



**КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ
ЭТНОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
СТИЛЯ ЖИЗНИ И ОСНОВНЫХ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДЕНИЯ
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ В КИЕВЕ**

АвТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ:

ПЕДРО МАТЕУ-ГЕЛАБЕРТ,
Л. ШУЛЬГА,
Н. ДВИНСКИХ,
М. ВАРБАН,
И. ВОЛОСЕВИЧ,
О. ИВАНИНА,
Е. ПОЛЬЩИКОВА

НАУЧНАЯ РЕДАКЦИЯ:

ПЕДРО МАТЕУ-ГЕЛАБЕРТ,
Л. ШУЛЬГА,
М. ВАРБАН

Данное операционное исследование было проведено в 2012 году исследовательской компанией «ГФК Юкрейн» по заказу МБФ «Международный Альянс по борьбе с ВИЧ/СПИД» в рамках реализации программы «Поддержка профилактики ВИЧ и СПИД, лечение и поддержка для наиболее уязвимых категорий населения в Украине», при содействии Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.



СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВАР — вещества амфетаминового ряда

ЗТ — заместительная терапия

НПО — неправительственная организация

ПИН — потребители инъекционных наркотиков

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цели и задачи

Цель исследования — изучение поведения потребителей инъекционных наркотиков и их социальных сетей в городе Киеве. В рамках данного исследования изучались инъекционные практики, характеристики социальных сетей потребителей таких инъекционных наркотиков, как «крокодил» (дезоморфин), стимуляторы (метамфетамин), опиаты (жидкий экстракт опия).

В рамках исследования решались следующие задачи:

- описание современной ситуации с употреблением инъекционных наркотиков в Киеве;
- анализ особенностей представителей целевой группы, включая:
 - ✓ стиль повседневной жизни;
 - ✓ семейное положение и особенности семейной жизни;
 - ✓ взаимоотношения с внешним социальным окружением;
 - ✓ источники существования;
 - ✓ социальные сети и взаимоотношения между их членами;

- ✓ практики употребления инъекционных наркотиков;
- ✓ отношение к собственному здоровью, особенности решения проблем со здоровьем (с особым фокусом на практики обращения потребителей в медицинские учреждения);
- ✓ роль ВИЧ-сервисных НПО в жизнедеятельности ПИН;
- верификация полученной информации о практиках инъекционного употребления наркотиков путем непосредственного наблюдения за ПИН в местах изготовления и употребления наркотических веществ, а также опроса сотрудников ВИЧ-сервисных НПО, которые предоставляют услуги ПИН;
- разработка рекомендаций по улучшению профилактической работы с ПИН.

Объект исследования: молодые мужчины и женщины, употребляющие инъекционные наркотики (в возрасте 18–25 лет), представители ближайшего их окружения (муж/жена, родители, родственники, друзья), сотрудники ВИЧ-сервисных НПО.

Методы и выборка исследования. Для достижения целей исследования использованы следующие методы:

- ✓ *Глубинное интервью-жизнеописание* с потребителями инъекционных наркотиков. Всего было опрошено 22 человека (мужчины и женщины 18–25 лет) в Киеве, в том числе:

- 7 потребителей опиатов (жидкий экстракт опия);
- 7 потребителей стимуляторов (метамфетамина);
- 8 потребителей «крокодила» (дезоморфина).

Рекрутинг респондентов осуществлялся представителями НПО, предоставляющих услуги данной категории потребителей наркотиков в соответствии с особенностями выборки исследования. Перед началом интервью проводился повторный скрининг опрашиваемых. Для создания безопасной, дружелюбной атмосферы общения встречи организовывались на территории НПО, клиентами которых являлись респонденты.

С целью лучшего выявления местных особенностей рискованных практик и описания механизмов возникновения рискованного поведения, а также интерпретации данных, полученных в процессе глубинных интервью, было установлено *наблюдение* в двух местах приготовления и употребления наркотиков. Оно осуществлялось с применением диктофонной записи и составления письменных заметок по результатам наблюдений.

Проведены также две *фокус-групповые дискуссии* с представителями ВИЧ-сервисных НПО, которые предоставляют услуги ПИН: одна — с менеджерами организаций (руководители, руководители проектов — 6 респондентов), вторая — с социальными и аутрич-работниками (8 респондентов).

При составлении отчета использовался метод триангуляции данных, полученных в результате проведения интервью, дискуссий и полевых наблюдений.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стиль жизни ПИН и практики употребления наркотиков

В исследовании приняли участие 22 потребителя инъекционных наркотиков в возрасте до 30 лет. Среди опрошенных — 6 женщин и 16 мужчин, что соответствует общей структуре потребления. Стаж в среднем около 5–7 лет. Минимальный — три года, максимальный — 11 лет.

Одной из характерных черт для ПИН исследуемой возрастной группы (18–25 лет) является полинаркомания, переход от употребления одного типа наркотика к другому, склонность к экспериментам, в отличие от старших потребителей с длительным стажем и устоявшимися привычками. Таким образом, разделение потребителей на группы в зависимости от типа употребляемого/предпочитаемого наркотика является достаточно условным, а границы таких групп — скорее символичны. Здесь и далее различия между представителями различных групп по типу основного наркотика будут указываться, а если это не отмечено специально — та или иная характеристика присуща всем группам.

Детство большинства респондентов имеет некоторые характерные черты:

- **неполная семья** — многие пережили развод родителей или смерть одного из них. В случае развода все опрошенные оставались жить с матерью и практи-

чески прекращали общение с отцом. Так, многие на данный момент не знают о его местонахождении и не помнят, кем он работал;

- **двое или больше детей в семье** — чаще респондент является младшим ребенком. Если старшие братья/сестры употребляли наркотики, это было дополнительным фактором, подтолкнувшим его к употреблению;
- **неудовлетворенность школой, отсутствие внешкольных увлечений (секций, кружков)** — большая часть опрошенных без энтузиазма вспоминает школьное время. Скучали, часто прогуливали уроки, проводя время на квартирах у друзей или гуляя во дворе/на улице, имели конфликты с администрацией. Некоторые называют конфликт с преподавателем, обиду на «несправедливое» отношение, что стало причиной потери интереса к учебе и прогулов. При этом те, кто чем-либо увлекался (спорт, любимые школьные предметы), имеют более поздний первый опыт употребления наркотиков;
- **среднее или средне-специальное образование** — среди опрошенных только четыре поступали в ВУЗ (но не закончили его). Максимальный уровень образования — законченное профессионально-техническое училище. Большинство из тех, кто закончил его, попали туда случайно, по желанию родителей, не интересовались специальностью и не работали по ней после окончания учебы.

Таким образом, среди факторов, которые могли повлиять на приобщение респондента к употреблению наркотиков, можно назвать проблемы в семье (развод или смерть одного из родителей, отчужденные отношения с родителями).

Материальный фактор/финансовое положение семьи является скорее вспомогательным фактором на фоне неблагоприятной обстановки в семье. Так, среди опрошенных в равной мере встречаются те, кто рос в проблемной семье («родители-алкоголики», необходимость самостоятельно зарабатывать в раннем возрасте), так и те, кто был материально лучше обеспечен по сравнению со сверстниками. Сами респонденты редко упоминали материальный фактор в качестве такого, который прямо повлиял бы на начало употребления наркотиков, за исключением двух случаев, когда они торговали ими в школе, чтобы улучшить свое материальное положение.

Едва ли не самым важным фактором является влияние сверстников. Так, у большинства опрошенных первое знакомство с наркотиками началось с компании знакомых по двору/соседей, которые регулярно употребляли легкие наркотики. Практически всегда первым был трамадол, принимать который считалось нормальным и естественным: «все его ели, и мы с подружкой стали», не более опасным (но более интересным!), чем слабоалкогольные напитки.

Опыт употребления трамадола (в редких случаях — марихуаны) начинался в 13–14, редко (4 респондента) — в 11–12 лет. Переход к более сильным наркотикам происходил либо в старших классах школы, либо уже после ее окончания (15–18 лет). При этом те, кто имел интересы вне школы, чаще начинал употребление уже в новой среде — в училище или более взрослой компании, в то время как те, кто больше времени проводил «во дворе», делал это в той же компании, с которой начинал принимать легкие наркотики.

«Начинали во дворе. То есть давайте покурим «план», давайте нажремся трамадола. Когда он (трамадол) закончился или где-то делся, не знаю, тогда уже давайте попробуем уколоться. Вот и укололась...»
(женщина, 22 года, употребляет дезоморфин).

Среди причин перехода к более сильным наркотикам можно назвать подростковое любопытство, поиск новых, «взрослых» ощущений, дискомфорт от смены среды/группы общения (например, при поступлении в училище). Важным фактором для большинства было желание быть принятым группой, вписаться в нормы поведения окружающих.

«Сосед по лестничной клетке поспособствовал. Ну, я знал как бы, чем он занимается... Интересно было. Смотрю на него, его прет. Короче... мне это было интересно, хотелось попробовать... Но я себе сказал так: если поступаю, попробую. Ну, глупо, конечно... Поступил — потом говорю: «Вася, все, давай...» Думаю, попробую — и все. Ну и попробовал на свою голову. После первого раза я где-то месяц не употреблял. Потом опять попробовал... Второй месяц, третий, и понеслось... каждый день. И вот теперь это — практически по сегодняшний день»
(мужчина, 23 года, употребляет дезоморфин).

«У меня была подружка чуть постарше. А мне было тогда двенадцать. Вот, и мы познакомились со старшими ребятами. Семнадцать лет, восемнадцать... Из соседнего дома. И как бы все употребляли наркотики. Опиум... Как-то подружка спрашивает меня: «А ты пробовала «винт»? Я говорю: «Нет...» «А я пробовала. Давай возьмем?» Ну и взяли...»
(женщина, 23 года, употребляет стимуляторы).

