИЧ только здесь, на реабилитации» в НПО «Роза ветров».²²⁹

Как отмечал в интервью Хьюман Райтс Вотч Альберт Зарипов из этой НПО, проблемы с ВИЧ-консультированием на этапе дезинтоксикации обусловлены двумя факторами. Во-первых, «трудно разговаривать об этом во время детокса, потому что люди не в себе. Как человеку в таком состоянии рассказывать о профилактике опасного поведения или о том, как реагировать на диагноз ВИЧ?»²³⁰

Во вторых, по его словам, в наркологических учреждениях нет сотрудников с глубоким знанием связанных с ВИЧ вопросов. В прошлом НПО «Роза ветров» привлекала для этого наставников, которые ходили к пациентам на дезинтоксикации и реабилитации, однако после исчерпания финансирования из-за отсутствия средств эту практику пришлось прекратить.

Условия в наркологических учреждениях

Во всех трех обследованных нами регионах наркопотребители также отмечали неудовлетворительные условия в наркологических учреждениях, в частности жаловались на убогую обстановку, зачастую безразличное отношение со стороны персонала и практику размещения наркозависимых лиц вместе с теми, кто страдает алкоголизмом. Неудовлетворительное состояние материальной базы и безразличие медперсонала характерны не только для системы лечения наркозависимости, но и для значительной части российского здравоохранения в целом.

Наркопотребитель из Казани сравнивал условия в дезинтоксикационном стационаре с тюрьмой: «В туалет зайти страшно. Мыться из шланга приходится. [Что касается еды], не разберешь обычно, что там в кружке – каша или вода. Отвратительно кормили».²³¹

В Пензе несколько наших собеседников крайне негативно отзывались об условиях в дезинтоксикационном стационаре. По словам одного из них, внутри все было очень старое, хотя снаружи здание было недавно

²²⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

²²⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

²³⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч (по телефону) 29 июня 2007 г.

²³¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 26 января 2007 г.

отремонтировано.²³² Он и другие наркопотребители говорят, что на всех был только один туалет, которым пользовались и мужчины, и женщины, и что это же помещение использовалось для курения. Как рассказывала женщина, лечившаяся там в январе 2007 г., ей приходилось просить куривших мужчин отвернуться, чтобы она могла воспользоваться туалетом.²³³

В Казани и Пензе наркопотребители также жаловались на то, что их размещают вместе с лицами, страдающими алкоголизмом, к которым многие испытывают сильную неприязнь. Так в Пензе один из наших собеседников говорил: «Алкоголики срут и ссут, где им вздумается. Могут, когда в горячке, задницу об стенку вытереть, орут».²³⁴ Заведующая наркодиспансером в Кузнецке считает эту проблему одной из главных для ее учреждения. По ее словам, пациенты обеих категорий испытывают взаимную неприязнь, но у нее нет возможности обеспечить раздельное размещение.²³⁵

Наркопотребитель из Казани описывал местный дезинтоксикационный стационар в терминах «отвращение, омерзение, серость, грязь». По его словам, медперсонал, как правило, не проявлял участия, хотя когда у него были жалобы на боли в животе и другие расстройства, ему была оказана необходимая помощь. Он рассказывает о случае, который вызвал у него особенное возмущение:

Бомжа с улицы привезли. Валялся там пьяный, смотреть противно. Так по полу и затащили. А потом предлагают пациенту одному постричь его и отмыть. Вши во все стороны разбегались. Жуть просто.²³⁶

Платным пациентам из числа наркопотребителей зачастую обеспечиваются лучшие условия, в некоторых регионах для них выделяются отдельные палаты. Так, главный нарколог Татарстана сообщил Хьюман Райтс Вотч, что наркопотребители могут получить одно- или двухместную палату. По словам аутрич-работника из Казани, за 18 лет восемь или девять раз проходившего дезинтоксикацию (последний раз – летом 2006 г.): «Если платишь – дают палату, нет – твое место в коридоре».²³⁷

Несколько наркопотребителей также отмечали, что в палате для платных пациентов отношение персонала и медикаментозное лечение намного лучше. Рассказывает наркопотребительница из Казани: «Бесплатная палата – это грубость медперсонала, дефицит лекарств, оскорбления. А когда платишь –

²³² Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Пенза, 16 апреля 2007 г.

²³³ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Пенза, 11 апреля 2007 г.

²³⁴ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Пенза, 16 апреля 2007 г.

²³⁵ Интервью Хьюман Райтс Вотч со Светланой Максимовой. Кузнецк, 12 апреля 2007 г.

²³⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

²³⁷ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Вячеславом Матюшкиным. Казань, 23 января 2007 г.

чего изволите... Мне просто таблетки давали, потом не проверяли ничего... [Как-то ночью] заснуть не могла, пошла к сестре – просто послали. Я – в крик, так нарколог тоже послал...»²³⁸

На отношение со стороны медперсонала жаловались не все наши собеседники из числа наркопотребителей. Некоторые рассказывали о своем положительном опыте.

Принцип недискриминации и ограничение прав наркопотребителей

Как уже отмечалось, система диспансерного учета является одним из факторов нарушения прав пациентов, поскольку отталкивает их от обращения за лечением и создает предпосылки для нарушения конфиденциальности или возникновения предположений о ее возможном нарушении. Наши исследования свидетельствуют о том, что действующий порядок ограничения прав состоящих на учете наркопотребителей в части допуска к управлению транспортными средствами и занятия определенных должностей также нарушает запрет дискриминации, поскольку такие ограничения носят неоправданно жесткий характер и избирательно применяются в отношении отдельных групп наркопотребителей.²³⁹

Международное право запрещает дискриминацию «по какому бы то ни было признаку, как-то: расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного обстоятельства».²⁴⁰ Дифференцированный подход может быть законным только в том случае, если он применяется по иным, чем запрещенные, признакам, основывается на объективных основаниях и критериях, преследует законную цель и является соразмерным и необходимым с точки зрения достижения такой цели.

Врачи-наркологи и должностные лица оправдывают ограничение прав наркопотребителей интересами общества. По их мнению, в частности, лишение наркопотребителя права управления транспортными средствами необходимо для предупреждения аварийности. В принципе, в ситуациях, связанных с ограничением прав отдельных категорий лиц, законность ссылки на интересы общественной безопасности не подлежит сомнению. Вопрос

²³⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 24 января 2007 г.

