

Шаг за шагом:

проблемы сообщества потребителей
инъекционных наркотиков и пути их
решения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ



Главный редактор:
Татьяна Дешко

Редакционная коллегия:
Давид Ананишвили,
Анна Александрова,
Леонид Власенко,
Анатолий Волик,
Сергей Олейник,
Лили Хайд

Дизайн и верстка:
Андрей Афанасьев

Литературный редактор:
Людмила Недилько

Фото на обложке:
Александр Остапов

Адрес:
Международный Альянс по
ВИЧ/СПИД в Украине
ул. Димитрова, 5, корпус 10А
03150, Киев, Украина
Тел.: (+380 44) 490-5485
(+380 44) 490-5486
(+380 44) 490-5487
(+380 44) 490-5488
Факс: (+380 44) 490-5489
E-mail: office@aidsalliance.kiev.ua
http://www.aidsalliance.kiev.ua

Данное пособие разработано Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД для организаций, работающих с потребителями инъекционных наркотиков. В пособии освещен широкий спектр направлений работы с потребителями наркотиков от рекомендаций по более безопасному употреблению наркотиков до программ реабилитации и ресоциализации. Публикация также может быть интересна самим потребителям наркотиков, их друзьям и близким, медработникам, сотрудникам милиции и чиновникам, сталкивающимся с проблемой наркомании.

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД розробив даний посібник для організацій, які працюють зі споживачами ін'єкційних наркотиків. У посібнику висвітлено широкий спектр напрямів роботи зі споживачами наркотиків від рекомендацій щодо більш безпечного уживання наркотиків до програм реабілітації та ресоціалізації. Публікація також може бути цікавою для самих споживачів наркотиків, їхніх близьких та друзів, медпрацівників, працівників міліції та службовців, які опікуються проблемами наркоманії.

This guidance was developed by the International HIV/AIDS Alliance for organizations working with injecting drug users. It outlines a wide spectrum of possible modes of work with drug users from safer injecting recommendations to rehabilitation and resocialisation. The publication may be of use to drug users themselves, their friends and relatives, medical workers, police officers and officials involved in the problem of drug use.

This Guidance was partly supported by the U.S. Agency for International Development under the terms of grant No. HRN-G-00-98-00010-00. Opinions expressed herein are those of the author(s) and not necessarily reflect the views of the U.S. Agency for International Development.

Данное пособие частично поддержано Агентством США по Международному развитию в рамках грантового соглашения № HRN-G-00-98-00010-00. Представленные в публикации точки зрения являются мнениями авторов и не обязательно отражают взгляды Агентства США по международному развитию.

Для написания некоторых глав этих рекомендаций мы воспользовались уже существующими материалами (список литературы прилагается в конце публикации), но основная работа была проделана людьми, которые специально приложили усилия к этому изданию. Мы очень благодарны авторам текстов: **Виктору Вырлану**, старшему социальному работнику Черновицкого благотворительного фонда «Новая семья», **Ларисе Высоцкой**, президенту Хмельницкой областной ассоциации содействия решению проблем наркомании и СПИД «Виктория», **Ирине Головач**, документатору, менеджеру проектов Киевского клуба «Эней», **Наталье** и **Александрю Гапиенко**, президенту и руководителю социальной работы Сумского благотворительного фонда «Шаг навстречу», **Андрею Коршуну**, директору Черкасского благотворительного фонда «Инсайт», главному врачу Черкасского областного наркологического диспансера, **Андрею Микитину**, главе Ивано-Франковского христианского благотворительного фонда «Солидарность», **Александрю Остапову**, президенту Кировоградского областного благотворительного фонда «Возвращение к жизни», **Оксане Танасийчук**, менеджеру проектов Ивано-Франковского христианского благотворительного фонда «Солидарность», **Валерию Б.** и **Татьяне Ц.**, участникам программы заместительной терапии бупренорфином при Черкасском областном наркологическом диспансере, маме ПИН, члену группы созависимых Черновицкого благотворительного фонда «Новая семья», а также принявшим участие в фокус-группах аутрич-работникам Киевского клуба «Эней» **Сергею**, **Андрею**, **Славе** и сотрудникам МВД.

Большое спасибо за ценные комментарии, советы и организационную помощь **Виктору Исакову**, специалисту отдела поддержки НПО Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине, **Андрею Клепикову**, директору Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине, **Вячеславу Кушакову**, старшему программному специалисту по Восточной Европе и Центральной Азии секретариата Международного Альянса по ВИЧ/СПИД, **Анне Мошковой**, программному специалисту Международной программы развития снижения вреда, **Денису Полтавцу**, менеджеру программы «Инициативы в области здравоохранения» фонда «Відродження», **Анне Саранг**, координатору Сети проектов снижения вреда Центральной и Восточной Европы, **Юрию Саранкову**, руководителю проектов снижения вреда СПИД-Фонда «Восток-Запад», **Людмиле Шурпач**, руководителю отдела поддержки НПО Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	7
-------------------	---

1. ИНЪЕКЦИОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

<i>(Анатолий Волик)</i>	10
1.1. История шприца	10
1.2. Шприцевая медицина и «шприцевая культура»	12
1.3. Общая история инъекционных наркотиков и совместное использование инъекционного инструментария	15
1.4. История ВИЧ-инфекции в мире и СНГ	22

2. СОВМЕСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНЪЕКЦИОННОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

2.1. Использование одноразового инъекционного инструментария — действенный метод профилактики ВИЧ-инфекции <i>(Анатолий Волик)</i>	26
2.2. Что должны делать ПИН, чтобы сократить совместное использование инъекционного инструментария <i>(Ирина Головач)</i>	31
2.3. Что могут делать близкие ПИН, чтобы те сокращали совместное использование инъекционного инструментария <i>(Виктор Вырлан)</i>	37
2.4. Что могут делать медицинские работники, чтобы ПИН сокращали совместное использование инъекционного инструментария <i>(Андрей Коршун)</i>	41
2.5. Как НПО могут способствовать сокращению совместного использования инъекционного инструментария ПИН <i>(Наталья и Александр Гапешенко)</i> ...	48
2.6. Мероприятия, которые должны быть проведены государством, чтобы способствовать сокращению использования ПИН инъекционного инструментария <i>(Александр Остапов)</i>	56
2.7. Что могут делать сотрудники МВД, чтобы ПИН сокращали совместное использование инъекционного инструментария <i>(Ирина Головач)</i>	58

3. КОНТРОЛИРУЕМОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

3.1. Изучение проблемы контролируемого потребления наркотиков <i>(по материалам журнала «МОЗГ»)</i>	71
3.2. Что делать ПИН, чтобы сократить частоту инъекционного потребления <i>(Ирина Головач, Анатолий Волик, Виктор Вырлан)</i>	80
3.3. Что должны делать близкие ПИН, чтобы те сокращали частоту инъекционного потребления наркотиков <i>(Виктор Вырлан)</i>	84
3.4. Что могут делать медицинские работники, чтобы ПИН сокращали частоту инъекционного потребления <i>(Андрей Коршун)</i>	86
3.5. Что могут делать НПО, чтобы ПИН сократили частоту инъекционного потребления <i>(Ирина Головач)</i> ..	90
3.6. Что может делать государство, чтобы ПИН сократили частоту инъекционного потребления наркотиков <i>(Александр Остапов)</i>	97
3.7. Что могут делать сотрудники МВД, чтобы ПИН сокращали частоту потребления <i>(Ирина Головач)</i>	100

4. ОТКАЗ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

4.1. Реабилитация ПИН <i>(по материалам журнала «МОЗГ»)</i> ...	106
4.2. Что должны делать ПИН, чтобы увеличивалось количество людей, воздерживающихся от наркотиков <i>(Ирина Головач)</i>	112
4.3. Как близкие ПИН могут увеличить число людей, воздерживающихся от наркотиков <i>(Виктор Вырлан)</i> ...	117
4.4. Что могут делать медицинские работники, чтобы росло число потребителей, воздерживающихся от наркотиков <i>(Андрей Коршун)</i>	121
4.5. Что могут делать НПО, чтобы все больше ПИН воздерживались от потребления наркотиков <i>(Ирина Головач)</i>	127
4.6. Что может сделать государство, чтобы увеличилось количество людей, воздерживающихся от наркотиков <i>(Александр Остапов)</i>	133
4.7. Что могут делать сотрудники МВД, чтобы увеличивалось число ПИН, воздерживающихся от наркотиков <i>(Ирина Головач)</i>	136

5. РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ПИН	142
5.1. Ресоциализация потребителей инъекционных наркотиков (<i>Анатолий Волик</i>)	142
5.2. Что должны делать ПИН, чтобы успешно ресоциализироваться в общество (<i>Ирина Головач</i>)	148
5.3. Что должны делать близкие ПИН, чтобы способствовать их ресоциализации (<i>Виктор Вырлан</i>)	155
5.4. Как могут медицинские работники способствовать ресоциализации наркозависимых (<i>Андрей Коршун</i>)	157
5.5. Что могут делать НПО для ресоциализации ПИН (<i>Оксана Танасийчук, Андрей Микитин</i>)	161
5.6. Что может делать государство, чтобы способствовать ресоциализации ПИН (<i>Лариса Высоцкая</i>)	165
5.7. Что могут делать сотрудники МВД для ресоциализации ПИН (<i>Ирина Головач</i>)	168
ПРИЛОЖЕНИЕ	176
ГЛОССАРИЙ И КОММЕНТАРИИ	179
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	193

ПРЕДИСЛОВИЕ

Как говорится, в любом хude есть доля добра. ВИЧ-инфекция, обрушившаяся в 90-е годы на Украину, заставила общественность обратить внимание на группы людей, зачастую находящиеся в весьма сложных социальных условиях. Оказалось, что некоторая часть украинского общества ввиду особенностей своего поведения особо уязвима к ВИЧ: среди официально зарегистрированных с 1987 года взрослых ВИЧ-инфицированных людей в Украине около 70 % составляют потребители инъекционных наркотиков (ПИН).

Предлагаемая вашему вниманию книга представляет собой сборник рекомендаций, мнений и рассуждений о том, как помочь этим людям. В центре внимания авторов – сообщество ПИН и спектр проблем, с которыми сталкиваются представители данного сообщества.

Книга является попыткой обобщения опыта специалистов различного профиля, объединенных искренним желанием помочь ПИН и изменить к лучшему ситуацию с репрессивной и нетолерантной наркополитикой в нашем обществе, сделать ее более гуманной и либеральной. Лейтмотив этой книги – гуманизм по отношению к ПИН.

Потребление инъекционных наркотиков – явление, которое вплоть до перестройки 1985–1990 гг. игнорировалось советским обществом и признавалось как чуждое и присущее лишь странам «загнивающего капитализма». Хотя уже был «Морфий» Булгакова, предупреждавший о морфинизме среди советских врачей еще в 30-х годах прошлого века. Был самиздатовский журнал «Укол», описывающий увлечение советской богемы инъекционными наркотиками, три номера которого вышли с 1957 по 1959 гг. Была вспышка парентерального гепатита среди заключенных в тюрьмах СССР в 70-е, и крупномасштабная, санкционированная Л. И. Брежневым, операция «Мак», проведенная от Чуйской долины до Молдовы с 1974 по 1978 год. Но открыто говорить об этом было не принято. Народ жил в искусственно поддерживаемой атмосфере благополучия и не замечал тех, кто оказался в беде, полагаясь на государство, которое к тому времени уже захлестнула волна коррупции и стяжательства.

К сожалению, мы вынуждены признать, что и в наше время ситуация не изменилась. Меры, которые принимает государство по лечению и профилактике наркозависимости, по-прежнему недостаточны. Во многом это определяется исторически сложившимся и культивируемым государством отношением к ПИН как к отбросам общества, недостойным человеческого участия и помощи специалистов. Снятие с ПИН стигм «преступник», «маргинал», «конченый человек» – важная этическая задача, не решив которую, общество не может считаться здоровым, продолжая носить в себе «вирус негативного отношения».

Эта публикация предназначена в первую очередь для сотрудников неправительственных организаций, работающих с потребителями инъекционных наркотиков. Ведь именно они наиболее эффективно работают среди ПИН. Но все же попытка изменить поведение потребителей наркотиков на более безопасное не может, да в общем-то и не должна осуществляться силами одних НПО – их сотрудничество с медицинскими учреждениями, милицией, государственными органами, с семьями ПИН существенно усиливает позиции НПО. В этой книге мы попытались устами «значимых» для ПИН лиц изложить то, что они уже делают для ПИН, то, что они могли бы делать и что смогут делать и другие. Мы надеемся, что это поможет сотрудникам НПО разговаривать на одном языке и эффективно строить отношения с близкими потребителями наркотиков, медицинскими работниками, сотрудниками правоохранительных органов и самими ПИН.

Предлагаемый вашему вниманию дискурс разворачивается вокруг четырехкомпонентной схемы, представляющей собой расширенное толкование стратегии снижения вреда:

1. Отказ от совместного использования ПИН инъекционного инструментария.
2. Сокращение частоты потребления и дозы инъекционных наркотиков.
3. Отказ от потребления инъекционных наркотиков (реабилитация).
4. Ресоциализация ПИН.

Сразу хочется заметить, что мы не пытались пропагандировать неприменимый полный отказ от наркотиков. Разные

организации в Украине занимаются разными аспектами и направлениями работы с ПИН, и мы хотели максимально полно учесть различные информационные потребности сотрудников этих организаций. Тем, кто работает в программах снижения вреда, более интересно, наверное, будет прочитать раздел, посвященный менее рискованному потреблению наркотиков, те же, кто занимается реабилитацией ПИН, скорее заинтересуются разделом о полном отказе от их употребления. Впрочем, разделить деятельность по работе с ПИН на такие самостоятельные области невозможно ни теоретически, ни тем более практически. На пункты обмена шприцев приходят ПИН с самыми разными потребностями: от непосредственного обмена шприца до лечения наркотической зависимости и реабилитации. И для каждого из них работник программы должен найти ответ.

Ряд положений публикации носит дискуссионный характер, что имеет своей целью привлечь внимание читателей к различным официальным и альтернативным моделям оказания помощи наркозависимым людям. За скобками остались описание различных тренинговых программ, психокоррекционных и психотерапевтических методов, используемых при оказании помощи наркозависимым, и ряд других вопросов, которые в свое время еще будут описаны и проанализированы.

Хотелось бы надеяться, что эта книга внесет свой посильный вклад в улучшение качества жизни людей, употребляющих наркотики, и преодоление эпидемии ВИЧ-инфекции в этой группе населения и в Украине в целом.

*Анатолій Волик,
Татьяна Дешко*

1. ИНЪЕКЦИОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

1.1. История шприца

*грозот медленно сомкнувшихся ресниц
и боль, изобретающая шприц...*

*А. Демин.
«Мигрень», 1929*



Шприц изобрела боль. Точнее, поиск эффективных путей ее преодоления. Большинство историков считает, что шприц изобрел швейцарский ветеринарный хирург Чарльз Правец в 1853 году. В 1864 году англичанин Александр Вуд первым удачно совместил уже известный шприц и предложенную им иглу для подкожных инъекций. С этого года, как полагают, началась эра шприцевой медицины.

Наиболее заинтересованными в применении шприцев были врачи-хирурги, перед которыми стояла проблема эффективного обезболивания при операциях. Широко применяемые хлороформ и эфир назначались ингаляционно и вводили пациента в состояние глубокого общего наркоза. Общий наркоз был показан при обширных хирургических операциях, но часто операции были небольшими, местными, и применение общего наркоза было неоправданно, а порой и опасно, поскольку ингаляционный наркоз давал общие осложнения в виде нарушения дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности. Перед медициной, в частности перед стоматологией, стояла проблема местного обезболивания, которая была решена вскоре после изобретения шприца.

Военно-полевая хирургия и стоматология первыми из отраслей медицины начали широко использовать шприцы. Во время Франко-Прусской войны 1870 года шприцы вошли в

арсенал медиков. В 1879 году было проведено первое местное инъекционное обезболивание в стоматологии, когда русский судебный медик Василий Константинович Анреп открыл местно-обезболивающее действие кокаина. К началу XX века Франция, Германия и Англия наладили производство шприцев «Луер».

Развитие шприцевой медицины можно условно разделить на два этапа: эра применения многоразовых шприцев и эра одноразовых. Многоразовые стеклянно-металлические шприцы требовали тщательной стерилизации и часто становились причиной постинъекционных абсцессов и внутрибольничных инфекций, таких как парентеральный гепатит. К тому же технология производства многоразовых шприцев была достаточно затратной и явно требовала рационализации. В конце 50-х на Западе начался «пластиковый бум» — пластмасса была наиболее дешевой по себестоимости и быстро пришла на смену металлам и стеклу там, где это было возможно. В 60-е годы XX века, по меткому выражению писателя Войновича, началась «эпоха одноразовости»: эпоха одноразовых стаканчиков, одноразовых пакетов, одноразовых шприцев.

Первый одноразовый пластиковый шприц был разработан в 1957 году конструкторами немецкой фирмы «В. Braun Melsungen», однако массовое их производство (серия «Пластипак») было налажено в 1961 году фирмой «Becton Dickinson» (BD), которая приписывает себе изобретение первого одноразового шприца и первого стерильного одноразового изделия в медицине — центрального венозного катетера «Интракат». Одноразовые шприцы BD по-прежнему остаются самыми продаваемыми в мире.

Советская медицина перешла на одноразовый инъекционный инструментарий гораздо позже — только в годы перестройки (1985–1989), когда вместе с последними достижениями западной цивилизации на территорию СССР проник ВИЧ — вирус иммунодефицита человека. До этого ВИЧ-инфекция в СССР считалась «болезнью проституток, гомосексуалистов и наркоманов, распространенная в обществе загнивающего капитализма».

В конце 80 — начале 90-х одноразовые шприцы появляются в продаже в аптеках, и их может приобрести каждый же-

лающий. Правда, создать конкурентоспособный отечественный шприц советским производителям так и не удалось, как не удалось и в полном объеме удовлетворить потребности медицинских учреждений в одноразовых шприцах — эта проблема была решена только к середине 90-х годов.

Эпоха шприцевой медицины продолжается. Шприцы, став одноразовыми, избавили медицину от ненадежных стеклянно-металлических «Рекордов» и «Луеров» и дополнительных затрат на их стерилизацию. Благодаря одноразовым шприцам почти полностью удалось избавиться от бича медицины — внутрибольничных шприцевых абсцессов, которые возникали на месте инъекции из-за несоблюдения техники проведения инъекций и использования нестерильных многоразовых шприцев. Но появились новые опасные заболевания, передающиеся через кровь, которые заставляют задуматься о роли и значении шприцев в современном мире. Доступность шприцев для всех слоев общества и невозможность контролировать инъекционное введение лекарственных средств вызвали проблему распространения парентеральных инфекций, в частности гепатитов В, С и ВИЧ-инфекции.

1.2. Шприцевая медицина и «шприцевая культура»

Шприц — достаточно старое изобретение, настолько старое, что пора уже перейти к чему-то новому...

*Запись в тетради отзывов
Фонда «Анти-СПИД» (Полтава)*

Шприцевая медицина возникла почти сразу же после изобретения шприца. Распространение шприцевой медицины (читай: шприцевой культуры) происходило быстро, и это закономерно: лекарство, введенное с помощью шприца, действовало быстрее и сильнее. Поэтому не случайно, что и в наше время шприц остается одним из самых покупаемых аптечных товаров.

Вслед за изобретением шприца был быстро налажен выпуск инъекционных форм лекарств, и уже в 30 гг. XX века врачи США и ведущих стран Западной Европы перешли на курсовое назначение инъекционных лекарств при лечении большинства заболеваний. Развитию шприцевой медицины сильно поспособствовала Первая мировая война 1914–1918 гг., когда для купирования болевого синдрома при травмах и ранениях был налажен массовый выпуск инъекционных форм анальгетиков, наиболее эффективным из которых был морфина гидрохлорид. В 40-е годы XX века, когда за рубежом началось массовое применение и производство антибиотиков, шприцевая культура прочно вошла в образ жизни европейцев и американцев.

В зарубежном искусстве образ шприца и инъекций появляется уже в 20-е годы XX века в фильмах немецкого кинорежиссера Мурнау («Последний человек», 1926 г.), английского кинорежиссера Альфреда Хичкока. В 40–50-е годы «мистерия укола» отражается в американском кино и литературе: в киноповествованиях голливудского трэш-режиссера Эда Вуда («Jail Bait», 1954), в творчестве писателя Генри Миллера («Черная весна», 1936) и в поп-арте Энди Уорхолла («Позор нации», 1950).

Как и в Европе, в России в годы войны актуальной была проблема обезболивания, поэтому с 1916 года здесь было начато производство собственного опиума. В годы Гражданской войны Совнарком хорошо финансировал не только закупки зарубежных инъекционных препаратов и хирургического инструментария, но и поддерживал отечественные разработки. Самым востребованным инъекционным препаратом как в СССР, так и за рубежом был морфин. М. Булгаков описывает болезненное пристрастие к морфину у врача в произведениях «Записки молодого врача» (1925) и «Морфий» (1927).

Однако быстро развиваться шприцевая медицина в СССР начала только в 50–60-е годы, когда СССР догнал Европу по темпам применения и производства антибиотиков. В 50-е годы налаживается массовое производство отечественных шприцев «Рекорд». На заре 70-х шприцы и уколы входят в советскую литературу и кинематограф. Достаточно вспомнить комичный эпизод, как в «Кавказской пленнице» Л. Гай-

дая персонажам Никулина, Вицина и Моргунова делали прививки шприцем «Жанэ» (емкостью 1 л), или широко распространенную фразу из детского стихотворения Михалкова «Я укола не боюсь, если надо — уколюсь».

В наше время в сознании современного человека прочно укоренилось представление, что для лечения болезни надо «сделать укол». Врачи заученно назначают инъекции для лечения и профилактики большинства заболеваний. Зачастую инъекционные препараты назначаются даже в тех случаях, когда можно обойтись таблетками или средствами ныне забываемой народной медицины. Но такие сферы, как неотложная помощь, хирургия и другие отрасли медицины, уже вряд ли когда-либо смогут обходиться без инъекционного введения лекарственных препаратов.

Развитие фармакологии в последнее время демонстрирует ее явную коммерческую ориентированность. Появилось да-

Инъекция — палка о двух концах

В народе говорят: «одно лечит, другое калечит». Даже если инъекция сделана в стерильных условиях, стерильным шприцем и не стала причиной абсцесса, гепатита, ВИЧ-инфекции, от нее все равно остается неизгладимый след в организме.

Послобно процесс инъекции выглядит так: прокол кожи, прокол подкожно-жировой клетчатки, прокол мышечной фасции и самой мышцы, прокол стенки сосуда. Прокол — значит травма. На любую травму реагирует расположенный поблизости лимфоузел. Из него к месту травмы начинается миграция лимфоцитов, макрофагов, моноцитов и других клеток, обеспечивающих так называемый иммунный ответ. Целью этих клеток в данном случае является повышение местного иммунитета в месте инъекции (читай: в месте травмы) для скорейшего заживления раны. Внешне это выглядит как красный венчик воспалительной реакции вокруг места укола. Если таких инъекций сделано несколько, иммунный ответ сильнее, и региональным лимфоузлам приходится работать интенсивнее — они увеличиваются, чтобы работать больше. Если инъекции становятся частыми или регулярными, лимфоузлы со временем истощаются, и на иммунограмме отмечается падение уровня CD4 клеток (Т-лимфоцитов). Это говорит о развитии иммунодефицита, который называют постинъекционным иммунодефицитом. Такой иммунодефицит развивается у людей, часто прибегающим к инъекциям: у лиц, применяющих курсовую инъекционную антибиотикотерапию; у больных сахарным диабетом, регулярно вводящих инъекционный инсулин; у лиц, после курса интенсивного инъекционного лечения в стационаре, а также у потребителей инъекционных наркотиков.

Шприцевая медицина, несомненно, помогла вылечить огромное количество заболеваний и решить большое количество проблем. Неоспоримой является необходимость использования шприцев в практике скорой помощи, в реанимации, в терапии неотложных состояний. Инъекционное введение лекарственных средств в силу большей эффективности предпочтительнее перорального, то есть предусматривающего прием лекарств per os — через рот. Поэтому востребованность инъекционных препаратов гораздо превышает таковую в веществах, применяемых перорально, хотя последние намного безвреднее, поскольку не требуют прокола живых тканей в тех местах, которые природой для этого не предназначены.

же понятие «аптечный бизнес». Лекарственные препараты, которые ранее назначались только врачом, сейчас широко рекламируются в транспорте, по телевидению, на уличных биг-бордах... Широкий всплеск аптечной рекламы привел к феномену самодиагностики и самолечения, когда человек без медицинского образования, не советуясь с врачом, сам ставит себе диагноз и сам же назначает лечение. В настоящее время «бытовое лечение» — достаточно распространенный феномен, которому в странах бывшего СССР также способствует низкий уровень жизни и недоступность квалифицированной и бесплатной медицинской помощи для значительной части населения. На этом фоне большинство людей, страдающих гипертонией, хроническими воспалительными заболеваниями, хроническим болевым синдромом, сахарным диабетом, наркоманией, освоили технику внутримышечных и подкожных инъекций в домашних условиях. Шприцевая культура стала частью общей культуры.

1.3. Общая история инъекционных наркотиков и совместное использование инъекционного инструментария

Почти все историки, изучавшие вопрос наркомании, указывают на рост морфинизма именно в годы Крымской, Франко-Прусской, Первой мировой и Гражданской войн, то есть во второй половине XIX и в начале XX века. Объективной предпосылкой морфинизма было большое количество раненых, получавших длительную морфиновую терапию, и большая популярность этого препарата среди врачей, в арсенале которых было немного методов купирования боли. Но в те далекие годы инъекции не были широко распространенным явлением, и наркотические препараты чаще употреблялись либо перорально (опий в порошке, барбитураты), либо путем курения (курительный опиум, гашиш), либо вдыханием через нос (кокаин). Вероятно, в то время лишь врачи-морфинисты имели возможность делать себе инъекции морфия с целью получения удовольствия.

Героин — первый синтетический наркотический анальгетик, был открыт в 1898 г. и выпущен в продажу компанией «Байер». Фармацевты надеялись, что ацетилирование молекул морфия снизит побочные эффекты и сохранит при этом его эффективность как анальгетика и препарата, снимающего приступы кашля. Считалось, что героин, в отличие от морфия, не вызывает наркотической зависимости, он был достаточно широко распространен и легко доступен. В результате же оказалось, что героин вызывает не менее сильную зависимость, чем морфий, а его появление стимулировало рост инъекционного назначения опиатов и злоупотребления ими. Героин стал наиболее популярным наркотиком среди американских наркопотребителей.

В 1891 г. петербургские «Новости» напечатали статью В. О. Португалова «Элегантное пьянство». В ней отмечалось, что морфинизм распространяется во всех культурных странах, особенно в Англии, в кругу высшей аристократии, и в Германии, где он сильно развился даже в армии. В Париже учреждены «институты наркоманов». Художники, поэты, философы ищут в наркотиках не только отдых и забвение, но и новый подъем творчества. Велико было влияние европейской моды и на Россию. Свидетель, проникший в «институт наркоманов», «видел там дам высшего круга, лежавших на диванах и ожидавших с лихорадочным нетерпением счастливого момента, когда содержательница совершит над ними этот запрещенный медицинский прием». В. О. Португалов отмечал, что женщины более мужчин подвержены «элегантному пороку морфинизма». Они всегда имели при себе флакончики с морфием и маленькие шприцы, морфинистки с ловкостью везде и в любой момент могли сделать себе укол, не привлекая ничего внимания.

наркотиков в медицинских и исследовательских целях. Конвенция предполагала преследование в законодательном порядке лиц, нелегально владеющих наркотическими средствами. Однако эта Конвенция не предусматривала необходимости принятия суровых законов, которые бы разрешили распространение наркотиков исключительно в медицинских целях. В 1914 году в США вступает в силу Акт Харрисона о наркотиках — закон, который признавал употребление героина и морфина «злоупотреблением наркотиками». Этот Акт и свод Правил Верховного суда США, его интерпретирующий, криминализировали потребление всех опиатов, принимаемых без назна-

чения врача. Отныне наркозависимые были вынуждены скрывать факт своего пристрастия, они уходят в подполье, потребление наркотиков становится скрыто-конспиративным.

В 1919 году права врачей в США свободно прописывать опиаты были ограничены решением Верховного суда страны. Все вышеуказанные решения способствовали появлению и быстрому росту черного рынка. Американский исследователь в сфере наркологии Джеймс Бречер отмечает, что на черных рынках Чикаго в 1920 году «можно было купить героин и шприц к нему». В 1924 году Америка, Англия и Германия одновременно запрещают снабжение опиумом наркозависимых, находящихся в клиниках. Эти запретительные меры приводят к еще большему разрастанию черного рынка наркотиков.

В годы Второй мировой войны 1939–1945 годов наркотики широко применялись солдатами воюющих армий. Сергей Ануфриев и Павел Пепперштейн в первом томе книги «Мифогенная любовь каст», в частности, описывают совместную инъекцию первитином пленного немецкого офицера с белорусскими партизанами. В данном случае речь идет о художественной фантазии, однако многие исследователи военного периода отмечают использование стимуляторов, что характерно вообще для любой войны как ситуации стрессовой и требующей защиты от стресса.

Западные специалисты зафиксировали стремительный рост наркомании после Второй мировой войны. Бурное распространение наркотиков в Европе и Америке в середине и второй половине 60-х годов было связано с политическим протестом и культурными изменениями, происходившими в молодежной среде многих стран: студенческими революциями в Европе и протестом против международной экспансии Соединенных Штатов. Тогда в молодежной среде было распространено в основном курение марихуаны и экспериментальное употребление психоделических наркотиков, которое зачастую связывалось с творческим и философским поиском, пацифизмом и движением хиппи.

В 1970-х годах природа и структура среды употребления наркотиков в большинстве стран Запада изменились. Студенчество разделилось на участников «конопляного бунта»

и серьезных политических активистов, отвергавших наркотики. Стали возникать новые группы потребителей, включавшие, среди прочих, «беглецов» из среднего класса и подростков из низов. В начале 1970-х годов стали широко распространяться более тяжелые наркотики, в том числе опиаты. В середине 1970-х, с ростом безработицы среди молодежи, широкое распространение в Европе получили самоуправляемые общины и общины сквоттеров (самовольных жильцов), возникли агрессивные молодежные банды из рабочего класса. Стал доступен и широко распространен героин, и целые молодежные группы, в том числе молодежные банды, в которых героин стал символом «крутизны», перешли на инъекционное употребление наркотиков. Резкое увеличение количества смертей, связанных с наркотиками, привело к росту озабоченности по поводу их употребления в Европе и Соединенных Штатах.

Ситуация с наркопотреблением в СССР складывалась несколько иначе. В СССР самым популярным наркотиком в 20–30-е годы был кокаин. В 20-е кокаин, или, как его называли, «марафет», широко распространялся на улицах, в притонах, из-под полы. В основном его можно было достать на Сухаревке, в Трубном переулке в Москве, где также продавали морфий и шприцы, на любом базаре в любом крупном городе России.

Д-р Шоломович считал, что ни один яд, даже морфий и алкоголь, не меняет так быстро личности больного в нравственном плане, как кокаин. В своей работе он ссылается на существование подпольных притонов, а также на преступность среди кокаинистов. «Совершенно понятно, что количество кокаинистов среди преступников — громадно». Большая часть кокаинистов была моложе 20 лет. Беспризорные дети, папиросники, торговцы спичками, газетами, мелкие воришки начинали нюхать кокаин с 10–12-летнего возраста, в основном заражаясь и заражая своим пристрастием друг друга. Взрослые нередко приходили к кокаину через алкоголь. Спекулянты привозили в Россию немецкий, польский, японский кокаин. Многие специалисты видели причину его распространения в повальном невежестве, нищете и беспризорности.

В конце 50-х — начале 60-х годов XX века в СССР начинают отмечаться случаи инъекционной наркомании. ПИН того времени — это представители богатых «аристократических» сословий, богемы, творческой интеллигенции: писатели, артисты, музыканты. В конце 50-х отечественные производители налаживают широкий выпуск морфина гидрохлорида, который быстро появляется на советском черном рынке и получает сленговое имя «стекло». Позднее «стеклом» назовут любые медицинские психоактивные препараты в ампулах. Проблема наркомании в СССР 50–60-х годов тщательно замалчивалась. Наркотики считались капризом элиты и «болезнью диссидентов».

В уголовной среде 50–60-х годов появляется понятие «ширка» — то, что можно ввести в вену с целью получения кайфа. «Ширкой» называли любые «кайфодержащие» препараты и смеси — от ампульных промедола, морфина гидрохлорида и заканчивая барбитуратами. В частности, в 60-е годы среди уголовников был популярным рецепт «нокс». Заядлые «ноксиронщики» делали себе татуировку на указательном пальце: перстень в виде таблетки, разделенной на три части, напоминающий эмблему фирмы «Мерседес-Бенц».

В 70-е годы «ширкой» начинают называть кустарно приготовленную вытяжку алкалоидов опия. К середине 80-х «ширка» становится популярной не только в криминальных кругах: перестройка дает возможности для расширения и упрощения советского черного рынка, и доступность «ширки» увеличивается. Появляются специфические «профессии»:

Интересна статистика того времени на примере трехгодичного исследования наркоманов (1929–1932 гг.) в Свердловске. До 1929 г. в городе можно было купить наркотики в любой аптеке, после 1929-го наркоманы были прикреплены к определенной аптеке и могли получить наркотики только по рецепту наркопункта. Формы наркомании — в основном морфийная, в сочетании с героином, кокаином, алкоголем и опиумом. Возраст мужчин-наркоманов — 31–35 лет, женщин — 26–30. Самый молодой — 24 года, самый пожилой — 68 лет. По профессиям: медицинские работники — 41,4%, кроме них актеры, железнодорожники, административные работники и лица без определенных занятий. В основном привыкание происходило из-за неосторожного назначения врачей (31%), условий медицинской работы (38%) — в этот период такие причины считались основными. Длительность заболевания — в среднем 8–10 лет, хотя нередко случаи более 15 лет. На увеличение числа медиков среди наркоманов указывали также проф. Осипов, Крафт-Эбинг, Крепелин, Голант, Горовой — Шалтан и другие.

«варщик» (тот, кто готовит «ширку»), «барыга» (продавец); употребление «ширки» ритуализируется и приобретает черты субкультуры.

Таким образом, вплоть до середины 80-х годов в Советском Союзе были две разнополюсные категории ПИН: с одной стороны, интеллигенция и богема (так, в последнее время стала появляться скандальная информация о том, что известный бард Владимир Высоцкий тоже страдал опиоманией), с другой — криминальный мир. Обе категории ПИН были законспирированы, а потребление наркотиков в обеих группах носило характер ритуала. Сообщества потребителей наркотиков, которые стали появляться в СССР в начале 90-х, занимали и продолжают занимать маргинальное положение.

История совместного использования игл и шприцев (в том числе при инъекционном потреблении наркотиков) с начала эпохи шприцевой медицины не исследована. Вполне возможно, что данных о совместном использовании игл и шприцев при употреблении наркотиков в первой половине XX века у нас нет по трем причинам:

- не было неизлечимых инфекций, передающихся парентеральным путем;
- употребление инъекционных наркотиков было конспиративным, и сообщества ПИН еще не сформировались;
- не существовало феномена уличного и массового употребления инъекционных наркотиков, поскольку большинство препаратов употреблялось путем вдыхания или курения.

Одно из первых упоминаний о совместной инъекции связано с жизнью малоизвестного русского поэта-обэриута Поплавского. В журнале «Юность» (1987, № 9) есть короткая заметка о жизни и смерти Поплавского: выступал с обэриутами, дружил с Хлебниковым, любил и обожествлял кокаин. «Однажды на одной из людных московских улиц Поплавский встретил незнакомого человека, который предложил ему сделать инъекцию неизвестного вещества. Незнакомец сделал инъекцию себе, потом передал шприц поэту. Поплавский согласился и умер от остановки сердца сразу после инъекции в возрасте 28 лет...» Случилось это 28 июня 1927 года.

Вот как описывает совместную инъекцию бывший осужденный Г. Т., 59 лет, отец одного из участников программ обмена

шприцев Фонда «Анти-СПИД» (Полтава), общий стаж судимости 22 года: «На зоне мы «ширялись» не часто. Сам я зелье не уважаю, но по праздникам расслабиться можно. У фельдшера в санчасти можно было выменять этаминал. Меняли на ножи, брелки, иконы, которые сами эки делали. Этаминал бодяжили в кипяченке — он хорошо растворялся. «Машина» была одна на пятерых-семерых: старый шприц «Рекорд». Иглы тупые и исколотые, на бруске точили, потом в огне прокалывали. «Баян» по наследству переходил и кочевал из барака в барак. Если кто просил «машину» для «вмазки» из соседнего отряда, то надо было «башлять» — или зельем делиться, или какой другой магарыч выставлять. Этаминал бодяжили в алюминиевой кружке, потом выбирали по очереди в «машину». «Машину» передавали по кругу, после каждой «штопки» «баян» промывался чаем и передавался следующему... За дозой следил кто-то один, чтоб порядок был...»

По мнению И. И. Кондакова, «совместное употребление «ширки» — это, скорее, ритуал, чем необходимость: ведь в славянской культуре, в отличие от западной, всегда считалось зазорным и осуждаемым, например, одиночное употребление алкоголя вне компании. Совместное употребление наркотиков, в том числе «ширки», начинается с совместного приготовления: кто приносит растворитель, кто — ангидрид, кто — солому, кто — посуду... То есть речь идет о совместном деле, сам процесс создает эффект «посвящения», инициации, что подкрепляется той мистической аурой, которую всегда несет в себе употребление запрещенных наркотиков. «Посвященные» люди концентрируются вокруг общей идеи, которой в данном случае является «ширка», поэтому когда они садятся в круг и шприц идет по кругу — это скорее ритуал, чем обстоятельства, вызванные нехваткой инструмента. Ритуал, который создает ощущение единства, приобщенности, доверия, «братства». Вполне вероятно, что именно по такому механизму происходило совместное употребление инъекционных наркотиков в 70–80-е годы в СССР, когда «ширку» готовили сами потребители, пока не появились «барыги» и «ширка» не стала продаваться.

ПИН со стажем вспоминают, что раньше была традиция делать уколы друг другу, сейчас же большинство делают се-

бе инъекции сами. «Думать о том, что придется колоться в одиночку, казалось диким. Кто-то близкий, твой кореш или подруга, вводил тебе «ширку», потому что раньше понятия были другими. Колоться одному – это считалось западло – стяжание кайфа...» (И., 41 год, стаж ПИН – 20 лет).

Практика инъекций друг другу также была широко распространена за рубежом. Как указывает Норман Е. Зинберг, в среде ПИН была популярна практика «бутинга» (booting – загрузка). При бутинге происходит втягивание и вытягивание поршня, когда игла уже находится в вене. При этом видно, как кровь поступает в поршень и вновь уходит в вену. Этот прием якобы усиливал «приход», но осуществить его мог только ассистент – тот, кто делает инъекцию другому. У ПИН в СССР этот ритуал назывался «догон».

К числу ритуалов совместного употребления можно также отнести поочередное использование одного жгута для перетяжки вены, использование общей посуды для выбора готового наркотика, общей иглы-«выборки», совместные поездки в сельскую местность за маком.

1.4. История ВИЧ-инфекции в мире и СНГ

Впервые синдром приобретенного иммунодефицита, известный как СПИД (AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome), был описан в вестнике CDC (Center for Disease Control, Atlanta, USA) 5 июня 1981 года на основании наблюдений за 5 случаями пневмоцистной пневмонии и саркомы Капоши у молодых, ранее здоровых лиц. Заболевание было зарегистрировано как СПИД. Предполагалось, что это инфекция, вызванная вирусом, ибо все больные были мужчинами, имевшими совместные половые связи.

В 1982 году были опубликованы сообщения о случаях СПИД, связанных с переливанием крови, и у больных гемофилией, получавших препараты крови (Калифорния, США).

В 1983 году одновременно Робертом Галло (США) и Люком Монтанье (Франция) был открыт возбудитель болезни, получивший название HIV-ВИЧ (Human Immunodeficiency Virus – вирус иммунодефицита человека).

В 1987 году был описан первый случай ВИЧ-инфекции на территории СССР (Москва), а в 1988-м – первый случай смерти от СПИД (Ленинград).

В 1987 году МЗ СССР издало приказ (№ 1230-ДСП от 30.11.87) о подготовке кадров по проблеме СПИД.

В том же году было констатировано состояние пандемии ВИЧ-инфекции и начала официально реализовываться Глобальная программа по СПИД ВОЗ. К тому времени СПИД был зарегистрирован в 130 странах и, по официальным данным, его жертвами стали более 30 тысяч человек.

В 1988–1989 годах в СССР были описаны внутрибольничные вспышки ВИЧ-инфекции у детей в медицинских учреждениях Ростова-на-Дону, Элисты, Волгограда, Ставрополя. К июлю 1991 года жертвами ВИЧ-инфекции стали 239 детей (В. В. Покровский и соавт., 1990).

В результате эпидемиологического расследования внутрибольничных вспышек ВИЧ-инфекции благодаря усилиям специалистов РАМН во главе с В. В. Покровским были опровергнуты домыслы о вторичном иммунодефиците, неблагоприятных экологических факторах и прочих причинах неинфекционного типа, которыми пытались объяснить болезни детей. Анализируя пути передачи вируса в этих очагах инфекции, В. В. Покровский открыл новый путь заражения: от инфицированного ребенка к матери при вскармливании грудью.

С 1989 в СССР начата организация сети учреждений специального типа – территориальных центров профилактики и борьбы со СПИД.

Городские и региональные центры профилактики и борьбы со СПИД были ориентированы на обязательное массовое обследование многочисленных декретированных групп населения. Результаты обследования были довольно утешительными: число серопозитивных на 100 тысяч обследованных не превышало 0,3–0,4. К 1995 году тестирование прошли 160 млн. жителей СНГ, при этом ВИЧ-инфицированными оказались чуть более 1000. Лишь немногие отечественные ученые и специалисты практического здравоохранения, несмотря на полное спокойствие правительства и медицинской общественности, прогнозировали катастрофу.

До 1995 года ведущим путем распространения ВИЧ был половой. В конце 1994 — начале 1995 г. в странах бывшего СССР начался стремительный рост ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

К 2000 году парентеральный (наркоинъекционный) путь передачи ВИЧ-инфекции уже был причиной около 70 % всех случаев ВИЧ в странах СНГ.

С 2001 года в структуре вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции начинается рост заражения ВИЧ-инфекцией половым путем.

Благодаря программам снижения вреда, которые действуют в Украине, России и других странах постсоветского пространства, в некоторых местах удается стабилизировать рост ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Однако последние по-прежнему остаются наиболее уязвимой для ВИЧ группой населения.

Правительство Украины в 1999 году принимает Государственную программу профилактики СПИД и наркомании на 1999—2000 гг., которая была утверждена Президентом Украины. В ее рамках поддерживаются профилактические инициативы областных центров СПИД, областных центров социальных служб для молодежи (программа «Доверие»). Основной их целевой группой остаются потребители инъекционных наркотиков. В 2001 году принимается Программа профилактики ВИЧ-инфекции на 2001—2003 гг. На стадии утверждения в правительственном комитете находятся Постановление об утверждении концепции стратегических действий Правительства, направленных на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции/СПИД, на период до 2011 г. и Национальная программа профилактики ВИЧ-инфекции, помощи и лечения ВИЧ-инфицированным и больным СПИД на 2004—2008 гг. Но, несмотря на эти меры, помощь со стороны государства остается недостаточной как в Украине, так и в других новых независимых государствах (ННГ), и службы, реально занимающиеся профилактикой ВИЧ, продолжают надеяться на зарубежных доноров.

С 1999 года страны постсоветского пространства становятся регулярными грантополучателями ведущих международных агентств и финансовых фондов: ООН (UNAIDS,

UNDP), Института «Открытое общество» (США), Глобального фонда борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией, Мирового банка и других, — в связи с чем профилактические мероприятия в странах бывшего СССР зависят от иностранных грантов. На конференциях и брифингах укрепилась традиция говорить об «угрожающих темпах роста эпидемии ВИЧ», о «недостатке финансирования», о «недостатке информированности целевых групп и населения». Количество ВИЧ-позитивных в странах ННГ давно выводится только гипотетически: в среднем 1% населения страны. По оценочным данным национальных экспертов и UNAIDS количество ВИЧ-инфицированных в Украине на конец 2002 г. составляло около 1 % взрослого населения (от 15 до 49 лет).

По оценкам UNAIDS, снижения темпов эпидемии ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и новых независимых государствах не наблюдается. В 2003 году было зарегистрировано около 230 000 новых случаев заражения, в результате чего общее количество людей, зараженных ВИЧ, в Восточной Европе и ННГ достигло 1,5 млн. человек. Наиболее пострадали Россия, Украина и страны Балтии. Движущей силой эпидемии является широкое распространение рискованного поведения: совместное использование шприцев при употреблении инъекционных наркотиков и небезопасный секс.

Употребление инъекционных наркотиков в странах бывшего СССР, будучи относительно новым явлением, развивается в условиях резких социальных перемен (переход к капитализму), экзистенциального кризиса (кризис смысла жизни), увеличивающегося неравенства и консолидации транснациональных наркосетей в этом регионе. По оценкам UNAIDS, число потребителей инъекционных наркотиков в России может достигать 3 млн., в Украине — 600 тыс. человек, в Эстонии, Латвии, Литве — 1% взрослого населения. Большинство потребителей инъекционных наркотиков — молодые, сексуально активные мужчины.

2. СОВМЕСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНЪЕКЦИОННОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

2.1. Использование одноразового инъекционного инструментария — действенный метод профилактики ВИЧ-инфекции

Результаты исследований в большинстве стран показали, что основной причиной быстрого распространения ВИЧ-инфекции в среде наркопотребителей стало совместное использование медицинского инструментария (шприцев, игл, емкостей), продажа бывших в употреблении шприцев, «заряженных» наркотиком, незнание того, как дезинфицируется инструментарий, а самое главное — отсутствие настороженности в отношении инфекций, передающихся инъекционным путем.

В конце 70-х годов во Франции, Англии и Голландии было зарегистрировано несколько крупных очагов гепатита В. Специалисты связывают это с совместным использованием игл и шприцев ПИН, однако никакой государственной программы выработано не было, было лишь ужесточено законодательство в сфере наркотиков и еще большим преследованиям подверглись ПИН. Поставленные в столь жесткие условия, ПИН начали движение по принципу «Спасение утопающих — дело рук самих утопающих». Начали создаваться союзы «торчков». В Бельгии появляется трагически известное объединение наркозависимых «Drug Free», лидеры которого уже в 1978 году начали провозглашать идеи легализации наркотиков и обеспечения ими наркозависимых. В 1980 году активисты DF были арестованы по обвинению в связях с террористической группировкой «Красная армия» и получили крупные сроки за «организацию террористических актов на территории Бельгии».

В 1981 году в Роттердаме (Голландия) стал действовать

«Союз торчков» («Junkiebond»), активисты которого начали распространение стерильных игл и шприцев среди ПИН с целью профилактики гепатита В. В 1986–1987 гг. в ответ на угрозу ВИЧ-инфекции начинают действовать первые государственные программы обмена шприцев в Соединенном Королевстве.

Попытку сформулировать принципы этого подхода и отточить формулировку понятия «снижение вреда» предпринимала масса организаций, коалиций и специалистов, однако до сих пор не существует «общепринятой» его формулировки. Очевидно, проблема заключается в том, что для разных специалистов и деятелей в области снижения вреда этот термин обозначает разные вещи: для кого-то это прагматичный подход системы здравоохранения к решению проблемы ВИЧ-инфекции, для кого-то более широкий подход к решению проблем, связанных с ситуациями риска (например, пристежные ремни в автомобилях как снижение риска пострадать в автомобильной катастрофе), а для кого-то — это целая жизненная философия (включающая в себя гуманистический подход и уважение к правам и свободам индивидуумов, в том числе и потребителей наркотиков).

Попытки определить снижение вреда как подход были предприняты Ньюкомбом, который начал широко употреблять этот термин начиная с 1987 года. Но из этого не следует, что именно Ньюкомб стал основателем концепции снижения вреда, ибо в разных формах этот подход применялся под разными названиями. Ньюкомб описывал снижение вреда как концепцию: «Снижение вреда — это ряд прагматических стратегий, целью которых является установление контакта с потребителями наркотиков «на их территории» для предоставления им помощи, дабы сократить вред, связанный с употреблением наркотиков». По опыту своей работы в Мерсисайд, Великобритания, в 1988 году Ньюкомб и Пэрри формулируют некоторые базисные принципы практической работы по снижению вреда:

1. Профилактика ВИЧ/СПИД важнее, чем предотвращение употребления наркотиков, поскольку эта инфекция через наркозависимых угрожает общественному здоровью и национальной экономике.

2. Отлучение от наркотиков не должно быть целью наркослужб, поскольку значительное число лиц не могут от них отказаться в силу болезненной зависимости, и также значительное число лиц решительно настроены на образ жизни, включающий употребление наркотиков.
3. Подход, состоящий в снижении вреда, предусматривает, что со временем достижимой целью станет контролируемое и безвредное употребление наркотиков.

Ньюкомб и Пэрри утверждают, что «...самый эффективный способ минимизировать вредные последствия употребления наркотиков – это создание дружелюбной, располагающей атмосферы вокруг потребителей наркотиков и обеспечение доступа к необходимым службам».

Это означает, что обслуживание должно быть доступным, конфиденциальным, неформальным и уместным. Применение тактики снижения вреда включает в себя информирование и обучение по вопросам ВИЧ/СПИД, безопасного полового поведения, менее опасного употребления наркотиков и обеспечение иглами, шприцами, презервативами, дезинфектантами и необходимыми лекарствами, в том числе препаратами заместительной терапии, для поддержания здоровья и социального благополучия людей, зависимых от наркотиков, предоставление социальных услуг, адвокатиrowание прав ПИН.

С начала 90-х годов стратегия снижения вреда реализуется в Англии, Голландии, Австралии, некоторых штатах США. В 1995 году стратегия снижения вреда реализовывалась в 17 странах мира.

В 1995 году выходит ряд публикаций о теории Дуйсберга-Расника, известной также как гипотеза «Наркотик – СПИД». Согласно этой теории, причиной СПИД является не ВИЧ, а частое и бесконтрольное употребление наркотиков, которые по механизму своего действия на иммунную систему являются иммунодепрессантами. Под сомнение ставится также и целесообразность назначения антиретровирусных препаратов как средств, которые по причине своего токсически-иммунодепрессивного действия приближают СПИД и, следовательно, смерть от СПИД.

В 1998 г. 136 стран заявили о факте существования в этих

странах инъекционного употребления наркотиков. По сравнению с 1992 г., когда лишь 80 стран признавали такой факт, произошел значительный рост. Это свидетельствует о том, что инъекционный способ употребления наркотиков стал проникать в развивающиеся страны и страны, переживающие переходный этап экономического развития, где раньше об инъекционном употреблении наркотиков зачастую известно не было.

В настоящее время программа снижения вреда является единственным крупномасштабным и эффективным ответом на продолжающуюся эпидемию ВИЧ/СПИД. Ее практическое применение предусматривает разработку «иерархий риска» и стратегий их сокращения.

Так, с точки зрения вреда от инъекционного употребления наркотиков и угрозы ВИЧ/СПИД существует необходимость изменения мышления в пользу отказа от совместного использования инъекционного инструментария, как от угрожающего здоровью и жизни.

Для людей, употребляющих инъекционные наркотики, первым шагом в этом направлении должно стать установление контроля над дозой и частотой уколов, с последующим переходом на неинъекционные вещества.

Почти во всех странах мира принятие и широкое распространение модели снижения вреда было связано в первую очередь с эпидемией ВИЧ /СПИД среди потребителей наркотиков. Опыт профилактики эпидемии в этой группе показал, что именно этот подход является наиболее эффективным, прагматичным и экономически выгодным по сравнению с другими стратегиями (например, политикой нулевой терпимости, стигматизации и криминализации потребителей наркотиков). Именно в силу доказанной эффективности снижение вреда сейчас является лидирующей политикой профилактики ВИЧ и других вредных последствий, связанных с наркотиками, которая рекомендуется системой ООН и отдельными ее агентствами и принята на законодательном уровне во многих странах мира.

В Украине история развития программ снижения вреда начинается с 1995 г. Первым проектом снижения вреда в Украине по праву считается проект в г. Одессе, реализуемый

Одесским общественным движением «Вера. Надежда. Любовь», с 1997 г. На сегодняшний день проекты снижения вреда работают почти во всех регионах Украины.

По данным Украинского института социальных исследований (УИСИ), на начало 2003 года 73,3 % ПИН, участвующих в профилактических программах в Украине, при каждой новой инъекции пользовались чистым шприцем (в 1999 году — 55,7 %). Эту цифру можно было бы считать успехом, если бы не малая цифра охвата ПИН работой программ обмена шприцев: на начало 2003 года она составляет около 15 % от оценочного количества ПИН. Поэтому по-прежнему актуальным остается дальнейшее увеличение охвата ПИН программами снижения вреда в условиях закрытой наркосцены.

Кроме обмена игл и шприцев, важным фактором профилактики ВИЧ/СПИД в среде ПИН является пропаганда использования чистого инъекционного инструментария, которую должны проводить социальные работники программ снижения вреда. Это информирование о последствиях применения нестерильного инструментария: ВИЧ-инфекции, гепатитах В и С, тромбозах, флебитах, постинъекционных абсцессах. Пропаганда должна проводиться как устно, так и с использованием информационно-образовательных материалов.

Как справедливо заметил координатор программ снижения вреда в г. Полтаве 1999–2001 гг. Эдуард Спасов, «снижение вреда надо рассматривать как экологические мероприятия». Действительно, обмен шприцев и формирование у ПИН мотивации к покупке стерильного инструментария в аптеках должно сопровождаться напоминанием ПИН основных принципов общения людей («обращайся с людьми так, как ты хотел бы, чтобы обращались с тобой»), необходимости охраны окружающей среды и предотвращения риска укола других людей выброшенными или забытыми в общественных местах иглами.

Проводя информационно-образовательную работу, было бы полезным рассказывать ПИН о вреде инъекции как таковой, рассказывать им о том, что бесконтрольное применение инъекционных наркотиков может привести к иммунодефициту даже в том случае, если у человека нет ВИЧ. Таким образом, социальные работники будут готовить почву к пе-

реоценке ПИН того опасного образа жизни, который он ведет, что должно создать у него мотивацию к переходу на неинъекционные препараты или отказу от инъекционных наркотиков в будущем. Поэтому так важно предоставить ПИН доступ к эффективному лечению и реабилитации наркотической зависимости, программам заместительной терапии, поскольку одной из главных проблем у наркозависимых людей в Украине стало отсутствие выбора и отсутствие доступа к адекватному наркосервису.

Профилактическая работа в определенной местности должна учитывать особенности существующей «наркосцены». Если ПИН вашего города «отбивают» раствор наркотика кровью или забирают раствор из общей емкости своими шприцами, основной упор должен быть сделан на информационную работу, поясняющую риск такого поведения. Стерильный инъекционный инструментарий может в такой ситуации играть второстепенную (но все же очень важную) роль.

2.2. Что должны делать ПИН, чтобы сократить совместное использование инъекционного инструментария

Среда ПИН очень разнообразна. В ней, как и в человеческом обществе в целом, существует своя иерархия, свои проблемы, законы, установки, ценности и традиции. Одна из таких традиций — совместное употребление наркотиков. Часто при этом ПИН пользуются общими шприцами и иглами, общей посудой. Из-за совместного пользования инъекционным инструментарием у них возникает много проблем: абсцессы, тромбофлебит, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция. Как и все люди, ПИН имеют свое собственное отношение к проблемам, которые их касаются; как и любой человек, каждый ПИН — это личность, индивидуальность. Поэтому все, что мы будем излагать в данной главе ниже, не может быть универсальным советом для всех ПИН. Но мы полагаем, что этот материал может помочь привести к поиску решения

возникших проблем либо натолкнуть на размышления, которые в результате приведут к правильным действиям.

Для того чтобы ПИН могли избежать случаев совместного употребления инструментария, важно хорошо понимать и осознавать причины, по которым такое потребление может происходить. Подробнее остановимся на наиболее распространенных из них.

Большинство ПИН осознают опасность заражения, но, тем не менее, используют повторно шприцы, которыми до них пользовались другие люди. Среди факторов, способствующих совместному использованию инъекционного инструментария, можно выделить следующие:

- недостаточная информированность о путях передачи инфекций;
- невозможность купить или обменять шприц;
- недостаточное количество шприцев;
- уверенность в состоянии здоровья и надежности своего окружения;
- нежелание раскрывать статус ПИН;
- изолированность в замкнутой системе;
- некоторые не предвидят, что будут употреблять наркотики, и не запасаются шприцами впрок;
- совместное приобретение наркотиков;
- отсутствие безопасных мест для употребления;
- наличие абстинентного синдрома;
- расстройства ЦНС (психические заболевания);
- скрытая или явная склонность к суициду.

Практически все ПИН страдают от абстинентного синдрома. Вследствие этого, приобретая наркотик, они пытаются употребить его немедленно. Чувство опасности и страх заражения отступают, подавляются состоянием «ломки». Если среди этих людей найдется кто-либо, способный контроли-

ровать ситуацию, он может найти выход из нее. Хотя для этого зачастую требуются большие усилия, терпение и время.

Часто ПИН стремятся скрыть свое пагубное пристрастие к наркотикам от окружающих — родственников, соседей, сотрудников, преподавателей. Зачастую об их зависимости знают только те, с кем они совместно употребляют наркотики. И хотя круг знакомых достаточно ограничен, нередко эти люди попадают в ситуации, когда приходится пользоваться общим инструментарием. Кроме владения необходимыми знаниями о профилактике ВИЧ-инфекции, другими адекватными действиями в этом случае будут регулярное прохождение ПИН анализов на наличие заболеваний, передающихся инъекционным путем, а также ограничение круга лиц, с которыми они совместно употребляют наркотики.

Наличие в нашей стране жесткой законодательной базы в отношении наркоторговли — война между государством и

наркоторговцами — вынуждает последних в силу понятных причин соблюдать меры повышенной конспирации. Они становятся «труднодоступными» для ПИН, которые пытаются приобрести наркотики. В этих случаях многие ПИН, зачастую не имея достаточных средств для приобретения наркотиков (особенно в период «межсезонья», когда цены на «ширку» возрастают), ищут посредника, вхожего в среду дилеров. Сложная ситуация вынуждает приобретать наркотик в одном (общем) шприце. А отсутствие безопасных мест для употребления вынуждает ПИН принимать наркотики в самых неподходящих для этого условиях — в парадных, на детских площадках, в гаражах и т. п. В столь напряженной ситуации, стремясь избежать ареста, мало кто запасается шприцами впрок.

Некоторые из ПИН знают, что они больны (гепатитами В, С или инфицированы ВИЧ). Это порождает решение не защищаться от инфекций, передающихся инъекционным путем. Среди больных гепатитами и ВИЧ необходимо проводить разъяснительную работу, объясняющую, что повторное заражение ведет к прогрессированию и злокачественному течению болезней.

Пожалуй, самыми сложными факторами, способствующими совместному использованию ПИН инъекционного инструментария, являются расстройства ЦНС как следствие хронического употребления наркотиков, а также скрытая или явная склонность к суициду. Вероятность отказа от пользования чужими шприцами в данных случаях маловероятна, поскольку в первом случае наблюдаются интеллектуальные и эмоциональные расстройства, а также качественные расстройства личности ПИН, что делает неэффективной практически любую помощь. Но и в этом случае есть шанс остаться «здоровым», если рядом будет находиться ПИН — «спаса-

Со слов сына, он старался быть осторожным, чтобы ничего не подцепить, покупал шприцы в аптеке, никогда не использовал шприцы распространителей. Может быть, он меня успокаивал, да и себя тоже. Это сейчас работают пункты по обмену грязных шприцев, которые существенно уменьшают риск заболевания, а раньше этого не было, соответственно наркоманы пытались решить эту проблему самостоятельно. Хотя, как сказал мой сын, иногда настолько прижимает, что не думаешь ни о каких болезнях, поскорее бы уколется.

*Мама ПИН, член группы созависимых,
БФ «Новая семья»*

тель». Во втором случае существует, хотя и небольшой, шанс изменить ситуацию разъяснительной работой, которая будет более успешной, если ПИН проходил заместительную терапию или с ним работал психолог. Страх болезни и страх смерти могут повысить шанс остаться

«в живых».

Основной стратегией в работе с ПИН является распространение информации о ВИЧ-инфекции. Основные сведения по профилактике ВИЧ в нашей стране распространяются через медицинские учреждения, социальные службы и организации, работающие в области профилактики ВИЧ/СПИД, а также через СМИ. Однако зачастую подобная информация не доходит до тех ПИН, у которых ограничены или совершенно отсутствуют контакты с данными службами.

Наиболее эффективным каналом информации для ПИН на сегодняшний день можно считать программы профилактики ВИЧ среди

Несколько рекомендаций ПИН по менее опасному употреблению наркотиков

- Вы можете пользоваться одним жгутом для пережаривания вен, общим флаконом с дезраствором, но чтобы не заболеть ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом, никогда не пользуйтесь общими шприцами и иглами при употреблении наркотиков, даже если вам кажется, что вы уверены в каком-то человеке.
- Всегда имейте при себе одноразовый стерильный шприц или, если нет такой возможности, пользуйтесь только своим шприцем.
- Только в крайнем случае, если уже нет возможности приобрести чистые шприцы (негде купить, поздно, нет денег и т. д.) и под рукой не оказалось дезраствора, прокипятите шприц, но не менее 45 мин., поскольку вирус гепатита погибает только после длительного кипячения, в отличие от остальных вирусов.
- Строго соблюдайте правило: «бензин ваш — «машина» наша», «машину» и жену — никому не даю» — так вы сможете оградить себя от неприятных заболеваний.
- Не верьте мифам о том, что шприц можно промыть мочой или чаем и обеззаразить его, — прислушайтесь лучше к рекомендациям специалистов.

Метод дезинфекции использованных шприца и иглы 2 x 2 x 2

1. Дважды промойте шприц и иглу холодной водой, чтобы удалить остатки крови и предотвратить ее свертывание в шприце.
 2. Наберите дезинфицирующий раствор — 3 %-ный раствор хлорамина или 6 %-ный раствор перекиси водорода (две таблетки гидроперита на 200 мл воды), или 70 %-ный спирт — в шприц и выдержите 15 минут с последующим выпуском раствора через иглу. Процедуру повторите дважды.
 3. Дважды промойте шприц и иглу холодной водой.
- Информация с сайта:
<http://antiaids.pi.net.ua/library/aaf/hivnarc.exe>

Виктор Вырлан,
старший социальный работник Черновицкого
благотворительного фонда «Новая семья»

потребителей наркотиков, реализуемые неправительственными организациями. Как правило, такие программы объединяют в себе комплекс мероприятий от раздачи инъекционного инструментария до реабилитации и поэтому привлекательны для широкого круга ПИН.

Очень важным является желание и стремление самих ПИН поддерживать изменения в своем поведении. Необходимо поощрять эти стремления и давать возможность проявить людям те качества, которые способствуют таким изменениям. Самым адекватным действием в данном контексте можно считать вовлечение ПИН в аутрич-работу и волонтерскую деятельность, воспитание лидеров и наставников в среде наркопотребителей. Эффективность их работы гораздо выше, чем у работников здравоохранения и социальных работников других служб, весьма далеких от проблемы наркопотребления по причине непонимания реальных потребностей ПИН, и в большинстве случаев из-за нетолерантного, осуждающего к ним отношения.

Следует отметить, что разъяснительная информационная работа должна проводиться теми из ПИН, которые сами соблюдают правила «инъекционной гигиены». Необходимо объяснять, что еще до приобретения наркотика нужно запастись стерильным шприцем и спиртовой салфеткой для обработки места инъекции, или в самом крайнем случае использовать свой инъекционный инструмент повторно (это очень нежелательно, т. к. может привести к образованию абсцессов, но уберезет от заражения ВИЧ и гепатитами).

Следует также убеждать ПИН ни при каких обстоятельствах и никому не давать для пользования свой шприц, даже если они стопроцентно уверены в отсутствии заболеваний. ВИЧ-инфицированные и больные гепатитами обязательно должны сообщать о своем статусе тем, с кем они собираются употреблять наркотики совместно. Нам известны случаи, когда ВИЧ-позитивные люди попросту плавил свои шприцы при помощи обычных зажигалок.

Если же учесть, что ПИН в достаточной степени осознают риск, стремятся обезопасить себя от заражения, у них есть достаточная мотивация для изменения своего поведения, — то им нужна поддержка для закрепления устойчивого безо-

пасного поведения. Самым адекватным решением этой проблемы было бы предоставить возможность ПИН запастись необходимыми средствами профилактики впрок. Немаловажным является привлечение к распространению чистого инъекционного инструментария волонтеров из среды ПИН, поскольку они в силу личных причин стремятся попасть туда, где употребляют наркотики. Они могут проникнуть на «закрытую наркосцену», например в квартиры, к тем ПИН, которые в силу, предположим, тяжелого тромбоза не могут выходить на улицу и посещать пункты обмена шприцев.

Самый эффективный способ предотвращения передачи ВИЧ инъекционным путем — не колоться. Нелишне об этом напоминать и самим ПИН, мотивируя их на сокращение инъекций, в том числе совместных, на участие в реабилитационных программах с целью отказа от наркотиков.

Люди, решившие отказаться от наркотиков, часто попадают в ситуацию «срыва» и возврата к потреблению наркотиков. Если ПИН недостаточно уверен в том, что он не сможет остаться трезвым в определенной ситуации, лучше всего избегать таких ситуаций. Например, фактором, провоцирующим срыв, может быть визит в среду ПИН. Если визит в среду наркопотребителей запланирован или предусмотрен, обязательно необходимо иметь с собой свой шприц. Если же ситуация складывается самым неблагоприятным образом — помните, у вас всегда есть шанс не заболеть. Остановитесь, подумайте и не колитесь! Возможно, различные интерпретации этого совета будут полезны нынешним, бывшим ПИН и людям, склонным к потреблению наркотиков.

Размышления над данной проблемой вызывают ощущение, что в историях жизни отдельных индивидуумов очень четко прослеживается общий социокультурный мотив. Несмотря на очевидные различия между людьми, существуют определенные стереотипы рискованного поведения. Наше воспитание в духе «общежитий» и «надо делиться» привело к тому, что использование и одалживание чужих вещей, и не только шприцев, является нормой. Мы полагаем, что наиболее адекватным в данном случае будет воспитание новых поколений в духе личной ответственности и критического ин-

дивидуализма. До тех пор, пока мы не научимся говорить «это мое», «я за это отвечаю», жить по принципу «не бери чужое, не давай свое» и не испытывать при этом чувства неловкости и вины, бороться с ВИЧ и другими инфекциями будет нелегко.

2.3. Что могут делать близкие ПИН, чтобы те сокращали совместное использование инъекционного инструментария

Если вы столкнулись с проблемой употребления инъекционных наркотиков в вашей семье (сын, дочь, брат, и т. д.) или среди ваших друзей и любимых, не устраивайте скандалов, истерик, допросов и других методов «отчаянного перевоспитания», не отворачивайтесь от близкого вам человека. Если до этого у вас не было доверительных отношений, попытайтесь установить их. Сядьте со своим близким за «стол переговоров», побеседуйте в спокойной, доброжелательной атмосфере, попробуйте разобраться в причинах, которые привели к употреблению наркотиков, и определить условия, необходимые для того, чтобы близкий вам человек смог избавиться от наркотической зависимости.

Если вы использовали все методы (на ваш взгляд), чтобы помочь близкому человеку избавиться от зависимости и они не принесли должного результата, попробуйте хотя бы обезопасить его от возможного инфицирования гепатитами и ВИЧ. Для этого вам необходимо самим ознакомиться с описаниями болезней, передающихся инъекционным путем.

Если у близкого вам человека сформировалась стойкая потребность к употреблению наркотиков и развилась зависимость, попробуйте обсудить, как сделать употребление наркотиков наиболее безопасным в сложившихся условиях. Если это употребление инъекционных наркотиков, обсудите пути заражения различными инфекциями и методы профилактики, выработайте совместную стратегию: чем вы

можете помочь, чтобы ваш близкий избежал инфицирования. Но помните, что это не гарантирует полного соблюдения всех правил личной безопасности ПИН. Член вашей семьи находится в зависимости, т. е. он не может контролировать свои действия, поступки; он зависим от наркотика, от того состояния, в котором он в данный момент находится, поэтому постарайтесь отнестись к этому с пониманием, как и к тому, что не всегда будут соблюдаться достигнутые договоренности. Единственное, чем вы можете ему реально помочь, — это тем, что у него будет постоянно новый одноразовый шприц. Для этого вы должны узнать, какими шприцами пользуется ваш родственник, какие ему необходимы иглы, сколько раз в день он употребляет наркотик, что, помимо этого, ему нужно: спирт, вата, бинт и пр. Купите запас шприцев из расчета на неделю и положите так, чтобы они были доступны, независимо от того, дома вы или нет.

Установите контакт со службой снижения вреда в вашем городе. Ее специалисты всегда проконсультируют вас и помогут вам справиться с возникшими проблемами. В этой службе вы всегда сможете получить информацию о тех рисках, которым подвержен близкий вам человек, если он стал употреблять инъекционные наркотики.

Если у вас не получается наладить контакт с родным для вас человеком, который употребляет инъекционные наркотики, не расстраивайтесь: по данным психологов это обычное явление для 85% семей, в которых живут ПИН. В этом случае вам нужно придерживаться тактики «тайный друг». Для начала положите в свой почтовый ящик литературу, которая несет информацию о профилактике и способах защиты от вирусных инфекций, о способах передачи ВИЧ, вирусного гепатита, любую литературу, касающуюся наркотической зависимости. Это должно его (ее) заинтересовать. Попросите его (ее) забрать почту. Можно попробовать другие методы ненавязчивого оповещения: «забудьте случайно» литературу на кухне, в комнате на столе, но ни в коем случае не заставляйте читать ее, не навязывайте, это только оттолкнет, он (она) сам заинтересуется, когда будет в «нормальном» состоянии. Литературу вы можете

взять в любой организации, занимающейся профилактикой распространения ВИЧ/СПИД в вашем городе.

По тому же самому принципу можно поступить и со шприцами: возьмите по десять штук разных по объему шприцев (1, 2, 5, 10 мл), а также разного диаметра и длины игл (0,3; 0,4; 0,6; 0,7; 0,8), разорвите по одному и смешайте все вместе, сложите в пакет, положите в шкаф, сервант, любое доступное для ПИН место (при этом ничего ему не говоря, но с тем расчетом, чтоб он их нашел). Через несколько дней проведите «ревизию», узнайте, какой инструментарий у вашего родственника больше всего пользуется спросом, и время от времени пополняйте «НЗ». Кроме профилактики, это поможет вам сблизиться, найти «общий язык».

Помните, потребность выговориться рано или поздно возникает в жизни каждого человека. Главное — чтобы вы могли и умели выслушать. Это очень важно для того, чтобы вступить в диалог и оказать вашему родственнику или близкому помощь в сохранении его здоровья.

Каждый родитель уникален во взаимоотношении со своим ребенком. И к каждому родителю должен быть отдельный подход. Тем не менее частое общение с семьями ПИН наталкивает на мысль о существовании некоторых типажей родителей. Приведем несколько примеров.

Тип 1. «Родитель-одиночка»

Как правило, это человек, который в силу жизненных обстоятельств остался один, с единственным «ребенком» (которому уже от 25 до 40 лет). Для него в жизни никого и ничего не осталось, кроме любимого «дита» и заботы о нем. Родитель не может смириться с мыслью, что его любимое «дитя» уже взрослое, и продолжает его всячески опекать, делать за него работу, тем самым не давая развиваться «ребенку» самому. Этими своими действиями, даже не подозревая, он лишает его возможности самореализовываться, возрастать интеллектуально и духовно. Вместо того чтобы научить его самостоятельно справляться с возникающими порой жизненными трудностями и преодолевать их, родитель сам выполняет за него эту работу, ставя тем самым его в зависимость от себя. И такие дети, как правило, легко поддаются влиянию извне. Не имея жизненного опыта и знаний, слабо ориентируясь в окружающей обстановке, они чаще всего попадают в различные истории и становятся жертвами наркотика. На первых порах им кажется, что благодаря наркотику они обрели личностную свободу, свободу от опеки родителя, и только «войдя в систему» понимают, во что вляпались.

Родитель замечает, что с «ребенком» что-то происходит, но не может понять что именно, а когда узнает (обычно когда ребенок уже в «глухой системе»), не знает, как и чем он может ему помочь. Единственную возможность родители видят в обращении в больницу, но проходит некоторое время после снятия «ломки» (обычно очень короткое), и «дитя» снова возвращается в «систему».

После нескольких неудавшихся попыток (ввиду материального или физического кризиса) родитель смиряется с «болезнью ребенка», не понимая, что он стал «соза-

висимым». Вначале, чтобы утаить свою беду от соседей или близких, они скрывают факт болезни, но рано или поздно все «выплывает» наружу (чаще всего когда в это дело уже вмешиваются правоохранительные органы).

Когда такой родитель обращается за помощью (обычно он приходит один), следует ему объяснить, что присутствие его «ребенка» просто необходимо и обязательно, хотя бы для того, чтобы установить, хочет ли сам ребенок выйти из «наркотической зависимости», и что без его согласия (добровольного) лечение просто невозможно. Очень важно объяснить, что это за болезнь (коварная и прогрессирующая), и что, как следствие, вы больны оба, т. е. «ребенок» страдает зависимостью, а родитель является «созависимым». Необходимо объяснить, что процесс требует длительного лечения, и развеять миф о возможности моментального излечения, что только проходя вдвоем курс реабилитации и соблюдая все рекомендации, они смогут добиться положительного результата. В этом случае очень важно все аргументировать, потому что у родителя, как правило, уже сформировался комплекс «полного» отрицания болезни, и только компетентность вашего психолога поможет вам убедить родителя в необходимости комплексного лечения.

Предложите родителю посетить собрания групп взаимопомощи анонимных наркоманов, объясните цель и важность участия в них, приведите примеры положительных результатов. В этом случае сыграет большую роль, если во время беседы или после нее подключится кто-нибудь из родителей, находящихся «в программе» выздоровления. Рассказ непосредственного участника сыграет в данном случае очень важную роль. Дайте родителю почитать литературу «Для созависимых родителей» (лучше с собой), направьте на консультацию к наркологу или психологу, работающему с группой созависимых.

Если «родитель» после первого разговора с вами «пропал» и не появляется, не расстраивайтесь — все идет по плану. Через некоторое время он снова обратится, просто ему нужно некоторое время, чтобы на собственном опыте убедиться в правильности ваших аргументов.

Тип 2. «Родственники-гастролеры»

Эти родители ввиду материальных затруднений и отсутствия возможности заработать у себя «дома» находятся на работе за рубежом. Приехав в очередной отпуск или по вызову «опекуна», они обнаруживают, что их ребенок находится в наркотической зависимости. Они его срочно госпитализируют, снимают абстинентный синдром и с чувством выполненного долга отправляются обратно «на заработки». Поэкспериментировав таким образом несколько раз, родители приходят к выводу, что это не действует, и по совету друзей, знакомых или благодаря нашей рекламе обращаются к нам за помощью.

В случае обращения к вам за помощью родителей-«гастролеров» необходимо дать им правильную и полезную консультацию, объяснить, что деньги в решении проблемы зависимости играют самую последнюю роль. То, что их дитя «влезло в болото», — это результат пустого пространства, образовавшегося в связи с недостатком внимания со стороны родителей. Замена родительского тепла «дежурным переводом» предоставила наркотику свободу действий. Вам нужно объяснить им природу этого заблуждения, объяснить, что в результате «инфекции наркотика» в зависимости есть не только ребенок, но и они сами (созависимость).

Выясните, на какой срок они приехали, кто является «опекуном» их ребенка, что они предпринимали в качестве «терапии», кроме больницы (наркодиспансера), какой срок ремиссии был самым длительным после детокса (это надо для того, чтобы определить, насколько «запущена» болезнь).

При работе с родителями и ПИН выясните, хочет ли сам зависимый «лечиться», в противном случае это будет еще одна «вынужденная ремиссия».

Желательно, чтобы разговор происходил в присутствии обеих сторон, потому что при отсутствии «зависимого» информация будет искажена и, как правило, не все ва-

ши рекомендации достигнут результата. Договоритесь сразу, что разговор будет откровенный и что «дальше вас он не уйдет».

Вместе обсудите все последствия, связанные с употреблением наркотиков: нищета (как духовная так и материальная), болезни (от гепатита до СПИД, с возможностью остаться без руки, ноги) и смерть (от передозировки, сепсиса, туберкулеза, сведения счетов за долги и т. д.), высокая вероятность оказаться в местах лишения свободы. Как альтернативу предложите несколько вариантов лечения (в зависимости от срока потребления и количества потребляемых наркотиков).

Один из вариантов — лечение в реабилитационном центре. Предложите всю информацию о РЦ, какой вы владеете, расскажите о методиках, какие они практикуют (христианские, Программа «12 шагов», система «Монар» и пр.), подберите оптимальный вариант. Порекомендуйте центры, которые практикуют постреабилитационную поддержку (адаптацию). Одно условие непременно: чтобы выбор сделал сам «подопечный», чтобы впоследствии не было нареканий: «Я хотел в другую программу, поэтому ушел из центра».

Объясните доступно, для чего и почему необходима реабилитация, аргументация всех ваших доводов поможет впоследствии избежать многих ошибок, даст возможность клиентам самим убедиться в их достоверности.

Виктор Вырлан,

*старший социальный работник Черновицкого
благотворительного фонда «Новая семья»*

2.4. Что могут делать медицинские работники, чтобы потребители инъекционных наркотиков сокращали совместное использование инъекционного инструментария

Медицинские работники будут делать ту работу, которая входит в их функциональные обязанности. Сложившиеся реалии характеризуются целым рядом проблем, затрудняющих оказание наркозависимым той помощи, в которой они нуждаются. К ним, прежде всего, относятся низкая мотивированность медицинских работников к работе со стигматизированной группой наркозависимых и отсутствие традиции при оказании помощи ориентироваться на потребности клиента; загруженность различного рода бюрократической деятельностью, которая по сути не является лечебно-профилактической (качество медицинского обслуживания зачастую оценивается по документам).

Работу, направленную на профилактику распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков, в настоя-

щее время осуществляют медицинские работники общей лечебной сети и специализированных лечебных учреждений. Это наркологи, фтизиатры, венерологи, инфекционисты, медицинские работники хирургических кабинетов, поликлиник, центров профилактики и борьбы со СПИД, областных центров здоровья. Их возможности достаточно ограничены, поскольку, как известно, ПИН чаще всего посещают лечебные учреждения лишь при крайней необходимости, например в качестве клиентов «скорой помощи».

Сокращение совместного использования инъекционного инструментария — одна из действенных мер, реально снижающая уровень инфицированности населения вирусом иммунодефицита. Несмотря на возрастающий процент лиц, инфицированных половым путем, инъекционный путь пока остается ведущим.

Основные принципы работы сотрудников лечебных учреждений, направленной на сокращение использования совместного инъекционного инструментария ПИН, совпадают с общими принципами профилактики распространения ВИЧ-инфекции:

1. Информационно-образовательная работа: беседы, консультирование, информирование, снабжение информационно-образовательными материалами.
2. Снижение порога доступности служб здравоохранения для потребителей наркотиков.
3. Обеспечение ПИН стерильными шприцами и дезинфицирующими средствами.

Информационно-образовательная работа

Информационная работа должна быть ориентирована как на широкие слои населения, так и на самих ПИН. Проведение информационно-образовательной работы среди населения входит в функциональные обязанности всех медицинских работников, независимо от профиля их работы. В медицинских учреждениях такой вид работы называют санитарно-просветительной, а также медико-гигиенической или профильной медико-гигиенической пропагандой, подчеркивая, что профильные специалисты осуществляют подобную работу по своему профилю.

В то же время, ввиду особой опасности ВИЧ-инфекции, затрагивающей практически все медицинские службы, теоретически в стороне от проблемы профилактики ВИЧ/СПИД не остается ни один специалист, будь то терапевт или невропатолог.

Медицинские работники должны использовать все основные формы проведения информационной работы:

- Лекции, которые могут проводиться как непосредственно в лечебном учреждении, так и в организованных коллективах населенных пунктов.
- Беседы с больными и консультирование во время лабораторного обследования и стационарного или амбулаторного обслуживания.
- Школы для выздоравливающих стационарных больных (вид работы, заключающийся в проведении одного из видов санитарно-просветительной работы в стационаре). Обычно это лекция или беседа. Проводится по графику в стационарных отделениях больниц (зачастую не проводится вообще). В принципе, это довольно неплохой вид работы, больные охотно участвуют в нем, поскольку вечером откровенно скучают, и, кроме того, это дает возможность непосредственно побеседовать с врачом.
- Малые формы санитарно-просветительной работы: издание книжек небольшого объема, бюллетеней различной тематики, оформление уголков здоровья, распространение среди больных буклетов, листовок различного содержания. Уже в коридоре диспансерного отделения ПИН должен натолкнуться на информацию об опасности совместного использования инъекционного инструментария. На приеме врач должен довести эту информацию до пациента. Она должна повторяться в разных вариациях неоднократно и при повторных посещениях.

Следует сказать, что в советский период малым формам санитарно-просветительной работы уделялось достаточное внимание. Буклеты, листовки профилактического содержания, которые издавались централизованно, поступали в областные дома санитарного просвещения (ныне областные центры здоровья), откуда распространялись по лечебно-профилактическим учреждениям области. Ныне лечебно-

профилактические учреждения часто используют буклеты, изданные неправительственными организациями. Сил и средств для выпуска подобной продукции в большинстве лечебных учреждений просто не хватает.

В случае личного контакта врача с ПИН в связи с обращением в поликлинику, вызовом врача на дом, поступления ПИН в стационар по поводу заболеваний, не связанных с наркозависимостью, важно установить доверительные отношения с пациентом. После установления контакта с потребителем наркотиков начинается собственно информирование по вопросам менее опасного поведения, в том числе и вопросам использования инъекционного оборудования.

Успех проводимой работы будет зависеть от:

1. Знания предмета самим медицинским работником. Это позволит ему не только интересно и быстро осветить ту или иную тему, ответить на подчас довольно каверзные вопросы клиентов, но и мотивировать клиента на повторное посещение врача.
2. Суммарной продолжительности контакта медицинского работника и клиента. Проводившиеся исследования в области эффективности того или иного вида терапии психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ показали весьма любопытную вещь. Оказалось, что эффективность лечения зависит не столько от вида проводимой терапии (психотерапия, терапевтические сообщества, медикаментозная терапия и т. д.), сколько от продолжительности нахождения наркозависимого в той или иной терапевтической программе. По сути, человек, систематически получая определенную, пусть даже и порционно, информацию, программируется на определенный стиль поведения, тот или иной вид реагирования на кризисные ситуации. Особенно восприимчивы к подобного рода информации подростки, люди молодого возраста. Актуальность изложенного выше определяется тем, что приобщение к употреблению наркотических веществ происходит именно в молодом возрасте.

В случае обращения ПИН к врачу по поводу желания избавиться от зависимости последний должен обладать необходимой информацией для первого контакта и направления

больного к специалистам в области лечения зависимостей и реабилитации.

Успешному контакту врача с ПИН часто предшествует его встреча с родителями пациента. (О характерных типах родительского поведения при обнаружении у ребенка зависимости от наркотиков вы можете прочитать в предыдущей главе.)

Предоставление потребителям наркотиков информации о различных видах лечения не должно носить рекламного характера, но должно объективно представлять плюсы и минусы проведения различных видов терапии для потребителя наркотиков, в том числе и о таком новом для страны виде лечения, как заместительная терапия.

Все перечисленные выше формы проведения санитарно-просветительной (информационной) работы должны использоваться для должного осведомления всего населения, потребителей наркотиков, их родственников в отношении риска инфицирования ВИЧ, роли программ снижения вреда в работе по профилактике ВИЧ/СПИД и, в частности, опасности совместного использования инъекционного инструментария.

Снижение порога доступности служб здравоохранения для потребителей наркотиков

Порог доступности служб здравоохранения для населения находится в прямой зависимости от финансовых ресурсов, которые выделяются государством на здравоохранение, и наличия определенной модели системы оказания медицинской помощи. Убогое финансирование здравоохранения в стране делает невозможным внедрение ни одной из четырех существующих в мире моделей медицинского обслуживания населения, и потому речь о пороге доступности медицинских услуг для населения вообще не идет (поскольку порог доступности обеспечивается реально действующей моделью системы здравоохранения).

Одним из способов обеспечения индивидуального подхода к лечению ПИН и формированию у них приверженности к лечению является социальная работа медицинского учреждения.

В штатном расписании областных наркологических диспансеров есть должности медицинских сестер социальной помощи, в обязанности которых входит посещение пациен-

тов, состоящих на диспансерном учете, на дому. Цель посещения (патронажа) ПИН – выяснение состояния здоровья пациента, его социального окружения, материально-бытовых условий, оказание помощи при трудоустройстве и социальной реабилитации. По целому ряду причин в настоящее время работа патронажных медицинских сестер свелась к получению информации о том, употребляет ли больной психоактивные вещества, о его семейном положении и месте работы.

Интересы охраны здоровья населения требуют пересмотра содержания работы государственных медицинских учреждений, работающих в сфере профилактики и лечения наркомании и ВИЧ/СПИД, штатных расписаний и функциональных обязанностей работников медицинских и социальных служб.

При посещении ПИН на дому медицинской сестрой или социальным работником должна быть представлена информация, облегчающая потребителю первые шаги по своей социальной реабилитации:

- о возможности пройти бесплатное обследование на туберкулез, ВИЧ, вирусные гепатиты (конкретные учреждения, часы работы, ФИО врачей, выделенных администрацией для проведения этой работы);
- о наиболее значимых для ПИН медицинских учреждениях с перечнем услуг, которые ими предоставляются;
- информация о НПО и о той помощи, которую они могут оказать ПИН;
- информация о новых методах лечения наркозависимости, ИППП, других заболеваний;
- предоставление ПИН малой печатной продукции с информацией о различных аспектах снижения вреда и сохранения здоровья.

Обеспечение потребителей инъекционных наркотиков стерильными шприцами и дезинфицирующими средствами

Обеспечение ПИН стерильными шприцами и дезинфицирующими средствами медицинскими работниками является проблематичным не только в связи с явно недостаточным

финансированием учреждений здравоохранения, но и, зачастую, невысокой эффективностью этой работы при развертывании проектов снижения вреда на базе государственных медицинских учреждений. Обмен шприцев потребителям наркотиков в стенах медицинских учреждений затруднен по целому ряду причин: организационных, санитарно-противоэпидемических, штатных. Через пункты обмена шприцев служб «Доверие», расположенных на базе областных центров социальных служб для молодежи, также распространяется очень малое количество шприцев и игл.

Опыт показывает, что обеспечение ПИН стерильными шприцами и дезинфицирующими средствами наиболее эффективно проводится НПО, реализующими проекты снижения вреда.

Резюме

Медицинские работники могут проводить работу, направленную на снижение совместного использования инъекционного инструментария ПИН, на амбулаторном приеме и во время стационарного лечения, при проведении патронажа медицинскими и социальными работниками.

Для этого необходимо, чтобы медицинский персонал знал основные принципы программы снижения вреда от употребления наркотиков и понимал значение и необходимость их проведения для сдерживания эпидемии ВИЧ/СПИД среди всего населения. Пока же основная масса врачей и медицинских сестер имеет весьма туманное представление о принципах снижения вреда и необходимости внедрения их в ежедневную практику работы с пациентами – активными потребителями наркотических веществ.

Кроме того, многие медицинские работники по-прежнему нетерпимо относятся к потребителям наркотиков, а без изменения отношения – с осуждающего на толерантное – вряд ли придется ожидать от них заинтересованности в проведении эффективной профилактической работы и оказания ПИН качественной медицинской помощи.

Поскольку повышение качества жизни людей – профессиональная обязанность медицинских работников, это является достаточным основанием для их участия в работе, на-

правленной на мотивирование ПИН к отказу от совместного использования инъекционного инструментария как непременного условия повышения качества жизни зависимых.

Реально влиять на существующую практику совместного использования инъекционного оборудования ПИН в настоящих условиях медработник может, активно участвуя в санитарно-просветительной, или информационной работе, формы и методы которой были описаны выше.

2.5. Как НПО могут способствовать сокращению совместного использования инъекционного оборудования ПИН

Наличие в городе работающей программы обмена шприцев само по себе может являться для ПИН информацией о том, что проблема риска заражения ВИЧ/СПИД при употреблении наркотиков касается каждого из них, а не существует где-то далеко. Это является мотивацией к тому, чтобы они прекратили или сократили использование совместного инструментария для приготовления и введения наркотиков, сократили частоту инъекций или же вообще воздержались от наркотиков. Однако для того, чтобы изменения в поведении ПИН носили не случайный, а масштабный характер, необходимо создание эффективной рабочей модели изменения поведения ПИН в условиях сложившейся в данном городе наркосцены и особенностей употребления наркотиков, исходя из данных оценки ситуации.

Основная задача, на которую направлена работа проекта обмена шприцев, — добиться того, чтобы ПИН использовали для инъекций только свои одноразовые шприцы. Попробуем разобраться, что для этого можно сделать силами НПО, осуществляющей проект снижения вреда в конкретном городе.

Чем выше охват ПИН профилактической программой и качество проводимой информационной работы, тем в большей степени полученные ими знания трансформируются в менее опасное поведение.

Для эффективного охвата необходимо создать оптимальный доступ к стерильному инъекционному инстру-

ментарии на разных этапах работы для различных групп сообщества ПИН. На начальном этапе работы все силы проекта должны быть направлены на аутрич-работу и информирование ПИН о целях проекта и о возможностях, которые предоставляются проектом.

Целью первого этапа работы НПО является достижение доверия ПИН и их максимальный охват, исходя из возможностей аутрич-составляющей проекта. На первом этапе работы должно осуществляться мотивирование ПИН к регулярному посещению пунктов обмена шприцев.

Задача второго этапа — обеспечить стабильное обращение ПИН на пункты обмена (как стационарные, так и полевые и мобильные). Без выполнения этой задачи становится невозможным выполнение задачи третьего этапа, которой является охват новых ПИН, в том числе из труднодоступных групп сообщества, путем дальнейшего расширения аутрич-работы. При этом клиенты, длительное время участвующие в проекте и привыкшие использовать для инъекций стерильный инструментарий, начинают приобретать стерильные шприцы самостоятельно в случаях, когда по каким-либо своим причинам не могут посетить пункт обмена.