Для большинства первым «взрослым» наркотиком был метамфетамин («винт»), который в первое время (обычно первые несколько месяцев) употреблялся перорально, не систематически, один раз в неделю или в две, например, перед походом на дискотеку. Далее частота приемов постепенно увеличивалась. Переход к инъекционному потреблению происходил, как правило, в течение первого года — чем чаще человек это делал, тем скорее переключался на инъекционный способ. Многие ко времени первого приема уже знали в своем районе людей, которые занимались «варкой» (часто это были соседи по дому), общались с той же компанией, в которой начиналось употребление трамадола. Более редки случаи, когда первым инъекционным наркотиком был жидкий экстракт опиума. Обычно это связано с тем, что этот тип наркотика уже употреблял кто-то из знакомых (старший брат/сестра, кто-нибудь из постоянного круга общения).

Поскольку большинство респондентов имели первый опыт инъекционного употребления еще до того, как дезоморфин появился на рынке, среди них был только один, для кого он стал первым инъекционным наркотиком. Можно предположить, что с уменьшением возможностей доступа к другим видам наркотических средств доля молодых ПИН, которые с перорального сразу переходят к инъекционному употреблению дезоморфина, будет стремительно возрастать.

Переход к инъекционному употреблению для значительной части опрошенных происходил полудобровольно. Основной причиной добровольного перехода респонденты называли необходимость/желание усилить ощущения. Полудобровольный обычно инициировал «варщик», реже — более опытные/старшие потребители, которые присутствовали на «точке».

«Со мной [на точке — ред.] было три человека по тридцать лет, которые отсидели [знакомые «варщика» — ред.]. И они тут все колются. Я говорю, что не колюсь и не хочу колоться. Это плохо. А они мне зажали руку, а во вторую укололи. Если бы они были помоложе, я бы полез драться. Но так как все взрослые и наверняка у кого-то из них имелся нож, я не хотел рисковать. Укололся — и все. Пару месяцев продержался. А потом еще захотелось...» (мужчина, 21 год, употребляет опиаты).

Необходимость сделать инъекцию мотивировалась тем, что:

- «если ты выпьешь, твоим друзьям не хватит»;
- более сильные, «настоящие» ощущения при инъекционном употреблении;
- пить «винт» вредно.

В некоторых случаях респонденту вводят наркотик, не спрашивая, как в случае с несовершеннолетней девушкой, которой сделал инъекцию кто-то из недоброжелателей ее старшей употребляющей сестры. Стоит отметить и случаи, когда окружающие (более опытные потребители, обычно друзья или старшие родственники) пытались отговорить респондента от перехода к инъекционному употреблению как более рискованному. Все опрошенные утверждают, что инъекция делалась одноразовым новым шприцем и на начало употребления в их окружении не была распространена практика повторного/совместного использования шприцев из-за страха заражения ВИЧ.

Период после перехода к инъекционному употреблению характеризуется постепенным увеличением его частоты. Потребители стимуляторов, как правило, в течение первого года сами стали «варщиками» или помогали при «варке», и

тогда частота употребления возрастала до нескольких раз в день.

Достаточно характерными для употребления стимуляторов были перерывы (в связи с уходом в армию, временным отъездом, необходимостью поправить здоровье).

«В армии вообще ничего не употреблял. Вернулся домой — тоже ничего. Как-то не хотелось. Но с такими друзьями-товарищами, как у меня, все что угодно будет. И сорвался конечно... «Ширка». Потом вообще какую-то воду начали приносить. Один из вариантов. А затем «крокодилчик» пришел на смену...»
(мужчина, 26 лет, употребляет дезоморфин).

«Мог две недели подряд. Бывало вообще заносило конкретно. Потом отходил неделями. Часто употреблял. Потому что варили его, в принципе, почти каждый день...» (мужчина, 21 год, употребляет дезоморфин).

Переход к опиатам инициировался у респондентов чаще всего или поиском чего-то «нового», или проблемами с доступностью стимуляторов. Реже — желанием отойти от стимуляторов, вызванными их употреблением депрессиями.

На данный момент видна **явная тенденция к увеличению употребления дезоморфина**. Переход к этому наркотику у большинства респондентов произошел в течение последних 6–8 месяцев. Они называют несколько причин:

- другие наркотики внезапно стали исчезать с рынка, подорожали в несколько раз за короткий период;

- качество опиатов сильно упало, несмотря на высокую цену;
- по сравнению с другими наркотиками дезоморфин гораздо дешевле, ингредиенты можно достать легко и легально;
- легко приготовить в домашних условиях, что безопаснее, чем приобретение готового наркотика;
- знакомый «рецепт» приготовления;
- схожий с опиатами эффект.

Итак, основными причинами перехода являются **низкая цена** и сравнительная **безопасность/легальность** приобретения ингредиентов. Кроме того, респонденты отмечали, что часто под видом опиатов по высокой цене им продают все тот же дезоморфин.

Употреблению дезоморфина присуща повышенная частота инъекций: от нескольких раз в неделю до десяти раз в сутки. Объясняется это тем, что готовят его в домашних условиях из расчета на 2–4-х человек за раз и употребляют на месте изготовления. Закупка всего необходимого, включая инъекционный материал, обычно совершается совместно перед началом «варки». Изготовление происходит на квартире у «варщика», реже – у кого-то из других участников, если на данный момент сделать это у него невозможно. Во время «варки» участники находятся в квартире, могут наблюдать за процессом, но непосредственно производством занимается, как правило, один «варщик» или вместе с помощником. Выборка и распределение осуществляются отдельным шприцем, который могут использовать для этой цели несколько раз, но обычно не используют для инъекций.

В первую очередь на дезоморфин перешли те, кто не имеет постоянного источника дохода и при этом употребляет регулярно.

«Винт» очень трудно достать. Было пару раз, употребляла... За ту цену, по которой он продается, это просто нереально. Чтобы его употреблять, нужно работать и нормальную зарплату иметь. Получается так...» (женщина, 22 года, употребляет дезоморфин).

Не перешли к употреблению дезоморфина после «винта» те из респондентов, кто финансово лучше обеспечен, «не в системе», то есть употребляет нерегулярно, рекреационно (в среднем один раз в неделю), имеет стабильные каналы приобретения достаточно качественного наркотика, а также некоторые из «варщиков», имеющие возможность доставать необходимые ингредиенты.

Многие практикуют употребление разных видов наркотиков в зависимости от финансового положения или наличия их в пределах досягаемости. Интересно, что такой критерий, как контекст употребления (например, «винт» для секса или перед дискотекой и т.д.), практически не упоминался респондентами. Дополнительным критерием приема стимуляторов для женщин является контроль за весом. Так, некоторые ПИН, употребляющие несколько видов наркотиков, используют «винт», чтобы похудеть.

«Поправилась на девять килограммов, потому что бросила курить... Потом еще побывала в гостях у бабушки, где меня откармливали, как гусыню. В итоге девять килограммов за месяц... Вернулась в Киев — надо ж как-то худеть! А как? Ну и... снова по накатанной... «Винт», а там и «ширка»...» (женщина, 23 года, употребляет стимуляторы).

«Получается, когда нет денег, негде взять — вообще никак. Я начинаю толстеть, набираю вес. Ночами не сплю. Психологически очень тяжело... А вот когда употребляю — сильно худею. И оно хорошо, как бы, как допинг хорошо...» (женщина, 22 года, употребляет стимуляторы).

Таким образом, можно сделать вывод, что для значительной части ПИН выбор наркотика в данное время зависит прежде всего от **финансовых возможностей и доступности**.

Важным аргументом против перехода к употреблению дезоморфина для части опрошенных является высокая смертность за последнее время среди знакомых, принимавших этот наркотик. Однако есть подозрения, что последующее ухудшение качества и подорожание/исчезновение других наркотиков будут иметь большее значение при выборе продукта употребления.

Сети ПИН

Как и в ситуации с употреблением, в описании сетей не всегда возможно выявить разницу между потребителями различных наркотиков, поскольку рамки между этими группами довольно размыты и зависят от многих факторов (возраст, предыдущий опыт употребления, умение изготавливать самостоятельно и т.д.). В общих чертах характеристики инъекционных сетей выглядят таким образом.

Дезоморфин. Особенностью этого типа наркотика является широкая распространенность его приготовления на дому. Средний размер сети потребителя составляет 3–7 человек, один из которых — «варщик». Потребители, которые не изготавливают наркотик сами, обычно стараются обращаться к одному и тому же «варщику» (чаще это кто-то из близких знакомых, сосед, человек из той же компании). Достаточно распространенной является ситуация, когда ПИН всегда обращается только к одному «варщику», не расширяет круг новых знакомств, употребляет с одними и теми же двумя — тремя людьми. Те из «варщиков», кто умеет готовить только «крокодил», часто имеют почти такую же по размерам сеть, как и обычный потребитель, поскольку речь идет об изготовлении для себя и узкого круга знакомых.

Стимуляторы. Здесь также можно наблюдать уменьшение сетей, но в силу других причин: уменьшение количества потребителей — как результат перехода на более доступные и «легальные» наркотики (чаще всего «крокодил»); большая закрытость потребителей и изготовителей/продавцов в связи с давлением со стороны правоохранительных органов.

Так, многие потребители стимуляторов отмечали, что в последнее время ситуация коренным образом изменилась: исчезла атмосфера «когда все друг друга звали, угощали», более редким стало общение и знакомство в точках продажи. Потребители стимуляторов в большей степени, чем потребители дезоморфина, стремятся покупать и продавать только среди знакомых, проверенных людей. Обычно приобретается уже готовый наркотик, компоненты покупает «варщик» или потребитель, имеющий связи в аптеках.

