

Некоторые этические/психологические проблемы реализации программ снижения вреда среди ПН (Елшанский)

<http://www.antidrug.health.am/news/drugs/addiction/2065/>

В настоящее время употребление наркотиков стало важнейшей медицинской, социальной и психологической проблемой. Количество употребляющих наркотики в нашей стране постоянно растет (10), а распространение наркомании уподобляется эпидемии (3). Лица, применяющие наркотики внутривенно, составляют значительное число зараженных ВИЧ-инфекцией и больных СПИДом (3, 4). Внутривенный способ введения также способствует распространению вирусных гепатитов (2).

Чрезвычайно быстрое распространение ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков обычно связывают со следующими факторами:

- отсутствие знаний о ВИЧ и СПИДе среди потребителей наркотиков;
- недостаток стерильных инструментов для инъекций;
- наличие социальных механизмов быстрого и активного распространения инфекции среди потребителей наркотиков (1).

Необходимость новых подходов к проблеме наркомании очевидна. Традиционный для нашей страны взгляд на наркоманию, как на серьезную болезнь, нуждающуюся в обязательном лечении, безусловно, обоснован. Однако несомненно и то, что существует значительная часть потребителей наркотиков, которые по собственной воле вряд ли когда-либо обратятся за медицинской помощью, как и существуют и те, кто, несмотря на пройденное лечение, возобновил употребление наркотиков. Эти люди оказываются вне сферы влияния каких-либо медицинских служб. А ведь именно они и представляют собой группу наибольшего риска в отношении заболеваний, передающихся через совместное употребление шприцев и игл, равно как и совершения противоправных действий, связанных с употреблением наркотиков, в частности, в плане вовлечения новых потребителей, что способствует дальнейшему развитию наркоманической эпидемии.

Одним из “нетрадиционных” для нашей страны подходов к проблеме употребления наркотиков, направленных на снижение опасностей, которое оно несет в себе, являются развиваемые рядом международных организаций так называемые программы “снижения вреда” среди потребителей наркотиков (“harm reduction”).

Однако осуществление этих программ в ряде своих аспектов наталкивается на определенные этические, психологические и правовые проблемы. Анализ этих проблем и является целью данной работы. Актуальность такого исследования представляется очевидной – как в связи с весьма вероятным широкомасштабным внедрением программ “снижения вреда” среди потребителей наркотиков в нашей стране в достаточно близком будущем, так и в свете Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Следует заметить, что сложность поднимаемого вопроса и ограниченность объема данной статьи не позволяют осветить все существующие в обозначенной области проблемы, а дают возможность лишь обозначить основные из них. В

нашу задачу не входит попытка разрешения этих проблем, что представляется требующим значительной эмпирической работы.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПРОГРАММ “СНИЖЕНИЯ ВРЕДА” СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

По мнению сторонников парадигмы “Снижения вреда”, оно “направлено на ограничение или снижение степени распространения пагубных влияний на здоровье и вредных социальных, экономических, правовых, духовных и прочих последствий, которые имеют место в результате потребления наркотиков” (8). Программы “снижения вреда” подразумевают “акцент на краткосрочные программные цели (например, профилактика распространения ВИЧ в конкретных условиях), нежели на долгосрочные идеалистические цели (например, всестороннее снижение вреда, связанного с потреблением наркотиков)” (8). Идеология “снижения вреда” сформулирована в обращении к употребляющим наркотики, называемым “иерархией риска”:

- прекратите или никогда не начинайте потребление наркотиков;
- если Вы употребляете наркотики, потребляйте их любым способом, но только не внутривенно;
- если Вы продолжаете делать внутривенные инъекции, не делитесь своими иглами, посудой для приготовления/ложками или фильтрами с другими потребителями наркотиков; каждый раз пользуйтесь новым инъекционным материалом;
- если Вам приходится повторно использовать инъекционный материал или Вы считаете, что Вам необходимо использовать чужой инструментарий (иглу или инструменты), промойте иглы проверенным способом;
- продолжайте совместно использовать инъекционный материал, когда делаете инъекции вместе с другими, однако, старайтесь не делать это с незнакомыми людьми (8).

В материалах ВОЗ (6) названы следующие «пути снижения распространения ВИЧ среди наркоманов»:

- воздержание от употребления наркотиков;
- взамен инъекций – выбор более безопасных форм употребления наркотиков (перорально, вдыхать);
- уклонение от совместного с другими пользования одной иглой;
- использование для каждой дозы стерильных инъекционных приспособлений;
- обеззараживание приспособлений для инъекций хлорамин-подобными растворами;

и следующие «пути снижения распространения ВИЧ половым путем»:

- воздержание от половых сношений;
- взаимная верность (между неинфицированными партнерами);
- формы секса без «проникновения»;
- пользование презервативами при всех формах секса с «проникновением».

В материалах ВОЗ также отмечается, что “усилия по борьбе с распространением ВИЧ среди людей, колющихся наркотиками, сильно затрудняются тем фактом, что прием наркотиков, за исключением табака и (в большинстве стран) алкоголя,

почти повсеместно осуждается. Во многих странах суровые законы и усердие полиции загоняют наркоманов за пределы досягаемости медицинских и социальных служб в сумеречный мир таинственности и боязни, по большей части игнорируемый остальным обществом” (6).

Следует отметить, что теоретическая основа программ “снижения вреда” крайне слаба. Кроме теории “иерархии риска”, представляющей собой ничем не обоснованный набор постулатов, существует так называемая “теория Зинберга”, утверждающая, что факт потребления наркотика и все, что с ним связано, зависит от следующих трех факторов:

- “наркотика”, фармакологических свойств вещества;
- “установки”, индивидуальных психологических и физических особенностей потребителя наркотиков;
- “окружения”, условий, в которых наркотики производятся/импортируются, покупаются, продаются/покупаются и используются/употребляются.

