





ПРОГРАММА ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ  
ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ КОНТРОЛЮ НАД НАРКОТИКАМИ  
ВЕНА

**Инвестиции в лечение наркомании:**  
документ для обсуждения на уровне лиц,  
ответственных за разработку политики



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ  
Нью-Йорк, 2003 год

Настоящий документ для обсуждения подготовлен по поручению Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП). Выражается признательность: А. Томасу Маклеллану, Институт клинических исследований Университета штата Пенсильвания/Центр наркологических исследований Министерства по делам ветеранов, Соединенные Штаты Америки, подготовившему настоящий документ при поддержке Национального института по проблемам злоупотребления наркотиками, Центра по лечению злоупотребления психоактивными веществами, Управления национальной политики по контролю над наркотиками, Министерства по делам ветеранов и Фонда Роберта Вуда Джонсона; Роберту Али, Совет по борьбе с наркоманией и алкоголизмом, Аделаида, Южная Австралия, Австралия, и Маниту Срисурапанонту, кафедра психиатрии, Чангмайский университет, Таиланд, предоставившим ценные замечания; а также экспертам и координаторам по вопросам сокращения спроса на наркотики в региональных и страновых отделениях ЮНДКП, любезно предоставившим информацию и способствовавшим подготовке настоящего документа с учетом особенностей различных культур.

С 1 октября 2002 года Управление по контролю над наркотиками и предупреждению преступности именуется Управлением по наркотикам и преступности.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящем издании не означают выражения со стороны Секретариата Организации Объединенных Наций какого бы то ни было мнения относительно правового статуса страны, территории, города или района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

# Резюме

Наркомания порождает серьезные социальные проблемы, которые затрагивают все стороны жизни общества и дорого ему обходятся. Независимо от того, рассматривать ли злоупотребление психоактивными веществами как грех, преступление, дурную привычку или болезнь, общество вправе ожидать, что на основе эффективной государственной политики или подхода к “проблеме злоупотребления наркотиками” сократится количество преступлений, совершаемых из-за наркотиков, уменьшится число безработных и случаев распада семьи и снизятся непомерные расходы на оказание специализированной медицинской помощи.

За последние несколько лет наука шагнула далеко вперед, однако мы все еще не можем полностью объяснить те физиологические и психологические процессы, которые превращают свободное контролируемое добровольное “употребление” алкоголя и/или других психоактивных средств в неподконтрольную бессознательную “зависимость” от этих веществ, и лекарство от нее до сих пор не найдено. Мы можем лишь проводить “эффективную” терапию, обеспечивая обществу оправданную отдачу от его затрат на такое лечение.

Клинические исследования в стационаре и широкомасштабное изучение проблемы в бытовых условиях свидетельствуют о том, что, судя по статистическим и клиническим показателям, у лиц, прошедших курс лечения, наблюдаются существенные улучшения в плане употребления наркотиков и решения связанных с этим медицинских и социальных проблем. В свою очередь эти улучшения оборачиваются для общества значительным сокращением социальных проблем и издержек. В настоящей работе эффективность различных методов лечения сопоставляется с альтернативами нелечебного характера (в том числе со случаями, когда лечение вообще не проводится) и мерами правоохранительных органов. В каждом случае материалы исследований позволяют считать, что лечебные меры эффективнее нелечебных.

Основными стадиями лечения от злоупотребления психоактивными веществами являются дезинтоксикация/стабилизация, реабилитация и постоянное наблюдение. В научных публикациях приводятся данные о факторах эффективного лечения, при этом важнейшим из них считается его продолжительность. Как правило, лучшие результаты дают те методы лечения, которые предусматривают его более значительную продолжительность. Сказанное верно и по отношению к пациентам, продолжительность лечения которых, независимо от методики, была больше.

Согласно данным исследований для лиц с острыми формами наркотической зависимости, оптимальными методами лечения являются:

- непрерывное поддерживающее лечение, подобное лечению других хронических заболеваний;
- лечение с расчетом на нейтрализацию целого ряда проблем, способных стать причиной рецидива, включая медицинские и психиатрические симптомы, а также социальную неустроенность;
- лечение, которое в целом не нарушает повседневную жизнь пациента и обеспечивает свободное общение с ним в целях наблюдения и предупреждения рецидива.

Важно отметить, что, хотя, согласно результатам исследований, продолжительность лечения во многом определяется наличием у пациента внутренней мотивации, большинство лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, соглашались на лечение в силу не только внутренней мотивации, но и под давлением таких факторов, как семья, работа или правовые последствия. В сочетании с различными

*На основе эффективной государственной политики или подхода к “проблеме злоупотребления наркотиками” сократится количество преступлений, совершаемых из-за наркотиков, уменьшится число безработных и случаев распада семьи и снизятся непомерные расходы на оказание специализированной медицинской помощи.*

*Оптимальным способом лечения наркомании является сочетание непрерывного амбулаторного лечения с приемом лекарственных средств и контролем.*

формами терапии такие факторы могут быть задействованы на благо пациента и общества.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что с учетом современного уровня знаний зависимость наиболее точно можно определить как хроническое рецидивирующее состояние. Справедливо признать, что зависимость не всегда является хронической и некоторые лица с диагнозом зависимости от психоактивных веществ полностью преодолевают эту зависимость без терапии. Однако у многих лиц с аддиктивными нарушениями после прохождения курса лечения наблюдаются многократные рецидивы. Считается, что опасность рецидива у них сохраняется на долгие годы, а возможно, и на всю жизнь. Как и в отношении многих других заболеваний, относительно наркомании нельзя заранее сказать, приведет ли и когда стратегия интенсивной терапии к полной ремиссии. Так, если у одних больных в результате изменения диеты, образа жизни и физической нагрузки может снизиться высокое кровяное давление без применения лекарственных средств или продолжительного лечения, то для многих других требуются постоянная терапия с применением лекарственных средств и регулярный контроль за питанием, стрессовыми состояниями и физической нагрузкой. Рассматривая наркоманию как хроническое состояние, не следует удивляться, что пребывание в местах лишения свободы или краткие периоды стабилизации не дают результата в плане излечения от зависимости.

Полученные научные данные ясно свидетельствуют о том, что:

- просвещение не излечивает от наркозависимости, поскольку это не просто проблема отсутствия знаний;
- важными стимулами, побуждающими к лечению от злоупотребления наркотиками, являются последствия их употребления (например, похмелье, потеря работы, арест и т. д.);
- очень немногим наркоманам может пойти на пользу только воспитательно-исправительный подход. Во всех случаях вмешательства в той или иной форме системы уголовного правосудия рецидив составляет свыше 70 процентов;
- при зависимости необходимо не только стабилизировать организм и вывести из него наркотики. Процент рецидива после дезинтоксикации приблизительно такой же, как и после изоляции в местах лишения свободы.

Исходя из вышесказанного, оптимальным способом лечения наркомании является сочетание непрерывного амбулаторного лечения с приемом лекарственных средств и контролем с целью обеспечить соблюдение режима лечения/контроля и максимально полное использование всех преимуществ лечения.

В результате недавно проведенных фармакологических исследований созданы эффективные препараты для лечения алкогольной, никотиновой и опиатной зависимости и выявлены многообещающие лекарственные средства, которые еще успешнее можно будет использовать для лечения этих заболеваний. Из этого следует сделать вывод о том, что наркологическая и алкогольная зависимости поддаются консервативной терапии.

В настоящей работе зависимость сравнивается с другими хроническими болезнями, однако она имеет и много отличий. Одним из наиболее существенных являются последствия заболевания для семьи и общества. Основной упор при лечении других хронических заболеваний делается на ремиссии симптомов и на возобновлении функции организма пациента. Это относится и ко многим формам лечения зависимости, что позволяет значительной части общества считать, что основная цель лечения наркомании заключается просто в улучшении самочувствия пациента. Это, однако, совсем не то, к чему стремятся лица, пострадавшие от своих преступлений, утратившие работоспособность и сталкивающиеся с другими проблемами, связанными с наркоманией.

В настоящей работе делается вывод о том, что при лечении зависимости соответствующим службам следует расширить свой мандат и сосредоточить внимание на таких социально значимых целях, как:

- работа с работодателями и учреждениями системы социального обеспечения с целью вернуть этих лиц на их рабочие места или найти для них работу;
- работа с учреждениями системы уголовного правосудия и должностными лицами, надзирающими за условно-досрочно освобожденными и направленными на пробацию, с целью не допустить повторного совершения такими лицами преступлений, связанных с наркотиками, и их повторного тюремного заключения;
- работа с учреждениями, занимающимися проблемами семьи, и с самими семьями, с тем чтобы они вернулись или взяли на себя ответственные семейные функции, и в частности выполнение родительских обязанностей.

Подобные обусловленные зависимостью факторы и являются основным бременем для общества, которое ожидает, что в результате “эффективного” вмешательства их можно будет устранить или сократить.

В настоящей работе делается вывод о том, что лечение от злоупотребления психоактивными веществами может и должно улучшить здоровье населения и решить социальные проблемы пациентов и что для достижения этих целей существуют определенные методы организации и осуществления лечения.

*Лечение от злоупотребления психоактивными веществами может и должно улучшить здоровье населения и решить социальные проблемы пациентов.*



# СОДЕРЖАНИЕ

<b>РЕЗЮМЕ</b>	<b>iii</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>1</b>
<b>1. В КАКОМ СЛУЧАЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО МОЖЕТ БЫТЬ СОЦИАЛЬНО ПРИЕМЛЕМЫМ? ОЖИДАНИЯ ОБЩЕСТВА, СВЯЗАННЫЕ С “ЭФФЕКТИВНЫМ” ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ</b>	<b>5</b>
Почему лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, соглашаются на лечение?	5
Какие результаты ожидаются от лечения злоупотребления психоактивными веществами?	6
Конечные цели лечения и ожидания общества	10
<b>2. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕРЫ НЕЛЕЧЕБНОГО ХАРАКТЕРА ПО НЕДОПУЩЕНИЮ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ</b>	<b>15</b>
Свидетельства эффективности лечения	15
Что происходит, если проводится лечение злоупотребления психоактивными веществами?	15
Меры нелечебного характера по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами	19
Сочетание лечебных и нелечебных мер борьбы со злоупотреблением психоактивными веществами	21
<b>3. СОСТАВЛЯЮЩИЕ СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ</b>	<b>25</b>
Какие компоненты способствуют эффективности лечения?	25
Этапы лечения	25
Индивидуальные особенности пациентов и факторы лечения, имеющие важное значение для получения желаемых результатов	28
<b>4. ПОЧЕМУ ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НЕ СТОЛЬ ЭФФЕКТИВНЫМ, КАК ЛЕЧЕНИЕ ДРУГИХ БОЛЕЗНЕЙ?</b>	<b>31</b>
Последствия для проведения и оценки курсов лечения наркозависимости	31
Соблюдение режима, ремиссия симптомов и рецидивы при наркологической помощи	31
Соблюдение режима, ремиссия симптомов и рецидивы при лечении хронических заболеваний	32
Возможность планирования лечения и оценки хронических заболеваний	33



# Введение

Зависимость от психоактивных веществ весьма дорого обходится любому обществу по причине снижения производительности, распространения инфекционных заболеваний, возникновения семейных и социальных проблем, роста преступности и, разумеется, огромных затрат на оказание медицинской помощи. Эти обусловленные потреблением алкоголя и наркотиков проблемы не только снижают безопасность и качество повседневной жизни, но и являются источником значительных затрат. Например, по оценкам, в Соединенных Штатах Америки общие издержки в связи со злоупотреблением алкоголем в 1990 году составили 99 млрд. долл. США, а издержки в связи со злоупотреблением наркотиками – приблизительно 67 млрд. долл. США, в то время как в Австралии в 1992 году злоупотребление незаконными наркотиками в целом обошлось в 1684 млн. австралийских долларов (или 1237 млн. долл. США). В Канаде в 1992 году общие издержки в связи со злоупотреблением алкоголем составили, по оценкам, 7522 млн. канадских долларов (6223 млн. долл. США), а общие издержки в связи со злоупотреблением незаконными наркотиками – 1371 млн. канадских долларов (1134 млн. долл. США).

Вполне понятно, что эти проблемы сопровождаются также острыми дискуссиями по поводу того, что должны делать семья, школа, работодатели, правительство и/или общество, чтобы сократить эти издержки и снизить угрозу злоупотребления психоактивными веществами для общественного здоровья и безопасности граждан.