В г. Сумы в рамках проекта снижения вреда, реализуемого Благотворительным фондом «Шаг навстречу», с сентября 2000-го по январь 2001 г. функционировали 3 мобильных пункта обмена шприцев. Мобильные пункты работали на начальном этапе реализации проекта с целью максимально охватить территорию города. Их задачей было информирование как можно большего количества ПИН о работе проекта для того, чтобы в дальнейшем привлечь их к регулярному посещению полевых и стационарных пунктов обмена. Работу мобильных пунктов обеспечивал руководитель группы социальных работников, посещающая места скопления ПИН в разных частях города. Его проводником в эту среду служил активный ПИН — социальный работник проекта. Такие пункты сыграли положительную роль в достижении значительного охвата целевой группы в г. Сумы.

Исходя из местных особенностей, в проекте должны быть сбалансированы различные формы обмена шприцев — стационарные, полевые и мобильные пункты, а также вторичный обмен для труднодоступных групп ПИН. Причем актив-

ное развитие практики вторичного обмена и работы сети волонтеров допустимо только на третьем этапе работы проекта, когда сформирована практика обращений ПИН на пункты обмена. Преобладание вторичного обмена на начальных этапах приведет к торможению эффективной работы проекта в целом, что, в частности, связано с ограниченными физическими возможностями аутрич-работников (т. к. каждый из них может обслуживать с помощью вторичного обмена не более 10–15 ПИН).

В Украине наиболее распространена практика группового употребления наркотиков. Поэтому целесообразным является заручиться поддержкой лидеров из числа ПИН, которые могут сыграть важную роль как в привлечении на пункты обмена новых клиентов, так и при необходимости осуществлять вторичный обмен и информационно-образовательную работу в своих группах, увеличивая степень косвенного охвата ПИН. Для тех ПИН, которые не изготавливают наркотик самостоятельно и приобретают готовый раствор в шприце, важным является обеспечение стерильными шприцами на этом уровне.

Для обеспечения доступности стерильных шприцев для целевой группы необходимо добиться **оптимального расположения пунктов обмена и графика их работы**. Хорошо посещаются пункты, расположенные в местах наибольшего сосредоточения ПИН. При выборе локализации и часов работы полевых пунктов обмена необходимо прислушиваться к пожеланиям потребителей, советам лидеров сообщества. Нецелесообразно располагать два полевых пункта недалеко друг от друга. Желательно разместить пункты так, чтобы добиться максимального покрытия территории города.

Важную роль в том, насколько часто ПИН станут приходить на пункты обмена и использовать для инъекций свой новый шприц, играют **качество выдаваемых шприцев, их достаточное количество и достаточный ассортимент шприцев** всех необходимых объемов. При подборе фирмы-производителя шприцев прежде всего должны учитываться пожелания ПИН. Так, в г. Сумы наибольшим спросом и одобрением среди клиентов проекта пользуются шприцы фирмы BD. Следует учитывать, что даже шприцы, которые считаются качественными при проведении медицинских мани-

пуляций, могут оказаться непригодными для ПИН в связи с особенностями самого наркотика и его введения. Важно также, чтобы ПИН получали такое количество шприцев, в котором они нуждаются. Например, среди клиентов проекта г. Сумы определено, что их среднесуточная потребность составляет 3 шприца в день. Следует позаботиться о том, чтобы в ассортименте были шприцы всех объемов, необходимых ПИН: 1, 2, 5, 10, 20 мл. Соотношение количества необходимых шприцев разных объемов определяется в ходе работы. Как правило, наибольшим спросом среди клиентов, употребляющих опиаты домашнего приготовления (т. н. «ширка»), пользуются шприцы объемом 5 мл. ПИН, употребляющие производные эфедрина, нуждаются в шприцах больших объемов – 10 и 20 мл. Шприцы объемом до 2 мл нужны ПИН, потребляющим героин или небольшие дозы опиатов, чаще это начинающие и «молодые» ПИН. Однограммовые шприцы (инсулиновые) часто популярны из-за тонких иголок, которые ПИН используют для введения наркотика в мелкие вены кистей и ног. Причем в зависимости от состояния сосудов для одних ПИН подходят инсулиновые шприцы с более тонкими, а для других – с более толстыми иглами. Поскольку для большинства ПИН, берущих на пунктах обмена инсулиновые шприцы, ценность представляет не сам шприц, а игла, проекту имеет смысл закупить определенное количество таких игл без шприцев. Таким образом, будут максимально удовлетворены потребности в инъекционной инструментации всех ПИН.

Изъятие из оборота использованных шприцев необходимо именно затем, чтобы потребители наркотиков пользовались своими стерильными шприцами для инъекций. Необходимо с самого начала наладить работу так, чтобы на пунктах осуществлялась не выдача, а обмен шприцев. Так, в г. Сумы обмен шприцев производится в соотношении 1:1 на 1 посещение. Если количество возвращенных потребителем использованных шприцев превышает 5 шт., ПИН получает 1 стерильный шприц за 2 возвращенных использованных. Это соотношение может варьировать в различных проектах. Некоторые придерживаются мнения, что ПИН нужно давать возможность запасаться шприцами впрок и придерживаются более либеральной

«политики обмена». Социальные работники Сумского благотворительного фонда «Шаг навстречу» заметили, что ПИН, участвующие в проекте длительное время, иногда возвращают использованные шприцы, отличающиеся от выдаваемых им на пунктах обмена. Дело в том, что в результате участия в проекте они уже приобрели навыки использовать стерильный шприц для каждой инъекции. Теперь, если по каким-то своим причинам они не могут посетить пункт обмена, они приобретают стерильный шприц в аптеке. Это является положительным моментом и говорит об их достаточной мотивации к использованию стерильного инъекционного инструментария.

Одним из обязательных звеньев профилактической работы среди ПИН, направленной на снижение практики использования общего инструментария для инъекций, является хорошо налаженная **информационно-образовательная работа**. Для этого среди ПИН распространяется литература (брошюры, буклеты, листовки и т. д.), объясняющая, как снизить риск инфицирования ВИЧ и парентеральными вирусными гепатитами, мотивирующая ПИН к использованию для инъекций стерильных шприцев и игл. Желательно, чтобы эта литература была красочной, иллюстрированной, написанной на доступном и понятном для них языке, привлекательной для чтения. Кроме того, работники пунктов обмена должны устно консультировать клиентов по этим вопросам, особое внимание уделяя первичным посетителям пунктов обмена. Эффективным является проведение тренингов на темы профилактики ВИЧ/СПИД и менее опасного поведения для ПИН.

Обязательными условиями являются **анонимность, конфиденциальность и ощущение безопасности**. ПИН должны быть уверены в том, что их визиты на пункт не грозят для них никакими осложнениями, связанными как с фактом употребления наркотиков, так и, возможно, с их положительным ВИЧ-статусом. Кроме этого, важно добиться, чтобы при посещении пунктов обмена ПИН не опасались быть задержанными сотрудниками правоохранительных органов из-за факта своего участия в проекте. Это достигается путем взаимодействия и разъяснительной работы с руководителями силовых структур, а также проведением тренингов для младшего милицейского состава.

Чтобы сделать посещение пунктов обмена шприцев более привлекательным для клиентов, необходимо **по возможности расширить спектр услуг**, которые ПИН может получить непосредственно на пункте или в результате его посещения. Это могут быть различные стимулы, к примеру, медикаменты, витамины, перевязочные средства, возможность получить консультацию психолога, врача, юриста, бесплатно и анонимно пройти обследование на ВИЧ, вирусные гепатиты, венерические заболевания, получить направление на лечение от наркозависимости и др.

Кроме перечисленных аспектов, большое значение в желании потребителей инъекционных наркотиков приходиться на пункты является **психологический климат** на пунктах обмена. Важно, чтобы социальные работники общались с посетителями пунктов радушно, дружелюбно, доброжелательно, чтобы ПИН чувствовали, что они не встретят на пункте осуждения, а, напротив, найдут сочувствие, понимание и поддержку. Как показывает практика, если на пунктах обмена царит теплый психологический климат, ПИН охотно посещают их. При этом часто стимулом к посещению служит даже не потребность в чистом шприце, который еще есть в наличии, а желание пообщаться с социальными работниками и психологом проекта. Психолог проекта снижения вреда Сумского благотворительного фонда «Шаг навстречу» разработала анкету «Психологический климат клиентов проекта» и провела соответствующее анкетирование на полевых пунктах обмена шприцев. Из опрошенных ПИН 72,5 % отметили, что в момент посещения пункта обмена у них доброжелательное настроение, 17,5 – напряженное, 10 % (8 чел.) – раздраженное, поскольку у них есть важные нерешенные проблемы. Этот факт показывает, что на пунктах обмена шприцев сложилась доброжелательная атмосфера, и клиенты находят там, кроме материальной помощи, еще и моральную поддержку.

Как показал опыт работы Благотворительного фонда «Шаг навстречу» в сфере профилактики ВИЧ среди ПИН, участие их в подобном проекте при правильно и комплексно проводимой работе влияет не только на то, насколько безопасно они будут себя вести в отношении инфицирования ВИЧ/СПИД.

Места для более безопасного употребления наркотиков

Места (или комнаты) для более безопасного употребления наркотиков являются логичным следующим шагом после обмена шприцев и обеспечивают постоянную безопасную обстановку, в которой ПИН могут употреблять наркотики, используя чистый инструментарий и пребывая под наблюдением врачей. Целью таких мест является снижение небезопасного употребления инъекционных наркотиков, профилактика передозировок, абсцессов и инфекций, передающихся через кровь. Они должны быть интегрированными с рядом других услуг (информирование, консультирование, базовый уход за здоровьем, кафе, приют) и связанными с программами лечения и реабилитации.

Места для безопасных инъекций существуют в Швейцарии, Германии, Голландии и Австрии, как правило, они финансируются НПО и частично правительством. Мнения о них противоречивы, поскольку их можно рассматривать как полное санкционирование инъекционного потребления наркотиков. Тем не менее они соблюдают строгие правила, среди которых:

- ПИН предоставляется только инъекционный инструментарий - клиенты приносят свои наркотики и не имеют права продавать или делиться наркотиками/инструментарием в этих помещениях;
- персонал НПО не вводит наркотик клиентам;
- клиентами этих учреждений не могут быть желающие употребить наркотик в первый раз.

Повышая безопасность инъекции, такие места могут также быть первым шагом к контролируемому употреблению наркотиков, поскольку посещение определенного места для введения инъекции и соблюдение определенных правил уже является некоторым видом контроля со стороны клиента. Опыт работы таких комнат в других странах свидетельствует о том, что для значительного количества клиентов они стали мостиками к лечению и реабилитации.

Регулярно посещая пункты обмена, беседуя с работниками проекта, встречая их теплое отношение, получая информацию о риске заражения ВИЧ-инфекцией при употреблении наркотиков и других осложнениях, ПИН получают мотивацию к дальнейшему изменению своего поведения. Многие из них стараются сократить частоту инъекций или даже совсем отказаться от употребления инъекционных наркотиков. При анкетировании ПИН — клиентов проекта в г. Сумы, проведенном в 2002 году Украинским институтом социальных исследований, 50 % опрошенных ПИН ответили, что в результате участия в проекте обмена шприцев они стали внимательнее относиться к своему здоровью, 26 % — сказали, что уменьшили употребление наркотиков инъекционным путем. Многие ПИН за время участия в проекте делали неоднократные попытки избавиться от наркотической зависимости как самостоятельно, так и путем лечения в наркологическом диспансере, обращения в религиозные организации и т. п. Однако для того, чтобы подобные стремления ПИН стали успешными, одной программы обмена шприцев недостаточно. Необходим комплексный подход, с наличием полноценных реабилитационных программ, замести-

тельной терапии, групп взаимоподдержки, программ социального сопровождения и социальной помощи.

Отдельное внимание следует уделить **работе НПО с милицией**. Работающим в проектах снижения вреда на местах необходимо добиваться соглашений о сотрудничестве с правоохранительными органами с целью обеспечения безопасности ПИН. Важно, чтобы ПИН, попадающие в милицию, имели при себе удостоверение участника программы обмена шприцев. Факт наличия такого удостоверения и факт предварительной договоренности о сотрудничестве между участниками проекта снижения вреда и милицией может помочь ПИН получить доступ к медицинской и, что очень важно, юридической помощи. Как минимум, социальные работники снижения вреда могут объяснить милиционерам, как следует вести себя с такими задержанными. Также важно, чтобы в отделениях милиции, включая и КПЗ, были размещены информационные стенды, рассказывающие о ВИЧ/СПИД, парентеральных гепатитах, ИППП, наркомании. Это будет полезно и самим сотрудникам милиции, чей уровень знаний о ВИЧ/СПИД остается низким. Заинтересованность сотрудников милиции в совместной работе можно повысить проведением для личного состава милиции регулярных лекций, информационных акций и тренинговых занятий по профилактике инфицирования ВИЧ при выполнении служебных обязанностей, по профилактике заболеваний, передающихся половым путем, по проблемам нравственности и гуманного отношения к ПИН.

Из книги отзывов клиентов программы обмена шприцев (БФ «Анти-СПИД», Полтава)

Я двадцать лет в «системе». Мы чувствовали себя хозяевами жизни. «Ширка» меня одолела, пустота без нее оказалась непереносимой. Чувство кайфа, чувство обладания миром исчезло навсегда. Появилась тяжелая, липкая зависимость. Начал воровать, искать деньги на «дрянь», сел в тюрьму. Отсидел пять лет. Вышел. Никому не нужен. Злой и больной. Опять стал воровать. Денег даже на «баяны» не хватало. Доза была 20 кубов: 6–7 вмазок в день. Знакомая мне сказала, что есть пункт, где «баяны» выдают в обмен на польвованные. В первый же день мне выдали направление провериться на ВИЧ. Эта беда у меня оказалась. Но ничего, с ВИЧ я уже смирился. Для меня важно то, что благодаря работникам из «Анти-СПИД» я вылечил свои абсцессы и язвы, получаю витамины для лечения туберкулеза и не трачу денег на «баяны». Хочу передать огромное спасибо тем, кто придумал такое нужное дело для нас, наркоманов. Все от нас отвернулись — врачи видеть нас не могут. Но есть место, где мы чувствуем себя людьми — пункты обмена шприцев. Было неожиданно, когда узнал, что здесь можно с психологом поговорить и с юристом. Очень надеюсь, что на это важное дело будут выделяться деньги.

Игорь, 37 лет, 23.08.2002

2.6. Мероприятия, которые должны быть проведены государством, чтобы способствовать сокращению совместного использования ПИН инъекционного инструментария

- В рамках национальных и региональных комплексных программ противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД должна проводиться системная работа по первичной профилактике социально значимых болезней. В учебные программы средних учебных заведений должны быть введены программы профилактики опасных для здоровья видов поведения.

В нашем государстве проблемам наркомании уделяется недостаточно внимания. Я работаю в школе, и у нас, да и во всех школах, о наркотиках начинают говорить очень общими фразами лишь в 9—11 классах. За учебный год лишь один урок по ОБЖ посвящен наркотикам. А должна быть государственная программа. Ведь есть же программа против кариеса. В школу регулярно приходят врачи, учат детей правильно чистить зубы, раздают буклеты и зубную пасту. Необходимо создать программу против наркотиков для школ, причем начиная уже с первого класса. По собственному опыту могу сказать, что тренинги, проводимые Фондом «Новая семья» в моем классе, были восприняты учениками 10-го класса с неподдельным интересом и долго были темой обсуждения среди школьников и учителей.

*Мама ПИН, член группы созависимых,
БФ «Новая семья»*

- Должно быть обеспечено реальное финансирование проектов снижения вреда как составной части национальных и региональных комплексных программ противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД.
- Целесообразным является создание государственных служб психосоциальной помощи наркозависимым (в т. ч. ориентированных на работу с клиентами по месту их жительства), открытие при этих службах пунктов обмена шприцев, а также информационных подразделений, проводящих широкую информационную работу по профилактике наркомании и ВИЧ-инфекции.
- Необходимо проведение государственными средствами массовой информации информационных кампаний, направленных на профилактику наркомании, ИППП и ВИЧ/СПИД, регулярное информирование населения о

месте нахождения социальных служб для наркозависимых, а также о профильных общественных организациях.

- Необходимо расширение сети государственных медицинских и социальных организаций, занимающихся реабилитацией наркозависимых.
- Государство должно оказывать материальную, в том числе финансовую, поддержку реабилитационным центрам, созданным на общественных началах, а также профильным общественным и благотворительным организациям (предоставление помещений на льготных условиях, освобождение от местных налогов и др.).
- Необходимо внедрение в практику лечебных учреждений эффективных методов лечения наркотической зависимости и профилактики ВИЧ/СПИД (заместительной терапии для наркозависимых); финансирование указанных программ из разных источников, в том числе за счет привлечения добровольных пожертвований, создавая для этого благоприятный режим налогообложения.
- Важным представляется обеспечение координации усилий учреждений, организаций и ведомств, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД, и взаимодействие с общественными и благотворительными организациями, работающими в сфере профилактики наркомании и ВИЧ, в том числе обязательное включение представителей этих организаций в координационные органы при органах власти.
- Целесообразно внесение в уголовное законодательство нормы об освобождении наркозависимых лиц от уголовной ответственности при совершении ими преступлений небольшой и средней тяжести при условии обязательного прохождения лечения от наркомании как альтернативу наказанию, используемую во многих странах мира.
- Необходимо обеспечить доступность для осужденных в учреждениях уголовно-исполнительной системы презервативов и дезинфицирующих растворов, обеспечить медицинские части учреждений достаточным количеством изделий медицинского назначения (шприцы, иглы и др.).
- В уголовно-исправительных учреждениях поддерживать создание групп самопомощи наркозависимых и ЛЖВС,

предоставлять возможность проходить добровольное медицинское обследование на наличие ВИЧ-инфекции, проводить среди осужденных профилактическую работу.

2.7. Что могут делать сотрудники МВД, чтобы ПИН сокращали совместное использование инъекционного инструментария

Чтобы быть объективными, отвечая на данный вопрос, мы провели фокус-группу с аутрич-работниками (бывшими наркозависимыми), работающими по программе снижения вреда, и сотрудниками милиции, согласившимися дать нам интервью.

Из расшифровки диктофонной записи фокус-группы, проведенной в Клубе «Эней» с аутрич-работниками клуба, г. Киев, 2003 г., модератор – И. Головач

Модератор: Давайте попытаемся вспомнить весь положительный опыт того, как сотрудники милиции способствовали тому, чтобы ПИН не использовали общие шприцы. Что мы делали со своей стороны, и что делали они?

Слава: Я помню случай, когда во время моей работы на пункте обмена ко мне подошел милиционер. Он был агрессивно настроен и чуть ли не криком просил убраться. Мы предъявили ему документы, удостоверения социального работника, после чего объяснили важность работы по обмену шприцев. Мы объяснили ему, что сейчас критическая обстановка с ВИЧ/СПИД в Украине и, в частности, в Киеве. Он отнесся к этому объяснению более-менее благосклонно, после чего я уже более подробно рассказал, что в программу входит не только раздача и обмен шприцев, но и психологическая реабилитация для тех, кто реально хочет бросить употреблять наркотики. И это его даже в чем-то вдохновило. Позже, проходя мимо пункта обмена шприцев, он стал здороваться, вести себя приветливо. У него уже не было никакого предвзятого отношения к нашей работе.

Модератор: Они слышали об этой программе только от вас или от кого-либо еще? Они знали о том, что эта программа давно ведется в городе нами и что она поддерживается городскими властями? Или для них это была новость?

Слава: На тот момент для милиционера это была новость. Хочу подчеркнуть, что важным было то, что удалось объяснить, что наркозависимый человек – это человек, который болен, и что болезнь заставляет его манипулировать и идти в этой жизни даже на какие-то преступления. Но, тем не менее, это – болезнь, а не его желание совершать преступление. И, возможно, у милиционера после нашего разговора изменилось мнение и он перестал видеть в каждом наркомане, который приходит к нам менять шприцы, потенциально-го преступника. Это было видно, так как признаков агрессии с его стороны уже не было.

Сергей: Я могу сказать о себе. С июня прошлого года, когда работали по программе снижения вреда еще не официально, об этой программе прежде всего знали ребята-ПИН. Прятались на первых порах, не носили шприцы. Милиция об этой программе не знала. У меня с моей напарницей был эксцесс с милицией – мы получили дубинками, и уже после этого состоялся детальный разговор между мной, моей сотрудницей и старшим участковым. После этого мы еще независимо друг от друга имели с ним беседы. Потом он вспомнил, что у них в РОВД проходил тренинг по этому поводу. Но он так к нему отнесся, как говорится, «в одно ухо влетело – из другого вылетело».

Модератор: Кто проводил тренинг?

Сергей: Не помню, кажется еще Джон (Е. Кривошеев, президент Клуба «Эней») и А. Мельников (тогдашний сотрудник ССМ Шевченковского р-на) приезжали в прошлом году. Но сотрудники МВД были ознакомлены с программой. После этого, когда он по нашему участку проходил, и мы там сидели, он уже стал называть меня «санитаром». Сам этот милиционер как относился негативно к наркоманам, так и до

сих пор к ним относятся. В его понимании это — преступники, и я ничего не могу поделать с ним. Но ему понравилось то, что в его парадном пустых шприцев больше не валяется. Еще он беседовал с родителями наркоманов, с которыми я смог установить какой-то контакт. И, я еще раз повторяю, у него как было, так и осталось негативное отношение к наркоманам, но к программе он стал относиться более уважительно. Он понял, что если у человека есть цель уколиться, он уколется и его остановить практически невозможно. Но уже, будь добр, не давай никому свой шприц, или расскажи другому. Какую я со своей стороны оказывал помощь этому милиционеру? Давал литературу. Он, конечно, неохотно ее брал, он гораздо охотнее брал презервативы и шприцы. Еще мне говорили ребята с притона, (когда-то на них туда наехал ОБНОН и увидел, что у них куча шприцев валяется везде), что они им даже подсказали, куда можно обратиться с этим — на ул. Чернобыльскую, в пункт обмена шприцев. Это сами ОБНОНовцы.

И, со слов самих ребят ПИН, когда начали выдавать карточки участника программы, они не имели никакого действия. Лишь спустя некоторое время стали более уважительно относиться к этим карточкам, по крайней мере, ребят просто так не задерживали. Конечно, если им хамишь просто так, то задерживают. Теперь уже не цепляются, как раньше, если имеешь пустой шприц в кармане. Хотя многие ребята, я не сомневаюсь в этом, дай Бог, чтоб я был не прав, прикрываются нашей программой. Но, в определенной степени это помогает. Их хотя бы уже не сажают.

Модератор: О том, что это за карточка и для чего она, кто им объяснял? Мы и ССМ?

Сергей: Как я понял, это был тренинг для участковых. Он не захватил тот состав ППСников, который непосредственно работает на улице. Но уже при непосредственном общении, когда меня задерживали за мою работу (я лично был арестован на 72 часа), я им рассказывал об этой программе, объяснял, показывал документы и давал всевозможную литературу, которая была у меня с собой.

Модератор: Я правильно поняла, что разъяснительная работа для сотрудников МВД дает положительный эффект, или просто кто-то дает им указание, и они вынуждены его выполнять?

Сергей: Здесь, я считаю, была важна наша разъяснительная работа. Но, возможно, было бы веселее, если бы им было дано указание свыше. В моем понимании было бы неплохо, если бы перед ними кто-то выступил, хотя бы в течение получаса, и объяснил, так как я объясняю: «Не спеши, не лезь «шмонать» его в карман, сумку. Не спеши перебирать. Потому что у паренька может быть шприц, и на нем может быть снят колпачок. И ты просто можешь уколиться». Это тот метод работы, который я провожу. И он имеет большой смысл. И они начинают понимать, что если полезешь к ПИН в карман, напорешься на шприц — это будет не его вина, а твоя, так как ты не знал, как передается ВИЧ. И я им даю эти знания, говоря, что из-за невнимательности и спешки можно пострадать. А затем будешь вымещать злость на всех наркоманах. Это имеет хороший эффект — когда пути передачи ВИЧ объясняешь тем ребятам, которые в милиции работают. И о половом пути передачи. Правда, это сложно бывает психологически. Но я по мере своей распушенности могу и это. Бывало, ребят-наркоманов в отделение привозили, и я им все объяснял. Милиционеры меня звали, и я другим рассказывал.

Модератор: Сотрудники МВД делали это по собственной инициативе?

Сергей: Да. Они делали это, когда я был арестованным. Выводили меня из камеры и так коротали время. И мне было приятно, что этим интересуются.

Модератор: Как ты думаешь, могут ли милиционеры, если они уже понимают, насколько это опасно, по собственной инициативе вести себя по-другому? Не создавать препятствия для работы, не распугивать людей и не заниматься тем, чем они обычно любят заниматься?

Андрей: Мое мнение такое, если я рассматриваю себя как работника милиции. Человек, зарплата маленькая, не маленькая, но цель у них одна на работе помимо всех милицеских вопросов — показатели задержаний, или того, кто на что работает. У них есть обычная человеческая надобность — заработать денег. Ну а наркоманы — это как одна из статей дохода.

Интервьюер: Как можно изменить ситуацию?

Сергей: Чем может помочь милиция программе снижения вреда — это, прежде всего, в моем понимании, не мешать. Такая реальная помощь была для меня в этой работе — ребята из ОБНОН моего района давали информацию о труднодоступных группах «винтовиков», которые мне просто не известны. И даже подсказывали, как с ними наладить контакт. И это реальная помощь со стороны милиции. «Винтовики» — не мой круг общения, и я им благодарен, что они мне это подсказали. Иначе бы я связи не наладил с этой группой. Это была хорошая мысль с их стороны — предложить свои услуги. Опять таки, я им принес распечатанный текст нашей программы, протокол Омельченко, в котором написано «Сотрудничать». Сотрудничество, однако, они понимают так, чтобы я был «добропорядочным налогоплательщиком», т. е. давал им информацию. Я спрашивал, как же я буду сбрасывать информацию — я буду нарушать свою работу, раскрывать анонимность своего клиента? Я могу лишь непосредственно ответить на твой вопрос. По описанию — видел я или нет того человека, которого подозревают в чем-либо.

Интервьюер: Т. е. они просят вас информировать их о чем-то, что для них важно?

Сергей: Да. Они так понимают сотрудничество. Что я просто обязан отвечать на их вопросы. Но опять-таки, требуется раскрывать анонимность клиентов. Но я со своих участников, выдавая им карточки, не требую у них подлинного имени и какой-либо адрес. Что еще. Они просили у меня плакаты, и я им приносил, у Подлесной (директор НПО

«Центр профилактики химических зависимостей», г. Киев) брал. В Альянсе брал плакаты, календарики. Затем я к ним заходил, видел — в ОБНОНе наши плакаты висят. С красной ленточкой.

Модератор: Чья это инициатива? Они сами их просят? Почему они это делают?

Сергей: Ну, прежде всего они люди, и, возможно, в семье у кого-нибудь из них или в семье их близких кого-то лично эта проблема коснулась. Когда я был «закрыт» на сутки, чтобы помочь мне и не продвинуть дело дальше, Подлесная положила двух человек на детоксикацию по просьбе милиции. Это уже означает, что они сами выходят на контакт и просят нас о помощи в определенных вопросах.

Андрей: Я хотел бы добавить. Начальник РОВД должен сказать: «Оперативник Петров, если ты будешь мешать и не помогать этим социальным работникам, я тебя накажу». Тогда, я уверен, что, по крайней мере, обижать наших сотрудников он не будет и мешать работе не станет. А когда начальник ему такого не говорит, а какой-то абстрактный Омельченко, голова города Киева, где-то написал, что нам надо сотрудничать — это что за дело? Только непосредственный начальник в этом районе должен давать четкие указания.

Из расшифровки диктофонной записи фокус-группы, проведенной в Клубе «Эней» с сотрудниками МВД, г. Киев, 2003 г., модератор — И. Головач

Модератор: Как Вы лично относитесь к программе снижения вреда?

Сотрудник МВД 1: Я думаю, эта стратегия нацелена на снижение вероятности заражения ВИЧ не только наркоманов, но и остальных людей. Хотим мы того или нет, но молодые наркоманы, как парни, так и девушки, имеют половые контакты с остальными членами общества.

В некоторых западных странах разрешено принимать так

называемые легкие наркотики — марихуану и ЛСД. Это не шприцевая форма употребления, а курение или пероральное употребление. У нас буквально три-шесть лет назад старшеклассники в школах стали принимать тяжелые наркотики типа героина, что очень плохо сказывается на психике и физиологии. Да и по другим медицинским характеристикам это нехорошо. Особенно если при этом одними шприцами пользуются несколько человек. А ВИЧ/СПИД — это болезнь, которая растет в геометрической прогрессии. Чем больше болеют наркоманы, тем больше ВИЧ распространяется среди общего населения. Чем меньше ВИЧ-инфицированных в среде наркоманов, тем меньше подвержены риску остальные люди.

Так что даже если исходить только из этого, то уже можно говорить о необходимости существования этой программы.

Модератор: По Вашему мнению, можно избавиться от наркозависимости?

Сотрудник МВД 1: Наркомания — излечимая болезнь. Существует много методов, как от нее избавиться. Сейчас есть много медицинских препаратов, при помощи которых выводят из употребления наркотиков и впоследствии из зависимости. Но, конечно, должны быть разработаны специальные медицинские программы, при помощи которых можно лечить от употребления «тяжелых» наркотиков. Так называемый «легкий наркотик» — конопля, или «план», особо вредного влияния на человека не имеет и к зависимости не приводит. Думаю, это то же, что и обычное курение табака.

Модератор: Наши пункты обмена шприцев в основном работают на улице. Целесообразно выставлять их там, где уже существует «движение» ПИН. Иногда происходит так, что вдруг на пунктах падает посещаемость ПИН. Мы не знаем истинных причин, почему они вдруг перестают приходить за шприцами, но перед тем, как они исчезают, к пунктам начинают часто наведываться патруль или работники милиции, и, естественно, люди начинают бояться. Кроме того, очень часты случаи правонарушений со стороны сотрудников милиции. В частности, известно, что ПИН избивают,

что им подбрасывают наркотики. Таким образом, мы не можем работать спокойно и регулярно, как это должно происходить. Нам приходится менять месторасположения ПОШ и терять потенциальных клиентов. Что Вы думаете об особенностях работы с ПИН?

Сотрудник МВД 1: В последнее время интеллектуальный уровень работников милиции на порядок снизился, и все действия правоохранительных органов нацелены не на профилактику, а на результат. Палочная система требует соответственного подхода, что толкает сотрудников милиции на так называемый поиск потенциальных нарушителей закона, в том числе и среди ПИН. Раньше в милиции давали людям квартиры, и работа была более стабильной. Сейчас, к сожалению, большое количество бумаг, требований, всевозможных расширенных направлений оперативно-служебной деятельности, как в оперативных подразделениях, так и в патрульно-постовой службе. Это делает людей более жесткими, и потому, возможно, происходят такие вещи, о которых вы говорите.

Чтобы избежать эксцессов с сотрудниками милиции, «точка» работы с ПИН должны быть постоянно закреплены на одном месте. И эти вопросы необходимо обсуждать и согласовывать с начальниками территориальных районных подразделений. С их стороны должна быть дана команда для всех остальных вести себя более корректно. Конечно, это возможно, если со стороны наркоманов нет каких-либо преступных действий и тенденций к каким-либо негативным общественным моментам. Важно, чтобы они не доставляли проблем местному населению. Поэтому лучше всего проводить работу подальше от жилых домов.

Еще лучше, если указания будут поступать «сверху» начальникам райотделов, начальству ППС и «Беркута», что очень важно, так как «Беркут» подчиняется напрямую городу, а не району. «Беркут» тоже надо информировать о вашей работе. Да, были случаи, когда у наркоманов изымались деньги и другие ценности.

Модератор: Мы проводили разъяснительную работу среди начальников райотделов тех районов, где у нас работают такие пункты, и при беседе возникало ощущение, что мы до-

стигли понимания. Но те милиционеры, которые непосредственно на улице работают, можно сказать, не выполняют этих распоряжений.

Сотрудник МВД 1: Думаю, это потому, что беседы носят неформальный или дружественный характер, который ни к чему не обязывает самого начальника райотдела. Этот вопрос нужно «запустить» на места через МВД или, как минимум, через начальника УВД, чтобы затем по данному направлению состоялось подписание документов и впоследствии велась отчетность, а на заслушивании обсуждались эти вопросы.

Модератор: В прошлом году в Киевской горадминистрации на совещании, посвященном оглашению в Украине 2002 года годом борьбы с ВИЧ-инфекцией/СПИД, под председательством мэра г. Киева А. Омельченко был разработан ряд распоряжений для всех организаций, как государственных, так и неправительственных, работающих в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИД. Впоследствии был разработан документ – Протокол поручений, в котором, в том числе, правоохранительным органам дано распоряжение: «Способствовать реализации выполнения задач программы «Снижения вреда» на 2002–2003 гг.».

По рассказам наших социальных работников, сотрудники милиции, которые подходят к ним со всевозможными вопросами на пункты «Доверия», рассматривают это сотрудничество как предоставление им (сотрудникам милиции) всевозможной интересующей их информации. Это отпугивает остальных ПИН от того, чтобы вовлекаться в программу снижения вреда: они боятся ареста. Что бы Вы могли сказать по этому поводу и каким на самом деле может быть это сотрудничество?

Сотрудник МВД 1: К сожалению, в подразделении, занимающемся выявлением наркоманов, большая текучесть кадров, и средний возраст сотрудников невелик. Это также связано со всевозможными нарушениями, которые возникают у этих сотрудников. Иногда присутствуют и корыстные мотивы. И к тому же бумаги, которые издает Омельченко, носят не обязательный, а рекомендательный характер. Вся дея-

тельность сотрудников МВД направлена на выполнение других, более весомых документов – Указов Президента, постановлений Кабинета Министров. Омельченко не особенно влияет на работу органов внутренних дел, потому что отчет о результатах нашей работы идет не туда, а гораздо выше. Милицию тоже иногда обязывают давать какие-то цифры по количеству выявленных наркоманов, что является дополнительной нагрузкой, которая весьма сказывается из-за постоянных сокращений и большой текучести кадров. В других странах распространением таких данных занимается министерство юстиции. Например, в Польше подразделение, в котором работают 27 человек, ведет одно уголовное дело, которое толщиной-то всего в палец. Наша милиция перерабатывает в два раза больше времени, и, естественно, это вызывает большое душевное и физическое напряжение.

Модератор: К кому наиболее целесообразно обращаться? К мэру города?

Сотрудник МВД 1: Думаю, что нужно начинать не с этого. Вопрос о состоянии наркомании в нашем государстве нужно выносить на высший уровень. Инициатором должно быть Министерство здравоохранения. Обязательно должны быть представлены цифры, в том числе по подросткам и школьникам. Сейчас наркомания носит массовый характер, и можно сказать, что у таких подростков и школьников практически нет будущего. Наркотики негативно влияют на здоровье, сообразительность и психику в целом.

Поэтому, думаю, все бумаги должны быть подписаны на уровне Президента страны и должны спускаться вниз, к исполнению, указами Президента, постановлениями Кабинета Министров. Задействовать нужно не только сотрудников внутренних дел, но и работников медицины, и работников образования.

Модератор: У нас есть закон, который Верховная Рада приняла еще в 1998 году. В нем перечислены меры, которые должны быть приняты в связи с ростом эпидемии ВИЧ в Украине. В частности, сказано, что для снижения темпов распространения эпидемии необходимо проводить работу по

обмену шприцев среди инъекционных наркоманов. Закон был принят давно, но реально этим мало кто занимался. В Киеве только второй год данная деятельность осуществляется практически. Существует масса препятствий и сложностей при проведении этой работы, которые мы уже обсуждали. Но, кроме того, возникают сложности такого характера, когда одни законы противоречат другим. Можно ли предусмотреть еще какие-либо недоразумения, которые могут возникнуть, в чем конкретно они могут быть и каким образом можно все же находить конструктивные точки соприкосновения между НПО и МВД?

Сотрудник МВД 1: Как показывает практика, большинство законов носит лишь декларативный характер, и в них не описано, как эти законы конкретно применять на практике. Обычно закон дублирует постановление Кабинета Министров, где более широко очерчены те моменты, которые необходимо претворять в жизнь. Закон же сам по себе говорит о том, что надо, но не предусматривает на это финансирование из бюджетных средств. Сейчас нищета кругом, безработица, и это отодвигает заботу о наркопотребителях на второй план. СПИД в нашей стране еще не коснулся широких слоев населения, как, например, в Африке. У нас же этот вопрос, во-первых, не афишируется, и люди не знают точно, насколько поражено население этой болезнью, и, во-вторых, сами люди так к этому относятся: «Сегодня пронесло — значит, все нормально». Цифры чаще нужно публиковать в прессе, конкретные примеры нужно приводить, например, в здоровой семье кто-то оказался болен и т. д.

Модератор: Правильно ли я поняла, что в принципе, не должно возникать каких-либо непонятных ситуаций между НПО снижения вреда и сотрудниками органов внутренних дел?

Сотрудник МВД 1: В принципе, проблем между нами быть не должно. Если уже достигнуты договоренности с местными начальниками райотделов, не должно быть никаких проблем. Но, как я говорил, уровень наших рядовых сотрудников в настоящее время весьма низок. Многие не понимают

этих вопросов, и, я думаю, необходимо проводить какие-то беседы хотя бы раз в неделю, допустим, в пятницу, на регулярных совещаниях. Это может быть сотрудник вашего фонда, который под эгидой руководителя будет проводить разъяснительную работу. Нужно объяснять, с чем эта работа связана, акцент делать на проблеме ВИЧ/СПИД, на Указе Президента, на каких-либо значимых документах, которые были разработаны на протяжении всего этого времени, и какая в конечном итоге от всего этого будет польза. В первую очередь информационная работа должна быть направлена на участковых, уголовный розыск, отдел по наркоманам, патрульно-постовую службу и «Беркут».

«Беркут» — это особый случай. С ними особенно надо проводить беседы, потому что с их стороны больше нарушений, чем со стороны сотрудников райуправлений милиции. Они напрямую подчиняются УВД, и у них нет иерархии типа «район», «город». Текучесть кадров тоже очень большая, они чаще не офицеры, а сержанты, из-за этого, соответственно, все проблемы и возникают. Их руководство, как правило, настроено принимать более жесткие меры. Они патрулируют на автомобилях, сразу четыре человека смотрит во все стороны, никогда не пропустят так называемых «подозрительных» лиц. Их методы, естественно, более жесткие: пешком ходить — это один вид оперативной работы по изменению обстановки в районе, а патрулировать налетами и наскоками — совершенно другое. Их не интересует обстановка в каком-то одном районе, они постоянно меняют район своей дислокации и работают только на сиюминутный результат.

* * *

Таким образом, мы считаем, что сотрудники МВД, по меньшей мере, должны:

- Понимать и, главное, хотеть понимать важность проведения программ по обмену шприцев.
- Обладать знаниями о путях передачи ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передающихся инъекционным путем.
- Иметь информацию о работе организаций, занимающих-

ся профилактикой ВИЧ/СПИД, о специфике их работы с ПИН.

- Не создавать препятствий, а способствовать проведению данной деятельности, например рекомендовать ПИН обращаться в проекты снижения вреда.
- Выполнять распоряжения местной администрации и советов и соблюдать законность.
- Понимать, что ПИН — тоже люди.

3. КОНТРОЛИРУЕМОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

3.1. ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ КОНТРОЛИРУЕМОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

И: Как вы считаете, когда случайный потребитель может превратиться в наркозависимого?

Р: В тот самый момент, когда он решит, что ему на все наплевать.

Диалог из книги Нормана Е. Зинберга «Наркотик. Установка. Окружение»

На первый взгляд понятия «контроль употребления» и «наркотики» кажутся совершенно несовместимыми. Свойство наркотического препарата вызывать зависимость часто считают присущим ему самому по себе, вне связи с контекстом употребления. Так, многие верят, что употребление наркотика на протяжении небольшого отрезка времени ведет к развитию пристрастия, а затем к зависимости и даже период несистематического приема — это некий переходный период, который заканчивается либо тем, что ПИН прекращает прием наркотиков, либо, что более вероятно, становится зависимым. Практически такая же точка зрения существует и среди самих потребителей: «Кто познал слезы мака, обречен плакать всю жизнь».

Так ли это на самом деле? Например, известно, что алкоголь, как и опиаты, вызывает физическую и психическую зависимость. В то же время, не все люди, употребляющие спиртные напитки, становятся алкоголиками.

Конечно, героин не водка, но встречается небольшое число людей, употребляющих опиаты периодически и не садящихся на «систему» (не начинающих систематически упо-

треблять наркотики). Имеются сведения, что еще в середине прошлого столетия в Америке было известно о существовании так называемых «рыцарей уик-энд», т. е. людей, употреблявших опиум по выходным.

Проблеме контролируемого употребления наркотиков посвящена книга Нормана Е. Зинберга «Наркотик. Установка. Окружение» (1984). Основанная на богатом исследовательском материале, несмотря на то что материал этот специфически американский, она содержит очень ценные наблюдения, которые концептуально объединяются в практически полезные рекомендации по контролируемому употреблению наркотиков.

При определении контролируемого употребления возникает проблема определения меры. Каждый наркотик, употребляемый чрезмерно, может вызвать серьезные проблемы, например передозировку и непредсказуемые психосоматические реакции. Но понятие меры является настолько специфически субъективным, что вывести какую-то универсальную и конкретную практическую рекомендацию, кроме древнегреческого совета «знай меру», вряд ли представляется возможным. С теми же трудностями встретился и профессор Зинберг: «...мы столкнулись с большими сложностями, пытаясь решить, что считать максимальным и оптимальным количеством — чертой между употреблением и злоупотреблением. В результате мы были вынуждены сделать основным критерием качественный аспект употребления».

Несомненно, контроль и мера — понятия субъективные. Но есть рациональное зерно в том, что если человек перестает следить за своим внешним видом, становится неухоженным и неопрятным, а в поведении без наркотика — раздражительным, злым, лабильным и асоциальным, то, скорее всего, речь идет о потере контроля. Поэтому важным показателем контролируемого употребления наркотика является умение ПИН совмещать прием наркотика с социумом, семьей, работой или учебой, то есть с теми факторами, «ради которых он контролирует себя и соблюдает дистанцию по отношению к наркотику» (А. Галаган).

Анализируя поведение опрошенных чипперов¹, Зинберг

¹ Чиппер — человек, контролирующий употребление наркотиков.

отмечает, в частности, следующие моменты контролируемого употребления опиатов:

- Контролирующие себя потребители опиатов устанавливают индивидуальный график приема героина и придерживаются его в течение длительного периода. «Один принимал героин только по уик-эндам в течение последних пяти лет. Другая в течение последних восемнадцати месяцев принимала героин не чаще двух раз в месяц, не считая особо торжественных случаев (День рождения, Новый год). Затем, обеспокоенная тем, что у нее развилась толерантность к некоторым эффектам героина, она сократила свое употребление до одного раза в месяц».
- Контролирующие себя потребители, чувствуя абстиненцию, стараются перенести ее без наркотика, поскольку это говорит о наступающей зависимости, и делают «очистку» организма с целью «вернуться к полноценному восприятию наркотика».
- Контролирующие себя потребители стараются не колоться вместе с «джанки» (систематическими наркоманами), хотя и вынуждены контактировать с ними, поскольку через последних большинство чипперов достают наркотики.
- Лица, контролирующие прием наркотиков, в большинстве своем работают и являются семейными, многие из них делают успешную социальную карьеру, занимают значимые посты и активные социальные позиции в отличие от асоциальных и безработных «джанки», находящихся в постоянном конфликте с законом.
- Для лиц, контролирующих употребление опиатов, очень важна приватность — одно из качеств, резко отличающих их от «невоздержанных» потребителей. Приватность подразумевает некое «интеллигентное дистанцирование» от наркосцены. «Мы принимаем наркотики, но не ставим их на первое место», — одно из типичных высказываний чиппера.
- Контролирующие себя потребители готовы ограничиться определенными санкциями и ритуалами ради того, чтобы употребление наркотиков не вышло из-под контроля.
- Часто контролирующие себя потребители говорят о деньгах как одном из главных контролирующих факторов. «Я

никогда не тратят на наркотики больше 25 долларов в неделю». Почти все чипперы могут тратить больше денег на наркотики, но воздерживаются от этих трат потому, что «имеют более важные и нужные дела», и потому, что «поступить так — значит стать зависимым».

Итак, мы видим, что большинство правил, которых придерживаются контролирующие себя потребители, сводятся к максиме «не стань зависимым». Они прекрасно знают, что стать зависимым очень просто, и знают, по каким симптомам можно отследить зависимость.

Таким образом, в контроле над употреблением наркотиков решающее место занимает осведомленность и знание того, «что будет, если я потеряю контроль». Это знание базируется на сознательности и ответственности и присуще людям, которые имеют цель в жизни и ориентированы на ее достижение, используя наркотики действительно как отдых и получение удовольствия.

Как научный термин «контролируемое потребление» подразумевает контроль частоты и дозы употребления наркотических средств для предотвращения физической и выраженной психологической зависимости. Рассмотрим это понятие в контексте способа и условий употребления наркотических веществ.

Контроль частоты употребления

Так что же может повлиять на частоту употребления наркотического вещества? Рассмотрим это согласно концепции Нормана Зинберга.

Наркотик

Частота употребления наркотика тесно связана с его фармакологическими свойствами, прежде всего с длительностью действия.