Следует отметить, что ни в одной работе по “снижению вреда” конкретные психологические особенности потребителей наркотиков не указаны; каких-либо исследований в этом направлении в нашей стране вообще не проводилось. Интересно также, что представители международных фондов, активно финансирующих реализацию программ “снижения вреда” в России и, в частности, сбор информации о наркопотреблении в стране, ничего слышать не хотят о финансировании лечебных или реабилитационных программ, как и целевых психологических исследований. Очевидно, что “теория Зинберга” также является лишь набором очевидных вещей, поскольку утверждения, что потребление наркотиков зависит от наркотика, потребителя и среды потребления, совершенно не требуют каких-либо серьезных научных изысканий.

Основными элементами системы “снижения вреда” называют:

- исследовательские проекты: оценка ситуации с потреблением наркотиков и связанными с этим рисками (так называемая “экспресс-оценка ситуации”);
- программы так называемого “аутрича” (работа с наркоманами на улице) и программы по обмену шприцев
- образовательные программы (информирование о последствиях потребления наркотических средств, путях распространения ВИЧ и их профилактике, программы по профилактике потребления наркотиков среди молодежи и т.п.) (8).

По мнению своих апологетов, программы “снижения вреда” можно определить и как меры содействия здоровому поведению. Работа с труднодоступными наркоманами вне сферы специального медицинского обслуживания является способом медико-санитарного просвещения и предоставления медико-санитарных услуг. Подобно другим мероприятиям в сфере здравоохранения, эта работа направлена на содействие здоровому образу жизни. Она осуществляется тремя способами:

- улучшение информированности о факторах риска для здоровья;
- содействие изменениям, позволяющим избегать рискованного поведения ;
- закрепление положительных изменений в поведении (5).

Следует отметить, что подход “снижения вреда” в значительно меньшей степени, чем любой другой известный медицинский, психологический или социологический подход, рассматривает потребление наркотиков как заболевание, как “наркоманию”. Важно и то, что программы “снижения вреда” подразумевают продолжение употребления наркотиков, а их мишенью является в первую очередь снижение косвенных рисков, связанных с этим потреблением, а не само собственно потребление.

Таким образом, “снижение вреда” можно определить как набор мероприятий, направленных на уменьшение рисков, связанных с употреблением наркотиков (в первую очередь, с внутривенным употреблением наркотиков), допускающих продолжение их употребления. Объектом программ “снижения вреда” являются потребители наркотиков, в первую очередь – лица, употребляющие их внутривенно и “труднодоступные” для медицинских и социальных работников. Целью “снижения вреда” является прежде всего уменьшение риска распространения ВИЧ-инфекции, гепатитов В, С и D, передозировок наркотиков, а также других заболеваний, связанных с их употреблением (например, заболеваний вен и т.д.). Мероприятия программ “снижения вреда” подразумевают как действия, непосредственно связанные с употреблением наркотиков (обмен/раздача шприцев, растворов для дезинфекции шприцев и игл, обучение “безопасным” [неинъекционным] способам употребления наркотиков и т.д.), так и прямо не связанные с ним, но актуальные для наркопотребителей как группы повышенного риска заражения ВИЧ и другими инфекционными заболеваниями (пропаганда безопасного секса, раздача презервативов и т.п.).

Основными элементами программ «снижения вред» называют: экспресс-оценку ситуации; работу с наркопотребителями «на улице»; программы обмена шприцев; образовательные программы; программы так называемой «заместительной» терапии (5, 6, 7, 8).

Что представляют собой основные элементы программ “снижения вреда”?

Экспресс-оценка ситуации – возможно быстрое установление размеров, природы и особенностей социальных проблем и проблем со здоровьем в конкретном регионе (городе и т.д.) и предложение путей их возможного решения. В данном случае речь идет о проблемах, связанных с употреблением наркотиков, что подразумевает определение: числа лиц, употребляющих наркотики, их половозрастного состава, мест их сосредоточения и т.п.; особенностей употребления наркотиков (их виды, способы употребления, в частности, распространенность инъекционного или внутривенного употребления; как происходит употребление – на улице, в притонах и т.п.; модели купли/продажи наркотических средств – особенно существуют ли в данной местности места постоянной и “массовой” их продажи, что важно с точки зрения возможного охвата потребителей наркотиков и т.д.) Методы экспресс-оценки – социолого-демографические. По мнению идеологов “снижения вреда”, экспресс-оценка ситуации тесно связана с программами воздействия.

Ключевыми вопросами, на которые должна ответить экспресс-оценка, называют следующие: Каковы природа, степень, факторы внутривенного потребления наркотиков в настоящее время и потенциальные возможности распространения этого явления в будущем? Каково социальное и географическое распределение внутривенного потребления наркотиков? Какие факторы определяют

отрицательные последствия употребления наркотиков для здоровья? Каков уровень распространения ВИЧ-инфекции, гепатитов В, С, D, передозировки наркотиков и других вредных последствий для состояния здоровья? Каковы риски, связанные с внутривенным введением наркотиков и половыми отношениями, у потребителей наркотиков? Какие программы помощи наркотизирующимся уже осуществляются? Какие факторы влияют на возможность развития усилий, направленных на снижение вредных последствий для здоровья или, наоборот, противодействуют этому? Какие программы необходимы и реально возможны для снижения вредных последствий для здоровья внутривенных потребителей наркотиков? (8).

В рамках экспресс-оценки ситуации могут реализовываться следующие методические приемы:

- сбор и изучение существующей информации (данных литературы и т.п.);
- опросы (с использованием структурированного и неструктурированного интервью);
- фокус-группы;
- наблюдение.