Есть мало стран, в которых, независимо от их экономического развития, существует хорошо развитая система общественного здравоохранения, призванная обеспечить лечение от злоупотребления различными психоактивными веществами на различных уровнях или от различных проявлений зависимости. Почему же не уделялось больше внимания рассмотрению, разработке и распространению различных методов лечения зависимости от психоактивных веществ? Возможно, первой причиной является тот факт, что социальные проблемы, вызываемые злоупотреблением наркотиками и алкоголем, привлекают к себе относительно большее внимание. Преступность, развал семьи, снижение экономической активности и социальное разложение – вот наиболее явные, потенциально опасные и дорогостоящие последствия наркомании для систем социального обеспечения большинства стран. Это мощный фактор формирования общего представления о том, что “вопрос наркотиков” является прежде всего проблемой преступности, для решения которой необходимы средства судебной защиты, а не проблемой здоровья, требующей профилактики и лечения.

Вторая причина того, что в политике большинства стран лечению наркомании уделяется меньшее внимание, заключается в том, что большинство стран скептически настроены относительно эффективности лечения от злоупотребления психоактивными веществами и большинство правительств сомневаются в том, “стоит ли” им заниматься. Кроме того, последние обследования показывают, что, даже по мнению большинства врачей широкого профиля и медицинских сестер, применяемые в настоящее время методы медицинского или профилактического вмешательства неприемлемы или неэффективны для лечения наркозависимости.

Третья причина того, что лечение как возможный вариант действий не получило, очевидно, более пристального внимания на уровне национальной политики борьбы со злоупотреблениями наркотиками, заключается в широко распространенном мнении о том, что лечение от злоупотребления психоактивными веществами можно якобы истолковывать таким образом, что ни в зависимости, ни в связанных с ней проблемах нельзя винить самих наркоманов; они “ничего не могут поделать с со-

*Обусловленные потреблением алкоголя и наркотиков проблемы не только снижают безопасность и качество повседневной жизни, но и являются источником значительных затрат.*

*Отводится ли в национальной политике какая-либо роль лечению зависимости в целях сокращения проблем, связанных с наркотиками?*

бой” и они не несут никакой ответственности за действия, которые ведут к зависимости либо являются ее следствием. В этой связи существует точка зрения, что лечение ориентировано исключительно на оказание помощи наркоманам, а не обществу. В таком случае зачем обществу тратить свои ресурсы, чтобы помочь человеку, который, возможно, причинил обществу вред? Многие считают подобный подход агрессивным и несправедливым.

Таким образом, лечебное вмешательство, которое, как считается, не может избавить от зависимости и которое, возможно, рассматривается как направленное лишь на оказание помощи социально отверженным наркоманам, во многих слоях общества популярностью не пользуется. Правильно ли такое понимание? Отводится ли в национальной политике какая-либо роль лечению зависимости в целях сокращения проблем, связанных с наркотиками? Ниже этот вопрос рассматривается под разными углами зрения. В первой части работы он рассматривается с точки зрения правительства или государственных учреждений, ставящих под сомнение ценность любого вмешательства в целях разрешения “проблем, связанных с наркотиками”, — к чему может привести “эффективное” вмешательство независимо от того, будет ли оно связано с применением наказания и осуществляться в рамках уголовного правосудия, будет ли носить просветительный характер, будет ли осуществляться в виде новой социальной политики или будет лечебным? В связи с этим в работе анализируются различные данные о пациентах, начинающих курс наркологического лечения: откуда они, кто или какое учреждение направило их на лечение и что ожидают от лечения эти учреждения и организации. Таким образом, вырисовывается ряд ожидаемых результатов, позволяющих считать такое решение “приемлемым” для общества, которому может быть предложено поддержать подобное вмешательство или политику.

Во второй части работы ожидаемые результаты и соответствующие меры используются для рабочего определения понятия “эффективности”. Исходя из этого определения рассматривается ряд научных публикаций и анализируются имеющиеся данные, позволяющие судить об эффективности некоторых наиболее популярных видов лечения от различных форм злоупотребления психоактивными веществами путем сравнения их с двумя обычными альтернативами нелечебного характера — отказ от какого-либо лечения вообще и мерами, принимаемыми системой уголовного правосудия, включая заключение в тюрьму.

Исходя из ожидаемых результатов и эмпирических выводов, содержащихся в первых двух частях данной работы, в третьей части предлагается рассмотреть, каким образом можно было бы организовать соответствующую систему эффективного лечения. В ней делается попытка определить ряд общих вопросов, связанных с лечением зависимости, рассмотреть некоторые выявленные комплексы мер из числа известных видов лечения и рекомендовать ряд “активных ингредиентов”, которые должны быть эффективными для различных групп пациентов.

В заключительной части работы поднимается важный вопрос, предназначенный для лиц, занимающихся разработкой политики: почему, как оказывается, лечение зависимости является не столь действенным или эффективным, как лечение других заболеваний? В качестве основы для обсуждения этого вопроса в работе сравнивается лечение зависимости с лечением трех хорошо изученных хронических заболеваний. Рассмотрение этого вопроса позволяет сделать особенно важные выводы относительно того, как лечение зависимости воспринимается широкой общественностью, как оно обычно осуществляется в рамках лечебных программ и как оно оценивается учеными.

# 1 | В каком случае вмешательство может быть социально приемлемым?

Ожидания общества,  
связанные  
с “эффективным”  
вмешательством





# 1. В каком случае вмешательство может быть социально приемлемым?

## Ожидания общества, связанные с “эффективным” вмешательством

### Почему лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, соглашаются на лечение?

Для объяснения того, кто будет лечиться от злоупотребления психоактивными веществами, используются общие модели востребования медицинских услуг. Однако исходные данные для таких экспериментальных моделей востребования медицинской помощи часто существенно отличаются от тех особых обстоятельств, под влиянием которых пациент принимает решение приступить к лечению от злоупотребления психоактивными веществами. В значительной степени обращения за общей медицинской помощью поступают непосредственно от потенциальных пациентов и определяются их личными и социальными факторами, например пониманием первичных медицинских симптомов, доступностью такой помощи с географической и финансовой точек зрения и предполагаемой степенью потенциальной помощи или улучшения в связи с появившимися первичными симптомами. Таким образом, обращение за общей медицинской помощью является типичным добровольным актом и редко зависит от давления какой-либо третьей стороны.

В отличие от медицинского вмешательства общего характера, просьбы о лечении от злоупотребления психоактивными веществами часто поступают от организации, учреждения или членов семьи, которым стало известно о злоупотреблении психоактивными веществами не прямо, а из факта наличия “обусловленных зависимостью” социальных, семейных и финансовых проблем или проблем со здоровьем или работой. За последнее десятилетие “обусловленными зависимостью” стали считаться проблемы, связанные с преступностью, безопасностью на рабочем месте, распространением различных инфекционных заболеваний и даже вопросы охраны здоровья в неонатальный период. Поэтому организации и учреждения, занимающиеся такими актуальными для общества проблемами, играют весьма важную роль в решении вопроса о лечении от злоупотребления психоактивными веществами, включая направление на лечение, с учетом того, в какой мере, по их мнению:

- наблюдаемая проблема связана со злоупотреблением психоактивными веществами;
- решение проблемы злоупотребления психоактивными веществами поможет добиться желаемых изменений;
- лечение от злоупотребления психоактивными веществами может привести к требуемому сокращению потребления психоактивных веществ и тем самым к желаемому ослаблению остроты “связанной с этим” проблемы.

Следует отметить, что с точки зрения большинства таких учреждений пожелания потенциального пациента не имеют первостепенного значения. Так, во многих слу-

*С точки зрения большинства таких учреждений пожелания потенциального пациента не имеют первостепенного значения. Так, во многих случаях направление на лечение от злоупотребления психоактивными веществами связано с определенным внешним принуждением.*

*В соответствии с ожиданиями органов систем здравоохранения “эффективное” лечение зависимости от психоактивных веществ означает снижение обусловленных потреблением психоактивных веществ серьезных рисков для общественного здоровья, таких как СПИД, гепатит и туберкулез.*

чаяя направление на лечение от злоупотребления психоактивными веществами связано с определенным внешним принуждением либо на основании приговора в системе уголовного правосудия, либо в соответствии с условиями probation/условно-досрочного освобождения, либо требований работодателя или давления со стороны семьи и общины. Под давлением со стороны общины, компетентных органов или семьи лечение от злоупотребления психоактивными веществами со временем изменилось с учетом изменений, вызванных обеспокоенностью общественности проблемами наркомании и политическими обязательствами о предоставлении доступных услуг. Давление такого рода является весьма важным как для будущего пациента, так и для общества, поскольку оно определяет характер соглашения о лечении и оценке его результатов.

### **Какие результаты ожидаются от лечения злоупотребления психоактивными веществами?**

Многие государственные органы и частные организации, такие как система социального обеспечения и система уголовного правосудия, отделения неотложной помощи, детские дома, программы трудоустройства и центры по борьбе с насилием в семье, в своей деятельности, связанной с социальными проблемами, вопросами трудоустройства и охраны здоровья, сталкиваются со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Эти органы и организации часто направляют своих подопечных, злоупотребляющих психоактивными веществами, на лечение, рассматривая его как средство решения “обусловленных зависимостью” проблем. Причины направления во многом и определяют ожидания в отношении целей такого лечения. Например, во многих странах направление на наркологическое лечение дают в основном больницы и другие органы системы здравоохранения. В соответствии с их ожиданиями “эффективное” лечение зависимости от психоактивных веществ означает снижение обусловленных потреблением психоактивных веществ серьезных рисков для общественного здоровья, таких как СПИД, гепатит и туберкулез, а также сокращение чрезмерного востребования первичной медико-санитарной помощи лицами, испытывающими зависимость от алкоголя и/или наркотиков.

В последние годы общественность и государственные органы стали проявлять серьезную озабоченность в связи с издержками, связанными с безработицей и социальным обеспечением. Лица, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками и получающие социальную помощь, сейчас могут направляться на наркологическое лечение в расчете на то, что в результате “эффективного” лечения улучшится возможность их трудоустройства или работы по специальности. Практически эти цели лечения предусмотрены в соглашениях между государственными учреждениями, действующими в сфере услуг, и программами лечения от злоупотребления психоактивными веществами, оказывающими лечебные услуги направляемым к ним лицам. Вставки 1–3 содержат данные о социальных издержках, обусловленных злоупотреблением психоактивными веществами, в различных странах.

За последнее десятилетие значительное внимание стало уделяться также издержкам, связанным со злоупотреблением наркотиками на рабочем месте. Возросло число программ, осуществляемых профсоюзами и администрацией для выявления среди сотрудников лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, и направления их на лечение. В таких случаях администрация и профсоюзы, как правило, весьма заинтересованы в том, чтобы после лечения эти сотрудники вернулись на свои рабочие места и смогли вновь активно трудиться, не создавая опасности для своих коллег.

И наконец, большинство стран обеспокоены проблемой преступности. В настоящее время, судя по статистическим данным Соединенных Штатов, у 60 процентов заключенных федеральных тюрем диагностированы нарушения, связанные с

**Вставка 1****Издержки, связанные со злоупотреблением психоактивными средствами в Соединенном Королевстве**

Судя по результатам исследования, опубликованного Министерством внутренних дел в феврале 2002 года, ежегодные экономические издержки, связанные со злоупотреблением психоактивными средствами, в Соединенном Королевстве составляют от 3,7 млрд. фунтов стерлингов (или 5,6 млрд. долл. США) до 6,8 млрд. фунтов стерлингов (или 10,3 млрд. долл. США). В основном эти издержки приходятся на систему уголовного правосудия и связаны с обусловленными наркоманами преступлениями, в частности с организованной преступностью, кражами со взломом, разбоем и насилием. Остальные социальные издержки приходятся на систему здравоохранения [около 235 млн. фунтов стерлингов (или 338 млн. долл. США) в 2001 году в связи с оказанием первичной медико-санитарной помощи, оказанием помощи в несчастных случаях, неотложной помощи и в связи с лечением от злоупотребления наркотиками], на работодателей, школу и семью [по оценкам, в целом социальные издержки составили от 10,9 млрд. фунтов стерлингов (или 16,5 млрд. долл. США) до 18,8 млрд. фунтов стерлингов (или 28,4 млрд. долл. США)].

