

# Глава I

## Лечение, реабилитация и социальная реинтеграция при расстройствах на почве наркопотребления: основные компоненты сокращения спроса на наркотики

### А. Основные положения

1. Озабоченность состоянием здоровья и благополучием человечества является краеугольным камнем международной системы контроля над наркотиками. Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года<sup>4</sup>, Конвенция о психотропных веществах 1971 года<sup>5</sup> и Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года<sup>6</sup>, известные в целом как международные конвенции о контроле над наркотиками, касаются этой проблемы. Для обеспечения здоровья и благополучия человечества эти конвенции требуют от государств-участников принимать меры для лечения, восстановления трудоспособности и возвращения в общество лиц, затронутых проблемами наркотиков (статья 38 Конвенции 1961 года и статья 20 Конвенции 1971 года). Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) уделил особое внимание этому вопросу в своем ежегодном докладе за 2015 год<sup>7</sup>.

2. Лечение расстройств на почве наркопотребления, реабилитация и социальная реинтеграция являются одними из основных оперативных задач, представленных в рекомендациях по сокращению спроса на наркотики, которые содержатся в итоговом документе тридцатой специальной сессии Генеральной Ассамблеи, озаглавленном «Наша общая приверженность эффективному решению мировой проблемы наркотиков и

борьбе с ней»<sup>8</sup>. В этом итоговом документе Генеральная Ассамблея признала, что наркозависимость представляет собой сложное расстройство здоровья, характеризующееся хроническим течением и возможностью рецидивов, которое поддается лечению с помощью научно обоснованных программ добровольного лечения, и призвала к укреплению международного сотрудничества в разработке и внедрении лечебных инициатив.

3. Использование психоактивных веществ в качестве средства влияния на настроение было неотъемлемой частью человеческих цивилизаций на протяжении тысячелетий. В отношении определенных веществ или в конкретных условиях оно может приобретать патологический характер, в связи с чем требуются соответствующие меры. На протяжении всей истории человеческой цивилизации общества демонстрировали различные уровни толерантности и дозволенности в отношении употребления психоактивных веществ и борьбы с ним. Употребление некоторых из этих веществ, таких как табак и алкоголь, в большинстве обществ регулировалось более или менее строго. Другие вещества считались вредными, и над ними, соответственно, устанавливался жесткий контроль. Это относится к наркотическим средствам и психотропным веществам, контролируемым в соответствии с международными конвенциями о контроле над наркотиками.

4. Независимо от уровня контроля, регулирования и одобрения или осуждения обществом, одним фактором, общим для всех психоактивных веществ, в отношении которых для краткости в этой главе используется термин «наркотики», является их свойство вызывать расстройства здоровья после употребления наркотиков, независимо от того, насколько частым оно

<sup>4</sup>United Nations, *Treaty Series*, vol. 976, No. 14152.

<sup>5</sup>*Ibid.*, vol. 1019, No. 14956.

<sup>6</sup>*Ibid.*, vol. 1582, No. 27627.

<sup>7</sup>E/INCB/2015/1, пункт 1.

<sup>8</sup>Резолюция S-30/1 Генеральной Ассамблеи, приложение.

было. Расстройства на почве наркопотребления ассоциируются со значительными уровнями заболеваемости (частотности заболеваний) и инвалидности, увеличивают нагрузку на национальные ресурсы и являются причиной неизмеримых человеческих страданий. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), глобальное бремя болезней, обусловленное употреблением алкоголя и запрещенных наркотиков, достигает 5,4 процента общего бремени болезней<sup>9</sup>. На наркозависимость, в частности, приходится 0,9 процента глобального бремени болезней от всех причин в пересчете на годы жизни с поправкой на инвалидность, при этом наибольшую долю этого бремени составляет опиоидная зависимость<sup>10</sup>. Взаимосвязь употребления наркотиков с такими рисками для здоровья людей, как распространение ВИЧ и других передаваемых через кровь инфекций, еще больше расширяет масштаб воздействия на здоровье. Поэтому все страны и территории должны обладать механизмами и системами для предоставления помощи и поддержки лицам, страдающим расстройствами на почве наркопотребления.

## **В. Лечение, реабилитация и социальная реинтеграция как основные компоненты сокращения спроса на наркотики**

5. Сокращение спроса на наркотики включает два частично совпадающих, однако имеющих четкие отличия подхода: предупреждение начала употребления наркотиков (или первичная профилактика) и лечение, реабилитация и социальная реинтеграция.

6. Меры вмешательства по сокращению спроса, как правило, в основном сосредоточены на деятельности по первичной профилактике. Первичная профилактика зачастую пользуется большей поддержкой и, соответственно, занимает более заметное место в национальных планах и программах по сокращению спроса на наркотики. Тем не менее считается, что многие меры первичной профилактики основаны на ограниченных фактических данных, имеют незначительный охват, а их качество трудно оценить<sup>11</sup>. Важность лечения, реабилитации и социальной реинтеграции лиц, страдающих расстройствами на почве наркопотребления (данный вопрос будет рассмотрен далее в этой главе),

<sup>9</sup>WHO, Global Health Observatory (GHO) data, Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Доступно по адресу: [www.who.int/gho/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/gho/substance_abuse/en/).

<sup>10</sup>Louisa Degenhardt and others, "Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the *Global Burden of Disease Study 2010*", *The Lancet*, vol. 382, No. 9904 (9 November 2013), pp. 1564–1574.

<sup>11</sup>*Всемирный доклад о наркотиках, 2015 год* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.15.XI.6), глава I, раздел D («Что эффективно в области профилактики наркопотребления?»).

требует большего признания. Для инвестирования государствами средств в услуги по лечению и реабилитации существуют веские причины:

a) лица, затронутые расстройствами на почве наркопотребления, в дополнение к снижению качества жизни и трудоспособности, страдают от значительного ущерба для их физического и психического здоровья;

b) некоторые лица, затронутые расстройствами на почве наркопотребления, могут прибегать к незаконным и/или преступным действиям, с тем чтобы продолжать употреблять наркотики, сохраняя порочный круг зависимости и страдания, а также способствуя увеличению бремени преступности, которое ложится на общество;

c) исследования показывают, что существенным фактором, влияющим на начало употребления наркотиков, является давление со стороны сверстников. Таким образом, предоставление лечения наркозависимым лицам снижает риск начала под их влиянием употребления наркотиков другими людьми. Иными словами, услуги по лечению и реабилитации, предоставляемые затронутым лицам, могут помочь предотвратить употребление наркотиков другими людьми из их окружения;

d) государства, являющиеся участниками международных договоров о контроле над наркотиками, обязаны предоставлять услуги по лечению лицам, страдающим наркозависимостью. Статья 38 Конвенции 1961 года и статья 20 Конвенции 1971 года требуют, чтобы государства уделяли особое внимание и принимали для этого все возможные меры, направленные на предотвращение злоупотребления наркотиками, лечение, восстановление трудоспособности и возвращение в общество лиц, страдающих наркозависимостью, координировали свои усилия для достижения этих целей и содействовали подготовке кадров в этих областях;

e) уважение права лиц, затронутых расстройствами на почве наркопотребления, на здоровье и услуги по лечению будет способствовать преодолению общественного осуждения и дискриминации в связи с этими расстройствами;

f) исследования постоянно свидетельствуют о том, что инвестирование в лечение позволяет экономить государственные средства. Финансовые затраты на предоставление лечения гораздо ниже расходов, которые обусловлены расстройствами на почве наркопотребления и другими смежными проблемами, включая безработицу, прогулы, преступность (в том числе расходы на уголовное правосудие и правоохранительные меры), заболеваемость, раннюю смертность и инвалидность;

g) выполнение задачи 3.5 (Улучшать профилактику и лечение от злоупотребления психоактивными веществами) имеет решающее значение для достижения

цели 3 в области устойчивого развития (Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте).

7. Во всем мире ощущается существенная нехватка ресурсов для услуг по лечению и реабилитации. По оценкам ВОЗ, в мире в целом для лечения наркотической и алкогольной зависимости имеется только 1,7 койко-места на 100 тыс. человек, причем в странах с доходом выше среднего койко-мест в 10 раз больше, чем в странах с доходом ниже среднего (7,1 койко-места на 100 тыс. человек по сравнению с 0,7 койко-места)<sup>12</sup>. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) сообщает, что на глобальном уровне только одно из шести лиц, нуждающихся в лечении наркозависимости, имеет доступ к программам наркологической помощи. Для Латинской Америки соответствующая цифра составляет 1 из 11, а для Африки — 1 из 18, что свидетельствует о том, что нехватка ресурсов более очевидна в странах с низким и средним уровнем доходов. Если в странах с высоким уровнем доходов ежегодные затраты на обеспечение психического здоровья составляют около 50 долл. США на человека, то в странах с низким и средним уровнем доходов такие затраты составляют только 2 долл. США. Кроме того, в самих странах доступ к услугам по лечению и реабилитации чаще всего бывает неравным. Системы здравоохранения, например, часто имеют все необходимое для предоставления услуг по лечению расстройств, связанных с алкоголизмом, но не расстройств на почве наркопотребления. Услуги по лечению наркотической зависимости, как правило, доступны только в больших городах. Аналогичным образом, поскольку наркотическая зависимость больше распространена среди мужчин, чем среди женщин, женщины, затронутые проблемой наркомании, имеют несоизмеримо меньший доступ к услугам по лечению и реабилитации из-за общественного осуждения и отсутствия медицинских услуг, учитывающих гендерный фактор<sup>13</sup>. Еще одним важным аспектом пробела в предоставлении наркологических услуг является различие в имеющихся видах лечения и их доступности. В мире в целом более трети стран сообщают о наличии психосоциальных мер вмешательства, тогда как менее четверти стран сообщают о наличии фармакологических мер, несмотря на существование убедительной базы данных, свидетельствующих о том, что фармакологические меры вмешательства эффективны в лечении многих видов расстройств на почве наркопотребления. Кроме того, даже в тех случаях, когда наркологические услуги предоставляются и являются доступными, может оказаться, что их качество неудовлетворительно, а меры вмешательства не основаны на фактах или не соответствуют международным стандартам или руководящим принципам.