Работа с наркопотребителями “на улице” (street-work, outreach-work) является важнейшей частью программ “снижения вреда”. Она может включать в себя различные задачи:

-налаживание/поддержание контакта с потребителями наркотиков;

- сбор информации (о том, что происходит в среде наркопотребителей, какие наркотики потребляются; какие проблемы являются приоритетными для группы наркопотребителей, с которой ведется работа);
- информирование (где найти юриста, получить определенные услуги, образование и т.д.);
- направление к другим специалистам (на терапевтические, социальные программы и т.п.);
- помощь и поддержка (в случаях, когда направление к другим специалистам невозможно и т.п.);
- профилактика (информация об опасностях потребления наркотиков, более безопасном потреблении и более безопасном сексе и т.д., раздача презервативов, раздача/обмен шприцев).
- представление интересов группы потребителей наркотиков, с которыми ведется работа (информирование других служб и организаций о жизненной ситуации и потребностях членов группы; работа, направленная на организацию досуга) (8).

Идеологи “снижения вреда” считают, что аутрич-работа дополняет собой мероприятия, реализуемые системой здравоохранения, и никоим образом не отменяет их. По их мнению, ее следует считать полезной составной частью более широких мероприятий по улучшению здоровья населения. Необходимость в этой работе должна зависеть от результатов тщательного анализа нужд групп и популяций, представляющих конкретный интерес и от эффективности других соответствующих мероприятий (5).

Уличные работники, общающиеся с потребителями наркотиков (их также называют аутрич-работниками, аутричами, работниками по охвату), – это специально подготовленные социальные работники (часто из числа бывших

наркоманов, а иногда и активные потребители наркотиков), способные успешно устанавливать доверительные отношения с потребителями наркотиков, влиять на их поведение. Аутрич-работник должен уметь преодолевать “труднодоступность” этой группы населения. Для этого ему необходимо уметь вести себя адекватно культуре среды потребителей наркотиков, в том числе говорить на “правильном” языке (жаргоне), и в доходчивой форме доводить до их сведения необходимую информацию (7). Аутрич-работник должен хорошо ориентироваться в этой информации, т.е. обладать достаточными знаниями: по безопасному с точки зрения заражения ВИЧ/СПИД и других заболеваний употреблению игл, шприцев и прочего инструментария, а также соответствующих веществ; по более безопасным методам введения наркотиков; по сопряженным с употреблением наркотиков заболеваниям; по безопасному сексуальному поведению и т.п.; располагать информацией о конкретных специалистах, помощь которых может потребоваться клиентам аутрич-работника и уметь обосновывать необходимость обращения к этим специалистам. По мнению ряда авторов, аутрич-работники “сочетают роли помощника этнографа и санитарного просветителя, и им удается успешно поддерживать отношения с потребителями наркотиков, не имеющих контакты с традиционными институтами нашего общества” (7). Формально декларировано также, что важным аспектом работы аутрич-работников “является обеспечение связи ученых и работников здравоохранения с потребителями наркотиков”. “В число основных задач работников по охвату входит: выделение групп, принимающих наркотики, оказание помощи в составлении социальной карты этих групп, привлечение потребителей наркотиков к исследованию, проведение уличных опросов с целью проверки пригодности респондентов для исследования, распространение информации о профилактике ВИЧ-инфекции и, при необходимости, обращение в социальные и медицинские службы или учреждения по лечению потребителей наркотиков” (7).

В области профилактики ВИЧ/СПИД «работа на улице» направляется на:

- расширение знаний о более безопасном потреблении и более безопасном сексе;
- формирование позитивного отношения среди потребителей наркотиков к более безопасному их потреблению (например, к курению вместо внутривенных инъекций) и к более безопасному сексу (например, в отношении использования презервативов);
- повышение уровня осознания общих проблем, связанных со здоровьем (травмы, питание и т.д.);
- изменение социальных норм, форм поведения, отношения к определенным вопросам и т.д. (8).

Программы обмена шприцев

Важным элементом программ “снижения вреда”, тесно связанным с аутрич-работой, являются пункты обмена/раздачи игл и шприцев, в которых наркопотребители могут бесплатно обменивать/получить использованные одноразовые инъекционные инструменты на стерильные. Программы обмена шприцев являются наиболее внедренными в практику программами “снижения вреда”. Целью этих программ является помощь наркопотребителям в том, чтобы избежать заражения ВИЧ и др. заболеваниями через «грязные» приспособления для инъекций. “Программы по распределению чистых игл и шприцев успешно используются во многих странах, включая Австралию, Канаду, Нидерланды, Новую Зеландию, Швецию и Соединенное Королевство” (6). В России такие

программы с недавнего времени действуют в ряде городов. Обмен шприцев и игл может осуществляться как в стационарном пункте, так и в передвижном ("автобус"). Схемы обмена могут быть различными и определяться местными условиями. Например, в Санкт-Петербурге наркопотребитель, пришедший без шприцев для обмена, мог получить 1 стерильный шприц; 5 грязных шприцев обменивались 1:1, а шприцы в количестве, большем 5 (за исключением первых пяти), обменивались по схеме: 1 чистый шприц за 5 грязных. В Ярославле любое количество шприцев обменивалось по схеме 1:1. Организаторы программы обмена шприцев в этом городе объясняют это тем, что многим наркопотребителям далеко добираться до пункта обмена, и они "копят" грязные шприцы дома, чтобы затем обменять их. В пунктах обмена шприцев могут также осуществляться другие мероприятия: опросы, анкетирование, собеседования, консультирование, снабжение информационными материалами и т.д. В местах, где иглы и шприцы стоят дорого, что не позволяет раздавать их бесплатно, осуществляются программы по распределению хлорамин-подобных средств для дезинфекции с организацией соответствующих пунктов. В материалах ВОЗ отмечается, что "пункты обмена удовлетворяют реальную потребность, поскольку большинство клиентов обеспокоены дефицитом игл и шприцев и хотят прекратить совместное пользование ими из-за боязни СПИДа. Они также открыли путь к другим услугам, предоставив ранее изолированным наркоманам место, где они могут получить помощь и совет по многим другим заботящим их вопросам, от медико-санитарной помощи до жилищных, финансовых и юридических проблем" (6).

