

Профилактика наркомании: стратегия и методы*

СОРОКИН В.С. генерал-майор полиции, и.о. начальника Управления ФСКН России по г. Москве
БРЮН Е.А. д.м.н., профессор, директор Московского научно-практического центра наркологии
Департамента здравоохранения г. Москвы

2-я Международная научно-практическая конференция "ВИЧ/СПИД в развитых странах", 4—5 декабря 2008 г., Москва.

Общая мировая тенденция распространения потребления наркотиков и увеличение числа больных говорит о том, что этот вызов современности остается без адекватного ответа: отмечается рост как производства и предложений наркотиков на нелегальном рынке, так и спроса на наркотики. Прежде всего, это касается подростков и молодежи.

Стратегия профилактики наркомании и ассоциированных с ней заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, определяется теми концепциями, которые закладываются в определение наркомании как медико-социального явления.

Для организации системы профилактики наркомании важно понимание причин и условий формирования этого заболевания. Мы придерживаемся той парадигмы, что наркомания, как и любое наркологическое заболевание, реализуется в связи с накоплением в течение индивидуальной истории жизни различных факторов риска: биологических, психологических, информационных, социокультурных и др.

Первый комплекс профилактической работы — *первичная профилактика*. Эффективность этой работы зависит от того, насколько мы учитываем факторы риска, влияющие на выбор человека потреблять или нет наркотики. Что это за факторы?

Генетические факторы. Понятно, что наркомания или алкоголизм непосредственно по наследству не передаются. Но генетически передаются нарушения биохимии головного мозга, в частности дофаминовый обмен, ответственный за "стремление к новизне", и серотониновый обмен, определяющий уровень депрессивного реагирования на жизненные неудачи, и ряд других генетических факторов.

Врожденные факторы связаны, прежде всего, с употреблением женщиной в течение беременности психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотики), следствием чего являются неврологические и соматические расстройства у ребенка. Редко оцениваемым фактором риска является патология в родах, в том числе неоправданная стимуляция родов, кесарево се-

чение без жизненной необходимости, что приводит к травматизации мозга ребенка, которая, в свою очередь, ведет к нарушениям психического развития, трудностям обучения и нарушениям адаптации.

К важным биологическим факторам риска нужно отнести гиперкинетический синдром с дефицитом внимания, внутричерепную гипертензию, обнаруживаемые у детей в возрасте 2—6 лет;

Факторы риска, связанные с психологическим климатом в семье: избыточная гиперопека или гипоопека, дефицит телесного, эмоционального и речевого контакта с матерью, потворство любым пожеланиям детей, сенсорная депривация, злоупотребление техническим образованием в ущерб культурно-мифологическому воспитанию.

Информационная среда. Очень часто родители не контролируют свободное время детей и оставляют их один на один с телевизором и видеомагнитофоном. Просмотр детьми агрессивных, устрашающих фильмов, фильмов, в которых вместо человеческой речи герои общаются междометиями, формирует, по механизмам импринтинга или первичного запечатления, такой же стиль поведения. У детей, не овладевших к пяти годам правильной речью и дифференцированными эмоциями, заметно повышается риск расстройств поведения и трудностей адаптации.

К факторам риска, связанным с нахождением детей в организованных детских коллективах, относятся:

- скученность в группах детских садов, что приводит к формированию у детей агрессивного поведения или невротического развития личности;
- обездвиженность за партой в первом классе школы примерно у 25% школьников, что влечет нарушения усвоения учебной программы. Эти дети становятся изгоями сначала у учителей, потом у родителей и потом у соучеников и практически выключаются из учебного и воспитательного процесса.

В подростковом возрасте важную роль играют биологические факторы риска: раннее и быстрое половое созревание, "пубертатный криз". Подростки тяжело переживают неудачи в дружбе и любви, рассог-

* По материалам сайта www.ecad.ru

ласование уровня притязаний и реализации своих возможностей. В этом возрасте подростки приобщаются к молодежным субкультурам, в том числе и к наркотическим.

Накопление указанных факторов риска приводит к аномалии психического развития, неадаптивному поведению, в том числе к формированию зависимого поведения.

Следующий комплекс — *вторичная профилактика*, которая должна включать в себя:

- выявление групп риска в организованных — учебных и трудовых — коллективах в соответствии с рекомендациями ВОЗ и МОТ;
- обучающие программы в различных возрастных группах.

Комплекс *третичной профилактики* представляет собой в сжатом виде следующие действия:

- интервенция;
- детоксикация;
- лечение психопатологических расстройств;
- психотерапия и коррекция личностных расстройств;
- реабилитация;
- формирование лечебной субкультуры как анти-тезы наркотической субкультуре.