<sup>12</sup>WHO, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Geneva, 2010).

<sup>13</sup>United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN-Women), "A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes", Policy brief (July 2014).

## С. Основные концепции, касающиеся расстройств на почве наркопотребления

8. Важно различать такие термины, как «употребление наркотиков», «злоупотребление наркотиками», «пагубное употребление наркотиков», «наркотическая зависимость» и «наркомания», поскольку ненадлежащее применение терминологии может способствовать стигматизации и дискриминации. С точки зрения уголовного правосудия в некоторых странах даже одноразовое употребление психоактивного вещества, внесенного в списки наркотических средств или психотропных веществ, может быть чревато привлечением к ответственности<sup>14</sup>. В то же время с точки зрения аддиктологии и наук о поведении единичное употребление наркотика необязательно должно стать патологическим. Отличие патологического от непатологического, хотя и зачастую опасного, поведения кроется в схеме употребления наркотиков и вытекающих из этого последствиях.

9. В десятом пересмотренном издании Международной классификации болезней (МКБ-10) приводятся две основные диагностические категории, относящиеся к употреблению наркотиков и имеющие значение для настоящего обсуждения: пагубное употребление и синдром зависимости. Под пагубным употреблением наркотиков понимается такая схема их употребления, которая наносит ущерб как физическому, так и психическому здоровью личности. Наркозависимость — это такое состояние, при котором употребление наркотика становится одним из наивысших приоритетов в жизни потребителя и сопровождается рядом соответствующих поведенческих особенностей. Более старый термин «привыкание», значение которого в большой степени схоже со значением термина «зависимость», закрепился в научной литературе и просторечии и по этой причине продолжает использоваться. В прошлом сочетание «злоупотребление наркотиками» использовалось как диагностическая категория, но затем было заменено в основном терминами «пагубное употребление наркотиков» и «расстройства на почве употребления наркотиков». С учетом этого контекста в данной главе в основном используются термины «употребление наркотиков» и «расстройство на почве наркопотребления».

10. Лица, начинающие употреблять наркотики, могут по мере увеличения их употребления и нарастания вредных последствий достичь стадий пагубного употребления и в конце концов стадии зависимости. Употребление наркотиков, их пагубное употребление и наркозависимость образуют непрерывный процесс воз-

<sup>14</sup>Комитет неоднократно разъяснял, что, согласно договорам Организации Объединенных Наций о контроле над наркотиками, их участники не обязаны применять меры уголовного правосудия к лицам, употребляющим наркотики.

растания тяжести и частоты употребления. В любом данном обществе схему употребления наркотиков можно представить в виде пирамиды. Как видно на представленной ниже диаграмме, основу этой пирамиды составляют лица, которые вообще не употребляют наркотики. Средний слой пирамиды представляет меньшую по размеру группу лиц, которые употребляют наркотики, но характер употребления ими наркотиков не является патологическим. И наконец, самая небольшая часть на вершине этой пирамиды представляет лиц, страдающих расстройствами на почве наркопотребления. Хотя они занимают наименьшую часть пирамиды, важно отметить, что на долю лиц, страдающих расстройствами на почве наркопотребления, приходится самая большая часть пагубных и вредных последствий для них самих, и с ними связана наибольшая часть бремени болезней, лежащая на обществе в целом. Во *Всемирном докладе о наркотиках, 2017 год* УНП ООН отметило, что в 2015 году в мире в целом в результате употребления наркотиков было потеряно 28 млн лет здоровой жизни. Из этого числа 17 млн лет здоровой жизни было потеряно вследствие расстройств на почве наркопотребления, хотя расстройствами на почве наркопотребления страдали только 10 процентов лиц, употреблявших наркотики. К сожалению, на глобальном уровне только один из каждых шести человек с расстройствами на почве наркопотребления имеет доступ к соответствующим наркологическим услугам. Поэтому обеспечению для лиц, страдающих расстройствами на почве наркопотребления, услуг по лечению и реабилитации следует уделить первоочередное внимание. В то же время лица, употребляющие наркотики, но не страдающие расстройствами на почве наркопотребления, могут также нуждаться в помощи для предотвращения дальнейшего усугубления проблем, связанных с употреблением наркотиков.

#### Пирамидальная схема моделей наркопотребления (репрезентативная)



## D. Факторы, связанные с расстройствами на почве наркопотребления

11. Расстройства на почве наркопотребления лучше всего рассматривать с точки зрения их биопсихосоциального происхождения. Какого-либо одного-единственного фактора, побуждающего человека употреблять наркотики, не существует. Различные факторы риска и защитные факторы взаимодействуют друг с другом и могут привести к употреблению наркотиков и последующей зависимости. Они включают изначально существующие индивидуальные особенности человека, а также генетические и биологические факторы, которые возникают в рамках нейробиологических дисфункций в головном мозге лиц, употребляющих наркотики. Кроме того, существуют факторы внешней среды. Среди них — ряд социальных, культурных и юридических факторов, повышающих риск того, что какое-либо лицо будет употреблять наркотики и впоследствии у этого лица разовьется наркозависимость. Социальная и культурная вседозволенность в отношении употребления какого-либо наркотика может повысить его доступность, тем самым воздействуя на риск его употребления. Аналогичным образом, была установлена связь риска употребления наркотиков с социально-экономической депривацией, и наркотики могут использоваться в качестве средства самолечения, помогающего справиться с личными проблемами, которые иногда берут свое начало в негативном детском опыте, связанном, например, с жестоким обращением, пренебрежительным отношением и другими видами домашних проблем. Наконец, существуют факторы, связанные с самими наркотиками, которые также могут обуславливать определенный риск, поскольку некоторые наркотики чаще, чем другие, приводят к расстройствам здоровья на почве их употребления. Считается, что некоторые наркотики, например опиоиды, вызывают зависимость скорее, чем другие, такие как каннабис. Ряд факторов, обуславливающих зависимость от наркотиков, выходят за рамки контроля со стороны лиц, употребляющих наркотики. Люди не определяют сами свою генетическую или биологическую уязвимость, они не обладают средствами влияния на культурную практику в своем окружении и не имеют контроля над законами и политикой своей страны, определяющими доступность наркотиков. Степень контроля со стороны людей в отношении риска развития наркозависимости или наличие у них выбора — это тема для обсуждения<sup>15</sup>. Таким образом, лиц, затронутых расстройствами на почве наркопотребления, следует рассматривать не как жертв и потерпевших, а как пациентов, и с ними не следует обращаться как с лицами, умышленно демонстрирующими нежелательное или противозаконное поведение. Идеальными

<sup>15</sup> Allison Kurti and Jesse Dallery, "Review of Heyman's addiction: a disorder of choice", *Journal of Applied Behaviour Analysis*, vol. 45, No. 1 (2012), pp. 229–240.



способами помочь им являются лечение и реабилитация.

## Е. Течение и предполагаемое развитие расстройств на почве наркопотребления и выздоровление

12. Однажды возникнув, расстройства на почве наркопотребления развиваются так же, как и другие хронические неинфекционные заболевания, например диабет или гипертония. Методы лечения всех подобных хронических неинфекционных заболеваний имеют некоторые общие характеристики:

- a) лечение снижает остроту симптомов, но необязательно ликвидирует первопричину заболевания;
- b) важным элементом лечения является принятие изменений в поведении и образе жизни;
- c) несмотря на лечение, нередко рецидивы.

13. В случае расстройств на почве наркопотребления выздоровление возможно, но нередко это предполагает многочисленные попытки и продолжительное участие в программах лечения. В случае расстройств на почве наркопотребления выздоровление для большинства лиц представляет собой процесс, а не событие. Большинство лиц с расстройствами на почве наркопотребления обычно возвращаются к употреблению наркотиков после одного эпизода лечения. Срыв (единичный случай употребления наркотика после достижения состояния абстиненции) и рецидив (употребление наркотиков по схеме наркозависимости после достижения состояния абстиненции) считаются неотъемлемыми и ожидаемыми этапами процесса выздоровления. Нереалистично ожидать, что кто-то может достигнуть долговременной абстиненции после одного эпизода кратковременного лечения, так же как нереалистично ожидать, что у пациента с гипертонией через год будет нормальное кровяное давление, если антигипертензивные средства ему давали только в течение нескольких дней, а затем постепенно вообще прекратили их давать. Таким образом, программы лечения и реабилитации должны быть составлены как долговременные меры вмешательства, которые включают стратегии по профилактике рецидивов. Важно, чтобы в национальном законодательстве и политике не предусматривались меры наказания для наркоманов за возврат к употреблению наркотиков после прохождения курса лечения. Нужно отметить, что при расстройствах на почве наркопотребления лечение действительно помогает. Другими словами, современная медицинская наука предлагает эффективные стратегии лечения расстройств на почве наркопотребления. Единственным самым важным прогностическим фактором успешного исхода лечения является приверженность курсу лечения так долго, как это требуется.