Образовательные программы в контексте "снижения вреда" включают в себя как широкомасштабные кампании, направленные на охват больших групп населения, так и меры, ориентированные на конкретного потребителя наркотиков. Основной метод работы – раздача специальной печатной продукции. Она может включать в себя:

1. Материалы по медико-санитарному просвещению – содержание этих материалов зависит от адресной группы или популяции, конкретных целей и предпринимаемых мер. Для внутривенных потребителей наркотиков в листовках и брошюрах могут излагаться наиболее безопасные способы приготовления и введения наркотиков; в рамках программ с раздачей дезинфицирующих растворов они могут содержать легкие для исполнения рекомендации по дезинфекции инструментария для инъекций. Это также информация о заболеваниях, связанных с употреблением наркотиков, и способах снижения риска в их отношении (в первую очередь ВИЧ-инфекции, гепатитов, передозировок и заболеваний вен). Форма этих материалов может быть различной: в виде текстов, рисунков, комиксов и т.д. Возможны как отдельные проспекты, плакаты и листовки, так и их наборы, объединенные в периодическое издание. В ряде стран успешно практикуется издание периодических журналов с материалами по "снижению вреда".
2. Литературу по самопомощи. Это могут быть материалы, ориентирующие в отношении более безопасного употребления наркотиков, более безопасного секса, путей поиска помощи, в том числе медицинской помощи, способов сокращения и прекращения употребления наркотиков.
3. Литературу, ориентирующую на обращение за лечением и помощью, которая должна содержать подробную информацию по контактированию с местными

службами медицинской, социальной, психологической, юридической и другой помощи (5).

Образовательные программы могут осуществляться как непосредственно “на улице” аутрич-работниками, так и в стационарных центрах помощи наркопотребителям или в передвижных пунктах социальными работниками.

«Заместительная» терапия

Ряд идеологов программ “снижения вреда” включает в них мероприятия “по лечению наркотической зависимости” (8). Под ними подразумеваются программы заместительной терапии наркотиками: метадоновые, бупренорфиновые, кодеиновые и героиновые. При этом потребитель продолжает употреблять наркотик, однако получает его (обычно за деньги, хотя в ряде стран были и бесплатные программы) официальным путем. Считают, что последствия применения метадона и других “заместительных” наркотиков следующие:

- снижение уровня внутривенного потребления (метадон в этих программах обычно применяется перорально);
- уменьшение диапазона потребляемых наркотиков;
- улучшение взаимоотношений с медицинским персоналом;
- снижение уровня преступности;
- улучшение социального функционирования (8).

Наибольший упор делается на то, что потребитель наркотиков всегда имеет препарат “под рукой”, и поэтому употребляет только один наркотик – тогда как не находясь в “программе замены”, ему часто приходится употреблять то, что удастся достать, в результате чего он становится зависимым не от одного, а сразу от нескольких наркотиков. Также утверждается, что в связи с ослаблением тяжести социальных проблем, связанных с получением («добычей») наркотиков, уменьшается риск совершения наркопотребителем преступлений. То обстоятельство, что употребление происходит перорально, производится в медицинском учреждении, а также, что наркопотребитель постоянно обеспечивается стерильными инструментами для инъекций, снижает риск в отношении ВИЧ-инфекции и других заболеваний, связанных с инъекционным употреблением наркотиков. Важно и то, что потребитель наркотиков постоянно находится под наблюдением медицинских работников. В нашей стране, согласно существующему законодательству, метадоновые и прочие подобные программы запрещены. Очевидно также наличие серьезных этических и психологических проблем при осуществлении этих программ.

НЕКОТОРЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОГРАММ “СНИЖЕНИЯ ВРЕДА” СРЕДИ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Э.Фромм писал: “Наша моральная проблема заключается в безразличном отношении человека к самому себе” (9). В отношении потребителей наркотиков это верно, вероятно, более, чем по отношению к кому-либо другому. Соответственно, и все, что так или иначе связано с потребителями наркотиков, неумолимо вовлекается в сферу неразрешимых этических проблем, окружающих наркотики и то, что связано с ними. Употребление наркотиков само по себе у большинства людей безусловно ассоциируется с безнравственностью и

аморальностью, а тот факт, что употребление наркотиков связано с возможным заражением смертельными и неизлечимыми заболеваниями делает эти ассоциации особо выраженными. “СПИД придал новый импульс дебатам о том, каким образом лучше действовать в отношении наркотиков, выдвинув на первый план ... моральные дилеммы, окружающие этот вопрос” (6). Рассмотрим последовательно спектр проблемных ситуаций.

1. Насколько возможна, с этической точки зрения, работа с наркопотребителями, допускающая то, что они продолжают употреблять наркотики?