По оценкам, 99 процентов этих издержек связаны с закоренелыми наркоманами. Судя по результатам исследования, в Соединенном Королевстве насчитывается 280 000 закоренелых наркоманов, на каждого из которых ежегодно приходится около 30 000 фунтов стерлингов (или 45 000 долл. США).

*Источник:* United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Home Office, "Drugs minister highlights savings in criminal justice: costs of drugs treatment expenditure", press release, 12 February 2002.

*Потери в результате обусловленного злоупотреблением наркотиками снижения производительности и преждевременной смертности в Бразилии составили 7,9 процента валового национального продукта.*

**Вставка 2****Социальные издержки в Австралии**

В Австралии проведено исследование с целью подсчета общих издержек, связанных со злоупотреблением незаконными психоактивными средствами в стране. На его основе сделан вывод о том, что в 1992 году в стране общие издержки материального характера составили 1 млрд. 248 млн. австрал. долл. (917 млн. долл. США). Основными компонентами издержек являются чистые издержки производства (связанные со смертностью от болезней населения трудоспособного возраста) и расходы правоохранительных органов.

*Источник:* D.J. Collins and H.M. Lapsley, *The Social Costs of Drug Abuse in Australia in 1988 and 1992*, National Drug Strategy Monograph Series (Canberra, Australian Government Publishing Service, 1996).

зависимостью от психоактивных веществ. Статистические данные по уличной преступности позволяют предположить, что в стране до 50 процентов всех имущественных преступлений совершается под воздействием алкоголя и/или наркотиков либо с целью приобрести алкоголь и/или наркотики на доходы от преступлений. В связи с обеспокоенностью положением с общественной безопасностью и учитывая взаимосвязь между преступностью и злоупотреблением психоактивными веществами, системе уголовного правосудия пришлось рассмотреть возможность использования различных видов лечения в качестве альтернативы тюремному заключению за преступления, связанные с наркотиками. Поэтому сотрудники полиции, должностные лица, надзирающие за условно-досрочно освобожденными и направленными на probation, судьи и другие работники системы уголовного правосудия играют важную роль в направлении на лечение от злоупотребления психоактивными

*В настоящее время, судя по статистическим данным Соединенных Штатов, у 60 процентов заключенных федеральных тюрем диагностированы нарушения, связанные с зависимостью от психоактивных веществ.*

### **Вставка 3**

#### **Социальные издержки, связанные со злоупотреблением психоактивными средствами в Бразилии**

Для подсчета издержек, связанных со злоупотреблением алкоголем и наркотиками, в Бразилии было проведено исследование, в рамках которого основное внимание уделялось вопросам консервативного лечения, снижения производительности на рабочем месте и социальным издержкам, связанным с преждевременной смертностью. По данным Министерства здравоохранения Бразилии, потери в результате обусловленной злоупотреблением наркотиками снижения производительности и преждевременной смертности в Бразилии составили 7,9 процента валового национального продукта, или 28 млрд. долл. США<sup>а</sup>.

В период с 1995 по 1997 год расходы на госпитализацию в связи с употреблением психоактивных веществ составили 601 540 115,33 реала (или 250 млн. долл. США). Причинами госпитализации являлись дорожно-транспортные происшествия, сердечная недостаточность, онкологические заболевания и попытки самоубийства<sup>а</sup>.

В июне 2001 года в Бразилии насчитывалось 215 810 больных синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). По данным Министерства здравоохранения, 25 процентов зарегистрированных больных СПИДом составляют лица, использующие шприцы для внутривенного введения наркотиков, их партнеры и дети, а 14 процентов заразились в результате использования общих шприцев<sup>б</sup>. Кроме того, 38,2 процента женщин, инфицированных СПИДом, злоупотребляли незаконными наркотиками либо сами, либо ими злоупотребляли их партнеры; у 36 процентов детей, больных СПИДом, незаконными наркотиками злоупотребляли матери либо их партнеры.

Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и злоупотреблением ими, являлись второй главной причиной госпитализации в психиатрические больницы и входят в число пяти основных причин всех случаев госпитализации в стране. В период с 1993 по 1997 год госпитализировано около 1 млн. человек с признаками психозов, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков<sup>а</sup>.

Исследования, проведенные Бразильским центром информации по психотропным препаратам (CEBRID) в 1989 и 1993 годах в ряде городов Бразилии, свидетельствуют о том, что наркотики употребляют до 90 процентов беспризорных детей и подростков. Самая низкая цифра была отмечена в Рио-де-Жанейро, но и там она превышала 50 процентов<sup>с</sup>.

Исследование, проведенное Государственной федерацией отраслей промышленности (FIESP) в Сан-Паулу по вопросам злоупотребления наркотиками и зависимости от алкоголя на рабочем месте, свидетельствует о том, что от 10 до 15 процентов рабочих и служащих сталкиваются с проблемами зависимости и в этой связи<sup>д</sup>.

- они проводят на больничном в три раза больше времени, чем из-за других болезней;
- эти проблемы являются причиной 50 процентов прогулов;
- в 5 раз повышается вероятность несчастных случаев на рабочем месте;
- эти проблемы являются причиной 15–30 процентов всех несчастных случаев на рабочем месте;
- в 8 раз повышаются расходы на пребывание в больнице;
- семьи в 3 раза чаще пользуются социальной и медицинской страховкой.

Последние исследования<sup>е</sup> показывают, что 80 процентов заключенных сталкиваются с проблемами употребления законных или незаконных наркотиков. По данным национального семинара по венерическим заболеваниям, предупреждению СПИДа и упо-

### Вставка 3

#### продолжение

треблению наркотиков в тюрьмах, проходившего в Бразилиа 16–17 декабря 1999 года, во многих штатах Бразилии основной формой передачи вируса иммунодефицита человека среди заключенных является использование общих шприцев для парентерального введения наркотиков.

<sup>a</sup> Бразилиа, Министерство здравоохранения, информационный сайт по вопросам психического здоровья: [www.saude.gov.br/Programas/mental/criar.htm#not1](http://www.saude.gov.br/Programas/mental/criar.htm#not1)

<sup>b</sup> Министерство здравоохранения/Университет штата Минас-Жерайс, Бразилиа, AJUDE-Brasil II Project, 2002, неопубликованные данные.

<sup>c</sup> A.R. Noto and others, *III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras* (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 1993).

<sup>d</sup> Magda Waismann, докторская диссертация, Федерация и Центр отраслей промышленности штата Сан-Паулу, 1995 год.

<sup>e</sup> Departamento Geral do Sistema Penitenciário, Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário, Rio de Janeiro, 1999.

*“Эффективное” лечение от злоупотребления психоактивными веществами должно не только вести к воздержанию – оно также должно быть направлено на разрешение дорогостоящих и социально опасных проблем, “связанных с зависимостью”.*

### Вставка 4

#### Злоупотребление и обладание наркотиками в системе уголовного правосудия на Маврикии

На середину февраля 2002 года статистические данные комиссара Маврикия по делам тюрем свидетельствовали о том, что:

a) примерно 706 из общего числа 1264 заключенных (или 56 процентов) виновны в совершении преступлений, связанных с наркотиками. Из 706 задержанных в связи с наркотиками 513 (или 73 процента) осуждены за обладание/злоупотребление наркотиками, а остальные — за их продажу, оборот и выращивание;

b) в ожидании суда по делам о наркотиках в тюрьмах находились 474 человека (или 51 процент) от общего числа (921) ожидающих суда задержанных. Из 474 задержанных и находящихся в тюрьмах в ожидании суда по делам о наркотиках 352 (или 74 процента) были задержаны за обладание/злоупотребление наркотиками.

Вышеуказанные данные свидетельствуют о том, что меры по недопущению обладания и злоупотребления наркотиками, принимаемые на уровне полиции, в судебной и тюремной системах, требуют соответственно огромных расходов. Финансирование лечения с учетом культурных особенностей позволит сократить такие расходы и уменьшить связанные с этим страдания.

*Источник:* Маврикий, Министерство социального обеспечения и исправительных учреждений.

ми веществами. Для них “эффективность” лечения зависимости от психоактивных веществ определяется сокращением преступности, числа правонарушений, совершаемых лицами, освобождаемыми условно-досрочно или направленными на probation, и процентом заключенных. Для иллюстрации последствий, вызываемых злоупотреблением наркотиками, для системы уголовного правосудия см. вставку 4.

В целом среди большей части населения абсолютно четко обозначилась тенденция считать, что “эффективное” лечение от злоупотребления психоактивными веществами должно не только вести к воздержанию – оно также должно быть направлено на разрешение дорогостоящих и социально опасных проблем, “связанных с зависимостью”.

## Конечные цели лечения и ожидания общества

Исходя из вышеизложенного, целесообразно рассмотреть три конечные цели, соотносящиеся с реабилитационными задачами пациента и с задачами общества в области общественного здравоохранения и безопасности:

- a) *Исключение или сокращение злоупотребления незаконными наркотиками и алкоголем.* Это важнейшая цель всех видов лечения от злоупотребления психоактивными веществами.
- b) *Улучшение здоровья и социальной функции пациентов.* Улучшение физического и психического здоровья, а также социальной функции пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, бесспорно является важной социальной задачей. Кроме того, такое улучшение имеет прямое отношение к предупреждению рецидивов злоупотребления психоактивными веществами.
- c) *Уменьшение угрозы общественному здоровью и безопасности.* Угроза общественному здоровью и безопасности со стороны лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, связана с формами поведения, способствующими распространению инфекционных заболеваний и совершению преступлений против личности и имущественных преступлений. В частности, серьезную угрозу для общественного здоровья создают использование общих шприцев и предложение сексуальных услуг в обмен на наркотики. Примерами повышенной угрозы общественной безопасности являются совершение имущественных преступлений и преступлений против личности в целях получения наркотиков, а также опасное обращение с автомобилями или оборудованием в состоянии алкогольного опьянения.

*Каждый вкладываемый в лечение доллар США сокращает потери от преступлений, связанных с наркотиками, расходы на систему уголовного правосудия и затраты в связи с кражами на 4–7 долл. США.*

В приводимом ниже обзоре эти три конечные цели используются для оценки эффективности программ лечения от злоупотребления психоактивными веществами, а также отдельных компонентов таких лечебных программ.

Кроме того, важным фактором, разумеется, являются связанные с вмешательством издержки и эффективность затрат на лечение. Вставка 5 содержит информацию об экономических выгодах лечения от злоупотребления наркотиками в Соединенных Штатах. На диаграмме 1 показаны результаты различных подходов, применяемых в Соединенных Штатах.

### Вставка 5

#### Социальные выгоды лечения от злоупотребления наркотиками в Соединенных Штатах

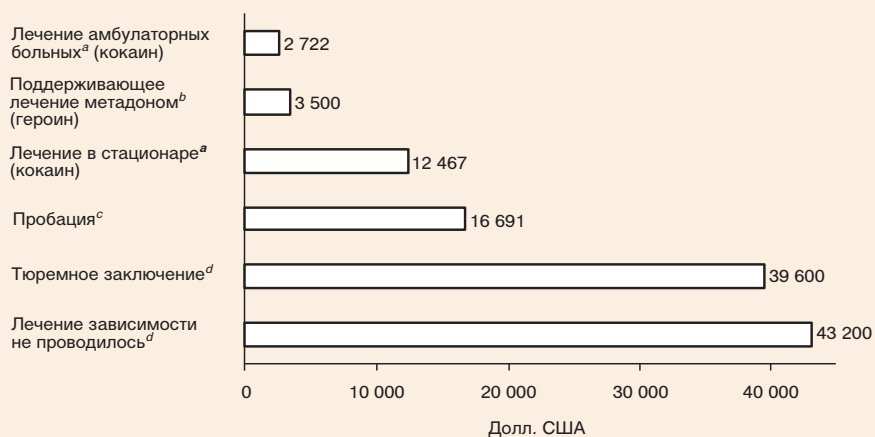
Возможность и доступность лечения обеспечивают значительные социальные выгоды. Каждый вкладываемый в лечение доллар США сокращает потери от преступлений, связанных с наркотиками, расходы на систему уголовного правосудия и затраты в связи с кражами на 4–7 долл. США. Если сюда добавить экономию по линии медицинской помощи, то, по расчетам, общая экономия может превысить расходы в 12 раз. Лечение от злоупотребления психоактивными веществами, снижая потребление наркотиков путем инъекций или заставляя пациентов прекращать их употребление, помогает снизить число таких передаваемых через кровь заболеваний, как ВИЧ и гепатиты В и С. Лечение помогает также улучшить отношения в семье и общине и перспективы трудоустройства.