²³⁹ Лица, состоящие на учете как наркозависимые, не могут, в частности, занимать определенные должности, связанные с работой на электростанциях, обращением с любыми взрывчатыми веществами или работой на опасных производствах, а также не могут работать в охране с правом ношения оружия, управлять транспортными средствами или занимать различные должности в системе железнодорожного транспорта.

²⁴⁰ Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 26.

заключается в необходимости и пропорциональности ограничений с точки зрения достижения законной цели.

Соразмерность налагаемых на наркопотребителей ограничений представляется небесспорной. Как отмечалось выше, человек состоит на учете, как минимум, в течение пяти лет, обычно – намного дольше из-за срывов. Все это время он не может законным образом получить водительские права и занимать определенные должности. Ограничения устанавливаются только на том основании, что врачом был поставлен диагноз «наркомания», без каких-либо попыток определить оправданность таких ограничений в каждом конкретном случае. По общему правилу, международные нормы о правах человека не приветствуют такого рода огульные ограничения в отношении целых групп, поскольку это обычно почти с неизбежностью ведет к неоправданному ограничению прав части представителей группы. Так, лица, страдающие алкогольной зависимостью, в трезвом состоянии могут вполне безопасно управлять транспортными средствами, и то же самое относится к наркопотребителям. Вопрос не в наличии у человека алкогольной или наркотической зависимости как таковой, а в его способности принимать ответственное решение о том, когда ему садиться за руль. В большинстве стран огульное ограничение прав лиц, страдающих зависимостью от алкоголя или наркотиков, не практикуется. Решение о допуске человека к управлению транспортными средствами или о назначении его на ту или иную должность решается в индивидуальном порядке на основании проверки послужного списка, проверки на прецеденты вождения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, медицинского обследования и пр.

Ограничения вводятся на весь период, пока человек состоит на учете, при отсутствии процедуры периодического пересмотра на предмет целесообразности их дальнейшего сохранения в отношении конкретного лица. В результате даже те, кто после лечения успешно прекратил употреблять наркотики, еще пять лет не смогут занимать определенные должности или получить водительские права. Такое положение является неоправданно обременительным.

Более того, ограничения применяются избирательно. В большинстве российских регионов пациенты, которые могут оплатить лечение, не ставятся на учет и, соответственно, не попадают под действие связанных с этим ограничений. Такая политика не только является дискриминационной в отношении социально незащищенных групп, но и опровергает официальную логику системы учета. Получается, что возможность дорожно-транспортных происшествий с участием состоятельных наркопотребителей никого не беспокоит.

Примером абсурдности такой ситуации может служить история Антона Блинова – бывшего наркопотребителя, ставшего наставником в казанском СПИД-центре. В 2005 г. он был лишен водительских прав, поскольку состоял

на учете. По его словам, пытаюсь восстановить права, он дошел до главного нарколога Казани с пачкой рекомендаций, в том числе и от врачей СПИД-центра, где говорилось, что он работает в этом центре, что для работы ему необходима машина и что он больше не употребляет наркотики. Он рассказывает о разговоре с главным наркологом:

«Я не могу Вам права дать. Вы – наркоман». – «Как же так, Василий Никитович? Наркоманам, которые вам платят [за лечение], которые не в ремиссии, - гоняют, как сумасшедшие, в аварии попадают, людей сбивают, - им, значит, можно права давать? А я, чистый, вот перед Вами стою, бросил наркотики, со всеми этими рекомендациями – мне нельзя, получается? Разве это не бред?»

Права Антону Блинову так и не вернули. Когда мы поставили этот вопрос перед главным наркологом Татарстана, тот пожал плечами: «Что ж, такой закон...»

Хьюман Райтс Вотч считает, что в нынешнем виде существующий порядок нарушает запрет дискриминации. Он должен быть упразднен или изменен таким образом, чтобы обеспечить его недискриминационный характер и снять аспекты, препятствующие обращению за лечением.

При этом наши исследования показывают, что на практике функционирование системы учета и связанных с ним ограничений «корректируется» коррупцией как в ГИБДД, так и в самих наркологических учреждениях. Несколько наших собеседников из числа состоящих на учете наркопотребителей говорили, что это не помешало им получить водительские права. Так, один из них, по его словам, уже шесть лет не употреблявший наркотики, но не ходивший на приемы к наркологу (без чего снятие с учета невозможно), рассказывал: «Я все равно права достал, хотя и на учете состою. Коррупция, знаете ли. Все можно купить».²⁴¹ Другого его положение также не слишком беспокоило: «В конце концов, можно справку купить, что на учете не состоишь, даже если это и не так на самом деле. Можно и права купить, без всякой справки».²⁴² По данным российского фонда «Индем», который отслеживает ситуацию с коррупцией с момента своего создания в 1997 г., это явление носит массовый характер как в здравоохранении, так и в ГИБДД: в 2005 г. с ним сталкивались 37,7% людей, обратившихся к услугам здравоохранения (в 2001 г. – только 23,5%), и почти 60% контактировавших с ГИБДД.²⁴³

²⁴¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Калининград, 31 января 2007 г.

²⁴² Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается). Казань, 25 января 2007 г.

²⁴³ INDEM Foundation, "Corruption process in Russia: level, structure, trends. Corruption increase rate within four years' period as a result of the recent survey made by the INDEM Fund," 2005, http://www.anti-corr.ru/indem/2005diagnost/2005diag_eng.htm

V. ДЕТАЛИЗИРОВАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Российскому правительству

В отношении наличия лечебных услуг

- Немедленно отменить запрет на медицинское использование метадона и бупренорфина для целей лечения наркозависимости и внедрить программы заместительной терапии.
- Отменить запрет на проведение дезинтоксикации частными наркологическими учреждениями.
- Рассмотреть вопрос об увеличении пропускной способности наркологических учреждений, где существуют очереди на дезинтоксикацию, в том числе через внедрение амбулаторного лечения.
- Принять и обеспечить финансированием федеральную программу по расширению возможностей реабилитации через создание реабилитационных программ и центров в тех регионах, где такие программы и центры в настоящее время отсутствуют. Программа должна предусматривать четкий график и критерии оценки исполнения и должна устанавливать приоритетность регионов и городов в зависимости от потребности. Такие шаги должны сопровождаться мерами по привлечению пациентов к реабилитации, включая введение психологического консультирования на этапе дезинтоксикации и отход от избыточного медикаментозного вмешательства (см. также ниже).