Все вышесказанное говорит о сложности проблемы профилактики наркомании и сложности организации профилактических мероприятий. В идеале каждый фактор риска нуждается в коррекции. В разработке специализированных программ от генетического консультирования и своевременного вмешательства медицинских специалистов, психологов и педагогов до обучения родителей правильному воспитанию детей и формированию информационной и культурной среды свободной от наркотической идеологии.

На основе изложенного понимания механизмов формирования наркомании Департамент здравоохранения г. Москвы строит стратегию профилактики и моделирует программы профилактики. Москва проводит активную политику по преодолению негативных последствий наркомании, алкоголизма и других видов зависимости.

В 1998 г. был создан Межведомственный совет по борьбе с незаконным оборотом наркотиков (с 2008 г. — Антинаркотическая комиссия в г. Москве), который во взаимодействии с Управлением ФСКН по г. Москве, правоохранительными органами и другими заинтересованными ведомствами координирует деятельность по профилактике наркомании.

В 2003 г. были разработаны и утверждены Департаментом здравоохранения Москвы "Стандарты организации наркотической помощи", включающие в себя единую взаимосвязанную технологию профи-

лактики, лечения и реабилитации больных наркоманией и других видов зависимости.

В 2005—2007 гг. разработана и внедрена программа реабилитации больных наркотического профиля и в 2008 г. утвержден стандарт реабилитации больных наркотического профиля.

В 2008 г. начато сотрудничество с Государственной службой занятости населения по г. Москве в части профориентации, профобразования и трудоустройства больных наркотического профиля, проходящих реабилитацию в наркотических учреждениях Департамента здравоохранения.

Что представляет собой система профилактики в Москве

В 2004 г. была разработана Единая концепция профилактики алкоголизма и наркомании в семье, трудовых и учебных коллективах, которая в 2005 г. была одобрена к внедрению Межведомственным советом по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Москве.

Реализуется Комплексная городская целевая программа профилактики правонарушений, борьбы с преступностью и обеспечения безопасности граждан в Москве на 2006—2010 гг., в которую входит блок профилактики наркомании.

В 2006 г. по поручению мэра Москвы Ю.М. Лужкова был разработан закон г. Москвы "О профилактике наркомании и незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ в г. Москве". В рабочей группе по разработке проекта закона принимали участие специалисты Департамента здравоохранения. В 2007 г. данный закон был принят Московской городской думой. В текст закона вошел ряд положений Единой концепции, в частности по взаимодействию с образовательными учреждениями и трудовыми коллективами.

В закон вошла также статья о реабилитации сотрудников трудовых коллективов, проходящих лечение в связи с наркотическим заболеванием на основе законодательства о социальном партнерстве. Данное положение является юридической основой для включения в коллективные договоры предприятий пунктов о профилактике наркомании и других наркотических заболеваний на предприятии, в том числе по регулярному обследованию и наркотическому лечению при выявлении наркотического заболевания.

После выхода данного закона заметно активизировалась работа в организованных — трудовых и учебных — коллективах по активному раннему выявлению потребителей наркотических и других психоактивных веществ и привлечению больных в лечебно-реабилитационные программы.

В настоящее время в Москве охвачено профилактической работой 1227 учреждений: трудовые коллективы — 6, школы и интернаты — 628 (43%), средние специальные учреждения — 160 (69%), вузы — 52 (39%). В летний период проводилась работа в детских оздоровительных лагерях. Охвачено городских детских оздоровительных лагерей — 372, загородных детских оздоровительных лагерей — 46.

В 2008 г. проведен 331 профилактический осмотр в средних и высших учебных заведениях. Всего осмотрено 3518 чел., взято на профилактическое наблюдение 185 чел., или около 5% от всех осмотренных. В комиссии по делам несовершеннолетних при районных управах в 2008 г. проведено 387 выходов, осмотрено 3130 чел., взят под профилактическое наблюдение 461 чел. (15%). В инспекции по делам несовершеннолетних ГУВД г. Москвы в 2008 г. осуществлено 280 выходов, осмотрено 1827 чел., взято под наблюдение 356 чел. (19%).

Одной из основных форм профилактической работы с молодежью является проведение практических обучающих тренингов в учебных учреждениях. За 2008 г. проведено 727 тренингов с несовершеннолетними, направленными на профилактику употребления наркотических веществ. В учебных тренингах принимали участие 11 346 чел.

Профилактика ВИЧ-инфекции в группе больных наркоманией рассматривается нами в контексте общей профилактики потребления наркотиков. В популяции жителей Москвы выявлено более 30 тыс. чел. с ВИЧ-инфекцией. Около 18 тыс. из них, или 60%, регулярно наблюдаются в Московском городском центре "СПИД". В этой группе больные наркоманией составляют 57%.

Около 59% больных наркоманией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией параллельно проходят лечение в наркологических учреждениях, в том числе участвуют в специальных программах реабилитации и формирования приверженности к антиретровирусной терапии.