*Источник:* Соединенные Штаты Америки, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Центр по борьбе с болезнями, *Policy Issues and Challenges in Substance Abuse Treatment*, 2000 (см. [www.cdc.gov/idu/facts/Policy.htm](http://www.cdc.gov/idu/facts/Policy.htm)).

### Диаграмма I

#### Ежегодные затраты на лечение наркомании в расчете на одного человека

(в долл. США)



<sup>a</sup> Данные за 1992 год. Средние затраты на больного значительно ниже указанной цифры, так как большинство пациентов находятся на лечении менее одного года.

<sup>b</sup> Данные за 1993 год.

<sup>c</sup> Данные за 1992 год с учетом инфляции с 1983 года.

<sup>d</sup> Данные за 1991 год.

Источник: Институт медицины, *Pathways of Addiction: Opportunities in Drug Abuse Research* (Washington, D.C., National Academy Press, 1966), p. 199, figure 8.1 (adapted).



# 2

**Альтернативные меры  
нелечебного характера  
по недопущению  
злоупотребления  
психоактивными  
веществами**





## 2. Альтернативные меры нелечебного характера по недопущению злоупотребления психоактивными веществами

### Свидетельства эффективности лечения

Во второй части настоящей работы ставится вопрос о том, является ли эффективным и ценным для общества тот или иной метод лечения зависимости с учетом двух других альтернативных вариантов государственной политики. Стремясь представить наиболее убедительные данные по вопросам, которые необходимо учитывать при разработке политики, в работе специально подчеркивается, что в качестве научно обоснованного стандарта используются контролируемые научные исследования экспериментального характера.

Если для убедительной аргументации по политическим вопросам необходимы именно такого рода исследования, то, к сожалению, по многим общественным и традиционным формам лечения контролируемых исследований экспериментального характера проводится крайне мало. Поэтому в ходе рассмотрения данных экспериментального характера многие из этих широко практикуемых форм лечения рассматриваться не будут. Тот факт, что исследования таких альтернативных форм лечения еще не проводились, не следует, однако, рассматривать как свидетельство того, что они являются неэффективными. И наоборот, если какая-то форма лечения широко практикуется, это не значит, что она эффективна.

Различия между “свидетельством о том, что лечение является эффективным”, “свидетельством о том, что лечение является неэффективным” и “отсутствием каких-либо свидетельств” особенно важно учитывать для целей разработки эффективной государственной политики по борьбе со злоупотреблением наркотиками. Один из моментов, о которых говорится в данной работе, заключается в том, что различные виды лечения от злоупотребления психоактивными веществами могут оцениваться на основе тех же научных стандартов, которые в настоящее время применяются для оценки других социальных программ и мер по охране общественного здоровья и безопасности. Такие виды лечения следует оценивать в рамках любой ответственной политики по борьбе со злоупотреблением наркотиками.

### Что происходит, если проводится лечение злоупотребления психоактивными веществами?

Хотя в большинстве стран этически невозможно отказать в лечении лицам, которые, судя по их состоянию, нуждаются в нем, в научной литературе указывается, что существуют ситуации, когда лица, испытывающие зависимость от психоактивных веществ, лечения не проходят. Такие ситуации позволяют в определенной степени понять, что происходит дальше, если лечение не проводится, с людьми, злоупотребляющими психоактивными веществами, с их

*Стремясь представить наиболее убедительные данные по вопросам, которые необходимо учитывать при разработке политики, в работе специально подчеркивается, что в качестве научно обоснованного стандарта используются контролируемые научные исследования экспериментального характера.*

здоровьем и здоровьем общества и с их социальной функцией. Недавно по этому вопросу было осуществлено три исследования.

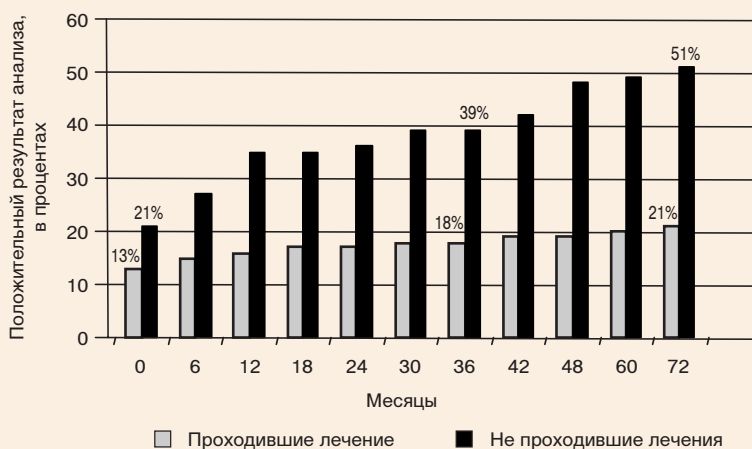
### Злоупотребление наркотиками путем инъекций

Мецгер и другие<sup>1</sup> рассматривают вопросы, связанные с употреблением наркотиков, использованием общих шприцев и степенью инфицированности ВИЧ на основе двух крупных выборок пациентов-наркоманов на почве опиатов в одном крупном городе Соединенных Штатов. Группа “проходящих лечение” (ПЛ) состояла из 152 пациентов, произвольно выбранных для участия в крупной общинной программе поддерживающего лечения на основе метадона. Этим лицам было предложено пригласить своих друзей, употребляющих героин, которые в течение по крайней мере одного года не проходили какого-либо лечения зависимости от психоактивных веществ. В результате была подобрана группа из 103 человек, испытывавших зависимость от героина, которые не лечились, — “не проходившие лечения” (НЛ). Они были сгруппированы по возрасту, расе, полу, месту жительства и другим соответствующим географическим и социальным факторам, ассоциируемым с употреблением наркотиков. Обе группы пациентов опрашивались и проходили проверку на ВИЧ каждые шесть месяцев в течение последних шести лет (каждый раз опрашивалось 90 процентов). Данные об инфицировании ВИЧ по каждой проверке в течение шестилетнего периода проведения исследования приводятся в диаграмме II.

Из диаграммы видно, что в ходе первой проверки позитивная реакция на ВИЧ была обнаружена у 13 процентов выборки ПЛ и у 21 процента выборки НЛ. Через шесть лет позитивная реакция на ВИЧ наблюдалась у 51 процента группы НЛ и лишь у 21 процента группы ПЛ. Таким образом, благодаря поддерживающему лечению метадонем на 60 процентов снизилась опасность инфицирования ВИЧ. Следу-

*Благодаря поддерживающему лечению метадонем на 60 процентов снизилась опасность инфицирования ВИЧ.*

**Диаграмма II**  
**Показатели инфицированности вирусом иммунодефицита человека на начало курса лечения**



<sup>1</sup> D.S. Metzger and others, “HIV seroconversion among in and out of treatment intravenous drug users: an 18-month prospective follow-up”, *AIDS*, vol. 6, No. 9 (1993), pp. 1049-1056.

ет также отметить, что если бы не было для сравнения группы лиц, не проходящих лечения, то данные по группе поддерживающего лечения метадоном могли бы привести к выводу о том, что это лечение ничего не дало, так как в группе находящихся на лечении все еще имели место случаи употребления наркотиков, пользования общими шприцами и даже новые случаи инфицирования ВИЧ. Тем не менее такое рискованное поведение отмечалось значительно реже и было не столь серьезным, как в группе лиц, не подвергавшихся лечению.

Следует подчеркнуть, что, хотя различия между группами по этим важным параметрам были существенными, это отнюдь не означает, что причиной отмеченных различий стало лечение. Вполне возможно и даже вероятно, что лица из группы “не проходивших лечения” не имели той мотивации к лечению, которая была у лиц, находившихся на лечении. Выявленные различия объясняются скорее отсутствием желания изменить свою жизнь, а не результатами самого лечения. По этой причине на начальном этапе лечения необходимо уравнивать степень мотивации, с тем чтобы потом можно было сделать правильные выводы об эффективности лечения зависимости от наркотиков.

### Лица, не имеющие мотивации

Отделить эффективность лечения зависимости от наркотиков от прямых последствий мотивации можно было бы, например, путем сравнения лиц с зависимостью от психоактивных веществ, согласившихся на лечение, и лиц, которые явно не были заинтересованы в таком лечении. Подобное исследование недавно было проведено Буттом и его коллегами<sup>2</sup> среди 4000 человек, употреблявших наркотики путем внутривенных инъекций, которые пожелали пройти проверку на ВИЧ и начать лечение от СПИДа в рамках кампании по борьбе со СПИДом в 15 городах Соединенных Штатов. В каждом городе лицам, употреблявшим наркотики путем внутривенных инъекций, было предложено принять участие в лечении от наркомании в рамках мер по снижению риска заболевания СПИДом. Эти лица были произвольно включены либо в группу “стандартного” консультирования по вопросам ВИЧ и проверки на ВИЧ, либо в “продвинутую” группу, для которой помимо стандартного консультирования и проверки предусматривались от одной до трех мотивационных консультаций врача. В ходе проверок, проводившихся через каждые шесть месяцев, у произвольно включенных в продвинутую группу показатель инъектирования наркотиков снизился вдвое (20 процентов по сравнению с 45 процентами), показатель воздержания повысился в четыре раза (что было подтверждено результатами анализа мочи), а показатель воздержания оказался значительно ниже (14 процентов по сравнению с 24 процентами) соответствующих показателей в группе стандартного консультирования и проверки.

Это исследование является важным по ряду причин. Во-первых, довольно скромные усилия со стороны системы здравоохранения, направленные на сокращение потребления наркотиков и пользования общими шприцами, посредством консультирования и проверки на ВИЧ привели к весьма значительному сокращению числа случаев такого поведения в целевой группе даже среди лиц, которые сначала не были заинтересованы в такого рода консультациях. Во-вторых, более масштабные, но по-прежнему ограниченные усилия по привлечению пациентов к более формальному лечению в семи городах, в которых проводилось исследование, позволили добиться еще более явного и устойчивого улучшения в таких социально важных аспектах, как использование общих игл и аресты. Из этого можно сделать вывод о том, что включение элемента лечения — не просто заранее постулируемое стремление к изменению

*Проверки и краткие  
врачебные консульта-  
ции могут сказывать-  
ся на “мотивации к ле-  
чению” и на здоровье  
пациентов в более  
длительном плане.*

<sup>2</sup> R.E. Booth, T.J. Crowley and Y. Zhang, “Substance abuse treatment entry, retention and effectiveness: out-of-treatment opiate injection drug users”, *Drug and alcohol dependence*, vol. 42, No. 1 (1996), pp. 11-20.

ям, которые произошли бы и так; в противном случае результаты данного лечения в произвольно набранных группах были бы приблизительно одинаковыми. Исследования по другим заболеваниям показывают, что проверки и краткие врачебные консультации могут сказываться на “мотивации к лечению” и на здоровье пациентов в более длительном плане. Указанные выше данные позволяют считать, что это справедливо даже для лиц, страдающих тяжелой хронической наркозависимостью.