Этот вопрос в связи с развивающейся эпидемией СПИДа встает в абсолютно новом свете. “СПИД представляет собой угрозу более смертоносную, чем употребление наркотиков” (6). Снижение числа случаев передачи ВИЧ, возможно, является дополнительным аргументом в пользу допущения работы с теми людьми, которые продолжают употреблять наркотики. Отмечают, что во многих странах имеется сильная политическая оппозиция программам обмена игл и шприцев и распределения хлорамин-подобных средств для дезинфекции инъекционного инструментария “на том основании, что они дают “неверную установку” наркоманам и подрывают объявленную наркотикам войну. Однако полиция зачастую терпимо относится к неофициальным пунктам обмена шприцев...” (6). В материалах ВОЗ также указывается: “Важнее всего то, что факты доказывают несостоятельность утверждения о том, что такие программы приводят в результате к росту потребления наркотиков. В Амстердаме, например, с тех пор, как были открыты пункты обмена шприцев, и колющихся наркоманов не стало больше, и колоться они не стали чаще”(6) Пишут также, что “колющиеся наркоманы способны и желают изменить свои привычки, чтобы уменьшить риск заражения ВИЧ, если они получают нужную поддержку”(6) и что “обменные пункты не предоставляют индульгенции тем, кто употребляет наркотики”(6).

Таким образом, программы “снижения вреда”, с одной стороны, безусловно полезны и необходимы в свете борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИД и возможного положительного влияния на наркоманов. Но, с другой стороны, вопрос о том, насколько они способствуют распространению потребления наркотиков, остается открытым, несмотря на приведенные выше утверждения. Ведь очевидно, что любое допущение употребления наркотиков какими-либо общественными или государственными службами изменяет, а точнее – смягчает общественное мнение по отношению к употреблению наркотиков; как и то, что “мягкая” позиция каких-либо общественных “авторитетов” (каким может для кого-то быть, например, организация “Врачи без границ”) в этом вопросе может ослабить уже закрепленные, интериоризированные запреты в отношении употребления наркотиков в сознании того или иного индивида. Следует отметить также, что идеология программ “снижения вреда” заявляет “более уважительное” отношение к наркопотребителям/наркоманам, чем любой медицинский подход. Это видно в декларируемых принципах программ “снижения вреда” типа: “равный поддерживает равного” и т.п., в их терминологии – в материалах по этим программам исключено употребление терминов “наркоман” или “большой наркоманией”, они всюду заменены на более нейтральные “наркопотребитель” или “потребитель наркотиков” (а вместо “проституток” используется термин “работники сексуального труда”). Этим исключением из оборота термина “наркоман” идеологи программ “снижения вреда” подчеркивают, что они не рассматривают человека, употребляющего наркотики, как больного, хотя очевидно, что он таковым является. Видимо, существует негативный аспект

употребления термина “наркопотребитель”, заключающийся в возможном снижении мотивации больного наркоманией на лечение от наркомании. Дело в том, что после прочтения “авторитетных” информационных материалов, в которых к нему обращаются как к “наркопотребителю”, человек, употребляющий наркотики, перестанет думать о себе как о больном, если он ранее так думал о себе, то есть изменится его самоотношение, и изменится негативно с точки зрения вероятности включения в лечебную программу. Кроме того, этот человек получит сильное оружие против своих родственников, чьи действия чаще всего являются основным фактором начала лечения, – он теперь вполне может сказать: “Посмотрите, я не больной, мне не надо лечиться, я просто “наркопотребитель”, и все”, ссылаясь при этом на брошюры авторитетных организаций (по печатным данным, “Врачи без границ” охватили своими материалами уже несколько тысяч наркоманов в Москве). Следует, вероятно, также отметить, что в публикациях по программам “снижения вреда” этические вопросы вообще не освещаются и не обсуждаются [единственным обнаруженным исключением можно считать цитированный выше сборник статей ВОЗ (6)]. На семинаре “Стратегии профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей внутривенных наркотиков в Российской Федерации”, который был организован голландским отделением “Врачей без границ” в январе 1998 года, речь об этических проблемах, связанных с программами “снижения вреда”, также не шла.

2. Как принципы “снижения вреда” соотносятся с принципом “не навреди”? Не нарушает ли участие врачей в программах “снижения вреда” врачебную этику?

Эти вопросы многозначны, амбивалентны и остаются открытыми. Рассматривая их, надо иметь в виду, что “в основе врачебной этики лежит традиционное представление об особо гуманном назначении медика” (11). Одно из основных ее требований – помогать всем больным без различия. Однозначно, что врач должен по мере своих сил оказывать помощь больным наркоманией. Однако те больные, с которыми врач имеет дело, участвуя в программах “снижения вреда”, в действительности продолжают болеть, и этот врач не предлагает им той помощи, которую он мог бы оказать, проводя лечение наркомании. Этот врач в данном случае не рассматривает наркомана как больного, а только как наркопотребителя. Он ограничен в своих возможностях рамками “снижения вреда”, то есть фактически не может, не выходя за рамки осуществляемой программы, применить все свои потенциальные возможности. Понятно, что большинство наркоманов, с которыми этот врач имеет дело, возможно, совершенно нельзя убедить начать лечиться. Известно, с другой стороны, что конечной целью программ “снижения вреда” является полное прекращение употребления наркотиков (хотя обычно это чисто декларативное утверждение). Данный врач, возможно, делает все, что в его силах, в конкретном месте и в данный момент и т.д. Однако, может быть, этому врачу правильней, именно с этической точки зрения, работать в лечебных программах, а “снижение вреда” оставить социальным работникам или бывшим наркопотребителям?! Вопрос о том, насколько специфические требования этики, нравственности, связанные с особенностями профессии врача, допускают участие во всех или в каких-либо отдельных программах по “снижению вреда”, до конца не ясен.

Другая грань рассматриваемой проблемы состоит в следующем. Наркомания – это болезнь. При “снижении вреда” употребление наркотиков продолжается – следовательно, и болезнь продолжается. Тогда встает вопрос: насколько допустимо врачу не пытаться лечить болезнь, понимая, что она продолжается?

