

ГОСУДАРСТВЕННАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

Наша работа сложная*

БРЮН Е.А.

д.м.н., директор Московского научно-практического центра наркологии
Департамента здравоохранения г.Москвы,
главный специалист-нарколог Минздравсоцразвития России, Москва; тел.: +7 (495) 920 5161

9 июня 2010 г. президент Дмитрий Медведев подписал Стратегию государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. Проект этого документа был обнародован Федеральной службой по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) прошлой осенью. Тогда же главным специалистом-наркологом Минздравсоцразвития России был назначен директор Московского научно-практического центра наркологии, доктор медицинских наук Евгений Брюн, прежде много лет возглавлявший столичную наркологическую службу. Лечение и профилактику химических зависимостей у населения России главный нарколог страны видит задачей комплексной и междисциплинарной, планомерная работа над которой складывается из многих последовательных этапов.

Евгений Алексеевич, сколько сегодня наркоманов в России?

Этого не знает никто. На данный момент наркологической службой страны зарегистрировано 530 тыс. больных наркоманией. Это, как правило, только героиновые больные. Таким образом, сегодня мы регистрируем героиную мононаркоманию, и лишь небольшое число потребителей других наркотиков. Наркоманы, которые потребляют коноплю, клубные наркотики, типа экстази или еще каких-то стимуляторов, или, например, LSD, очень редко попадают к нам на учет и в лечебную систему. У нас они оказываются, лишь когда доходят до героина. Так что существует латентный, темный фронт наркомании, находящийся вне нашего поля зрения, и лишь время от времени попадающий в поле зрения правоохранительных органов. При этом отсутствие необходимых законов приводит к тому, что даже человек, осужденный за правонарушение, связанное с наркотиками, не попадает в итоге к нам.

Допустим, остановили человека за вождение в состоянии наркотического опьянения. Прав его по суду лишат, но нет закона, который бы позволял суду направить его, как в Америке и других странах, на лечебно-реабилитационную программу. Между тем, только по Москве ежегодно порядка 2,5 тыс. водителей задерживается в состоянии наркотического опьянения и именно наша служба проводит их освидетельствование.

Сегодня в России только официально зарегистрировано 2,7 млн алкоголиков, т.е. 2% населения примерно. Такова биологическая закономерность, и мы с ней справиться не можем.

По экспертным оценкам, в год у нас потребляют 18 л чистого спирта на душу населения. Это колоссальная величина, она зашкаливает по сравнению с другими странами.

Получается, что у нас 30—40% населения злоупотребляют алкоголем, но при этом остаются вне поля зрения соответствующих медицинских служб.

Именно они создают все экономические, социальные, медицинские потери в стране.

Вы говорите, что больных зарегистрировано около полумиллиона, но в то же время совсем недавно представители ФСКН заявляли о 1,5—2 млн наркоманов...

Есть поправочные коэффициенты. По экспертным оценкам, для России поправочный коэффициент — 2,5. Если мы 530 тыс. умножим на 2,5, где-то примерно 1,5 млн и будет. На каждого зарегистрированного наркомана приходится еще как минимум двое незарегистрированных. Отмечу, что 2,5 — это средний по стране коэффициент, тогда как, если брать крупные города, то там этот коэффициент — 7.

Кроме собственно наркоманов, в тексте Стратегии упоминаются «лица, употребляющие наркотические средства без признаков зависимости». Много ли россиян принимают вещества, но не нуждаются в наркологической помощи?

Они не поддаются учету, но это и не наша, не медицинская тема, поскольку у них нет зависимого поведения. По моим оценкам, чтобы знать примерное число таких потребителей, надо 530 тыс. умножить на коэффициент 50, тогда мы получим количество людей, которые имеют опыт употребления наркотиков. Не являясь наркоманами, эти люди усложняют ситуацию: человек, который имеет опыт употребления наркотиков, но при этом не стал больным, толерантно относится к тому, что кто-то из его окружения — родственников, друзей, соседей или, например, его детей, приобретает сходный опыт. Это толе-

По материалам <http://medportal.ru/mednovosti/main/2010/06/25/contradict/>
Беседовал Петр Пархоменко.