Длительность действия морфина, героина и смеси ацетилированных алкалоидов опия («ширка») составляет 4–5 часов. Это означает, что зависимый субъект будет нуждаться как минимум в 2–3 инъекциях в день.

Опиат с более длительным сроком действия — метадон, который также может присутствовать на черном рынке,

действует более длительно, до 24–32 часов. Его обычно принимают 1 раз в день.

Бупренорфин также обладает длительным действием. По отчетам потребителей, таблетки в 8 мг оказывается достаточно для того, чтобы зависимого от опиатов «держало» не менее 3 суток без проявлений «ломки».

Что касается стимуляторов, то наиболее популярными из инъекционных форм являются «джеф», он же «мулька», или эфедрон и «винт», или первитин. По длительности действия «винт» заметно превосходит «мульку», которую ПИН вынуждены колоть до десятка раз на протяжении дня, в то время как «винта» достаточно одной инъекции.

Тем, кто принимает опиаты систематически, то есть находится в зависимости, очень трудно сократить частоту инъекций, если к этому их не вынуждают обстоятельства (отсутствие наркотика или средств на его покупку). Причиной этого является состояние «ломки», которое возникает в случае пропуска очередной дозы и является крайне неприятным.

Относительная способность контролировать частоту приема наркотика у зависимых ПИН появляется только после «перелома», то есть периода полного воздержания от наркотика в течение 7–10 дней, когда явления наркотической «ломки» ослабевают и со временем проходят полностью. Относительной эта способность является потому, что, как правило, начиная эпизодический прием опиатов, ПИН гораздо быстрее возвращаются в состояние прежней зависимости. Тем не менее некоторым удается «продлить» этот период более редкого употребления.

Также возможностью контролировать прием обладают «экспериментаторы», то есть те, кто только начинает пробовать наркотик. В этих случаях большую роль играет уже не сам вид наркотического препарата, а установка индивидуума и его окружение.

Установка

Решение о контролируемой частоте потребления может быть принято человеком как в момент до первого «замута»²,

² Замут (сленг) — процесс поиска наркотика.

так и в процессе активного потребления. Это решение практически не связано с действием внешних факторов (родители, правоохранительные органы) и так же, как и решение «завязать», исходит от самого человека.

Будущие потребители изначально настраивают себя на периодическое употребление, заранее представляя последствия зависимости (по фильмам, рассказам «системных торчков» и т. д.).

По данным исследований, около 7 % лиц, прекративших системное потребление самостоятельно (без медицинской помощи), практикуют контролируемое употребление. И все же среди контролируемых потребителей количество лиц, изначально принявших решение о контролируемом потреблении, значительно преобладает над лицами, принявшими это решение уже после системного употребления.

Исследователи делят контролируемых потребителей на три группы, в зависимости от типа:

«Дрейфующий» — человек, употребляющий наркотик от случая к случаю и относительно спокойно относящийся к его психотропному эффекту.

«Контролирующий» — человек, испытывающий сильное влечение к наркотику и потому создающий для себя строгие правила употребления.

«Преодолевающий» — человек, позволивший развиться привычке и зависимости, однако регулярно прерывающий периоды интенсивного употребления.

Контролируемое употребление базируется на строгих принципах, которые потребитель сам для себя избирает:

- Строгая периодичность (определенное количество «замутов» на единицу времени).
- Прекращение употребления при нехватке денег (к примеру, потребитель выделяет некую сумму, которую он может потратить на «стафф»³).
- Употребление до появления первых признаков «кумара».
- Употребление в каких-то особых случаях (сильный стресс, радость, праздничный повод и т. д.).

³ Стафф (сленг) — наркотик.

В отличие от «торчков»⁴, чей принцип: «...я наркоман, со мной все кончено, мне на все наплевать», у лиц этих групп имеются более важные ценности в жизни, чем непрерывная «торчба». При всем при том в их жизни имеется место и для опиатов.

Цель контролируемого потребления — обрести независимость от наркотика, не служить героину, становясь его рабом, а получать от него радость и удовольствие, живя при этом полноценной жизнью.

Важно осознать и выбрать: ты для наркотиков или они для тебя. «Система» выключает тебя из активной жизни, ибо значительная часть времени уходит на добычу денег, «пробивание «мазы». В случае невозможности «замута» открывается безрадостная перспектива пребывания дома, во власти жестокой аскетизма. Автоматически начинаются проблемы с работой (если она есть) и, как следствие, с деньгами (которых и без того нет).

Понятно, что героин — не марихуана или экстази, и балансировать на зыбкой грани очень сложно, так что все здесь зависит от личных качеств человека. Такой же точки зрения придерживаются около 60 % опрошенных «торчков», которые считают, что контроль над наркотиками в первую очередь зависит от самого «юзера»⁵.

Окружение

Конечно, такие факторы, как социальная адаптация (работа, семья и т. д.), являются хорошим подспорьем в решении проблемы уменьшения частоты приема наркотиков, хотя и не являются панацеей.

Многие из тех, кто умеет длительное время контролировать прием, не испытывая зависимости, максимально ограничивают контакты с зависимыми ПИН, стараются не «светиться» на открытой наркосцене, общаются только с доверенными дилерами.

⁴ Торчок (сленг) — потребитель наркотиков с хронической зависимостью, систематически употребляющий наркотики. Часто употребляется как синоним к английскому слову «джанки» (junkie).

⁵ Юзер (сленг) — от английского user (пользователь), в данном контексте — потребитель наркотиков.

Общеизвестно, что «торчат» все слои населения — от безработных подростков до преуспевающих бизнесменов. Почему же дети-мажоры после лечения в дорогих наркологических клиниках, несмотря на заботу родителей в виде необременительной высокооплачиваемой работы, машины да еще красивой девушки в придачу, снова начинают «торчать»? Просто контролируемый потребитель — это чаще всего человек с уже сформировавшимися жизненными убеждениями и принципами, которые обычно приходят в возрасте далеко не тинэйджерском, а в этом возрасте человек уже имеет образование, постоянную работу и, как правило, обзаводится семьей.

Хотелось бы обратить внимание, что понятие «контролируемое употребление» подразумевает достаточно долгий период такого поведения. Должно пройти несколько лет, чтобы увериться в том, что ты можешь контролировать свои желания. Героин коварен и умеет долго ждать.

Контроль количества употребляемых наркотиков

Действие наркотика, а также возможные негативные его последствия находятся в тесной связи с принятой дозой. «Правильной» дозой можно считать такую, после приема которой развившееся измененное состояние не угрожает жизни и здоровью, существенно не сказывается на текущем социальном функционировании и доставляет ПИН искомые ощущения. Величина этой дозы сугубо индивидуальна и зависит от многих факторов: веса тела, интенсивности обмена веществ, толерантности (переносимости).

Для тех, кто принимает наркотики длительное время или зависим от них, толерантность значительно вырастает. Обычная для ПИН доза может оказаться смертельной для простого человека. Способность контролировать дозировку является важнейшим навыком ПИН, позволяющим избежать фатальных ошибок. На процесс дозирования оказывают влияние все те же три фактора — вид наркотика, установка и окружение.

Наркотик

Наиболее опасным является нарушение количественного контроля при одновременном приеме опиатов и препаратов седативного ряда (снотворные, транквилизаторы) или алко-

голя. Передозировка может привести к потере сознания, коме и затем смерти. Особенно опасны в этом отношении седативные препараты.

Систематические потребители опиатов, как правило, очень хорошо знают свою дозу и контролируют ее.

Случаи передозировок опиатами имеют место:

1. При недооценке качества препарата.
2. После «перекумаривания» или абстиненции, когда толерантность к опиатам значительно снижается, и привычная доза может оказаться фатальной.
3. При комбинации опиатов с седативными препаратами или алкоголем, или когда употребляются вещества разнонаправленного действия — так называемые «качели» или «карусель» (совместное употребление «ширки» с «винтом»).
4. При ослаблении организма в случае заболевания.

Установка

Одна из основных причин «передоза», если не самая главная, — жадность. Большинство «юзеров» затрудняется точно ответить, что заставляет их насыпать неоправданно большое количество «стаффа». Основной причиной называется желание как следует «убиться». Здесь стоит призадуматься, а так ли это нужно хотя бы с точки зрения экономии. Ведь, по сути дела, «передоз» является бездарной тратой драгоценного продукта, ибо в «отъехавшем» состоянии человек мало чем отличается от трупа и никаких приятных эмоций он не испытывает.

Один человек с большим трудом приобрел марку ЛСД, съел ее и в ожидании эффекта решил прилечь подремать. И надо же было такому случиться, что он взял да и заснул. Проснулся он через четыре часа, т. е. после трех часов самого активного кайфа, и впоследствии сокрушался, что пропустил самые веселые часы прихода. Стоит ли ему уподобляться?

Окружение

Помимо прямой угрозы жизни, с «передозом» связаны и другие неприятные моменты. Опасаясь за жизнь одного ПИН, друзья ввели ему блокиратор налорфин. Со слов потерпевшего, сначала он пришел в себя в состоянии сильнейшего прихода, потом

его прямо на глазах стало отпускать, а через незначительный период времени — жестоко «кумарить». В довершении всего после налорфина у него возникли проблемы, как бы «раскумариться».

Возможно, налорфин спас этому человеку жизнь. Но не всегда рядом окажутся «спасатели», поэтому, может быть, имеет смысл оставить часть порошка и в случае чего «догнаться» им?

Конечно, в ответ можно услышать возражения, что, мол, с венами проблемы после «догона», не так сильно прет и все такое. Но если вы решили придерживаться концепции контролируемого употребления, то, может быть, стоит обратить внимание на альтернативные пути приема наркотиков?

Контроль безопасного способа употребления

Контролировать способ употребления крайне сложно. Каждый потребитель знает об инфекционных заболеваниях, передающихся инъекционным путем (ВИЧ, гепатиты). И все же «юзеры» на «кумарах» в случае отсутствия собственного «баяна», скорее всего, будут пользоваться чужим, уже использованным. Был случай, когда «юзер» использовал «баян» прямо с чужим контролем (видимые следы крови в канюле иглы), хотя знал, что у его приятеля микст-инфекция гепатита В и D, вследствие чего и заразился. Маловероятно, чтобы такая история произошла с контролируемым потребителем, ибо если у него хватает выдержки, чтобы соблюдать периоды воздержания, то уж наверняка хватит терпения «замутить» новую «машину» или избрать неинъекционный способ употребления.

3.2. ЧТО ДЕЛАТЬ ПИН, ЧТОБЫ СОКРАТИТЬ ЧАСТОТУ ИНЪЕКЦИОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ

Большинство ПИН не думает искать перемен, пока не «устанут до предела». То же самое относится к любым неурядицам, сопровождающим употребление, которые человек приносит через всю свою жизнь. Только когда ни секунды больше невозможно переносить это, можно понять, что переживать перемены не так тяжело, как переживать то, что представляет собой жизнь наркомана. И, возможно, кто-то захочет попробовать что-нибудь изменить.

Совсем не обязательно с самого начала ставить себе цель оставаться трезвыми всю жизнь. Для того чтобы употреблять меньше, совсем не обязательно дожидаться передозировки или остановки сердца. Хотя, конечно, невозможно найти легкий и простой способ для того, чтобы выйти из создавшегося положения. И если мы ищем помощи, то только для того, чтобы освободиться от боли.

Если вы приняли решение снизить частоту и дозу инъекционного употребления, чтобы в конечном итоге «завязать» с употреблением, стоит прислушаться к некоторым рекомендациям. Для начала важно понять, что только честность (прежде всего перед самим собой) поможет вам достигнуть желаемого результата. Решите, до какой оптимально-минимальной дозы вы хотите прийти и сколько реально времени вам для этого понадобится. Затем распишите себе график так, чтобы с сокращением дозы у вас увеличивался промежуток времени между употреблением.

Продумайте примерное количество наркотика, которое вам понадобится на «курс лечения». Продумайте заранее возможные сложности, чтобы впоследствии избежать их, приготовьтесь к тому, что не всегда все идет по плану. Разработайте запасной вариант.

На период «спрыгивания» попытайтесь куда-нибудь уехать. Приготовьтесь к тому, что наркотик будет постоянно «разводить» вас, пытаться «грузить» отклониться от графика. Не поддавайтесь.

Чтобы преодолеть психологическую нагрузку во время и после «курса лечения», лучше всего обратиться за помощью к специалисту-психологу. Если такой возможности нет, то самый оптимальный вариант — это вести дневник само-

Как не «заторчать», употребляя героин:

- Постарайтесь максимально ограничить общение с лицами, употребляющими героин.
- Старайтесь избегать провоцирующих моментов, напоминающих о «замуте» (фильмы, музыка и т. д.).
- Установите для себя принципы, сообразно которым выберите частоту употребления.
- Строго придерживайтесь избранных вами принципов употребления.
- Не доводите ситуацию до того, чтобы для поддержания нормальной жизнедеятельности приходилось «раскумариваться».
- Культивируйте в себе чувство гордости за то, что героин находится под вашим полным контролем.

http://www.m03g.ru/magazine/m03g_n11_i22.pdf

чувствия и сравнивать чувства и состояние, которые были вчера. При сравнении вы начнете понимать, что сегодня уже легче.

Больше общайтесь с теми, кто контролирует потребление.

После того как вы достигли намеченной цели, обратитесь за консультацией к врачу-специалисту, он подскажет, как и чем лучше поддержать организм на этом этапе.

Опыт, накопленный проектами снижения вреда в Украине, уже можно обобщить и попытаться вывести рекомендации по контролируемому потреблению наркотиков (в данном случае — инъекционных опиатов):

Контроль над инъекционным инструментарием

1. Пользуйтесь только новым одноразовым шприцем, в крайнем случае, продезинфицируйте свой ранее использованный дезраствором.
2. Использованный шприц после инъекции выбросьте в место для мусора, предварительно закрыв иглу колпачком, чтобы не допустить случайного укола других людей. Никогда не выбрасывайте использованные шприцы на улицах и в общественных местах.

Контроль над процессом инъекции

3. Место инъекции должно находиться в чистоте и не болеть. Перед каждой инъекцией кожа в месте укола должна быть предварительно обработана спиртом или каким-либо другим дезинфицирующим раствором. После инъекции — тоже.
4. Если в месте инъекции развилось воспаление, надо немедленно прекратить инъекции в эту область и, если от наркотика отказаться трудно, найдите другое безопасное место. Обязательно проконсультируйтесь с врачом по этому поводу. Если вены спрятались по причине флебита, перед тем как открывать новое место, подумайте, может, стоит «попустить» и сделать, как минимум, перерыв? Начав инъекции в сосуд в области паха или другой магистральный сосуд, уже будет трудно остановиться, хотя есть примеры, когда люди выходили даже из такого положения.

Контроль над частотой инъекции

5. Если вы делаете инъекции ежедневно, вряд ли вас можно считать человеком, контролирующим употребление наркотиков. Попробуйте уменьшить частоту инъекций, возникшая при этом «ломка» будет свидетельствовать о развившейся зависимости. Выбор за вами: или продолжать колоться наркотиками, одновременно заботясь о своей безопасности, или «перекумариваться», что может дать шанс в будущем совсем не принимать наркотики или принимать их не так часто.
6. Для ПИН оптимальной является формула: «Наркотики по выходным и по праздникам». Высвобождается время для личной жизни, для продуктивной работы, для семьи. В этом случае риск развития зависимости уменьшается, да и необходимые дозы препарата растут не так быстро.

Контроль над качеством наркотика

7. Старайтесь готовить наркотик сами или приобретать его у тех, кому доверяете.
8. Имейте в виду, что некоторые комбинации наркотиков и других психотропных препаратов опасны, так как могут привести к утрате контроля над дозой. К такому сочетанию относится одновременное употребление опиатов с барбитуратами, транквилизаторами или алкоголем.
9. Если вы употребляете «ширку», старайтесь не добавлять в нее димедрол или пипольфен, это очень вредит венам. В крайнем случае, принимайте димедрол через рот за 10–15 минут до инъекции. Это также смягчает аллергические реакции.

Контроль над окружением и ситуацией

10. Постарайтесь максимально ограничить контакты с теми ПИН, которые принимают наркотики бесконтрольно и чьи морально-этические принципы оставляют желать лучшего. Ваше окружение действительно должно быть вашим — люди, с которыми вы чувствуете себя спокойно, комфортно, без риска и опасности быть задержанным милицией или попасть в неприятную ситуацию. Не принимайте наркотики в присутствии несовершеннолетних.

11. Старайтесь употреблять наркотики в комфортной обстановке, выделите для этого время, достаточное, чтобы приготовление и инъекция были максимально безопасны. «Не начинайте колоться, пока последний входящий за вами не запрет за собой дверь».
12. Не делайте слишком больших запасов наркотиков: излишняя доступность усиливает соблазн более частого приема, что, как правило, ведет к зависимости.
13. Определите заранее, какие финансовые средства необходимы для контролируемого приема, и постарайтесь не выходить за эти пределы.
14. Общение с другими значимыми для вас людьми, работа, хобби должны оставаться приоритетными.

3.3. ЧТО ДОЛЖНЫ ДЕЛАТЬ БЛИЗКИЕ ПИН, ЧТОБЫ ТЕ СОКРАЩАЛИ ЧАСТОТУ ИНЪЕКЦИОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

Если вы желаете, чтобы близкий вам человек начал снижать «дозу», этого мало — нужно, чтобы это желание возникло у него. Никакие «доводы и нотации» не помогут, если он не примет это решение сам. Постарайтесь вывести его на откровенный разговор, но ни в коем случае не начинайте упрекать и поучать — это только оттолкнет его, и он замкнется. Для разговора выберите время, когда он себя «нормально» чувствует. Постарайтесь дать понять ему, что вы его во всем поддерживаете и хотите только узнать, что он собирается делать со своей болезнью, что уже предпринимал, и что вы хотите ему помочь. Подведите его к тому, что реализация многих планов, если он будет оставаться в наркотической зависимости, мало вероятна. Помните, что самый главный врач — это он сам, и он сам вам подскажет, в чем и как он видит выход из создавшейся ситуации. В процессе разговора «забросьте» мысль о снижении «дозы», если он ее подхватит, то дайте ему развить мысль до конца, при этом соглашаясь со всеми его доводами и поддерживая любые начинания.

Станьте активным слушателем, предложите разработать схему постепенного снижения «дозы» с увеличением перерыва между приемами.

Если вы совместно приняли такое решение, то договоритесь сразу: «Задний ход не включать». На этот период желательно избегать встреч и разговоров с «братьями по оружию», поэтому желательно уехать куда-то вместе. На протяжении всего этого времени старайтесь всячески поддерживать, ободрять, поощрять каждый сделанный шаг. Обратитесь за консультацией к наркологу, как и чем можно поддержать организм. Обратитесь к психологу, он даст вам дополнительные рекомендации. Обязательно продумайте вместе, чем будет заниматься ваш родственник после «спрыгивания», обратитесь в организации, которые занимаются реабилитацией, поддержкой лиц, решивших отказаться от приема наркотиков: как пчелы слетаются на мед, так наркотик приходит на безделье.

Сын стал часто пропускать занятия. В этом была и моя вина. Когда в университете за пропуски вызывали в деканат, я доставала любые справки о болезни, благо врачей знакомых много. Если бы я эти справки не доставала, сын, может быть, и сам бы задумался, как совместить университет и наркотики. Но он прекрасно знал, что я достану справки, и бесстыдно этим пользовался. Но во время сессий он, сидя дома, полностью прекращал употреблять наркотики, приходил в себя, догонял упущенное и прилично сдавал экзамены.

Когда после первого лечения сын опять стал колоться, мы решили жестко контролировать каждый его шаг. Отвозили и встречали у университета, не давали денег, не пускали гулять, а если пускали, то только с теми двумя друзьями, которые нам обо всем рассказали. Закрывали на ключ. Если сыну надо было куда-то идти, я все бросала и шла с ним. Это было очень трудное время. Постоянно в напряжении, в ожидании. Конечно, это было не решение проблемы. Необходимо было изменить его сознание, взгляды, но как это сделать, мы не знали. Потом, когда я пришла в Фонд «Новая семья» и начала читать литературу, я поняла, насколько ошибочным было наше поведение. Сын должен был сам справиться со своей проблемой, его надо было отпустить, он должен был сам сделать свой выбор. Но об этом я узнала лишь три года спустя, да и то на это ведь очень трудно решиться: заняться собой, своей жизнью, пассивно наблюдать и ждать, что сын наконец-то поймет, к чему приведут его наркотики.

Но все-таки я считаю, что только благодаря нашему неусыпному контролю сын принимал наркотики не так часто, как бы ему этого хотелось. Конечно, не один раз он нас обманывал, ускользал от нас, уходил с пар. В особо тяжелые моменты я срывалась с работы и караулила его. Его сознание, настроение, мысли наш контроль не менял, но, повторяю, нам удавалось снизить частоту употребления им наркотиков. День, проведенный им без наркотиков, был как бы нашей маленькой победой над проклятым зельем.

*Мама ПИН, член группы созависимых,
БФ «Новая семья»*

3.4. ЧТО МОГУТ ДЕЛАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ЧТОБЫ ПИН СОКРАЩАЛИ ЧАСТОТУ ИНЪЕКЦИОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ

Частота инъекционного потребления наркотического вещества является одним из главных факторов, определяющих тяжесть клинической картины течения наркомании как заболевания, возникновение осложнений и риска возникновения сопутствующих заболеваний, которые во многих случаях определяют качество жизни ПИН.

Вероятно, на сегодняшний день сокращение частоты введения наркотика представляет собой наиболее эффективный путь снижения частоты инфицирования ВИЧ.

Значительная часть потребителей наркотиков имеют единичные контакты со специализированными службами здравоохранения, которые предоставляют помощь ПИН в экстремальных ситуациях: при передозировке, при тяжелых инфекциях, травмах, беременности. Несомненно, в urgentных случаях оказать комплексную помощь ПИН представляется невозможным.

Что же могут сделать медицинские работники для сокращения частоты инъекционного употребления наркотика?

1. Установление контакта с как можно большим числом ПИН

Это первый шаг к выполнению цели. Для этого необходимо изменить принципы оказания помощи ПИН, с тем чтобы привлечь к службе здравоохранения потребителей наркотиков, вне зависимости от того, хотят они прекратить употребление наркотика или нет. Такой системный подход к проблеме должен поддерживаться пониманием общественной опасности, которую несет распространенность наркомании. Кроме того, необходимы определенные шаги в изменении нормативной базы, определяющей принципы оказания медицинской помощи ПИН, с тем чтобы подкрепить подход, ориентированный на вовлечение потребителей наркотиков в сферу деятельности соответствующих служб здравоохранения.

Не мешало бы выяснить, почему значительная часть потребителей инъекционных «тяжелых» наркотиков практи-

чески не вступает в контакт с системой общественного здравоохранения. Что это? Неудачный предыдущий опыт обращения за медицинской помощью? Неадекватно проведенное лечение? Полное пренебрежение своим здоровьем? Желание специализированных служб работать только с небольшим числом потребителей, показывающих высокую мотивацию к воздержанию от наркотика?

2. Первичная профилактика начала употребления наркотических веществ

Первичная профилактика является самой важной в комплексе мер, снижающих частоту инъекционного употребления. Однако очевидно, что вся группа риска не будет охвачена первичной профилактикой. К тому же такое профилактическое вмешательство не будет эффективно во всех случаях. Целевая группа первичной профилактики – школьники и студенты – должна получить полную информацию о той опасности, которая их ждет, если кто-то из них решит попробовать инъекционные наркотики. Для этой работы также неплохо было бы привлечь как бывших, так и действующих ПИН – для живого примера.

3. Выявление зависимых от употребления наркотиков на ранних стадиях болезни

Большинство потребителей наркотических веществ впервые обращаются за тем или иным видом медицинской помощи через 3–5 лет регулярного употребления наркотического вещества. Известно, что уже в первой стадии заболевания устанавливается регулярный, систематический прием. Как правило, наркотик вводится 2–3 раза в сутки. Поэтому представляется важным установление контакта с ПИН как можно раньше. При прочих равных условиях раннее обращение наркозависимого повышает шансы добиться успеха в решении проблем. Помощь в данном случае должна включать в себя все адекватные методы лечения, которые позволили бы снизить интенсивность употребления наркотических веществ. Если же ПИН обращается не в наркологическое учреждение, то, наряду со специализированным лечением, например, гепатитов В, С, он должен обязательно получить

необходимую информацию о профилактических программах для ВИЧ-инфекции, разных видах противонаркотического лечения. В любом случае медицинским работникам необходимо активно поощрять потребителей наркотиков войти с ними в контакт и поддержать его как можно дольше.

4. Изменение традиционных подходов к лечению наркозависимости

Опыт лечения ПИН показывает, что любые положительные изменения в поведении наркозависимых являются труднодостижимыми. Далеко не все ПИН, обратившиеся за медицинской помощью, ставят своей целью прекращение употребления наркотиков. Поэтому следует найти другие ориентиры и ценности для ПИН, позволяющие продлить контакт с общественными службами здравоохранения. Это могут быть программы заместительной терапии или изменение способа употребления нелегальных наркотиков — например курение героина.

Наметившаяся тенденция включения в практику работы медицинских учреждений программ, ориентированных на снижение вреда, включение в «Унифицированные стандарты оказания наркологической помощи населению» заместительной терапии создает предпосылки для привлечения большего числа потребителей наркотиков к службам здравоохранения. Постоянный контакт с медицинской службой позволит рано или поздно найти адекватный подход к уменьшению вреда от проблемного употребления наркотика.

Важным является и то, что все эти цели лечения уместны в процессе любого медицинского вмешательства, способствуют поведенческой и социальной адаптации ПИН.

5. Профилактическая работа с начинающими потребителями наркотиков

Такая работа возможна при наличии установленного первичного контакта с ПИН. Здесь важно установить низкий порог создания такого контакта с ориентацией медицинской службы на снижение болезненности и смертности ПИН.

Вид проводимой профилактической работы будет зависеть от мотивационных ценностей потребителя наркотика,

но в любом случае будет включать оказание амбулаторной медицинской помощи, проведение профилактических мероприятий (наряду с адекватной медицинской помощью), в том числе для сокращения количества инъекций, создание необходимого медикаментозного трамплина для сокращения инъекций, проведение образовательной работы для уменьшения риска заражения инфекциями, передающимися через нестерильный инструментарий.

Чтобы определить основные направления профилактических действий для снижения частоты инъекционного употребления наркотиков, следует:

- попытаться выяснить причину приобщения к употреблению наркотических препаратов;
- иметь представление об основных факторах, которые определяют частоту употребления наркотика у данного ПИН (биологических, социальных, психологических, психопатологических).

Воздействуя на тот или иной фактор, часто удается не только снизить частоту употребления наркотика, суточную дозу вводимого препарата, но иногда и создать мотивацию для постепенного прекращения приема наркотика.

6. Обучение медицинского персонала новым способам работы с ПИН

В настоящее время медицинские работники ориентированы, в основном, на традиционный подход к медицинскому обслуживанию потребителей наркотиков. Такой подход подразумевает активное лечение наркозависимых, преимущественно с мотивацией отказа от употребления наркотика. За бортом остается целый пласт работы, с помощью которой можно мотивировать ПИН на систематические контакты со службами здравоохранения. Причина не только в отношении медицинских работников к ПИН, но и в пассивности самих ПИН. Необходимо изменить подход к оценке качества проводимой лечебно-профилактической работы целого ряда служб общественного здравоохранения. Медицинский персонал должен пройти необходимую подготовку для привлечения ПИН в сферу действия специализированных медицинских служб.

Мнения участников программы заместительной терапии бупренорфином на базе Черкасского наркодиспансера о том, что должны делать медицинские работники, чтобы ПИН снизили частоту употребления наркотиков.

Валерий Б.: «Я считаю, что медики должны:

- относиться к наркозависимым с пониманием и сочувствием;
- предоставлять информацию о вреде и последствиях наркомании;
- предоставлять психологическую помощь;
- при необходимости предоставлять медицинскую помощь (лечение и заместительную терапию);
- содействовать в создании групп взаимопомощи».

Татьяна Ц., стаж ПИН 12 лет: «Чтобы сократить частоту употребления инъекционных наркотиков, нужно чаще доводить до сведения наркозависимых информацию о болезнях, передающихся через грязный и немытый шприц, и о передозировке. Чем чаще наркоманы будут сталкиваться с такой информацией, тем больше они будут задумываться над своим положением. Если инъекционный наркоман захочет уколиться, то перед этим он может вспомнить об информационных брошюрах и подумает, стоит ли это делать. Ведь сколько инфекций может быть в растворе наркотика и насколько страшны последствия передозировки! В распространении информационных материалов медработникам могут помогать волонтеры, которые работают в полевых условиях и бывают в местах, где собирается наибольшее число тех, кто употребляет наркотики инъекционным путем.

Большая моральная и социальная проблема наркоманов в том, что они не представляют себе другой жизни, кроме как искать наркотики. Они заняты этим целый день, с утра до вечера. Для того чтобы отвлечь наркомана хоть чуть-чуть от этой мысли, медработникам нужно создать при реабилитационных центрах группу для инъекционных наркоманов, где помимо общения они могут быть заняты работой. Желательно, чтобы она была более умственной, чем физической, потому что физически наркозависимые работать могут, а вот думать на другие темы, кроме наркотиков, уже отвыкли.

Если наркоман будет знать, что ему что-то нужно делать полезное, он будет стремиться к этому и отвлекаться от плохих мыслей, но нужно обязательно поощрять его рвение. Для этого у группы должна быть хотя бы минимальная финансовая или материальная платформа. Если этого не будет, в конечном результате наркоману придет в голову мысль, что лучше заработать денег криминальным путем. Поэтому желательно наркоману дать какой-то стимул. Многие из них красиво рисуют, некоторые работают по дереву, с железом и т. д. Поэтому разнообразить работу в группе, как физическую, так и умственную, медработникам будет несложно. Но это будет стоить того, ведь «на кон» поставлены жизни молодых людей, которые мечтают о прекрасной жизни и не могут воплотить ее в реальность. Медики должны понимать, что настоящей помощи наркоманы ждут именно от них.

Волонтеры, обмен шприцев, аутрич — все это хорошо, но это лишь поддержка. Помощи же мы ждем от медицины».

3.5. ЧТО МОГУТ ДЕЛАТЬ НПО, ЧТОБЫ ПИН СОКРАТИЛИ ЧАСТОТУ ИНЪЕКЦИОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ

Одной из целей работы по снижению вреда среди лиц, употребляющих наркотики, является побуждение их к более здоровому образу жизни.

Если существует необходимость обеспечить эффективность изменения поведения непосредственно внутри сообщества наркопотребителей, работу следует проводить таким образом, чтобы в ее ходе устранялись препятствия к достижению поставленных целей. Это может достигаться несколькими путями. Основные из них:

- Распространение информационных материалов об учреждениях, оказывающих помощь наркозависимым и деятельность которых направлена на улучшение их здоровья, и тематических буклетов, брошюр.
- Направление ПИН в наркологические службы.
- Работа групп самопомощи.
- Организация и работа дневных центров («гостиных») для лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем.
- Консультации «равный — равному» и профессиональные консультации.
- Аутрич-работа.
- Привлечение ПИН к общественной работе.
- Обмен информацией.

Аутрич-работа

Аутрич-работа — охват людей, употребляющих наркотики на «их территории», с целью влияния на изменение их поведения. Аутрич-работа может иметь разные задачи, в зависимости от потребностей и проблем целевой группы. В среде ПИН приоритетное внимание должно уделяться тем из них, кто нуждается в помощи каких-либо специализированных служб, и лишь в тех случаях, когда такого вмешательства желает сам клиент.

Далеко не все ПИН хотят покончить с инъекционным употреблением или хотя бы сократить частоту инъекций. Дабы не возникало иллюзии, что можно просто захотеть бросить наркотики, следует спросить самих себя: «Так ли мне хочется испытывать физическую боль?», «Легко ли изменить образ жизни, к которому я уже привык?», «Хватит ли мне сил, чтобы достичь результата, если я уже представляю собой «живой труп?»

Важно понимать, что влияние аутрич-работы на изменение поведения ПИН может быть незначительным. Контакт

ты при встречах зачастую бывают очень краткими и поспешными. Существует необходимость в более детальном консультировании. Во многих случаях желательным является направление ПИН в службы оказания медицинской или иной помощи. Наша работа нуждается в сохранении своей независимости и «уличной доверительности», но при этом необходима поддержка других организаций и учреждений, и важно, чтобы эти службы стремились к совместной работе с целью создания сети услуг для ПИН.

В эффективности аутрич-работы едва ли не самую главную роль играет человеческий фактор — те, кто непосредственно занимается такой работой. Так, аутрич-работник, который в данное время сам не употребляет наркотики, имеет больше шансов склонить ПИН к тому, чтобы он перестал колоться, ибо являет собой живой, наглядный пример. Потребитель, эффективно контролирующий потребление наркотиков, занятый в работе аутрич, также является примером возможности контроля над наркотиком. Аутрич-работники из среды бывших ПИН и те, кто эффективно контролирует свою зависимость, могут и должны помогать личным примером.

По большей же части желание снизить дозу приходит к самим ПИН под влиянием каких-то личных причин. К этому чаще всего вынуждает невозможность доставать необходимое количество наркотиков или средств для их приобретения, а также семейные, психологические проблемы и ухудшение здоровья. Для некоторых ПИН мотивирующим фактором является страх смерти и желание сохранить остатки здоровья. Эти ПИН спрашивают, где можно пройти курс лечения от наркотиков, и очень важно, чтобы аутрич-работники вовремя выявляли таких лиц и обеспечивали им доступ к медицинской или иной помощи.

Распространение информационных материалов об учреждениях, оказывающих помощь наркозависимым и деятельность которых направлена на улучшение их здоровья, и тематических буклетов, брошюр

Для хорошего информационного буклета специалисты службы снижения вреда должны собрать информацию обо всех действующих в данном городе и области учреждениях,

оказывающих медицинскую, психологическую, социальную и реабилитационную помощь наркозависимым. А именно: о больницах, детоксах, реабилитационных центрах, НПО, работающих в области лечения наркомании, кабинетах доверия, группах самопомощи, телефоне доверия, службе занятости и т. п. Прежде чем вносить список этих организаций в буклет, необходимо проверить, действительно ли эти организации существуют и оказывают ту помощь, о которой заявлено (встречаются случаи, когда организации существуют формально или по указанному адресу их уже нет). Следует также учитывать, что ежегодно какие-то организации прекращают свою деятельность и появляются новые, так что необходимо постоянно обновлять базу данных и переиздавать буклеты.

Выпуская тематические буклеты, рассказывающие о какой-либо конкретной услуге для ПИН или о болезнях, ассоциированных с наркоманией, обязательно учитывайте психологию и менталитет вашей целевой группы. Ясно, что эти данные можно получить лишь при личном контакте с ПИН. Текст должен быть понятен целевой группе и затрагивать душевные струны, действительно значимые для ПИН. Текст, составленный на основе лишь ваших абстрактных представлений о ПИН и их проблемах, не будет иметь успеха. Желательно привлечь к составлению такого буклета самих ПИН и расспросить у них, какую информацию, они хотели бы в нем видеть.

Направление ПИН в наркологические службы

Большинство ПИН, пользующихся услугами по обмену шприцев, считают, что все у них наладится, если им удастся пройти курс детоксикации. Однако следует отметить, что большинство наркопотребителей не желают становиться на учет в наркологической службе. Но для детоксикации в государственных больницах состоять на таком учете — условие обязательное, и это препятствует обращению ПИН в эти службы. Частные же клиники, которые проводят анонимное лечение, по стоимости услуг доступны далеко не всем. Многие решаются справиться с этой проблемой самостоятельно, и, как ни парадоксально, некоторым это удается.

Практика показывает, что наркологические службы могут лишь помочь ПИН снизить частоту употребления или

уменьшить дозы, пока ПИН находится в диспансере и некоторое время (в лучшем случае 1–2 месяца) после выписки. Затем все возвращается на круги своя. Парадокс современной наркомании состоит в том, что традиционное лечение вошло в структуру самой наркомании. Для поддержания привычного стиля жизни наркопотребители нуждаются в традиционном антинаркотическом лечении. Понимая это, наркологические службы должны идти на то, чтобы найти возможность обеспечить дополнительные услуги для ПИН, которые бы дали возможность закрепить и удерживать достигнутые ими изменения, а именно – быть партнерами НПО в реализации программ, направленных на преодоление зависимости.

Работа групп самопомощи

Группы самопомощи качественно отличаются от всех остальных видов услуг для ПИН, поскольку в этом случае инициативе последних принадлежит наибольший приоритет. ПИН попадают в эти группы очень разными путями: по совету знакомых, родственников, услышав о существовании таких групп из средств массовой информации, от врачей больниц и т. п. Вначале большинство ПИН сами не знают, чего хотят. Обычно они понимают лишь, что совсем запутались, и убеждены, что выхода нет. Некоторые ПИН приходят достаточно редко. Другие могут ходить несколько месяцев, а затем надолго исчезают. Кое-кто постоянно приходит в группу самопомощи и еще очень долго не прекращает употреблять наркотики. Есть и те, кто бросает наркотики сразу и навсегда. Пример и личный опыт тех, кто посещает группы самопомощи более длительное время, вдохновляет действующих ПИН, помогает осознать свою собственную жизненную ситуацию и придает решимости «повторить их подвиг».

Группы самопомощи могут строиться на различных принципах. Советуем тем, кто решил основать у себя нечто похожее, обратиться к специальной литературе и выбрать себе ту форму группы, которая, на ваш взгляд, будет более эффективна в вашем случае (с учетом специфики персонала в вашей организации). Например, в НПО «Эней» (Киев) для этой цели используется Программа «12 шагов анонимных

наркоманов», которая доказала свою эффективность во многих городах Украины. Не бойтесь, если группа не будет слишком быстро прогрессировать, и не ждите быстрых положительных изменений у отдельных ее членов. Всеу свое время.

Есть еще один вид групп самопомощи, пока не очень характерный для сегодняшней Украины. Это группы самопомощи ПИН, которые продолжают активно потреблять наркотики. Организация таких групп едва ли не более трудное дело, чем организация и работа групп АН. Дело здесь и в давлении на активных потребителей, оказываемом сотрудниками правоохранительных органов, и в общественной стигме, и в недостаточной стабильности самих активных ПИН, что создает трудности при формировании группы. Тем не менее работа таких групп оказывается чрезвычайно полезной: именно здесь можно обсудить личный опыт контролируемого потребления наркотиков, способы уменьшить любые виды рисков, выработать рекомендации для других представителей сообщества ПИН.

Такие зарубежные организации, как «JunkyBond» и LSD в Нидерландах, «Общество взаимной поддержки наркопотребителей» в Литве, достаточно хорошо известны своими инициативами в области снижения вреда. В нашей стране постепенно укрепляется группа активных потребителей в Одессе «Открытое пространство», которую поддерживает Благотворительный фонд «Дорога к дому».

Организация и работа дневных центров для лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем

Для успеха программ по снижению вреда, как уже указывалось выше, необходимо создание поддерживающей обстановки. Предоставление ПИН помещения, где они могли бы собираться и обсуждать свои проблемы в теплой и дружественной атмосфере, – один из элементов такой обстановки. Для этого немаловажно установление НПО партнерских отношений с государственными организациями и правительственными структурами. Например, городской СПИД-Центр и Центр социальных служб для молодежи г. Киева по распоряжению Киевской городской государственной администрации стали реализовывать программу снижения вреда

совместно с НПО «Эней». Оказалось, что в основных фондах упомянутых организаций имеются пустующие здания. Удивительно, но, попросив у руководителей данных организаций разрешения на проведение в этих помещениях работы по снижению вреда, сотрудники НПО получили согласие. Так, наркопотребители Киева получили прекрасный шанс собраться вместе и заниматься своими проблемами.

Консультации «равный — равному» и профессиональные консультации

Если у вас уже есть вышеописанный дневной центр («гостиная»), нужно создать в нем атмосферу «выздоровления». Этому может способствовать проведение консультаций. Их может оказывать профессиональный психолог, психотерапевт, бывший ПИН. Практически не имеет значения, сколько времени консультирующий ПИН не употребляет наркотики, обладает ли он квалификацией консультанта или же просто любитель. Важен сам факт того, что наркопотребители собираются, чтобы обсуждать проблемы, связанные с употреблением наркотиков.

Хочется также обратить внимание на то, что, если вы привлекаете к работе бывших наркопотребителей, необходимо более внимательно относиться к их психоэмоциональным состояниям. Их вовлеченность в проблемы других ПИН может быть гипертрофированной или носить болезненный характер. Нервная система и психика ПИН очень хрупкая, утомляемость организма — повышенная. Уделяйте особое внимание им и их личным проблемам, не возлагайте на них решение задач, которые могут привести к каким-либо тяжелым срывам. Регулярно проводите супервизии, профилактику срывов и эффекта «сгорания», ибо человеческие ресурсы — самая большая ценность.

Привлечение ПИН к общественной работе

Являясь искусственно маргинализированной группой, ПИН в настоящее время не имеют возможности самостоятельно отстаивать свои права и интересы перед государством. Помочь в этом им должны НПО, которые могут включать представителей ПИН в свои структуры и вместе с ними участвовать в рабо-

те различных координационных советов, консультативных органов при органах власти различных уровней. Эта работа может проводиться и на государственном уровне. Активность НПО может быть направлена на изменение законодательства, корректировку подзаконных актов, разработку и участие в реализации национальных программ, продвижение различных инициатив, направленных на улучшение положения ПИН.

Обмен информацией

Другим важным аспектом является работа со средствами массовой информации и привлечение к этой работе тех, кто принимает наркотики. Это может хорошо способствовать разрушению негативных стереотипов и стигмы в отношении ПИН. Использование Интернета и предоставление доступа ПИН к его ресурсам и возможностям является подходящим средством коммуникации, обмена информацией и идеями среди ПИН, поскольку помогает сохранить конфиденциальность и не подвержено никакой цензуре. Уже сейчас такие сайты, как <http://vintclub.ru> и <http://www.drugscene.ru>, позволяют приобщиться к самой актуальной информации и обменяться мнениями.

3.6. ЧТО МОЖЕТ ДЕЛАТЬ ГОСУДАРСТВО, ЧТОБЫ ПИН СОКРАТИЛИ ЧАСТОТУ ИНЪЕКЦИОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

Эпидемия ВИЧ и гепатитов в Украине уже выплеснулась за пределы так называемых уязвимых групп (ПИН, секс-работницы и т. д.) и реально угрожает безопасности всего общества. Коррупция в правоохранительных органах, с одной стороны, смягчает неоправданную жесткость антинаркотического законодательства, но с другой — словно ржавчина, разъедает сами устои государства. Совершенно очевидно, что назрела необходимость радикального пересмотра самих основ государственной наркополитики. Эта политика должна быть многовекторной и включать в себя как мероприятия по профилактике наркомании, особенно в молодежной среде, декриминализацию

ПИН, комплекс мероприятий, направленных на снижение вреда от инъекционного употребления наркотиков (программы обмена шприцев, информирование через аутрич, расширение консультационных услуг), легкий доступ ПИН к лечению, и прежде всего к заместительной терапии, и, наконец, социальная поддержка ПИН (трудоустойство, решение проблемы бездомности и т. п.), доступ к лечению и профилактическим программам в местах лишения свободы, включая программы заместительной терапии и обмена шприцев.

Заместительная терапия (ЗТ)⁶

Безусловно, на данном этапе проведение заместительной терапии должно быть поддержано государством. Хотя сам замещающий препарат не является дорогостоящим, крайне важно сделать доступным на пунктах ЗТ дополнительные виды сервиса (консультирование, социальная и психологическая помощь, лечение социально значимых заболеваний: туберкулеза, ВИЧ). Прямая обязанность государства — создание таких правил оборота и назначения наркотических веществ, которые бы не снижали их доступности для пациентов и позволяли бы врачам назначать их свободно, руководствуясь только соображениями врачебной этики.

Программа заместительной терапии не должна иметь слишком жестких ограничений, иначе большая часть ПИН не смогут стать ее клиентами. (Принятые в Украине стандарты ЗТ смотрите на сайте <http://psycho.chat.ru/Methua.doc>). Привлекая ПИН в программу ЗТ, очень важно проводить профессиональную работу, направленную на мотивацию отказа от употребления нелегальных наркотиков.

Как показывают многочисленные исследования, заместительная терапия в 100 % случаев сокращает частоту приема нелегальных наркотиков, а около 60 % ПИН перестают их принимать вовсе.

Развитие сети терапевтических сообществ, реабилитационных центров, групп самопомощи

Следующий логический шаг, который необходимо предус-

⁶ О заместительной терапии подробнее см. стр. 125.

мотреть общенациональной программой, — это выделение бюджетных средств для поддержания и развития сети терапевтических сообществ и реабилитационных центров для наркозависимых.

Следуя простой арифметике, которая вытекает из оценки ситуации, можно с определенной уверенностью сказать, что ПИН составляют около 1 % от общего населения. Например, если населенный пункт насчитывает 100 000 чел., то 1000 из них — ПИН. Конечно, в каждом регионе этот процент может колебаться в большую или меньшую сторону, но не намного. Поэтому, в принципе, легко просчитать количественные показатели, необходимые затраты и усилия на создание и развитие подобных центров.

Организация деятельности одного пункта для ПИН с целью обмена шприцев, обеспечения средствами защиты и предоставления консультаций в среднем (по минимальным расчетам) составляет приблизительно 30 тыс. долларов, или 157 тыс. гривен в год.

Оценка возможности развития программ профилактики ВИЧ в среде ПИН. — К.: УИСИ, 2003.