Очевидно, что понятие “снизить вред” совершенно не эквивалентно понятию “не навреди”. Вопрос о соотношении этих двух понятий и о том, насколько глубоко противоречие между ними, а также о том, существует ли вообще такое противоречие и можем ли мы в данном случае говорить об этической антиномии, также остается открытым.

3. Насколько допустимо широкое социальное принятие употребления наркотиков и может ли это увеличить число больных наркоманией?

Для того, чтобы ответить на первую часть этого вопроса, вероятно, необходимо решить вопрос о том, является ли “снижение вреда” вынужденной общественной мерой, подлинной социальной необходимостью – и если да, то насколько. Необходимы также исследования, показывающие, как именно программы “снижения вреда” и им подобные изменяют общественное отношение к наркотикам и наркоманам, как они реально влияют на возможные установки больного наркоманией в отношении лечения и т.п. Насколько известно, до сих пор таких исследований специально не проводилось ни в нашей стране, ни за рубежом. Попытки же сравнивать статистические данные, связанные с употреблением наркотиков и наркоманами до и после введения таких программ, не дают реальной возможности полностью ответить на эти вопросы.

4. Этические и психологические аспекты метадоновых программ и других программ замены.

Данный вопрос представляется наиболее остро стоящим для программ “снижения вреда”. Насколько допустимо предлагать человеку один наркотик для того, чтобы он отказался от других наркотиков и стал менее опасен для окружающих? При этом известно, что лечение наркотической зависимости от метадона проходит очень тяжело и что если участник метадоновой программы вдруг захочет полностью отказаться от наркотиков, то это дастся ему, возможно, намного сложнее, чем если бы он не участвовал в метадоновой программе. Эффективность заместительных программ весьма часто подвергается сомнению. Известны случаи, когда их участники, получавшие метадон для перорального употребления, начинали вводить его, после определенной обработки, внутривенно с целью получения большего удовольствия от наркотиков, – что, конечно, сводило на нет все достижения программы в плане отказа от внутривенного употребления; к тому же есть данные о крайне отрицательном влиянии метадона на вены при внутривенном использовании. Таким образом, получалось, что участник программы “пересаживался” на наркотик, зависимость от которого практически не поддается лечению и употребление которого сопряжено с относительно большим риском для здоровья, чем, например, при употреблении героина. Помимо того, что сомнительны все декларируемые достоинства этих программ, несомненным отрицательным моментом является то, что здесь само государство или уполномоченная им организация официально снабжает человека наркотиком. Таким образом, как бы утверждается, что употребление наркотиков в определенных случаях социально допустимо; и причем это не случай со смертельно или очень тяжело больным. Применение наркотиков здесь имеет гораздо меньше медицинских, чем социальных показаний, – скорее всего, допускается как чисто социальное средство, поскольку служит исключительно социальным целям. Все это может у определенных индивидов ослабить установки на неупотребление наркотиков – и, таким образом,

способствовать распространению наркотизации и, возможно, увеличить число наркоманов.

5. Этико-психологические аспекты обучения “безопасным” методам употребления наркотиков и информирования об этих методах.

Обучение “безопасным” методам приема наркотиков, например, курению или вдыханию наркотика взамен инъекций, является очень важной и распространенной частью программ “снижения вреда”. Однако то, что при этом происходит как бы “обучение плохому”, хотя и предлагаемому взамен худшего, определенно создает этическую проблему; а необходимость информирования об этих методах представляется гораздо более спорной, чем, например, в отношении заболеваний, связанных с употреблением наркотиков.

6. Допустимо ли участие активных наркопотребителей в программах “снижения вреда” в качестве исполнителей этих программ?

Идеологи “снижения вреда” предлагают привлекать активных (т. е. употребляющих в настоящее время) наркопотребителей к программам в качестве исполнителей, особенно в роли аутрич-работников: так называемые программы “поддержки равных равными” (“peer support”). Однако здесь возникает вопрос: насколько такое социальное принятие активных наркоманов может повлиять на общественное мнение и на негативные установки других людей в отношении наркопотребления? Этот вопрос вообще не исследовался и остается открытым; однако активные наркопотребители в настоящее время широко участвуют в программах “снижения вреда” как за рубежом, так и в нашей стране. Очевидно, что аутрич-работник должен постоянно помнить, что конечной целью его работы является полное прекращение употребления наркотиков «клиентом», с которым он работает, и что допустимость его продолжения обусловлена исключительно непреодолимыми силами аутрич-работника обстоятельствами. Если же аутрич-работник сам употребляет наркотики, то совершенно непонятно, как все это будет осуществляться.

7. Проблема защиты прав наркоманов (в свете их социальной опасности) в рамках программ «снижения вреда».

Одной из основных задач программ “снижения вреда” называют защиту и отстаивание прав наркопотребителей в различных официальных институтах. Учитывая социальную опасность наркопотребителей, эта деятельность представителей программ “снижения вреда”, возможно, вступает в противоречие с интересами всего остального общества. Таким образом, здесь также определенно существуют серьезные этические (равно как и правовые) вопросы, требующие углубленного исследования и решения.

8. Анкетирование, опросы, интервью и другие методы сбора информации. Насколько допустимо платить наркоману за это?