рантное отношение сильно мешает создать столь необходимый социальный прессинг в отношении потребителей психоактивных веществ.

Какую в целом роль в создании Стратегии сыграли медики и непосредственно эксперты-наркологи?

Подготовка этого документа заняла несколько больше года. За это время колоссальное количество людей из разных ведомств успело принять участие в работе над текстом. В том числе и наши специалисты.

Утвержденная Президентом программа действий призвана изменить картину, получаемую по результатам проводимого мониторинга наркоситуации. Трудно переоценить, как важно тут обеспечить реалистичность оценок. Как вы оцениваете качество проводимых измерений?

Это сложный вопрос, потому что сейчас как такового серьезного мониторинга наркоситуации в России не существует. Есть отдельный медицинский мониторинг или наша медицинская статистика, как ее называют, эпидемиология, и отдельно от этого — полицейский мониторинг. Сегодня у нас есть две стратегические линии в работе по снижению употребления наркотиков. Одна линия чисто правоохранительная, ее цель — снизить предложение на рынке наркотиков, а другая — социальная — призвана снизить спрос. К сожалению, пока эти направления плохо себя оправдывают.

Никакого единого регистра не существует. Дело в том, что для осуществления такого мониторинга, нужно регулярно проводить социологические исследования по различным социальным, возрастным группам. Мы должны понимать, что происходит с населением в целом. Без такого понимания будет чрезвычайно сложно вести работу по снижению спроса на наркотики.

Вынося за скобки масштаб всего населения, из двух упомянутых вами существующих линий, какое направление является сегодня приоритетным?

Пока приоритетной задачей является снижение предложения наркотиков на черном рынке, ведь у нас под боком Афганистан, который производит в год более 8 т героина, большая часть которого идет в Россию. Такой результат далек от желаемого.

По другой, социальной, линии правительство запланировало задействовать, мобилизовать новые силы. В принятой Стратегии говорится о необходимости привлечь в помощь государственной машине представителей общественных и религиозных организаций...

Да, весь мир должен этим заниматься.

...Как Вы относитесь к деятельности общественных деятелей и организаций немедицинского толка, которые сейчас занимаются борьбой с наркоторговцами или лечением и реабилитацией наркоманов? Например, Евгений Ройзман и его «Город без наркотиков»...

Я очень хорошо знаком с Евгением Ройзманом, он очень симпатичный человек, но я не могу одобрить методы его работы. Дело в том, что некоторые, в том числе Е.Ройзман, пытаются вести с наркотиками «партизанскую», т.е. незаконную войну. Мы понимаем, что наркоторговцы — преступники, но использовать незаконные методы — это не дело. То, чем они занимаются с самими больными, к лечению тоже не имеет никакого отношения. Они их грубо изолируют, вплоть до привязывания, при этом держат «пациентов» в антисанитарных нечеловеческих условиях... Все это — не путь к избавлению от наркомании.

Еще одним субъектом новой наркополитики, согласно Стратегии, должны стать некие антинаркотические комиссии с участием высокопоставленных чиновников, которые должны быть созданы в субъектах РФ. Чем будут заниматься эти структуры?

Такие комиссии были созданы еще в 2007 г. во всех субъектах, в Москве в том числе. В сущности, это координирующий орган, который должен мыслить системно и организовывать всю работу, как по снижению предложения наркотиков в регионе, так и по лечению и реабилитации наркопотребителей. Необходимость подобных комиссий продиктована тем, что территории все разные, — экономически, этнически, разные по социальным возможностям, — поэтому везде есть своя специфика. Антинаркотические комиссии призваны как раз с учетом этой специфики проводить в жизнь государственную антинаркотическую стратегию.

Есть, однако, и единая для всех территорий специфика. Так, недопустимость применения на всей территории РФ заместительных методов терапии подчеркивается в отдельном пункте Стратегии. Там речь именно о метадоновых программах, не так ли?

Да, речь идет о выдаче наркотического пайка в виде или метадона или буторфанола, или, как в Англии и Швейцарии, героина.