14. Широко распространен миф о том, что лица, страдающие наркозависимостью, не хотят отказываться от употребления наркотиков. Неудачные попытки отказа от употребления наркотиков являются отличительной особенностью и диагностическим признаком наркозависимости. Именно недостаток и недоступность надлежащих и приемлемых наркологических услуг лишают затронутых этой проблемой людей возможности сократить прием наркотиков или вообще отказаться от них. В недавно проведенном обзоре в штате Пенджаб (Индия) сообщалось, что из примерно 232 тыс. человек, являющихся, по оценкам, опиоидными наркоманами, более 80 процентов предпринимали попытки прекратить употреблять наркотики. Тем не менее только около 15 процентов из них когда-либо получали ту или иную помощь от организованного сектора наркологических услуг, что свидетельствует о масштабном спросе на такие услуги и их значительной нехватке<sup>16</sup>.

15. Даже после достижения абстиненции многие лица, имевшие расстройства на почве наркопотребления, испытывают трудности в восстановлении своего места и статуса в семье и обществе. Серьезным препятствием для возвращения в общество является общественное осуждение, связанное с употреблением наркотиков. Исследование, проведенное по поручению ВОЗ в 14 странах мира, показало, что из 18 нарушений здоровья самая высокая степень стигматизации или социального осуждения характерна для наркомании<sup>17</sup>. Национальные программы по сокращению спроса на наркотики должны учитывать проблемы общественного осуждения и дискриминации и предусматривать оказание помощи в целях реабилитации и социальной реинтеграции, чтобы лица, затронутые расстройствами на почве наркопотребления, имели возможность восстановить свое место в обществе в качестве ответственных и способных к продуктивной деятельности граждан.

16. Исход лечения наркозависимости не следует определять только как бинарное отношение: продолжение употребления наркотиков либо полная абстиненция. Было наглядно показано, что даже без достижения полной абстиненции некоторые люди способны снизить вредные последствия употребления наркотиков и продолжать вести относительно стабильную и продуктивную жизнь. Улучшение личного здоровья и социального функционирования (трудоустройство, семья и социальные отношения), а также снижение вероятности рискованного поведения или совершения правонарушений — все это ценные и желаемые результаты лечения расстройств на почве наркопотребления в

<sup>16</sup>India, Ministry of Social Justice and Empowerment, and Government of Punjab, Department of Health and Family Welfare, "Punjab opioid dependence survey: brief report". Доступно по адресу: <http://pbhealth.gov.in/>.

<sup>17</sup>Robin Room and others, "Cross-cultural views on stigma, valuation, parity and societal attitudes towards disability", в *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, T. Bedirhan Üstün and others, eds. (Seattle, Hogrefe and Huber Publishers, 2001).

дополнение к снижению уровня потребления наркотиков. Таким образом, услуги по лечению и реабилитации не должны быть сосредоточены исключительно на конечной цели — прекращении употребления наркотиков, они должны также учитывать промежуточные цели сокращения употребления наркотиков и его вредных последствий как неотъемлемой части процесса достижения полной реабилитации и социальной реинтеграции.

## Ф. Принципы медицинского вмешательства

17. Расстройства на почве наркопотребления являются излечимыми нарушениями здоровья, для чего существуют эффективные лечебные и реабилитационные меры вмешательства. Такие расстройства считаются комплексной биопсихосоциальной моделью болезни, и их лечение в равной степени является комплексным и многосторонним. Эффективное лечение обычно должно включать ряд компонентов, ориентированных на различные аспекты наркозависимости и ее последствия. ВОЗ и УНП ООН определили девять принципов лечения наркозависимости<sup>18</sup>.

*Принцип 1. Наличие, доступность, приемлемость по стоимости, привлекательность и адекватность лечения наркозависимости.* Наркозависимые лица должны иметь доступ к широкому спектру наркологических услуг, которые ориентированы на различные потребности. Доступности лечения наркозависимости способствуют такие факторы, как приемлемая стоимость, территориальная близость, своевременность и гибкий график работы, удобство для пользователей и способность реагировать на потребности конкретных людей.

*Принцип 2. Обследование, оценка, постановка диагноза и планирование лечения.* Основой эффективного и индивидуализированного метода лечения является процесс комплексной диагностической оценки. Его компоненты включают обследование (например, в отношении употребления наркотиков и связанных с ним моделей рискованного поведения), оценку и постановку диагноза (например, наркозависимость и другие сопутствующие психические заболевания), комплексную оценку (например, стадия и тяжесть заболевания, темперамент, личностная характеристика и статус занятости), а также индивидуальный план лечения.

*Принцип 3. Научно обоснованное лечение наркозависимости.* Строгие стандарты, применяемые для одобрения метода лечения других нарушений здоровья, должны также применяться к лечению наркозависимости. Так, в основе всех одобренных в стране методов лечения наркозависимости должны лежать самые

передовые методы, базирующиеся на фактических данных и аккумулирующие научные знания с учетом постоянного развития медицинской науки.

*Принцип 4. Лечение наркозависимости, права человека и достоинство пациента.* Наркозависимые лица не должны подвергаться дискриминации из-за опыта употребления наркотиков. При лечении наркозависимости следует применять те же этические стандарты, что и при лечении других нарушений здоровья. К ним относятся право на самостоятельность и самоопределение для пациентов и принципы милосердия, непричинения вреда и конфиденциальности со стороны медицинских учреждений. В этом контексте Комитет приветствует недавнее совместное заявление Организации Объединенных Наций о недопущении дискриминации в учреждениях здравоохранения<sup>19</sup>.

*Принцип 5. Определение особых подгрупп и заболеваний.* Такие подгруппы населения, как подростки, женщины, беременные женщины, лица с медицинскими и психическими сопутствующими заболеваниями, работники секс-индустрии, представители этнических меньшинств и маргинальных групп, включая мигрантов и беженцев, могут иметь особые потребности. Эти потребности необходимо учитывать при лечении наркозависимости у таких лиц.

*Принцип 6. Лечение наркомании и система уголовного правосудия.* В некоторых юрисдикциях употребление наркотиков по сути считается преступлением. Однако, поскольку расстройства на почве наркопотребления являются патологическими состояниями, идеальными условиями для их лечения обладает система здравоохранения, а не система уголовного правосудия. Такие проблемы желательно решать в рамках системы здравоохранения, и там, где потенциал для лечения отсутствует, его необходимо создавать. Лечение как альтернатива тюремному заключению имеет двойное преимущество: с одной стороны, снижается острота страданий и инвалидность, а с другой стороны, сокращается уровень преступности. Получаемое в результате значительное снижение затрат способствует рентабельности такого подхода.

*Принцип 7. Привлечение общественности, участие и ориентация на пациента.* Необходимо изменить парадигму лечения и перейти от директивных методов к более скоординированному предоставлению таких услуг на базе местного сообщества, обеспечивая в процессе планирования, осуществления и мониторинга наркологических услуг участие лиц, употребляющих наркотики, их семей, общин и местных органов.

*Принцип 8. Обеспечение стандартов клинической практики при лечении наркозависимости.* Достичь подконтрольности и эффективности систем обеспечения

<sup>18</sup>UNODC and WHO, "Principles of drug dependence treatment", discussion paper (March 2008).

<sup>19</sup>United Nations and WHO, "Joint United Nations statement on ending discrimination in health-care settings", 2017. Доступно по адресу: [www.who.int/](http://www.who.int/).

стандартов клинической практики можно с помощью письменных инструкций и протоколов, а также механизмов мониторинга и надзора со стороны квалифицированного персонала. Кроме того, должны быть созданы системы аттестации, сертификации и контроля за обеспечением качества наркологических услуг.

*Принцип 9. Системы лечения: разработка политики, стратегическое планирование и координация услуг.* Рекомендуется логичный, поэтапный подход, включающий составление программ лечения, оценку ситуации, создание потенциала поставщиков услуг и системы контроля за обеспечением качества.

## Г. Методы и способы лечения

18. Не всякую деятельность, которая приводит к сокращению употребления наркотиков, можно обоснованно назвать лечением. Лечение расстройств на почве наркопотребления и смежных физических и психических медицинских проблем определяется как «деятельность (или виды деятельности), непосредственно ориентированная (ориентированные) на лиц с проблемами в связи с наркопотреблением и направленная на достижение определенных результатов в плане смягчения остроты и/или устранения этих проблем, осуществляемая опытными или уполномоченными специалистами в рамках признанной практики оказания медицинской, психологической или социальной помощи»<sup>20</sup>.

19. Хотя общие принципы лечения наркозависимости для различных типов наркотиков и групп населения могут показаться схожими, в идеале каждому пациенту следует назначать индивидуализированный и персонализированный курс лечения, характер которого может варьироваться в зависимости от таких факторов, как тип употребляемого наркотика, степень наркозависимости, уровень мотивации и наличие (или отсутствие) социальной поддержки. Поскольку наркозависимость является хроническим заболеванием с периодами ремиссии и рецидивами, для большинства людей кратковременного одноразового лечения обычно недостаточно, и полезным может быть непрерывное вовлечение пациента в процесс собственного лечения при поддержке семьи и общины.