Некоторые организаторы и исполнители программ “снижения вреда” считают, что, отвечая на вопросы интервьюера или заполняя анкету, наркопотребитель выполняет определенную работу, и поэтому ему за это следует платить. Так, в Ярославле за первичное интервью наркоман получал 20000 рублей (данные 1997 года, теперь это 20 рублей), а за повторное через три месяца – еще 40000. В

Москве на Лубянке наркоман получал за заполнение анкеты плитку шоколада и пакет молока (тоже своеобразная плата). Вопрос: не является ли такая оплата дополнительной мотивацией к употреблению наркотиков, не порождает ли она в голове наркопотребителя мысли типа “Я наркоман, и мне за это платят”, – вероятно, актуален и, во всяком случае, нуждается в исследовании. Если окажется, что это действительно каким-то образом стимулирует употребление наркотиков, то здесь открывается несомненная нравственная проблема. Если подходить к этой проблеме более широко, то можно поставить и следующий вопрос: можем ли мы платить наркоману за что-то, если эти деньги могут быть (и, скорее всего, будут) потрачены на наркотики, – и, таким образом, мы станем косвенными соучастниками причинения ему вреда?

9. Насколько программы обмена шприцев и игл могут быть фактором, стимулирующим употребление наркотиков?

Вероятно, можно предположить, что осуществление программ по обмену шприцев и игл может влиять на общественное мнение следующим образом: изменять интериоризированные социальные запреты у определенных индивидов, вызывая у них мысли типа: “Раз существуют специальные службы по обслуживанию наркоманов, им даже шприцы раздают, то почему мне нельзя употреблять наркотики?” и т.п. – и, таким образом, косвенно способствовать росту числа наркоманов. Этот вопрос также нуждается в целевом исследовании; в случае, если эти предположения подтвердятся, можно будет говорить о серьезных моральных проблемах, возникающих при осуществлении указанных программ.

10. Этические проблемы проведения социологических исследований в рамках программ “снижения вреда”.

Любые социологические исследования порождают ответственность, связанную “с возможным влиянием результатов социологических исследований на ... общественное мнение” (12). Требования этического (профессионального) кодекса социолога связаны с его ответственностью «за научную объективность исследования – за всесторонность и объективность описания объекта, правильность выборки, за надежность, качество измерений и полноту представления результатов (т.е. за отсутствие искажений и пропусков в них). Особое внимание при этом уделяется непредвзятости выводов из результатов исследования, объективности их теоретической и прикладной интерпретации» (12). «Бесспорным считается требование, чтобы социолог отказывался от участия в любом исследовании с негуманными целями (например, с целью манипулирования сознанием людей и т.п.). Регулирование взаимоотношений социолога с людьми как “объектами” исследования в рамках профессиональной этики направлено на то, чтобы информация, получаемая от конкретного человека в ходе исследования, не могла быть обращена против него, причинить ему ущерб. Для этого нужно строго соблюдать правило добровольности участия респондентов в социологическом исследовании. Кроме того, информация о конкретном индивиде, обстоятельствах его жизни, полученная в ходе обследования, должна рассматриваться как сугубо конфиденциальная, которая может быть “раскрыта” только с его согласия» (12). Эти положения особо значимы в отношении исследований, проводимых среди наркоманов, в частности, поскольку некоторые виды деятельности, связанные с употреблением наркотиков, являются уголовно наказуемыми.

Можно отметить, что ряд исследований в рамках программ “снижения вреда” определенно “грешит” тенденцией к манипулированию общественным мнением, преувеличениями, используемыми для того, чтобы привлечь внимание и средства к этим программам, и т.п. Нравственность подобных исследований сомнительна. Возникает вопрос, насколько допустимо с этической точки зрения как-либо исказить или превратно интерпретировать, преувеличивать или преуменьшать и т.д. результаты социологических исследований, даже если это и делается с самыми “благими” намерениями (привлечь внимание к проблеме, получить деньги на “доброе дело” и т.п.)?

11. Проблемы, связанные с сотрудничеством с правоохранительными структурами.

Осуществление программ “снижения вреда”, как и некоторых лечебных программ, постоянно сталкивается с тем обстоятельством, что правоохранительные структуры просят или даже требуют предоставить им ту или иную информацию о наркопотребителях. Такое положение дел характерно не только для нашей страны, но и для других государств. Поэтому вопрос об этичности какого-либо сотрудничества с представителями правовых структур стоит особенно остро. Тут можно отметить несколько моментов. С одной стороны, при сотрудничестве специалистов с милицией и т.п. часть наркоманов может оказаться изолированной от общества, что может рассматриваться как благо для общества, так как наркопотребители представляют собой группу высокого риска в отношении преступности. Но, с другой стороны: можно ли предавать людей, которые добровольно согласились сотрудничать с исполнителями программ “снижения вреда”, которые “тоже люди”, которым “нужно помогать”, с которыми нужно налаживать контакты и т.д.? Обычно выбор осуществляется в пользу отказа специалистов от какого-либо сотрудничества с правовыми структурами (аналогичная коллизия возникает в наркодиспансерах, врачи которых по закону обязаны информировать милицию, что, кстати, значительно снижает обращаемость больных наркоманией в эти учреждения). Однако при этом достаточно часто сотрудники правоохранительных органов прибегают к наблюдению за пунктами обмена шприцев, слежке за аутрич-работниками и т.п., пытаясь таким образом получить необходимую им информацию. Это обстоятельство часто сильно затрудняет осуществление программ “снижения вреда” (например, в Санкт-Петербурге пришлось временно закрыть передвижной пункт по обмену шприцев из-за того, что милиция задерживала всех, выходящих из него). Вопрос определенно нуждается в четком правовом решении.

12. Этическая составляющая некоторых психологических аспектов проблемы программ “снижения вреда”.

Программы снижения вреда не способствуют целям и задачам лечения и психосоциальной реабилитации больных наркоманией, пытающихся полностью отказаться от ПАВ, затягивая их в своеобразную психологическую “ловушку” “возможности” употреблять наркотик “без вреда” (из которой логически следует, что лечение и реабилитация, в общем-то, не нужны – как бы “нет вреда, нет и болезни”; следовательно, и лечить нечего), создавая ложную, но привлекательную для больного альтернативу лечению и одновременно дезавуируя отрицательное отношение общества к потреблению наркотиков, разрушая негативный социокультурный образ наркопотребителя.