В отношении доступности лечебных услуг

- Принять меры в интересах обеспечения безотлагательного доступа наркопотребителей к лечению. Обследование состояния здоровья должно проводиться на базе самих наркологических учреждений или во взаимодействии с профильными структурами здравоохранения. Необходимо принять меры по ликвидации очередей на лечение.
- Создать в наркологических учреждениях условия, которые способствовали бы выздоровлению, в том числе санитарно-гигиенические и психологические (в части отношения со стороны персонала). Необходимо отказаться от практики совместного размещения лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью.
- В соответствии с требованиями Конституции обеспечить на федеральном и местном уровне достаточное финансирование наркологических учреждений и положить конец практике оплаты лекарств пациентами. Наркологические учреждения должны обеспечивать наличие наглядной информации о стоимости платных услуг.

- Наркологические учреждения должны предпринять шаги по преодолению недоверия со стороны наркопотребителей, включая решительные меры по борьбе с коррупцией и инициативную работу среди наркопотребителей. Наркологические учреждения должны стремиться к активному взаимодействию с программами снижения вреда и группами самопомощи.

В отношении научной и медицинской обоснованности и качества лечения

- Внедрить в лечебный процесс методики с подтвержденной эффективностью.
- Внедрить дифференцированные цели и показатели лечения с учетом хронического характера наркозависимости и индивидуальных особенностей пациентов.
- Отказаться от избыточного медикаментозного вмешательства на этапе дезинтоксикации. Внести изменения в стандарты лечения наркологических больных, с тем чтобы привести их в соответствие с международным опытом.
- Сделать психосоциальное вмешательство неотъемлемым элементом дезинтоксикации. Соответствующие протоколы ведения больных должны четко оговаривать характер и периодичность такого вмешательства.
- Обеспечить всем лицам, проходящим дезинтоксикацию, надлежащее консультирование о ВИЧ-инфекции и других болезнях, распространенных среди наркопотребителей, а также о профилактике передозировки. ВИЧ-консультирование должно охватывать вопросы профилактики заражения, включая обмен шприцев, и лечения. Эту работу наркологические учреждения должны проводить совместно со СПИД-центрами и группами, работающими в области ВИЧ/СПИДа.

В отношении приемлемости лечения и дискриминации

- Реформировать систему диспансерного учета, отменив огульное ограничение прав лиц, состоящих на учете. Создать вместо этого систему оценки необходимости таких мер в каждом отдельном случае.
- Предпринять шаги по обеспечению конфиденциальности сведений медицинского характера. Соответствующие разъяснения должны быть доведены до всех наркологов. Органы прокуратуры должны проверить все нормативные положения о взаимодействии наркологических учреждений с правоохранительными органами на предмет соответствия требованиям соблюдения конфиденциальности.
- Необходимо отменить систему платной анонимности. Люди не должны платить за конфиденциальность своих медицинских данных.

- Разработать единый свод прав пациентов наркологических учреждений.

Дополнительно

- Без промедления принять нормативные акты в области программ снижения вреда, которые соответствовали бы международному опыту.
- Снять ограничения и всячески поощрять научную дискуссию по проблеме заместительной терапии.

Международному сообществу

- Международное сообщество, в том числе ЮНЭЙДС, ВОЗ и Управление ООН по наркотикам и преступности, должны активно побуждать Россию к внедрению методик лечения наркозависимости с подтвержденной эффективностью и к выполнению рекомендаций настоящего доклада.
- ВОЗ должна разработать рекомендации по современным методам лечения наркозависимости и обеспечить их широкое распространение.
- Международное сообщество должно оказать финансовую поддержку НПО и другим структурам, оказывающим услуги здравоохранения наркозависимым лицам и работающим в области снижения вреда.

ПРИЛОЖЕНИЕ: СОВРЕМЕННЫЕ МИРОВЫЕ СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

За последние несколько десятилетий был проведен обширный массив исследований лечения наркозависимости в различных странах мира. При всех различиях в контингенте пациентов и в структуре и организации работы национальных систем Управление ООН по наркотикам и преступности в 2002 г. пришло к заключению, что «выводы относительно действенности основных форм регламентированного лечения оказываются поразительно схожими, независимо от национальных и культурных условий».²⁴⁴ Исходя из этого Управление и еще несколько институтов сформулировали ряд базовых принципов и модельных практик в области лечения наркозависимости, которые кратко излагаются ниже. При подготовке данного обзора использованы следующие источники:

- Изданная Управлением ООН по наркотикам и преступности серия «Материалы по вопросам лечения наркомании» из трех публикаций, посвященных, как отмечает УООНП, лучшим на сегодняшний день взглядам на формирование политики, программ и методов: «Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных», «Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики», «Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению».²⁴⁵
- «Принципы лечения наркозависимости: рекомендации по материалам исследований», изданные Национальным институтом наркологии США.²⁴⁶
- «Протоколы повышения качества лечения», изданные Центром лечения наркозависимости Американской администрации наркологических и психиатрических служб Министерства здравоохранения США. Протоколы призваны обеспечить «основанные

²⁴⁴ Управление ООН по наркотикам и преступности. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных.

²⁴⁵ Управление ООН по наркотикам и преступности. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных. Нью-Йорк, 2003, http://www.unodc.org/pdf/report_2002-11-30_1_ru.pdf; Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики. Нью-Йорк, 2003., http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1_ru.pdf; Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению. Нью-Йорк, 2003, http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1_ru.pdf

²⁴⁶ United States National Institute on Drug Abuse (NIDA) / National Institutes of Health, “Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide,” <http://www.drugabuse.gov/PDF/PODAT/PODAT.pdf>

на современном опыте рекомендации по лечению расстройств, вызванных употреблением веществ» и разработаны на основе консенсуса группами экспертов в области лечения наркозависимости. Издание адресовано государственным и частным лечебным учреждениям в США, а также специалистам в области психиатрии, уголовного судопроизводства, первичной помощи и других отраслей здравоохранения и социального обеспечения.²⁴⁷