20. В целях оказания помощи государствам-членам в разработке эффективных и этичных наркологических услуг УНП ООН и ВОЗ совместно разработали международные стандарты для лечения расстройств на почве наркопотребления<sup>21</sup>. Была проведена оценка различных методов и способов лечения в плане того, насколько их эффективность основана на конкретных фактах. Эти методы и способы включают:

*a) информационно-пропагандистскую работу с населением на общинном уровне.* Такая деятельность прежде всего ориентирована на лиц, употребляющих наркотики, которые в данный момент не получают лечения. Базовые услуги, предоставляемые в рамках информационно-пропагандистских программ, включают общую поддержку, просвещение в области наркотиков, обследование и краткое консультирование, направление на лечение наркозависимости и услуги по обмену игл;

*b) обследование, краткосрочные меры вмешательства и направление на лечение.* Такие меры в основном ориентированы на лиц с проблемами наркозависимости, находящихся в местах, где отсутствует специализированная помощь, например в местах оказания первичной медико-санитарной помощи, неотложной помощи, в социальных службах и тюрьмах. Для проведения краткосрочных психосоциальных мер вмешательства существуют стандартные и юридически законные методы скрининга, а также пособия, адаптированные к определенным культурным нормам. Подобные программы эффективны для сокращения наркопотребления, особенно среди тех, кто находится на ранних этапах процесса употребления наркотиков;

*c) кратковременное лечение в стационаре или реабилитационном центре.* Такой вид лечения, известный также как детоксикация, в основном ориентирован на предоставление помощи при абстинентном синдроме и на содействие стабилизации физического и эмоционального состояния пациента в безопасных, защищенных условиях. Для тех, кто употребляет бензодиазепины, опиоиды и многие другие категории наркотиков, основным методом детоксикации является фармакологическая терапия абстинентного синдрома. Что касается опиоидов, то существуют веские доказательства того, что наилучшим методом при абстинентном синдроме является лечение с использованием лекарственных средств — агонистов, например бупренорфина и метадона<sup>22</sup>. В случае седативных снотворных средств, таких как бензодиазепины, рекомендуется использовать соответствующие дозы бензодиазепинов пролонгированного действия, применение которых постепенно прекращается в течение нескольких дней. Очень часто детоксикация ошибочно рассматривается как достаточный курс лечения. Однако терапия абстинентного синдрома является только первым шагом в долговременном лечении наркозависимости. После любой формы детоксикации сохраняется высокая степень риска рецидива или передозировки. Для предотвращения рецидива на этом этапе лечения необходимо начинать подготовку к действиям, направленным на обеспечение долгосрочного и постоянного участия пациента в процессе лечения;

*d) амбулаторное лечение.* Амбулаторное лечение по большей части предназначено для тех лиц, которые имеют существенную социальную поддержку и ресурсы

<sup>20</sup>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *EMCDDA Treatment Strategy, Work programmes and strategies series* (Lisbon, April 2010).

<sup>21</sup>UNODC and WHO, «International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Draft for Field Testing» (March 2017).

<sup>22</sup>L. Gowing, R. Ali, and J. White, «Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal», *The Cochrane Library*, No. 2 (2002).



в семье, но которым требуются длительные фармакологические и/или психосоциальные меры вмешательства. Большинство лиц с расстройствами на почве наркотребления не нуждаются в стационарном лечении, и их можно обслуживать амбулаторно. Существуют веские научные доказательства эффективности различных фармакологических мер, предлагаемых как часть долгосрочного лечения наркозависимости. В качестве лечения с применением опиоидной заместительной терапии ВОЗ рекомендует использование бупренорфина или метадона в надлежащих дозах<sup>23</sup>. Еще одной формой фармакологического амбулаторного лечения опиоидной зависимости является применение опиоидного антагониста налтрексона, который рекомендуется для высокомотивированных пациентов. Однако доказательств его эффективности пока очень мало<sup>24</sup>. В настоящее время отсутствуют доказательства устойчивой эффективности фармакотерапии для лечения зависимости от каннабиса и психостимуляторов (т.е. зависимости от амфетаминов или кокаина). Поэтому для таких категорий наркотиков основным методом остается психосоциальное лечение. Помимо фармакотерапии для предупреждения рецидивов и реабилитации пациентов можно применять набор эффективных психосоциальных мер вмешательства, включая ведение срывов<sup>25</sup>, мотивационное консультирование<sup>26</sup>, когнитивно-поведенческую терапию<sup>27</sup> и терапию профилактики рецидивов. Большинство из них дают самые хорошие результаты в случае сочетания с фармакотерапией;

*е) долгосрочное лечение в реабилитационных центрах.* Наиболее распространенной формой долгосрочного лечения в реабилитационных центрах является лечение в терапевтических общинах, в которых пациенты, как ожидается, должны находиться в течение длительного периода — от 6 до 24 месяцев. Традиционно долгосрочное лечение в реабилитационных центрах включало только психосоциальную терапию, однако современные методы позволяют использовать лекарственные препараты. Как показали масштабные обследования, доказательств того, что терапевтические общины обеспечивают значительные преимущества, очень мало, за исключением тех случаев, когда они организованы в местах лишения свободы<sup>28</sup>;

<sup>23</sup>WHO, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (Geneva, 2009).

<sup>24</sup>S. Minozzi and others, "Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 4 (2011).

<sup>25</sup>M. Prendergast and others, "Contingency management for treatment of substance use disorders: a metaanalysis", *Addiction*, vol. 101, No. 11 (November 2006), pp. 1546–1560.

<sup>26</sup>G. Smedslund and others, «Motivational interviewing for substance abuse», *The Cochrane Library* (11 May 2011).

<sup>27</sup>M. Magilland, L. A. Ray, "Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 70, No 4 (2009), pp. 516–527.

<sup>28</sup>L. A. Smith, S. Gates and D. Foxcroft, "Therapeutic communities for substance-related disorder", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 1 (2006).

*ф) управление процессом выздоровления.* Управление процессом выздоровления, также известное как последующий уход или социальная поддержка, представляет собой модель долгосрочного, ориентированного на восстановление ухода для тех, кто достиг состояния абстиненции с помощью других форм лечения. Основной упор делается на профилактику рецидива путем поддержки изменений в социальных функциях и личном благополучии пациентов, а также оказания им помощи в восстановлении их места в обществе. В период выздоровления рецидивы практически неизбежны. Поэтому, вместо того чтобы позволять пациентам проходить через множество эпизодов краткосрочного лечения, в рамках метода управления процессом выздоровления предлагаются услуги по поддержке в течение более длительного срока, но с гораздо меньшей интенсивностью и меньшими издержками, при этом уделяется основное внимание автономности пациентов и обеспечивается их участие в жизни общин;

*г) меры вмешательства, направленные на сокращение негативных последствий употребления наркотиков.* В целях сокращения негативных последствий употребления наркотиков, а не просто сокращения их употребления как такового, применяются определенные методы. Эти методы широко применяются, в частности в контексте снижения риска заражения ВИЧ и другими передаваемыми через кровь вирусными инфекциями, распространенными среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций. ВОЗ, УНП ООН и Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) утвердили всеобъемлющий пакет из девяти мер по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков<sup>29</sup>. Комитет признает, что этот пакет мер нашел широкую поддержку, в том числе Генеральной Ассамблеи<sup>30</sup>, Экономического и Социального Совета<sup>31</sup> и Комиссии по наркотическим средствам<sup>32</sup>. Рассматриваемые девять мер прошли научную оценку. Они дают наибольший эффект, когда применяются в сочетании друг с другом, т.е. комплексно. Эти меры включают: *а)* программы обмена игл и шприцев; *б)* опиоидную заместительную терапию и другие виды лечения наркозависимости; *с)* тестирование на ВИЧ и консультирование; *д)* антиретровирусную терапию; *е)* профилактику, диагностику и лечение инфекций, передаваемых половым путем; *ф)* раздачу презервативов; *г)* целевую информацию, просвещение и коммуникацию; *з)* профилактику, вакцинацию, диагностику и лечение вирусного гепа-

<sup>29</sup>WHO, UNODC and UNAIDS, *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users: 2012 Revision* (Geneva, WHO, 2012).

<sup>30</sup>Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа (резолюция 65/277 Генеральной Ассамблеи, приложение).

<sup>31</sup>Резолюция 2009/6 Экономического и Социального Совета.

<sup>32</sup>Резолюция 53/9 Комиссии по наркотическим средствам.