В чем причина такой разницы в подходах между Россией и западными странами?

Ну, допустим никакой разницы между нашей позицией в этом вопросе и позицией администрации президента США или, к примеру, правительства Японии — нет совсем. Так же, как и российские, американские и японские власти категорически про-

тив раздачи наркотического пайка. Один из руководителей американской антинаркотической службы высказался по этому поводу очень резко и емко, заявив, что «это напрасная трата денег и человеческих ресурсов». Не так давно в прессе появились сообщения о том, что Америка даже отказалась от термина «снижение вреда», потому что этот термин — лазейка для организации раздачи шприцов, создания условий для стерильного потребления наркотиков, метадоновых программ и прочего. Подобные вещи, мягко говоря, плохо сочетаются с тезисом о том, что «усилия государства должны быть направлены на то, чтобы принудить человека отказаться от наркотиков». Между тем, именно этот тезис является ключевым в сегодняшней стратегии борьбы с наркотиками. Такой подход продиктован, в том числе, и международным правом. Так, в одной из международных конвенций по наркотикам говорится, что лечение наркомании должно происходить в условиях, свободных от наркотических средств.

Отслеживаете ли Вы, тем не менее, иностранный опыт в области применения принятых там на вооружение программ лечения, достигнутые за эти годы результаты? Обобщенные многолетние результаты как заместительной терапии, так и программ «снижения вреда» в других странах нередко выглядят сравнительно хорошими. Возможно ли в принципе уточнение государственной политики по мере накопления научных данных?

Это такая бесплодная дискуссия, которая ведется очень много лет. Одни приводят данные «за», другие приводят данные «против». У нас есть собственная система, которую мы разработали в Москве, а теперь, после того, как ее одобрил Минздрав, распространяем по России. Это целая технология, охватывающая все этапы работы с больными наркоманией — от детоксикации до реабилитации, и даже создания лечебных субкультур. Кстати, в апреле Минздравсоцразвития утвердил порядок оказания наркологической помощи и там вся эта система описана. При этом уже сейчас ясно, что результаты наша система дает не хуже, чем метадоновая программа. Так что каких-то дополнительных плюсов от использования заместительной терапии мы не получим, а зная, в какой стране мы живем и как обстоят сегодня дела в плане коррупции, страшно представить, что будет происходить, если сюда будут завозить метадон, и кто-то будет его распределять.

Помимо метадоновой опасности, в качестве одной из основных угроз в охватывающей ближайшие 10 лет Стратегии называются новые виды наркотиков, в том числе те, в отношении которых не определены меры контроля. Насколько актуальна эта проблема сегодня?

Да, эта проблема действительно очень серьезная. Не так давно была запрещена торговля так называемыми «курительными смесями», но тут же на рынке, особенно в интернете появились другие наркотические вещества и растения, которые еще не включены в списки наркотических средств и препаратов, подлежащих контролю. Тут мы, к сожалению, обречены быть догоняющими. Дело в том, что еще в 60-х годах было описано более 100 тыс. видов растений, которые обладают психоактивными свойствами. Можете себе представить, сколько на основе этих растений человечество уже изобрело и еще изобретет новых психоактивных препаратов! Это бесконечное море новых наркотиков и психоактивных веществ. Однако перестать гнаться за этим недопустимо. Мы должны тщательно и оперативно отслеживать появление новых психоактивных веществ, исследовать их и при необходимости включать в Списки или вовсе запрещать к обороту. В то же время я убежден, что приоритетным направлением антинаркотической политики государства должно быть снижение спроса на наркотики, алкоголь и другие психоактивные вещества.

В качестве одной из мер по снижению спроса и предложения на наркотические средства в Стратегии упоминается ужесточение административной ответственности за употребление наркотиков и уголовной за другие наркопреступления. Как вы считаете, насколько это будет эффективно, исходя из вашего опыта?