Использовать возможности телевидения и других СМИ

Государство располагает мощным средством влияния на сознание человека — телевидением. Государство может выступить заказчиком передач, направленных на повышение толерантного отношения к ПИН среди населения. Если 1 % населения — ПИН, то полмиллиона человек в нашей стране затронуты этой проблемой. Учитывая то, что количество этой аудитории с каждым годом растет, потребность в создании телепередачи (типа сегодняшних «Окон», например), с помощью которой можно пытаться влиять на ситуацию, давно назрела.

«Декриминализация» ПИН

Логичным и последовательным шагом со стороны государства мог бы быть шаг в сторону перехода от политики жесткого прогибиционизма в отношении наркотических веществ к политике контроля, что позволило бы влиять на многие аспекты наркомании, как, например, качество наркотического вещества; способы его употребления; методы употребления; снижение вреда и т. п.

Первым шагом в этом направлении может быть пересмотр таблиц размеров наркотических средств, хранение которых ведет к уголовной ответственности. В настоящее время уголовная ответственность наступает за обладание незначительным количеством вещества, которое меньше даже разовой дозы, не говоря уже о суточной. Это значительно облегчает милиции выполнение «показателей» и приводит за решетку в основном зависимых ПИН, а не дельцов наркобизнеса.

Борьба с наркоманией в том виде, в котором она ведется сегодня, свидетельствует о собственной ущербности. Факты говорят сами за себя: рост наркопотребителей не сокращается, наркобизнес растет, здоровье нации ухудшается, те, кто имеет возможность, — откупаются от ст. 309–311 УК Украины (чтобы уголовное дело по факту обнаружения наркотического вещества или прекурсоров у наркопотребителя не было возбуждено, необходимо уплатить 200 грн.). Те, кто не имеет средств, отправляются в тюрьму — «поправлять здоровье». Возможно, отмена уголовного преследования за хранение небольшого количества наркотиков смогла бы улучшить положение дел. В этом случае наркопотребители выйдут из подполья. С ними можно будет работать открыто и в различных направлениях. Необходимо перестать воевать со своими гражданами, которые оказались в наркотическом плену, и начать относиться к ним так же, как государство относится, например, к лицам, страдающим от алкогольной зависимости. Переход от войны к сотрудничеству поможет снизить как количество ПИН, так и частоту инъекционного потребления.

3.7. ЧТО МОГУТ ДЕЛАТЬ СОТРУДНИКИ МВД, ЧТОБЫ ПИН СОКРАЩАЛИ ЧАСТОТУ ПОТРЕБЛЕНИЯ

Из расшифровки диктофонной записи фокус-группы среди социальных работников Клуба «Эней», г. Киев, 2003, модератор — И. Головач

Модератор: Вопрос о сокращении частоты инъекционного потребления наркотиков можно рассматривать с двух позиций. В одном случае можно сокращать количество инъек-

ций в день, в другом — увеличивать разрыв между инъекциями — несколько дней, недель, месяцев.

Слава: То, что я реально знаю из практики нашей работы, уже действительно помогало. В детской комнате милиции Деснянского района я общался с одним из милиционеров, который попросил необходимую литературу. Весь ассортимент, который на тот момент у меня был, я дал. Как он мне объяснил, среди несовершеннолетних, работу с которыми он проводит, большинство если не употребляют наркотики активно, то уж по крайней мере стоят на этом пути. Все их старшие друзья уже наркоманы со стажем. И он чисто по-человечески считал своим долгом объяснять несовершеннолетним, которые попадают в детскую комнату милиции по той или иной причине, насколько опасна инъекционная наркомания. Он проводил разъяснительную работу среди них, используя нашу литературу. Как я понимаю, то, чем могут помочь сотрудники милиции, — это изменить свое собственное отношение к наркозависимым. Больше в информационном плане работать. То есть не просто видеть в этом человеке преступника, но еще и человека, который стоит на достаточно опасном пути.

Странно, что до сих пор для работы с несовершеннолетними нет никакой информационной базы и литературы, чтобы просто ее раздавать, допустим, детям, у которых родители наркоманы, детям, которые нюхают клей. Многие из этих детей проходят через детские комнаты милиции. Сотрудник милиции, о котором я говорил ранее, раздавал литературу, и, по крайней мере, та часть информации, которую дети получили, безусловно, срабатывала. Это то, что касается несовершеннолетних. И, наверное, та же самая работа должна проводиться сотрудниками милиции для всех возрастных групп. Вплоть до того, что милиция может информировать о том, где есть организации, в которые можно обратиться за конкретной помощью, чтобы прекратить употреблять наркотики, получить медицинскую помощь. Было бы неплохо, если бы у них была такая информация. Я знаю, что в основном те, кто по тем или иным обстоятельствам попали в милицию, не только такой информации не получают,

но и ни один из милиционеров не настроен, чтобы в этом плане что-либо предпринять, как-то оградить человека от того опасного пути, на котором он сейчас стоит.

Андрей: Дело в том, что сами сотрудники милиции едва владеют такой информацией. В ОБНОЕ есть кого спросить. А вот сотрудники патрульно-постовой службы и сами спрашивают: «Что это за наркотик, как его готовят, его производные, где носят, куда колют, нюхают или курят?» Они вообще ничего не понимают. «Как увидишь наркомана — бей его, как таракана!» — этот лозунг можно добавить возле надписи «Милиция», подобно как «Курение вредит вашему здоровью!» на сигаретах. Я общался с бывшими ППСниками, они рассказывали, что выходят на дежурство, и у них на патрульный автомобиль должна за сутки набиваться определенная сумма. Им нужно заработать деньги. Это реальная статья доходов!

Нормальный оперативник должен знать, что у него на земле происходит. Если он занимается наркотиками, он знает, где встречать наркоманов. Ну, самых старых он хорошо знает. Они даже общаются как старые добрые товарищи. Если программа будет действовать, он будет заинтересован, чтобы помочь этому человеку. Действительно бывает так, что он и о программе знает, и что в какой квартире происходит, когда, что, кто, и сколько будет вариться. Когда у них рейд идет, они туда едут, чтобы поднять показатели. Просто «прихлопнуть», не напрягаясь. У него в записной книжке все записано. Потом, в случае чего, он ее достает — и поехали «рейдовать» по адресам. Чуть ли не по времени проставленному. Если бы действительно они были заинтересованы и шли навстречу тем людям, которые пытаются «завязать», — тогда бы они могли реально помочь тем ПИН, которые входят в какие-то программы типа «12 шагов». По крайней мере, не вязать и не сажать тех, кто уже входит в программу, давать этим людям шанс.

Слава: Я хотел бы добавить по поводу информационной несостоятельности правоохранительных органов. Всем здесь собравшимся были известны случаи, когда милиционеры задерживали наших социальных работников, ко-

торые стоят на ПОШ (пункт обмена шприцев), и заставляли либо собственноручно вскрывать утилизаторы, либо делали это сами. Это еще раз подчеркивает и убеждает, что их информационный уровень, даже относительно ВИЧ/СПИД — насколько это опасно и как это передается, — практически равен нулю. Поэтому от нас тоже зависит, насколько возможно, максимально информировать сотрудников правоохранительных органов и вести какую-то деятельность в этой области. Сейчас мы требуем от них того, чего им взять неоткуда.

Сергей: Некоторые сотрудники правоохранительных органов стараются бороться непосредственно с незаконным оборотом наркотиков, а не с самими потребителями. Некоторые из них оставляют наркопотребителю шанс на выздоровление. Беседуют с ними, например. Лично у меня были такие ситуации: когда меня арестовывали — то просто отпустили. Я говорил, что прохожу курс лечения (это так на самом деле и было), но просто мне еще не хватает сил. Это было искренне. И меня отпустили. Я это добро помню, и чем мог — отблагодарил. Оперативники меня, конечно, знают: я хоть и не сижу в «системе», но, бывает, и колюсь, но бегаю и как-то работаю над собой.

Модератор: Я так понимаю, что сотрудники милиции пытаются к своей работе нормально относиться и, возможно, хотят, чтобы люди наши все-таки были нормальными гражданами?

Сергей: Естественно. Это доказано, и все понимают, что «серьезный» ПИН волей-неволей в употребление наркотиков втягивает всех своих ближних. В эту струю попадает немало людей, все его окружение. Если он продолжает употребление, ему нужно искать для этого средства, и он вовлекает в это свое окружение. Появляется еще более сильная созависимость. И вот один из числа моих знакомых сотрудников МВД в своей работе стал больше переключаться на родственников и подсказывать, что им нужно делать.

И еще, я думаю, что когда задержанным или арестован-

ным наркоманам плохо, сотрудники милиции могли бы вызывать им «скорую помощь».

* * *

Те, кто работают в программах снижения вреда, знают, что милиция, мягко говоря, без энтузиазма встречает большинство инициатив, которые не имеют своей непосредственной целью помочь ПИН полностью избавиться от употребления наркотиков. Это и программы обмена шприцев, и попытки адвокации прав активных потребителей и, в том числе, контролируемое потребление наркотиков или переход на менее вредные способы приема или препараты. Такая ситуация только отчасти связана с недостаточной информированностью сотрудников милиции о рисках, возникающих при инъекционном употреблении наркотиков, о хроническом и рецидивирующем характере заболевания. Этому способствует множество причин, среди них можно отметить следующие:

- во-первых, современным украинским законодательством практически криминализировано употребление наркотиков — хранение даже незначительного их количества влечет за собой уголовную ответственность;
- во-вторых, количество раскрытых преступлений в области наркооборота существенно улучшает отчетную статистику, от которой зависит оценка работы службы и, соответственно, карьерный рост сотрудников. А поскольку выявление, расследование и доведение до суда дел ПИН и мелких наркодилеров не представляет труда с оперативной точки зрения, «наркопреступность» и по сей день остается удобным рычагом манипулирования отчетностью;
- и третья причина — это общественная стигма, «наркофобия», которая выражается в том, что большинство граждан не могут относиться к ПИН толерантно, даже если ПИН не совершают никаких других уголовных преступлений. Обыватель не хочет с ними сталкиваться на улицах, в подъездах, панически боится, если ПИН вдруг оказывается его соседом. Такие «видимые» проявления «наркосцены» вызывают недовольство деятельностью право-

охранительных органов и требования к власти «немедленно прекратить безобразие».

Если изменение законодательства и не является компетенцией правоохранительных органов, то рациональное изменение подходов к оценке работы своих структурных подразделений может существенно смягчить неоправданное давление на ПИН, которые продолжают потребление наркотиков.

Действия милиции определяются и судебной практикой. Если суды по какой-либо причине откажутся выносить обвинительные приговоры наркозависимым, которые задержаны за мелкое дилерство, то и оперативные работники вынуждены будут существенно пересмотреть направления своей работы. Если будет принято, что криминалом в действиях ПИН есть не простой факт употребления наркотиков или мелкое дилерство между такими же, как он, наркозависимыми, а действия, которые наносят непосредственный вред ПИН и обществу (продажа несовершеннолетним, дилерство в учебных заведениях, продажа препарата с выраженными токсическими свойствами или примесями, распространение инфицированной субстанции или нестерильного инъекционного оборудования, широкая коммерческая торговля и т. п.), то это позволит сосредоточить большее внимание на оказании помощи наркозависимым, в том числе и на развитии способности к контролированному употреблению, вместо того, чтобы подвергать ПИН неоправданным репрессиям.

4. ОТКАЗ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

4.1. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПИН

(по материалам журнала «МОЗГ»)

Детокс-трип

«Избавление от зависимости за шесть часов!» Так гласит реклама «Детокса», и это — абсолютное вранье! Во время лечения по этой программе снимают ломки с помощью наркоза и введения в этом состоянии «торчку» аналога налоксона, опиийного антагониста. Так что ломок нет. Но прочее-то все остается!

После процедуры детоксикации предлагается введение «волшебного» эндорфинового препарата. Однако на самом деле действует только антагонист, и если кому-то захочется после процедуры все-таки «вмазаться», то «прихода» не будет: большая доза антагониста будет действовать еще достаточно долго.

Кундала-трип

С. Я. Маршаком и его центром «Кундала» предлагается двухэтапная процедура. Сначала та же детоксикация под наркозом, а затем начинаются психотерапевтические трипы по трем направлениям: хочешь — религиозный экстаз, хочешь — кундалини-йога, хочешь — «12 шагов».

Главный «приход» — это, конечно, медитация, как бы замещающая кайф от наркотиков через тонкую «энергию кундалини». Реабилитация в центре Маршака продолжается около месяца, что, может, и ничего для залетного «торчка», но тем, кто употребляет уже много лет, эта система вряд ли чем-нибудь поможет.

Кодировка-трип

Этот способ освободить себя от зависимости был разработан д-ром А. Р. Довженко в середине 80-х годов для лечения алкоголизма. Основа — шоковая терапия, запугивание с помощью различных методов.

Целью «шоковой терапии» является вселение в пациента чувства страха (или, наоборот, благоговения) по отношению к какому-либо явлению, веществу или человеку. Состоит этот метод из двух кратких этапов, которые, как правило, проводятся в один день друг за другом.

На первом этапе психотерапевт читает для группы пациентов лекцию-внушение, во время которой монотонным, «гипнотическим» голосом объясняет задачу терапии, например прекращение употребления героина, и рассказывает о потрясающих результатах лечения (настраивает на эффект).

После группового внушения проводится собственно «стрессотерапия», или «кодирование». Что именно с больным делают в этот момент, решающего значения не имеет. Главное, чтобы пациент испытал какие-либо резко отрицательные и неожиданные ощущения.

Сам А. Р. Довженко придумал брызгать в горло пациенту на вдохе струю хлорэтила. Хлорэтил — это известная нам с детства «заморозка», дешевый препарат для местного обезболивания. Д-р Довженко, естественно, не рассказывал пациентам про хлорэтил, называя его разработанным им самим «секретным» препаратом для «кодирования».

Брызгая хлорэтилом в горло и надавливая одновременно на точки выхода глазного нерва в районе бровей, Довженко объявлял пациенту, что теперь он «закодирован» на определенный срок. И если тот будет пить (употреблять наркотики) до истечения этого срока, с ним могут возникнуть различные неприятности (инсульты, параличи и пр.).

Эта процедура была достаточно эффективной для больных алкоголизмом и наркоманией, пока во всей стране ею занимался один человек — Александр Романович Довженко. Он делал все возможное для того, чтобы вокруг него существовал ореол слепой веры. К нему было очень трудно попасть. Две недели нужно было самостоятельно избегать приема алкоголя или наркотиков. Необходимо было каким-то образом добраться до Феодосии, устроиться там на жительство и т. д.

Как только стало понятно, что метод до смешного прост и не надо ничему учиться, чтобы им пользоваться, тысячи врачей с целью «подработать» стали практиковать «кодирование».

Большинство из них сразу поняли, что пользоваться для «кодирования» хлорэтилом вовсе не обязательно. «Кодировать» стали разрядом электрического тока, лекарствами, способными вызвать обморок, просто яркой вспышкой света. Стоит процедура кодирования сегодня от 100 до 500 долларов, в зависимости от «техники», которая при этом используется.

Детоксикация-трип

Клиническая детоксикация включает в себя выведение из организма продуктов распада наркотиков с одновременным симптоматическим лечением абстинентного синдрома и коррекцией обмена веществ пациента для нормального функционирования организма в условиях отказа от наркотиков.

Одинаковых для всех схем детоксикации не существует: у каждого человека свой обмен веществ и психика. Общим для этого этапа является лишь введение с помощью капельницы препаратов опиоидных антагонистов и подбор препаратов для снятия болевого синдрома, тревоги и возбужденности, слабости, бессонницы, рвоты и других проявлений ломки.

В комплекс лекарственной терапии включаются сосудистые препараты, целый комплекс витаминов, анальгетиков, стимуляторов обмена веществ, точно подобранные дозы успокоительных препаратов, антидепрессантов и т. д.

Главной задачей врача при выборе препаратов является стремление к их минимальной токсичности и отсутствие привыкания к ним.

Процесс детоксикации продолжается, как правило, 7–14 дней. Для современной медицины проведение детоксикации не является проблемой. Ее методики хорошо отработаны как в государственных, так и в частных клиниках.

Двенадцатишаговый трип, или Анонимные наркоманы

В начале 30-х годов в Америке люди, которые хотели прекратить употребление алкоголя и наркотиков и не находили поддержки в окружающем их мире, объединились в Ассоциацию анонимных алкоголиков. К 1938 году полностью сформировалась программа психотерапевтической помощи бывших алкоголиков и наркоманов друг другу. Она получила название «12

шагов». В 1953 году анонимные наркоманы (NA) выделились из Ассоциации анонимных алкоголиков и ныне представляют собой отдельную общественную организацию-братство. Организация эта абсолютна независимая, бесплатная, немедицинская, негосударственная и, естественно, анонимная.

У NA есть свои принципы. Некоторым они подходят, некоторым же не нравится, когда им предлагается смириться с собственным бессилием.

Принципы «12 шагов»

1. Мы признали свое бессилие перед химической зависимостью от веществ, изменяющих нашу психику, признали, что потеряли контроль над своей жизнью.
2. Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.
3. Приняли решение отдать нашу волю и нашу жизнь под защиту Бога, как мы его понимаем.
4. Мы произвели тщательное и бесстрастное исследование своего поведения.
5. Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений.
6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков.
7. Смиренно просили Его исправить наши изъяны.
8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними.
9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это.
11. Стремилась путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы его понимаем, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.
12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы старались донести смысл наших идей до других наркоманов и применять эти принципы во всех наших делах.

Религиозно-коммунный трип

В мире существует несколько основных религиозных конфессий и множество религиозных объединений и сект. Многие из них берутся за реабилитацию потребителей наркотиков. Основной метод работы с «торчками» во всех коммунах — это трудотерапия и молитва.

Можно найти в метро или на улице листовки с приглашением на сектантскую проповедь-лекцию о вреде наркотиков и узнать там адрес коммуны, где ты получишь возможность уединиться в компании таких же, как ты, и добровольно-безвозмездным, возможно, в пользу секты, каждодневным трудом лечить самого себя. Большинство таких коммун построены вокруг одной конкретной личности, сильной и властной, подчиняющей себе окружающих. Обычно они находятся вне черты города, в деревнях и селах. Пациенты живут в избах, ведут хозяйство и опять-таки молятся.

Во всем мире есть христианские коммуны, которые принимают не только потребителей наркотиков, но и вообще всех желающих и страждущих. В них тоже надо трудиться на благо себя и окружающих.

Есть сети специальных реабилитационных коммун, такие как «РЕТО» — испанский христианский реабилитационный центр, куда также принимают русских, через центр «Надежда» который находится в подмосковной Истре. Для того чтобы уехать, надо только оформить визу и купить себе билет в один конец. «РЕТО» существует на полном самообеспечении. В «РЕТО» производят практически все, что нужно для жизни, и имеют свой малый бизнес. Но там тоже надо обязательно молиться.

В России некоторые православные самоотверженные личности пытались организовать коммуны, но это оказалось достаточно сложно, и большого притока пока никто из них не смог организовать.

Православные монастыри тоже принимают потребителей, которые хотят бросить, но не могут это сделать в родных стенах. Главным критерием при приеме в монастырь, конечно, служит вера, принятие церкви и полное подчинение всем ее уставам и правилам. Но если ты попал туда, тебя ждет скромная спокойная трудовая жизнь. Как это сделать?

Надо просто прийти к любому священнику в ближайшую церковь, поговорить с ним и узнать, у кого можно получить благословение на послушание в монастырь, а дальше уже все зависит только от тебя и твоей веры в собственные силы.

Методика реабилитации Женишбека Назаралиева

(информация сайта www.narkozona.ru)

Методика д-ра Назаралиева вот уже 12 лет позиционируется как самая эффективная в странах бывшего СССР и одна из самых эффективных в мире. В 1995—1999 гг. была развернута широкая рекламная кампания в газетах «Аргументы и факты», «Комсомольская правда», «Трудовая Россия», «СПИД-Инфо» и других, утверждающая, что метод д-ра Назаралиева является уникальным и в 90 % случаев избавляет от наркомании. В 2002 году число лиц, обратившихся в Центр, составило 22 000 человек, из которых, по официальным данным Центра Назаралиева, успешно прошли реабилитацию 15 000.

Анализируя отзывы больных, публикации и доступные источники информации, стало ясно, что для лечения наркотической абстиненции, «ломок», д-р Назаралиев использует так называемые атропиновые комы. Получается фактически, что абстинентный синдром преодолевается с помощью... обмороков, вызванных атропином как мощным сосудорасширяющим средством. Эта процедура, как это ни странно, имеет некоторый смысл с точки зрения химического взаимодействия веществ в организме. «Обмороки» несколько уменьшают «тягу» к наркотикам, да и «ломки» в обморочном или полуобморочном состоянии переносятся легче.

Второй этап метода Назаралиева опирается на специальные психотерапевтические методы работы с наркоманом. Это приказные, директивные методы внушения, включающие в себя ту или иную форму наказания пациента при невыполнении им инструкций, даваемых врачом. Сюда относятся соблюдение крайне строгого и точного режима, длительное нахождение в неприятных и неестественных позах, выполнение крайне неприемлемых для личности действий и т. д.

Заканчивается реабилитационный этап тем, что больному вводится якобы разработанный д-ром Назаралиевым препа-

рат, провоцирующий смерть наркомана при приеме героина в период действия лекарства.

Надо сказать, что Назаралиев отказался раскрыть химическую формулу этого препарата и провести его клинические испытания. А судя по тому, что большое количество наших пациентов, лечившихся в Бишкеке, чаще всего срывались задолго до окончания действия препарата и до сих пор живы, чудо-препарат — просто-напросто фикция.

«Монар»

«Монар» — это неправительственная организация, которая была официально зарегистрирована в 1981 году в Польше. Ею созданы центры реабилитации, консультационные центры и пункты, ночлежные дома, центры детоксикации, дома для бездомных, для одиноких матерей с детьми, престарелых и инвалидов, где предлагают услуги в сферах профилактики зависимости, лечения, терапии и реабилитации для наркозависимых, социальной реадaptации и снижения вреда. Сроки реабилитации здесь различны — до 6–12 месяцев. Реабилитация в польском «Монаре» бесплатна.

По сути, это коммуна, которая называется терапевтическим сообществом. Все жизненные вопросы решаются общим собранием монаровцев. Категорически не принимаются алкоголь, наркотики, вранье, насилие, секс.

4.2. ЧТО ДОЛЖНЫ ДЕЛАТЬ ПИН, ЧТОБЫ УВЕЛИЧИЛОСЬ КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, ВОЗДЕРЖИВАЮЩИХСЯ ОТ НАРКОТИКОВ

Существует масса услуг для потребителей инъекционных наркотиков. Среди них наиболее популярна детоксикация. Если вы ПИН и чувствуете, что ваше здоровье значительно ухудшилось, и вам хочется хотя бы взять передышку, успокоиться и подумать, вы можете пройти курс детоксикации. Само по себе это лечение не поможет вам навсегда перестать употреблять наркотики. Хотя при благоприятном стечении обстоятельств возможно и это. Но для того, чтобы не упо-

треблять какое-то время или снизить дозу, — это самый оптимальный выход. Однако спешим предупредить: практически все больницы детоксикации — платные.

Государственные больницы могут предложить вам пройти предварительный курс (приблизительно месяц) консультаций с социальным работником, психологом или курс групповой мотивационной терапии. Не пугайтесь. Будьте бесстрашны и последовательны с самого начала. Вы сможете сделать все, если сильна ваша решимость.

Если вы уже пробовали этот способ неоднократно, узнайте, где в вашем городе или его окрестностях расположены реабилитационные центры. Как правило, один или несколько хотя бы в ближайших окрестностях, да найдется. Существуют реабилитационные центры на религиозной основе — традиционно христианские или протестантские. Основными методами терапии в них являются молитва и трудотерапия. Как правило, денег за реабилитацию в них не берут. Существуют центры реабилитации западного образца — в них может быть представлен достаточно широкий спектр услуг — от детокса до группы самопомощи или индивидуальной работы с терапевтом или любым другим специалистом в области наркомании. Могут предоставляться услуги консультантов без детоксикации и т. п. Бесплатных центров подобного типа нет. Качество изменений вашего поведения зависит только от ваших намерений. Если вы будете честны перед собой и сможете ответить себе на вопрос, что вам в данный момент на самом деле нужно — вы получите это. Помните, что любой ваш шаг на пути к тому, чтобы не колоться совсем или колоться меньше, — это всего лишь один шаг. Если вы хотите большего — делайте больше.

Если вы участник проекта обмена шприцев, попробуйте поговорить о вашей проблеме с аутрич-работником или с консультантом «равный — равному». Возможно, он сможет помочь вам. Узнайте у него, существуют ли в рамках вашего проекта консультанты — психолог, юрист, нарколог. Или же организация сотрудничает со службами, оказывающими медицинскую помощь наркопотребителям. Найдите того, кто несет ответственность за данное направление деятельности, действуйте, руководствуясь библейским принципом «стучите — и вам откроют».

В период «межсезонья», когда наркотики исчезают с наркосцены, некоторые пытаются «вылечиться» от опиоидной зависимости при помощи алкоголя, стимуляторов или препаратов типа трамадола. Ни в коем случае не рекомендуется прибегать к этим способам: употребление этих веществ вызывает другую зависимость. По опыту и рассказам тех, кто имел неосторожность употреблять эти не менее тяжелые наркотические вещества, последствия были куда более неприятные, чем предполагалось. Найдите возможность куда-

Столкнувшись с такой болезнью, как «наркомания», на собственном опыте, вы можете помочь другим избежать этого коварного заболевания. Помните: помогая другим, вы помогаете себе. Делясь горьким опытом употребления, показывая истинную, разрушающую природу наркотика, вы помогаете другим избежать той же ошибки. Не бывает положительного или отрицательного опыта, есть просто жизненный опыт, который поможет другим, еще «зеленым», избежать опрометчивых, сиюминутных соблазнов, искушений попробовать наркотик. Говоря о вреде наркотика, предупреждая от употребления любых химических веществ, изменяющих сознание, наставляя других, вы прежде всего предупреждаете себя. Проводя политику антирекламы наркотиков, пропагандируя здоровый образ жизни, вы тем самым становитесь сами на путь выздоровления. К тому же вы сами поднимаетесь в собственных глазах и глазах общества, которое воспринимает наркоманов не иначе как «отбросы», забывая или не зная, что это только болезнь — хроническая, прогрессирующая, с тяжелыми последствиями. Делясь своим опытом, показывая на своем примере, как вы влезли в «систему», что принесли с собой наркотик в вашу жизнь, скольких ваших «братьев по оружию» болезнь отправила на кладбище, в тюрьмы, сделала инвалидами на всю жизнь, разрушила семьи и жизни, — вы делаете огромную работу для предупреждения первой «дозы» или приблизите решение не продолжать дальше. Один правдивый рассказ живого очевидца намного действеннее тысяч теоретических выкладок.

Виктор Вырлан,
старший социальный работник Черновицкого
благотворительного фонда «Новая семья»

Для тех, кто не верит ни врачам, ни каким-либо другим специалистам, но кто верит в дружбу и братство, наш совет будет следующим: найдите в вашем городе группу самопомощи. Сегодня эти группы («Анонимные наркоманы») успешно функционируют во многих городах Украины. Или, если

ее нет, — непременно ее создайте. Найдите таких же людей, как и вы. Принимайте в вашу группу всех, кто попросит вас о помощи. Одна из традиций АН гласит: «Ты являешься членом АН, если ты заявляешь об этом. Ты можешь объявить себя членом, никто не может вывести тебя из организации. Неважно, кто ты, как низко ты пал, насколько серьезны твои эмоциональные расстройства, даже твои преступления — мы все равно не можем отказать тебе в членстве. Мы не хотим, чтобы ты оставался за пределами организации. Мы несколько не боимся, что ты навредишь нам, как бы ни было извращено твое сознание и каким бы буйным ты ни был. Мы лишь хотим быть уверенными в том, что ты получишь такой же отличный шанс вернуться к трезвой жизни, какой получили мы». Чтобы самому употреблять меньше, научитесь помогать тем, кому хуже, чем вам.

Если вы живете с ВИЧ и/или у вас вирусные гепатиты, то уменьшить употребление наркотиков вам просто необходимо. Употребление тяжелых наркотиков способствует снижению уровня CD4, что приводит к иммунодефициту и различным физиологическим осложнениям.

Существуют группы самопомощи, специализирующиеся на адаптации ВИЧ-позитивных людей. Существуют и различные организации, осуществляющие всевозможную помощь для людей с ВИЧ-позитивным статусом.

Находясь на лечении в медицинских учреждениях, помните, что употребление наркотических веществ снижает эффективность практически любой терапии. К тому же некоторые препараты могут быть несовместимы с теми видами наркотиков, которые вы принимаете.

Посещая собрания каких-либо групп, психотерапевтов, психологов, консультируясь у социальных работников или у консультанта «равный — равному», обязательно говорите обо всем, что вызывает у вас тревогу, сомнения и создает дискомфорт. Попытка осознать сложившиеся обстоятельства или разобраться в собственных чувствах, необходимость сохранять равновесие и душевный покой в сложных жизненных ситуациях способствуют сохранению ремиссии.

Если вы чувствуете, что ваша ситуация зашла в тупик, у вас нет ни моральных сил, ни материальных возможностей и вам

давно уже все равно, что будет с вами в дальнейшем, — можно «плыть по течению». Подумайте о том, что, возможно, вы — Счастливчик и вам непременно когда-нибудь повезет.

Многие считают, что ПИН, страдающие зависимостью, не могут сами отказаться от приема наркотиков и только энергичное внешнее вмешательство специалистов способно изменить ситуацию. Это совершенно не так. Отказаться от курения табака не менее сложно, но только очень небольшая часть курильщиков прибегает к посторонней помощи, остальные бросают сами. Статистика показывает, что наркологической помощью сейчас охвачено 10–20 % всей популяции ПИН, остальные 80 % свои проблемы решают самостоятельно.

Пытаясь самостоятельно прекратить прием наркотиков, ПИН должны иметь в виду следующие моменты.

- 1. Вид употребляемого препарата.** Прекращение приема стимуляторов, марихуаны, ЛСД обычно не ведет к физическим страданиям. Наибольшая степень физической зависимости наблюдается при употреблении седативных средств и опиатов. В случае длительного приема седативных препаратов или их комбинации с опиатами все-таки лучше обратиться к врачу, поскольку развивающийся синдром отмены может сопровождаться нарушением жизненных функций. Что касается чистых опиатов, то процесс самостоятельного прекращения употребления наркотиков обычно безопасен, и большинство ПИН неоднократно проделывают это на протяжении своей карьеры.
- 2. Личное желание бросить.** Это важный момент психологической установки. Конечно, желание оборвать прием не возникает на пустом месте, этому способствуют финансовые затруднения, проблемы взаимоотношений с близкими, угроза безопасности и т. п. Но в любом случае должны быть взвешены все «за» и «против» такого шага и принято личное ответственное решение. Ведь, в конце концов, проходить через все эти муки придется самому, а не родственникам или друзьям.
- 3. Создание подходящей обстановки.** Это может включать самые разные аспекты:
 - а) выделите себе необходимый промежуток времени, который можно полностью посвятить детоксикации;
 - б) сообщите о своем решении близким, которые могут

помочь вам в эти дни, и одновременно попросите своих знакомых ПИН не беспокоить вас, отправьте детей куда-нибудь из дома. Некоторые считают весьма полезным уехать куда-нибудь на это время, чтобы разрушить привычные связи с наркосценой;

в) подберите себе место, где будете чувствовать себя максимально комфортно. Это может быть квартира родителей или друзей, которые не принимают наркотики.

В период «ломки» желательно самостоятельно не принимать никаких психотропных препаратов, ведь некоторые сами обладают способностью вызывать зависимость или же пролонгируют (продлевают) период ломки, хотя и смягчают ее проявления. Длительность физического дискомфорта зависит от разных факторов. Например, чтобы прийти в себя после систематического приема барбитуратов, нужен как минимум месяц, героиновые «кумары» длятся от 3 дней до 2 недель.

Но, как говорится, детоксикация занимает несколько дней, а вот поддержание трезвости требует пожизненных усилий.

Питер МакДермотт, основатель рассылки новостей по тяжелым наркотикам alt.drugs.hard, дает такие рекомендации для поддержания трезвости:

1. Найдите какое-нибудь занятие, работу или хобби. Скука — одна из главных причин возврата к употреблению.
2. Избегайте принимать другие наркотики.
3. Поищите поддержку у других людей, друзей, групп АН и т. д.
4. Избегайте ситуаций, которые могут привести к употреблению (посещение специфических мест, контакты с активными потребителями).
5. Используйте деньги, которые тратили на наркотики, на то, что вам по-настоящему хочется. Это награда за трезвость.

4.3. КАК БЛИЗКИЕ ПИН МОГУТ УВЕЛИЧИТЬ ЧИСЛО ЛЮДЕЙ, ВОЗДЕРЖИВАЮЩИХСЯ ОТ НАРКОТИКОВ

Что должны делать друзья ПИН

Прежде всего, самим не употреблять наркотики. «Изменив себя, мы изменим мир». Ведя здоровый образ жизни

ни, вы становитесь «стимулятором» для вашего друга. Если он вам не безразличен, не отталкивайте его от себя, этим вы сможете ему помочь вернуться к нормальному образу жизни.

Попробуйте вывести своего друга в «люди» — в первую очередь ПИН нужно изменить круг общения. Найдите ту «струну», на которой «он сыграет соло», обратите внимание на то, что его заинтересовало, и способствуйте развитию этого интереса. Не акцентируйте внимание на том, что ваш друг — наркоман в ремиссии. Просто будьте рядом в готовности в любой момент прийти на помощь. Интересуйтесь состоянием друга в данный момент, звоните ему, проводите вместе с ним досуг, но не будьте слишком навязчивы. Если друг где-то совершит ошибку, будьте снисходительны, помните, что он человек, склонный к срывам и что это нормально при его болезни. Помогите ему исправить ошибку, не осуждайте — это поднимет у него доверие к вам, даст ему правильное направление, укрепит веру в собственные силы, а главное — веру в дружбу.

Что должны делать семьи ПИН

Информация о том, что один из членов семьи употребляет наркотики, обычно повергает всю семью в шок. «Что мы делали неправильно?», «Почему это коснулось нас?» Есть много разных теорий на этот счет. Но практическая истина заключается в следующем: феномен приема наркотиков постоянно существует в культуре общества, и это может случиться с каждым с той или иной степенью вероятности. К факторам риска можно отнести наследственную предрасположенность (отмечено накопление случаев зависимости у кровных родственников), факторы среды, степень доступности и т. д. Но все эти факторы приобретают второстепенное значение, если прием наркотиков становится систематическим и развивается зависимость. Гораздо более уместным и продуктивным вопросом будет не «почему?», а «как помочь?», «что мы можем сделать?» и «как это сделать правильно и наилучшим способом?».

К сожалению, предубеждение, которое существует по отношению к приему наркотиков в обществе, осуждение и мо-

рализаторство проявляются и в семьях. Некоторые члены семьи воспринимают наличие ПИН как личный позор и всеми силами пытаются скрыть это, обращаясь к специалистам только тогда, когда их «воспитательные меры» оказываются безрезультатными.

Известный австралийский доктор Эндрю Бирн в книге «Addict in the family» («Зависимый в семье») дает следующие рекомендации, что должны и чего не должны делать родственники, пытаясь помочь ПИН.

КАК СЕМЬЯ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ЗАВИСИМОМУ ОТ ГЕРОИНА

Dr. Andrew Byrne. «Addict in the family». Toska Press, 1996.

Что надо делать	Чего делать не надо
Выражать симпатию и поддержку	Паниковать и сожалеть
Помогать с жильем и оплачивать счета	Давать наличные ПИН
Быть честным в отношении предубеждений	Морально осуждать
Искать помощи у специалистов	Ставить нереальные цели
Консультироваться с «выздоровевшими» ПИН	Прерывать диалог с ПИН
Помогать в выборе лечения	Влиять на вид лечения

Основываясь на собственном опыте, пережив бессонные ночи, хождения «по больницам и милициям», бессилие помочь чем-то, кроме собственной любви и сострадания, вы можете помочь другим людям не становиться на путь употребления наркотиков, делясь с другими своим опытом. Вы можете создать группу взаимопомощи с такими же родителями, дети которых испытывают проблемы. Своим опытом вы можете обмениваться с семьями, члены которых тоже стали созависимыми. Очень важно собираться вместе такими семьями и обсуждать проблемы, делиться переживаниями, искать пути решения и просто отдыхать.

Помните, что рассказ из ваших уст, ваши личные переживания, будут намного действеннее, чем любая статья. Помогая другим, вы прежде всего помогаете себе. Вместе

вам будет намного легче переносить трудности, которые возникают у вас в связи с зависимостью ваших родственников, и справляться с ними. Проведение профилактических бесед в школах с родителями и с детьми также очень полезно. Договоритесь с учителями, когда они проводят классные или родительские собрания, пусть пригласят вас. Не бойтесь получить отказ, эта проблема сейчас коснулась очень многих. Написав статью в газету, вы можете поделиться своим опытом, проблемами и путями их решений, указать свой абонентский ящик для переписки с теми, у кого аналогичные проблемы, сообщить адреса организаций, где работают группы созависимых. Поделитесь своим взглядом на то, что может помочь воздержаться от употребления наркотиков, не допустить «первого укола». Делая это, вы окажете неоценимую помощь, поддержку тем, кто столкнулся с такой серьезной проблемой, как наркозависимость.

...Мы бросились на поиски врача. Конечно, анонимного. Идти в наркодиспансер сын категорически отказался. Да и мы думали, что справимся собственными силами. Этот первый врач (а всего у нас их было восемь) доходчиво просветил нас, что такое наркомания, как узнавать, что сын укололся, чем это ему грозит. Неделю сын боролся с ломкой. По мне, если бы я пережила такое хотя бы один раз, я бы никогда в жизни больше не взяла в руки шприц. Врач приходил каждый день, разговаривал с ним, но эти разговоры на сына особенно не действовали. Он говорил, что это все прекрасно и сам знает и понимает. Мы тоже постоянно разговаривали с сыном, пытаюсь достучаться до его разума, сердца, совести. Он с нами вроде бы соглашался, обещал больше к наркотикам не прикасаться.

В 2002 году сын окончил университет. Тогда же нас пригласили в Фонд «Новая семья». Сначала начала ходить я, через некоторое время в Фонд пришел и сын, стал посещать терапевтическую группу поддержки, а также индивидуально занимался по программе «12 шагов» с руководителем группы, старшим соцработником, психологом Фонда. После нескольких посещений он сказал, что постепенно стал что-то понимать. О себе я могу сказать то же самое. В принципе, к тому времени я знала о наркотиках довольно много, из собственного опыта, из разговоров с очередным врачом, из нечастых публикаций в прессе. В Фонде «Новая семья» я читала специальную литературу, общалась с такими же родителями, психологом. Сын продолжать колотиться, но это уже было значительно реже. Используя свои связи, сотрудники Фонда помогли нам найти подходящий по финансам реабилитационный центр и направили туда сына.

В ноябре сын поехал в реабилитационный центр «РЕТО» в Москву, где пробыл почти 9 месяцев. Центр, как неоднократно подчеркивал сын, христианский, а не религиозный. Честно говоря, я не очень понимаю эту разницу. Но вернулся он оттуда совсем другим человеком. Он не только бросил наркотики, но и не курит и не пьет. Поменялось его мировоззрение. Он сказал: «За 22 года лучшее, что я знал, — это наркотики. Теперь понимаю, что ошибался. Наконец-то я почувствовал радость жизни. Я ее ощущаю прямо физически, вот тут, в сердце». Я не ожидала увидеть сына таким.

*Мама ПИН, член группы созависимых,
БФ «Новая семья», Черновцы*

4.4. ЧТО МОГУТ ДЕЛАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ЧТОБЫ РОСЛО ЧИСЛО ПОТРЕБИТЕЛЕЙ, ВОЗДЕРЖИВАЮЩИХСЯ ОТ НАРКОТИКОВ

На сегодняшний день в Украине на диспансерном учете по поводу зависимости от употребления наркотических веществ состоит около 90 тысяч человек. Это официальная статистика. Большинство этих людей имеют зависимость вследствие употребления опиоидов.

Больные, находящиеся под диспансерным наблюдением, вступили в контакт с медицинской службой по следующим причинам:

1. Привод в наркологические учреждения сотрудниками органов внутренних дел на обследование.
2. Самообращение.
3. Направление на консультацию врачами общесоматической сети.

Пациенты с зависимостью от употребления опиоидов обращаются к врачам с целым набором медицинских, психиатрических и поведенческих проблем. Ближайшие цели, которые ставят перед собой пациенты, весьма различны. Далеко не все пациенты ставят перед собой цель полного воздержания от приема наркотических препаратов. Традиционной же практикой врачебной психологической интервенции перед началом лечения является попытка убедить больного переосмыслить свои жизненные цели — с тем чтобы сразу после лечения, подчас кратковременного, он полностью прекратил употреблять наркотические вещества. Такая тактика по многим причинам подходит далеко не всем пациентам, так как пациенты сильно отличаются один от другого уровнем социальной адаптации, материальными условиями, наличием психопатологического фона.

Вторым важным моментом в предисловии к этому разделу является то, что далеко не все ПИН обращаются за медицинской помощью. Конечно, рано или поздно потребители наркотиков обращаются за медицинской помощью, но, в основном, с неотложными состояниями, реально угрожаю-

щими жизни: развитие клинической картины СПИД, сепсис, тяжелые тромбозы, туберкулез и пр. При таких urgentных состояниях, ликвидация которых зачастую проводится в общесоматических клиниках, заниматься глубинными психологическими проблемами проблематично и подчас невозможно. Да и врачи общесоматических клиник не являются специалистами в этих вопросах, слабо представляют проблемы наркозависимых, тяжесть наркомании как заболевания.

Поэтому для снижения уровня потребления нелегальных наркотиков наркологическая служба должна:

1. Установить контакт с максимально большим числом потребителей наркотиков

Далеко не все потребители наркотиков обращаются за советом, медицинской помощью к специалистам. Это явление характерное не только для нашей страны. Причин здесь много. Одна из них – диспансерный наркологический учет. Сегодня он, по сути, превратился в некий фискальный инструмент, средство статистического учета и отчетности, и реально не дает ПИН ничего, даже вредит. Постановка на учет у нарколога сулит немало осложнений при попытке ПИН устроиться на мало-мальски приличную работу. Да и доверия к медикам, что они смогут надлежащим образом сохранить конфиденциальность, нет. Правда, сейчас правила учета ПИН значительно смягчены, например, нет никаких рекомендаций по длительности такого наблюдения. Если раньше такой период составлял 5 лет, то теперь комиссия врачей может снять с учета значительно раньше, при наличии медико-социальных показаний. Тем не менее все больше специалистов признают, что действующая в настоящий момент система оказания наркологической помощи и диспансерно-динамического наблюдения нуждается в серьезных реформах. Даже самое кардинальное изменение нормативной базы и значительное улучшение качества медицинской помощи полностью проблему не решит, но число обратившихся за медицинской помощью значительно увеличится.

Почему так важно установить контакт с максимально большим числом ПИН? Эта необходимость объясняется эффек-

тивностью информационного воздействия на поведение потребителей.

Неоднократно проведенные исследования по изменению поведения потребителей наркотиков от опасного к менее опасному вследствие общения с социальными работниками убедительно показывают важность и эффективность информационного воздействия. В программе заместительной терапии бупренорфином, проводимой Черкасским облнаркодиспансером и Благотворительным фондом «Инсайт» из 20 участников программы 6 человек имеют постоянную работу, трое работают эпизодически. Все участники программы имеют довольно хорошие знания о путях передачи ВИЧ-инфекции, неопасном поведении при приеме наркотических веществ. В целом можно сказать, что чем раньше от момента начала употребления наркотических веществ потребитель обратился за медицинской помощью, тем успешнее он участвует в программе. При возобновлении употребления нелегальных наркотиков (что имеет место) пациент поступает на курс детоксикации, и контакт с ПИН не прерывается.

Для установления контакта с потребителями необходимо отказаться от формальной, бездушной работы с больным, категоричности в выборе сиюминутных лечебных целей. Необходимо проведение с ПИН разноплановой работы, для чего понадобится врачебная бригада из различных специалистов.

Вопрос стоит так: кто будет иметь большее влияние на ПИН? Специализированные медицинские и социальные службы или криминальное окружение ПИН?

В начале июля 2003 года в кабинете анонимного лечения лечился молодой человек, систематически употреблявший трамадол. После него на лечение пришел его «соратник» по трамадолу, сосед по месту жительства, и изъявил желание получить курс лечения. Затем еще один. Важным является также не убить надежду на излечение, не перекрыть тем или иным способом возможность получить лечение еще и еще раз в случае неуспешной терапии.

Донесенная потребителями наркотиков информация другим ПИН о возможности получения помощи будет увеличивать число лиц, контактирующих с медицинской службой.

2. Как можно раньше предоставить ПИН информацию об имеющихся терапевтических и социальных программах

Выявление потребителей наркотиков происходит, как правило, при различного рода профилактических осмотрах, самообращении, при обращениях представителей организаций, заявлениях частных лиц о случаях злоупотребления наркотиками.

Важным является не сам факт раннего выявления лица, злоупотребляющего наркотическим веществом, а начало его участия в той или иной терапевтической программе. Этот промежуток времени может быть довольно значительным. Поэтому необходимо предоставить ПИН возможность выбрать из многих терапевтических программ ту, которая ему подходит. Иначе потерянное время зачастую не удастся компенсировать даже довольно интенсивным терапевтическим вмешательством.