*Стоимость помощи, оказанной каждой матери и ребенку в прошедшей курс лечения группе, в среднем была значительно меньше расходов на каждую мать и ребенка в группе, в которой осуществлялось наблюдение беременных, но не проводилось лечения зависимости от наркотиков.*

### **Затраты в связи с наркозависимостью, в отношении которой не проводится лечение: на примере наблюдения за беременными**

Свиксом и другими<sup>3</sup> было проведено исследование по вопросам стационарного лечения от наркомании беременных женщин, которые составляют одну из наиболее проблемных и требующих значительных расходов подгрупп лиц с зависимостью от психоактивных веществ. Употребление наркотиков во время беременности чрезвычайно опасно как для матери, так и для ребенка. Кроме того, расходы, связанные даже с оказанием экстренной помощи новорожденным у матерей, страдающих наркозависимостью, могут быть чрезвычайно большими. Поэтому исследование проводилось в целях изучения последствий для здоровья матери и ребенка, стандартного лечения зависимости от наркотиков в сочетании со стандартной программой наблюдения за беременными и перинатального наблюдения и связанных с этим расходов. Как и в исследовании Бута и других<sup>2</sup>, последствия лечения наркомании определялись среди лиц, сначала не собиравшихся лечиться. Все охваченные исследованием беременные женщины просто обратились к врачу в рамках медицинского наблюдения беременных, в ходе которого результаты обычной проверки на наркотики оказались позитивными на кокаин. Сравнивались две группы: первые 100 беременных женщин, включенных в совмещенную программу лечения зависимости от наркотиков и медицинского обслуживания беременных, и 46 женщин, которые были отобраны в ходе такой же проверки по расовым признакам, психическому состоянию, страховке и предыдущим родам, в целях соответствия женщинам, находящимся на лечении, но которые были выявлены за год до начала этой экспериментальной лечебной программы. Лечение зависимости от наркотиков включало предоставление внебольничной помощи по месту жительства в течение одной недели и затем амбулаторное наблюдение в течение всего периода беременности. Стационарное лечение проводилось в рамках наблюдения за беременными и было направлено на повышение стабильности и укрепление решимости женщин продолжать наблюдение после пребывания в стационаре. После недели пребывания в стационаре два раза в неделю проводились амбулаторные консультации по вопросам наркозависимости, совпадавшие с запланированными осмотрами в рамках наблюдения беременности.

В пренатальный период прошедшие лечение женщины посещали врачей в два раза чаще (8 раз в отличие от 4). Во время родов 37 процентов прошедших лечение женщин по сравнению с 63 процентами нелечившихся женщин продолжали употреблять наркотики (анализ мочи).

В таблице 1 приводятся основные выводы по обеим группам. Из таблицы видно, что в группе лечившихся женщин средний вес новорожденных был выше (2934 грамма по сравнению с 2539 граммами), а гестационный возраст при рождении превышал соответствующий возраст новорожденных в группе для сравнения более чем на один месяц (39 недель по сравнению с 34 неделями). После родов в отделение интенсивной терапии для новорожденных было помещено 10 процентов младенцев, родившихся у лечившихся женщин (в среднем на 7 дней) по сравнению с 26 процентами младенцев, родившихся у нелечившихся женщин (средняя продолжительность пребывания — 39 дней).

<sup>3</sup>D.S. Svikis and others, “Cost effectiveness of treatment for drug abusing pregnant women”, *Drug and alcohol dependence*, vol. 45, Nos. 1-2 (1997), pp. 105-113.

**Таблица 1 Вес, гестационный возраст при рождении и расходы**

46 контрольных пациенток	100 лечившихся пациенток
2 534 грамма	2 939 граммов
34 недели	39 недель
46 700 долл. США	14 500 долл. США

Стоимость помощи, оказанной каждой матери и ребенку в проходившей курс лечения группе, в среднем составила около 14 500 долл. США, включая стоимость лечения от злоупотребления наркотиками, что значительно меньше 46 700 долл. США, которые в среднем приходились на каждую мать и ребенка в группе, в которой осуществлялось наблюдение беременных, но не проводилось лечения зависимости от наркотиков. Авторы отмечают, что эти цифры являются явно заниженными, поскольку в них не учтены расходы на судебное разбирательство по уголовным и семейным делам, на услуги, предоставляемые детям и семьям, и продолжительная медицинская помощь матери и ребенку. Тем не менее они убедительно свидетельствуют о том, что лечение зависимости от наркотиков среди хронических наркоманов может быть эффективным с точки зрения затрат. Эти цифры также позволяют предположить, что лечение зависимости от наркотиков можно эффективно и успешно сочетать с оказанием традиционной перинатальной медицинской помощи.

## Меры нелечебного характера по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами

### Тюремное заключение

Вероятно, чаще всего предлагаемые альтернативы лечению от злоупотребления психоактивными веществами предусматривают применение мер уголовного правосудия и таких основных инструментов воздействия, как тюремное заключение, пробация, условно-досрочное освобождение и недавно появившиеся “учебные лагеря”. В связи с этим необходимо учитывать два важных обстоятельства, касающихся относительной стоимости борьбы со злоупотреблением психоактивными веществами с помощью тюремного заключения.

Во-первых, по крайней мере в большинстве стран строительство и эксплуатация тюрьмы — дело весьма дорогостоящее. В таблице 2 указаны некоторые примеры ориентировочной стоимости содержания тюремной камеры в расчете на одного заключенно-

*Одно тюремное заключение, даже если оно эффективно с точки зрения сокращения потребления алкоголя и наркотиков, совсем не обязательно является альтернативой, эффективной с точки зрения затрат, по сравнению с терапией.*

**Таблица 2 Стоимость эксплуатации одной тюремной камеры**

*(из расчета на одного заключенного в год)*

Страна	Стоимость
Австралия	64 486 австрал. долл. (что в настоящее время эквивалентно 33 184 долл. США)
Канада	51 202 канад. долл. (что в настоящее время эквивалентно 31 778 долл. США)
Ирландия	59 570 фунтов стерлингов (что в настоящее время эквивалентно 84 738 долл. США)
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	24 000 фунтов стерлингов (что в настоящее время эквивалентно 34 139 долл. США)
Соединенные Штаты Америки	27 000 долл. США

*Источники: “Abolish six-month terms to ease jail pressure, say MPs”, Sydney Morning Herald, 14 November 2001; “Industry Canada: prison population and costs 1997/98”, M2 Presswire, 6 April 1999; “Record levels of foreign inmates in British jails”, The Independent (London), 20 October 1999; “More staff than inmates in prisons”, Irish Times (Dublin), 7 July 2001.*

От 70 до 98 процентов лиц, осужденных за преступления, связанные с наркотиками, и не проходивших курса лечения в течение своего срока заключения, в течение года после освобождения вновь начали злоупотреблять наркотиками.

го. Судя по данным 1997 года, в Соединенных Штатах строительство федеральных тюрем с минимальным режимом безопасности обходится приблизительно в 35 000 долл. США за камеру, а эксплуатационные расходы на одну камеру в год на одного заключенного составляют приблизительно 27 000 долл. США. Таким образом, одно тюремное заключение, даже если оно эффективно с точки зрения сокращения употребления алкоголя и наркотиков, совсем не обязательно является альтернативой, эффективной с точки зрения затрат, по сравнению с терапией, стоимость многолетнего курса которой может быть практически ничтожной (например, через организации “Анонимные алкоголики”/“Анонимные наркоманы”/“Анонимные кокаиноманы”) либо достигать 19 000 долл. США за 28 дней пребывания в частной клинике. Примеры стоимости лечения и тюремного заключения в развивающихся странах см. во вставке 6.

Во-вторых, только в Соединенных Штатах проведено свыше 100 обследований заключенных после их освобождения, которые были осуждены за преступления, связанные с наркотиками. Несмотря на различный характер преступлений, разные приговоры, а также места и годы проведения этих обследований, поразительно сходство их результатов. В верхней части таблицы 3 указан ряд более крупных обследований, которые проводились под более жестким контролем. Из таблицы видно, что от 70 до 98 процентов лиц, осужденных за преступления, связанные с наркотиками, и не проходивших курса лечения в течение своего срока заключения, в те-

#### Вставка 6

##### Расходы на лечение и тюремное заключение в Таиланде

В 1999 году в Таиланде была проведена оценка стоимости лечения от наркомании в лечебных учреждениях, которая составила около 7 млн. долл. США (на основе 38 044 случаев госпитализации, каждый стоимостью около 185,10 долл. США).

Дополнительные социальные затраты, связанные со злоупотреблением наркотиками, приходится на исправительную (пенитенциарную) систему (тюремное заключение остается предпочтительным видом наказания). В 2000 году бюджет национальных исправительных учреждений в Таиланде в эквиваленте достиг приблизительно 156 млн. долл. США. Значительную часть заключенных составляли лица, совершившие преступления в связи с наркотиками (102 505 из 156 126 заключенных по состоянию на март 2002 года).

Источник: Таиланд, Канцелярия Премьер-министра, Совет по контролю над наркотиками.

**Таблица 3 Возобновление наркотизации лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами**

Исследование	Лица, злоупотребляющие психоактивными веществами	Процентная доля
<i>А. Возобновление наркотизации после освобождения из заключения</i>		
Обследование Валанта	447 лиц, страдающих от опиатной зависимости	91
Обследование Маддукса и Дезмонда	594 лица, страдающих от опиатной зависимости	98
Обследование Нурко и Ханлона	355 лиц, страдающих от опиатной зависимости	88
Обследование Ханлона и Нурко	237 наркоманов на почве разных психоактивных средств	70
<i>В. Повторное тюремное заключение</i>		
Обследование Нурко и Ханлона	355 лиц, страдающих от опиатной зависимости	58
Обследование Бэка и Шипли	100 000 наркоманов, 11 штатов	51

чение года после освобождения вновь начали злоупотреблять наркотиками. Кроме того, из нижней части таблицы 3 видно, что более половины заключенных, страдающих зависимостью от наркотиков, в течение года после своего освобождения были вновь заключены в тюрьму за преступления, связанные с наркотиками. Хотя, очевидно, можно считать, что общество будет защищено от последствий преступлений, связанных с наркотиками, пока совершившие их лица находятся в тюрьме, в конце концов почти все они рано или поздно выйдут на свободу, однако вряд ли можно утверждать, что тюремное заключение “явилось для них хорошим уроком”. Кроме того, исследования, проведенные в различных частях мира, свидетельствуют о том, что переполненность тюрем, злоупотребление наркотиками и ограниченный доступ к необходимым видам услуг могут отрицательно сказаться на здоровье заключенных, в том числе в результате возможного заражения такими передающимися через кровь заболеваниями, как ВИЧ/СПИД. Существует вероятность того, что такие негативные для здоровья последствия могут затронуть более широкие слои населения.

### Сочетание лечебных и нелечебных мер борьбы со злоупотреблением психоактивными веществами

Важное и политически значимое направление исследований посвящено изучению совокупных последствий сочетания тюремного заключения и/или других мер правового характера, например пробации и условно-досрочного освобождения, с медицинским вмешательством с целью определения совместимости обоих подходов и выявления эффекта от сочетания их совместного применения. Последствия сочетания лечения с пробацией/условно-досрочным освобождением наглядно изложены в реферате о недавно проведенном исследовании оценки эффективности лечения лекарственным препаратом налтрексон<sup>4</sup> дополнительно к пробации/условно-досрочному освобождению для лиц, отбывающих заключение в федеральных тюрьмах за преступления, связанные с опиатами.

В рамках исследования лицам, находившимся на пробации или получившим условно-досрочное освобождение, которые в последнее время или хронически злоупотребляли опиатами, была предоставлена возможность выбрать либо курс лечения налтрексоном в сочетании с обычной медицинской помощью, либо расширенную пробацию. Эти два варианта были приблизительно одинаковыми с точки зрения общей продолжительности и общего числа встреч с консультантом или должностным лицом, надзирающим за лицами на пробации или за условно-досрочно освобожденными.

Из числа первых 50 заключенных федеральных тюрем, направленных на пробацию/условно-досрочно освобожденных, около 65 процентов принимали налтрек-

*Для решения проблемы злоупотребления наркотиками возможно сочетание курса лечения и мер исправительного характера.*

<sup>4</sup> Налтрексон широко применяется как принимаемый внутрь антагонист опиатов, полностью блокирующий последствия употребления опиатов в течение 72 часов после приема. По сообщениям лиц, принимавших этот препарат, он дает мало побочных эффектов и его можно использовать в сочетании с обычными консультациями для оказания помощи опиатоманам в преодолении позывов к рецидиву после наступления абстиненции. Вообще говоря, этот наркотик не особенно популярен среди обычных опиатоманов, но высоко ценится пациентами из более обеспеченных социально-экономических групп населения (например, врачами и юристами, злоупотребляющими опиатами, и т. д.), которые под воздействием определенного внешнего давления (например, угрозы потери лицензии, важной работы и т. д.) регулярно принимают это лекарственное средство. Считается, что важным фактором соблюдения пациентом схемы приема налтрексона являются внешние обстоятельства с целью изменить стереотип поведения и таким образом ограничить и стабилизировать злоупотребляющими опиатами и связанные с этим проблемы среди лиц, злоупотребляющих опиатами, из числа так называемых “белых воротничков”. Кроме того, серьезной внешней причиной изменения стереотипа поведения является угроза тюремного заключения или повторного тюремного заключения лиц, злоупотребляющих опиатами, которые уже были однажды приговорены к тюремному заключению за преступления, связанные с опиатами. Таким образом, был сделан вывод о том, что угроза тюремного заключения в связи с рецидивом злоупотребления опиатами может явиться для них необходимым стимулом для приема налтрексона в качестве эффективного средства лечения дополнительно к стандартным процедурам пробации/условно-досрочного освобождения.