Другой психологический аспект этой проблемы связан с нежелательной трансформацией общественного сознания, общественного мнения, во многом детерминирующего поведение людей. Допущение возможности наркопотребления обществом – а именно так воспринимают потенциальные потребители наркотиков парадигму “снижения вреда”: ведь этим занимаются официально признанные во всем мире, “законные” организации – изменяет его образ в общественном сознании, делает его из запрещенного, отвергаемого приемлемым, “нейтральным” его элементом, – что может стать фактором повышения заболеваемости наркоманиями.

Следует заметить, что, помимо собственно наркотизации, наркопотребление часто сопряжено с определенной “вторичной” психологической выгодой – социально-психологической: наркоман приобретает “единомышленников”, расширяет круг общения, “заполняет” свой досуг и т.п.; личностной – больной начинает считать себя “избранным”, приобщенным к чему-то особому, “тайному”, повышая, таким образом, свою самооценку, и т.п. В связи с программами “снижения вреда” «вторичная» выгода от употребления наркотиков может также состоять в том, что на употребляющего наркотики человека начинают обращать внимание “солидные” международные организации, появляются люди, которые «заботятся» о нем, бесплатно снабжают необходимыми ему предметами, потому что он – наркоман. А при этом другим (ненаркоманам) ничего не дают, о них не заботятся, на них не обращают внимание, и т.п., таким образом, реализация программ “снижения вреда” обеспечивает участвующим в них наркопотребителям дополнительную (“вторичную”) психологическую выгоду от наркотизации. В результате у них может сложиться впечатление, что употребление наркотиков не только дает эйфорические переживания, но и приносит дополнительную «пользу» в виде приятных «бонусов» от представителей программ «снижения вреда». Такая «польза» может быть фактором повышения мотивации необращения за лечением и продолжения наркотизации.

Очевидно, что описанные психологические аспекты проблемы связаны с этическими моментами.

Говоря о связи этического и психологического факторов программ “снижения вреда”, можно также отметить наличие у наркопотребителей определенных психологических особенностей, способствующих неспособности адекватного усвоения ими моральных правил и эталонов, невозможности понимания этических норм и осознания необходимости подчинения этим нормам. К таким особенностям можно отнести, в частности, высокую когнитивную недифференцированность, порождающую недифференцированность и диффузность сознания, трудности с дифференциацией элементов их психической сферы, дефицитарность механизмов сравнения таких элементов и квалификации различий между ними, нечеткость системы значений и смыслов (13, 14). Исходя из сказанного, нужно констатировать, что любые программы работы с наркоманами должны быть максимально четкими и однозначными с этической точки зрения, не допускать какой-либо двусмысленности, амбивалентности, не давать оснований для возможного непонимания или искажения. Программы «снижения вреда» таким требованиям далеко не во всем соответствуют.

Таким образом, наличие этических и психологических проблем, возникающих при реализации программ “снижения вреда”, несомненно требует учета и исследования. Эти программы и, в частности, работа с потребителями наркотиков

на улице, с одной стороны, определенно представляют интерес в плане возможности важных и полезных контактов с труднодоступными наркопотребителями; однако, с другой стороны, они нуждаются в коррекции и трансформации – прежде всего, такой, чтобы они не вызывали этических противоречий и не создавали новых, дополнительных психологических и социальных моментов, способствующих вовлечению людей в наркопотребление или снижению обращаемости больных наркоманиями за лечением и реабилитацией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жарле Д.С., Фридман С.Р. //International J. of STD and AIDS. – 1996. – № 7, приложение 2. /Русский перевод: “СПИД инфосвязь”.
2. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия (в 2-х томах). – Т.1.- М., 1994.
3. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1994.
4. Решение Коллегии Министерства Здравоохранения РФ от 25.03.97 “О заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России и мерах по ограничению ее распространения” – протокол 5. – М., 1997.
5. Родс Т. Работа с труднодоступными наркоманами: принципы и практика (Tim Rhodes. Outreach work with drug users: Principals and Practice).– Страсбург. Совет Европы. 1997. /Русский перевод.
6. СПИД: образы эпидемии. – ВОЗ, Женева, 1994.
7. Стерк-Элифсон К. Работа по охвату среди потребителей наркотиков: сочетание роли помощника этнографа и санитарного просветителя. – Human Organization, 1993. – Т. 52. – № 2. /Русский перевод: “СПИД инфосвязь”.
8. Тренинг по стратегиям профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей внутривенных наркотиков в Российской Федерации. Проект. Январь 1998г. Врачи без границ. - Голландия-Москва.
9. Фромм Э. Психоанализ и этика.-М.:Республика, 1993
10. Шевченко А.В., Кошкина Е.А. // Вопросы наркологии. – 1995. – № 3.
11. Краткий словарь по этике. /Под ред. О.Г.Дробницкого и И.С.Кона. – М., 1965.
12. Краткий словарь по социологии. /Под общ. ред. Д.М.Гвишиани, Н.И.Лапина. – М., 1989.
13. Елшанский С.П. Психосемантические аспекты нарушений структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: Дисс. ... канд.психол.наук. – М., 1999. – 205 с.
14. Грюнталь Н.А., Елшанский С.П. //Проблема личности в современной науке: результаты и перспективы исследований: Тезисы докладов Четвертой Международной научной конференции молодых ученых 26-28 сентября 2001 года. – Киев: Наукове видання. – 2001. – С. 149-150