Поскольку процесс изготовления стимуляторов и дезоморфина во многом схож, часть «варщиков» практикует изготовление обоих типов наркотика. Также некоторые совмещают и употребление: «можно по очереди, а кто-то делает то в одну руку, а то — в другую». Количество «варок» может достигать у таких изготовителей до десяти в день, соответственно, размер сети является значительно большим.

*«Если делаю дезоморфин, то я по-любому делаю и «винт». Потому что есть все компоненты. Как бы докупить нужно только таблетки...»
(мужчина, 21 год, употребляет стимуляторы).*

При этом есть также значительная часть «варщиков» «винта», не переходящих к изготовлению «крокодила». Чаще это потребители, начинавшие изготовление стимуляторов из более «качественного» сырья, часть из которых отошла от «варки» на этапе, когда из доступных компонентов остались только сиропы, а часть — на этапе появления

дезоморфина (при этом некоторые из таких ПИН на данный момент употребляют дезоморфин, но предпочитают не готовить его, пользуясь услугами «проверенного» знакомого). Среди причин такого поведения можно назвать как страх перед правоохранительными органами, так и «профессиональную гордость» ПИН, которые готовили «качественный винт», и нежелание рисковать ради изготовления более простого наркотика, доступного любому, «не требующего особых способностей».

Опиаты. Практически не готовятся в домашних условиях из-за недоступности компонентов и трудоемкости процесса. Действует разветвленная сеть перекупщиков, наблюдается тенденция к большей закрытости. Если раньше потребители чаще ездили приобретать компанией или могли самостоятельно купить и привезти достаточно большую дозу для дальнейшей перепродажи, то сегодня покупают небольшими дозами: на одного–двух. Клиент может не знать продавца и покупать через приятеля-посредника с доставкой на дом. Все чаще практикуется покупка через Интернет, автоматы пополнения, когда персонального контакта между клиентом и продавцом не происходит вообще (более характерна для опиатов, порошков, например метадона).

Независимо от типа изготавливаемого наркотика, попасть на квартиру, где происходит производство/продажа, достаточно сложно: хозяева используют систему предварительных телефонных звонков, сложные схемы встреч, чтобы обезопасить участников от возможного появления милиции или непроверенных людей, которые могут оказаться информаторами. Такая засекреченность также приводит к уменьшению сетей.

«В Интернете ты договариваешься с человеком, оплачиваешь и потом на номер сбрасываешь код проплаты — там идет серийный номер. Тот проверяет, пришли ли деньги, а потом сбрасывает тебе смс, в которой указывает место нахождения товара. Ты приезжаешь и забираешь. Прячут либо в парадном, либо в лавочке во дворе. Каждый раз по-разному...» (мужчина, 24 года, употребляет стимуляторы).

Материальная и социальная поддержка

Большинство опрошенных на момент исследования постоянно жили с родителями и не имели опыта отдельного проживания. Чаще всего, как уже упоминалось выше, многие респонденты росли в неполных семьях, большинство из них не имеют связи с отцом, могут не знать о месте его нахождения. Соответственно, проживают с матерью. Часто в одной квартире живет больше двух поколений (респондент и братья/сестры, родители (чаще всего мать) и бабушка/дедушка). При этом братья/сестры, состоящие в браке или постоянных отношениях и имеющие детей, как правило, живут отдельно, в то время как не состоящие в постоянных отношениях проживают с родителями даже в достаточно зрелом возрасте. В случае, когда ПИН живут в одной квартире с родными, именно домашние обычно предоставляют базовую материальную поддержку — жилье, питание.

Значительная часть ПИН не имеют постоянной работы или часто меняет ее (в среднем держатся от двух недель до двух месяцев), перебиваются случайными заработками.

ми, периодически прибегают к криминалу (воровство, уличный грабеж). Причинами увольнений чаще всего становятся конфликты с коллегами и руководством, нарушение графика работы из-за употребления наркотиков, реже — воровство. Некоторые из опрошенных вообще не имеют опыта работы. Для этой категории материальная поддержка семьи практически является единственным источником финансов (в том числена приобретение наркотиков). Уровень материальной поддержки во многом зависит от того, знают ли домашние о пагубном пристрастии своего родственника. Так, если об этом стало известно, доверие к нему падает, и семья может ограничивать финансирование; упоминались и такие меры, как установка в квартире сейфа для хранения ценностей.

Другая категория потребителей, как правило, малочисленная в данной возрастной группе, это те, кто проживают отдельно от родственников с постоянным сексуальным партнером. Материальную поддержку тут оказывает в первую очередь партнер. Респонденты этой категории также чаще имеют собственный источник дохода в виде постоянной или временной работы. При этом характерна переменчивость ситуации: человек может жить со своим партнером несколько месяцев, а потом прекратить отношения, или чередовать совместное проживание с возвращением к родственникам — в зависимости от эмоциональной ситуации. То есть дом родителей/дедушки-бабушки рассматривается в данном случае как «запасной вариант», место, куда можно вернуться в случае неудачи и получить хотя бы какую-то поддержку.

Еще одним видом материальной поддержки, предоставляемой родственниками, является помощь в уходе за детьми, которую частично или полностью берут на себя родители респондента или его партнера.

«Я живу с парнем отдельно. А мама — с ребенком. Потому что тяжело с малышом, за ним уход нужен. К этому еще привыкнуть нужно. Кормить, одевать, постоянный присмотр...» (женщина, 24 года, употребляет дезоморфин).

Источником финансовой поддержки также могут быть знакомые/друзья. По сравнению с двумя предыдущими, данный источник встречается достаточно редко и является нестабильным. Лишь отдельные респонденты смогли утвердительно ответить на этот вопрос. Практически во всех случаях это друзья, которые не знают об употреблении респондентом наркотиков. Для женщин-ПИН это могут быть также «поклонники», «ухажеры». Здесь следует подчеркнуть, что такой воздыхатель дает девушке деньги не за сексуальные услуги, а в надежде получить их в будущем.

Часто знакомые/друзья являются источником бесплатного наркотика. Так, многие из респондентов (особенно среди потребителей «крокодила», значительно реже — «ширки» или «винта») упоминали, что знакомые просто угощают их. Распространенность такой практики среди потребителей дезоморфина объясняется сравнительной дешевизной его приготовления. Среди потребителей более дорогих наркотиков «угощение», зачастую, является на самом деле платой за услугу («варку», транспортировку и т.п.). Однако такие случаи встречаются, особенно если употребление является скорее нерегулярным, рекреационным.

«В основном мне приносят... Заходит ко мне один мальчик. Я его знаю, тоже уже давно колет. Заходит и спрашивает: «Будешь?» Я отвечаю: «Да, буду» Заходит, угощает. То есть в данный момент меня угощает. Что-

бы я так вот уже ходила и сама покупала — нет. Стараясь как-то отбиться от этого, но мне приносят...» (женщина, 21 год, употребляет опиаты).

Эмоциональна поддержка

Как минимум половина респондентов считают, что у них нет человека, к которому они могли бы обратиться за советом/эмоциональной поддержкой. При этом респонденты-мужчины, как правило, заявляют, что не нуждаются в ней, поскольку у них не возникает подобных проблем. Однако отметим, что такие заявления являются скорее не показателем отсутствия проблемы, а проявлением стереотипа: эмоциональность для мужчины — нечто такое, чего следует стыдиться и скрывать.

Для тех, кто может обратиться к кому-либо за советом/поддержкой, чаще всего это мать. Здесь также стоит отметить большую эмоциональную закрытость мужчин. Так, если женщины среди возможных источников поддержки называли сестру, подругу, то мужчины склонны искать ее только у матери или человека, который может ее заменить (*«Есть пара людей, которым можно доверять. Тетя Алена есть, мама моего друга, который посадил меня на «винт». Это же все с ним начиналось...»*). Таким образом, реальная потребность в эмоциональной поддержке у мужчин может быть даже сильнее, чем у женщин, так как они чаще не имеют социально одобряемых способов ее получить.

Женщины могут находить ее и в постоянном сексуальном партнере, в то время как для мужчин это менее характерно, хотя некоторые респонденты высказывали такие ожидания.

«Сейчас я с мальчиком начала встречаться. Знает, что колосась. Он мне помогает в том, что ограждает от общения со старыми друзьями. Телефон поломал и выбросил, карточку тоже уничтожил. И вот благодаря ему полгода я живу нормальной жизнью. Ну как... Скрываю от него, конечно, что иногда срываюсь. Бывает, но уже не так часто...» (женщина, 22 года, употребляет дезоморфин).

«Тогда было почуще, и жена начала замечать. Ну и все... Просто разъехались. Она сказала: «Разводимся». А я обиделся. Считал, что она могла бы мне чем-то и помочь. Поддержать там как-то, а не просто уйти и ждать, когда я буду проявлять инициативу. А я тогда этого не сделал, не смог...» (мужчина, 21 год, употребляет дезоморфин).

Большая материальная и эмоциональная зависимость от семьи (и в первую очередь от матери) является одной из причин того, что ПИН этой возрастной категории стараются максимально скрывать от родственников факт употребления, боясь потерять поддержку. Большинство опрошенных подтвердили, что их семья/партнер ни о чем не догадываются, либо не знают реальных масштабов. Так, многие в ответ на расспросы родных говорят: «Ну покурили «план», выпили...». В тех случаях, когда родственники знают о случаях инъекционного употребления, респонденты стараются скрыть места новых уколов (делая инъекции в подмышку, другие места, где меньше заметно).