- Клинические рекомендации в области опиоидной дезинтоксикации и психосоциального вмешательства, изданные британским Национальным институтом здоровья и усовершенствования лечебной практики Национальной службы здравоохранения.²⁴⁸
- Клинические рекомендации в области немедицинского употребления наркотиков и наркозависимости (консультационный проект 2007 г.), подготовленные рабочей группой независимых экспертов по заказу Министерства здравоохранения Великобритании. Приводятся рекомендации по лечению наркозависимости в Великобритании, основанные на «современных фактах и профессиональном консенсусе относительно того, каким образом следует проводить лечение наркозависимости у большинства пациентов».²⁴⁹
- Руководство по дезинтоксикационному лечению в стационарных и амбулаторных условиях, изданное голландским Институтом психического здоровья. Основано на анализе публикаций и практическом опыте врачей и пациентов. Практическая применимость впоследствии была проверена двумя пилотными исследованиями.²⁵⁰

²⁴⁷ Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) / Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) / US Department of Health and Human Services, "Treatment Improvement Protocols (TIPS),"

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.part.22441>

²⁴⁸ United Kingdom National Institute for Health and Clinical Excellence, "Drug misuse; Psychosocial interventions," NICE clinical guideline 51, July 2007, <http://guidance.nice.org.uk/CG51/niceguidance/pdf/English>; "Drug misuse; Opioid detoxification," NICE clinical guideline 52, July 2007,

<http://guidance.nice.org.uk/CG52/niceguidance/pdf/English>

²⁴⁹ UK Independent Expert Working Group, "Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management: update 2007. Consultation draft June 2007," http://www.nta.nhs.uk/areas/clinical_guidance/clinical_guidelines/cgl_update0607/consultation.aspx

²⁵⁰ Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, "Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie," 2004-278, www.ggzkennisnet.nl/ggz/uploaddb/download_object.asp?atoom=14817&VolgNr=1

Основные принципы эффективного лечения наркозависимости

Исследования показывают, что достижение положительного результата в лечении зависит от соблюдения ряда основных принципов. Национальным институтом наркологии США сформулированы 13 принципов эффективного лечения наркозависимости.²⁵¹ Ниже приводятся некоторые из них, которые также составляют основу национальных руководств по лечебной практике в США, Великобритании и Нидерландах.

Наркозависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием

Одним из самых фундаментальных результатов исследований стал вывод о том, что наркозависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием. На протяжении большей части прошлого века господствовало мнение, что опиоидная зависимость является создаваемым и поддерживаемым самим человеком вследствие отклонений в характере или нравственности состоянием преимущественно противоправного характера.²⁵² Результаты исследований свидетельствуют о том, что этот стереотип, распространенный во многих кругах и сегодня, не соответствует действительности.

Наркозависимость имеет важную биологическую составляющую, помогающую объяснить трудности, с которыми сталкиваются наркопотребители в достижении и поддержании абстиненции. Достоверно установлено, что длительное употребление наркотиков вызывает серьезные изменения мозговой деятельности, сохраняющиеся еще долгое время после прекращения употребления. Такие изменения могут приводить к «поведенческим последствиям, включая непреодолимую тягу к наркотикам вопреки негативным последствиям. На эту биологическую составляющую может накладываться психологический стресс, связанный с проблемами на работе или в семье или с социальными провоцирующими факторами (такими как встреча с лицами из «прошлой жизни»), что затрудняет достижение устойчивого воздержания и повышает вероятность рецидива».²⁵³

Соответственно, по мнению американского Национального института наркологии, «случаи возвращения к употреблению наркотиков могут иметь место как во время успешного лечения, так и после его завершения. Для обеспечения устойчивого воздержания и полного восстановления зависимые лица могут нуждаться в продолжительном и неоднократном лечении».²⁵⁴ При этом исследования свидетельствуют о том, что надлежащим образом подобранное и проведенное лечение обеспечивает примерно те же

²⁵¹ Полностью они приводятся в: NIDA, “Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide.”

²⁵² SAMHSA/CSAT, TIP 43, p. 8.

²⁵³ NIDA, “The Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide,” pp. 12-13.

²⁵⁴ Ibid., principle 13, p. 5.

результаты, что и в случае с другими хроническими заболеваниями, такими как астма и диабет, когда успеха удается добиться в 40-60% случаев.

Наличие возможностей лечения

Исследования показывают, что, поскольку «наркозависимые лица могут испытывать неуверенность в отношении начала лечения», принципиально важно «не упускать возможностей, когда они готовы к лечению»,²⁵⁵ чтобы «не потерять потенциальных пациентов». Таким образом, лечение наркозависимости должно быть максимально доступным, без неоправданных препятствий, которые могли бы оттолкнуть человека.

Удержание пациента в лечебном процессе в течение достаточного времени

Как отмечает Национальный институт наркологии США, стандартной продолжительности лечения не существует, однако «исследования недвусмысленно показывают, что положительный результат лечения зависит от его продолжительности» и что «участие [стационарное или амбулаторное] в течение менее 90 дней обеспечивает ограниченную эффективность или не приносит никакого результата, поэтому часто назначается намного более продолжительное лечение».²⁵⁶ Соответственно, делается вывод о том, что «для большинства пациентов порог заметного улучшения достигается примерно после трех месяцев лечения. После этого дополнительное лечение может обеспечить дальнейшее движение в сторону выздоровления».²⁵⁷ В голландском руководстве по дезинтоксикации указывается, что «эффективность повышается при большей начальной дозе [метадона или бупренорфина], более длительном периоде сокращения дозы и при надлежащем учете психосоциальных факторов».²⁵⁸ Следовательно, лечебные программы должны быть нацелены на привлечение и удержание пациента в лечебном процессе.

Соответствие лечения индивидуальным потребностям пациента

Исследования неизменно показывают непригодность стандартизированного подхода. Национальный институт наркологии США отмечает, что «настройка лечения, вмешательств и услуг под индивидуальные потребности и проблемы пациента имеет решающее значение для того, чтобы человек в итоге успешно вернулся к продуктивной жизни в семье, на работе и в обществе».²⁵⁹ Таким образом, лечение должно подбираться индивидуально с учетом потребностей и проблем конкретного пациента, а также возраста, пола, этнической

²⁵⁵ Ibid., principle 2, p. 3.

²⁵⁶ Ibid., p. 16.

²⁵⁷ Ibid., principle 5, p. 3.

²⁵⁸ Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, "Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie," p. 23.

²⁵⁹ NIDA, "The Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide," principle 1, p. 3.