Я помню еще в конце 90-х годов, я спросил у одного из молодых людей, как он относится к тому, что в 1991 г. в России отменили уголовную ответственность за употребление наркотиков, и что, если бы она была. «Если бы она была, я бы сто раз подумал, начинать мне или не начинать», — ответил он. Это сказал не просто потребитель наркотиков, а человек, который вляпался по уши в наркотическую зависимость. Поэтому я считаю, что какие-то жесткие, репрессивные меры, конечно, должны быть, но чтобы эти меры были эффективными, наряду с ними обязательно должно быть узаконено такое понятие, как «альтернативное наказание» или «альтернативное лечение». То есть, если человек попался на наркотиках, но в процессе судебного разбирательства до него что-то дошло, и он сказал: «Да, я не прав, я готов лечиться», такого человека нужно отправлять, конечно, не в тюрьму, хотя система денежных штрафов там должна быть в любом случае. Вместо лагеря такой человек должен направляться в лечебное учреждение, чтобы там он проходил под нашим достаточно жестким контролем лечебную программу. Все эти рассказы, что насильно лечить нельзя, это мифы. Я не забуду одного парня, которого привезли фактически силком родители. Две недели он у нас бился в истерике, а через

две недели этот парень проснулся и сказал: «Слава богу, что вы меня закрыли». Так что в каких-то случаях принудить человека к лечению просто необходимо. Психически больной человек, а наркомания — это психическое заболевание, — в этот период человек правильных решений принять не может. За него эти правильные решения должно принять его окружение — родители, врачи, работодатели, преподаватели, какое-то близкое окружение.

Одной из ключевых мер, указанных в принятом документе, названо развитие системы раннего выявления незаконных потребителей наркотиков, в частности, посредством ежегодной диспансеризации. Когда и где будет дан старт такому поголовному тестированию?

Законов пока по этому поводу нет. Между тем, в других странах уже давно существует подобная практика. Так, например, в соответствии с английским законодательством, всех учеников британских школ тестируют на наркотики. Впрочем, в добровольном порядке подобные тесты проводятся сейчас и у нас, но я убежден, что этого не достаточно, и нам необходим закон, делающий подобные проверки повсеместными и обязательными. При этом поголовно тестировать всех вовсе не обязательно, проверять следует не более 25—30% школьников. Кандидатов для проверки следует выбирать по поведенческим признакам, потому что, когда человек, а особенно подросток, начинает употреблять наркотики, его система поведения неизбежно меняется. Могут быть, впрочем, и другие поводы для проверки, проще говоря, проверять следует «при наличии достаточных оснований».

В тексте Стратегии говорится о том, что одним из предпочтительных направлений антинаркотической работы является включение в основные и дополнительные образовательные программы общеобразовательных учреждений модуля по профилактике злоупотребления психоактивными веществами, а также программ, направленных на соответствующую целевую аудиторию. Существуют ли такие программы сейчас?

Они существуют, но, скорее, в единичном виде. Каких-то утвержденных серьезных программ по этому поводу нет. Опять-таки, нет соответствующего законодательства, но я думаю, что принятие Стратегии повлечет за собой разработку системы законодательных актов, а без этого стратегия будет висеть в воздухе. Без законов, а мы, повторюсь, живем сегодня без наркологических законов, даже в психиатрическом законе нет слова «наркология», хотя психиатрия включает в себя наркологию, мы, по существу, живем вне правового поля. Так что сегодня мы работаем только на добровольных основаниях. Приходим, до-

пустим, в школу, вуз, на предприятие, и, если нас пускают, то работаем, а если нет...

Хотя кое-какие лазейки для легализации нашей работы в организованных коллективах в современном законодательстве все-таки есть. Есть трудовое законодательство, есть законодательство по социальному партнерству, есть коллективные договоры на каждом предприятии. Так, если в коллективный договор вносятся соответствующие пункты и коллектив с этим соглашается, то это становится юридической нормой. Однако, к сожалению, наши руководители вузов и предприятий как-то скептически относятся к нашей работе, а отсутствие законов не позволяет нам взять инициативу в этом отношении в свои руки. Хотя где-то нам все же удастся убедить руководство в необходимости профилактики наркопотребления. Особенно на тех предприятиях и в тех вузах, где были трагические события, связанные с наркотиками, там сразу сознание просыпается.