Кроме того, даже если семья знает об употреблении наркотиков, родственники зачастую не обладают достаточной информацией о проблеме, чтобы оказать качественную помощь. Соответственно, в вопросах, связанных с употреблением, и при решении эмоциональных проблем, возникаю-

щих в связи с этим, респонденты оказываются лишенными какой-либо возможности получить поддержку и совет. Исключением могут быть женщины, у которых употребляют сестра или подруга/подруги детства. Следует отметить, что качество советов и предоставляемой друг другу информации не всегда может быть удовлетворительным.

«Вообще к маме я могу обращаться абсолютно по любым вопросам. Ну, кроме, конечно, вот этого...»
(мужчина, 25 лет, употребляет дезоморфин).

В такой ситуации важная роль отводится сотрудникам НПО, которые для многих из респондентов являются надежным и едва ли не единственным источником поддержки и информации, путем к ресоциализации.

«Вот к Лене (социальный работник — ред.) очень часто обращаюсь. Когда нуждаюсь в каком-то совете. Мама — человек, далекий от всего этого. То, что она мне может посоветовать, я и сама знаю. А так в основном к Лене обращаюсь. Чтобы узнать что-то, посоветоваться. Лена дает дельные советы...» (женщина, 24 года, употребляет дезоморфин).

Потенциал имеющихся у ПИН источников эмоциональной поддержки (в первую очередь семья) практически не используется и является труднодоступным для НПО.

Сексуальные взаимоотношения

Первый сексуальный опыт

У большинства респондентов первый сексуальный контакт случился в возрасте 15–18 лет и никак не был связан с употреблением наркотиков, за исключением нескольких случаев совместного употребления трамадола и одного случая, когда респондентка участвовала в групповом сексе под воздействием алкоголя и аптечных стимуляторов.

Практикуемые взаимоотношения

На момент проведения исследования примерно одинаковое количество респондентов описали свою личную жизнь как нахождение в более-менее длительных отношениях с одним постоянным партнером либо ответили, что не имеют такового. Среди причин его отсутствия чаще всего называли недавний разрыв отношений с предыдущим постоянным партнером. Только единичные респонденты-мужчины практикуют секс со случайными партнерами из-за нежелания вступать в длительные отношения.

Практически все опрошенные высказывали достаточно негативное отношение к кратковременным и случайным связям, считая, что такое поведение для них нехарактерно. Собственные сексуальные связи такого типа (встречается только у респондентов-мужчин, потребителей опиатов или «винта») объясняли случайностью или тем, что партнерша была уж очень привлекательна — «настоящая модель», «актриса». Большинство респондентов сообщали, что, пребывая в длительных отношениях с постоянным партнером/

партнершей, никогда или практически никогда не занимаются сексом с другими. Такое поведение они объясняют не заботой о собственном здоровье, снижением риска, а опять же аморальностью подобного поведения.

Длительными/постоянными считаются отношения, длившиеся в среднем больше одного–трех месяцев. При этом партнеры могут проживать как вместе, так и раздельно. Лишь некоторые из опрошенных имеют детей. Практически во всех случаях дети живут отдельно: с матерью ребенка — бывшей партнершей или с бабушкой — матерью респондентки. Причиной отдельного проживания респонденты называли прекращение отношений и неготовность к постоянному уходу за ребенком.

Две из опрошенных находились на разных сроках беременности от партнеров, с которыми больше не состоят в близких отношениях, и обе планировали воспитывать детей самостоятельно при поддержке родственников. Также обе видели в беременности стимул для попытки прекратить употребление, поскольку это может нанести вред ребенку и в будущем мешать его воспитанию.

При выборе партнерши практически все респонденты-мужчины предпочитают женщину, которая не употребляет наркотики. Многие из них утверждали, что никогда или почти никогда не занимались сексом с употребляющими наркотики женщинами. Среди основных причин такого выбора чаще всего они указывали на то, что осуждают употребление наркотиков женщинами — это вызывает у них брезгливость и, по их мнению, не соответствует образу возможной спутницы жизни и *«будущей матери»*. Кроме того, они отмечают физическую непривлекательность женщин-ПИН, которых быстро старит употребление наркотиков. Таким образом, значительная часть респондентов пребыва-

ют в сексуальных отношениях с партнершами, которые не употребляют наркотики, и стараются тщательно скрывать факт собственного употребления.

«Это, конечно же, эгоизм, но встречаться с девушкой-наркоманкой — никогда! Хотя парни-наркоманы ничем не лучше, но девушки... Это для меня неприемлемо...» (мужчина, 23 года, употребляет дезоморфин).

Женщины-ПИН чаще всего пребывают либо пребывали в сексуальных отношениях с мужчинами-потребителями. Некоторым из них было сложно представить себе отношения с сексуальным партнером, который не употребляет наркотики. Как правило, постоянными партнерами опрошенных женщин были «варщики», однако стоит подчеркнуть, что респондентки отделяют свой опыт совместного проживания и употребления с «варщиком» от оплаты наркотика сексуальными услугами или помощью по хозяйству.

Респонденты (как женщины, так и мужчины) в среднем имели трех постоянных сексуальных партнеров. Количество случайных партнеров оценить довольно сложно, поскольку респонденты более склонны скрывать случаи такого поведения.

Потребители дезоморфина являются наименее сексуально активной категорией. Это можно объяснить, прежде всего, занятостью, связанной с особенностями приема (необходимость частых повторных инъекций) и воздействием наркотика на организм. Так, некоторые отмечали, что если употребление опиатов или стимуляторов могло вызывать у них сексуальное желание, то дезоморфин такого действия не оказывает, сексуальные отношения отходят на задний

план. Соответственно, если респондент не пребывает в постоянных сексуальных отношениях или такие отношения разрываются, вероятность поиска нового партнера довольно невысока.

«В принципе, когда употребляешь, не очень тянет на секс. Особенно если это «крокодил». Это вообще такое болото...» (мужчина, 25 лет, употребляет дезоморфин).

Потребители опиатов или стимуляторов могут практиковать секс под воздействием наркотика, но чаще речь идет о сексе с постоянным употребляющим наркотики партнером в домашних условиях. Среди всех опрошенных в прошлом имели опыт случайного секса те, кто регулярно употреблял/изготавливал стимуляторы. На данный момент, по словам респондентов, такие случаи крайне редки в связи с труднодоступностью и дороговизной этого наркотика, что приводит к более закрытому изготовлению/употреблению.

Секс в обмен на деньги/наркотик

Ситуация, когда «на точке» женщина предлагает сексуальные услуги в обмен на деньги или наркотик, наиболее знакома респондентам с более длительным стажем употребления (чаще всего опиатов) и, судя по всему, становится все менее распространенной. Более характерной на сегодня можно назвать ситуацию, когда на квартире «варщика» (более верно для дезоморфина) более-менее постоянно проживает женщина, выполняющая за наркотик функции домохозяйки: уборка, приготовление пищи и т.д. Она не

обязательно имеет сексуальные отношения с хозяином квартиры.

Практически все респонденты-мужчины ответили, что ни разу не покупали сексуальные услуги и мало знакомы с этой проблемой. В то же время почти все женщины неоднократно получали предложения подобного обмена. В некоторых случаях они вынуждены были спасаться бегством, и рассматривают ситуацию принуждения к сексу за наркотик как распространенную. При этом сами респондентки утверждали, что ни разу не оказывали подобных услуг, поскольку такое поведение противоречит их принципам. Кроме того, серьезным барьером является страх огласки, который снижает шансы женщины на отношения с «хорошим» партнером.

«То есть, для меня это табу — секс за деньги или секс за наркотики. Это рамка, за которую я пока не перешла. И думаю, что и в будущем не перейду...» (женщина, 24 года, употребляет дезоморфин).

«Да, были такие моменты, когда мне предлагали. Помню, лежала дома в постели, не могла встать. Ко мне пришли и предложили «туда-сюда» за наркотик. Я отказалась... Лучше «перекумарюсь» три дня, мне станет легче, пойду «намучу» себе чего-нибудь — и все. Но на такое идти — нет, никогда! Для меня это слишком уж низко. А вот моя подруга все время так делала. Но сейчас вроде бы как-то изменилась. Я объясняю ей: «Ну кому ты будешь нужна после этого?» Слухи пойдут — уже нормальный мальчик к ней не подойдет, если узнает, что наркоманка, за наркотик спала с кем-то...» (женщина, 21 год, употребляет опиаты).

Рискованные сексуальные практики

Как видим, такие рискованные практики, как случайные сексуальные связи под действием наркотика, секс в обмен на деньги/наркотик, встречаются среди потребителей, однако не воспринимаются как норма и не являются ею. По результатам опроса можно сделать вывод, что наиболее распространен незащищенный проникающий секс с постоянным партнером (в случае мужчин-ПИН — с партнершей, которая не употребляет наркотики).

Так, большинство опрошенных обоих полов практиковали незащищенный секс как с нынешним, так и с предыдущими партнерами. Примерно в одинаковом количестве случаев респонденты прекращали предохраняться после какого-то определенного периода (обычно, когда отношения переходили в категорию «постоянных», то есть через 1–3 месяца) или сразу, поскольку такое поведение служило знаком «доверия», серьезности намерений. Решение о том, «доверять ли» новому партнеру, может зависеть от многих факторов, например таких, как обстоятельства встречи, внешний вид, сексуальная привлекательность и т.д.

Интервьюер: — Когда вы начинали встречаться, то предохранялись как-то, пользовались презервативами?

– *Нет.*

Интервьюер: — А почему?

– *Не знаю. Ну, он вроде бы прилично выглядел. Поэтому я не сомневалась. Если бы засомневалась, то сказала бы об этом ему...»* (женщина, 24 года, употребляет стимуляторы).