принадлежности и культуры.²⁶⁰ Необходимость индивидуализированного подхода к лечению подчеркивается и британскими, и голландскими рекомендациями.²⁶¹

Индивидуальные лечебные планы не должны быть статическими. Исследования показывают, что результативность индивидуального курса должна непрерывно проверяться, а сам курс должен постоянно корректироваться, с тем чтобы обеспечить учет меняющихся потребностей пациента. В связи с этим Национальный институт наркологии США отмечает:

В процессе лечения и выздоровления пациенту может требоваться различная комбинация услуг и лечебных компонентов. Помимо консультирования или психотерапии периодически может возникать необходимость в медикаментозном вмешательстве, других медицинских услугах, семейной терапии, родительских наставлениях, профессиональной реабилитации, а также социальных и юридических услугах.²⁶²

Британская рабочая группа независимых экспертов указывает на индивидуальный «план ухода или лечения, который регулярно пересматривается», как на один из «необходимых элементов» лечебного процесса.²⁶³

Критически важным является участие пациента в разработке лечебного курса. И британские, и американские, и голландские рекомендации неизменно подчеркивают это обстоятельство.²⁶⁴ Исследования дают основания говорить о том, что «терапевтический союз» пациента с врачом, предполагающий согласие относительно целей и задач терапии, взаимное доверие, совместимость и взаимопонимание, является «пан-теоретическим»

²⁶⁰ Ibid., principle 4, p. 3.

²⁶¹ Independent Expert Working Group, “Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management: update 2007. Consultation draft June 2007,” pp. 51-52. Голландское руководство по дезинтоксикации гласит: «Разрабатывается индивидуальный план дезинтоксикации. В проявлениях и симптомах синдрома отмены у пациентов наблюдаются серьезные индивидуальные различия. Наибольшие шансы на успех обеспечивает план дезинтоксикации, разработанный под конкретного пациента». Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, “Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie,” p. 13.

²⁶² NIDA, “The Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide,” principle 4, p. 3.

²⁶³ Independent Expert Working Group, “Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management: update 2007. Consultation draft June 2007,” p. 47. Там же отмечается, что план ухода или лечения должен согласовываться с пациентом и должен, «как правило, учитывать потребности пациента в одной или более из следующих областей: употребление наркотиков и алкоголя; физическое и психическое здоровье; причастность к противоправной деятельности; роль в обществе». Ibid., pp. 51-52.

²⁶⁴ Independent Expert Working Group, “Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management: update 2007. Consultation draft June 2007,” pp. 51-52; Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, “Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie,” p. 13.

фактором, влияющим на исход лечения, признаваемым самыми различными методиками и подходами в области лечения наркозависимости.²⁶⁵ Британская рабочая группа независимых экспертов считает, что терапевтический союз «имеет решающее значение при осуществлении любого лечебного вмешательства».²⁶⁶ В Великобритании к каждому пациенту прикрепляется так называемый «ключевой сотрудник» - медработник, отвечающий за все, что происходит с его подопечным, и поддерживающий с ним тесный контакт в интересах формирования активного терапевтического союза.²⁶⁷

Необходимость учета всего комплекса потребностей пациента

Как отмечает Национальный институт наркологии США, «наркозависимость может затрагивать практически любой аспект жизнедеятельности человека: семью, работу, общественную жизнь».²⁶⁸ При обращении за лечением наркопотребители нередко имеют целый комплекс проблем медицинского, психологического, социального, профессионального или юридического характера. Если эти вопросы в процессе лечения не решаются, это может негативно сказаться на его эффективности. Следовательно, лечение наркозависимости не должно ограничиваться собственно употреблением наркотиков и должно учитывать также другие проблемы пациента. Об этом говорят и британские, и голландские рекомендации.²⁶⁹

Национальный институт наркологии США делает акцент на необходимость в рамках лечения наркозависимости обращать внимание и на сопутствующие психические расстройства, ВИЧ/СИПД и/или туберкулез. Поскольку «у одного и того же лица наряду с расстройствами зависимости нередко наблюдаются и психические расстройства, пациентов, которые обращаются с жалобами на первые, следует также обследовать на наличие вторых и лечить такие сопутствующие расстройства».²⁷⁰ В отношении распространенных среди наркопотребителей ВИЧ/СПИДа и других заболеваний американский Национальный институт наркологии отмечает, что «консультирование может помочь пациенту избежать опасного поведения и может также помочь уже инфицированным взять свое состояние под контроль».²⁷¹ Британская рабочая

²⁶⁵ R.Elovich, "Drug Demand Reduction Program's Treatment and Rehabilitation Improvement Protocol," p. 16.

²⁶⁶ Independent Expert Working Group, "Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management: update 2007. Consultation draft June 2007," p. 64.

²⁶⁷ Ibid., pp. 53, 68.

²⁶⁸ NIDA, "Principles of Effective Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide," p. 23.

²⁶⁹ National Institute for Health and Clinical Excellence, "Drug misuse; Opioid detoxification," p. 10; Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, "Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie," p. 153.

²⁷⁰ NIDA, "The Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide," principle 8, p. 4.

²⁷¹ Ibid., principle 12, p. 5.

группа независимых экспертов подчеркивает, что «частью любого ухода за пациентом» должно быть снижение риска последствий передозировки.²⁷²

Основные составляющие эффективной системы лечения наркозависимости

Управление ООН по наркотикам и преступности выделяет четыре основных элемента лечения наркозависимости, которые присутствуют в большинстве программ: службы открытого доступа, дезинтоксикация, реабилитация/профилактика рецидивов, последующее сопровождение (наблюдение).

Службы открытого доступа

Как отмечает УООНП, такие службы «не обеспечивают официальное лечение как таковое, но являются важными пунктами для установления первого контакта для людей, имеющих связанные с наркотиками проблемы, а также для тех, кого волнует злоупотребление наркотиками другими лицами». Они являются важнейшей площадкой первого контакта для наркопотребителей, которые «могут не желать обращаться в специализированные службы по лечению наркозависимости».²⁷³ Службы открытого доступа включают группы самопомощи, семейные группы поддержки, центры анонимного приема, «горячие» телефонные линии и программы снижения вреда. Нередко операторами таких услуг выступают неправительственные организации.