Проводившиеся ранее в диспансере краткосрочные курсы лечения (до 1 месяца) не всегда приводили к установлению взаимовыгодных контактов с врачами. Выгодой для врача является прекращение ПИН употребления нелегального наркотика, для самого ПИН — достижение психосоциального комфорта.

Внедрение заместительной терапии значительно повысило интерес ПИН не только к самой заместительной терапии, но и другим терапевтическим тактикам.

3. Внедрять в практику работы наркологических клиник и диспансеров эффективные медикаментозные подходы, которые позволили бы не только устранять явления синдрома отмены, но и помогать воздерживаться от употребления наркотиков, хотя бы нелегальных

Наркологические учреждения постепенно отказываются от господствующего ныне подхода в лечении ПИН — подхода, ориентированного на полное воздержание от приема наркотических веществ.

Появилась нормативная база, позволяющая врачам длительное время назначать для лечения наркотической препарат. В настоящее время таким препаратом является бупренорфин, который обладает одновременно и свойствами

агониста (морфиноподобное действие) и антагониста (блокирует опиатные рецепторы). Позитивным моментом является то, что этот препарат есть на отечественном рынке и производится в Украине, что делает его относительно доступным по цене. Негативный момент — он пока доступен лишь в форме инъекций, что, безусловно, менее благоприятно для клиентов, учитывая длительный срок назначения, и не дает права стабильным пациентам принимать его дома самостоятельно. Сочетание агонистических и антагонистических свойств делает бупренорфин безопасным относительно возможности его передозирования. Сейчас уже многие наркологические учреждения используют его как для детоксикации, так и для поддержки. Такая практика существует далеко не во всех диспансерах, но думается, что процесс внедрения ее в практику работы — дело времени. Следующий этап — начало использования более популярного и изученного замещающего препарата — метадона.

Совершенно очевидно, что внедрение заместительной терапии значительно снизит нелегальное потребление опиоидных препаратов в стране. На примере диспансера можно сказать, что появление заместительной терапии бупренорфином (именно заместительной терапии на протяжении 2–3 месяцев, а не детоксикации бупренорфином) привлекает большее число ПИН, чем стратегии, ориентированные на полную абстиненцию.

Нужно сказать, что наркозависимые, пролечившиеся успешно в традиционном смысле и воздерживающиеся после лечения от наркотиков, как правило, прерывают контакт не только с потребителями наркотиков, но и с наркологической службой.

Развитие программ заместительной терапии

История заместительной терапии зависимости от опиатов берет свое начало в конце XIX века, когда в 1898 году Дессер получил полусинтетическое производное морфина — героин (диацетилморфина гидрохлорид) и предложил его как лекарство, ликвидирующее зависимость от морфина. Но героин оказался в 25 раз сильнее морфина и в два раза сильнее в плане возникновения привыкания и зависимости. Первый опыт заместительной терапии оказался неудачным — героин стал новым и сильным наркотиком, вызывающим тяжелую зависимость, и к середине XX века практически полностью вытеснил морфин с наркорынка.

Начался поиск эффективного лекарства для заместительного лечения героиновой

зависимости. Широко распространена версия, что по заказу врачей нацистской Германии в секретных лабораториях рейха под личным патронатом Геринга (якобы страдавшего тяжелой зависимостью от героина) был разработан новый препарат, названный в честь Адольфа Гитлера — адольфином. Произошло это, по разным данным, в период с 1939 по 1943 год (мнения историков расходятся). Производить препарат начали в 1944 году под названием дольфин, а к концу Второй мировой войны его выпускали под тремя названиями-синонимами — дольфин, амидон и метадон.

Метадон, агонист длительного действия, оказывает эффект от 24 до 72 часов, в зависимости от дозы и индивидуального метаболизма, и обладает сравнительно менее выраженным побочным действием, чем морфин.

В 1949 году врачи-наркологи Избель и Вогель (госпиталь Ленгсинтон, штат Кентукки, США) доказали, что метадон является наиболее эффективным препаратом, позволяющим лечить синдром отмены героина. Однако позже выяснилось, что предложенный метод дает от 85 до 90 % случаев рецидивов («срывов»). Опыт экспериментальных программ лечения метадоном в 50-е годы дал отрицательные результаты. Как позднее выяснилось, были неправильно подобраны дозировка и установлены задачи эксперимента — лечение метадоном длилось не более 10 недель.

В 1958 г. Общий комитет Американской ассоциации правозащитников и Американской медицинской ассоциации выпустил отчет, в котором специалисты рекомендовали организовывать амбулаторные службы, которые должны прописывать наркотики, включая метадон и героин, наркозависимым.

В 1964 году метадоновая программа заместительной терапии была применена на шести пациентах в Нью-Йорке при Университете Рокфеллера под руководством докторов Винсента Дола и Мари Нисвандер. В ходе эксперимента были определены суточные дозы метадона (80–120 мг в день) и сформулированы рекомендации по назначению метадона в амбулаторных условиях. В частности, отмечалось, что желаемый эффект метадона проявляется при долгосрочном лечении. С 1966 года амбулаторная терапия стала широко применяться в четырнадцати штатах США. Следующей страной, начавшей проводить заместительную терапию метадоном, стала Австралия в 1969 году. С 1970 года метадон начал применяться и в других странах, причем методы его применения везде были разными.

Ныне в заместительной терапии в мире применяются метадон, бупренорфин, LAAM, трамадол («суррогатная заместительная терапия» трамадолом в некоторых регионах России). В Англии и Швейцарии кроме метадона для заместительной терапии также применяют героин — для тех пациентов, которые не могут отказаться от инъекционного употребления или по разным причинам не могут употреблять метадон.

На начало 2003 года число пациентов, принимающих метадон в Америке, составляет 230 тыс. человек — это около 18–36 % потребителей героина, проживающих в США.

Программы заместительной терапии широко применяются во многих странах мира, но в ряде стран он остается запрещенным, в частности в восьми штатах США, на севере Австралии, в Албании, Таиланде. Но есть и обратные примеры: Гонконг, Голландия и Канада разрешили доступ к метадоноу практически всем нуждающимся в нем наркозависимым.

Многие страны мира не проводят ни бупренорфиновую, ни метадоновую терапию по причине отсутствия законодательной базы и отсталости служб здравоохранения от реальных потребностей ПИН — это страны Африки, Центральной Азии, а также страны бывшего СССР — Армения, Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Туркменистан, Узбекистан, Россия.

В марте 2003 года метадон зарегистрирован в Украине, и сейчас, когда пишется эта книга, в Украине идет подготовка к началу метадоновой терапии на базе областных наркологических диспансеров, которые ранее с целью заместительной терапии применяли только инъекционный бупренорфин.

Как и у каждого медицинского метода, у заместительной терапии есть свои ограничения и недостатки. Одним из главных недостатков ЗТ является то, что она не избавляет человека от зависимости, но зато дает возможность решить широкий спектр проблем, связанных со злоупотреблением нелегальными инъекционными наркотиками, что позволяет человеку в дальнейшем полностью избавиться от зависимости.

Основные цели программ заместительной терапии:

- Снижение уровня употребления или полный отказ от нелегальных наркотиков.
- Профилактика инфекций, передающихся через кровь (ВИЧ, вирусных гепатитов) и других заболеваний, причиной которых является инъекционное употребление наркотиков (тромбофлебиты и посттромбофлебитический синдром).
- Снижение случаев криминального поведения.
- Снижение числа передозировок и смертельных случаев, связанных с употреблением инъекционных и незаконных наркотиков.
- Социальная адаптация наркозависимых.
- Улучшение общего состояния здоровья пациентов.

Вовлечение ПИН в любую лечебную программу позволяет провести комплексное обследование и соответствующее терапевтическое и информационное воздействие. Важным является и то, что заместительная терапия проводится длительное время, а фактор времени в терапии наркомании, как показывают многочисленные исследования, является решающим для эффективного завершения терапевтического курса.

4.5. ЧТО МОГУТ ДЕЛАТЬ НПО, ЧТОБЫ ВСЕ БОЛЬШЕ ПИН ВОЗДЕРЖИВАЛИСЬ ОТ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

Данные рекомендации также могут быть полезны всем, кто не безразличен к людям, пострадавшим от употребления наркотиков, — друзьям, волонтерам, аутрич-работникам и консультантам «равный — равному», родственникам и т. п.

Для побуждения человека изменить поведение существуют различные формы и способы помощи. Но, несмотря на то, что готовность к изменениям является не чертой характера, а результатом изменяющихся межличностных взаимоотношений, она заложена в самом человеке, в его внутренней системе ценностей и целей.

Психологи выделяют несколько стадий эмоционально-психологического состояния человека. На каждой из этих

стадий могут применяться различные методы для достижения изменений. Чтобы вы смогли понять, на какой стадии находится каждый конкретный человек, достаточно просто поговорить с ним.

Состояния людей постоянно изменяются — улучшаются или ухудшаются. Переходы от одной стадии к другой могут происходить рывками, люди могут возвращаться на предыдущие стадии. После длительного периода воздержания может наступить возврат к употреблению. Тот, кто употреблял наркотики сам, прекрасно об этом знает. Тот, кто лично не страдал от химической зависимости, должен принять то, что подобные вещи являются «нормальными» признаками наркомании, за данность.

Если вы решили помочь кому-либо отказаться от употребления наркотиков, помните, что, несмотря на ваши намерения, любой человек имеет право делать в жизни свой собственный выбор и нести за него ответственность. А ваши желания — это всего лишь ваши желания. Кроме того, существует такая форма заболевания, как созависимость. Если вы не знаете что это такое, проконсультируйтесь на этот счет с кем-либо из членов Ал-Анон, Нарк-Анон или же с психологом. Для того, чтобы ваша помощь ПИН была эффективной, вы должны проделать внутри себя определенную работу и обязаны изучить все свои недостатки и дефекты характера (а они обязательно есть у любого человека). Тогда, возможно, из множества действий хотя бы десять процентов дадут положительный результат.

Попытаемся кратко изложить суть стадий (состояний), которые проживает зависимый человек.

Стадия преднамерения

На этом этапе своей жизни мало кто из ПИН считает необходимым менять свой образ жизни. Как правило, большинство полагает, что «положительные» аспекты употребления преобладают над негативными последствиями. Существует множество причин, по которым человек хотел бы продолжить употребление наркотиков. Например, безысходность, потеря жизненной ориентации, несложившаяся личная

жизнь или же получение удовольствия от действия наркотика. Возможно, те из вас, кто пытался помочь ПИН, сталкивались с такими реакциями на самые искренние попытки оказать помощь, как «отрицание» того, что у человека существует серьезная проблема с наркотиками, или «сопротивление» к принятию помощи. «Сопротивление и отрицание» являются не чертами характера ПИН, а лишь одной из форм обратной связи на поведение тех, кто пытается оказать на них влияние. Эти реакции говорят о том, что происходит переоценка готовности человека к изменениям.

Сопротивление — это такое поведение, когда любые способы замотивировать человека вызывают споры, протест, отрицание, игнорирование или даже негодование. Зачастую это является реакцией на содержание и стиль взаимодействия между людьми — попытка принудить к чему-либо в то время, когда человек к этому еще не готов. Сопротивление может быть вызвано настойчивыми требованиями родителей, супругов, друзей, начальников или участкового милиционера изменить свою жизнь немедленно. Чем сильнее сопротивление, тем меньше вероятность, что ПИН будет склонен что-либо менять. Другими словами, сопротивление помогает ПИН использовать привычные аргументы для того, чтобы не менять свою жизнь. Если человек находится в этой стадии, он, скорее всего, негативно отнесется к предложенной вами помощи.

Стадия намерения

На этой стадии ПИН начинают понимать, какую высокую цену они платят за свою «привычку». В то же время отношение к проблеме и к отказу от употребления является двойственным. Это мешает ПИН осуществлять активные действия.

Если вы пытаетесь помочь ПИН в этот период (да и вообще этот подход, в отличие от командно-приказного авторитарного стиля помощи, на наш взгляд, гораздо качественнее и результативнее), рекомендуем полностью отказаться от способа эмоционального давления. Отрицательная реакция «действующего» ПИН, несмотря на его желание бросить наркотики и изменить свою жизнь, зачастую является защитой от негативного восприятия и высказываний о нем со

стороны ближайшего окружения. Важно также всегда помнить, что согласие с вашими доводами еще не означает, что мотивация достигла необходимого уровня и является показателем достаточной готовности к изменениям. Мотивация становится действенной лишь тогда, когда человек начинает осознавать различие между тем положением, в котором он находится, и тем положением, в котором он хотел бы оказаться.

Контактируя с ПИН, необходимо помочь ему в полной мере почувствовать различие между его теперешним положением и теми целями, которых он может достичь в будущем. Если ПИН поймет, что его нынешний образ жизни не позволит ему продвинуться к достижению какой-либо значительной цели, его желание к качественным переменам в поведении существенно усилится. Однако не следует забывать, что все изменения происходят постепенно. Разным людям для наступления тех или иных перемен необходимо разное количество времени. Большое значение имеют обстоятельства личной жизни ПИН и другие факторы. Поэтому необходимо мягко и не спеша подводить зависимого к пониманию того, что такой образ жизни не приближает, а отдаляет его от желаемых целей.

Важно признавать, что страхи человека и чувство «комфорта» от приема психоактивных веществ порождают двойственное отношение к проблеме и переменам. К этой двойственности нужно относиться с полной серьезностью и попытаться помочь ПИН преодолеть ее. Очень важно давать возможность рассказывать человеку о своих проблемах, сомнениях, колебаниях, озлобленности и всех негативных чувствах. Здесь очень важным является желание и возможность человека «раскрыться». Если вы хотите помочь человеку, нужно быть в любой момент готовым поддержать его и дать необходимый совет или оказать адекватную помощь в тот момент, когда он будет готов воспринять ее.

Стадия подготовки

Если ПИН готов перейти к активным действиям в самое ближайшее время (неделя, месяц), знайте — он готов к переменам. В этой фазе люди уже достаточно осознают, что нега-

тивные последствия употребления гораздо серьезнее, чем казалось. Кроме поддержки, вашему другу понадобится помощь в определении целей. Именно в это время для человека будет очень важна информация и знакомство со всеми возможными и доступными для него формами лечения и реабилитации. Если существуют трудности с выбором лечебно-реабилитационных услуг и программ, зная психологическую основу конкретного человека, попытайтесь помочь ему с выбором. При этом важно учитывать степень зависимости человека от наркотиков. Хотя практика показывает, что даже при самых неблагоприятных обстоятельствах можно обойтись и без медицинского лечебного заведения — у тех, кто очень хочет преодолеть абстиненцию, открываются все внутренние резервы (несмотря на многочисленные хронические заболевания).

Именно в это время ПИН начинает проявлять интерес к своей жизненной ситуации. Чтобы помочь ему определить для себя необходимые шаги, которые он намерен предпринять в ближайшем будущем, необходимо учитывать образ жизни человека, его мировоззренческие и морально-этические установки, наличие или отсутствие образования, работы, семейного положения и социальной поддержки. Важно также понимать, что для положительного результата немаловажным будет то, с кем живет человек, кто для него является значимым, каковы обстоятельства, которые могут помешать осуществить задуманное. При общении с человеком старайтесь говорить с ним так, чтобы он мог глубже понять себя, свои психологические, эмоциональные и социальные обстоятельства. Укрепление уверенности человека в том, что он может измениться, является важной стадией на пути к переменам, связанным с употреблением инъекционных наркотиков. Поддерживайте оптимистический настрой человека на то, что это возможно и вполне достижимо. При постановке ежедневных целей следует учитывать, что они должны быть ему посильными, и тогда будет присутствовать удовлетворение от каждого достигнутого результата. Ваша вера в его успех укрепит его решимость, а положительная оценка за незначительные новые элементы в поведении, которые способствуют достижению долгосрочных целей, или

за откровенный рассказ о его личных трудностях, будет ему вознаграждением.

Стадия действия

Помощь и работа с ПИН редко приносит быстрые результаты. Подтверждение этому — невероятное количество срывов. Люди с проблемами химических зависимостей способны различными путями убедить заинтересованных в их благополучии, чтобы кто-то немедленно начал что-то делать — вместо них. Это чаще наблюдается у тех, кто склонен к низкой самооценке и не очень верит в свою способность к изменениям. Старайтесь проявлять внимание к различным деструктивным тенденциям ПИН и не попадаться во всевозможные психологические ловушки. Поэтому «будьте мудры, аки змии, и невинны, аки голуби». Помните, что наркомания — это болезнь не только тела, но и духа. Оценивайте мотивационный уровень исходя из того, что они готовы делать. Чем сильнее будет управление процессом их выздоровления с вашей стороны, тем меньше вы оставляете им шансов и уверенности в том, что они могут сделать многое сами. В это время не рекомендуем слишком вовлекаться в проблемы ПИН, так как из помощника легко превратиться во «взволнованную мамашу». ПИН должны понимать, что их судьба находится в их собственных руках и совсем не обязательно отдавать ее в чужие — ведь у каждого из нас достаточно собственных забот. Несмотря на то, что мы помогаем другим добиться положительных результатов в жизни, мы не несем ответственности за конечный результат. Большинство же ПИН в это время, уже обладая определенной свободой выбора, имея определенные ориентиры и «вектор направления движения», находят для себя те формы и способы, которые помогают им сохранять трезвость, и становятся активными участниками собственного выздоровления.

Стадия поддержания изменений

Для этой стадии характерны полный отказ от употребления наркотиков или уверенный контроль над употреблением наркотика и сосредоточение усилий в течение длитель-

ного времени на закреплении достигнутых результатов. Хотя у некоторых в это время могут начать происходить срывы, а кое-кто из ПИН может перескочить на более ранние стадии выздоровления. Такие вещи вполне возможны и допустимы, так как ошибки и промахи наркозависимых стоят дорого. Но каждый раз, когда это будет происходить, у нас появляются новые знания о самих себе и своем поведении, и эти знания можно успешно применить при следующих попытках.

4.6. ЧТО МОЖЕТ СДЕЛАТЬ ГОСУДАРСТВО, ЧТОБЫ УВЕЛИЧИЛОСЬ КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, ВОЗДЕРЖИВАЮЩИХСЯ ОТ НАРКОТИКОВ

Война с наркотизацией населения должна быть развернута широким фронтом: от жесткого контроля за отпуском спиртных напитков несовершеннолетним до внедрения программ заместительной терапии в каждом регионе.

Сегодня любой подросток может беспрепятственно приобрести как слабоалкогольные изделия («Ром-колу», «Бренди-колу», пиво и т. п.), так и алкогольные (вино, водку и т. п.). Постановлением КМ Украины № 854 от 30 июля 1996 г. предусмотрен запрет на продажу алкогольной продукции несовершеннолетним, однако на практике он не выполняется. Такое положение вещей приводит к тому, что подростки в возрасте от 9 лет и старше покупают содержащие алкоголь напитки и впервые испытывают измененное состояние сознания. За этим часто следует экспериментирование с другими наркотиками — марихуаной, экстази, «ширккой» и т. п. Опьянение подростков способствует их вступлению в беспорядочные половые связи без использования средств индивидуальной защиты.

Следует признать, что бесконтрольный отпуск алкогольной содержащей продукции подросткам является одним из факторов, способствующих вовлечению молодежи в инъекционное потребление наркотических средств, что ставит их под угрозу заражения ВИЧ.

Непрофессиональная профилактическая работа с подростками в школах и других учебных заведениях зачастую приносит больше вреда, чем пользы. Отсутствует четкая поэтапная программа профилактики наркомании с подростками и сказывается недостаток высококвалифицированных специалистов, способных проводить тренинги по первичной профилактике наркозависимости в школах.

Все места скопления молодежи: дискотеки, интернет-кафе, молодежные клубы, кинотеатры и пр. — должны регулярно проводить социальную рекламу безопасного поведения.

Коррупционность сотрудников правоохранительных органов, осуществляющих контроль над незаконным оборотом наркотиков, — одна из наиболее сложных проблем, стоящих перед государством. Существует несколько возможных путей решения данной проблемы, например активизация работы органов, осуществляющих контроль над работой сотрудников отделов по борьбе с незаконным оборотом наркотиков с последующим освещением в СМИ каждого выявленного факта злоупотребления.

Неэффективность национальных программ по борьбе с ВИЧ/СПИД зачастую объясняется тем, что организации, непосредственно работающие в этом направлении, не привлекаются к разработке и осуществлению подобного рода программ.

Для выработки и реализации эффективных программ, направленных на снижение наркотизации населения, необходимо периодически объявлять конкурсы на лучший проект, в котором могут принимать участие все желающие организации вне зависимости от их форм собственности. Отбор победителей необходимо проводить комиссией, в состав которой входят специалисты-практики как от государственных, так и от общественных организаций.

Принимая во внимание высокий профессиональный уровень многих общественных организаций и их опыт работы с потребителями наркотиков в Украине, необходимо включить НПО в разработку и осуществление государственных программ профилактики ВИЧ и наркомании.

Резюме:

Для достижения наибольшей эффективности в борьбе с

наркотизацией населения государством должны быть проведены следующие мероприятия:

1. Разработка национальной поэтапной программы по первичной профилактике среди подростков, начиная с первого класса.
2. Подготовка специалистов для проведения профилактических занятий в учебных заведениях с включением в штатное расписание такой единицы.
3. Разработка механизма ответственности за нарушение Постановления КМ Украины № 854 от 30 июля 1996 г., в котором предусмотрен запрет на продажу алкогольной продукции несовершеннолетним, вплоть до изъятия у нарушителя лицензии на право реализации спиртосодержащей продукции.
4. Предусматривать в бюджете статью на проведение мероприятий по реализации программ, направленных на снижение уровня наркотизации населения. Выбор исполнителя проводить исключительно на конкурсной основе с широким освещением в СМИ всей процедуры отбора претендентов.
5. Исключение из общедоступных средств массовой информации, в том числе зрелищных (телевидение, театральные художественные представления, газетно-журнальная продукция, рекламные щиты и пр.), рекламы алкогольной продукции (в т. ч. пива) и табакокурения.
6. Особое внимание уделить небольшим населенным пунктам областного подчинения и сельской местности. Необходимо создать условия для увеличения альтернативных центров времяпрепровождения для подростков, которые в сельской местности либо вообще отсутствуют, либо находятся в весьма запущенном состоянии.
7. Способствовать созданию спектра реабилитационных центров для наркозависимых (возможно, используя политику налоговых льгот для их организаторов). Особое внимание необходимо уделить системе подготовки кадров для работы в центрах, научным исследованиям в этой области, распространению информации. Местные власти могут выделять помещения, способствовать созданию эффективной системы взаимоотношений такого центра с

Очень важно ввести постоянную еженедельную рубрику в популярных местных газетах с ликбезом для родителей, объясняя не только симптомы наркомании, все ее аспекты, советы родителям, но и сленг наркоманов. Я постоянно публиковала бы сведения об умерших наркоманах: «В этом месяце умерло их столько-то». Может быть, это хоть кого-нибудь отрезвило бы!

Ведь все боятся рака, но никто не боится наркотиков. В школах 4 раза в год проходят родительские собрания. Классные руководители могли бы на этих собраниях раздавать родителям учащихся 1—11 классов буклеты о вреде наркотиков, которые уже заготовлены в Фонде «Новая семья», и показывать фильм, снятый ими же. Ведь если бы я в свое время знала многое про наркотики, может, мой сын не стал бы наркоманом.

*Мама ПИН, член группы созависимых,
БФ «Новая семья»*

направлена на мотивацию пациента отказаться от употребления наркотика, постепенно снижая дозу метадона.

4.7. ЧТО МОГУТ ДЕЛАТЬ СОТРУДНИКИ МВД, ЧТОБЫ УВЕЛИЧИВАЛОСЬ ЧИСЛО ПИН, ВОЗДЕРЖИВАЮЩИХСЯ ОТ НАРКОТИКОВ

Из расшифровки диктофонной записи фокус-группы среди социальных работников НПО «Эней», г. Киев, 2003, модератор – И.Головач

Андрей: Я помню, как меня отец по знакомству отвез на ул. Богдана Хмельницкого — в «гестапо» с подвалами, чтобы профилактическую работу со мной провели — запугали, короче говоря. И мне там по полной программе выдали. Меня били, пугали. Пытались оказывать психологическое давление на самом примитивном уровне, чуть ли не зомбировать, пока я в шоке находился. Говорили, что если я буду принимать наркотики, буду их при себе носить, то со мной произойдет все самое плохое. Меня держали в камере. Скажем, путем шоковой терапии работники МВД пытались избавить меня от этой пагубной привычки. Но, скажу честно, на следующий день я не отказался от употребления. Потому что, опять-таки, меня нужно было еще поймать, а наркотик был

другими социальными службами.

8. Развивать сеть программ заместительной терапии (и эффективные механизмы контроля за реализацией этих программ) для активных наркопотребителей, тем самым выбивая почву у наркоторговцев. Философия ЗТ должна быть

рядом, и просто я не головой думал, а у меня другой разум работал — у меня организм требовал наркотик, и мне пришлось еще побегать. Запугиванием сотрудники милиции ничего не добились.

Модератор: Как вы думаете, такие вещи реально могут способствовать тому, чтобы ПИН не кололись?

Андрей: Наверное, какую-то часть начинающих употреблять наркотики это немножко образумит. Но я не думаю, что на человека, действительно больного наркоманией, могут подействовать физические репрессии. Я и с третьего этажа выпрыгивал, когда меня «закрывали», чтобы побежать уколиться. И не думал о том, что если я неудачно приземлюсь, то еще долго не смогу уколиться. Я знаю, что моих знакомых родственники-милиционеры приковывали наручниками к батарее не на одну неделю. Может, они и стремятся сделать добро, но такими средствами вряд ли у них это получится. Есть какая-то доля правды в том, что наркоманов считают животными. Это действительно тяжело. Работает животный инстинкт — получить дозу кайфа. Повлиять на это через разум невозможно.

Реально я вижу все по-другому. Действительно полезная работа, которую может делать милиция, — не запугивать, не калечить, не ломать ПИН пальцы, чтобы нечем было уколиться, а действительно помогать, как-то способствовать, давать шанс. Не арестовывать сорвавшегося человека, а помогать.

Слава: Если говорить о качестве, то все методы, которые по сей день использует милиция, чтобы человек не употреблял наркотики, однозначно не принесут желаемого результата. Первое, что милиция должна понимать, это что наркоман действительно болен. Если мы воспринимаем наркоманию как болезнь, то и отношение, стало быть, должно быть не как к преступнику, а как к больному человеку. И я думаю, что качественно влиять на это милиция просто не сможет без той необходимой информации, которую должны давать организации, работающие в этой области. Это должно происходить

на уровне предоставления литературы, проведения тренингов. Тут мы должны понимать, что имеем дело с людьми, в менталитет которых заложено уничтожать наркоманов, «щепить» их всячески, не давать им никаких шансов на выздоровление и на то, чтобы просто быть на свободе. Даже этот шанс хотят отнять у человека. Посадить в изолятор — и все. Поэтому, я думаю, сами по себе они отношения к наркозависимым не изменят. Нужно достигать этого при нашем участии в рамках программы снижения вреда. Мне известны факты, когда человек с еще большим ожесточением продолжал наркоманить после того, как был задержан. Отчасти это отнимало у него шанс вернуться к нормальному образу жизни. Поэтому считаю, что милицию необходимо информировать, проводить тренинги, менять моральное отношение к наркоманам. Впоследствии это может дать в ее работе какие-то результаты. Тогда, возможно, при общении с оперуполномоченным или с кем-то из ОБНОНа человек задумается над тем, стоит ли употреблять дальше или последовать советам, взять номера телефонов, которые ему предлагают, литературу и начать принимать шаги, чтобы не употреблять, выздоравливать.

Сергей: Я послушал ребят и во многом согласен. Хорошо сказано. Но я руководствуюсь своим жизненным опытом и, исходя из этого, хочу добавить к тому, что я раньше говорил. Милиция, прежде всего, обязана руководствоваться законами, которые нам даны. В полной мере. Она обязана отслеживать круг общения тех ребят, которые попали в поле зрения МВД, и иметь четкое представление обо всем, что происходит в районе. И, я еще раз подчеркиваю, некоторые милиционеры оставляют ребятам шанс на прекращение употребления. Каким образом это будет происходить — мне неинтересно. Нужно быть еще и психологом, а не только милиционером. Я как человек, неоднократно судимый по 229-й (309-й ст. УК Украины), одобряю то, что милиция оставляет шанс человеку отказаться от этой «привычки», а потом его контролирует и «ведет». Конечно же, она не может контролировать ПИН на протяжении 24 часов в сутки. Однако можно было еще говорить такое: «Посмотри, сколько у тебя было друзей, что с ними было и что от них осталось теперь». Привести какие-то примеры. Очень

было бы неплохо, если бы сотрудники МВД обладали знаниями о воздействии определенных наркотиков на здоровье. И человек сам потом задумается. Хотя у многих малышей круг общения молодой, они все здоровые такие. Это уже для тех, кто постарше. И не казенная, а нормальная литература для всех возрастов. Вот, например, журнал «Мозг» всем очень нравится. Но прежде всего должно быть желание работников милиции. Если его нет, ничего не будет.

Модератор: Сережа, я знаю, что у тебя шесть судимостей за наркотики, и ты не разу не сидел в тюрьме. Расскажи, пожалуйста, как тебе это удалось.

Сергей: У меня общий стаж 2 года 4 месяца лишения свободы, но из шести судимостей, я отсидел только два раза.

Модератор: Что ты делал для этого или кто тебе помог не сесть в тюрьму?

Сергей: Я просто второй раз не попадался. Когда я был под следствием, проходил курс лечения в «Социотерапии», 12-шаговую программу. Но я целенаправленно ходил, чуть ли не каждый день. Перед судом я подготавливал документы, которые были необходимы для того, чтобы остаться на свободе. Словом, я работал над собой.

Модератор: Ты это делал по собственной инициативе?

Сергей: Естественно, по своей. Но не только. Тут и инициатива наших правоохранительных органов была. Я просто немножко знаю законы, и я знал, что от этого мне будут плюсы на суде и что это мне зачтется. Старания мои и то, что я хожу везде — по больницам, по группам самопомощи, — это все положительным образом скажется на суде. Опять-таки, зная, что за мной «висит условно», я максимально старался больше не попадаться. Хочу добавить: когда милиция оставляет шанс человеку уйти от наркотиков, она его отслеживает. И если видит, что человек, прикрываясь своей болезнью, втягивает других людей, распространяя наркотики в целях

добычи своей дозы, и сам бросать не собирается, а еще и привлекает других распространять эту «болезнь», они тогда применяют всю силу закона, и я это только поддерживаю. Если человек не берется за ум — пускай едет туда и «постится на трешку», а там уже часть 2-я — от трешки минимум.

Модератор: Они отслеживают ПИН через информаторов?

Сергей: Не только через информаторов. Они могут просто узнать, проходит ли человек курс реабилитации или нет. Например, следователь спрашивает: «А что ты сделал уже?» ПИН отвечает: «Я ходил туда-то». Он это отмечает и может проверить.

Когда же они видят, что человек действительно не врет, что он наркоман, и просят их не хватать его, потому что он хоть и наркоман, но что-то пытается сделать, то они по-другому относятся. Тогда даже отпускают — что с таким человеком делать? Его надо отпустить, пускай дальше работает над собой.

Андрей: Я тут слышу о том, какие «классные парни» работники милиции, и очень хочу добавить. Я понимаю их производственную необходимость, но это не единичный случай. Для того чтобы завербовать агентов среди ПИН, им часто выдают наркотики. Я знал таких людей, особенно хорошо знал одного, который ездил утром в РОВД, не каждый день, конечно, но довольно часто. Он там кололся, видно, ранее конфискованными наркотиками, не внесенными в протокол, и ехал себе дальше добывать информацию, и попутно зарабатывать уже дальше на «точке». И это в порядке вещей. Я сталкивался с этим, мне предлагали наркотики работники милиции, доставали, клали. И это не просто так они меня радовали. Я мог спокойно взять наркотики, но — вынь да положь им интересующую их информацию. А они тебе — что было в наличии. Вот тебе «шишки», вот тебе «солома», и порывались поискать «порошок» где-то.

* * *

Итак, для того чтобы увеличивалось число ПИН, воздерживающихся от употребления наркотиков, сотрудники МВД должны:

- Знать психолого-медицинские особенности наркомании.
- Быть гуманными.
- Знать и строго исполнять существующее законодательство.
- Соблюдать права человека.
- Понимать разницу между наркоторговцем и потребителем наркотиков и четко разделять степень их виновности.
- Не манипулировать и не применять двойной стандарт при работе с наркопотребителями для достижения своих собственных служебных целей и корыстных выгод.
- Изменить методы своей работы с репрессивных и запугивающих на гуманные и справедливые.
- Заниматься тем, чем они заниматься обязаны, — бороться с преступностью, а не с больными людьми.

Милиция в целом довольно лояльно относится ко всем начинаниям, которые ставят целью помочь ПИН отказаться от наркотиков полностью, ведь в таком случае ПИН уходит с наркосцены, что служит отчасти и показателем «эффективности» работы милиции. Опять-таки, полностью отсутствуют коллизии с законодательством, ведь ПИН в «завязке» не может быть объектом уголовного преследования.

Родственники ПИН довольно часто прибегают к помощи милиции, чтобы «замотивировать» свое чадо к трезвости. Задачи милиционера в этом случае варьируют от элементарной «профилактической беседы» до применения физической силы и принуждения, которое санкционируют отчаявшиеся родственники.

До недавнего времени существовала и практика принудительного привода ПИН в наркологические стационары, который опять-таки осуществлялся работниками милиции. Об эффективности такой терапии можно судить по текущему состоянию дел в наркологии.

Функции милиции в поддержании установки ПИН на отказ от наркотиков заключаются в информировании ПИН о доступных в регионе методах лечения и реабилитации, предоставления ему достаточного времени и возможности для такого лечения и толерантного отношения к срывам и рецидивам, которые никак не являются доказательством «неискренности» ПИН в его попытках отказаться от наркотиков.

5. РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ПИН

5.1. РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Возврат наркозависимого человека в общество невозможен без готовности самого общества принять его таким, каким он есть.

Я., 34 года, стаж ПИН 8 лет

Ресоциализация означает возврат в общество тех, кто выпал из него в силу различных причин. В нашем случае — это ПИН, которые оказались вне общества по нескольким причинам. Во-первых, из-за того, что прием наркотиков в обществе осуждается. Во-вторых, из-за того, что большинство ПИН испытывают тяжелую наркотическую зависимость, диктующую образ поведения, несовместимый с общественной жизнью — с работой, учебой, семьей. В-третьих, из-за того, что многие из ПИН сознательно противопоставили себя обществу, которое отказало им в реализации их желаний, целей и намерений, не оправдало их ожиданий. Наконец, в-четвертых, многие ПИН вступили с обществом в конфликт, став на криминальный путь, куда их толкнула необходимость искать средства на наркотики. Каждая из этих причин может существовать как отдельно, так и в совокупности с другими, но следствие одно — человек, употребляющий наркотики, оказывается за бортом общественной жизни и становится ненужным, лишним и даже опасным с точки зрения обывателя, типичного представителя общества.

Общество — как эффектно выразился американский психолог Олпорт, — «это те, с кем мы вступаем в общение». Традиционно считается, что общество — это семья, работа и окружающие тебя люди. Эти три института и определяют тот социум, куда должен вернуться ПИН, если у него уже сформировалась мотивация к возвращению к нормальной жизни. Мы не случайно употребляем здесь слово «нормальной», хотя оно многим наверняка режет слух и даже из чувства нон-

конформизма вызывает протест. Одним из непереносимых условий успешной ресоциализации является способность и умение ПИН принять нормы, которыми регулируется жизнь той или иной социальной группы, и выполнять их. Другими словами — подавить в себе эгоиста и жить на благо других людей, вместе с ними.

Общество (социум), как учили Маркс и Энгельс, — это «совокупность отношений между людьми, складывающихся между ними в процессе их совместной деятельности». Следовательно, ПИН, выпадающий из общества, выпадает и из процесса совместной общественно полезной деятельности. Обратный процесс — ресоциализация — будет при этом выглядеть как возврат ПИН (находящегося в состоянии ремиссии или контролируемого употребления наркотика) к участию в этом процессе.

Устройство на работу, занятие общественно-полезной деятельностью — непереносимые условия ресоциализации. В постсоветском украинском обществе всякий, кто не работает или чей труд непонятен (а значит — не полезен), подвергается общественному осуждению.

Но это не основная причина, по которой ПИН обязательно должен найти работу. Работа — общественно полезный труд — это, прежде всего, реализация творческого потенциала человека, его таланта и возможность выхода энергии. Не случайно многие ПИН отмечают пользу физической работы в период воздержания от наркотиков — труд в данном случае имеет значение как своего рода «заместительная терапия», заполнение времени, которое раньше уходило на поиски и употребление наркотиков.

Для многих ПИН успешная ресоциализация состоит в передаче своего жизненного опыта (включая опыт позитивных изменений в личной жизни) другим людям. Это — занятие общественно полезной деятельностью по профилактике наркомании, ВИЧ/СПИД, деятельность по снижению вреда, активное участие в реабилитационных программах, но уже в роли тренера, наставника. Не только бывшие ПИН, но и люди, контролирурующие употребление наркотиков, активно работают в общественных организациях, занимающихся проблематикой ВИЧ/СПИД и наркозависимос-

ти. Этот вид ресоциализации самый распространенный и приемлемый — реализация человека в той деятельности, которая лично близка ему и где он имеет свой уникальный опыт.

ПИН, которые находятся на стадии ресоциализации, могут рассмотреть следующие варианты, куда пойти работать:

- волонтер общественной или государственной организации;
- аутрич-работник в проекте снижения вреда;
- социальный работник в проекте снижения вреда;
- открытие собственной общественной организации;
- социальный работник в наркодиспансере;
- социальный работник центра социальных служб для молодежи;
- работа по профессии или новая работа.

На всех этих этапах важно и нужно поддерживать связь с терапевтическим сообществом, с теми, кто уже бросил употребление наркотиков и живет трезво или, в случае с переходом на контролируемое употребление, с теми, у кого это хорошо получается без рецидивов злоупотребления.

Волонтерская деятельность ПИН имеет важное значение как начальный этап ресоциализации. В идеале волонтерская деятельность должна переходить в оплачиваемую работу для упрочнения и стабилизации социально-психологических условий жизни. Несомненно, для каждого человека очень важно, чтобы его труд был поощряем.

Если ПИН до того, как он попал в наркозависимость и выпал из общества, приобрел специальность и у него уже был опыт работы по профессии, ему нужно попытаться восстановить свои профессиональные качества — вернуться к тому ремеслу, которым занимался ранее, если, конечно, к нему лежит душа. Если же навыки утрачены, не надо бояться — всегда можно наверстать упущенное, было бы желание.

Социальные работники полтавского Фонда «Анти-СПИД» при работе с ПИН часто проводят мотивационное консультирование через «реанимацию» профессиональных качеств клиента. Это — разговор о специальности ПИН, о его любимом деле, об опыте его работы по профессии, о том, что нужно для того, чтобы восстановиться по специальности.

Было проведено целое исследование, главным результатом которого стал вывод, что ПИН, имеющие базовое образование, специальность и опыт работы по профессии, намного сильнее замотивированы к отказу от наркотиков, чем «неформированные» ПИН.

Некоторые ПИН, у которых были действующие водительские права, устроились работать таксистами, некоторые при этом перешли на контролируемое употребление и нашли компромисс между наркотиком и работой. Некоторые же устроились автослесарями, пошли работать на стройку, стали охранниками. Таким образом, у людей, которые уже имели профессиональный опыт, выбор возможностей шире и ресоциализация проходит по накатанному пути.

У ПИН несудимых и не имеющих проблем с милицией профессиональная ресоциализация проходит более плавно. Судимому ПИН необходимо больше усилий для возврата в социум, но и это преодолимо. Как говорил один ПИН: «Если ты человек, тюрьма для тебя будет школой жизни и воспитателем воли, а воля на свободе пригодится. Если ты слаб, то тюрьма тебя сломает и превратит в чмо...» (Игорь, 35 лет, стаж ПИН 15 лет).

Чтобы не ломать судьбы ПИН и не усложнять последующий процесс ресоциализации, сотрудники правоохранительных органов должны предоставлять тем ПИН, у кого есть профессия, специальность и желание бросить наркотики, возможность исправиться. Если бы этих людей направляли в НПО и в социальные службы, а не за решетку, многих проблем удалось бы избежать.

Отдельным и очень важным моментом ресоциализации является возврат в семью, семейное обустройство. Семьи многих ПИН были разрушены пагубной страстью к наркотикам и кажутся невозможными. Многие ПИН были отвержены родителями как «опозорившие» их дети. Часто так бывает, что человек просто «проторчал» тот период, когда надо создавать семью, и теперь чувствует, что создавать ее поздно. Но во всех этих случаях надо пытаться исправить ситуацию, не сдаваться.

Бросить наркотики можно из-за ухудшения здоровья, из-за того, что они мешают сбыться мечте, из-за того, что уже

просто надоела такая жизнь. Но жить без наркотиков, опираясь только на себя самого, сложно. Смысл жизни раскрывается служением на благо других людей, которые нуждаются в помощи, заботе и поддержке. Поэтому очень важно найти контакт с семьей, с детьми, с родителями, друзьями, чтобы жизнь вновь обрела смысл.

Ресоциализация — это целый комплекс восстановительных действий: устройство на работу, создание семьи, изменение о себе общественного мнения.

Отдельного разговора заслуживает тема изменения общественного мнения. Люди постоянно вступают друг с другом в контакт. Культура общественного поведения и контроль над своими действиями являются едва ли не самым важным моментом ресоциализации наркозависимого. Многие возражают, что им безразлично, что о них думают незнакомые люди, что это паранойя — постоянно думать, о том, что думают другие. Но это ошибочная установка, которую надо менять. Все мы живем на виду друг у друга. Когда по улице идет «торчок» под дозой «ширки», неопрятный, ссутуленный, ноги которого прогибаются в коленях, на него смотрят люди и формируется общественное мнение. Оно касается не столько этого «торчка», сколько явления, которое он представляет. Некоторые про себя осудят это, некоторые пожалеют, некоторые позавидуют такой хорошей «ширке», у некоторых просто испортится настроение. Мнения незнакомых людей важны для полноценной жизни в социуме. Для этого можно начать с малого — следить за внешним видом, улыбаться, стараться пребывать в хорошем расположении духа, и мир изменится к лучшему.

Ресоциализацию можно определить как переход из наркогенной «отдельной реальности» (Карлос Кастанеда) в общую реальность. Жизнь в обществе для ПИН, которые привыкли находиться в «отдельной реальности» или вне общества, может показаться тяжелой, скучной, суетной, что-то может раздражать и в конечном итоге вновь спровоцировать срыв. Поэтому надо всегда иметь силу сохранять самообладание в любой жизненной ситуации. Возникшее раздражение или случившийся стресс лучше вынести на обсуждение в кругу друзей, поэтому очень важно на всех этапах новой жизни поддер-

живать связь с единомышленниками (терапевтическим сообществом, людьми, контролирующими употребление наркотиков и т. п.).

На всех этапах ресоциализации важна помощь и поддержка не только близких людей и тех, кто уже через это прошел, но и врачей-специалистов, психологов и юристов. Последние могут существенно помочь в восстановлении документов, в решении судебной тяжбы, в оформлении на работу, в снятии с учета из наркодиспансера, что также очень актуально для восстановления репутации.

Спектр ресоциализирующих возможностей для тех, кто возвращается в общество:

- работа в общественных организациях, занимающихся проблемами наркомании и ВИЧ (программы снижения вреда, программы первичной профилактики, ВИЧ-сервисные организации и т. д.);
- участие в реабилитационных программах в качестве тренера, наставника;
- активная общественно-политическая деятельность (создание общественной организации по личной инициативе);
- восстановление профессии, специальности;
- восстановление в учебном заведении (если имеет место незаконченное образование; некоторые ПИН начинали свою ресоциализацию с того, что поступали в вечернюю школу и заканчивали ее);
- оформление в службу занятости;
- учеба на профессиональных курсах (такие курсы есть в каждом городе при центрах занятости, при предприятиях, на базе учебных заведений);
- восстановление (создание) семьи;
- восстановление контакта с друзьями, восстановление утраченных, но значимых для вас связей;
- восстановление хобби, любимого занятия; занятия активным отдыхом, спортом, туризмом;
- обретение принципов и твердой жизненной позиции;
- бескорыстная, искренняя помощь другим людям.

Важно понимать и помнить, что на каком-то этапе (проч-

ность этого этапа испытывается временем и стабильностью статуса) ПИН заканчивает ресоциализацию и вливается в общество как полноценный его представитель.

Многое будет зависеть от самоощущения и самооценки человека — насколько он сам себя почувствует вернувшимся к жизни, которая его устраивает настолько, чтобы не возвращаться к злоупотреблению и отныне вспоминать минувшую жизнь как то, что, слава Богу, уже прошло.

5.2. ЧТО ДОЛЖНЫ ДЕЛАТЬ ПИН, ЧТОБЫ УСПЕШНО РЕСОЦИАЛИЗИРОВАТЬСЯ В ОБЩЕСТВО

Рекомендации по ресоциализации для ПИН, которые бросили употреблять наркотики

На стадии ресоциализации ПИН, преодолев физическую зависимость, испытывает тяжелую психическую зависимость, проявления которой могут варьировать от апатии и тоски до тяжелой депрессии, вплоть до суицида. В этот момент важно, чтобы не случилось срыва.