тита; и *i*) профилактику, диагностику и лечение туберкулеза<sup>33</sup>;

*h) другие подходы.* В течение многих лет продолжалась дискуссия об использовании помимо этого всеобъемлющего пакета других видов деятельности, рассматриваемых некоторыми в качестве мер, направленных на смягчение негативных последствий употребления наркотиков. В некоторых странах проводились испытания программ по героиновой заместительной терапии для пациентов, не получающих других форм лечения, хотя такая терапия не является методом лечения первого ряда<sup>34</sup>. Исследования указывают на то, что героиновая заместительная терапия может помочь героиновым наркоманам продолжить лечение, ограничить использование ими уличных наркотиков и сократить противоправную деятельность<sup>35</sup>. Однако из-за риска негативных побочных эффектов и ряда оперативных факторов этот вид лечения не был рекомендован ВОЗ или другими учреждениями Организации Объединенных Наций. Еще одним видом вмешательства, который нередко вызывает споры и дискуссии, является создание помещений для контролируемых инъекций наркотиков или кабинетов для приема наркотиков. В данном случае целью является предоставление наркоманам безопасных приспособлений для инъекций наркотиков и обеспечение для этого безопасной обстановки. Обычно в помещениях для контролируемых инъекций наркотиков сами наркотики не предоставляются. При обзоре эффективности этого метода были изучены 75 опубликованных исследований и сделан вывод, что благодаря безопасным помещениям для инъекций удалось охватить труднодоступные группы населения, повысить безопасность инъекций, снизить риск передозировки и сократить случаи как прилюдного инъекционирования наркотиков, так и разбрасывания шприцев в общественных местах<sup>36</sup>. Таким образом, научная база, доказывающая эффективность данного метода, быстро растет. В своем ежегодном докладе за 2016 год Комитет заявил, что конечной целью подобных учреждений должно быть уменьшение пагубных последствий наркопотребления без какого-либо потворства или содействия незаконному обороту наркотиков, и неотъемлемым элементом таких мер должно быть направление к специалистам для участия в программах лечения и реабилитации<sup>37</sup>.

<sup>33</sup>WHO, Evidence for action series, technical papers and policy briefs on HIV/AIDS and injecting drug users. Доступно по адресу: [www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html).

<sup>34</sup>Ambros A. Uchtenhagen, "Heroin maintenance treatment: from idea to research to practice", *Drug Alcohol Review*, vol. 30, No. 2 (2011), pp. 130–137.

<sup>35</sup>M. Ferri, M. Davoli and C. A. Perucci, "Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 12 (2011).

<sup>36</sup>Chloé Potier and others, "Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 145, No. 1 (2014), pp. 48–68.

<sup>37</sup>E/INCB/2016/1, пункт 720.

## Н. Экономическая эффективность лечения расстройств на почве наркопотребления

21. При инвестировании средств в лечение наркозависимости важным критерием являются расходы. К сожалению, менее половины всех стран в мире имеют в своих бюджетах статьи, специально предназначенные для лечения наркозависимости, и среди них нет стран с низким и средним уровнем доходов. Тремя наиболее важными методами финансирования наркологических услуг являются (в указанном порядке) финансирование за счет налоговых поступлений, наличные выплаты и средства неправительственных организаций. Очевидно, что страны с низким и средним уровнем доходов полагаются в основном на наличные выплаты<sup>38</sup>.

22. Проведенные в различных местах и странах исследования одинаково в целом показывают, что лечение наркозависимости является делом высокорентабельным. Каждый доллар, потраченный на лечение наркомании, приносит доход в размере 4–7 долларов благодаря снижению показателей преступности и сокращению расходов на систему уголовного правосудия. Если также учесть сэкономленные средства системы здравоохранения, то общая экономия превысит соотношение 12:1. В ходе обзора 11 исследований, основанных на экономической оценке различных методов лечения, были рассмотрены экономические выгоды в различных областях (преступность, загруженность медицинских учреждений, доходы от занятости и расходы на запрещенные наркотики) и был сделан вывод о том, что наибольшие экономические выгоды от лечения расстройств на почве наркопотребления касаются снижения уровня преступности и загруженности медицинских учреждений<sup>39</sup>. Кроме того, лечение наркозависимости гораздо менее затратно, чем меры системы уголовного правосудия. Например, стоимость метадоновой терапии в Соединенных Штатах Америки, по оценкам, составляет примерно 4 700 долл. США на пациента в год, тогда как содержание под стражей оценивается в 24 тыс. долл. США на каждого заключенного в год<sup>40</sup>. По оценкам, в результате предоставления лечения лишь 10 процентам правонарушителей, отвечающих соответствующим критериям, экономия системы уголовного правосудия может составить около 4,8 млрд долларов США<sup>41</sup>. По-

<sup>38</sup>WHO, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Geneva, 2010), chap. 2, pp. 26 and 27.

<sup>39</sup>Kathryn McCollister and Michael French, "The relative contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: a review of first findings", *Addiction*, vol. 98, No. 12 (2003), pp. 1647–1659.

<sup>40</sup>United States, Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*, 3rd ed., NIH Publication No. 12-4180 (2012).

<sup>41</sup>Gary Zarkin and others, "Lifetime benefits and costs of diverting substance-abusing offenders from State prison", *Crime & Delinquency*, vol. 61, No. 6 (2012), pp. 829–850.

дробный обзор научной литературы дает основания полагать, что в плане рентабельности заместительную терапию такими агонистами, как метадон и бупренорфин, следует считать вариантами лечения первого ряда для опиоидной зависимости<sup>42</sup>.

## I. Организация и управление предоставлением наркологических услуг

23. Несмотря на широкое признание того факта, что наркозависимость — это нарушение здоровья, во многих странах лечение наркозависимости по-прежнему отделено от предоставления услуг здравоохранения. Такое разделение отрицательно влияет на качество ухода, предоставляемого затронутым лицам, и повышает ненужные расходы, которых можно было бы избежать. Включение лечения наркозависимости в общую систему услуг здравоохранения имеет важное значение, поскольку:

- a) наркомания взаимосвязана с психическими заболеваниями и другими нарушениями здоровья;
- b) интеграция услуг ведет к улучшению координации лечения и ухода и в конечном счете к повышению результатов здравоохранительных мер;
- c) предоставление наркологических услуг в рамках общей системы здравоохранения является рентабельным;
- d) интеграция услуг может снизить неравенство в сфере здравоохранения и время ожидания в наркологических лечебных учреждениях.

24. Интеграция служб по лечению расстройств на почве наркопотребления со службами здравоохранения позволяет системе здравоохранения предоставлять услуги лицам с незначительными или умеренными проблемами вследствие употребления наркотиков, т.е. наибольшей доле лиц, употребляющих наркотики. Это снижает потребность в более интенсивном и дорогостоящем наркологическом лечении и предупреждает дальнейшее разрастание проблемы. Существуют описания различных моделей непрерывного процесса лечения: наркологические и медицинские службы можно координировать, что означает сохранение их раздельного существования при определенной степени сотрудничества и коммуникации; их можно расположить в одном месте, т.е. они будут находиться в тесной взаимосвязи в физическом плане,

но продолжать существовать отдельно; и они могут быть интегрированы, что означает тесное сотрудничество на основе полной интеграции или слияния. Каждая из этих моделей имеет свои преимущества и недостатки, но, если это возможно, наиболее эффективным способом предоставления услуг, особенно в условиях ограниченных ресурсов, является максимальная интеграция. Таким образом, независимо от того, находятся вещества под контролем или нет, полезно предоставлять услуги по лечению расстройств на почве употребления тех или иных веществ в одном и том же месте, независимо от типа вещества. Такие услуги должны быть интегрированы в общую систему здравоохранения. При этом должен быть сохранен акцент на лечении наркомании.

## J. Лечение особых групп населения

### 1. Дети и подростки

25. Для подростков характерны особые схемы употребления наркотиков и особые потребности в лечении. Любое употребление наркотиков подростками является поводом для беспокойства, даже если они просто экспериментируют, поскольку, употребляя наркотики, они в большей степени склонны к рискованным моделям поведения и при этом возрастает опасность возникновения впоследствии тяжелых расстройств на почве наркопотребления. Исследования показывают, что для развивающегося мозга детей и подростков употребление наркотиков имеет серьезные негативные последствия<sup>43</sup>. Поэтому для подростков, употребляющих наркотики, лечение целесообразно даже тогда, когда они не страдают диагностируемыми расстройствами на почве наркопотребления. Проблемы, возникающие в связи с обеспечением детей и подростков эффективным лечением, включают: a) недостаточно исследованные вопросы наркопотребления в этой группе населения; b) неопределенность в отношении воздействия на детей и подростков лекарственных препаратов, предназначенных для взрослых; и c) психосоциальные меры вмешательства для подростков, соответствующие их возрасту, с учетом уровня интеллектуального развития и жизненного опыта. Важную роль в лечении подростковой наркомании играют семья и общество. Многие подростки, употребляющие наркотики, имеют опыт физического, эмоционального или сексуального насилия, и необходимо выявлять эти проблемы и по возможности учитывать их при лечении<sup>44</sup>.

<sup>42</sup>Chris Doran, "Economic evaluation of interventions for illicit opioid dependence: a review of evidence", справочный документ, подготовленный для третьего заседания технической группы по разработке руководства ВОЗ по медикаментозному лечению опиоидной зависимости при психосоциальной поддержке, состоявшегося в Женеве 17–21 сентября 2007 года.

<sup>43</sup>Lindsay M. Squeglia and Kevin M. Gray, "Alcohol and drug use and the developing brain", *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, No. 5 (May 2016).

<sup>44</sup>United States, National Institute of Drug Abuse, *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-based Guide*, NIH Publication No. 14-7953 (Washington, D.C., 2014).