Дезинтоксикация

После прекращения приема наркотиков у многих наркозависимых лиц наблюдаются симптомы синдрома отмены, такие как судороги желудочно-кишечного тракта, тошнота, рвота, костно-мышечные боли, бессонница, аффективные расстройства. В большинстве случаев эти симптомы появляются в пределах от 8 до 12 часов, после чего идут на спад в течение 5-7 дней. В отличие от ситуации с алкогольной зависимостью симптомы синдрома отмены при наркозависимости не представляют опасности для здоровья, однако они могут вызывать крайний дискомфорт.²⁷⁴ Целью медицинской дезинтоксикации является, поэтому, помочь пациенту перейти «к воздержанию наиболее безопасным и комфортным способом».²⁷⁵ Обычно это достигается назначением препаратов, подавляющих симптомы синдрома отмены или снимающих вызываемые ими неприятные ощущения.

²⁷² Independent Expert Working Group, “Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management: update 2007. Consultation draft June 2007,” p. 120.

²⁷³ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению.*

²⁷⁴ SAMHSA/CSAT, TIP 45, p. 66.

²⁷⁵ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению.*

Однако цели дезинтоксикации не ограничиваются только выведением пациента из состояния физической зависимости. УООННП и американский Национальный институт наркологии напоминают, что дезинтоксикация сама по себе не является при наркозависимости восстановительным лечением. Управление ООН по наркотикам и преступности отмечает, что одна только дезинтоксикация «редко эффективна при помощи клиентам в достижении длительного воздержания от употребления наркотиков. Лучше всего считать дезинтоксикацию первым этапом программ лечения, направленных на абстиненцию и выздоровление».²⁷⁶ В голландском руководстве по дезинтоксикации указывается, что «дезинтоксикация не является самоцелью. Отказаться, как правило, не трудно, труднее удержаться от срыва».²⁷⁷ Там же отмечается, что дезинтоксикация без последующего лечения не является адекватным способом лечения наркозависимости.²⁷⁸

Американские стандарты Центра лечения наркозависимости в связи с этим указывают на необходимость консультирования пациента в период дезинтоксикации о «важности прохождения полного курса лечения зависимости»²⁷⁹ и на то, что «дезинтоксикация дает уникальную возможность вмешаться в период кризиса и подвигнуть пациента к переменам в направлении здоровья и выздоровления».²⁸⁰ Поэтому «главной целью персонала, проводящего дезинтоксикацию, должно быть формирование терапевтического союза с пациентом и мотивирование пациента к прохождению лечения. Этот процесс должен начинаться еще до восстановления функциональных показателей».²⁸¹

Поскольку психологические факторы, такие как психологическая зависимость, сопутствующие психосоматические расстройства, социальная поддержка и общее окружение, являются важнейшими факторами успешного обеспечения устойчивого воздержания, Центр лечения наркозависимости рекомендует учитывать их уже на этапе дезинтоксикации.²⁸² Британская рабочая группа независимых экспертов подчеркивает необходимость наличия на этапе дезинтоксикации «полноценной программы

²⁷⁶ Управление ООН по наркотикам и преступности. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных; NIDA, "Principles of Effective Drug Addiction Treatment; A Research-Based Guide," principle 9.

²⁷⁷ Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, "Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie," p. 8.

²⁷⁸ Ibid., p. 153.

²⁷⁹ SAMHSA/CSAT, "Detoxification and Substance Abuse Treatment," TIP 45, pp. 4-5. Формирование такой мотивации является одним из трех «ключевых элементов» дезинтоксикации, рекомендуемых соответствующим американским протоколом, который говорит о необходимости «готовить пациента к началу лечения наркозависимости, подчеркивая важность прохождения полного курса лечения наркозависимости».

²⁸⁰ SAMHSA/CSAT, TIP 45, p. 23.

²⁸¹ Ibid.

²⁸² Ibid.

психосоциальной поддержки». ²⁸³ Действительно, исследования показывают, что «учет психологических аспектов в период дезинтоксикации существенно повышает вероятность ее безопасного прохождения пациентом и его переход к дальнейшему лечению зависимости». ²⁸⁴

Дезинтоксикация может проводиться в различных условиях (в медицинском или социальном стационаре или амбулаторно) и с различным уровнем интенсивности терапевтического вмешательства. ²⁸⁵

Имеются данные о подтвержденной эффективности ряда препаратов при опиоидной дезинтоксикации, в частности метадона, бупренорфина (частичный антагонист) и μ 2-агонистов клонидина и лофексидина. ²⁸⁶ (Препараты-агонисты и препараты-антагонисты не позволяют опиатам взаимодействовать с целевыми рецепторами. Антагонисты блокируют соответствующий рецептор, агонисты «занимают» его, блокируя доступ для других веществ, в том числе опиатов). В некоторых стационарных программах опиоидные антагонисты используются для ускорения процесса дезинтоксикации. Как отмечает УООНП, относительные достоинства и недостатки этих методик сравнивать трудно. В отношении ускоренной дезинтоксикации на фоне седации или общей анестезии УООНП констатирует, что это «сопряжено с некоторым риском» и не дает «существенных преимуществ по сравнению с используемыми методами дезинтоксикации». ²⁸⁷ Со своей стороны, американский Центр лечения наркозависимости указывает на «немногочисленность данных, говорящих в пользу наличия позитивной связи между быстрой или ультрабыстрой опиатной дезинтоксикацией и вероятностью достижения пациентом воздержания хотя бы на несколько месяцев», ²⁸⁸ приводя целый ряд проблем, выявленных соответствующими исследованиями.

²⁸³ Independent Expert Working Group, “Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management: update 2007. Consultation draft June 2007,” p. 107.

²⁸⁴ SAMHSA/CSAT, TIP 45, p. 23.

²⁸⁵ Так, в США существует пять уровней интенсивности дезинтоксикационного лечения при наркозависимости: I-D – амбулаторное лечение без продолжительного мониторинга; II-D – амбулаторное лечение с продолжительным мониторингом; III-D – клиническая резидентная дезинтоксикация; IV-D – дезинтоксикация в стационаре под медицинским наблюдением; V-D – интенсивная дезинтоксикация в стационаре.

²⁸⁶ Британские и голландские руководства при опиоидной дезинтоксикации рекомендуют в первую очередь метадон и бупренорфин. Британские стандарты не рекомендуют клонидин из-за побочных эффектов. National Institute for Health and Clinical Excellence, “Drug misuse; Opioid detoxification,” p. 14.

²⁸⁷ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных.*

²⁸⁸ SAMHSA/CSAT, TIP 45, p. 73. Британские стандарты также не рекомендуют применять быструю или ультрабыструю дезинтоксикацию из-за риска опасных последствий для здоровья и необходимости задействовать значительные ресурсы персонала для лечения и ухода. National Institute for Health and Clinical Excellence, “Drug misuse; Opioid detoxification,” p. 16.