сон в течение всех шести месяцев исследования. В ходе лечения налтрексоном у них было выявлено значительно меньше опиатов в анализах мочи, чем у лиц, входивших в контрольную группу расширенной пробации. В первые 12 месяцев 32 процента лиц, проходивших курс лечения налтрексоном, были вновь арестованы и приговорены к тюремному заключению. Хотя эта цифра еще слишком высока, чтобы считаться удовлетворительной, из произвольно составленной группы расширенной пробации к тюремному заключению было повторно приговорено 60 процентов лиц. Практически во всех случаях в обеих группах приговоры к тюремному заключению были вызваны преступлениями, связанными с наркотиками.

Это и многие другие не упомянутые здесь исследования подтверждают три важных момента. Во-первых, для решения проблемы злоупотребления наркотиками возможно сочетание курса лечения и мер исправительного характера. Они отнюдь не обязательно исключают друг друга. Второй, и к тому же связанный с первым, момент заключается в том, что лечение от злоупотребления психоактивными веществами, осуществляемое в сочетании с мерами исправительного характера, может быть более эффективным, чем одни только меры, принимаемые в судебном порядке. В данном случае, как представляется, не только курс лечения налтрексоном способствовал улучшению результатов пробации/условно-досрочного освобождения; очевидно, что благодаря внешнему давлению со стороны системы уголовного правосудия удалось обеспечить более тщательное соблюдение курса лечения налтрексоном, что повысило его эффективность. В-третьих, хотя это исследование было в основном посвящено изучению фармакологического воздействия при лечении опиумной зависимости, ничто не мешает использованию этого метода и для оценки других форм лечения психосоциальных или поведенческих отклонений или эффективности применения других фармакологических средств при лечении лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, в сочетании с мерами уголовного наказания.

3

Составляющие  
современной  
наркологической  
помощи





### 3. Составляющие современной наркологической помощи

#### Какие компоненты способствуют эффективности лечения?

В настоящем разделе кратко рассматриваются научные публикации по проблемам лечения зависимости от психоактивных веществ с целью выявления переменных параметров процесса воздействия на пациента курса лечения, определяющих результативность мер по реабилитации наркоманов; а также попытки содействия более глубокому пониманию того, какие аспекты лечения являются “оправданными” с точки зрения общества.

Более полные и подробные сведения по данному вопросу читатель найдет в смежном издании “Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base” (“Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных”).

#### Этапы лечения

При изучении следующих факторов было установлено, что они оказывают влияние на результаты лечения на его различных этапах:

- Индивидуальные особенности пациентов и условия лечения
- Элементы и методы лечения
- Лекарственные препараты, применяемые на этапе дезинтоксикации и поддерживающего лечения
- Длительность лечения, продолжительность госпитализации и критерии завершения лечения
- Условия ухода за пациентом

Всесторонний обзор этих факторов приводится в вышеуказанном смежном издании.

#### Этап дезинтоксикации/стабилизации в процессе лечения

Медицинская дезинтоксикация является начальным и обязательным этапом лечения наркомании практически во всех ее формах. Термин “дезинтоксикация” используется как для описания лечения самого абстинентного синдрома (т. е. нейроадаптации), так и для стабилизации острых физиологических и эмоциональных симптомов, связанных с прекращением приема наркотиков, что может и не вызывать появления настоящего абстинентного синдрома. “Настоящая дезинтоксикация” необходима лишь при определенных видах зависимости, чаще всего от никотина, алкоголя, опиатов, барбитурата и бензодиазепинов. Хотя абстинентные синдромы и протоколы дезинтоксикации по каждому из этих наркотиков различны, в каждом

*“Настоящая дезинтоксикация” необходима лишь при определенных видах зависимости, чаще всего от никотина, алкоголя, опиатов, барбитурата и бензодиазепинов.*

*Этап дезинтоксикации/стабилизации организма при острых проявлениях абстиненции не следует рассматривать как полное излечение, поскольку это лишь подготовка к продолжительному лечению.*

из этих случаев (особенно в случае употребления барбитурата) постоянное употребление психоактивного вещества в постепенно возрастающих дозах и в течение все большего периода времени приводит к нейроадаптации, или “толерантности”, к данному наркотику в такой степени, когда для ощущения эйфории и, что особенно важно, для избавления от абстинентного синдрома обычно требуется все большее количество наркотика. Симптомы абстиненции отражают “реакцию” физиологической системы, функции которой были подавлены в результате употребления наркотика в течение продолжительного периода времени. И опять, хотя синдром отмены применительно к этим различным наркотикам имеет свои особые симптомы, как правило, симптомы абстиненции включают головную боль, ломоту в костях, лихорадку, озноб, в экстремальных случаях припадки, ретенционное слезотечение, насморк, диарею и глубокую эмоциональную подавленность. Эти симптомы особенно характерны для наркотиков на основе опиатов, и хотя они крайне неприятны, опасность для жизни они представляют лишь в редких случаях. Следует также отметить, что алкоголь, барбитураты и бензодиазепины также вызывают многие из вышеуказанных симптомов, в том числе припадки и аритмию, которые могут быть опасны для жизни в зависимости от истории болезни и общего самочувствия пользователя.

Верно также и то, что практически все потребляемые наркотики, включая кофеин, амфетамин, кокаин и галлюциногены, после резкого прекращения их регулярного употребления вызывают периоды острой (обычно от одного до трех дней для кофеина и галлюциногенов и до двух недель для амфетамина или кокаина) физической и эмоциональной неустойчивости, которая, хотя и связана с чувством дискомфорта, почти всегда проходит без медицинского вмешательства. Поэтому во многих странах лишь в отдельных случаях пациенты госпитализируются или за ними устанавливается наблюдение по месту жительства для оказания неотложной помощи в связи с неустойчивостью, вызываемой этими наркотиками.

#### *Показатели эффективности лечения на этапе дезинтоксикации/стабилизации*

Цели дезинтоксикации и стабилизации заключаются прежде всего в улучшении и стабилизации неконтролируемых острых медицинских и психиатрических симптомов либо симптомов, связанных с употреблением психоактивных веществ, которые не позволяют пациенту перейти непосредственно к этапу реабилитации. Однако этап дезинтоксикации/стабилизации организма при острых проявлениях абстиненции не следует рассматривать как полное излечение, поскольку это лишь подготовка к продолжительному лечению. Поэтому можно сказать, что дезинтоксикация была успешной, если вскоре после выписки (приблизительно в течение 2–3 недель) у пациента:

- отмечается значительное уменьшение физиологической и эмоциональной неустойчивости (по крайней мере, до уровней, приемлемых для проведения реабилитации в амбулаторных условиях);
- не наблюдается серьезных физиологических или психиатрических осложнений;
- пациент подключен к соответствующей программе реабилитации и выполняет ее.

#### **Этап лечения, связанный с реабилитацией/предупреждением рецидива**

Реабилитация рассчитана на пациентов, которые уже не страдают от острых психологических или эмоциональных последствий недавнего употребления психоактив-

ных веществ и нуждаются в программе изменения поведения для контроля над позывами к употреблению психоактивных веществ. Практическая цель этого этапа заключается в том, чтобы не допустить активного употребления психоактивных веществ, в результате чего может потребоваться повторная дезинтоксикация/стабилизация; помочь пациенту контролировать позывы к потреблению алкоголя или наркотиков, или того и другого, либо путем полного воздержания от всех наркотиков и алкоголя, либо через заместительную терапию; помочь пациенту восстановить или улучшить свое здоровье и социальную функцию в дополнение к реабилитации, а также в связи с тем, что такое улучшение образа жизни важно для непрерывного контроля над употреблением психоактивных веществ.

Существует широкий диапазон различных стратегий и методов лечения, используемых на этапе реабилитации/предупреждения рецидива для полного или частично разрешенных проблем, с которыми сталкиваются пациенты, и для поддержки планируемых у пациентов изменений. Такие стратегии предусматривают использование различных элементов, например психотропных лекарственных средств для облегчения «соответствующих проблем психического характера»; лекарственных препаратов для ослабления влечения к алкоголю и наркотикам, включая заместительную терапию; акупунктуру для устранения приобретенных нарушений метаболизма; учебные семинары, фильмы и групповые обсуждения для корректировки искаженных представлений об употреблении алкоголя и наркотиков; групповые и индивидуальные консультации, лечебные мероприятия, призванные улучшить понимание, определить ориентиры и поддержать изменение поведенческого стереотипа; и группы взаимопомощи (например, «анонимные алкоголики» и «анонимные наркоманы») для постоянной поддержки изменения поведенческого стереотипа, что важно для того, чтобы добиться устойчивого улучшения. Хотя большинство лечебно-реабилитационных программ ориентированы на воздержание, значительное число таких программ, осуществляемых в Австралии, Западной Европе и Северной Америке, а также во многих других частях мира, предусматривают использование лекарственных средств, блокирующих эффекты злоупотребления наркотиками и таким образом препятствующих повторному употреблению наркотиков.

#### *Показатели эффективности лечения на этапе реабилитации/предупреждения рецидива*

Все формы лечения, ориентированного на реабилитацию наркологического больного, преследуют четыре цели независимо от конкретных условий, способов, теоретического обоснования или методики реабилитации. К ним относятся:

- поддержание положительных сдвигов в физиологическом и эмоциональном состоянии, наступивших на этапе дезинтоксикации/стабилизации, во избежание необходимости в повторной дезинтоксикации;
- неизменное сокращение употребления алкоголя и наркотиков (большинство программ реабилитации в качестве своей цели предусматривают полное воздержание);
- привитие, адаптация и поддержка моделей поведения, ведущих к улучшению здоровья, социальной функции и снижению угрозы для общественного здоровья, например ВИЧ/СПИДа, и безопасности;
- разъяснение и поощрение изменений в поведении и образе жизни, несовместимых со злоупотреблением психоактивными веществами.

Уместно напомнить, что существует широкий диапазон критериев оценки эффективности, о которых говорилось в разделе 1. В частности, с точки зрения общества оправданны лишь такие меры по реабилитации лиц, страдающих от злоупотребления психоактивными веществами, которые обеспечивают долговременное решение проблем, ставших причиной проведения курса лечения и имеющих важное значение для самого пациента и всего общества.

*Оправданны лишь такие меры, которые обеспечивают долговременное решение проблем, ставших причиной проведения курса лечения и имеющих важное значение для самого пациента и всего общества.*

## Индивидуальные особенности пациентов и факторы лечения, имеющие важное значение для получения желаемых результатов

Обзор научной литературы по проблемам наркологической помощи позволяет выявить основные индивидуальные особенности пациентов, что дает возможность добиться лучших результатов в ходе реабилитации, в частности:

### Эффективное лечение:

- *Повышенная продолжительность курса лечения*
- *Оказание индивидуальной помощи*
- *Услуги специализированных служб*
- *Лекарственные препараты*
- *Поддержка*
- *Участие в группах взаимопомощи*

- незначительная степень зависимости;
- ограниченное число психиатрических симптомов при поступлении пациента;
- мотивация сверх предусмотренных изменений;
- наличие работы или финансовая независимость;
- наличие семьи и социальной поддержки трезвого образа жизни.

В таблице 4 обобщаются основные переменные составляющие или компоненты лечения, позволяющие достичь более весомых результатов в процессе лечения и реабилитации.