В Стратегии говорится, что «современное состояние системы медицинской наркологической помощи определяется, в частности, недостаточной результативностью наркологической медицинской помощи, сокращением числа специализированных государственных наркологических учреждений и снижением качества их кадрового обеспечения». Как Вы прокомментируете данное утверждение?

Я вынужден с ним согласиться, но все-таки это уже относится ко вчерашнему дню. Как я уже говорил, Минздрав в апреле утвердил порядок оказания наркологической помощи, это новый, серьезный документ, который прописывает алгоритм работы. Эффективность мы будем подсчитывать, естественно, не сразу — это невозможно — а когда эта система будет внедрена. Должен пройти год или два, чтобы мы почувствовали эту эффективность. За это время должно быть почти в пожарном порядке разработано соответствующее законодательство, мы должны эти технологии донести до каждого наркологического учреждения, воспитать кадры. У нас так исторически сложилось, что мы хорошо лечим. Медицинские программы у нас лучше, чем где-то в мире. Но реабилитационных программ практически нет.

Получается, по части детокса мы впереди планеты всей, а дальше у нас проблемы?

Да. Так сложилось, что на Западе основной упор всегда делался на реабилитационной работе, а у нас, наоборот, — на медицинской составляющей. Однако оба эти подхода оказались слишком односторонними и вследствие этого неэффективными. Сейчас мы объединили оба этих направления, и разработали программу, включающую в себя все этапы лечения, а за-

тем и реабилитации. Мы рассчитываем, что новая программа позволит добиться, как минимум, годовой ремиссии у 40% от числа вошедших в наркологические учреждения. Это вполне реальная задача, учитывая, что еще 10—15 лет назад годовая ремиссия наблюдалась лишь у 1,5—3% пациентов наркологических учреждений, а сегодня этот показатель составляет уже 15—17%.

Здесь в документе как раз упоминается порядок оказания медицинской наркологической помощи и говорится о необходимости регулярной подготовки специалистов в области оказания наркологической помощи, а также специалистов первичного звена. Чему учат специалистов первичного звена, что они должны уметь, знать?

Исторически так сложилось, что у нас наркологией занимаются в основном врачи. Не только медицинские методы лечения, но и психологические, начали сравнительно активно применяться лишь лет 10 назад. При этом мы ощущаем острую нехватку квалифицированных кадров. Проблема в том, что наша работа грязная, а наших больных боятся и не любят. Причем это относится не только к среднестатистическим обывателям — среди врачей-психологов и специалистов по социальной работе тоже много людей, которые наших больных боятся и идти к нам работать не хотят.

Лечить наркоманов непрестижно, а это приводит к тому, что работать к нам часто идут люди, которых куда больше интересуют деньги, чем пациенты. В этом объективная беда нашей области знаний и практики. Что касается необходимых знаний, то практика показала, что подготовка врачей-наркологов по старинке, т.е. подготовка чисто медико-биологически ориентированных специалистов, недостаточна. Человек, который работает в области наркологии, должен знать медицину, биологию, психологию, кутурологию, информатику...

Весь этот объем знаний необходим для определения стратегии лечения и реабилитации каждого конкретного больного. Дело в том, что, например, на Западе лечат и реабилитируют по уже готовым схемам, но любая такая схема дает не больше 5—10% эффективности. Для наших больных очень часто необходимы индивидуальные программы реабилитации. У каждого человека свой путь выздоровления, поэтому врач-психолог или специалист по социальной работе должны знать очень много и почувствовать, куда направить дальше вектор психического развития, как вернуть каждому конкретному больному смысл жизни, свободной от наркотиков.

Вы говорите, что многие специалисты наркоманов боятся и не любят, лечить их не хотят, без особой охоты идут куда-то, где предполагает-

ся лечить зависимых. С другой стороны, вы говорите о необходимости создания обстановки нетерпимости по отношению к потребителям наркотиков. Одно никак не влияет на другое?