Наркоманы затягивают друг друга в болото «системы», многие из них ревностно относятся к тому, что кто-то пытается вырваться из нее и начинает вести трезвый образ жизни или избегать частого употребления вместе с ними.

ПИН, который решает бросить, должен сам объявить о своем решении и объяснить причины, по которым он не желает встречаться с теми, кто продолжает колотиться. Партнеры должны понять намерения их «коллеги» и не мешать этому человеку делать шаги по выходу из наркозависимости.

Существует множество рекомендаций ПИН, находящимся в стадии ремиссии. Например, некоторым не рекомендуют на первом году трезвости заводить «романтических отношений», так как их возможный разрыв может привести к срыву. Не рекомендуют сдавать анализы на ВИЧ, поскольку положительный результат может послужить толчком к возобновлению употребления. Не рекомендуется бросать курить, чтобы была хоть какая-то возможность расслабиться. Однако необходимо помнить, что этот процесс чрезвычайно индивидуален, некоторым именно романтические отношения с противоположным полом помогают избавиться от мыслей о наркотике. И курить многие бросают именно на этой волне — по принципу «раз уж бросать, так всю дрянь сразу».

Хорошо, если найдутся такие знакомые, которые уже прошли этот этап и могут поделиться своим опытом преодоления психической зависимости и опытом собственной ресоциализации. Подсказать, в какую группу взаимопомощи и к какому специалисту (врачу, психологу) обращаться, где можно найти работу, как провести свободное время.

Партнеры по группе АН окажут ПИН разностороннюю поддержку. Если они уже входят в эту группу, то знают, как правильно и с пользой делать это.

Только оставаясь «чистым» сам, ты помогаешь не «сорваться» своему партнеру. Вам следует избегать места скопления потребителей, всячески избегать разговоров о наркотике. При встрече знакомых из числа ПИН сразу после «привет» говорите им: «Я бросил «двигаться», — и тогда такие вопросы как: «Не знаешь, где

взять?», «Тебе не надо?», «Где можно сварить?» и т. п. отпадут сами по себе. Хорошо, если бывшие партнеры заинтересуются: «Как спрыгнул?», «Давно?», «Не тянет?». Расскажите им, заодно выговоритесь и подадите положительный пример.

Если вы оказались в сложной ситуации и не видите решения, обратитесь за консультацией к психологу, не стесняйтесь обращаться за помощью к товарищам, которые уже длительное время остаются «чистыми», и помните — «спасение утопающих — дело рук самих утопающих». Сейчас все зависит только от вас.

Виктор Вырлан,

старший социальный работник Черновицкого благотворительного фонда «Новая семья»

Реабилитационный процесс ПИН — возрождение — имеет свои этапы и определенную временную продолжительность. Стадия ресоциализации — становления обновленной личности — является заключительной. По-другому ее можно назвать стадией преобразования. Этот процесс может быть долгим, а иногда и бесконечным.

Любые трудности в общении и социальном приспособлении имеют причиной эмоциональные и личностные нарушения. Корни проблем уходят далеко в детство, в отношения между членами семьи (или членами группы, заменявшей семью), в которой рос и воспитывался будущий ПИН. Для изменения и укрепления личности нужны годы работы над собой, а также годы пребывания в терапевтической среде.

Как известно, все вместе люди составляют единый общественный организм — социум. Закрепленные в психике разрушительные и саморазрушительные стереотипы становятся частью личности зависимого (и созависимого) человека и проявляются в любых социальных группах, в которых эти личности существуют. Реабилитация только наркозависимых людей, без радикальных изменений в семьях, а, следовательно, и в обществе в целом, малоэффективна. Отказ от употребления наркотиков является важным фактором для способности ПИН ресоциализироваться, но недостаточным для того, чтобы возвращение в общество было успешным.

Достаточно долгое время особым аспектом наркомании было неприятие обществом самой ее сущности. Явление употребления наркотиков было как бы отмежевано от общих социальных процессов и поставлено вне закона. Самим государством наркопотребители поставлены в ситуацию, когда они постоянно вынуждены испытывать чувство непол-

ноценности, поскольку представляют собой специфические и спроецированные вовне качества и идеологии, которые не приемлет и отрицает все общество. Обратной стороной данного аспекта является неприятие большей частью ПИН помощи со стороны каких-либо профессионалов, поскольку существует убеждение, будто лишь внутри субсоциума можно найти поддержку и понимание.

Некоторые употребляли наркотики для того, чтобы избежать проблем повседневной жизни. Кое-кого в равной степени пугали как успех, так и неудача. Многие пытались спрятать свои чувства. Каждый раз, отказываясь принимать жизненные реалии и убегая от них, человек страдает. Поступая так и в дальнейшем, он постепенно утрачивает способность адекватно отвечать на разные жизненные ситуации. До некоторого времени ПИН склонны думать, что проблемы наркозависимых являются уникальными. В процессе жизни становится ясно, что все остальные представители социума имеют похожие проблемы, так же испытывают чувства неполноценности, вины или враждебности, межличностное отчуждение.

Приоритет общественного над личным долгое время разрушал внутренний стержень общественных отношений и личности. «Сталинщина», «хрущевщина», «брежневщина» с их преступной политикой, превращавшей людей в «винтики» госмашин и формировавшей культ страха, привели к изменениям в душах людей на уровне человеческих ценностей. Сформировался образ мышления и своеобразный тип личности, который варьируется в пределах Павлик Морозов – Шариков. Культивировался «простой человек». Культивировалась гордость. Чем хуже жили, тем больше гордились. Цельность восприятия мира религиозным человеком, когда мысли выдерживались в системе общечеловеческих ценностей, сменилась раздвоенностью сознания. Думали одно, говорили другое, делали третье, а получили то, что имеем. Инакомыслие преследовалось как учебными заведениями, так и силовыми структурами. Образно говоря, подавляющее большинство неплохо подавляло.

«Быть как все» было главным мотивом людей нашего общества. Думать как все, стремиться как все, иметь как все и

преуспеть как все. Но чем больше человек к этому стремится, тем больше он удаляется от самого себя, теряет свою индивидуальность. Подобно старухе из «Сказки о Золотой рыбке», человек пытается приобрести как можно больше и получить наслаждение. Доза повышается, но счастье и смысл жизни отдаляются. Вот тогда старуха и пожелала повелевать рыбкой. В аналитической психологии рыба чаще всего символизирует «самость» – человеческий потенциал, заложенный природой в каждом из нас (К. Г. Юнг «Архетип и символ»). Если же человек пытается решить свои внутренние проблемы вне себя, достигая богатства, власти и славы, не будучи внутренне готовым к этому, то неминуемо наступит расплата – «золотая рыбка» забирает все, и старуха остается у разбитого корыта.

В атмосфере ломки системы прежних ценностей и материальных трудностей усилился страх обывателей, порой выразившийся в потребности поиска социальных изгоев. И чем выше напряженность в обществе, тем больше эта потребность найти «козлов отпущения», на которых списываются все проблемы. На эту роль идеально подходит наркозависимый. Изначально виноватый, он эту роль воспринимает как нечто естественное. Данное явление для нашего общества характерно, и оно крайне несправедливо. Стигма «наркозависимого» снижает самооценку и приводит к изоляции. Дискриминация больных наркоманией оказывает вред не только им самим, лишая их самоуважения и перспектив социального приспособления, но и всему обществу, создает препятствия для развития людей и решения их насущных проблем.

Наблюдения за личной жизнью конкретных людей и рассказы о себе бывших ПИН приводят к мысли, что решить проблему ресоциализации наркозависимых «одним махом» невозможно, а давать только практические советы – недостаточно и нецелесообразно. Эта проблема носит общественно-психологический характер, и поиск ее решения может быть найден только индивидуально-экзистенциальным способом, так как изначально все ПИН (как действующие, так и бывшие) поставлены в неравные жизненные, социальные и экономические условия. Установки и приоритеты на данный момент жизни у каждого человека являются настолько лич-

ными, что только они сами выбирают себе путь, по которому готовы и хотели бы идти. Можно лишь предложить тем из них, кто выступает в авангарде движения ресоциализации бывших ПИН, проводить работу по изменению роли и места в обществе наркозависимых по следующим направлениям:

- информирование и обучение целевых групп, вовлеченных в проблему наркотизации;
- создание общественного движения, включающего организации бывших потребителей наркотиков, типа АН, клубов, групп самопомощи, общественных организаций;
- широкое освещение своей продуктивной деятельности через СМИ.

Через преодоление разрушительных стереотипов поведения, навязываемых извне, путем образования и деятельности групп самопомощи, клубов, терапевтических сообществ, общественных организаций наркозависимых и их родственников возможно более эффективное преодоление негативных тенденций в обществе. Бывшие наркопотребители и их семьи способны к развитию, нормализации досуга и общественной активности, восстановлению прежних и созданию новых социальных связей. Необходимо осуществлять качественно новое сотрудничество с представителями прессы и освещать проблемы наркомании в СМИ. Вместо информации устрашающего характера или мелодраматических историй о семейных трагедиях, в которых наркозависимые выступают в роли монстров, следует более правдиво знакомить общественность с теми фактами и факторами, которые реально составляют проблему наркомании.

В одной сказке со счастливым концом некий благополучный и богатый восточный мудрец оставил десять свитков с записанными в них правилами тому, кто унаследует все его богатство и станет продолжателем его дела. Тот, кто будет следовать этим правилам, никогда не будет неудачником и никогда не станет без них воистину велик. В них записано:

«...Пускай со мной всегда пребудут правила, которые содержат свитки, что в моем владении, законы эти ведут к величию. Они научат меня не только избегать неудач и достигать желаемого результата, но и большему. Ибо что такое успех, как не состояние ума? Едва ли двое из тысячи мудрецов сойдутся в определении успеха, но о неудаче всегда отзываются однозначно: неудача есть неспособность человека добиваться своих целей, какими бы они ни были.

...Я буду властителем своих чувств.

Как же я буду управлять своими чувствами?

Я буду постигать древнюю тайну: слабый человек позволяет мыслям управлять его действиями, действия сильного подчиняют мысли.

Каждый день, пробудившись от сна, я буду следовать такой тактике, прежде чем меня успеют захватить силы печали, самосожаления и неудачи:

Если я почувствую себя расстроенным, я стану петь.

Если почувствую печаль, я стану смеяться.

Почувствовав недоумение, я удвою усилия.

Почувствовав страх, я брошусь вперед.

Почувствовав себя подавленным, я надену новые одежды.

Если я почувствую неуверенность, мой голос окрепнет.

Почувствовав обеднение, я буду думать о богатстве, которое придет.

Почувствовав себя несведущим, я вспомню прежние успехи.

Почувствовав себя незначительным, я вспомню прежние цели.

Сегодня я буду властителем своих чувств.

Впредь я буду помнить, что только способные подчиняться могут всегда оставаться на вершине своих возможностей. Но я не подчиненный. Наступят дни, когда мне придется постоянно сражаться с силами, готовыми меня уничтожить. Таких врагов, как печаль и отчаяние, распознать легко, но есть и другие, которые опасны. Они приближаются с улыбкой и дружески протягивают руку. Контроль над ними я тоже не должен ослаблять:

Почувствовав самоуверенность, я припомню неудачи.

Почувствовав довольство, я вспомню о голодных днях.

Почувствовав благодущие, я вспомню состязание.

Почувствовав величие, вспомню унижение.

Почувствовав могущество, я попытаюсь остановить ветер.

Получив богатство, я вспомню время нищеты.

Почувствовав гордыню, я вспомню мгновенья слабости.

Почувствовав себя бесподобным, я посмотрю на звезды.

Сегодня я буду властителем своих чувств.

И с этим новым знанием я также смогу понять чувства того, к кому я обращаюсь. Я буду снисходителен к проявлениям его гнева и раздражительности, ибо он не знает тайну управления собой. Я смогу выдержать его нападки и оскорбления, ведь я знаю, что завтра его поведение изменится.

Впредь я буду различать игру настроений в самом себе и во всех людях. С этого момента я готов отвечать за каждое проявление моей личности. Я буду управлять своими настроениями через положительные действия и, подчиняя их, я стану властителем своей судьбы.

Я оказался на этой земле не случайно. Ни зверь, ни дерево, ни ветер, ни дождь, ни скала, ни озеро не имеют со мной одного начала, ибо я зачат в любви и рожден с определенной целью.

Мне были даны глаза, чтобы видеть; ум — чтобы думать, и теперь я знаю великую тайну жизни, ибо, наконец, осознаю, что все мои проблемы, разочарования и скорби — это непознанные великие возможности. Меня не обманут больше скрывающие их одежды, ибо глаза мои открылись. Я — величайшее чудо природы. А природа не знает поражений. В конечном счете победа останется за нею, а значит — и за мной.

Сегодня моя старая кожа стала прахом. Я буду возвышаться над другими, хотя они не заметят этого, ведь я новый человек, начавший новую жизнь.

Сегодня я владею своей судьбой. И мое будущее — стать властителем самого себя».

О. Мандино «Величайший в мире торговец»

Проблемы времени, жизни, смерти; проблемы зависимости и свободы, ответственности и выбора; проблемы любви и ненависти, единства и одиночества — есть сущность проблемы поиска смысла существования.

Найти ответы на все наши вопросы можно только в этом мире. У него всегда есть что предложить нам. До тех пор, пока мы возвращаемся.

**«Энеида»,
или
О том, как это было у нас**

Вначале это были просто обычные алкоголики и наркоманы. Их жизнь мало чем отличалась от жизни любителей острых ощущений. Употребление протекало так же тяжело и с таким же надрывом. Разве что употреблять тогда было легче. Наркотиков было больше, достать их было проще, и жизнь была дешевле.

Однажды в городе Киеве появился некий заезжий священник, который привез нам средство, с помощью которого можно было изменить свою жизнь, — 12 шагов и 12 традиций Анонимных алкоголиков. Способ очень прост. Для достижения этой цели было достаточно, чтобы хотя бы два алкоголика, которым надоело их собственное пьянство, встретились, рассказали друг другу о том, что с ними происходит и что они по этому поводу думают. Но, как и подобает в таких случаях, каждый раз в начале собрания необходимо совершать определенный «ритуал». А именно — вслух и по кругу прочесть 12 шагов и 12 традиций Анонимных алкоголиков. И, за неимением более подходящего способа (все остальное уже было перепробовано), они решили, что еще одна попытка — не пытка. Так появилось в нашем городе Сообщество анонимных алкоголиков. Был год 1990-й.

Время шло, сообщество расширялось, появлялись новые члены, а через три года в городе появилось Сообщество анонимных наркоманов. Мы все были его членами.

Наша жизнь проходила как у большинства граждан нашей страны. Мы жили и умирали, страдали и были счастливы, смеялись и плакали, надеялись и разочаровывались. Ходили на работу, периодически ее теряли (или бросали), годами не делали ничего, находили новую работу, пытались найти что-то лучшее и сделать свою жизнь более счастливой. Это было очень важным для нас — быть счастливыми, поскольку наркоман нуждается в этом, возможно, больше, чем обычный человек. И однажды один анонимный брат предложил нам создать свою организацию. И заниматься тем, чем нам заниматься нравиться. Так в 2000 году появилась общественная организация Клуб «Эней».

Миссия Клуба «Эней» — оказание всесторонней помощи и поддержки людям, пострадавшим от наркотиков, и их близким. Для названия организации нами было выбрано имя грека Энея. Он был путешественник, и в поэме Котляревского «Энеида» — прекраснейшей пародии на наш мир — прославился тем, что отправился путешествовать в Ад и смог вернуться оттуда живым. Для нас Эней как герой привлекателен тем, что был лидером и, несмотря на трудности, вел своих товарищей к намеченной цели. А еще потому, что имя Эней созвучно «Эн Эй» — NA (Анонимные наркоманы), что не дает нам забыть, откуда мы вышли и кто мы такие.

В начале нашей деятельности все было не так, как теперь. Фактически учредителями были четыре человека, а реально все делать приходилось одному — руководителю клуба Жене Кривошееву. Ох, и немало ему довелось преодолеть препятствий! Два года предпринимались попытки начать практическую деятельность по оказанию помощи наркозависимым людям. Женя ходил к разным чиновникам и тем, кто уже занимался этой деятельностью. Лица были важные, говорили вежливо, идеи одобряли, но серьезно к нам никто не относился. Из первого предложенного бюджета проекта для ЦССМ г. Киева, который рассматривался около полугода, из 50 тысяч запрошенных гривен решили дать 118. И не дали. Точнее, мы не взяли.

На то время члены организации еще мало представляли свои роли в ней, некоторые даже для себя не могли сформулировать, что они могли бы сделать для того, чтобы положение вещей существенно изменилось. Нас швыряло по волнам нашей бур-

ной фантазии, мы видели себя героями, которые осчастливят всех наркоманов в начале города, затем страны, а затем, возможно, наркоманы всех стран и народов мира объединятся.

Конечно же, мы хотели счастья, богатства, и благополучия, как мы их тогда понимали. Два года, кроме этих фантазий, ничего не случилось. Не было сомнений лишь в том, что мы всегда будем оставаться членами Сообщества анонимных наркоманов, и это то, что не перестанет быть никогда. Некоторых это пугало, мы стали отчаиваться и сомневаться в своих силах. Но были среди нас и те, кого не пугали трудности и кто не оставлял попыток.

Наше долгое существование, наше упорство и огромное желание быть вынудило все-таки некоторых ответственных лиц отнести к нам по-другому. Результаты того, что мы делали (проведение собраний групп самопомощи и изменения, происходившие с людьми, которые участвовали в них) были замечены многими, отношение к нам существенно изменилось. У нас появилась поддержка в лице главного нарколога Украины А. Н. Виевского и тогдашнего главы ЦССМ А. Кузьменко. Появились партнеры: Клуб «Квитень», «Фонд профилактики химических зависимостей и СПИД», Сеть ЛЖВС и другие.

Сейчас нашим людям предоставляется возможность проходить обучение в Киево-Могилянской академии по специальности «практическая социальная работа», проводятся тренинги по специфике нашей работы организациями СПИД-Фонд «Восток-Запад», Международный Альянс по ВИЧ/СПИД и многими другими. Сейчас мы реализуем порядка десяти проектов при поддержке таких организаций, как Международный Альянс по ВИЧ/СПИД, Международный фонд «Відродження», Украинская ассоциация снижения вреда и другие.

Правда, нам очень долго приходилось скитаться, как и подобает настоящим путешественникам. К слову сказать, нет гарантии, что наше нынешнее местонахождение постоянно. Но очень хочется верить, что все же когда-нибудь мы прибудем в тихую гавань, где сможем остаться навсегда.

...Один человек как-то сказал: «Когда-то я хотел, чтобы весь мир был счастлив, и решил изменить его. Но понял, что не могу сделать этого. Затем я хотел, чтобы лучше был мой город, и решил изменить его. Но понял, что не могу сделать этого. Затем я подумал, что достаточно, если я сделаю счастливым мое ближайшее окружение, и решил изменить его. Но понял, что не могу сделать и этого. Теперь я знаю, что единственное, что стоит делать, — это менять самого себя. И тогда мир станет счастливым».

5.3. ЧТО ДОЛЖНЫ ДЕЛАТЬ БЛИЗКИЕ ПИН, ЧТОБЫ СПОСОБСТВОВАТЬ ИХ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ

Что должны делать друзья

Прежде всего — оказывать поддержку, как моральную, так и физическую.

После снятия физической зависимости у вашего друга остается психологическая зависимость, и она намного сильнее физической, которая и приводит многих бывших ПИН к срыву, возврату к наркотикам. Человек после прекращения употребления как бы рождается заново, он учит-

ся жить по-новому, жить в трезвости. И в этом вы можете ему помочь, поддержать на первых этапах его социальной реабилитации, пока он не станет твердо на ноги.

Прежде всего забудьте, что у него в прошлом были проблемы с наркотиками («забыв» сами, вы можете забыть об этом и ему), относитесь к другу так, как будто все это время вы его не видели или он был где-то в длительной командировке, и вы очень рады его приезду. Уделяйте ему больше внимания (старайтесь, чтобы он больше находился с вами, в вашем кругу общения); если есть возможность, пусть работает с вами, чтобы он был «при деле».

Поручайте другу любую работу, найдите ему занятие — очень важно заполнить его время чем-то осмысленным, не оставляя места для мыслей о наркотике. Дайте ему почувствовать, что он вам нужен, помогите ему поверить в себя, всячески поддерживайте его словами («у тебя классно получается», «ты мне очень помог» и т. п.), поощряйте любые действия друга в «сторону трезвости».

Никогда не напоминайте другу, что у него была наркозависимость («как ты изменился по сравнению с прошлым», «видишь, как хорошо, что ты не употребляешь» и т. п.) — этим вы его унижаете, возвращаете в то самое прошлое, из которого он с таким трудом вышел.

Дайте почувствовать ему всю теплоту и прочность вашей дружбы. В случае срыва не упрекайте его, лучше вместе разберитесь, что привело к срыву, чтобы в следующий раз при подобной ситуации этого не произошло.

Помните, только верой в друга, терпимостью и личным примером вы можете ему вернуться к здоровому (трезвому) образу жизни.

Что должны делать семьи ПИН

Членам семьи ПИН необходимо понять, что они реабилитируются вместе с ним — он зависимый, семья — созависима. Члены семьи должны избавиться от внутреннего страха — тревожного ожидания того, что ваше «чадо» вновь придет «под кайфом». Для этого просто «примите то, что вы не в силах изменить», иначе ваш страх будет мешать вам самим выздоравливать и, следовательно, скажется на ва-

шем выздоравливающем родственнике. Постарайтесь избавиться от привычки «рассматривать» глаза, искать другие подтверждения ваших опасений, это ничего вам не принесет, кроме взаимного раздражения. Научитесь доверять, своим доверием вы будете только стимулировать трезвость родного вам человека.

Лучший способ помочь — это создать доверительную, спокойную атмосферу. Лучший метод — честная беседа, совместное обсуждение успехов и проблем, тревог и забот, открытость друг перед другом.

5.4. КАК МОГУТ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ СПОСОБСТВОВАТЬ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Процесс ресоциализации начинается уже на первом этапе работы с пациентом и является ее конечной целью. Ресоциализацию можно определить как восстановление больного как личности и члена общества, включение наркозависимого в социальную среду, в которой возможно оптимальное использование его способностей.

Работа по ресоциализации должна начинаться на первых этапах контакта медицинского работника и пациента. Проводить какую-либо грань между лечением и ресоциализацией вряд ли необходимо.

Первая лечебно-реабилитационная система больных наркоманией в СССР была создана И. П. Пятницкой. В монографии «Клиническая наркология» (1975 г.) были описаны этапы восстановления больных наркоманией, отмечалась необходимость длительного (до двух лет) поддерживающего лечения, этапы психотерапии, работа с семьей.

В официальных документах Министерства здравоохранения используется термин «реабилитация», который включает в себя ресоциализацию. Разграничить эти два понятия довольно сложно.

Раньше понятие «социальная реабилитация» подменялась идеей трудового перевоспитания. При этом о личности

больного как субъекте реабилитации речь не шла, а при реализации этой идеи успешно забывалось, что ее субъект — больной человек, неприспособленный к выполнению социальных функций.

Сегодня мы знаем, что для того, чтобы ресоциализация была успешной, должны соблюдаться некоторые принципы. Прежде всего процесс ресоциализации невозможен без добровольного участия в программе самого пациента. Лечебное учреждение, которое занимается ресоциализацией больных, должно быть доступным. Форм ресоциализации должно быть много.

Для того чтобы процесс ресоциализации был успешным, лечебные учреждения должны:

Обеспечить комплексность реабилитационной работы

Оказание медицинской помощи подразумевает качественное обследование и лечение. Качество чаще всего достигается усилиями специалистов различных профилей, которые объединены в одну рабочую группу. В наркологии такой подход предполагает взаимодействие врача-нарколога, психолога, психотерапевта, социального работника, усилия которых сфокусированы на получении позитивного результата.

На начальном этапе работы по ресоциализации необходимо оценить возможности пациента в преодолении болезни и ее последствий, в восстановлении социально значимых для больного личностных качеств, способствующих возвращению его в семью и общество. Специалисты должны оценить преморбид, клинические особенности заболевания, особенности социального статуса, уровень его снижения вследствие употребления наркотического вещества, личностные особенности больного и заранее спланировать проведение той или иной терапевтической программы, предварительно обговорив ее с пациентом. Ресоциализация в связи с этим может подразумевать работу, направленную на полное прекращение употребления психоактивного вещества и восстановление социального статуса или, если прекращение употребления наркотического вещества представляется проблематичным, включение такого пациента в другие программы, например в программу заместительной терапии.

Обеспечить тесную взаимосвязь лечебных, психологических и социальных методов работы с больным

Назначение медицинских препаратов, психологическая работа, социальная работа должны быть направлены на возвращение наркозависимого в семью и общество.

Объединить все используемые методики ресоциализации в единый комплекс различных по структуре и организации учреждений

Первоначальная работа по ресоциализации проводится в специализированных лечебных учреждениях. Акцент делается на сугубо медицинских и психологических методах работы с больными. Однако затягивание этого этапа является ошибкой. Постепенно пациента необходимо переводить в психосоциальные программы, которые могут проводиться в различных реабилитационных структурах.

Использование всех психологических и социальных методик возможно только в случае подлинного партнерства с пациентом,

в противном случае все прилагаемые усилия по ресоциализации дадут прямо противоположный результат. Для того чтобы это не произошло, необходима достаточно высокая мотивация больного для участия в программе и достаточно высокий профессионализм персонала. Как показывает мировой опыт, восстановление нормального социального статуса и достижение состояния психофизического комфорта происходит в течение 3–5 лет. Поэтому необходимо обеспечить долгосрочность ресоциализирующих программ. Однако усилий одних медицинских работников на этом этапе будет явно недостаточно. Долгосрочность программ обеспечивается постоянной занятостью пациентов. Постоянная занятость придает процессу ресоциализации своеобразную ритмичность, создавая у больных ощущение поступательного движения на пути к выздоровлению. Ритмичность (постоянность) является необходимым условием процесса реабилитации, поскольку на начальных этапах процесса ресоциализации у пациентов наблюдается неустойчивое психическое состояние, низкое самосознание и сохраняется большой риск возвращения к наркотизации.

В процессе работы с больными должен проводиться отбор и последующая подготовка волонтеров из числа выздоравливающих больных и групп психологической поддержки (АА, АН)

Существование волонтеров доказывает другим больным, находящимся на начальных этапах реабилитации, что выздоровление, возвращение в общество реально. Кроме того, волонтеры, которые приобрели стойкий иммунитет против рецидивов, оказываются действенными помощниками по созданию групп самопомощи.

Важной представляется работа с членами семьи больного. Эта работа помогает нормализовать внутрисемейные отношения и в какой-то мере стабилизирует социальный статус.

Что должны делать медработники для ресоциализации молодежи, употребляющей инъекционные наркотики

Наркозависимая молодежь тяжело относится к вопросу о своем месте в обществе, т. е. к какой группе их отнесли окружающие, какой «ярлык» навесили. Они считают, что их занятие и поведение никому не мешает и вреда они никому не приносят. И только малая часть наркозависимых задумывается о том, что им такая жизнь не нужна, что они в этом мире — изгои. Первый шаг дается наркозависимому нелегко, ведь нужно признать себя наркоманом и осознать простую истину — без помощи медработников вылечиться от наркозависимости практически невозможно. Медработники это понимают и оказывают наркоманам всестороннюю помощь, т. е. не только снятие ломки, но и психологическое влияние на человека.

Если поинтересоваться у потребителя наркотиков, почему он решил лечиться, мы услышим много разных ответов. В основном наркозависимая молодежь делает это ради чего-то или кого-то. Большая часть наркозависимых идет на лечение ради матери, жены, мужа, ребенка. Некоторая часть ПИН идет лечиться, чтобы после лечения найти какую-либо работу и заработать деньги. И только самая малая часть наркозависимых стремится вернуться к нормальной жизни, чтобы окружающие признали их нормальными людьми, которые могут жить без наркотиков.

Прежде всего речь идет о предоставлении квалифицированной медицинской и психологической помощи пациентам. Чтобы ПИН чувствовали себя нормальными людьми, а не представителями уязвленных слоев общества, медработникам нужно относиться к ним как к равным, не ущемлять их права. Ведь находясь на лечении или после него, ПИН тяжело психологически побороть свою болезнь и осознать, что он может жить без наркотиков, начать работать и создать нормальную семью. Психолог для бывшего ПИН — это движущая сила к нормальной, здоровой жизни. Каждый врач должен быть психологом.

Наркозависимые ожидают от медицины элементарной медицинской помощи. Обращаясь к врачу за помощью, больной должен быть уверен в том, что она будет ему оказана.

Многие ПИН надеются на заместительную терапию, которая дает больному реальный шанс полностью отказаться от нелегальных наркотиков. В процессе лечения по программе ЗТ больной имеет возможность снижать поддерживающую терапевтиче-

скую дозу наркотика до полного прекращения его приема и возврата к нормальному образу жизни. При неукоснительном соблюдении программы ЗТ происходит восстановление всего организма. Из него выводятся токсины, накопившиеся в результате длительного употребления наркотиков. Появляются предпосылки к ведению нормальной, здоровой жизни. Восстанавливается прежняя, разорванная связь между больным и обществом, больным и его семьей.

Каждый из наркозависимых сталкивался с пренебрежительным отношением к себе со стороны окружающих. Восстановление утраченного доверия — длительный и психологически тяжелый процесс. Доверие и понимание со стороны медработников — первый шаг к восстановлению связей ПИН с обществом.

Инициация медицинскими работниками различных групп для наркозависимых на базе стационаров окажется крайне полезной как для успешного лечения, так и для начала процесса ресоциализации на этапе детоксикации. Для этого необходимы знания об организации работы терапевтических сообществ типа «12 шагов» и им подобных.

Если государство признает наркоманию болезнью, а ее распространение — эпидемией, то на медиков будет возложена главная часть работы, та, которой сейчас совершенно необоснованно занимается милиция.

Распространение информации о вреде наркотиков, о пользе здорового способа жизни, о способах лечения, профилактики и диагностики наркомании — одна из главных задач наркологической медицины.

Выступления врачей по телевидению, радио и в печати для разъяснения причин возникновения наркомании и ее профилактики дают возможность всему обществу правильно осознать проблему и включиться в борьбу с ней.

Самое главное — это поддерживать бывших наркозависимых в их стремлении и желании покончить с прошлой жизнью, найти себя в настоящем и будущем.

Татьяна Ц.,

участник программы заместительной терапии бупренорфином, г. Черкассы

5.5. ЧТО МОГУТ ДЕЛАТЬ НПО ДЛЯ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПИН

Социальная адаптация ПИН в первую очередь должна быть комплексной: предоставление стерильных материалов для профилактики ВИЧ, юридические консультации (создание необходимых документов, восстановление паспортов), психологические консультации, гуманитарная помощь (одежда, продукты питания), возможность обучения на компьютерных курсах и курсах английского языка. Психологи НПО также могут работать с детьми ПИН и секс-работниц, проводить вместе с ними свободное время, кормить их и ухаживать за ними. Очень важную роль в помощи ПИН играют детоксикация и реабилитация.

Основная проблема ресоциализации ПИН в Украине — отсутствие условий для трудоустройства этой категории населения. Например, в Ивано-Франковской области есть много

молодых людей, которые после лечения наркотической зависимости остаются безработными. Фонду «Солидарность» уже удалось трудоустроить пятерых ПИН, которые в данный момент работают социальными работниками Фонда. Еще двое ПИН, которые раньше были волонтерами Фонда, со следующего месяца будут получать средства из Центра занятости. Согласно постановлению правления Фонда всеобщего государственного социального страхования Украины на случай безработицы № 77 от 30.10.2001 г., Ивано-Франковскому городскому центру занятости разрешено финансировать затраты на оплату труда безработных, которые будут привлекаться к общественным работам за счет Фонда в неограниченном количестве. Если ПИН регистрируется в Фонде занятости, после полугодового учета он имеет право получать зарплату из средств Фонда всеобщего государственного страхования Украины. Также важно, что время учета в центре занятости засчитывается как рабочий стаж и, соответственно, человек может рассчитывать на субсидию и пенсию. Юристы Фонда также способствовали оформлению паспортов и других документов для ПИН, вернувшихся после тюремного заключения, и предоставили помощь в получении субсидий и государственных дотаций.

В нашем проекте работают двое ПИН — участников бупренорфиновой программы, которые стоят на учете в Фонде занятости. Каждый такой работник заключает ежемесячно возобновляемый договор. Благодаря соглашению между нашим Фондом и Центром занятости они получают заработную плату.

В общем, можно сказать, что у ПИН существуют следующие основные проблемы в отношении трудоустройства:

- 1) активным ПИН необходимо дополнительное время в течение рабочего дня на поиск и введение наркотика;
- 2) в результате плохого физического состояния ПИН могут выполнять не всякую работу;
- 3) при устройстве на работу многие организации требуют предъявление медицинской справки, в которой, между прочим, должна быть запись нарколога (находящийся на учете у нарколога человек не может получить водительские права или устроиться на работу водителем).

Для ПИН получить водительские права можно только после 2–3 лет ремиссии и лишь в том случае, если они прой-

дут стационарное обследование, после чего могут быть сняты с учета в наркодиспансере.

В отношении работы в учреждениях питания, школах, детских садах — требуется пройти флюорографию, сдать кровь на RW. Чтобы устроиться на работу поваром, особенно на частное предприятие, требуют, чтобы в санитарной книжке обязательно была отметка о прохождении тестирования на ВИЧ;

- 4) часто у ПИН отсутствуют паспорта, идентификационные коды, трудовые книжки, они не зарегистрированы в центре занятости;
- 5) не у всех ПИН имеется достаточный уровень подготовки для получения желаемой работы.

Фонд «Солидарность» реализовал проект «Компьютерный тренинговый центр» в г. Ивано-Франковске, где ПИН бесплатно обучаются навыкам работы на компьютере (работа в Интернете, печать, сканирование), там же ПИН могут изучать английский. Полученный по окончании обучения сертификат дает возможность дальнейшего трудоустройства и социальной адаптации.

Сегодня для ПИН важно наличие элементарных бытовых вещей. В частности, Фонд «Солидарность» при помощи благотворительных организаций, спонсоров, религиозных организаций собрал гуманитарную помощь (одежду, предметы быта, школьные принадлежности), которая выдается ПИН и их семьям. Также важна для ПИН возможность регулярно питаться, поэтому Фонд «Солидарность» открыл благотворительную столовую, где ПИН и их дети могут получить горячий обед, пообщаться, провести свободное время, поддерживать друг друга, создав Клуб анонимных наркоманов.

Для эффективной ресоциализации ПИН необходимо привлекать их к различным акциям общественного, культурного и религиозного характера. Подобными акциями могут быть посещения музеев, театров, стадионов, проведение спортивных соревнований и т. д. К примеру, бывшие ПИН провели благотворительную акцию для детского приюта в с. Снятин Ивано-Франковской области. Хорошо известен факт организации серии субботников по уборке улиц города, которым в 2001 г. отличился Фонд «Дорога к дому» (Одесса).

Важную роль в социальной адаптации ПИН играет доступность медицинской помощи. В Ивано-Франковске врач-стоматолог Иван Трофанюк предоставляет бесплатную медицинскую помощь ПИН, которые являются участниками проекта снижения вреда.

Важным этапом в ресоциализации ПИН является их самостоятельная работа с работниками ЖЭКов, юристами, врачами, чтобы ПИН старались чего-то добиться сами, без посторонней помощи, отстаивая свои общественные права. Как правило, ПИН не хватает знаний о своих правах, в частности в области порядка получения субсидий, пенсий, постановки на учет в центре занятости. После юридической консультации весь путь к получению пенсии, субсидии (сбор справок, хождение в госучереждения, общение с чиновниками) ПИН должен пройти самостоятельно.

Фонд «Солидарность» уделяет много внимания работе психолога и социолога, поскольку их помощь необходима для эффективной ресоциализации ПИН. Индивидуальные психологические консультации помогают ПИН наладить семейные отношения, обрести гармонию собственных чувств, снижают риск возвращения к употреблению наркотиков.

Некоторые участники проекта снижения вреда в Ивано-Франковске начали бупренорфиновую программу, которая продолжается 6–8 месяцев, в результате чего ПИН существенно улучшают свое здоровье, снижают дозу наркотиков, некоторые совсем отказываются от их употребления. Метадоновая программа также может быть полезна для ПИН в плане избавления от психофизической зависимости. Для содействия ресоциализации ПИН важно распространять среди них информацию о наличии рабочих вакансий и их доступности. Это можно делать следующим образом:

- во время консультации у юриста;
- во время разъяснения клиентам проекта их прав в отношении получения паспорта, идентификационного кода, регистрации в центре занятости, получения субсидии и пенсии;
- посредством помощи социальными работниками в получении паспорта, идентификационного кода, регистрации в центре занятости и т. д.

5.6. ЧТО МОЖЕТ ДЕЛАТЬ ГОСУДАРСТВО, ЧТОБЫ СПОСОБСТВОВАТЬ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПИН

Пример Хмельницкой области

В Хмельницкой области отмечается спад числа наркозависимых, находящихся на официальном учете. Если в 2000–2001 гг. на учете состояли 1750 человек, то в 2003 г. эта цифра снизилась – 1610.

Можно предположить, что такое снижение числа наркозависимых связано с тем, что на территории Хмельницкой области работает реабилитационный Центр ресоциализации наркозависимой молодежи, и программа снижения вреда, которая реализуется на протяжении последних пяти лет на базе Хмельницкой областной Ассоциации содействия решению проблем наркомании и СПИД «Виктория».

Для обеспечения организации работы Центра ресоциализации наркозависимой молодежи, Ассоциация «Виктория» добилась финансирования Центра из областного бюджета, а также присвоения ему статуса государственного. На сегодняшний день Центр «Виктория» остается единственным центром с таким статусом в Украине.

Исходя из семилетнего опыта деятельности Ассоциации «Виктория», можно сделать вывод о необходимости развития взаимодействия общественных организаций с государственными структурами. Например, Хмельницкий городской центр социальной помощи помогает Ассоциации «Виктория» в работе как с наркозависимыми (проекты снижения вреда), так и с бывшими ПИН и их созависимыми членами семей, которым также необходимы как психокоррекция, так и социальная адаптация.

Большую роль в социальной адаптации играют группы взаимопомощи из бывших наркозависимых, которые работают в тесном контакте с психологами и психотерапевтами реабилитационных центров и социальных служб. В Хмельницком реабилитационном центре каждые полгода неопитами (выпускниками) становятся 5–7 человек. Они и в дальней-

шем поддерживают связь с воспитателями Центра, приезжая каждый месяц в Центр за психологической «подпиткой» и общением.

Большинство осужденных, находящихся в исправительных колониях Хмельницкой области, — молодежь в возрасте до 30 лет, отбывающая наказания за преступления, связанные с наркотиками. Выйдя из мест лишения свободы, наркозависимые, несмотря на вынужденную ремиссию, возвращаются к наркотикам и, как следствие, опять попадают за решетку.

С 2000 г. Ассоциация «Виктория» тесно сотрудничает с управлением Госдепартамента Украины по исполнению наказаний в Хмельницкой области. Результатом этого сотрудничества стало открытие реабилитационного Центра «Альтернатива» — центра ресоциализации наркозависимых заключенных при Изяславской исправительной колонии № 31. В этом центре в настоящее время 20 наркозависимых заключенных проходят психокоррекцию за 1–1,5 года перед освобождением по польской программе «Монар», которую осуществляют выпускники реабилитационного Центра «Виктория».

С августа 2003 г. Хмельницкая областная Ассоциация содействия решению проблем наркомании и СПИД «Виктория» в сотрудничестве с управлением Госдепартамента Украины по вопросам исполнения наказаний в Хмельницкой области, областными и городскими центрами социальных служб для молодежи и областным реабилитационным Центром «Виктория» начала новый проект по созданию и организации работы кризисного Центра социальной адаптации «Проминь» — для людей которые возвращаются из мест лишения свободы.

Основная цель этого проекта — реализация комплексной программы психокоррекционной, правовой, наркологической и социальной помощи, осуществление социально-реабилитационных мероприятий для наркозависимой молодежи, проведения информационно-учебных тренингов для работников исправительных колоний по психокоррекционной и социальной работе.

К сожалению, налицо нехватка профессиональных работников, которых не готовят вузы Украины. Эта проблема

очень часто тормозит внедрение прогрессивных проектов и программ для оказания действенной помощи молодежи, принадлежащей к группе риска.

Можно выделить следующие элементы, необходимые для успешной ресоциализации ПИН:

1. Создание групп самопомощи и взаимопомощи, которые функционируют при содействии психологов и психотерапевтов-профессионалов.
2. Социальная адаптация: устройство на работу, учебу, поиск жилья (по необходимости).
3. Медицинская и правовая помощь (особенно для ВИЧ-инфицированных).
4. Создание клубов по интересам и творческих мастерских.
5. Привлечение бывших ПИН к профилактической работе, к работе реабилитационных центров.
6. Создание профилактория для работников (психологов, психотерапевтов, социальных работников), которые работают с ПИН для преодоления синдрома сгорания.
7. Психокоррекционная работа с созависимыми — родственниками и членами семей ПИН.

Для ПИН, которые прошли реабилитацию, необходимы кризисные центры социальной адаптации. Эти центры должны открываться на базе государственных структур. Государственным комитетом по делам семьи и молодежи издан приказ № 55 от 26.02.2003 г. о кризисных центрах социальной адаптации, которые должны быть открыты во всех областях Украины. Но, по сути, в положении ничего не сказано о бывших ПИН. Также должны быть открыты реабилитационные центры и созданы группы самопомощи при исправительных колониях. Необходимо также провести интеграцию социальных служб для наркозависимых с остальными услугами, которые предоставляют такие государственные организации, как, например, центры социальной службы для молодежи.

Например, ЦССМ могут:

1. Предоставлять ВИЧ-позитивным и бывшим ПИН жилье по льготным тарифам или предоставлять места для временного проживания в кризисных центрах социальной адаптации.

2. Обеспечивать социальную и правовую поддержку в организации групп взаимопомощи и самопомощи.

Поскольку государство признает, что наркомания является заболеванием, то отношение к наркозависимым также должно быть как к пациентам, а не преступникам. Государственная помощь и поддержка необходима в создании лечебно-реабилитационных центров, которые будут включать в себя полный спектр наркологической терапии и последующую реабилитацию пациентов. Сотрудничество государственных учреждений и НПО, обмен опытом по работе с наркозависимыми и создание партнерских альянсов также положительно скажутся на ресоциализации наркозависимых.

5.7. ЧТО МОГУТ ДЕЛАТЬ СОТРУДНИКИ МВД ДЛЯ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПИН

Из расшифровки диктофонной записи фокус-группы, проведенной с членами Клуба «Эней», г. Киев, 2003 г., модератор – И. Головач

Сергей: В 1990-м году я попал в поле зрения МВД в связи с «соломой». По своей специальности я неплохо кладу кирпичи. И мне было поставлено условие: «Помоги мне на даче поработать, а я тебя освобожу от ответственности». И я сказал: «Нет проблем». Меня отвезли на дачу. Я взял с собой напарника, с которым мы кололись. В процессе работы мы за три недели «спрыгнули с системы». Не было, конечно, такого азарта, как под наркотиком, но мы там поработали, и нам даже какую-то копейку дали. Завязались контакты.

Некоторые сотрудники МВД, иногда даже в обход закона, помогают наркозависимым с трудоустройством. Я лично знаю четырех человек, которые работают в охранных структурах. У них хоть и бывает эпизодическое употребление, но они, тем не менее, работают «секьюрити». Еще по ремонтам квартир нанимают. Работы мелкие и неквалифици-

рованные, например мусор вынести. Но я, честно говоря, их за это приветствую и поддерживаю. Они действительно людям помогают, например, тем, кто на отметку опоздал, или тем, кто под надзором.

Слава: У меня нет опыта употребления инъекционных наркотиков, но я скажу о проблеме отношения. Мои личные отношения с милицией за 11 лет активного употребления спиртного тоже были не лучшими. Но после того, как я прекратил употреблять спиртное, я заметил, что отношение ко мне значительно улучшилось. Участковый, например, стал здороваться со мной за руку. А наше общение сейчас перешло в достаточно теплое. Пршное общение состояло в том, что он заставлял меня чинить лавки, которые я ломал по пьяни. Я просто понял, что если в глазах человека меняешься к лучшему, неважно – милиционер он или нет, то и стиль отношений меняется автоматически. То же самое могу сказать о знакомых наркозависимых, которые сейчас не употребляют наркотики. Однажды, когда мы с моим одноклассником, который прекратил употреблять наркотики, стояли и общались, к нам подошел один из знакомых милиционеров. Подходит, за руку здоровается, спрашивает у моего одноклассника: «Как дела? Не занимаешься ли глупостями?» Думаю, ему действительно важно на будущее, чтобы этот человек не употреблял, чтобы больше с ним как с преступником не приходилось общаться. И если этот человек специалист в каких-то вопросах, к нему будут относиться с уважением и обращаться за помощью.

Из расшифровки диктофонной записи фокус-группы, проведенной в Клубе «Эней» с сотрудниками МВД, г. Киев, 2003 г., модератор – И. Головач

Модератор: Как Вы думаете, поможет ли разъяснительная работа о наркомании и ВИЧ/СПИД изменить что-либо в плане отношения к этой проблеме работников МВД?

Сотрудник МВД 1: Эту проблему должны в первую очередь решать медики. Сотрудники МВД не могут в значительной ме-

ре способствовать тому, чтобы ПИН воздерживались от наркотиков. Сотрудники МВД могли бы доставлять ПИН в какой-то специально созданный для этого лагерь или медицинское учреждение, чтобы там с ними уже занимались специалисты в этой области. Это будет более действенно и эффективно. Соответственно, это потребует дополнительных вложений, ассигнований. Может быть, такие люди должны пребывать в этих центрах определенное, непродолжительное время. Такие центры обязательно должны существовать. У ПИН первоначально необходимо проверить психологическое состояние, насколько они нуждаются во внимании и лечении, определить степень их участия в этом процессе. Но, опять-таки, милиция не может этим заниматься. У нее нет времени на это. Есть масса других направлений ее деятельности.

Модератор: Я слышала, что есть люди в милиции, которые раздают наркоманам и людям, которые приходят на отметку в милицию, всевозможные брошюры и буклеты по наркомании, ВИЧ/СПИД и информирующие об организациях, работающих в этой области. Как вы думаете, эффективна ли такая работа и что она даст?

Сотрудник МВД 1: Я думаю, что для хорошего восприятия все эти вещи нужно «разжевывать» и объяснять. Все это затрагивается лишь поверхностно. Информация сжата, нет объяснений, для чего это нужно, к чему это может привести, какие могут быть варианты выхода из тех или иных ситуаций. К тому же у людей достаточно своих проблем, как внутренних, так и служебных, поэтому, думаю, в душе они не переживают по поводу того, что будет дальше с наркоманами. К сожалению, в наше время отношения между людьми очень ожесточились. Морально-нравственные ценности изменились не только в милиции, но и в любом подразделении какого-либо отдельно взятого государственного органа, да и просто у людей. Я помню, раньше ходили в гости друг к другу, радовались вместе, пели. Теперь нет уже такого. Теперь все разобщены, озабочены минутными проблемами. Царит нищета, к сожалению. И это не секрет.

Нередко наркоманов используют представители преступного мира для совершения преступлений. И те клюют на это, ведь им нужны деньги для постоянной покупки наркотиков. Для милиции этот факт более важен, чем профилактика и борьба с наркотиком. Не секрет, что наркоманы существуют в разных слоях общества и в разных возрастных категориях. Но, конечно, наиболее подвержены этому люди от 15 до 20 лет. Так что для милиции более важно противодействовать преступности, существенным фактором влияния на рост и цикл которой являются наркоманы. Это, прежде всего, основная задача милиции. Профилактика в нашей работе, возможно, и встречается, но такие случаи единичны, к сожалению.

Модератор: Что может сделать милиция, чтобы ПИН не вовлекались в преступную деятельность?

Сотрудник МВД 1: Прежде всего нужно помочь ПИН избавиться от зависимости. Но об этом не милиция должна думать. Об этом должны думать высшие органы государственного управления, продумывая государственную молодежную политику, программу воспитания, трудоустройства, обучения, заботясь о высоком уровне жизни. В школах, в учебных заведениях, в различных слоях общества сейчас существует эта проблема. Я думаю, что правильная политика должна идти сверху. И потому эти проблемы нужно чаще отображать в средствах массовой информации, вести переписку с гражданами, выслушивать их предложения. Возможно, стоит даже сделать какой-то постоянно действующий телефон, на который будут звонить все заинтересованные в решении данной проблемы. Можно инициировать создание специального комитета по этим вопросам при Верховной Раде Украины. Многие родители, у которых дети — наркоманы, не знают, что им делать со своими детьми, куда им обратиться. Нужны, например, кризисные центры для подростков.

Модератор: Что вы думаете о потребителях наркотиков?

Сотрудник МВД 2: Знаете, у меня есть знакомые наркоманы. Они, конечно, чем-то отличаются от остальных. Я часто

общаюсь с одним из них. Не могу сказать, плох он или хорош. Но, тем не менее, если просто сесть с ним и разговаривать, затронуть какую-нибудь литературную тему или еще что-либо, то я с этим человеком могу разговаривать часа четыре. Иногда бывает дольше. Если мы иногда вечером собираемся посидеть, то с ним можно разговаривать до упоения, обсуждать любые темы. Мне этот человек гораздо интереснее, чем окружающие «нормальные» люди. У него есть семья, ребенок. Его образ жизни ничем не отличается от жизни обычного человека. Он музыкант, к тому же хороший музыкант, должен сказать. Он читает книги, и довольно-таки интересные книги, о существовании которых я бы без него никогда не узнал.

Сотрудник МВД 1: Думаю, что доля принимающих тяжелые наркотики, а именно героин и опиаты, составляет процентов 20 от общего числа наркоманов. Из числа этих 20 % социально опасными могут быть 15–20 процентов. И эта опасность зависит от доз, от внутреннего состояния, уровня воспитания, личных особенностей, воспитания и от той стадии зависимости, на которой они находятся. Но когда им совсем плохо — это уже другой вопрос.

Модератор: Бывали случаи, когда к работникам ПОШ подходили милиционеры в штатском и провоцировали их на хулиганство или просили помочь приобрести наркотики. Хотя на самом деле было ясно, что это не наркоманы. И, опять-таки, что вы думаете об аптеке, в которой продается неучтенный трамадол, возле которой работает пункт «Доверие», и масса наркоманов там покупает этот препарат и меняет шприцы? К тому, что она периодически закрывается, а затем снова работает. И еще: иногда в адрес организаций, снижающих вред, можно услышать обвинения в том, что они способствуют росту наркомании. И определенный процент обывателей, который живет в этих районах, недоволен и не понимает, что на сегодняшний день не найден другой способ профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН, кроме как обмен шприцев.

Сотрудник МВД 2: Просто масса народа относится к этому, как к курению. И думает, что если человек начал колоться, то он может это запросто бросить. Наши люди достаточно далеки от понимания таких вещей. Бросить курить тяжело, а бросить колоться вообще, наверное, невозможно. Особенно не понимает этого старшее поколение — бабушки, которые и формируют такое неправильное мнение и закатывают истерики по поводу наркоманов.

Я считаю: чтобы проводить подобные программы, нужно начинать с пробелов, которые сейчас существуют. Нужно признать и оповестить всех, что существует такая проблема. Дать информацию тем же бабушкам.

Сотрудник МВД 1: Нужно освещать эти вопросы как можно чаще в СМИ и писать в центральных газетах. И освещать объективно.

Сотрудник МВД 2: Если мы выгоним наркоманов из подъездов — мы не решим их проблем. Если мы закроем аптеки и перестанем продавать трамадол — мы тоже не решим эту проблему. Для наркомана не проблема отсутствие того же трамадола. Существует масса заменителей, их люди ухищряются изобретать и делают из самых безобидных вещей. Я не думаю, что такими радикальными методами, которыми у нас в основном сейчас пытаются решать проблему наркомании, можно что-то сделать.

Модератор: Как вести себя и что необходимо делать по отношению к, так скажем, некорректным сотрудникам милиции? Поможет ли им наша разъяснительная работа? Или нужно делать что-то другое? Мне рассказывали о ППС, что когда они выходят работать на свой маршрут, то их цель — заработать денег. А наркоманы — это одна из статей пополнения их дохода. И у тех наркоманов, кто побогаче, отнимают все, что у них есть: деньги, плееры, мобильные телефоны...

Сотрудник МВД 2: Наркоманы — не единственные люди, которые от них страдают. Проблема ППС — это проблема кадров.

Модератор: Что делать, чтобы хоть как-то изменить эту ситуацию?

Сотрудник МВД 1: Платить такую зарплату, чтобы на эту работу нанять интеллигентных, культурных, образованных людей, которые не пойдут против существующих законов.

Сотрудник МВД 2: У нас были проблемы с той же службой ППС. И мы занимались этими людьми. Люди получали достаточно денег, но, тем не менее, у них был такой образ жизни. Там стремление к совершенно другим ценностям — подавить, проявить власть. Мне рассказывали, что они издевались над людьми, которые были социальным статусом ниже, только ради того, чтобы утвердить свое «эго».

Модератор: Запугивающие методы, которые применяет «Беркут», эффективны?

Сотрудник МВД 2: Я думаю, что запугивать сегодня кого-либо, тем более наркомана, неэффективно. Наркомания — это же болезнь.

Наркоман просто уйдет куда-нибудь в подполье, на чердаки и т. д. Его так не остановишь. Я думаю, что проблема алкоголизма гораздо страшнее. Но люди этому уделяют гораздо меньше внимания. Потому что алкоголь — это привычнее.

Сотрудник МВД 1: Люди думают, что алкоголь имеет более нравственный характер.

«Корни негативного отношения общества, в частности милиции, к любителям наркотиков следует искать в конфликте культур. Наше общество возвращено на алкогольной культуре. Наркотики чужды и враждебны такому обществу. Выход — создавать культуру наркотиков, раз уж так много людей не может без них жить...»

*М. С., 52 года, преподаватель,
отец выздоравливающего ПИН*

Сотрудник МВД 2: Алкоголизму почему-то уделяется мало внимания по сравнению с наркотиками. А ведь это тоже наркотик. Алкоголизм возникает у людей, которые к этому уже предрасположены. То же самое можно сказать о взаимосвязи «лег-

ких» наркотиков и «тяжелых». Если поговорить с посвященными людьми, то процент перехода от «легких» к «тяжелым» наркотикам очень маленький. Этот переход также возникает у тех людей, которые к этому предрасположены. Это «бабушкины сказки», что «если ты сегодня закурил, то завтра ты глотнул, а послезавтра ты укололся, а послепослезавтра — Родину продал». Просто смешно слушать. Поэтому, чтобы делать работу эффективно, нужно начинать с устранения этих мифов. У нас информационная работа изначально построена неправильно.

Сотрудник МВД 1: Может быть, имеет смысл людей, пользующихся услугами программы обмена шприцев, звать и завлекать куда-нибудь дальше. Можно какие-то методы придумать, более конструктивные.

Сотрудник МВД 2: Проблема еще в том, что с ПИН тяжело работать. Почему? Сначала их загнали в подвалы, запугали тюрьмой и смертной казнью, объявили людьми третьего сорта, исключили их из общества, а потом начали с ними каким-то образом работать. А как же с ними теперь работать, если они света белого боятся, у них страх в крови? Объедините людей, поделитесь с ними чем-нибудь. И они будут с вами. Большинство из них очень интересные люди.

* * *

Нам в наследство досталось странное общество. Иногда оно поворачивается к смотрящему на него такими гранями, что дух захватывает. Удивительно, насколько многолики и разнообразны могут быть его проявления.

Правовое государство, общество, уважающее интересы и права каждого из своих членов, еще только предстоит построить.

Сложно найти точные ответы на все приведенные выше и для кого-то, возможно, простые вопросы. Не вызывает сомнений, что все мы однажды станем мудрее. И, может быть, когда-нибудь научимся любить друг друга.

ПРИЛОЖЕНИЕ

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ УСЛУГИ В УКРАИНЕ*

Львовская общественная организация «Центр духовной и психологической поддержки и взаимопомощи «Дорога»

- *терапевтическое сообщество*
- *летний терапевтический лагерь*
79021, г. Львов, ул. Кульпарковская, 160
Тел.: (0322) 22-99-63
Факс: (0322) 92-23-65
Эл. почта: doroga@polynet.lviv.ua

Одесский реабилитационный центр «Ступени»

- *программа «12 шагов»*
65008, г. Одесса, ул. Разумовская, 1/3
Тел.: (048) 732-77-28
Эл. почта: steps@steps.odessa.ua

Полтавская общественная организация «Клуб «Квітень»

- *реабилитационные группы*
- *летний палаточный лагерь на реке Ворскла, в с. Деревки Котелевского района Полтавской области*
36020, г. Полтава, ул. Парижской Коммуны, 9/15
Тел.: (0532) 56-25-70
Эл. почта: slkviten@kot.poltava.ua

Ассоциация «Свет Надежды»

- *терапевтические группы «12 шагов»*
- *реабилитационный театр*
36014, г. Полтава, ул. Ватутина, 26
Тел.: (0532) 50-85-99
Эл. почта: slnadiya@kot.poltava.ua

* Представленный список не является исчерпывающим и не свидетельствует о приоритетности указанных программ перед другими.

Реабилитационный центр «Выбор» Днепропетровской областной ассоциации помощи страдающим от наркомании
49049, г. Днепропетровск, а/я 1318
Тел.: (0562) 92-49-58
Эл. почта: postmaster@asso.dp.ua

Центр ресоциализации наркозависимой молодежи «Возрождение» (на базе НПО «Порятунок»)

- *Центр закрытого типа по системе «Монар» в с. Максимовка*
39600, г. Кременчуг,
ул. 40 лет Октября, 10/30
Тел./факс: (05366) 2-30-41
Эл. почта: dolya@sat.poltava.ua

Благотворительный фонд «Новый образ жизни»

- *реабилитационные группы на основе телесно ориентированной психотерапии*
- *тренинг-таймы в горах («Голубая Долина, Бахчисарайский район Крыма»)*
95044, г. Симферополь, ул. 1-й Конной Армии, 82, кв.14
Тел.: (0652) 25-11-70, 49-75-91, 25-11-70
Эл. почта: fondnis@crimea.com

Государственный реабилитационный Центр ресоциализации наркозависимой молодежи «Виктория»

- *реабилитационный центр по типу «Монар» с отдельной инфраструктурой*
29001, г. Хмельницкий, ул. Шевченко, 34, к.1014, 1015
Тел.: (0382)76-52-50, 28-88-38
Эл. почта: victoria@infocom.km.ua

Благотворительный фонд «Синапс»

- *реабилитация в стационарных условиях*
83069, г. Донецк, хутор Рудчанск, ГПНБ № 2
Тел.: (0622) 61-11-05, 61-11-04, 63-43-99

Черниговский реабилитационный Центр «Ступени»

- программа «12 шагов»
14000, г. Чернигов, проспект Мира, 44
Тел.: (0462) 16-65-15
Эл. почта: stupeni@gls.cn.ua

Международный благотворительный фонд «Варнава»

- евангельский центр социальной реабилитации наркозависимых
02002, г. Киев
ул. Никольско-Слободская, 2А
Тел.: (044) 516-57-90
Эл. почта: mazurik_vova@yahoo.com

Киевская городская наркологическая клиника «Социотерапия»

- кабинет доверия
г. Киев
пер. Демеевский, 5А
Тел.: (044) 265-68-61, 264-26-93

Лечебно-реабилитационная клиника «Марьяна школа»

- терапевтическое сообщество
03115 г. Киев
ул. Отдыха, 18
Тел.: (044) 450-91-74
Эл. почта: msh@ukrpost.net

ГЛОССАРИЙ И КОММЕНТАРИИ

Абсцесс (лат. — abscessus) — гнойник, нарыв, ограниченное скопление гноя в мягких тканях вследствие инфицирования.

Абстиненция (лат. abstinentia — воздержание) — воздержание от употребления спиртного и/или наркотиков.

Абстинент — 1) лицо, полностью воздерживающееся от употребления спиртного и/или наркотиков; 2) лицо, требующее полного воздержания от употребления спиртного и/или наркотиков, полного запрещения производства и продажи спиртного.

Абстинентный синдром («синдром отмены») — болезненное состояние, характеризующееся физическими (соматическими) и психическими расстройствами, наступающими в результате прекращения приема наркотических веществ или медикаментов, относительно которых сформировалась физическая и психическая зависимость. Абстинентный синдром у наркозависимых может проявляться как в легкой («кумары»), так и в тяжелой форме («ломка»).

Аддикция (англ. addiction — зависимость) — зависимость от чего-либо (наркозависимость, алкогольная зависимость) или от кого-либо (эмоциональная зависимость).

Аддиктивная личность — зависимая личность или личность, склонная к зависимости.

Ангедония (греч: an (приставка отрицания) + hedone (наслаждение) — невозможность переживать радость и получать удовлетворение; неспособность индивида ощущать удовольствие. Различают психическую и физическую ангедонию. Психическая ангедония — следствие депрессии или какой-либо трудной жизненной ситуации, сопровождающейся потерей смысла жизни (экзистенциальный вакуум). У лиц, прекративших употребление наркотиков после длительного периода их

применения, А. может проявляться как ощущение опустошенности, бессмысленности, собственной ненужности, потерянности в мире, отчужденности от мира. А. входит в симптоматику депрессии. Часто является причиной приема эйфоризаторов (наркотики, алкоголь) или рецидива – возврата к употреблению наркотиков наркозависимыми лицами. А. сопровождается суицидальными мыслями и в тяжелых случаях может стать причиной завершённого суицида. Физическая ангедония наступает вследствие атрофии специфических рецепторов коры головного мозга, воспринимающих то или иное наркотическое вещество после долгого и частого приема наркотика. Например, атрофия опиоидных рецепторов при длительном приеме героина; атрофия ТГК-рецепторов при длительном приеме марихуаны; атрофия первитин-воспринимающих рецепторов при длительном приеме «винта». Проявляется в прекращении ожидаемого действия наркотика на организм. О физической ангедонии как об исходе хронического приема наркотиков предупреждают многие психиатры, в частности О. В. Савченко (УМСА): «...в конечном итоге наркотик прекращает оказывать желаемое действие, даже после многократного повышения доз, что связано с гибелью воспринимающих нервных рецепторов. Наркозависимый человек переходит с одного наркотика на другой, потом на алкоголь, но со временем признает, что его «ничто не прет». Именно как «ничто не прет» описывают наркозависимые люди состояние ангедонии.

Анальгетики (гр. analges – безболезненный) – группа лекарственных препаратов, оказывающих обезболивающее действие. Различают наркотические (промедол, морфина гидрохлорид, фентанил, омнопон, кодеин, стадол, трамадол и другие) и ненаркотические анальгетики (анальгин, парацетамол, кетанов, беналгин и другие). Выпускаются также комбинации ненаркотических и наркотических анальгетиков (пенталгин, седалгин, эффералган-кодеин).

Атараксия (гр: а (приставка отрицания) + taraksis (возмущение, волнение) – отсутствие волнения, невозмутимость, спокойствие. А. – один из желательных эффектов опиатов, барбитуратов и транквилизаторов.

Аутрич-работа (англ: outreach – охват вне) – вид социальной работы, предполагающий проведение профилактических мероприятий в труднодоступных и закрытых целевых группах (ПИН, ЖСБ, бездомные) на их территории, в местах, привычных для них: вне офиса, вне больниц, вне официальных учреждений. А. р. является одним из главных инструментов реализации программ снижения вреда.

Барбитураты – лекарственные препараты, производные барбитуровой кислоты (фенобарбитал, нембутал, секонал и другие). Барбитураты угнетают центральную нервную систему, их используют для лечения бессонницы и снятия напряжения как седативные и снотворные средства. Барбитураты также применяются в лечении эпилепсии как противосудорожные вещества и как средства для наркоза (гексенал, тиопентал натрия). Превышение дозировок барбитуратов оказывает эйфоризирующий и стимулирующий эффект, вследствие чего барбитураты с первых дней применения в медицине стали использоваться в немедицинских целях как наркотические препараты. Первый всплеск барбитуровой наркомании был зафиксирован в начале XX века в Англии, Франции и Германии, в среде врачей и творческой интеллигенции. Многие барбитураты были сняты с производства именно по причине их утечки из лечебных учреждений на нелегальный рынок и злоупотреблений ими (веронал, этаминал натрия, ноксирон). На сленге барбитураты именовались «сонники» и были широко распространены на нелегальном наркорынке в 70-е гг. в СССР, преимущественно в криминальной среде. Бум барбитуровой наркомании на Западе и в США отмечался в 40–50 гг. XX века. В настоящее время злоупотребление барбитуратами встречается эпизодически и часто носит вынужденно заместительный характер. Так, некоторые хронические алкоголики занимаются самолечением алкоголизма, замещая спиртное «сонниками».

Барыга (крим. сленг – подпольный продавец, торговец запрещенным товаром, уличный торговец) – продавец наркотиков. Синоним слова «дилер».

Башлять (крим. сленг от узбекского «баш» – плата, выкуп) – платить.

Бодяжить (крим. сленг: бодяжить — разбавлять) — 1) готовить, разводить (о жидкостях), размешивать наркотическое вещество; 2) намеренно готовить некачественный наркотик с целью продажи.

Бодяжные наркотики [бадяжные, разбодяженные] — некачественные наркотики, т. е. наркотики, где посторонних добавок много, а искомого вещества мало. Прием Б. н., помимо оказания слабого действия, чреват серьезными осложнениями для наркозависимого, так как добавки в наркотик часто вредны и опасны для здоровья. **Бодяжная ширка.** Наиболее распространенные добавки в ширку — вода, заварка чая или кофе, моча, йод. **Бодяжный героин.** В героине, который куплен у барыги, может быть барбитурат, стрептоцид, любое лекарственное вещество, которое измельчается в белый порошок и растворяется. «Классическими» добавками в героин являются сахар и мел.

Бутинг (англ. booting — загрузка) — втягивание и вытягивание поршня шприца во время внутривенной инъекции наркотика, как правило, героина. Во время бутинга видно, как кровь перемещается внутри шприца назад и вперед. Бутинг как специфическая практика встречается практически во всех странах в сообществах ПИН. В среде ПИН в странах бывшего СССР практика бутинга встречается под названиями «догон», «насос», «подкач».

«**Винт**» (нарк. сленг) — первитин; психостимулятор фенаминовой группы, используемый как наркотический препарат для инъекций (реже употребляется перорально). «Винт» — амфетамин кустарного приготовления, обладает более сильным воздействием, чем его предшественники (джеф, мулька). Злоупотребление «винтом», как и амфетаминами вообще, приводит к энергетическому истощению, утрате трудоспособности, депрессии, ангедонии.

«**Винтовики**», «**винтовые**» — потребители «винта».

Выборка (нарк. сленг) — 1) игла, которой производится забор наркотика из посуды во время приготовления или деле-

жа раствора. На кончик такой иглы, слегка загнутый, наматывается вата для фильтрования наркотического раствора — «метла». Как правило, «выборкой» инъекции не делаются; 2) иглы диаметром 0,8 и более, которые более пригодны для переборки (фильтрования) наркотика, чем для его внутривенного введения.

Гепатит (гр: hepar — печень) — воспаление печени. Различают вирусный, токсический и аллергический гепатиты. В зависимости от типа вируса выделяют гепатит А («желтуха», болезнь Боткина), распространяемый пищевым и контактно-бытовым путем; гепатит В, передающийся инъекционным, половым и бытовым путем, и гепатит С, передающийся только через кровь. Для ПИН наибольшую опасность представляют вирусные гепатиты В и С, заражение которыми происходит парентеральным (инъекционным) путем. В мире 80 % людей, употребляющих наркотики инъекционно, инфицированы вирусами гепатита В и С.

Девиантная личность, девиантное поведение (лат: de (приставка отделения) + via (дорога, путь) — отклонение от пути) — личность, которая нарушает принятые в обществе нормы, законы, традиции и этикет. Употребление наркотиков, с точки зрения традиционного общества, является пагубной, «дурной» привычкой и является, таким образом, девиантным поведением. В основе девиантного поведения лежит конфликт ценностей, конфликт интересов, разногласие потребностей, ошибки воспитания, депривация, жизненные неудачи, фрустрации, обиды, врожденная предрасположенность. В социальной педагогике под Д. п. понимают такие поступки и действия, которые приводят девианта к правонарушению, изоляции, с последующим лечением, исправлением или наказанием. Классическим примером Д. п. является криминальное поведение — совершение преступлений.

Детоксикация — комплекс медицинских мероприятий, направленный на выведение человека из состояния интоксикации наркотиками (разговорн. — детокс).

Диссидент (лат. dissidens – несогласный, противоречащий) – человек, не согласный с существующими в обществе порядками, с политикой государства, с идеологией, с мироустройством; инакомыслящий, «не такой как все». В 60-е и 70-е гг. XX века в СССР наркоманию часто именовали «болезнью диссидентов».

Димедрол – лекарственное средство антигистаминного (противоаллергического) действия. Часто добавляется в «ширку» для усиления действия и «отбива грязи» («чтобы не трухануло»). В странах бывшего СССР димедрол является компонентом готовой «ширки». Нерастворимые частицы таблеток димедрола, попадая в вену в составе агрессивной и нестерильной «ширки», становятся одной из причин возникновения флебита и последующего тромбоза вены с последующим развитием посттромбофлебитического синдрома (ПТФС).

Дилер (англ. dealer – торговый представитель, поставщик услуг) – в широком смысле: торговец-посредник, на сленге англоязычных потребителей наркотиков: продавец наркотиков.

ЖСБ – женщины секс-бизнеса.

Иммунитет (лат: immunitas – освобождающий, избавляющий) – невосприимчивость (резистентность) организма к инфекционным и неинфекционным агентам, которые генетически гетерогенны данному организму, т. е. имеют в своем составе чужеродный белок. В широком смысле – защитные силы организма.

Иммунный ответ – защитная реакция организма в ответ на проникновение в него чужеродных агентов. И. о. обеспечивают три типа клеток: Т-лимфоциты (CD4), В-лимфоциты (CD8) и макрофаги. Ответом иммунной системы на появление генетически чужеродного материала является выработка антител – иммуноглобулинов.

«Кумары» (нарк. сленг – наркотическое похмелье) – синдром отмены наркотиков, который проявляется в виде физиче-

ских и психических страданий. К. и страх возникновения К. – главные причины повторного приема наркотика у наркозависимых людей. В виде К. синдром отмены протекает в случае непродолжительного приема опиатов, в начальной стадии наркозависимости. У наркозависимых ПИН с большим стажем употребления к. – это начало синдрома отмены, вслед за которыми наступает ломка. К. проявляются по типу простуды: слабостью, недомоганием, насморком, ознобом, «гусиной кожей», потливостью, раздражительностью и бессонницей.

Ломка – абстинентный синдром, возникающий у потребителей инъекционных опиатов при лишении привычной дозы, когда наркозависимый испытывает тяжелые физические мучения: рвота, понос, холодный пот, сильная боль в суставах, в сердце, головная боль (мигрень), депрессия, доходящая до самоубийства. Чем больше стаж употребления опиатов, тем сильнее «кумары» и мучительнее ломка.

Маргиналы, маргинальные группы (лат: margo – край, обочина) – люди и/или группы людей, находящиеся вне общественной жизни, «на обочине» социума, не участвующие в социальных событиях, но формирующие свою «маргинальную» культуру. В разное время к маргиналам относили диссидентов-«шестидесятников», неформальную молодежь (хиппи, паки, «металлисты» и их антиподы – «любера»), «непонятных» писателей, поэтов и художников, музыкантов нетрадиционных стилей и т. п. Социальная психология причисляет к М. представителей социально незащищенных групп: НЗЧБ (находящиеся за чертой бедности), бездомных, беспризорных, осужденных и освобождающихся из мест лишения свободы, а также ПИН и ЖСБ.

Морфина гидрохлорид – наркотический анальгетик, производный морфина – природного алкалоида опия. Выпускается в ампулах по 1 и 2 мл. Применяется в медицине для купирования болевого синдрома при травмах, онкологических заболеваниях, инфаркте миокарда и других патологических состояниях. При чрезмерном употреблении вызывает привыкание, пристрастие и зависимость – морфинизм. Побочные эф-

фекты морфина — эйфория, атараксия и чувство расслабленности — стали причиной массового немедицинского употребления этого препарата. В СССР в 70–80-е годы не был налажен эффективный механизм контроля над «препаратами списка А», к которым относятся медицинские наркотики, что послужило причиной большой утечки морфина гидрохлорида из лечебных учреждений по вине медработников. В настоящее время на нелегальном наркорынке морфина гидрохлорид и другие ампульные наркотические анальгетики (на наркосленге — «стекло») практически не встречаются.

Мулька (нарк. сленг) — кустарно приготовленная вытяжка эфедрина. Как инъекционный психостимулятор была популярна в среде советской неформальной тусовочной молодежи конца 70 — начала 90-х годов. В настоящее время приготовление и употребление «мульки» встречается крайне редко, так как практически все эфедринсодержащие препараты в странах бывшего СССР сняты с производства.

Налорфин — лекарственный препарат, являющийся антагонистом опиатов, т. е. веществом противоположного к природным и синтетическим производным опия действия. Н., как и препарат его группы налоксон, применяют при передозировке опиатами.

Наркотик (греч: *narkotikos* — приводящий в оцепенение, одурманивающий) — любое вещество, влияющее на сознание, восприятие, настроение и мозговые функции, способное вызвать злоупотребление им и зависимость от него. В первоначальном значении: вещество, используемое для наркоза, иногда — снотворное. До середины XIX века наркотиками было принято называть эфир для наркоза, хлороформ, хлорэтил. К началу XX века к наркотикам стали также относить любые вещества, угнетающие центральную нервную систему (опий, морфин). При этом их использование не запрещалось, но о последствиях приема (включая зависимость) предупреждалось обязательной информацией на этикетке. С 1914 года Акт Харрисона добавил к наркотикам кокаин, несмотря на то, что это вещество оказывало на ЦНС стимулирующее

действие. С 1920 года под «наркотиком» стали понимать любое вещество, оказывающее избирательное действие на ЦНС (угнетение или возбуждение), вызывающее злоупотребление и последующую зависимость. В этом значении, которое многие исследователи считают профаническим (Harding, Zinberg, Grinspoon), понятие «наркотик» перешло в XXI век.

Наркомания — термин советской медицины, появившийся в середине 20-х годов в лоне психиатрии для обозначения злоупотребления наркотиками и зависимости от них. С самого начала понятие Н. стало нести в себе осуждающее и негативно предвзятое отношение к людям, употребляющим наркотики. В Большой медицинской энциклопедии редакции 1961 года (ред. А. Н. Бакулев) под Н. понимается «влечение к одному или нескольким веществам растительного или синтетического происхождения, действующим преимущественно на ЦНС и вызывающим ощущение психического и соматического «благополучия», успокоение, эйфорию, а при повышении доз — опьянение, оглушенность, анальгезию» (БМЭ, том 19, 1961 г., издательство «Советская энциклопедия», Москва). За рубежом термин Н. использовался только в социалистических странах, образованных после Второй мировой войны. В странах Западной Европы и в США аналогом понятия Н. является *drug addiction* — наркозависимость.

Наркозависимость — патологический комплекс, состоящий из психической, физической и ситуационной зависимости, возникающих вследствие продолжительного и интенсивного употребления психоактивных и наркотических веществ. Н. характеризуется триадой: возрастающая «тяга» к наркотикам, повышение толерантности и «синдром отмены» при отнятии (отсутствии) наркотика.

Ноксирон — снотворный препарат из группы барбитуратов, получивший широкое распространение в 50–70-х годах при лечении неврозов. Производился в Венгрии, откуда экспортировался в страны Западной Европы и СССР. Выпускался в виде таблеток, но был хорошо растворим в воде и нелегально применялся

ся в виде внутривенных инъекций водного раствора. В СССР стал причиной частого злоупотребления в среде врачей и пациентов-невротиков. В середине 60-х годов был распространен в уголовной среде СССР. В 1982 году советское правительство запретило экспорт ноксирона в связи с его бесконтрольным распространением и увеличением случаев злоупотребления ним.

Обэриуты (от аббревиатуры ОБЭРИУ: ОБ – общество, ЭР – реального, ИУ – искусства) – название группы молодых поэтов-футуристов, поэтов-«заумников», в число которых входили Труфанов, Хармс, Поплавский, Введенский, Вагинов, Заболоцкий и другие. ОБЭРИУ было образовано в 1927 году и действовало по 1930 год включительно. За это время О. провели свыше 50 литературно-театральных акций «заумно»-эксцентрического содержания. По мнению многих исследователей, в среде О. и в примыкавших к ним движениях («чинари» и др.) были широко распространены наркотики, в частности героин, использовавшиеся с целью «выхода за пределы привычных форм искусства».

ОБНОН – Отдел по борьбе с незаконным оборотом наркотиков. Работает в каждой области, в подчинении УВД. Кроме контроля над незаконным оборотом наркотиков, выявления и уничтожения незаконных посевов наркосодержащих растений, в служебные инструкции ОБНОН входит «проведение профилактической работы с наркоманами». Как правило, эта работа носит формальный характер. Проекты снижения вреда, которые эффективно сотрудничают с ОБНОН, в Украине достаточно редки.

Парентеральный (лат: para (мимо, около) + enter (кишечник) – способ введения лекарственных веществ, минуя желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) – подкожным, внутримышечным, внутривенным и другими способами. П. путь передачи инфекций – попадание инфекции в организм, минуя ЖКТ.

Пероральный (лат: per (через) + os, oris (рот, полость рта) – способ введения лекарственных веществ через полость рта.

ПИН – потребители инъекционных наркотиков.

ППС – патрульно-постовая служба. ППС – младшее звено милиции, которое комплектуется в основном из служащих срочной службы. В ППС служат преимущественно парни 18–20 лет. «ППСники» часто проявляют грубость по отношению к задержанным и отличаются жестокостью в отношении ПИН.

Попуститься (молод. сленг) – расслабиться; в отношении наркотиков – сделать перерыв в употреблении или прекратить прием наркотиков.

Посттромбофлебитический синдром (ПТФС) – состояние после перенесенного тромбофлебита, проявляющееся в расширении и уплотнении стенок вен, в появлении стойких отеков, гиперпигментации и уплотнении кожи пораженной конечности, в появлении изъязвлений. По данным разных авторов, ПТФС страдают от 40 до 80 % ПИН в странах бывшего СССР.

Промедол – синтетический наркотический анальгетик, применяемый в медицине для купирования болевого синдрома. Так же, как и морфина гидрохлорид, П. стал объектом злоупотреблений им как наркотическим препаратом. В настоящее время практически исчез с нелегального рынка в связи с сокращением производства и усилением мер хранения и контроля.

Психоделики (греч: psyche (душа, сознание) + delios (раскрывать) – «раскрывающее сознание») – широкий спектр психоактивных веществ (ЛСД, ДМТ, псилоцибин, ипомея, мескалин, экстази, РСР, DXM и другие), вызывающих модификацию психики – изменение состояния сознания и восприятия. Из-за способности этих веществ вызывать галлюцинации и психоз их также называют психомиметиками и/или галлюциногенами. Для обеспечения желаемого воздействия при приеме П. решающее значение имеют четкая установка и соответствующая обстановка (set and setting), поэтому употребление П. носит преимущественно индивидуальный или мини-групповой характер. Популяризация ЛСД в 60-е годы в США и экстази в 90-е годы в Западной Европе привела к тому, что эти вещества были причислены к

наркотикам и стали объектом массового употребления, ранее не характерного для П.

Равный — равному — вид социальной работы, когда распространение профилактически значимой информации и знаний в данной целевой группе проводится представителями этой целевой группы, прошедшими специальную подготовку на семинарах и тренингах.

Реадаптация — цель и результат ресоциализации — восстановление полноценных и взаимоадекватных отношений индивида и общества; включение индивида в общественно полезную и здоровую жизнь, обеспечивающую ему условия самореализации.

Ресоциализация — 1) восстановление в личности качеств, необходимых для нормальной и полезной жизнедеятельности в обществе; 2) усвоение новых ценностей, ролей, навыков вместо предыдущих «старых», которые были недостаточно освоены, устарели или причиняли вред личности; 3) относительно девиантных личностей — комплекс мероприятий, направленный на восстановление социального статуса личности, утраченных или несформированных социальных навыков, переориентацию социальных и референтных ориентиров девиантной личности путем включения ее в новые позитивно ориентированные отношения и общественно полезные виды деятельности.

Сибазон (диазепам, реланиум, седуксен, валиум) — лекарственный препарат из группы транквилизаторов, оказывающий успокаивающее действие на ЦНС. Потребители инъекционных наркотиков добавляют С. в ширку для усиления наркотического эффекта или применяют отдельно для снятия «кумаров». Кроме того, транквилизаторы, в число которых входит С., являются одними из самых популярных психоактивных веществ. По данным журнала «Вопросы психиатрии» (№ 12, 1997 г.), каждый второй житель Украины в возрасте после 30 лет прибегает к приему транквилизаторов для снятия стресса. После 40 лет это показатель выглядит как 7 из 10 человек. Транквилизаторы также вызывают при-

страстие и физическую зависимость, поэтому можно только предполагать о том, каким высоким может оказаться уровень «транквилизаторной» наркомании среди населения.

Супервизия (лат: super (над) + visus (зрение) — процесс контроля над состоянием индивида или группы, осуществляемый лицом (профессионалом) высшего порядка в ходе отработки какой-либо методики. Например: контроль работы группы «12 шагов» кем-либо из выздоровевших инструкторов, контроль работы волонтеров телефона доверия со стороны психолога.

Толерантность (лат: tolerantia — терпение) — 1) в общественно-этическом контексте: толерантное отношение — терпимость к чужому мнению, верованию и стилю жизни; 2) в медицинском контексте: устойчивость, невосприимчивость организма к действию того или иного вещества; «привыкание» к дозе того или иного вещества, проявляющееся в прекращении действия вещества на организм и требующее повышения доз; 3) в физиологическом контексте: способность организма переносить неблагоприятное влияние того или иного фактора внешней среды.

Т-лимфоциты (клетки CD4) — главные клетки иммунного ответа организма на проникновение генетически чужеродного агента. На Т-лимфоциты приходится 55–60 % лимфоцитов. Типы Т-лимфоцитов: Т-киллеры, Т-хелперы и Т-супрессоры. Т-лимфоциты обладают цитотоксичным эффектом: прикрепляясь к чужеродным клеткам-мишеням, они выделяют в их мембрану специальный белок перфорин, который образует в мембране поры. Сквозь эти поры из чужеродной клетки вытекают соли и вода, в результате чего клетка гибнет. В свою очередь, Т-лимфоциты являются клетками-мишенями для ВИЧ (вируса иммунодефицита человека), который, поражая Т-лимфоциты, делает организм восприимчивым к различным инфекционным (пневмоцистная пневмония, туберкулез) и неинфекционным патологиям (саркома Капоши).

Тромбофлебит (лат: thrombosis (закупорка) + phlebitis (воспаление вены) — воспаление венозной стенки с одновремен-

ным образованием тромба и последующим сужением (закупоркой) просвета сосуда. ТФ – самая распространенная патология у ПИН, так как героин и «ширка» с точки зрения сосудистой хирургии являются агрессивными нестерильными веществами. Вторым причинным фактором, приводящим к развитию ТФ, являются травмы стенки сосуда от частых инъекций.

«Труханы» (нарк. сленг) – аллергическая реакция по типу лихорадки, возникающая после введения «ширки» с большим содержанием грязи и примесей (ацетонсодержащих веществ).

Ургентный (лат: urgeo – неотступный, незамедлительный) – срочный, неотложный, экстренный. У. помощь – неотложная помощь.

Чиппер (амер. сленг) – человек, контролирующий употребление наркотиков.

«Штопка» (крим. сленг) – устаревшее название инъекции, распространенное в 60–70-е гг. в криминальной среде СССР.

«Ширка» (крим. сленг) – раствор опиатов, приготовленный кустарным методом в домашних или полевых условиях. Для приготовления ш. необходим растворитель для обеспечения «выхода» опиатов из сырья (маковой соломы). В качестве растворителя могут применяться ацетонсодержащие (растворитель № 646, ацетон), спиртосодержащие растворители (одеколон, 96 %- и 70 %-ный спирт), соляная кислота. Обязательным компонентом приготовления Ш. является уксусный ангидрид, необходимый для ацетилирования опия. Готовый продукт представляет собой нестерильный агрессивный раствор, который, несмотря на процеживание через ватный фильтр и «очистку» димедролом, оказывает, помимо наркотического, сильное токсическое действие, в первую очередь на стенки вен.

Шмон (крим. сленг) – обыск; шмонать – обыскивать.

Шпееп (америк. сленг) – человек, сочетающий употребление наркотиков с успешной социальной карьерой.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авдеев А., Заранко И., Родионова Т., Седых С. Пособие по организации и работе лечебно-реабилитационного центра для больных алкоголизмом и наркоманией на основе программы «12 шагов». – Полтава: TERRA, 2001.
2. Балакирева О. Н., Варбан М. Ю., Яременко А. А., Андрущак Л.И. Оценка возможностей развития программ профилактики ВИЧ в среде потребителей инъекционных наркотиков. – К., 2003.
3. Берроуз Дейв. Организация и менеджмент программ обмена игл и шприцев / IHRD, 2000.
4. Веселовская Н. В., Коваленко А. Е. Наркотики. – М: Триада-Х, 2000.
5. Волик А. Абстиненция. – Полтава: Областной центр социальных служб для молодежи, 1999.
6. Вопросы наркологии: Журнал. – 1989. – № 1; 1992. – № 2.
7. Гайдук Дмитрий, Рафиев Алексей. Ремиссионеры. – М., 2002.
8. Гриненко І. Наркобізнес та національна безпека. – К.: Сфера, 2002.
9. Данные опроса потребителей инъекционных наркотиков программы снижения вреда Благотворительного фонда «Анти-СПИД» (Полтава) / Интервьюер Е.В.Дочилова. – Полтава, 2002.
10. Ефективні форми роботи з попередження ВІЛ/СНІДу серед дітей та молоді в Україні. – К.: Державний комітет України у справах сім'ї та молоді, Український інститут соціальних досліджень, 2002.
11. Запорожец О. Л., Протопопов А. А. В помощь консультанту: Информационно-методический материал по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и наркомании среди групп повышенного риска. – Полтава, 1998.
12. Запрет на наркотики: призыв к переменам / Алекс Водак, Рон Оуэнс.

13. Капська А. Й. Технології соціально-педагогічної роботи. – К., 2000.
14. Ключев А. В. Психологические основы социальной работы / ОЦССМ. – Полтава, 2002.
15. Кондаков И. И. Ритуалы маргиналов. – Полтава, 1999.
16. Кругликова В., Кобзев Д., Саранг А. Основы снижения вреда: руководство для волонтеров. – М.: Врачи без границ, 2000.
17. Лазоренко Б. П., Пінчук І. М., Сановська В. А. Методичний посібник з профілактики ВІЛ-інфекції серед молодих споживачів ін'єкційних наркотиків. – К., 2002.
18. Леонгард Карл. Акцентуированные личности. – К.: Высшая школа, 1981.
19. Материалы тренинга по мотивационному консультированию, проводившегося AFEW в октябре 2002 г. в Одессе.
20. Моргун В. Ф., Седых К. В. Делинквентный подросток. – Полтава, 1995.
21. Норман Е. Зинзберг. Наркотик, установка, окружение. – М.: AWEF, 2002.
22. Основні напрямки роботи, навички та вміння волонтера програми «Зменшення шкоди серед осіб, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом» / УДЦССМ. – К., 2002.
23. Программа снижения вреда от употребления наркотиков: Информационный дайджест / Врачи без границ. – К., 2001. – №№ 4-6.
24. Программа снижения вреда от употребления наркотиков: Информационный дайджест / СПИД-Фонд «Восток-Запад». – К., 2001. – №№ 10-12.
25. Программы заместительной терапии / Сеть проектов снижения вреда Центральной и Восточной Европы, 2002.
26. «Пропаганда», «Реабилитация», «Независимость»: Спецвыпуски журнала «МОЗГ» / Проект снижения вреда Фонда «За здоровое общество».
27. Профилактика СПИДа и наркополитика. Дилеммы обстановки на местах / Ричард Хартнолл, Дагмар Хедрих.
28. Рекунова Н. В. Наркомания. Психологическая зависимость. Что делать и где искать помощь? – К., 2000.
29. Робер М. – А., Тильман Ф. Психология индивида и группы. – М.: Прогресс, 1988.
30. Снижение вреда в Украине: Альманах / Украинская ассоциация снижения вреда. – Полтава, 2003.
31. Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости: Сборник научных статей. – К., 2001.
32. Фестер Аннетт, Бунінг Ернст. Інформація для тих, хто приймає рішення щодо ефективності замісної терапії / ПРООН, Euromethwork, 2003.
33. Ходорчук А. Я. та ін. Соціальна робота в Україні. – К.: УДЦССМ, 2003.
34. Юнг К. Г. Архетип и символ. – М., 1991.
35. Материалы интернет-сайтов: www.harm.reduction.org.ua; www.nazaraliev-centre.com; www.narkozona.ru; www.narcomania.com; www.narkotiki.ru; www.adic.org.ua; www.aids.ua; www.behigh.ru; <http://penza.aids.ru>

«Предлагаемое руководство является первой полномасштабной попыткой объединить знания и опыт, накопленные в наших регионах, относительно целого ряда довольно сложных медицинско-социальных вопросов наркомании. Здесь представлены как практические советы самим потребителям наркотиков, так и рекомендации «государственного» масштаба, нацеленные на изменения существующего контекста. Очень нужная и актуальная публикация. Язык авторов гипнотически понятен и убедителен. Думаю, что этот сборник должен быть издан многомиллионным тиражом для русскоязычных стран».

Д-р Юрий Саранков,

руководитель проектов снижения вреда
СПИД Фонда Восток-Запад (AFEW)

«Вы держите в руках настоящий кладезь уникального опыта, наработанного в проектах снижения вреда в течение последних лет.

Разнообразие реализованных идей поражает.

Это пособие безусловно станет настольной книгой менеджеров проектов снижения вреда, а также пригодится всем специалистам, работающим в области помощи ПИН, ЖСБ, ВИЧ-позитивным».

Андрей Микитин,

глава Ивано-Франковского христианского
благотворительного фонда «Солидарность»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ АЛЬЯНС ПО ВИЧ/СПИД

УЛ. ДИМИТРОВА, 5, КОРПУС 10А
03150, КИЕВ, УКРАИНА

ТЕЛ.: (380 44) 490-5485,
(380 44) 490-5486,
(380 44) 490-5487,
(380 44) 490-5488

ФАКС: (380 44) 490-5489

E-MAIL: office@aidsalliance.kiev.ua

WWW: <http://www.aidsalliance.kiev.ua>