В течение последних лет широко дискутируется вопрос о выработке стратегии профилактики ВИЧ-инфекции в когорте больных наркоманией с инъекционным способом введения наркотиков.

В западных странах достаточно широко используются так называемая заместительная терапия метадонном и различные программы "снижения вреда". Суть этих программ сводится к тому, чтобы научить больного безопасному употреблению наркотика, а в случае невозможности отказа больного от употребления наркотиков дать ему возможность легально употреблять наркотик, в частности метадон, а в некоторых странах и героин, что с точки зрения ряда ученых и организа-

торов здравоохранения снижает риск распространения ВИЧ-инфекции.

Россия, присоединившись ко всем международным Конвенциям по наркотикам, не использует наркотические средства и психотропные вещества в лечении больных наркоманией и профилактики ВИЧ-инфекции, что мотивируется следующими соображениями (наши мотивации будут выстроены как ответ на аргументы сторонников данных программ):

- "стабилизация состояния больного". Для больного героиновой наркоманией, находящегося в состоянии абстиненции, применение любого наркотического средства опиоидного ряда от кодеина до метадона приводит к нормализации биохимической составляющей и к стабилизации состояния;

- "сокращение потребления наркотиков вне получаемой терапии, "на стороне". Больной героиновой наркоманией использует героин для достижения специфического психического состояния интоксикации. Метадон не дает эйфоризирующего эффекта, в связи с чем патологическое влечение у больного к получению именно "героиновой эйфории" сохраняется. Это толкает больного на параллельное использование и метадона, и героина, что, в свою очередь, приводит к увеличению отравлений и смертности от передозировки. Например, по данным ЕСАД (Европейские города против наркотиков) за 9 лет проведения в Швеции метадоновой программы умерло 33% ее участников;

- "большая возможность для психосоциальной интеграции, трудовой деятельности". По данным Палаты врачей Берлина, около 30% больных наркоманией, получая метадон, полностью интегрировались в общество, а еще 10% отказались и от нелегальных наркотиков, но и от метадона. Этот показатель сопоставим с эффективностью наших лечебно-реабилитационных программ без применения метадона: около 40% годовых ремиссий с возвратом к учебе или труду и 10—13% ремиссий свыше 2 лет;

- "уменьшение заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами ("В" и "С") и ВИЧ — инфекцией". Поскольку заместительная терапия метадонном не обеспечивает отказ от инъекционного употребления "уличных" наркотиков, то ее введение не сможет снизить риск распространения ВИЧ-инфекции. Кроме того, вирус иммунодефицита человека давно вышел за пределы популяции инъекционных наркоманов — их доля среди общего числа ВИЧ-инфицированных неуклонно снижается;

- "сокращение преступности/проституции". По данным ЕСАД, в Швеции 69% участников метадоновой программы продолжали совершать преступле-

ния. Там же в Швеции начали закрывать кабинеты программы снижения вреда как не эффективные;

- "создание базы для последующей отмены наркотика". Употребление наркотического средства большим наркоманией постоянно поддерживает биохимические и патофизиологические механизмы зависимости и не может служить базой для отмены привычного наркотика. Попытки постепенного длительного, в течение до 2 лет, снижения дозы метадона с последующей отменой пока не имеют научных доказательств.

Кроме того, в отчетах Международного комитета по контролю за наркотиками ООН неоднократно подчеркивалось, что введение метадоновых программ влечет рост метадоновых наркоманий.

К этому можно добавить, что заместительная терапия может применяться только в отношении героиновых (опийных) больных наркоманией, но во всех странах наблюдается рост наркоманий, связанных с другими наркотиками, что говорит о том, что введение метадоновых программ не решает проблему наркомании в целом.

В отношении программ *harm reduction* (снижение вреда) мне бы хотелось процитировать директора службы по контролю за наркотиками администрации

Президента США Уолтера, который на международной конференции "Европейские города против наркотиков" в 2005 г. сказал, что программы снижения вреда, включая метадоновые программы, являются "карикатурой на борьбу с наркоманией": данные программы отвлекают внимание, денежные и кадровые ресурсы от необходимой работы по профилактике и организации прессинга на потребителей наркотиков с целью заставить их отказаться от приема наркотиков.

Таким образом, Департамент здравоохранения г. Москвы считает приоритетной системную стратегию первичной, вторичной и третичной профилактики наркомании и связанных с ней медико-социальных проблем, которая включает в себя следующие основные компоненты:

- организация социального прессинга на наркотическую субкультуру, включая разработку соответствующего законодательства;
- профилактика факторов риска;
- своевременное выявление групп риска;
- лечебно-реабилитационная помощь с длительным сопровождением больного;
- организация информационной среды, лишенной наркотической идеологии.