## 2. Женщины

26. Во всем мире запрещенные наркотики употребляют почти в три раза больше мужчин, чем женщин, тогда как женщины чаще мужчин, употребляют рецептурные опиоиды и транквилизаторы. Хотя расстройства на почве наркопотребления чаще наблюдаются среди мужчин, в течение последних двух десятилетий распространенность наркомании среди женщин возросла, особенно в некоторых странах с высоким уровнем дохода. Кроме того, если женщины начинают употреблять наркотики, у них эта привычка перерастает в зависимость быстрее, чем у мужчин. Важно отметить, что очень немногие наркозависимые женщины имеют доступ к наркологическим услугам. Одно из трех лиц, употребляющих наркотики, — женщина, при этом только каждый пятый человек, получающий лечение, — женщина. Наиболее значительным барьером для поиска лечения является общественное осуждение. Хотя меньшее число женщин употребляют наркотики, последствия расстройств на почве наркопотребления среди женщин для системы здравоохранения весьма значительны, и женщины нуждаются в наркологических услугах, учитывающих гендерный фактор. Конкретные вопросы, которые необходимо решать, включают помощь по уходу за детьми, сексуальное и репродуктивное здоровье и здоровье беременных, сопутствующие психические заболевания, жестокое обращение, сексуальное насилие, занятость в секс-индустрии и жилищные условия<sup>45</sup>. ВОЗ разработала руководство по тактике лечения наркомании в период беременности<sup>46</sup>. Особое внимание теме женщин и наркотиков уделено в главе I ежегодного доклада МККН за 2016 год<sup>47</sup>.

## 3. Заключение в тюрьмах и других местах лишения свободы

27. Несмотря на неоднократные разъяснения в документах Организации Объединенных Наций о том, что международные договоры о контроле над наркотиками не обязывают государства-участники применять уголовные санкции в связи с употреблением наркотиков или назначать такие санкции за хранение наркотиков для личного использования, правительства некоторых стран продолжают сохранять законы, которые санкционируют меры наказания, включая тюремное заключение, для лиц, употребляющих наркотики. Необходимо вновь повторить, что, согласно международным договорам о контроле над наркотиками, в качестве полноценной альтернативы уголовным санкциям могут предоставляться услуги по лечению и реабилитации, о чем

<sup>45</sup>R. Orwin, L. Francisco and T. Bernichon, “Effectiveness of women’s substance abuse treatment programs: a meta-analysis”, NEDS Analytic Summary No. 21 (Fairfax, Virginia, Center for Substance Abuse Treatment, 2001).

<sup>46</sup>WHO, *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy* (Geneva, 2014).

<sup>47</sup>E/INCB/2016/1.

Комитет заявлял в 2007 и 2016 годах<sup>48, 49, 50</sup>. Лицам, которым грозят обвинения в употреблении наркотиков или хранении небольших количеств наркотиков для личного использования, необходимо предоставлять возможность выбрать лечение вне рамок системы уголовного правосудия. Для заключенных с расстройствами на почве наркопотребления важное значение имеет лечение, предоставляемое в тюрьмах. Стандарты и качество лечения, предлагаемого в тюрьмах, должны соответствовать тем услугам, которые имеются в обществе за их пределами, и все варианты психологического и фармакологического лечения наркозависимости, доступные в обществе, должны быть также доступны в тюрьмах. Важную роль в обеспечении непрерывности помощи после выхода заключенного на свободу играют связи со службами, находящимися за пределами тюрьмы. Из психосоциальных мер вмешательства особенно подходящим для мест лишения свободы считается длительное лечение с проживанием в терапевтических общинах.

## 4. Лица, страдающие от сочетания наркозависимости и расстройств психического здоровья (двойной диагноз)

28. Общеизвестно, что наркомания часто сочетается с другими психическими расстройствами. Такое сочетание может проявляться во многих формах. Лица, употребляющие наркотики, могут одновременно страдать от симптомов психических заболеваний или расстройств психического здоровья. В то же время лица с психическими расстройствами могут либо употреблять наркотики без патологических проявлений, либо у них могут развиваться на этой почве соответствующие заболевания. Что касается этиологии заболевания или временной связи, то каждое из этих состояний может предшествовать другому или быть его следствием. Существовавшие ранее психические заболевания могут усугубить проблемы с употреблением наркотиков (как, например, в случае попыток самолечения), или психические заболевания могут быть следствием наркопотребления. Службы лечения наркозависимости должны быть оснащены всем необходимым для оценки симптомов сопутствующих психических расстройств и предоставления пациентам лечения или направления их в соответствующие медучреждения.

## 5. Другие особые группы населения

29. Что касается других групп, то с особыми проблемами в плане доступа к лечению могут сталкиваться мигранты и этнические меньшинства. Несмотря на

<sup>48</sup>E/INCB/2007/1.

<sup>49</sup>UNODC, “From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment”, discussion paper, 2010.

<sup>50</sup>E/INCB/2016/1.



широкомасштабную миграцию (вынужденную или добровольную) во всем мире, проблема злоупотребления наркотиками среди мигрантов изучена недостаточно. Мигранты могут быть подвержены особенно высокому риску возникновения расстройств на почве наркопотребления вследствие тяжелейших испытаний, через которые им пришлось пройти, сопутствующих нарушений психического здоровья, трудностей культурной интеграции и социально-экономического неравенства<sup>51</sup>. Услуги по лечению для этой группы должны учитывать культурные факторы, которые определяют спрос на медицинские и социальные услуги и пользование ими<sup>52</sup>. Еще одну особенно уязвимую и нередко игнорируемую группу представляют работники секс-индустрии. Стигматизация употребления наркотиков и занятости в секс-индустрии затрудняет доступ к лечению, а криминализация обеих этих областей лишь усугубляет эту проблему. В качестве особенно эффективного подхода к установлению контакта с этими группами рекомендуется взаимодействие с партнерами из гражданского общества, которые работают с обеими группами — лицами, потребляющими наркотики, и людьми, занятыми в секс-индустрии<sup>53</sup>. Кроме того, приоритетной задачей должна быть разработка конкретных адресных мер в интересах этих групп, поскольку эффективность существующих мер не подтверждается никакими достоверными фактами<sup>54</sup>.

## К. Лечение наркозависимости как одно из прав человека

30. В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах устанавливается право на здоровье, которое определяется как «право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». Поскольку лечение наркозависимости действительно улучшает физическое и психическое здоровье лиц, затронутых этой проблемой, такое лечение обоснованно считается элементом права на здоровье.

31. В замечании общего порядка № 14 (2000 год) Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, касающемся права на наивысший достижимый уровень здоровья<sup>55</sup>, Комитет толкует право на здоровье, как оно определено в статье 12.1 Пакта, где говорится, что право на здоровье во всех его формах

и на всех уровнях содержит ряд взаимосвязанных основных элементов, точность применения которых будет зависеть от условий, существующих в том или ином государстве-участнике. Применительно к услугам по лечению и реабилитации этими условиями являются:

a) наличие. Наркологические службы должны иметься в достаточном количестве с учетом ожидаемых потребностей, включая надлежащее количество лекарственных препаратов, необходимых для лечения наркозависимости (таких, как метадон и бупренорфин для лечения расстройств на почве потребления опиоидов и налоксон для купирования последствий передозировки);

b) доступность. Важными аспектами доступности являются отсутствие дискриминации (при уделении особого внимания уязвимым и маргинальным группам населения), физическая доступность, экономическая доступность (т.е. приемлемость цен) и конфиденциальность;

c) приемлемость. Все наркологические услуги должны быть приемлемы для их получателей в культурном плане и с точки зрения соблюдения медицинской этики;

d) качество. Надлежащее качество подразумевает предоставление надлежащих в медицинском и научном плане наркологических услуг квалифицированными специалистами с использованием научно обоснованных методов, таких как назначение лекарственных препаратов с научно доказанной эффективностью.

32. Таким образом, в свете международных конвенций о контроле над наркотиками и Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах государствам следует принимать меры для обеспечения того, чтобы предоставление услуг по лечению наркозависимости отвечало вышеизложенным стандартам.

33. Обсуждение вопроса об обязательном лечении наркозависимости имеет особое значение в связи с правами лиц с расстройствами на почве наркопотребления. Во многих странах в национальных программах по контролю над наркотиками содержатся положения, предусматривающие, что в рамках системы уголовного правосудия возможно мотивирование, назначение и/или контролирование определенных форм лечения наркозависимости. В ряде случаев пациентов заставляют проходить лечение без их согласия. Такое лечение зачастую ведет к продлению срока пребывания в тюрьме или других местах заключения. В других случаях человеку могут предложить выбор между заключением и лечением на основе информированного согласия. Краткий курс лечения без согласия пациента может быть оправдан только в определенных

<sup>51</sup>Danielle Horyniak and others, “Epidemiology of substance use among forced migrants: A global systematic review”, PLOS One (2016).

<sup>52</sup>International Centre for Migration Health and Development, *Migrants, displaced people and drug abuse: A public health challenge*, 1998.

<sup>53</sup>Harm Reduction International, “When sex work and drug use overlap: considerations for advocacy and practice”, London, 2013.

<sup>54</sup>Nikki Jeal and others, “Systematic review of interventions to reduce illicit drug use in female drug-dependent street sex workers”, BMJ Open, No. 5(11):e009238, DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009238.

<sup>55</sup>HRI/GEN/1/Rev.9 (том I), глава I.

и ограниченных случаях, например при юридически санкционированной принудительной госпитализации лиц с тяжелыми психическими проблемами.

34. Принудительное лечение, т.е. лечение, проводимое без четко выраженного согласия затронутого лица, нежелательно, поскольку:

а) фактических данных о долговременной эффективности такого лечения крайне мало;

б) оно может угрожать здоровью проходящих лечение лиц, например вследствие повышенной уязвимости к ВИЧ и другим инфекциям;

в) оно вступает в прямое противоречие с принципами в области прав человека, изложенными в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах.

35. Многие учреждения Организации Объединенных Наций активно выступают за закрытие исправительных учреждений с принудительным лечением и реабилитацией наркоманов и за внедрение добровольных, научно обоснованных наркологических услуг, учитывающих права человека, и Комитет неоднократно выступал в поддержку этой позиции<sup>56, 57</sup>.

36. Неотъемлемым элементом качества и доступности наркологических услуг является доступ к лекарственным средствам, необходимым для лечения наркозависимости. Некоторые лекарственные средства, которые, бесспорно, доказали свою эффективность при лечении наркозависимости, например метадон и бупренорфин, имеют статус веществ, контролируемых на международном уровне. Многие национальные нормативные документы по контролю над наркотиками затрудняют медицинским учреждениям предоставление лечения с использованием таких контролируемых лекарственных средств. Многие контролируемые вещества играют решающую роль не только в лечении наркозависимости, но также, например, при обезболивании, анестезии, хирургическом вмешательстве и лечении психических расстройств. Обязанностям по предупреждению утечки и незаконного оборота таких веществ и злоупотребления ими уделяется гораздо больше внимания, чем обеспечению их наличия в надлежащих количествах для медицинских и научных целей. В некоторых странах использование таких лекарственных средств прямо запрещено. В других, даже если такие лекарственные средства имеются, поставщики услуг неохотно используют их из-за обременительных нормативных требований. Хотя надлежащее назначение контролируемых лекарственных средств медицинскими работниками следует всячески сдерживать, Комитет четко рекомендовал отказаться

<sup>56</sup>UNODC and others, "Compulsory drug detention and rehabilitation centres", joint statement, 9 March 2012. Доступно по адресу: [www.unodc.org/](http://www.unodc.org/).

<sup>57</sup>E/INCB/2016/1.

от правовых санкций за непреднамеренные ошибки в обращении с опиоидами<sup>58</sup>. Несмотря на это, в некоторых странах практика слишком строгого толкования и применения законов в отношении врачей-наркологов продолжается. Например, в Индии в 2014 году два психиатра были арестованы и отправлены в тюрьму по обвинению в предоставлении бупренорфина своим пациентам. Это привело к тому, что значительная часть врачей воздерживается от лечения бупренорфином, оставляя без эффективного лечения большое число пациентов, которые вынуждены продолжать незаконное употребление героина<sup>59</sup>. К сожалению, Индия не одинока в этом отношении. Отмечается, что, несмотря на очень низкий уровень потребления таких лекарственных средств для медицинских целей, происходит их утечка. Это свидетельствует о том, что ограничение доступа к таким веществам, используемым для медицинских целей, является недостаточным средством предотвращения их ненадлежащего использования<sup>60</sup>.

37. Обеспечение доступа к контролируемым наркотическим средствам и психотропным веществам для медицинских и научных целей отвечает духу и букве международных конвенций о контроле над наркотиками. Поэтому государства должны принять меры для устранения правовых и политических барьеров, препятствующих доступу к ним. Важно, чтобы национальные законы, регулирующие наличие фармацевтической продукции в целом, соответствовали договорам о контроле над наркотиками и обеспечивали пресечение незаконного использования и облегчение доступа к лекарственным средствам для использования при лечении. Иногда отмечается, что в национальной политике и нормативных требованиях проводится различие между разными медицинскими целями, и доступ к контролируемым лекарственным средствам облегчается для лечения определенных нарушений здоровья, например болей, связанных с последней стадией рака, и в то же время затрудняется для лечения наркозависимости. Контролируемые лекарственные средства должны быть в равной степени доступны при всех нарушениях здоровья, для лечения которых они необходимы, как того требуют международные конвенции о наркотиках, и в соответствии с результатами научных исследований. Чрезмерные ограничения на предоставление лечения с использованием контролируемых лекарственных препаратов являются нарушением права на здоровье.

<sup>58</sup>«Наличие психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей. Необходимость, соответствующее наличие и отсутствие чрезмерных ограничений» (E/INCB/2015/1/Supp.1).

<sup>59</sup>Atul Ambekar and others, "Challenges in the scale-up of opioid substitution treatment in India", *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 59, No. 1 (April 2017).

<sup>60</sup>Briony Larance and others, "The availability, diversion and injection of pharmaceutical opioids in South Asia", *Drug Alcohol Review*, vol. 30, No. 3 (2011), pp. 246–254.

## L. Мониторинг и программы контроля качества лечения

38. Важное значение для мониторинга охвата лечением и качества услуг по лечению, реабилитации и социальной реинтеграции в государственном и частном секторах имеют надлежащий мониторинг и системы оценки. Это является необходимым условием эффективного установления приоритетов и выработки мер по удовлетворению установленных потребностей, включая необходимость повышения качества ухода, необходимость оказания помощи директивным органам в установлении рентабельности инвестиций в лечение, необходимость выявления недостатков в предоставлении лечения и необходимость планирования требуемых программ лечения.

39. С учетом этого важно установить целевые показатели здоровья, например долю лиц, восстановившихся после расстройств на почве наркопотребления, и при этом не ограничиваться только оценкой частоты употребления и типа используемого наркотика. Важными вспомогательными механизмами, позволяющими обеспечить более полное использование результатов программ лечения в непрерывном процессе повышения качества, являются оперативные исследования и обмен успешными видами практики.

## M. Рекомендации

40. Провозглашенная в трех конвенциях о контроле над наркотиками обязанность государств-участников предоставлять лечение лицам с нарушениями здоровья на почве наркопотребления в рамках широкого спектра мер по сокращению спроса на наркотики является важнейшим фактором улучшения здоровья населения во всем мире. Кроме того, улучшение лечения расстройств, связанных с потреблением наркотиков, является одной из важнейших задач для достижения цели 3 в области устойчивого развития (Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте). Одна из основных целей настоящей главы заключается в том, чтобы содействовать лечению расстройств на почве наркопотребления в соответствии с требованиями договоров о контроле над наркотиками и не допустить применения во имя осуществления этих конвенций методов, не являющихся научно обоснованными. Страны должны знать о ресурсах и механизмах для лечения наркозависимости и обеспечения ухода, которые были разработаны благодаря совместной работе УНП ООН и ВОЗ<sup>61</sup>, и должны применять их на практике. Такое сотрудничество является попыткой системы Организации Объединенных Наций содействовать применению комплексного и сбалансиро-

ванного подхода к лечению наркозависимости путем эффективного взаимодействия между секторами общественного здравоохранения, контроля над наркотиками и правоохранительной деятельности.

41. Комитет рекомендует государствам:

*а) собирать данные о распространенности расстройств на почве наркопотребления и доступности и применении лечения.* Необходимо выделять средства для совершенствования механизмов эффективного сбора информации, в том числе путем всеобъемлющих национальных обзоров по вопросам употребления наркотиков с применением признанных методологий, чтобы оценить масштабы проблем и тенденции в области употребления наркотиков и методов лечения;

*б) направлять финансовые ресурсы на обеспечение наличия и доступности научно обоснованных услуг по лечению и реабилитации.* Учитывая, что расстройства на почве наркопотребления являются значительным бременем для национальных ресурсов и несут страдания всему человечеству, важно, чтобы государства инвестировали средства в обеспечение наличия и доступности научно обоснованных мер лечения и реабилитации для наркозависимых лиц в рамках системы здравоохранения. Трудно установить точный объем или долю ресурсов, которые необходимо выделить в целях охвата всего спектра мер по контролю над наркотиками. Контроль над наркотиками включает меры по сокращению предложения (например, нормативное регулирование, правоохранительные меры, запретительные меры и уголовное правосудие) и меры по сокращению спроса (например, профилактику, лечение и реабилитацию, а также предупреждение отрицательных последствий). В то же время выделение ресурсов должно быть сбалансированным с учетом масштаба и характера связанных с наркотиками проблем, национальных приоритетов и научной базы;

*с) обеспечивать координацию предпринимаемых государственными учреждениями и министерствами усилий по сокращению предложения и спроса.* Для сокращения предложения и спроса требуются во многом различающиеся навыки и экспертные знания. Даже в рамках сектора сокращения спроса экспертные знания, необходимые для первичной профилактики, заметно отличаются от знаний, требуемых для лечения и реабилитации. Таким образом, хотя правоохранительные учреждения лучше подходят для принятия различных мер по контролю, с лечением наркозависимости лучше справляются департаменты и министерства, отвечающие за сектор здравоохранения. В то же время необходимо обеспечивать координацию деятельности всех учреждений, занимающихся контролем над наркотиками;

*д) уделять должное внимание лечению наркозависимости с учетом других потребностей в области здравоохранения и социального обеспечения.* Направляя национальные ресурсы на лечение и реабилитацию пациентов с расстройствами на почве наркопо-

<sup>61</sup> УНП ООН и ВОЗ, Совместная программа УНП ООН–ВОЗ по лечению наркозависимости и оказанию наркологической помощи (2009 год).



ребления, следует основываться на местных потребностях. Даже при наличии ресурсов, выделяемых пакетом для широкого набора услуг в области здравоохранения и социального обеспечения, определенная доля средств должна быть конкретно ассигнована на лечение и реабилитацию. Следует прежде всего выделять ресурсы на те методы лечения, эффективность которых подтверждается убедительными фактическими данными;

*е) подготовить штат квалифицированных и опытных кадров.* В целях обеспечения качества программ лечения наркозависимости государства должны выработать механизмы создания потенциала различных специалистов-наркологов, включая специалистов с университетским образованием в области наркологии или наркопсихиатрии, специалистов в области общей медицины, обладающих знаниями для решения общих проблем, связанных с наркотиками, других специалистов, в том числе медсестер, консультантов, психологов, социальных работников и специалистов по трудотерапии. В рамках работы на местах очень эффективным для охвата труднодоступных групп населения, употребляющих наркотики, и мотивирования их прибегнуть к услугам лечения наркозависимости было бы привлечение «равных консультантов» из того же сообщества лиц, употребляющих наркотики. Кроме того, важно, чтобы другие специалисты, которые могут столкнуться с лицами, употребляющими наркотики, включая тех, кто работает в сфере общего здравоохранения, просвещения, в социальных службах или в системе уголовного правосудия, получили подготовку в области раннего выявления наркомании и мер вмешательства. Все учебные программы должны включать правозащитные компоненты и этические нормы при лечении;

*ф) сотрудничать с партнерами из гражданского общества.* НПО могут осуществлять весьма эффективное партнерство с национальными правительствами в различных формах, в том числе путем расширения сферы охвата услуг через налаживание связей между лицами, потребляющими наркотики, и поставщиками услуг, обеспечивая защиту прав таких лиц и выступая в качестве пропагандистских площадок, предоставляющих слово группам, затронутым этой проблемой. Национальным правительствам следует налаживать сотрудничество с группами гражданского общества, которые могут оказать помощь в обеспечении соблюдения международных конвенций о контроле над наркотиками в том, что касается расширения сферы охвата лечебных мероприятий;

*г) руководствоваться принципами справедливости и равенства.* Лечебные услуги должны быть легкодоступны для всех, кто в них нуждается, при этом специальное внимание следует уделять особым группам населения или маргинальным, обездоленным и уязвимым слоям общества, в частности женщинам, детям и подросткам, секс-меньшинствам, малообеспеченным группам, а также расовым и этническим мень-

шинствам. Следует обеспечить, чтобы в отношении лиц, страдающих наркозависимостью, не проявлялась дискриминация, в том числе основанная на типе наркотического средства, которое они употребляют (контролируемые или неконтролируемые вещества), а также в зависимости от того, находились ли они в сфере ведения системы уголовного правосудия. Наркологические услуги в тюрьмах и других местах лишения свободы должны быть такого же уровня качества и интенсивности, как и те, что предоставляются в обществе в целом; необходимо обеспечить, чтобы все лица с расстройствами на почве наркопотребления могли осуществлять свое право на лечение;

*h) предоставлять медицинское страхование и другие льготы при лечении расстройств на почве наркопотребления.* Лица, страдающие наркозависимостью, должны иметь доступ к тем же льготам и социальному обеспечению, что и лица с другими нарушениями здоровья. Расстройства на почве наркопотребления должны быть внесены в список болезней, в связи с которыми предоставляются льготы в области медицинского страхования. Аналогичным образом, на лиц, страдающих наркозависимостью, должны распространяться пособия по инвалидности, если таковые имеются;

*i) улучшить доступ к контролируемым лекарственным средствам.* Политику и процедуры, регулирующие использование контролируемых лекарственных средств (таких, как метадон, бупренорфин и другие медикаменты, необходимые для лечения наркозависимости), следует упорядочить в целях упрощения доступа к таким средствам. Хотя процессуальный надзор и мониторинг играют важную роль в предотвращении утечки и ненадлежащего использования фармацевтической продукции, слишком строгие ограничительные правила и процедуры удерживают специалистов от ее применения. Необходимо создать такую среду, которая позволила бы специалистам предоставлять стандартные наркологические услуги, включающие при необходимости назначение и распределение контролируемых лекарственных средств. В национальных законах и политике не должна присутствовать дискриминация в отношении различных нарушений здоровья, для лечения которых такие лекарства необходимы. Сектору здравоохранения и специалистам-медикам следует предоставить право на принятие клинических решений в отношении выбора лекарственных средств в соответствии с общепринятой базой знаний в медицинской науке;

*j) создать многоуровневую структуру для предоставления наркологических услуг.* Необходимо обеспечить наличие услуг по лечению, реабилитации и социальной реинтеграции в различных местах. Излишний акцент на специализированные учреждения, такие как специальные реабилитационные центры, может оказаться контрпродуктивным, поскольку там может иметь место стигматизация в отношении наркоманов, а услуги могут быть труднодоступны и дороги. Вместо

этого, по мере развития соответствующего потенциала, следует создать многоуровневую структуру для предоставления наркологических услуг, в рамках которой обычными и менее тяжелыми проблемами занимаются службы общей и первичной медико-санитарной помощи, а более острыми проблемами — врачи-специалисты. Такая структура будет способствовать раннему выявлению нарушений и лечению лиц с относительно легкими проблемами и предотвратит их перерастание в наркозависимость и ее последствия. Правительствам рекомендуется использовать методические материалы, разработанные ВОЗ, в целях содействия профилактике и лечению расстройств на почве наркопотребления в системах общего здравоохранения в рамках всеобщего охвата медицинскими услугами<sup>62</sup>;

*к) переориентироваться с мер уголовного правосудия на меры медицинского и социального реагирования.* Национальная политика борьбы с употреблением наркотиков должна благоприятствовать предоставлению услуг по лечению и реабилитации и избегать преднамеренного уклона в сторону мер уголовного правосудия при решении проблем, связанных с наркотиками. В некоторых странах в этих целях проведены существенные правовые и политические реформы. Общий политический климат в отношении наркотиков на национальном уровне должен благоприятствовать предоставлению научно обоснованных услуг по лечению и реабилитации; необходимо обеспечить, чтобы права лиц с расстройствами на почве наркопотребления соблюдались на всех этапах и чтобы такие лица не подвергались дискриминации в какой бы то ни было форме;

*л) расширять сотрудничество, обмениваться передовой практикой и наращивать потенциал.* Важность международного сотрудничества в области контроля над наркотиками является общепризнанной и не раз подчеркивалась в многочисленных публикациях МККН и Организации Объединенных Наций, а также в различных резолюциях Комиссии по наркотическим средствам, Экономического и Социального Совета и Генеральной Ассамблеи. Международное сотрудничество также крайне необходимо для улучшения и расширения охвата лечением наркозависимости. Государствам настоятельно рекомендуется сотрудничать путем обмена научными данными и передовой практикой, а также в подготовке людских ресурсов для предоставления услуг по лечению и реабилитации;

*м) предоставлять финансовую и техническую помощь странам с низким и средним уровнем доходов.* Многим странам потребуется финансовая помощь и поддержка в плане экспертных знаний для разработки и устойчивой реализации программ лечения наркозависимости, соответствующих международным стан-

дартам. Многие развитые страны с высоким уровнем доходов с сформировавшимися незаконными рынками контролируемых наркотиков стремятся к сотрудничеству с развивающимися странами, которые только начинают функционировать как транзитные пункты для этих контролируемых наркотических средств или уже таковыми являются. Соответственно, развитые страны с высоким уровнем доходов должны действовать на началах взаимности, расширяя финансовую и техническую помощь странам с низким и средним уровнем доходов, которые испытывают трудности при создании и поддержании служб по лечению и реабилитации. Странам с низким и средним уровнем дохода, которые успешно накапливают соответствующие экспертные знания и наращивают свой потенциал, рекомендуется делиться своим опытом с другими странами. Важную роль в оказании помощи развивающимся странам в этой области могли бы сыграть международные донорские организации и учреждения Организации Объединенных Наций;

*н) обеспечить исследование новейших мер вмешательства.* Научные достижения последних десятилетий позволяют мировому сообществу эффективно и гуманно решать проблемы, возникающие в связи с расстройствами на почве наркопотребления. Однако, несмотря на серьезные успехи в лечении расстройств на почве наркопотребления, ряд проблем остаются нерешенными. Хотя эффективность существующей фармакотерапии для лечения расстройств на почве употребления опиоидов доказана, действенность медикаментозного лечения расстройств, вызванных употреблением каннабиса и стимуляторов, по-прежнему весьма иллюзорна. Еще одной областью, в которой научная база, касающаяся воздействия, последствий и методов эффективного лечения, все еще находится в процессе развития, является появление новых психоактивных веществ. Многие страны и юрисдикции осуществили существенные политические и законодательные изменения, касающиеся контролируемых наркотических средств, в частности каннабиса. Будущее покажет, какое воздействие эти изменения в политике будут иметь на такие вопросы, как расстройства на почве наркопотребления и последующая потребность в лечении. Относительно новые формы мер вмешательства, например героиновая заместительная терапия и кабинеты для контролируемых инъекций, внедряются в настоящее время в ряде стран. МККН призывает продолжать усилия по проведению дополнительных исследований в этих областях в целях обеспечения научной базы для соответствующих методов лечения и мер вмешательства, отвечающих требованиям международных конвенций о контроле над наркотиками.

<sup>62</sup>WHO, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)* (Geneva, 2010).