**Таблица 4** Компоненты эффективного лечения

#### *Переменные составляющие лечения*

- Повышенная продолжительность курса лечения
- Поддержка (финансовое стимулирование или выдача ваучеров за лечение и воздержание)
- Наличие индивидуального психолога-консультанта или лечащего врача
- Возможность прибегнуть к услугам специализированных служб, способствующих решению психиатрических проблем, проблем с трудоустройством и в семье
- Лекарственные препараты для:
  - блокирования позывов к приему наркотиков и последствий их употребления
  - ослабления психиатрических симптомов
- Участие в группах взаимопомощи ("анонимные алкоголики", "анонимные наркоманы") после реабилитации

В свете этих выводов вызывает удивление тот факт, что некоторые элементы лечения, широко представленные в программах лечения лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, не относятся к факторам, способствующим достижению лучших результатов. Например, в вышеупомянутом обзоре публикаций практически ничего не говорится о том, что любой из нижеследующих элементов позволяет достичь лучших или более устойчивых результатов лечения:

- беседы о вреде алкоголя/наркотиков;
- общие мероприятия в рамках групповой терапии, особенно обсуждение диаметрально противоположных точек зрения;
- применение акупунктуры;
- способы расслабления пациентов.

Как отмечалось выше, "отсутствие свидетельства" отнюдь не означает, что лечение является неэффективным. Некоторые из приведенных видов лечения, практики или бесед могут быть полезны для каких-либо одних пациентов или в каких-то определенных обстоятельствах, но в научной литературе ничего не говорится о контролируемых исследованиях таких аспектов лечения, которые доказывают его эффективность.

**4**

**Почему лечение зависимости является не столь эффективным, как лечение других болезней?**





## 4. Почему лечение зависимости является не столь эффективным, как лечение других болезней?

### Последствия для проведения и оценки курсов лечения наркозависимости

В предыдущих разделах настоящей работы рассматривалась проблема лечения наркозависимости с точки зрения того, во сколько оно обходится обществу. В результате напрашивается вывод о том, что можно относительно просто ответить на вроде бы прямо сформулированный вопрос о стоимости и значимости такого лечения. Однако этот вопрос отнюдь не прост, и в работе делается попытка показать, что вполне обоснованные ожидания общества в связи с той или иной формой лечения в целях “решения проблемы наркотиков” должны предусматривать решение многих самых различных вопросов, связанных, как правило, с проблемами “наркомании”, представляющимися обществу столь ужасными и требующими огромных расходов. В медицине для оценки лечения подход на основе множественности результатов обычно не применяется. При лечении самых сложных хронических заболеваний ожидается, что курс “эффективного” лечения позволит уменьшить симптомы, усилить функцию и исключить рецидив, особенно дорогостоящий.

### Соблюдение режима, ремиссия симптомов и рецидивы при наркологической помощи

Важно отметить, что не все случаи зависимости являются хроническими. Многие лица с диагнозом зависимости от психоактивных веществ полностью выздоравливают даже без лечения. У других после лечения наступает долгий период ремиссии. Вместе с тем у многих из тех, кто страдает зависимостью и свойственными ей расстройствами, после лечения отмечаются многократные рецидивы. Считается, что подверженность рецидивам сохраняется на многие годы, а возможно, и на всю жизнь. Известно также, что пока надежного “средства” от наркотической зависимости не найдено. По изложенным выше причинам лица, испытывающие зависимость от алкоголя и/или других наркотиков и пытающиеся продолжить их употребление, но в меньшем количестве, весьма вероятно, столкнутся с проблемами “контролируемого употребления”. Из числа лиц с психоактивной зависимостью пациенты, посещающие рекомендованные занятия и консультации и соблюдающие назначенную схему лекарственной терапии, добиваются положительных результатов в течение 6–12 месяцев после окончания лечения или по крайней мере эффект лечения сохраняется на этот период. Однако большинство лиц, приступающих к тому или иному виду лечения, либо прекращают его до окончания курса лечения, либо игнорируют советы врача продолжать принимать лекарства и посещать группы реабилитации или взаимопомощи. Хорошо известно также, что проблемы, связанные с низ-

*При лечении самых сложных хронических заболеваний ожидается, что курс “эффективного” лечения позволит уменьшить симптомы, усилить функцию и исключить рецидив, особенно дорогостоящий.*

*Гипертония, диабет и астма, возможно, не обязательно протекают непрерывно или неизменно имеют летальный исход, если только соблюдается установленный порядок приема лекарственных средств, диета и изменяется характер поведения...*

ким социально-экономическим положением, сопутствующими психическими расстройствами и отсутствием семьи или социальной поддержки, относятся к числу наиболее важных переменных, ассоциируемых с несоблюдением курса лечения зависимости и возникновением рецидивов после его окончания. В силу многочисленных сопутствующих медико-социальных проблем и нестрогого соблюдения требований, связанных с медицинскими и поведенческими компонентами методики лечения, последующие обследования через год после окончания лечения, как правило, показывают, что лишь 40–60 процентов прошедших курс лечения соблюдают режим воздержания, хотя еще 15–30 процентов лиц не возобновляют в этот период употребление психоактивных веществ, при котором они испытывают зависимость.

Многие специалисты наркологической помощи выражают озабоченность в связи со столь большим числом пациентов, страдающих зависимостью от алкоголя и наркотиков, которые не соблюдают рекомендованный курс лечения, а также в связи с тем, что впоследствии многие возобновляют употребление психоактивных веществ. Как указывалось выше, в настоящее время имеется ряд препаратов, доказавших свою эффективность при лечении зависимости от алкоголя и опиатов. Однако для получения желаемого результата эти препараты необходимо принимать на регулярной основе, а несоблюдение этого условия резко снижает их эффективность. Клинические исследования в этой области направлены на создание аналогичных лекарственных средств пролонгированного или отсроченного действия, а также на разработку поведенческих программ в целях более тщательного соблюдения пациентами условий лечения.

### **Соблюдение режима, ремиссия симптомов и рецидивы при лечении хронических заболеваний**

Гипертония, диабет и астма являются тщательно изученными хроническими заболеваниями, требующими непрерывного лечения в течение большей части жизни пациента, возможно, в течение всей его жизни. Вместе с тем эти заболевания не обязательно протекают непрерывно или неизменно имеют летальный исход, если только соблюдаются установленный порядок приема лекарственных средств, диета и изменяется характер поведения. Последнее необходимо пояснить. Лечение этих заболеваний в значительной степени зависит от изменения характера поведения и соблюдения схемы приема лекарственных средств, с тем чтобы реализовать заложенный в них потенциал эффективности. В недавно опубликованном обзоре исследований результатов лечения этих заболеваний отмечается, что важнейшей определяющей результатов лечения является соблюдение пациентами рекомендованной схемы приема лекарственных средств. Вместе с тем исследования показывают, что полностью соблюдают схему приема лекарственных средств менее 60 процентов взрослых диабетиков группы 1, в которой лечение проводится на основе инсулина, и менее 40 процентов астматиков и гипертоников. Еще хуже обстоят дела с изменением характера поведения и диеты, столь важными для закрепления кратковременных улучшений в протекании этих хронических заболеваний. Обзор последних исследований в области диабета, гипертонии и астмы у взрослых свидетельствует о том, что менее 30 процентов пациентов, проходящих курс лечения от этих заболеваний, соблюдают предписанные изменения диеты и/или поведения, которые призваны повысить их функциональную активность и снизить риск рецидива. По всем трем хроническим заболеваниям, судя по таблице 5, предписанные требования хуже всего соблюдаются, со всеми вытекающими из этого последствиями, пациентами с низким социально-экономическим статусом, с ограниченной семейной и социальной поддержкой или с сопутствующим серьезным психическим расстройством.

Анализ соблюдения схемы приема лекарственных средств и требований, связанных с изменением характера поведения, в ходе лечения других хронических заболева-

**Таблица 5** Факторы, вызывающие рецидив гипертонии, диабета и астмы

- Неполное соблюдение предписанной схемы приема лекарственных средств, диеты либо нового режима поведения
- Низкий социально-экономический статус
- Ограниченная семейная поддержка
- Сопутствующее психическое расстройство

ний позволяет провести важные параллели с лечением зависимости от наркотиков. Во всех случаях этих заболеваний несоблюдение пациентом лечебного режима является одной из основных причин повторного появления симптомов заболевания; во всех случаях этих заболеваний хуже всего эти требования соблюдаются лицами, сталкивающимися с сопутствующими медицинскими, психическими, семейными и социальными проблемами. Возможно, в силу такой схожести в подходах к соблюдению лечебного режима отмечается также схожесть рецидивов или повторного заболевания. Данные исследований свидетельствуют о том, что у 30–50 процентов взрослых, лечившихся от диабета с помощью инсулина, и приблизительно у 50–70 процентов взрослых, лечившихся от гипертонии и астмы, каждый год вновь появляются настолько сильные симптомы этих заболеваний, что приходится по крайней мере вновь назначать им лекарственные средства и/или оказывать дополнительно медицинскую помощь в целях повторной ремиссии симптомов. Во многих случаях повторное появление симптомов приводит к серьезным осложнениям для здоровья. Например, у не соблюдающих режим диабетиков часто приходится ампутировать конечности, и у них нередко наступает слепота. При гипертонии осложнения могут часто наступать в виде приступа стенокардии и сердечно-сосудистых заболеваний.

## Возможность планирования лечения и оценки хронических заболеваний

Настоящий раздел посвящен вопросу о том, следует ли при лечении зависимости руководствоваться принципами лечения острых или хронических заболеваний.

Каких-либо “определенных средств” лечения от любого из рассматриваемых здесь хронических заболеваний не существует. Тем не менее интересно отметить, что, несмотря на значительную сопоставимость показателей соблюдения требований и рецидивов всех рассмотренных заболеваний, нигде серьезно не ставится вопрос о том, является ли лечение диабета, гипертонии или астмы “эффективным” и должно ли оно дополняться медицинским страхованием. Этот вопрос, однако, является весьма актуальным применительно к лечению зависимости от наркотиков. В этой связи интересно отметить, что относительно высокий процент у лечившихся от диабета пациентов рецидивов гипертонии и астмы после прекращения принятия ими лекарственных средств рассматривается как подтверждение эффективности этих лекарственных средств и важности программ, способствующих соблюдению лечебных требований. Напротив, после прекращения лечения зависимости рецидивы потребления алкоголя и наркотиков часто рассматриваются как свидетельство того, что такое лечение не было успешным.

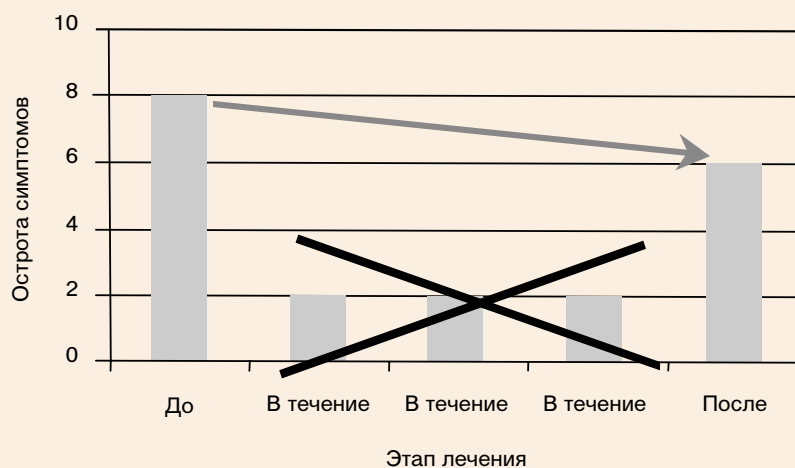
Лечение зависимости от наркотиков проводится и, что особенно важно, оценивается по другим принципам, чем те, которые применимы к лечению хронических заболеваний. Особенно важным в этом отношении является то, что для лечения зависимости от наркотиков редко используется модель оказания постоянной помощи, приемлемая для хронических болезней. И действительно, за исключением поддерживающего лечения метадонотом и групп взаимопомощи, большинство современных курсов лечения зависимости от наркотиков связано с оказанием экстренной меди-

*Лечение других хронических заболеваний позволяет провести важные параллели с лечением зависимости от наркотиков.*

*Лечение зависимости от наркотиков оценивается по другим принципам, чем те, которые применимы к лечению хронических заболеваний...*

цинской помощи. Например, человек, испытывающий зависимость от наркотиков, обычно подключается к программе реабилитации амбулаторных пациентов продолжительностью от 30 до 90 дней, которая иногда сопровождается медицинским наблюдением или медикаментозным лечением. После этого периода лечения пациент, как правило, переводится в «общинные учреждения». Хотя лечение от наркомании может рассматриваться с точки зрения специалистов как непрерывное, фактически оно осуществляется в значительной степени так же, как и лечение хирургического больного после операции по замене сустава. Оценка результатов обычно проводится через 6–12 месяцев по окончании лечения в связи с тем, что, как ожидается, в результате лечения от наркомании после завершения курса лечения должно наблюдаться устойчивое уменьшение симптомов. В отличие от лечения других хронических заболеваний, уменьшение симптомов во время лечения рассматривается как несоответствующее ожидаемым результатам лечения от наркомании (см. диаграмму III).