Реабилитация/профилактика рецидивов

Реабилитационные программы или программы профилактики рецидивов направлены на то, чтобы «предотвратить возврат к активному злоупотреблению психоактивными веществами», «помочь пациенту научиться сдерживать позывы к злоупотреблению наркотиками», а также «помочь ему восстановить или улучшить свое здоровье и социальный статус».²⁸⁹ Поскольку наркозависимость является сложным расстройством, которое может вызываться у разных людей различными факторами и может различным образом сказываться на их жизни, за многие годы разработан – и доказал свою эффективность – широкий спектр методик лечения. Как отмечает УООННП,

Стратегии лечения включают самые разнообразные элементы, такие как ... использование лекарственных средств для подавления тяги к наркотикам; заместительная фармакотерапия для привлечения и реабилитации пациентов; групповые и индивидуальные психологические консультации и терапевтические беседы для обеспечения понимания проблем, предоставления рекомендаций и оказания содействия поведенческим изменениям; и участие в однородных по своему составу группах по оказанию помощи ... с целью оказания непрерывной поддержки лицам, воздерживающимся от наркотиков.²⁹⁰

Комплексная система лечения наркозависимости, таким образом, должна предлагать широкий набор различных способов, с тем чтобы лечение могло быть выстроено под потребности конкретного пациента. УООННП рассматривает целый ряд таких методик, которые, теоретически, должны применяться при уходе и реабилитации. Признавая, что далеко не все государства в состоянии сразу внедрить комплексную систему, УООННП рекомендует поэтапный подход,

при котором основные элементы комплексной системы лечения – методы лечения, основанные на фактических данных – могут со временем пополняться в зависимости от характера и масштабов проблемы, объема имеющихся финансовых средств, а также культурного и политического контекста.²⁹¹

Управление ООН по наркотикам и преступности отмечает два вида медикаментозного воздействия, которыми обычно сопровождается реабилитация: назначение препаратов-заместителей и препаратов-

²⁸⁹ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных.*

²⁹⁰ Там же.

²⁹¹ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению.*

антагонистов. Приводится также целый ряд психосоциальных методов. При этом указывается, что обычно наибольший эффект дает комплексное применение различных методик психосоциального воздействия.

Реабилитационное лечение может проходить в различных условиях. Программы на базе общины или дневные программы проводятся амбулаторно, используется психотерапия или общее консультирование. Реабилитационные резидентные программы проводятся стационарно, продолжительностью от месяца до года. Долговременные резидентные реабилитационные программы обычно строятся на модели «лечебной общины» и характеризуются совместным проживанием с другими выздоравливающими наркопотребителями, групповыми и индивидуальными консультациями о профилактике рецидива, индивидуальным подходом, совершенствованием навыков повседневной жизни, профессиональным обучением и практикой, содействием в приобретении жилья и переезде, последующей поддержкой.

Заместительная терапия на основе метадона или бупренорфина

Данный метод предполагает назначение пациенту перорально и под врачебным контролем препарата-заместителя, родственного веществу, которое вызвало зависимость. Это позволяет избежать возникновения синдрома отмены, последствий немедицинского употребления опиатов, а также снизить влечение. После того как пациента удастся стабилизировать на достаточной дозе, он может нормально функционировать.²⁹²

В некоторых странах заместительная терапия вызывает ожесточенные споры. Ее противники говорят, что пациенты не излечиваются от зависимости, что происходит простое замещение одного опиоида на другой и что это связано с риском попадания опиоидов в нелегальный оборот. Однако обширный массив исследований – в силу неоднозначности вопроса именно эта методика наиболее широко и активно анализируется - убедительно свидетельствует о том, что заместительная терапия является одним из самых эффективных способов лечения опийной наркомании. Это мнение разделяется Всемирной организацией здравоохранения, ЮНЭЙДС, и Управлением ООН по наркотикам и преступности. В совместной позиции они отмечают:

В итоге многочисленных контролируемых испытаний, широкомасштабных лонгитудинальных исследований и оценок программ получены согласующиеся данные о том, что в результате применения этого метода обычно существенно сокращается употребление запрещенных опиоидов, снижаются уровни преступности и смертности вследствие передозировки, а также

²⁹² NIDA, “Principles of Effective Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide,” p. 24.

уменьшается количество случаев поведения с высоким риском инфицирования ВИЧ.²⁹³

Исследования показывают, что заместительная терапия способна обеспечить «высокие показатели удержания пациентов в лечебном процессе» и «предоставляет им больше времени и возможностей для того, чтобы они, продолжая лечение, могли заниматься решением своих основных проблем – медицинских, психологических, семейных, жилищных, связанных с трудоустройством, финансовых, правовых».²⁹⁴ Подтверждается также, что этот метод является безопасным и эффективным с точки зрения соотношения затраты/результат и что утечка препаратов в нелегальный оборот, хотя и является реальной проблемой, может быть сведена к минимуму при условии надлежащего применения национальных и международных контрольных процедур и других механизмов.²⁹⁵

Число стран, применяющих заместительную терапию для лечения наркозависимости, последние несколько десятилетий неуклонно растет. На момент подготовки настоящего доклада такие программы присутствовали примерно в 60 государствах, в том числе все в большем числе стран, где зависимость от опиатов является серьезной проблемой. В последние годы заместительная терапия введена или присутствует в виде действующих или планируемых пилотных программ в большинстве государств бывшего СССР и в ряде стран Ближнего Востока и Азии. В настоящее время ей охвачен почти 1 млн. лиц, страдающих опиоидной наркоманией, в том числе в Северной Америке – около 237 тыс. человек,²⁹⁶ в Евросоюзе – около 530 тыс. человек,²⁹⁷ в Австралии – около 39 тыс. человек,²⁹⁸ в Китае – около 36 тыс. человек (планируется значительное расширение),²⁹⁹ в Иране – 15 тыс. человек.³⁰⁰ В

²⁹³ Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС, 2004, http://www.unodc.org/pdf/publications/report_2004-03-15_1_ru.pdf

²⁹⁴ Там же.

²⁹⁵ Там же.