Оно, наверное, и влияет, но не должно влиять, если мы говорим о профессионалах. Есть некое гражданское общество, и оно должно создавать социальный прессинг нетерпимости к употреблению наркотиков. Но как только больной или потребитель наркотиков попадает в лечебную или реабилитационную программу — все, этот прессинг заканчивается. Наоборот, мы такого человека и его стремление избавиться от наркотической зависимости всячески поощряем. Мы часто говорим нашим пациентам, что здесь свобода, а там, за забором — несвобода. Здесь ты свободен от наркотиков, своих друзей, которые на тебя давят, чтобы ты употреблял и всего прочего, что сопровождает существование каждого наркомана. Это называется «принципом обратной клетки», когда фактически забор нужен не затем, чтобы ограничить свободу человека, но затем, чтобы ее защитить. Когда пациент это понимает, он перестает тяготиться своим «заключением», а место чистоты без наркотика становится для него домом.

Сколько сейчас в России реабилитационных центров? Есть ли какие-то данные о количестве людей, которые участвуют в реабилитационных программах?

Отдельных государственных реабилитационных центров — 4 на всю страну. Этого, конечно, недостаточно. Мы считаем, что эту проблему надо решать поэтапно. Сначала нам надо создать хотя бы по одному подобному учреждению в каждом федеральном округе. В крупных — даже по несколько штук, т.е. всего 15—20 на первом этапе. В дальнейшем мы будем стремиться к тому, чтобы каждая территория имела свой реабилитационный центр, а всего в стране их было не меньше ста.

Что касается количества людей, проходящих сейчас реабилитацию, то я могу лишь назвать число реабилитационных коек. В самостоятельных реабилитационных центрах их всего 230, в реабилитационных центрах в составе наркологических учреждений 1155. Еще по стране есть в общей сложности 109 реабилитационных отделений в различных медучреждениях.

Резюмируя, сегодня в России проходят реабилитацию в стационарах не более 5 тыс. чел. Есть еще амбулаторные реабилитационные программы, в них по нашим данным включены 186 тыс. чел., но я не уверен, что эти программы работают как нужно.

В тексте Стратегии также говорится о необходимости укрепления кадрового потенциала наркологических реабилитационных центров и

подразделений, с целью обеспечения бригадного метода работы с больными наркоманией. Не могли бы Вы пояснить, что такое бригадный метод работы?

Наша работа держится на трех китах: врачи, психологи и специалисты по социальной работе. Это и есть бригада. А бригадный метод работы — это совместные усилия всех троих. Проще говоря, реабилитация больных должна идти по трем линиям — медицинской, психологической и социальной.

Чем сегодня регламентируется деятельность реабилитационных учреждений, организованных неправительственными, в том числе религиозными организациями? Осуществляется ли контроль за деятельностью со стороны госструктур?

Формально эта работа регламентируется приказами Минздрава, но контроль за соблюдением этих приказов почти не осуществляется. Проверка может случиться только в случае каких-то жалоб на конкретный реабилитационный центр. Сегодня большая часть таких проверок относится не к медицинской, а к финансовой стороне деятельности таких учреждений.

Нужна ли какая-то система контроля с вашей стороны?

Конечно, а как же?! Наркология — наука молодая, сегодня существует столько методов или направлений реабилитации, что там черт ногу сломит. У нас есть соответствующий приказ Росздравнадзора, согласно которому, любая методика должна пройти процедуру утверждения, но сил и возможностей проконтролировать это у государства не хватает. Часто реабилитационные учреждения работают полуподпольно и используют просто калечащие методы реабилитации, или под видом реабилитационного центра скрывается «филиал» секты — например, хаббардистов или иеговистов. Это нас очень беспокоит, но нет законодательной базы, чтобы мы могли это все привести в порядок. Тем не менее, и об этом говорится и в новой Стратегии, привлекать негосударственные организации для реабилитации наркопотребителей необходимо. С той лишь разницей, что такие организации должны получить медицинскую лицензию, что позволит хоть как-то регламентировать их работу. Сегодня для работы с наркоманами такой лицензии, к сожалению, закон не требует, несмотря на то, что наркомания — это опасное для жизни хроническое заболевание. В результате с наркоманами вытворяют все, что угодно, а потом, после этих программ, люди приходят к нам полуразрушенные, и нам приходится очень много с ними работать.