Такое отношение к незащищенному сексу как к форме доверия характерно для большинства опрошенных, которые утверждают, что полностью уверены в своем партнере. Под доверием в данном случае обычно понимается отсутствие сексуальных связей с другими партнерами, но не учитываются возможные риски. Некоторые ПИН-мужчины в качестве доказательства уверенности в партнерше приводили то, что они почти всегда знают, «где она и чем занимается», то есть контролируют ее действия.

Некоторые из опрошенных начинали практиковать незащищенный секс с новым партнером после взаимного предъявления справок об отсутствии гепатита, ВИЧ, инфекций, передающихся половым путем. После этого большая часть из них не склонны проверяться на наличие подобных заболеваний повторно, если только это не связано со сменой партнера/случайным сексом. При этом некоторые респонденты признают, что заразили партнера/заразились от него, скорее всего, именно через незащищенный секс. В одном случае удалось проследить и более длинную цепочку: от одного постоянного партнера к партнерше и следующему ее постоянному партнеру.

Отношение к здоровью, знания о рисках при употреблении инъекционных наркотиков и стратегии их избегания

Большинство опрошенных ПИН имели некоторые знания о возможных для себя рисках заражения ВИЧ/гепатитом С. При этом уровень знаний о ВИЧ можно назвать более высоким, поскольку именно от способов его распространения

респонденты чаще всего отталкиваются в оценке рисков для себя, при этом не учитывая, что их поведение может быть небезопасным с точки зрения возможности заразиться гепатитом.

В связи с распространением в последнее время такого наркотика, как дезоморфин, следует отметить у части опрошенных недостаток знаний об особенностях его действия на организм и рисках для здоровья, а также возможностях их снижения. В целом группы потребителей других наркотических средств достаточно осведомлены о присутствии на рынке такого нового вещества, как дезоморфин. У большинства опрошенных среди знакомых есть потребители этого наркотика, им также известны случаи летального исхода в результате его применения. Несмотря на это, не все респонденты (включая самих потребителей) представляют последствия и возможные риски, связанные с особенностями его употребления, в том числе и риск передозировки. К тому же существует много сленговых названий этого наркотика («крокодил», «электроширка», «электричка» и т.д.), что вносит путаницу для некоторых ПИН. Зная о рисках употребления дезоморфина, они могут не осознавать, что дезоморфин и «электричка» — одно и то же.

Оценивая собственный риск заразиться ВИЧ/гепатитом С, абсолютно все респонденты в первую очередь говорят о возможности заражения через *совместное использование шприца*. Здесь стоит отметить хорошую работу профильных НПО и инициатив прошлых лет, в результате которых практика совместного/повторного использования шприцев однозначно воспринимается как очень рискованная. Респонденты подчеркивали, что всегда стараются пользоваться только своим новым шприцем. Ситуации, когда это невозможно, все еще встречаются на практике, но являются скорее исключением, например там, где существует нехватка шприцев:

- в местах лишения свободы;
- на «точках», где идет активная торговля/поток клиентов. Такая ситуация более характерна сейчас для потребления дезоморфина и связана с необходимостью его частого употребления;
- при употреблении наркотика в отдаленном от аптек месте (более характерно для опиатов, но встречается наиболее редко).

Попав в такую ситуацию, респонденты старались обезопасить себя различными способами:

- прокипятить шприц (например, при совместном использовании в тюрьме);
- использовать его первым;
- использовать несколько раз только собственный шприц (носить его в кармане, чтобы не потерять и не перепутать);
- использовать один шприц с постоянным сексуальным партнером или человеком, в статусе которого уверен.

«Я всегда колюсь чистыми шприцами. Хотя когда сидел в тюрьме бывало такое, что впятером одним пользовались. Промывали кипятком, кипятили... Кто-то не кипятил, но я делал это для себя всегда...»
(мужчина, 26 лет, употребляет опиаты).

«Своим я могу много раз. Ну, пока не затупится игла. Но чужим — нет. Ну, опять-таки, смотря чьим. Если я знаю человека — допустим, что он здоров, — то могу. Но это уже если вообще никаких других вариантов нет...»
(мужчина, 21 год, употребляет стимуляторы).

Кроме возможности заражения через шприц, респонденты знают и о том, что **инфекция** может переноситься и **через сам наркотик**, однако большинство уверено, что не имеет возможности повлиять на этот фактор риска. Так, наиболее опасным считается употребление купленных опиатов, которые, судя по опыту, часто могут быть инфицированы нарочно или по неосторожности «варщика». При этом только единицы из опрошенных, которые употребляют/употребляли опиаты, пытались снизить риск инфицирования. Обычно это делалось путем кипячения приобретенной дозы наркотика. Большая часть респондентов не слышала о таком способе и не практиковала его.

Приготовление стимуляторов считается более безопасным, поскольку бытует мнение, что кислота в составе наркотика «выжигает» инфекции, обеззараживая готовый продукт.

«Если это «винт», то он спаливает что-то, какие-то там инфекции даже, потому что это кислота. А вот опиум... там риск как бы большой. Люди-то разные бывают... Знал я одного такого мальчика — он продавал «ширку». Так вот, он был ВИЧ-инфицированный. Мог уколиться, «завтыкать» и тем же «баяном» выбрать и кому-то продать...» (женщина, 23 года, употребляет стимуляторы).

Респонденты не видят рисков для себя в технике приготовления дезоморфина. С этой точки зрения он является, по их мнению, самым безопасным наркотиком, поскольку приготовление происходит «на глазах» потребителя. «Варщик» — обычно знакомый, к которому ПИН обращается регулярно и/или состоит с ним в приятельских отноше-

ниях, что снижает вероятность намеренного заражения наркотика. Кроме использования личного одноразового шприца, еще одной действенной стратегией снижения риска инфицирования респонденты считают секс только с одним постоянным партнером. Сочетая два этих метода, большинство, по их собственному мнению, делают все возможное для того, чтобы обезопасить себя.

«Колюсь своим шприцем. В парне уверена на все сто процентов. Ни с кем не сплю, кроме него. Как бы ни было плохо, и даже если нет шприца, у кого-то можно найти. Или купить если что. Больше такого ничего не делаю...» (женщина, 24 года, употребляет дезоморфин).

Таким образом, снижая риск благодаря отказу от отдельных рискованных практик, потребители пропускают достаточно много других, в первую очередь связанных с незащищенным сексом и отсутствием знаний о рисках, сопряженных с приготовлением наркотика дома. Риски приготовления более актуальны для наркотиков, изготавливаемых в домашних условиях, то есть ВАР и особенно дезоморфина (необходимость более частого употребления и, соответственно, изготовления наркотика увеличивает риски, в том числе и риск несоблюдения обычных предосторожностей, чтобы максимально уменьшить время изготовления).

Основными рисками при этом являются:

- повторное использование посуды для приготовления («фурика»);
- несоблюдение санитарных норм при приготовлении;

- отсутствие в рецептуре необходимости кипячения продукта;
- повторное использование шприца-выборки.

Респондент: — Берем обычный стеклянный пузырек из-под нафтизина. Он тщательно промывается каждый раз... водой из-под крана: поболтали, вылили — и все. Еще туалетной бумагой протерли. И готово...

Интервьюер: — На сколько раз его хватает?

Респондент: — Ну, если аккуратно, соблюдать все меры предосторожности, то на очень много. И на сотню раз может хватить...» (мужчина, 25 лет, употребляет дезоморфин).

Риски при употреблении дезоморфина

Дезоморфин известен на рынке под целой серией названий: «крокодил», «электроширка», «годичка», «электричка».

Среди главных особенностей этого наркотика респонденты отмечают следующие.

Высокая токсичность. Представители НПО считают дезоморфин самым токсичным наркотиком из имеющихся на местном рынке. Он имеет много побочных эффектов, вызывает необратимые изменения и разрушение организма, за очень короткий период (по оценкам респондентов, в среднем через год употребления) приводит к летальному исходу. За последний год НПО отмечают существенный рост смертности среди ПИН, в особенности среди потребителей дезоморфина. Основными причинами респонденты называют сепсис и передозировку.

«Я общался с клиентом, который, во-первых, теряет зрение. Вот такая побочка от него — и многие это знают. Еще говорят, что очень «кумарит». И даже те наркоманы, которые сидели на «ширке», героине, тоже говорят, что очень «кумарит». Сильная абстиненция — именно физическая, я уже не говорю про психологическую... просто не говорю...» (аутрич-работник НПО).

Непродолжительный и неустойчивый эффект. Эффект от дезоморфина сходен с эффектом от приема жидких опиатов, может быть, даже сильнее. При этом уступает по времени, поскольку действие его длится в среднем 2–3 часа.

«Те, кто принимает дезоморфин, они такие депрессивные, вялые... Под опиатом, хоть более-менее, что-то как бы шушит. А под дезоморфином совсем никакие. Полная апатия. То есть психологический фон очень тяжелый. Ничего не хочется. Закрутить бы побыстрее и уколоться...» (социальный работник НПО).

Высокая степень зависимости. Привыкание к дезоморфину наступает после первых доз, уровень зависимости — более высокий по сравнению с другими наркотиками.

«Кодеин вызывает зависимость в пять — шесть раз сильнее, чем обычные опиаты, и очень токсичный. И психологическая зависимость от него сильнее. Более того, развивается игломания. Каждые два часа колются...» (социальный работник НПО).

Респонденты отмечают, что переход к употреблению дезоморфина происходит из всех основных групп потребителей инъекционных наркотиков.