**Диаграмма III**  
**Гипотетическое лечение наркомании**



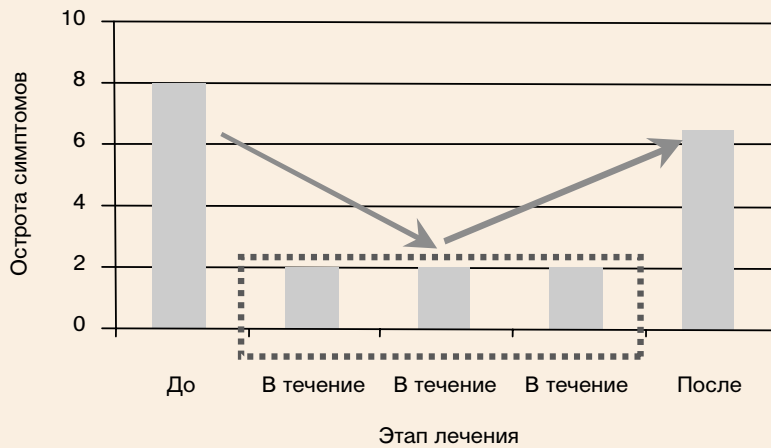
Этот довод не имеет ничего общего с тем, является ли зависимость в своей основе болезнью, дурной привычкой, социальной проблемой или всем этим, вместе взятым. Кроме того, не имеет значения, является ли лечение по существу попыткой устранения ряда биологических отклонений от нормы, решения проблемы психологического характера, обучения новому стереотипу поведения или разработки улучшенной системы социальной поддержки. Ожидается, что в конечном счете определенное сочетание лекарственных средств, консультативной и лечебной помощи, социальных услуг и/или систем социальной поддержки существенным образом изменит коренные причины зависимости, устранит причинные факторы и обеспечит устойчивое улучшение.

Более реально ожидать, что имеющиеся в настоящее время меры воздействия не в состоянии раз и навсегда решить эту проблему в ее основе. Они могут лишь сократить число и снизить остроту симптомов и улучшить функцию организма при условии участия пациента в лечении. Это именно то, что сейчас прежде всего ожидается от лечения хронических болезней (см. диаграмму IV). Если от этого лечения ожидать такого же эффекта, как и от «экстренной помощи», то можно получить неправильные и даже абсурдные результаты. Например, посмотрим, какой результат будет получен от применения современных лечебных методик и программы оценки

результатов лечения от наркомании к режиму лечения от гипертонии. Представим себе, что пациенты с диагнозом гипертонии подключаются к программе реабилитации амбулаторных больных гипертонией продолжительностью от 30 до 90 дней, в рамках которой им предлагаются медикаментозное лечение, изменение стереотипов поведения, консультации по вопросам диеты и курс физических упражнений. В конце этого периода лекарственная терапия прекращается и пациентам предлагается обратиться в общинные учреждения. Через шесть месяцев группа оценки связывается с пациентами, с тем чтобы выяснить, наблюдалось ли у них в течение всего периода после окончания лечения нормальное кровяное давление. Будет считаться, что лечение успешно прошли только те пациенты, которые соответствуют этому критерию. Совершенно очевидно, что такая гипотетическая программа лечения и, соответственно, его оценка являются абсурдными и неприемлемыми для любого хронического заболевания, в том числе зависимости от наркотиков.

*Более реально ожидать, что имеющиеся в настоящее время меры воздействия не в состоянии фаз и навсегда решить эту проблему в ее основе. Они могут лишь сократить число и снизить остроту симптомов.*

**Диаграмма IV**  
**Гипотетическое лечение гипертонии**



## Список литературы

### *Исдержки, связанные с зависимостью от психоактивных веществ*

Collins, D.J., and Lapsley, H.M. The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1996 (National Drug Strategy Monograph Series).

The costs of substance abuse in Canada. By E. Single and others. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse, 1996.

Gerstein, D., and Harwood, H., eds. Treating drug problems. Washington, D.C., National Academy Press, 1990 (v. 1).

Institute of Medicine. Broadening the base of treatment for alcohol problems, Washington, D.C., National Academy Press, 1990.

Rice, D.P., Kelman, S., and Miller, L.S. Estimates of the economic costs of alcohol, drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public health reports* 1063:281-292, 1991.

### *Отношение медиков к лечению наркомании*

Schuckit, M.A. Why don't we diagnose alcoholism in our patients? *Journal of family practice* 25:225-226, 1987.

Weisner, C.M., and Schmidt, L. Alcohol and drug problems among diverse health and social service populations. *American journal of public health* 83:824-829, 1993.

### *Модели использования служб оказания медико-санитарной помощи*

Aday, L., and Anderson, R.A. A framework for the study of access to medical care. *Health services research* 9:208-220, 1974.

Greenley, J.R., and Mechanic, D. Social selection and seeking help for psychological problems. *Journal of health and social behavior* 17:249-262, 1976.

Padgett, D., Struening, E., and Andrews, H. Factors affecting the use of medical, mental health, alcohol and drug treatment services by homeless adults. *Medical care* 28:9:805-821, 1990.

Schmidt, L.A. The role of problem drinking in psychiatric admissions. *Addiction* 90:3:375-389, 1995.

Weisner, C. Toward an alcohol treatment entry model: a comparison of problem drinkers in the general population and in treatment. *Alcoholism: clinical and experimental research* 17:4:746-752, 1993.

Weisner, C.M. The social ecology of alcoholism treatment in the U.S. In *Recent developments in alcoholism*. Ed. by M. Galanter. New York, Plenum Press, 1987, pp. 203-243.

### *Новые концепции лечения наркомании*

Musto, D.F. The American disease; the origins of narcotic control. New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1973.

Room, R., Greenfield, T., and Weisner, C. People who might have liked you to drink less: changing responses to drinking by U.S. family members and friends, 1979-1990. *Contemporary drug problems* 18:4:573-595, 1991.

Schmidt, C.M., and Weisner, L.S. Spare people in the public sector human services. Paper presented at the International Conference on Alcohol and Drug Treatment Systems Research. Kettil Braun Society, Toronto, Canada, 18-22 October 1990.

### *Ожидания, связанные с лечением наркомании*

Harlow, C.W. Comparing federal and state prison inmates. Washington, D.C., Bureau of Justice Statistics, 1994.

Harwood, H.J., Fountain, D. and Livermore, G. The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States. Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1998 (National Institutes of Health publication 98-4327).

Institute of Medicine. Managing managed care; quality improvement in behavioral health. Washington, D.C., National Academy Press, 1997.

National Center for Addiction and Substance Abuse at Columbia University. Behind bars; substance abuse and America's prison population. New York, 1998.

Weisner, C.M., Greenfield, T., and Room, R. Trends in the treatment of alcohol problems in the U.S. general population, 1979 through 1990. *American journal of public health* 85:1:55-60, 1994.

*Сравнительная эффективность: альтернативы лечебного и нелечебного характера*

Booth, R.E., Crowley, T.J., and Zhang, Y. Substance abuse treatment entry, retention and effectiveness: out-of-treatment opiate injection drug users. *Drug and alcohol dependence* 42:1:11-20, 1996.

Cost effectiveness of treatment for drug abusing pregnant women. By D.S. Svikis and others. *Drug and alcohol dependence* 45:1-2:105-113, 1997.

Finnegan, L., and Kandall, S. Maternal and neonatal effects of alcohol and drugs. In Substance abuse; a comprehensive textbook. Ed. by L. Lowinson and others. 2nd ed. Williams and Wilkins, 1992, pp. 628-656.

Glantz, J.K., and Woods, J.R. Cocaine, heroin and phencyclidine: obstetric perspectives. *Clinical and obstetrical gynecology* 36:279-301, 1993.

HIV seroconversion among in and out of treatment intravenous drug users: an 18-month prospective follow-up. By D.S. Metzger and others. *AIDS* 6:9:1049-1056, 1993.

Perinatal substance abusers: psychological and social characteristics. By D.L. Haller and others. *Journal of nervous and mental disease* 181:509-513, 1993.

Phibbs, C.S., Bateman, D.A., and Schwartz, R.M. The neonatal costs of maternal cocaine use. *Journal of the American medical association* 266:1521-1526, 1991.

Robins, L., and Mills, J. Effects of in-utero exposure to street drugs. *American Journal of public health* 83:123-129, 1993.

*Издержки, связанные с альтернативами тюремного заключения/уголовного правосудия*

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. An overview study; assistance to drug users in European Union prisons. Cranstoun Drug Services Publishing, London, 2001.

Inciardi, J.A. Some considerations on the clinical efficacy of compulsory treatment: reviewing the New York experience. In Compulsory treatment of drug abuse; research and clinical practice. Ed. by C.G. Leukefeld and F.M. Tims. Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1988 (NIDA Research Monograph, 86).

Jürgens, R. HIV/AIDS in prisons; final report. Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, Montreal, 1996.

*Сочетание мер лечебного и нелечебного характера*

Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. By J. Cornish and others. *Journal of substance abuse treatment* 13:477-489, 1998.

*Соблюдение предписаний и рецидивы лечения наркомании*

Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. By A.I. Alterman and others. *Journal of nervous and mental disease* 182:157-163, 1994.

*Drug abuse treatment; a national study of effectiveness.* By R.L. Hubbard and others. Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina Press, 1989.

Gerstein, D., and Harwood, H., eds. *Treating drug problems: a study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems.* Washington, D.C., National Academy Press, 1990 (v. 1).

Marlatt, G.A. Matching clients to treatment: treatment models and stages of change. In *Assessment of addictive behaviors.* Ed. by D.M. Donovan and A. Marlatt. New York, Guilford Press, 1988, pp. 474-483.

Moos, R.H., Finney, J.W., and Cronkite, R.C. *Alcoholism treatment; context, process and outcome.* New York, Oxford University Press, 1990.

Naltrexone and alcohol dependence: role of subject compliance. By J.R. Volpicelli and others. *Archives of general psychiatry* 54:737-742, 1997.

Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. By K.M. Carroll and others. *Archives of general psychiatry* 51:177-187, 1994.

*Соблюдение предписаний и ремиссия при лечении хронических заболеваний*

Clark, L.T. Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertensive populations. *American heart journal* 121:2, part 2:664-669, 1991.

Compliance with pulmonary medication in general practice. By F.W. Dekker and others. *European respiratory journal* 6:6:886-890, 1993.

Drug addiction, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. By A.T. McLellan and others. *Journal of the American medical association* 284:13, 2000.

Gorlin, R. Hypertension and ischemic heart disease: the challenge of the 1990s. *American heart journal* 121:2, part 2:658-663, 1991.

Dropout and relapse during diabetes care. By A.L. Graber and others. *Diabetic care* 15:11:1477-1483, 1992.

Herman, W.H., and Teutsch, S.M. Diabetic renal disorders. In *Diabetes data.* National Diabetes Data Group, Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 1985.

Horowitz, R.I. Treatment adherence and risk of death after a myocardial heart infarction. *Lancet* 336:8714:542-545, 1993.

Kurtz, S.M. Adherence to diabetic regimes: empirical status and clinical applications. *Diabetes education* 16:1:50-59, 1990.

O'Brien, C.P., and McLellan, A.T. Myths about the treatment of addiction. *Lancet* 347:237-240, 1996.

Schaub, A.F., Steiner, A., and Vetter, W. Compliance to treatment. *Journal of clinical and experimental hypertension* 15:6:1121-1130, 1993.

Sincock, P. Hospitalization of diabetes. In *Diabetes data.* National Diabetes Data Group, Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 1985.



[www.unodc.org/odccp/treatment\\_toolkit.html](http://www.unodc.org/odccp/treatment_toolkit.html)