Вы уже упоминали необходимость введения в законодательство механизма, норм, которые позволят осужденному за легкие и средней тяжести наркопреступления, выбирать между уголовным наказанием и лечением. Готовы ли программы такого лечения?

Программа — одна, и не важно, под давлением наркоман начал программу или самостоятельно. Программа выздоровления — единая технология с учетом его индивидуального статуса.

Но если наркоман сам пришел к вам лечиться, а был отправлен решением суда, его ведь как-то охранять нужно?

Не надо его охранять. Если он уклоняется, то на это есть система судебных приставов. Допустим, он не явился в наркологическое учреждение, чтобы проходить программу или где-то скрывается, тогда мы даем информацию об этом приставам, и они его разыскивают и приводят. Приводят один раз, если он повторно уклоняется, значит, он направляется в тюрьму.

Есть ли какие-то оценки по поводу того, насколько введение таких норм, позволяющих выбирать между лечением и тюремным заключением, увеличит нагрузку на вашу систему?

Сейчас в тюрьмах сидит порядка 60 тыс. больных наркоманией. Проблема в том, что когда они выходят, они к нам не идут, они идут в открытый мир, но зачастую не могут адаптироваться и снова начинают употреблять наркотики. Это наша недоработка, но в целом, я думаю, что большая часть из этих 60 тыс. могла бы перейти под достаточно жесткий контроль в наркологических учреждениях, конечно, не без помощи правоохранительных органов. В таком случае многих из этих осужденных мы бы проще и лучше адаптировали к окружающему миру, чтобы, оказавшись на свободе, они могли начать свободную от наркотиков жизнь.

А как сейчас обстоит ситуация с легальными наркотиками?

С табаком совсем плохо. И с алкоголем совсем плохо. С алкоголем особенно. С табаком не очень все понятно. Недавно Россия присоединилась к рамочной конвенции по борьбе с распространением табака, правда, на этом и остановилась, потому что нужны законы определенные, а их нет. Может быть, их кто-то разрабатывает, не знаю, не сведущ, к сожалению, в этом вопросе. Но, думаю, какая-то история будет продолжаться. С алкоголем же все совсем плохо, потому что какого-то вразумительного законодательного акта об обороте алкогольной продукции, пи-

ва, которое, кстати, не отнесено к алкогольной продукции, как это во всем мире положено, нет.

В Стратегии в перечне «частично управляемых рисков» упоминается «пропаганда употребления наркотиков под предлогом программ замены шприцев». Хотелось бы понять, означает ли данное положение Стратегии, тем более, что она утверждена и подписана президентом, что программа обмена шприцев объявлена вне закона?

Да, совершенно верно. Любая попытка и научение человека безопасному употреблению наркотиков приводит к естественной мысли, что наркотики можно употреблять. В 90-х годах была попытка внедрения таких программ в школах, куда приходили всякие западные эмиссары или наши добровольцы, наученные западными эмиссарами, и рассказывали детям, как безопасно заниматься сексом, употреблять наркотики. У нас волосы у всех дыбом встали от такой практики. Памятуя об этом нашем опыте, мы, конечно, категорически против программ «снижения вреда». Эти программы возможны только в наркологическом учреждении, а включать в них следует лишь пациентов, которых после определенного курса лечения признали «безнадежными».

То есть научить безопасно колоться следует только того, кого специалисты отчаялись вылечить?

Да, конечно.

Но разве не по такому же принципу на Западе наркоманов включают в программы заместительной терапии, в том числе метадоновой?

Это их проблема, пусть делают у себя все, что хотят. У нас это может быть только очень узкая, целевая группа потребителей наркотиков, в отношении которых мы совершенно точно знаем, что они не останавливаются в потреблении, или где риски возобновления потребления очень высоки. На Западе до смешного доходит — создаются кабинеты для безопасного употребления наркотиков. Любой человек туда приходит, ему выдают чистый шприц, спирт и он там колется, а потом получает брошюру о том, что потреблять наркотики плохо. Я как-то видел во Франкфурте место в центральном парке, где стоял микроавтобус, из которого раздавали шприцы, а вокруг него лежали человек 200 наркоманов, которые прямо там же и кололись. В России подобное, к счастью, невозможно. У нас не существует такой открытой наркомании, когда собирались бы сотни наркоманов и, не скрываясь, употребляли наркотики. У нас любая попытка публичности в этом направлении приведет к

тому, что будет новый скачок распространения наркотиков.