²⁹⁶ Office of Applied Studies, United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration, "Facilities Operating Opioid Treatment Programs: 2005," *Drugs and Alcohol Services Information System*, Issue 36, 2006, <http://www.oas.samhsa.gov/2k6/OTP/OTP.htm>

²⁹⁷ Schering-Plough Market Access data, September 2006, "Suboxone Access Situational Analysis 070302," presentation at the International Harm Reduction Association Conference, Warsaw, Poland, May 15, 2007.

²⁹⁸ По состоянию на 30 июня 2005 г., исключая Южную Австралию и Национальную Столичную Территорию. Australian Institute of Health and Welfare, "Statistics on drug use in Australia 2006," *Drug statistics series no. 18*, April 12, 2007 <http://www.aihw.gov.au/publications/phe/soduiao6/soduiao6-co1.pdf>, p. 69.

²⁹⁹ Wu Zunyou and Zhao Chenghong, "Update of Harm Reduction in China," presentation at the International Harm Reduction Association Conference, East to East Panel, May 13, 2007, <http://www.china.org.cn/english/news/203131.htm>

³⁰⁰ "International Experts Call for Greater Commitment to Opiate Substitution Treatment", International Center for the Advancement of Addiction Treatment, Press Release, October 25, 2006.

Великобритании и Нидерландах заместительная терапия является основным способом лечения опиийной наркомании.³⁰¹

Заместительная терапия на основе препаратов-антагонистов

Как уже отмечалось, данный метод лечения связан с назначением препаратов, подавляющих эйфорию, ожидаемую наркопотребителем в результате приема героина и других опиатов. Иногда такие препараты применяются для профилактики рецидивов, однако исследования показывают, что в таких случаях, как правило, наблюдается низкая дисциплина лечения, если только у человека не присутствует достаточно сильная мотивация, и что для таких программ характерны низкие показатели удержания пациентов.³⁰²

Психосоциальное воздействие

К наиболее распространенным психотерапевтическим методикам относятся, в частности:³⁰³

- **Когнитивно-поведенческая психотерапия.** Основана на теории обучения, согласно которой неправильные поведенческие практики вырабатываются вследствие привычного реагирования на те или иные внешние условия. Пациенты учатся выделять и корректировать проблемное поведение.
- **Поддерживающая экспрессивная психотерапия.** Разновидность психотерапии, адаптированная под наркозависимых лиц. Основана на приемах поддержки, которые помогают пациенту комфортно обсуждать свою личную жизнь, и на методиках самовыражения, которые помогают пациенту выявлять и анализировать вопросы межличностных отношений.
- **Индивидуальное консультирование.** Призвано помочь пациенту выработать подходы, чтобы справиться с ситуацией, и способы, чтобы отказаться от наркотиков и сохранять абстиненцию.
- **Мотивационная психотерапия.** Направлена на инициирование поведенческих изменений, когда пациенту помогают сформировать решительный настрой на начало лечения и прекращение употребления наркотиков.

³⁰¹ См., в частности: National Institute for Health and Clinical Excellence, “Drug misuse; Psychosocial interventions,” p. 4.

³⁰² NIDA, “Principles of Effective Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide,” pp. 35-48.

³⁰³ Подробнее см., в частности: NIDA, “Principles of Effective Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide,” pp. 35-48; National Institute for Health and Clinical Excellence, “Drug misuse; Psychosocial interventions.”

Последующее наблюдение

Ведение пациента после завершения лечения предусматривают не все реабилитационные программы. В основе последующего наблюдения лежит «намерение предоставить пациентам постоянную поддержку на уровне, необходимом для сохранения достигнутых результатов и целей». Это предполагает, среди прочего, поддержание регулярных телефонных контактов с лечебными программами, плановые или внеплановые очные встречи, участие в группах самопомощи. УООННП отмечает: «Пока что официальная оценка эффективности таких услуг не проводилась, однако, по общему мнению, они играют существенную роль и весьма полезны».³⁰⁴

* * *

Автором настоящего доклада является старший научный сотрудник программы «ВИЧ/СПИД и права человека» Дидерик Лохман. Исследования проводились Дидериком Лохманом и консультантом Хьюман Райтс Вотч Марией Овчинниковой из НПО FrontAIDS и «Свеча». Редакция: Джозеф Эймон, директор программы «ВИЧ/СПИД и права человека»; Рейчел Денбер, зам. директора Отделения по Европе и Центральной Азии; Эйлинг Рейди, старший юрисконсульт; Иан Горвин, консультант по программам. Большую помощь в работе над докладом оказали Ребекка Шлейфер, сотрудник по правозащитной деятельности программы «ВИЧ/СПИД и права человека»; Дэниэл Вульф, Международная программа снижения вреда Института «Открытое общество»; Ричард Элович, нью-йоркский эксперт в области медицинской социологии и наркологии с большим опытом работы в области лечения наркозависимости в государствах бывшего СССР. Подготовка к публикации – Клара Преслер, Андреа Холли, Вероника Матусхадж, Фицрой Хепкинс. Перевод на русский – Игорь Гербич. Автор также благодарит за помощь Иванну Билыч и Миру Риттман.

Исследования проводились при содействии целого ряда экспертов и неправительственных организаций. Хьюман Райтс Вотч выражает признательность Альберту Зарипову и другим сотрудникам казанской НПО «Роза ветров»; Ларисе Бадриевой, Вячеславу Матюшкину, Антону Блинову и другим сотрудникам казанской НПО «Обновление»; Владимиру Менделевичу (Институт исследований проблем психического здоровья, Казанский государственный медицинский университет); Сергею Олейнику, Надежде Федосеевой и другим сотрудникам пензенского фонда «Анти-СПИД»; Ольге Кирилловой, Виктории Осипенко, Инне Вышемирской и другим специалистам и активистам в Калининграде. Мы также благодарны за консультации и советы Жанне Атаянц (Международная программа снижения вреда), Льву Левинсону (Институт прав человека, Институт «Общественная экспертиза»), Дарье Очерет (фонд «Колодец»), Ане Саранг (Всероссийская сеть снижения

³⁰⁴ *Управление ООН по наркотикам и преступности. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению.*

вреда), Шоне Шоннинг («Сообщество людей, живущих с ВИЧ», в настоящее время работает в Сети снижения вреда Центральной и Восточной Европы); Александре Волгиной (FrontAIDS) и Андрею Злобину («Сообщество людей, живущих с ВИЧ»).

Особая благодарность всем тем наркопотребителям, людям, которые отказались от наркотиков, и ВИЧ-позитивным людям, которые не побоялись рассказать нам о своем опыте.