«Показательный пример. У нас есть клиент, который еще девять месяцев назад с пеной у рта доказывал, что он этой гадостью, то есть «электроширкой», никогда колоться не будет. И все же начал колоться именно этой «гадостью». Потом за три месяца на сорок килограммов похудел, пах начал гнить. А сейчас у него сгнил сустав. Мы его в больницу, а там пять тысяч надо зелени, чтобы ему новый сустав поставить. И вот, в понедельник ложим на рецепторы, надо его перевозить...» (социальный работник НПО).

Респонденты подчеркивают, что в настоящее время достаточно часто **при первом опыте инъекционного употребления** наркотиков используется именно дезоморфин, так как он является самым распространенным и доступным. Существенным дополнительным фактором, который приводит к переходу на этот наркотик, является метод приготовления. Аналогичный уже «знакомому» многим ПИН методу приготовления ВАР, этот способ обеспечивает переход на дезоморфин потребителей не только опиатов, но и ВАР, несмотря на то, что они имеют противоположный эффект.

«Винт» и «крокодил» готовятся почти одинаково. Некоторым клиентам, которые крутили «винт», схема приготовления «крокодила» близка и знакома... Это надо отбивать, и там нужно делать реакцию. Многие говорят, что

они просто привыкли крутить, поэтому перешли с «винта» на дезоморфин...» (социальный работник НПО).

Особенно распространены случаи перехода на инъекционный способ употребления дезоморфина **среди молодых потребителей кодеинсодержащих препаратов**.

Среди причин респонденты называли следующие. При пероральном способе приема со временем, когда возникает **эффект привыкания**, требуется большее количество препарата для достижения желаемого результата, что увеличивает денежные затраты на наркотик для потребителя. При инъекционном употреблении для приготовления дезоморфина требуется меньшее количество тех же, уже привычных, таблеток, что, соответственно, ведет к удешевлению дозы.

«Молодежь присаживается на «крокодил», потому что он готовится из тех ингредиентов, которые они привыкли хавать...».

Стойкая и быстро возникающая **зависимость** от кодеинсодержащих препаратов: *«даже после непродолжительного приема таблеток наступает зависимость, они не останавливаются на таблетках...».*

Прием большого количества таблеток негативно влияет на организм, в частности на желудочно-кишечный тракт. Поэтому потребители считают, что при переходе на инъекционный способ употребления снижается риск развития желудочно-кишечных заболеваний.

Особенности употребления дезоморфина

Непродолжительность действия наркотика является причиной более частого его употребления — до 7–8 инъекций в день. Это, по мнению НПО, несет в себе дополнительные риски — негативное воздействие на сосудистую систему, повреждение вен и сепсис. Увеличивается риск инфицирования ВИЧ/гепатитом С, поскольку постоянная потребность в большом количестве шприцев приводит к повторному или совместному их использованию. Риск передозировки также значительно выше, чем для потребителей других наркотиков, поскольку частый прием дезоморфина приводит к тому, что он не успевает полностью перерабатываться организмом, накапливается, и каждая новая доза может послужить причиной передозировки.

«Укололись — прет. То есть их еще не попускает, а они уже второй раз колются, при этом убитые наглухо. Риски передозировок увеличиваются значительно...»
(социальный работник НПО).

Для достижения большего эффекта потребители увеличивают дозировку или смешивают дезоморфин с другими веществами (чаще всего в уже готовый наркотик добавляется медицинский препарат Тропикамид), что является одной из причин как передозировок, так и более сильного негативного воздействия на организм. Респонденты выделяют употребление этого препарата как еще одну проблемную зону потребителей дезоморфина, так как случаи приема Тропикамида достаточно распространены, а негативное действие его на организм достаточно серьезно, что в сочетании с самим дезоморфином создает очень большие риски

для здоровья и жизни. По наблюдениям социальных работников, Тропикамид негативно влияет на костную систему, приводит к необратимым последствиям для здоровья уже с 10-й дозы (разрушение костной и отслоение мышечной ткани).

«Если смешивают «крокодил» с Тропикамидом, задвигка мозгов такая, что они просто не соображают, что делают. Совершенно не контролируют, каким шприцем колются...» (социальный работник НПО).

«Сейчас вообще все очень просто доступно — пошел в аптеку, купил Тропикамид — он где угодно продается, в любой аптеке можно купить эти капли для глаз...»
(социальный работник НПО).

Процесс изготовления дезоморфина

По наблюдениям сотрудников НПО дезоморфин обычно готовится и употребляется совместно в группах от трех до семи человек. Существует четкое распределение обязанностей, что позволяет ускорить процесс. Также отмечаются случаи самостоятельного (одиночного) приготовления и употребления наркотика. Продолжительность его приготовления — от 30 мин. до двух часов, в зависимости от навыков и количества человек, принимающих в этом участие.

Основное оборудование включает шприц, емкость для приготовления («фурик») — стеклянный пузырек из-под медицинских препаратов, шприц для выборки готового продукта, чехол от иголки для шприца как основа для

фильтра, вата/сигаретный фильтр/туалетная бумага как фильтрующий элемент.

Ингредиенты: кодеинсодержащие препараты («Кодтерпин», «Кофекс», «Флюколд», «Кодесан», «Пенталгин» и т.д.), вода, йод, красный фосфор, кислота, хлор.

Процесс изготовления дезоморфина, по мнению респондентов, сопряжен с высоким риском инфицирования такими заболеваниями, как ВИЧ/гепатит С.

Основными факторами риска являются:

- многократное использование емкости для приготовления;
- забор/передача наркотика из общей емкости шприцами потребителей, которые используются повторно;
- отсутствие термической обработки в ходе приготовления наркотика (ингредиенты подогреваются с целью ускорения реакции, но не кипятятся).

«Любой засунул зараженный шприц в этот фурик — и все, заражен весь раствор...» (аутрич-работник НПО).

«Скорее гепатит. В данной ситуации это распространенная практика...» (социальный работник НПО).

Также фактором риска для потребителей является отсутствие четкой рецептуры при приготовлении дезоморфина. Производство наркотика часто происходит «на глаз», часты случаи экспериментирования с рецептурой, что повышает риск передозировки, увеличивает токсичность наркотика.

«Колются грязным наркотиком: если есть мутный осадок, то считается, что приход будет лучше...» (социальный работник НПО).

Изменения в структуре употребляемых ПИН наркотических веществ

По общему мнению участников фокус-групповых дискуссий, на наркосцене Киева за последние годы произошли существенные изменения. В первую очередь они касаются структуры потребления наркотиков. В течение последних 2–3 лет наблюдается существенный рост количества потребителей аптечных наркотиков. По оценкам респондентов, доля их в общей структуре потребления составляет от 60 до 80%. Самым распространенным в аптечной группе является дезоморфин, и его доля составляет около 80%.

Среди основных причин перехода на этот тип наркотика респонденты называют следующие:

Регуляторная законодательная политика в отношении ограничения доступа к более традиционным наркотикам — опиатам и ВАР, одним из основных последствий которой является переход ПИН к массовому употреблению более дешевых и опасных наркотических средств, в первую очередь дезоморфина.

Ограниченный доступ к опиатам и ВАР, в свою очередь, способствовал существенному росту цен как на готовый продукт, так и на отдельные компоненты, что также приводит к необходимости ПИН искать более дешевые аналоги.

«Очень тяжело сейчас купить маковую соломку. Качество готового «ширева» очень низкое, многие барыги мешают «ширево» с Тропикамидом или с тем же «крокодиллом» (социальный работник НПО).

Появление на рынке доступных медицинских препаратов кодеинсодержащей группы, используемых как основной компонент для приготовления более дешевого наркотика:

- Низкая цена — на момент исследования дезоморфин является самым дешевым наркотиком. Стоимость одной дозы респонденты оценивают, как минимум, в 2–4 раза дешевле, чем стоимость других популярных инъекционных наркотических средств.
- Безопасность — поскольку официально кодеинсодержащие препараты не относятся к наркотическим средствам, их приобретение и транспортировка не являются уголовно наказуемыми, что делает изготовление и употребление дезоморфина более безопасным по сравнению с другими типами инъекционных наркотиков.
- Распространенность и доступность в аптечной сети препаратов кодеинсодержащей группы, используемых для приготовления дезоморфина (Кодтерпин, Кодесан, Кодетерп, Кофекси т.д.). Ассортимент кодеинсодержащих препаратов очень широкий, и он постоянно растет. Также принципиально важным моментом является то, что эти препараты относятся к безрецептурной группе.

«Наркотики все по аптекам, все доступно.... Я другой раз думаю — если бы в мое время был такой шикарный доступ к аптечным наркотикам, то я бы и колоться не бросила...» (аутрич-работник НПО).

Также многие респонденты среди причин предпочтения дезоморфина отмечали такой фактор, как неумышленный переход. Так, по словам социальных работников, довольно часты случаи обмана со стороны дилеров при продаже готовых продуктов, когда вместо оригинального наркотика (жидкого экстракта опиума — «ширки») клиентам продают чистый дезоморфин или «ширку», разбавленную дезоморфином. Существенное значение имеет простота процесса изготовления этого наркотика и сходство с процессом приготовления аптечных наркотиков-стимуляторов.

Употребление инъекционных наркотиков среди молодежи

За последние пять лет в Киеве отмечается тенденция к возрастанию количества потребителей наркотиков, в частности среди несовершеннолетней молодежи. Респонденты отмечают, что первый опыт употребления все чаще происходит на 14–15 лет, в то время как еще около пяти лет назад это происходило, как правило, в возрасте 16–17 лет.

Среди основных причин респонденты из числа сотрудников НПО выделяют следующие:

- Кризис, экономическая нестабильность и социальная политика государства: высокий уровень безработицы,

отсутствие мероприятий для молодежи, в том числе направленных на предупреждение наркомании.

- Доступность ингредиентов для приготовления наркотических веществ, в том числе тех, которые можно купить в аптеках.
- Влияние социального окружения (друзья, знакомые, одноклассники), где употребление наркотиков настолько распространено, что сопоставляется с употреблением слабоалкогольных напитков.
- Пропаганда определенного стиля жизни/отдыха в СМИ, где шоу-бизнес, клубная жизнь напрямую ассоциируются с употреблением наркотиков.
- Развитие Интернета как одного из самых доступных и неконтролируемых источников информации. Так, по словам респондентов, именно Интернет чаще всего используется для поиска информации о наркотиках, способах их изготовления, а также приобретения.

«Вообще отсутствует первичная профилактика наркомании в школе. Ее просто нет... И родители не имеют какой-либо информации о проблеме наркомании...»
(социальный работник НПО).

«Найти рецепт изготовления любого наркотика можно в Интернете. Причем из достаточно доступных препаратов. То есть это все открыто — добро пожаловать...»
(социальный работник НПО).

Как отмечают сотрудники НПО, среди несовершеннолетней молодежи 14–15 лет распространен преимущественно пероральный способ употребления кодеинсодержащих препаратов. Респонденты из числа представителей НПО видят несколько причин, приводящих к такому выбору:

- Отсутствие профилактических мер в среде несовершеннолетней молодежи, направленных против перорального способа употребления наркотиков, недостаток информации о вреде и негативных последствиях от приема аптечных наркотиков.
- Распространенный способ употребления в социальном окружении — среди друзей, знакомых, одноклассников.
- Доступность — легко купить в аптеке.
- Простота употребления — «купил в аптеке и сразу же на улице выпил упаковку Кодтерпина, запил сиропом «Кофлекс», и вены не страдают».
- Ложное представление о том, что при пероральном приеме физиологической зависимости от наркотика не наступает.
- Отсутствие следов от уколов позволяет скрыть от родных факт употребления наркотиков.
- Ложное впечатление, что пероральный способ употребления имеет меньшее негативное воздействие на организм.

«Постояв какое-то время у аптеки, можно наблюдать такое явление: школьники целыми группами собираются здесь перед тем, как идти в школу, и прямо там закидываются таблетками. Между собой они называют это «приобрести катер...» (социальный работник НПО).

«Раньше вся молодежь висела на трамадоле. Вся поголовно — школы, училища. Запретили трамадол, и его место успешно занял Кодтерпин. Дети по пять, по десять пачек покупают... Теряют зрение... В молодежной среде он очень популярен...» (социальный работник НПО).

Здесь важно отметить, что неинъекционное употребление кодеинсодержащих аптечных препаратов несовершеннолетними легко переходит в инъекционное употребление дезоморфина. Таким путем пополняются ряды ПИН. При этом, по словам социальных работников, именно несовершеннолетняя молодежь — самая труднодоступная возрастная аудитория для НПО. Подростки имеют низкий уровень информированности как о рисках, связанных с употреблением наркотиков, так и о работе и услугах соответствующих организаций. Кроме того, едва ли не основным барьером здесь является боязнь огласки.

«Школьники боятся, что если они придут в нашу организацию, их там увидят знакомые и расскажут родителям или в школе...» (социальный работник НПО).

«Эти дети думают так: зачем мне какая-то помощь, если я не наркоман. Я не наркоман, я же немного употребляю. Думают, если не колетса, значит не наркоман...» (социальный работник НПО).

Изменения в структуре сетей ПИН

По мнению респондентов из числа сотрудников НПО, в структуре сетей ПИН за последние годы также произошли определенные изменения, и на момент исследования отмечены следующие ее особенности.

В целом приготовление и употребление дезоморфина характерно для всех спальных районов города. Отмечается сокращение общего количества «известных, постоянно действующих» притонов в связи с жестким контролем со стороны правоохранительных органов. Сети потребителей опиатов немногочисленны, в притоне можно встретить от двух до пяти человек, «проверенных и надежных». Следует отметить, что само понятие «притон» трансформировалось. Места, в которых готовят дезоморфин, фактически не являются местом скопления и общения ПИН, а скорее работают как магазин.

«Сейчас даже притонов как таковых нет. Раньше собирались, как-то общались, на такой «сходке» можно было встретить пол-Киева. Сейчас: у вас есть деньги, мы с вами встретились, укололись, разбежались...» (аутрич-работник НПО).

Поскольку приготовление наркотика часто происходит в «непрерывном режиме» из-за необходимости частого употребления, средства для изготовления новой дозы получают **путем продажи части приготовленного наркотика** или за счет предоставления услуги по его приготовлению, за что получают свою долю продукта от заказчика. По-

ток посетителей в данном случае может быть достаточно большим. «Варщики» заинтересованы в клиентах, так как в данном случае для них это основной источник получения новой дозы. Посетители «притонов» стараются не задерживаться, после приема наркотика сразу покидают «точку». Таким образом, можно говорить также о смене культуры общения внутри сетей, когда «притон» перестает быть местом собственно общения и знакомства, необходимость более частого употребления и страх перед правоохранительными органами вынуждают ПИН сводить время пребывания на «точке» и общения друг с другом к минимуму.

«Если брать «притон», где изготавливают дезоморфин, то там можно весь город встретить. У «варщика» утро начинается с «варки», а вечер заканчивается той же «варкой». У него совсем нет свободного времени. Это бесконечный процесс. Так как действие наркотика длится два часа, у него непрерывный поток посетителей. Если «винт» действует сутки — двое, то на «точке» можно и пообщаться, и погулять. А вот с «крокодилом» — постоянный поток наркоманов и непрерывный процесс. Каждый день ведь колются. С одного такого притона я за неделю вывозил по пять, по шесть утилизаторов. По 500–600 шприцев за неделю...» (социальный работник НПО).

При этом среди потребителей дезоморфина часты случаи, когда наркотик готовится самостоятельно, преимущественно по месту жительства, реже — у знакомых: «так выгоднее и безопаснее».

«Сейчас выгодно научиться крутить самому: во-первых, дешевле, во-вторых, можно еще кому-то продать, чтобы заработать на следующую дозу...» (социальный работник НПО).

Распространение и доступ к наркотикам

В последние два–три года, на фоне сокращения доступных каналов приобретения сырья для изготовления жидкого экстракта опия и самой «ширки», растет популярность дезоморфина. Основным местом приобретения компонентов для изготовления этого наркотика являются птеки. Информация о местах, в которых можно приобрести «ширку», тщательно скрывается и оберегается посвященными, которые стараются ограничивать доступ новым людям из-за опасения, что человек может оказаться информатором. Данные каналы известны преимущественно ПИН с большим стажем употребления, а для молодежи практически недоступны.

При этом в последнее время качество «ширки» значительно ухудшилось. По информации респондентов, наркотик часто разбавляется более дешевыми наркотиками, прежде всего дезоморфином или препаратом Тропикамид. Кроме того, самостоятельный доступ к сырью для изготовления этого наркотика у ПИН очень ограничен, и большинство вынуждено покупать низкачественный готовый продукт.

Наиболее распространенной схемой покупки готового препарата опия, по информации респондентов из числа

сотрудников НПО, является опосредованное и прямое приобретение.

Первая схема. «Опосредованная» включает в себя такие этапы:

- связь с дилером по телефону или через Интернет;
- перечисление оплаты через банкомат;
- получение информации о местонахождении наркотика. В данном случае продажа готового продукта максимально анонимна.

Вторая схема. «Прямая покупка или покупка через посредника у дилера или изготовителя («у барыги» или «у варщика»)» состоит из:

- получения общей дозы в шприце или презервативе в зависимости от объема покупки;
- распределение наркотика между покупателями на месте или дома у одного из них.

Такой ограниченный доступ к «ширке» вынуждает переходить на повсеместно доступный дезоморфин.

Специалисты отмечают, что с ростом потребления дезоморфина все больше ПИН переходят на самостоятельное изготовление этого наркотика из-за простоты приготовления, безопасности («готовишь один дома, нет риска столкнуться с милицией») и низкой цены.

В целом респонденты единодушно отмечают труднодоступность сырья для самостоятельного изготовления «ширки» с точки зрения типичного ПИН.

«Если я знаю, где взять натуральную солому, то я никогда не расскажу об этом никому. Я лучше буду тихонько ездить и брать только для себя...» (социальный работник НПО).

«В Киеве сейчас мака нет... То есть реально купить его сейчас нигде. Сварить «ширку» ты сам себе не можешь...» (аутрич-работник НПО).

Опыт обращения в разные учреждения

Медицина

Почти всем респондентам так или иначе приходилось сталкиваться с медицинскими учреждениями. Персональный опыт и впечатления колеблются от позитивных до крайне негативных. Первоначальные ожидания почти у всех опрошенных были негативными. На основе собственного опыта или опыта знакомых ПИН скорее ожидают дискриминации и того, что в медицинской помощи им будет отказано частично или полностью. Соответственно, дружелюбное отношение врачей и качественная помощь воспринимаются как исключение. При этом положительный опыт, естественно, также влияет на последующие ожидания и готовность обращаться за помощью к медикам.

«Я не знаю, как в других больницах, но там у меня сразу спросили: «Кололась? Отвечаю: «Да» И вполне нормально мне все рассказали. От некоторых знакомых, которые

лежали в других больницах, слышала, что их там запугивали. То говорили, что от силы один год с диетой протянешь, если будешь колоться. Мне сказали, что 15 лет без диет. То есть все как есть рассказали. Там хороший персонал был...» (женщина, 24 года, употребляет дезоморфин).

Второй проблемой, кроме возможного негативного отношения, является дороговизна услуг и медикаментов в государственных и, тем более, частных медицинских учреждениях.

Заведомо негативные ожидания и предыдущий опыт часто приводят к тому, что ПИН стараются не обращаться в медицинские учреждения и, если это возможно, самостоятельно решать проблему. Чаще всего это касается последствий неудачных инъекций: часто ПИН сами или с помощью знакомых вскрывают и оперируют абсцессы подручными инструментами в домашних условиях.

«Как-то проснулся утром такой опухший, и так нестерпимо болит... Я еле дошкандыбал до поликлиники. Сидел в очереди и буквально плакал. Захожу к этому хирургу, показываю. Он говорит: «Сколько колешься? В милицию...» — «Нет, — говорю, не пойду...». Он посмотрел на меня и говорит: «Ну что, надо резать...» Я прошу: «Режьте, доктор, режьте...» Он мне написал такую двойную визитку с двух сторон, что нужно купить, чтобы тебя прооперировали. Я ему бросил ее обратно и говорю: «Идите Вы в задницу...». Побежал сам домой, в ванной распарился, взял маникюрные щипчики, порвал все это дело. Да, я везде сам себя оперировал...» (мужчина, 25 лет, употребляет дезоморфин).

Опыт реабилитации

Некоторые ПИН (чаще всего потребители опиатов) имеют некоторый опыт посещения или лечения в различных реабилитационных центрах. Обычно такое лечение было полудобровольным и инициировалось родственниками респондента.

Причинами, приведшими к такому решению, были:

- случаи передозировки или резкого ухудшения здоровья у самого респондента или его/ее партнера;
- задержание милицией и необходимость пройти курс лечения, чтобы избежать криминального преследования.

Все респонденты, которые имеют такой опыт, посещали в среднем не больше одного реабилитационного центра. Никто из них не прошел программу реабилитации до конца. Чаще всего выбывали в течение 1–2 недель после поступления.

Причиной ухода из Центра чаще всего были немотивированно строгий, по мнению респондентов, режим, «бессмысленные» задания и т.д. Высокая стоимость пребывания в реабилитационных центрах часто служила дополнительным аргументом против продолжения лечения.

«Это был религиозный центр. Пастор там. Получается — все братья-сестры... Ну, они как-то задавили меня морально, забрали сразу сигареты. Я говорю: «Дайте я хоть чуть-чуть покурю». Они: «Нет!» Телевизора не было, радио тоже. Ну вот — четыре стены, грубо говоря. Молятся — и все... Давит сильно на психику... И в итоге я ушла... Отпустить не хотели, я даже угрожала, что с

балкона выпрыгну. А там седьмой этаж. Говорю: «Все, прыгну, вам же хуже будет...» (женщина, 21 год, употребляет опиаты).

«Лежал два месяца. Абсолютно ничего не выполнял, что они там мне говорили. Абсолютно ничего не делал. Не помогает. Это не помогает...» (мужчина, 25 лет, употребляет дезоморфин).

Некоторые респонденты также отмечали, что сталкивались с сопротивлением администрации центров при попытке вернуть деньги после преждевременного прекращения лечения. Но главной причиной неудачной реабилитации, как считают сами респонденты, была для них недостаточная мотивация.

Очень немногие потребители (опиатов или дезоморфина) исследуемой возрастной категории имеют опыт обращения в учреждения, предлагающие детоксикацию/заместительную терапию. Важное значение для ПИН имеет выбор препарата на программе заместительной терапии. Так, метадон считается более вредным для здоровья, чем «ширка», и это бывает причиной отказа от участия в программе. Бупренорфин пользуется большим доверием, однако программы, использующие его, обычно слишком дорогостоящие и доступны далеко не каждому потребителю.

«Я не была уверена в том, что «завяжу». Вот сейчас, на данный момент. Это было сделано сугубо для родных. И для того, чтобы хоть немного прийти в себя...» (женщина, 24 года, употребляет дезоморфин).

Правоохранительные органы

Ужесточение правового контроля запродажей рецептурных препаратов в аптеках и выращиванием/продажей опийного мака привели к резкому росту цен на опиаты и стимуляторы на наркорынке. Возможности для приобретения ингредиентов, а также уже готовых наркотиков становятся редкими и менее безопасными из-за официальных и неофициальных действий правоохранительных органов.

Среди опрошенных более половины сталкивались с сотрудниками милиции. Чаще всего это был опыт задержания при изготовлении («винт») или транспортировке («ширка») наркотиков. Методы воздействия при таких задержаниях включали избиение, угрозы тюремного заключения, вымогательство. Кроме того, некоторые респонденты рассказывали о том, что многие точки продажи неофициально контролируются милицией.

Отсутствие негативного личного опыта общения с правоохранительными органами воспринимается респондентами как большая удача, везение. Неудивительно, что в результате ПИН стремятся переходить на такие дешевые и более безопасные, с точки зрения законности, наркотики, как дезоморфин, даже во вред здоровью.

«Шприцы — просто собачке уколы делать. Кофлекс — от кашля. Докопаться реально не к чему. Ну, могут забрать, мозги «покомпостировать». А если идешь уже с каким-то прикупом... ну, если с готовым, то это уже все — кранты...» (мужчина, 23 года, употребляет дезоморфин).

Несколько из респондентов в своем возрасте уже имеют судимости и опыт тюремного заключения, чаще всего связанный с употреблением наркотиков напрямую (осуждены за изготовление или распространение) или косвенно (осуждены за грабеж).

«Бывало, но все решалось деньгами. Не было судимостей, ничего не было... Принимали с «винтом» — заплатила тысячу долларов... Хотя за что? Развели...» (женщина, 23 года, употребляет стимуляторы).

«Я вышел из тюрьмы три года назад... Судили меня три раза — за изготовление, грабеж и разбой. Два раза ничего не доказали, один раз посадили...» (мужчина, 21 год, употребляет стимуляторы).

ВИЧ-сервисные НПО

Наиболее часто респонденты упоминали о том, что пользуются такими услугами, как обмен шприцев, тестирование на ВИЧ/гепатит С на территории организации или в мобильной амбулатории. Многие из опрошенных посещают или посещали группы помощи «равный–равному». Опыт пользования услугами профильных НПО расценивается как позитивный. Респонденты очень ценят возможность общения с сотрудниками этих организаций: получение советов, консультации по различным вопросам, просто общение.

Среди услуг, которых не хватает НПО, чаще всего упоминались более точные тесты на гепатит, в целом более широкий спектр медицинских услуг, а также создание больших возможностей и программ для ресоциализации. Чаще всего опрошенные попадали в НПО через кого-то из знакомых, кто уже являлся клиентом организации. Хотя многие предварительно встречали аутрич-работников и знали о существовании организации. Только в отдельных случаях первый приход туда был самостоятельным. Барьером было опасение огласки, того, что могут увидеть знакомые. В случаях, когда респондент все-таки приходил в организацию самостоятельно, стимулом являлась возможность пройти бесплатный тест или бесплатно получить шприцы.

«Они стояли возле аптеки, а мы с сестрой проходили мимо. Сестра раньше знала их. Ей дали карточку: «пройдите тестирование на ВИЧ, сифилис, гепатит бесплатно». Она взяла, и нам дали бесплатно шприцы. Прямо возле аптеки...» (женщина, 22 года, употребляет стимуляторы).

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) Результаты исследования показали, что в Киеве наблюдается изменение в наркосцене. Так, в связи с уменьшением продажи или подорожанием опиатов ПИН переходят на более «дешевые» наркотики — дезоморфин, аптечные стимуляторы и т.п.
- 2) Среди опрошенных распространенной является полинаркомания — употребление разных наркотиков, замена труднодоступного более доступным.
- 3) Широко распространенной практикой является продажа опиатов, перемешанных с дезоморфином или тропикамидом. ПИН, покупающие такой «грязный» наркотик, не знают об этом и не отдают себе отчет о возможных рисках для здоровья.
- 4) Наблюдается тенденция к тому, что среди молодых потребителей наркотиков инициация инъекционного употребления начинается с дезоморфина.
- 5) Сети ПИН, употребляющих дезоморфин или стимуляторы, небольшие. Как правило, они включают 3–7 человек, которым доверяют. Употребляющие дезоморфин не склонны расширять круг тех, с кем они варят и употребляют наркотики.
- 6) Большое количество появившихся в последнее время «новых» наркотиков породило разнообразие сленговых названий, которых не знают или путают ПИН. Последствиями употребления «неизвестного» наркотика могут быть передозировка, полинаркомания, риски для здоровья.
- 7) Достаточно распространенным среди варщиков кустарных наркотиков является пренебрежение риском инфицирования раствора при приготовлении. «Варщики» используют многоразовую посуду для его приготовления и расфасовки. Посуда не проходит регулярной санитарной обработки, плохо промывается. Процесс приготовления отдельных видов кустарных наркотиков не предполагает кипячение, что также может быть фактором риска.
- 8) Среди ПИН бытуют стойкие мифы о сексуальном поведении и практиках употребления наркотиков, которые могут способствовать рискованному поведению. Так, презерватив не используется с партнером, которому доверяют или в котором уверены. Доверие базируется на внешнем здоровом виде или личном длительном знакомстве. Кроме того, существует мнение, что наркотики, при приготовлении которых используется кислота, убивают все инфекции. Поэтому их можно употреблять даже не кипятя предварительно раствор, можно также пользоваться общим шприцем. Еще один миф связан с тем, что наркотики, при приготовлении которых используется кислота, безопаснее вводить инъекционно, а не принимать перорально.
- 9) Среди ПИН широко распространено самолечение нарывов, абсцессов, включая «хирургическое вмешательство» в домашних условиях. Причина — недоступность медицинской помощи из-за платности медицинских услуг, дороговизны препаратов, очереди в медучреждениях и т.п.