Какие же у нас есть механизмы мотивации людей для участия в реабилитационных программах?

Это очень сложный вопрос. Есть разные методики, одна из них, которую мы активно распространяем и используем, — это так называемая социотерапевтическая интервенция, т.е. раннее выявление и вмешательство. К примеру, мы приходим в вуз, где добровольно обследуем максимальное число студентов, выявляем потребителей наркотиков (обычно от 15 до 30%), а затем с каждым из них встречаемся и спрашиваем: «А зачем, собственно, вы употребляете наркотики?». Обычно хватает получаса, чтобы объяснить молодому человеку, что это все на самом деле ему не нужно и вреда от наркотиков он получает, куда больше, чем пользы, после чего такой студент, как правило, отказывается от дальнейшего потребления наркотиков. Это то, что касается тех самых «потребителей без признаков зависимости». Отмечу, что эффективность подобных визитов очень высока. Так, если мы через год приходим в тот же вуз и опять всех обследуем, то, как показывает практика, вместо 15—30% положительных результатов остается лишь не более 2—5%.

Теперь, что касается действительно больных наркоманией. Обычно из того общего количества потребителей, которых нам удастся выявить, обязательно попадется 5—10%, которые уже имеют симптомы зависимого поведения от наркотиков. Им-то мы и предлагаем пройти программу лечения и реабилитации. Он говорит: «Я сам!», я отвечаю: «Нет проблем» и предлагаю раз в неделю встречаться, чтобы обсуждать, удастся ли воздерживаться от наркотиков и, если не удастся, то помочь парню в этом. Как правило, большинству таких больных не удастся оставаться чистыми, тогда мы договариваемся, заключаем некие джентльменские договоры по этому поводу. Например, я могу это сделать достоянием общественности, сообщить о проблеме родителям или преподавателям. «Ты готов к этому? Нет, не готов». Тогда мы тебя «закрываем». Мы все время договариваемся, в каждый момент времени мы выстраиваем больному альтернативу различных систем его поведения. Целеполагание у наших больных очень слабое. Они не знают, в каком русле себя дальше вести. Поэтому мы все время даем некую дихотомию: или мы принимаем вот такие меры, или ты добровольно отказываешься от наркотиков.

В Стратегии также говорится о необходимости создания государством научно-исследова-

льского центра с системой филиалов в федеральных округах, работающего на основе междисциплинарного подхода, и продвигающего мировые и передовые практики антинаркотической политики. Каким будет участие врачебной наркологической службы в этом центре?

Единственная служба, которая понимает все в этой проблеме — это наркологическая служба Минздрава. Поэтому основную роль в этих центрах будут играть как раз специалисты нашей службы.

Пока это только на бумаге?

Я думаю, что это некий посыл в будущее. Такие центры нужны, нужно единое понимание, что собой представляет наркологическое заболевание, склонность, риски, повышающие склонность человека к

употреблению наркотиков. Я начинал с того, что наша подготовка должна быть междисциплинарной, должна быть и медицинская, биологическая, психологическая, социальная, культурологическая подготовка, и религиозное образование должно быть.

Эти центры — ответ на нашу боль, что мы мало образованны еще в этой области. Причем эта проблема актуальна не только в России, но и во всем мире.

Психологи не знают биологию, медики психологию, социальные работники мало понимают в медицине, в итоге методики, разработанные узкими специалистами, оказываются малоэффективными. Если эти центры будут выступать как центры подготовки кадров интегрального плана, то это, наверное, будет очень здорово. Сегодня в наркологии, как нигде, нужны специалисты широкой подготовки.

OUR WORK IS DIFFICULT

BRUN E.A. MD., head specialist (narcology), Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow