

**Обзор и анализ подходов и услуг в сфере
снижения вреда для подростков,
употребляющих наркотики**

15 июля 2015 года

Список сокращений

AdjHR	скорректированное отношение рисков
AFEW	СПИД Фонд Восток-Запад
AHR	скорректированное отношение рисков
AOR	скорректированное отношение шансов
APT	антиретровирусная терапия
ARYS	At-Risk Youth Study
CAP	стимуляторы амфетаминового ряда
BBV	вирусы, передающиеся через кровь
BiH	Bosnia and Herzegovina
КПТ	когнитивно-поведенческая терапия
ЦВЕ	Центральная и Восточная Европа
ПФА	подтверждающий факторный анализ
CFI	Comparative Fit Index
ДИ	доверительный интервал
СНГ	содружество независимых государств
CISHRWIN	Civil Society on Health & Right of Vulnerable Women and Girls in Nigeria
КМ	кристаллический метамфетамин
CPCS	Child Protection Centres and Services
CRC	United Nations Convention on the Rights of the Child
CYP	Children and Young People
CYPUD	Children and Young People who Use Drugs
DUST	Drug Use Screening Tool
EFA	Exploratory Factor Analysis
EHRN	Eurasian Harm Reduction Network
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	European Union
EVA	Extremely Vulnerable Adolescent(s)
EVYP	Extremely Vulnerable Young People
FFI	Frequent Former Injector(s)
FUS	Frequency of Use Score
HBV	Hepatitis B virus
HCP	Health Care Practitioner
HCV	Hepatitis C virus
HR	Hazards Ratio(s)

HRI	Harm Reduction International (formerly IHRA, the International Harm Reduction Association)
IATT	Inter-Agency Task Team
IAWG	Inter-Agency Working Group
IDPC	International Drug Policy Consortium
IDU	Injecting Drug Use(r)
IFI	Infrequent Former Injector(s)
IQR	Interquartile Range
IVDU	Intravenous Drug Use(r)
KP	Key Population(s)
LGBTQ	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer
LMICs	Low and Middle Income Countries
LSD	Lysergic acid diethylamide, also known as lysergide and colloquially as 'acid'
MA	Methamphetamine
MARA	Most-At-Risk Adolescent(s)
MI	Motivational Interviewing
MSF	Doctors Without Borders
MSM	Men who have Sex with Men
NTASM	National Treatment Agency for Substance Misuse (UK)
NEP	Needle Exchange Programme
NGO	Non-Governmental Organisation
NIDU	Non-Injecting Drug Use
NIROA	Non-Injecting Routes Of Administration
NIU	Non-Injecting Users
NSP	Needle and Syringe Programme
OHCHR	United Nations High Commissioner for Human Rights
OR	Odds Ratio(s)
OST	Opioid Substitution Therapy
OTC	Over The Counter
PCB	Programme Coordinating Board (of UNAIDS)
PDS	Polydrug Use Score
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis
PSI	Population Services International
PWID	People Who Inject Drugs
PWUD	People Who Use Drugs
PYAR	Person-Years-At-Risk
RISE	Resource, Information, Support, Education, as in the organisation Youth RISE
RTI	Route Transition Intervention
SEE	South East Europe
SG	Shooting Gallery

SIBA	Safer Interventions and Broader Acceptance
SSS	Sensation Seeking Scale
STI	Sexually Transmitted Infection
TB	Tuberculosis
UK	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland
UN	United Nations Organisation
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNCTs	United Nations Country Teams
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UNSCR	United Nations Security Council Resolution
WHO	World Health Organization
WLDAS	West Lothian Drug and Alcohol Service
WMD	Weighted Mean Difference
YKP	Young Key Populations
YPWID	Young People Who Inject Drugs

Содержание

Список сокращений.....	2
Предисловие.....	5
Резюме.....	6
1. Введение.....	8
1.1 Как пользоваться данным отчетом.....	8
1.2 Определения.....	9
2. Методология.....	10
3. Анализ исследований по снижению вреда среди подростков, употребляющих наркотики	12
4. Анализ методологии, подходов и опыта предоставления услуг снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики, в Северной и Южной Америке и Европе, в том числе в странах бывшего Советского Союза.....	14
5. Анализ данных об имеющихся услугах снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики.....	24
6. Анализ международного опыта профилактики перехода подростков от неинъекционного к инъекционному употреблению наркотиков.....	28
Ссылки.....	140

Предисловие

Только в последние годы снижение вреда среди подростков, употребляющих наркотики, стали признавать интервенцией, имеющей чрезвычайно важное значение для обеспечения комплексных услуг по профилактике, уходу и лечению инфекционных заболеваний, в особенности ВИЧ/СПИД, туберкулеза и вирусных гепатитов.

Несмотря на добрые намерения, много времени было потрачено международными агентствами, такими как учреждения Организации Объединенных Наций – в частности ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС, ВОЗ и УНП ООН – и международными НПО на обсуждение, споры и дискуссии по поводу возрастной группы и терминологии, которая должна применяться к лицам, которые не признаются совершеннолетними с точки зрения закона в их собственных странах или на их территориях.

Хотя правовая база для осуществления таких медицинских и сопутствующих интервенций важна, она несколько отвлекла такие организации, действующие из лучших побуждений, от **принятия оперативных мер на основании установленных принципов в отношении оценки специфических потребностей подростков, употребляющих наркотики, а также в отношении организации и расширения услуг снижения вреда среди молодых представителей целевых групп.**

Как и «взрослые», употребляющие инъекционные или неинъекционные наркотики, подростки, употребляющих наркотики, также могут практиковать различные модели рискованного поведения, включая секс-работу и домашнее насилие domestic, которое может включать или не включать в себя сексуальное насилие. Кроме того, молодые люди/подростки находятся в процессе осознания своей сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

Независимо от возраста или «ярлыка», используемого для обозначения данной группы, подростков, употребляющих наркотики, невозможно защитить от инфекционных заболеваний, размахивая в воздухе нормативными актами, что приводит к тому, что они не имеют доступа к необходимым медицинским и прочим услугам.

Скорее, необходимо предпринимать практические шаги, основанные на научных доказательствах, которые были бы приемлемыми для целевых групп в сообществе подростков, употребляющих наркотики, причем срочно. При этом **такие интервенции уже хорошо известны и получили название «снижения вреда», подтверждением чего служат международные рекомендации ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, которые были опубликованы в 2007 году (и обновлены в 2012 году).**

По мнению Фишера, «не само потребление наркотиков, а скорее его физические, социально-психологические, эмоциональные, а часто и юридические последствия приводят к ужасным последствиям для подростков»¹(1) Даже с принятием Конвенции ООН о правах ребенка (КПР), в мире удалось добиться ограниченных практических результатов в сфере признания,

реализации, оценки и расширения программ снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики,, что является прямым нарушением КПП.

Многие статьи, опубликованные с конца 1990-х годов, даже не рассматривали снижение вреда в качестве перспективной интервенции для подростков, употребляющих наркотики, предпочитая вместо этого сосредоточиться на профилактике наркопотребления и подходах, основанных на полном отказе от наркотиков, особенно в школах, которые во всем мире доказали свою абсолютную несостоятельность.

Несмотря на обширный опыт, полученный в сфере снижения спроса на наркотики и профилактики употребления наркотиков, который прямо свидетельствует о том, что **указанные подходы являются крайне неэффективными**, правительства многих стран и многие крупные международные организации, в том числе учреждения системы ООН, все еще придерживаются мнения, что лозунг «Скажи нет наркотикам» является эффективным подходом в работе с подростками, употребляющими наркотики, которые подвержены рискам негативных последствий в результате употребления наркотиков и прочих веществ, в особенности алкоголя.

А значит, время просыпаться и с более практической точки зрения реагировать на многие **специфические потребности** подростков, употребляющих наркотики, и работать с такими подростками, предоставляя им адаптированные услуги в сфере снижения вреда.

Резюме

В данном отчете проанализированы интервенции и подходы к снижению вреда среди подростков, употребляющих наркотики, в возрасте от 10 до 18 лет на основании публикаций и проектов документов **за последние 25 лет.**

В настоящем отчете представлен перечень и анализ исследований в сфере профилактики ВИЧ и ухода/снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики, (Раздел 3 и Приложение А), а также методологии, подходы и опыт предоставления услуг снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики, в мире (Раздел 4 и Приложение В). Кроме того, в отчете содержится перечень существующих программ снижения вреда среди подростков, употребляющих наркотики, и данные по таким программам (м 5 и Приложения С и Е), а также описание и анализ **международного опыта реализации интервенций, направленных на предотвращение перехода подростков, употребляющих наркотики, от употребления неинъекционных к употреблению инъекционных наркотиков (Раздел 6 и Приложение D).** В каждом разделе предоставлен обзор рекомендаций, которые следует принять во внимание при разработке и реализации будущих программ в сфере ВИЧ и услуг по снижению вреда среди подростков, употребляющих наркотики, в возрасте 10-18 лет. В обширных приложениях предлагаются резюме или краткое содержание каждого из более чем 280 материалов, которые были рассмотрены и проанализированы с целью подготовки настоящего отчета.

В целом, более 95% всех рассмотренных материалов касаются «молодых людей», «подростков» и «молодежи» в возрасте от 15 до 24 лет, а иногда и до 30 лет.

Хотя в последнее время в литературе получил признание факт **растущего числа детей и молодых людей, употребляющих наркотики – при этом имеются в виду лица мужского и женского пола, а также трансгендеры в возрасте от 10 до 18 лет** – практически отсутствуют данные о характере или масштабах употребления наркотических веществ, равно как и систематические подходы к сбору такой информации по странам в настоящем или будущем. В результате практически невозможно обосновать выделение ограниченных финансовых и человеческих ресурсов на реализацию интервенций в сфере снижения вреда для возрастной группы 10-18 лет, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода.

В литературе в качестве причин нехватки данных и исследований в отношении СYPUD названы **этические дилеммы и проблема согласия людей, которые являются «несовершеннолетними», т.е. не достигли установленного законодательством соответствующей страны возраста, в котором они могут самостоятельно предоставлять свое согласие на оказание им медицинских и прочих сопутствующих услуг, а также выступать участниками исследований.** На сегодняшний день не удалось добиться значительных успехов в решении этих ключевых проблем.

Имеющиеся публикации в основном касаются вопросов методологии и подходов к профилактике ВИЧ-инфекции и наркопотребления. **Снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков, чаще всего предпочитают использование подходов, основанных на полном отказе от наркотиков, основными инструментами которого являются детоксикация, лечение, реабилитация, а также реинтеграция в семью/общество. Именно такие подходы описаны в огромном количестве материалов, опубликованных в Северной Америке.** Кроме того, на протяжении двух последних десятилетий существенные усилия предпринимались для анализа факторов, влияющих на начало употребления наркотиков, и роли, которую играет, в частности, курение сигарет или конопли (марихуаны), а также растущее употребление алкоголя.

Кроме того, практически не было найдено материалов, касающихся гендерных различий и потребностей в оказании услуг среди подростков, употребляющих наркотики, хотя имеется небольшое количество публикаций, в которых освещаются вопросы гендерной идентичности и сексуальной ориентации молодых людей, но они не касаются непосредственно молодежи из ключевых уязвимых групп или молодых людей, употребляющих наркотики.

Все это приводит к тому, что организации, потенциально способные реализовать программы, практически не имеют возможности учиться на опыте других людей, предпринимавших попытки оказания научно обоснованных и экономически эффективных услуг, которые помогли бы подросткам, употребляющим наркотики, снизить вред, связанный с соответствующим поведением. Больше всего приблизиться к использованию накопленного опыта мы можем, если проанализируем услуги, предлагаемые более взрослой «молодежи», подросткам и людям в возрасте старше двадцати лет, а также рассмотрим факторы, которые приводят к началу

употребления наркотиков, в том числе факторы, вследствие которых молодые люди переходят от неинъекционного употребления наркотиков к инъекционному.

В конечном итоге, понадобятся новые подходы, которые способствовали включению подростков, употребляющих наркотики, в возрасте 10-18 лет в разработку, организацию и реализацию услуг в сфере профилактики ВИЧ и снижения вреда для данной возрастной группы. Кроме того, было бы ошибочным предполагать, что к услугам для подростков, употребляющих наркотики, в возрасте 10-18 лет, подойдет универсальный подход, или что подростки, употребляющие наркотики, того или иного возраста, проживающие в более благоприятных социально-экономических условиях, будут иметь такие же потребности, как те, кто живет, например, в условиях бедности. Кроме того, очевидно, что правовые и политические изменения должны быть взаимосвязаны с пересмотром или изменением каждого из компонента предоставления услуг в сфере профилактики ВИЧ, ухода и поддержки для ЛУИН согласно рекомендациям ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС.

1. Введение

1.1 Как пользоваться данным отчетом

В Разделах 3-6 настоящего отчета представлен анализ вопросов, имеющих отношение к подросткам, употребляющим наркотики. Документы по каждой теме были, по возможности, обобщены и представлены в приложениях к настоящему отчету следующим образом:

Приложение А: Документы, в которых рассматриваются вопросы предоставления услуг снижения вреда подросткам, употребляющим наркотики, анализ которых представлен в **Разделе 3**;

Приложение В: Документы, в которых рассматриваются вопросы методологии, подходы и опыт предоставления услуг снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики, анализ которых представлен в **Разделе 4**;

Приложение С: Документы и данные по имеющимся услугам снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики, анализ которых представлен в **Разделе 5**;

Приложение D: Документы, в которых рассматривается международный опыт профилактики перехода от неинъекционного употребления наркотиков к инъекционному среди подростков, употребляющих наркотики, анализ которых представлен в **Разделе 6**.

Перечень услуг снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики, по странам представлен в **Приложении Е**.

Каждому материалу был присвоен уникальный идентификационный код для того, чтобы сотрудникам Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине было проще загрузить ту или иную публикацию при помощи программы Dropbox

(<https://www.dropbox.com/sh/c2t1ln5tvc7zbi8/AACDeBjkLoOs6nInoHjJo5PWa?dl=0>).

Система уникальной идентификации функционирует следующим образом:

0024 уникальный идентификационный код материала.

В ссылка на Приложение В (а, следовательно, на Раздел 4) настоящего отчета, в котором рассматриваются «методологии, подходы и опыт предоставления услуг снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики».

Armstrong_G фамилия, т.е. «Армстронг», за которой следует первая буква имени, т.е. «G» ведущего автора публикации; для подготовки настоящего отчета были проанализированы только материалы, написанные латиницей. Другие авторы материалов приведены в перечне в Приложении Е.

HRJ	сокращение, указывающее на то, где и кем был опубликован материал, например, «Harm Reduction Journal» или «HRJ»;
2014	дата публикации или подготовки материала.

Обратите внимание, что такая идентификация материалов не содержит названия самой публикации, поскольку авторы старались сделать идентификационный код как можно более кратким.

1.2 Определения

На протяжении последнего десятилетия, и даже дольше, для обозначения «подростков» использовались различные определения, в том числе это касалось подростков, употребляющих наркотики. Учреждения Организации Объединенных Наций, такие как Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Межучрежденческая рабочая группа ЮНЭЙДС по вопросам ВИЧ-инфекции и молодежи, употребляющей наркотики, используют ряд определений, включая приведенные ниже:

- дети определяются как лица, не достигшие возраста 18 лет, за исключением случаев, когда согласно применимому к таким лицам законодательству совершеннолетие наступает раньше²;
- согласно терминологии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), подростки – это лица в возрасте 10–19 лет³;
- молодые люди – это лица в возрасте 10–24 лет⁴;
- молодежь определяется как возрастная группа 15-24 лет⁵;
- согласно Конвенции ООН о правах ребенка, «ребенок» определяется как лицо в возрасте 10-18 лет⁶, при этом такое же определение использует ЮНИСЕФ⁷.

Кроме того, подростки групп риска (*англ. MARA от «most-at-risk adolescents»*) определяются ЮНИСЕФ как лица в возрасте от 10 до 18 лет, которые употребляют инъекционные наркотики или задействованы в секс-работе; живут на улице; находятся в местах лишения свободы; относятся к социально незащищенным этническим группам или относятся к мужчинам, практикующим секс с мужчинами⁸.

Иногда в статьях, которые печатаются в научных журналах, используется термин «молодые совершеннолетние люди» ('young adults'), однако такой термин может ввести в заблуждение читателей, поскольку часто имеются в виду лица, достигшие возраста 18 лет, а чаще – 21 года.

Как и взрослые, подростки, употребляющие наркотики, могут сталкиваться с накладывающимися друг на друга рисками заражения и дальнейшей передачи инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, туберкулез, вирусные гепатиты В и С. Поэтому в публикациях иногда используют термин «молодые представители ключевых групп» ('young key populations').

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «ключевые группы — это группы населения, которые из-за особых форм поведения подвергаются повышенному риску ВИЧ-

инфицирования независимо от типа эпидемии или местного контекста. Кроме того, часто имеются правовые и социальные аспекты, связанные с их формами поведения, которые усиливают незащищенность этих групп от ВИЧ. Пять ключевых групп – это мужчины, имеющие секс с мужчинами; лица, находящиеся в местах лишения свободы; лица, употребляющие инъекционные наркотики; секс-работники и лица, изменившие свою половую принадлежность⁹».

В некоторых странах и регионах к **«ключевым группам»** также относят другие группы, такие как мигранты, **внутренне перемещенные лица**, а также лица, находящиеся в тюрьмах и других местах лишения свободы. Люди, живущие с ВИЧ, в том числе подростки, также могут считаться «ключевой группой».

В настоящем документе под подростками имеются в виду лица в возрасте от 10 до 18 лет включительно. Кроме того, в настоящем документе используется определение «ключевых групп», предлагаемое ВОЗ.

Существует также целый ряд определений концепции «снижения вреда».

2. Методология

Авторами были проведен поиск информации онлайн при помощи таких инструментов, как Google Scholar, Academia.edu, PubMed и Cochrane Reviews. Ключевые слова, используемые для такого поиска, включали один или несколько из приведенных ниже терминов:

злоупотребление; подросток; подростки; возраст; рискованный; поведение; мальчики; краткосрочная интервенция; краткосрочные интервенции; отказ; chasing; ребенок; жестокое обращение с детьми; здоровье ребенка; благополучие ребенка; дети; право детей на здоровье; комбинированная профилактика; комплексные услуги здравоохранения; конвенция о правах ребенка; адаптация; консультирование; кристаллический метамфетамин; злоупотребление наркотиками; неправильное употребление наркотиков; вред наркотиков; употребление наркотиков; наркотики; инъекционное употребление наркотиков; раннее начало; девочки; вред; снижение вреда; ВГС; гепатит С; вирус гепатита С; героин; молодежь групп риска; ВИЧ; беспризорники; беспризорность; вирус иммунодефицита человека; айс; инициаторы; инъекционный; инъекционное употребление наркотиков; потребители инъекционных наркотиков; инъекции; употребление инъекционных наркотиков; начало инъекционного употребления наркотиков; профилактика инъекционного употребления наркотиков; интегрированные услуги; интервенция; интервенции; ключевые группы; life transition; подростки групп риска; психическое здоровье; мет; метамфетамин; МИ; подростки групп повышенного риска; мотивационное интервьюирование; МСМ; ПНИН; неинъекционное употребление наркотиков; потребители неинъекционных наркотиков; опиоиды; люди, употребляющие инъекционные наркотики; люди, употребляющие наркотики; прогностические/определяющие факторы; злоупотребление рецептурными препаратами; неправильное употребление рецептурных препаратов; употребление рецептурных препаратов; профилактика; защитные факторы; ЛУИН; ЛУН; (добавить ПИН; ПНИН??) «психологическая устойчивость» (resilience); риск; рискованное поведение; рискованные модели поведения; факторы риска; снижение риска; принятие риска; route transition; route transition interventions; route transitions; RTIs; секс-работники; теория социального научения; социальная среда; социальные преобразования (social transition); скорость; уличные подростки; дети улицы; уличная молодежь; подростки, которые живут на улице; дети, которые живут на улице; молодежь, которая живет на улице; подростки, которые работают на улице; дети, которые работают на улице; молодежь, которая работает на улице; секс-работа; секс-работники (повторяется); употребление психоактивных веществ; доступ к шприцам; тестирование; переход; несовершеннолетние; уязвимый; уязвимость; молодежь; молодые люди; молодые люди, употребляющие инъекционные наркотики; молодые ЛУИН; молодые ЛУН; молодежь из групп риска; молодые люди, употребляющие наркотики; дружественные молодежи программы снижения вреда.

В ходе подготовки документа были использованы статьи из таких журналов:

Addiction; Addiction Behaviour; AIDS Behaviour; American Psychologist; Acta Psychiatrica Scandinavia; Addiction Research; American Journal of Drug and Alcohol Abuse; American Journal of Public Health; British Journal of Addiction; BioMed Central Pediatrics; BioMed Central Public Health; Canadian Centre on

Substance Abuse; Contemporary Drug Problems; Cochrane Database of Systematic Reviews; Clinical Infectious Diseases; Canadian Medical Association Journal; Drug and Alcohol Dependence; Drug and Alcohol Review; Drugs: education, prevention, and policy; European Addiction Research; Evidence Based Child Health; Health Education and Behavior; Health Education Research; Health Promotion Journal of Australia; Harm Reduction Journal; Health & Social Care in the Community; International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; International Debate Education Association; International Journal of Drug Policy; Journal of American Academic Nurse Practitioners; Journal of Adolescent Health; Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome; Journal of the Association of Nurses AIDS Care; Journal of Child Psychology and Psychiatry; Journal of Drug Education; Journal of Epidemiology and Community Health; Journal of the International AIDS Society; Journal of Paediatrics and Child Health; Journal of Psychoactive Drugs; Journal of Urban Health; Morbidity and Mortality Weekly Report; National Association of Social Workers; Nordic Studies on Alcohol and Drugs; Oxford University Press; Paediatric Child Health; Public Health Report; Preventive Medicine; Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy; Scandinavian Journal of Social Medicine; Substance Use and Misuse; The Social Policy Journal; US Department of Health and Human Services; The Lancet.

Подходящие материалы просматривались и, по возможности, загружались. После этого выделялось краткое содержание каждого из материалов либо на основании аннотации, либо на основании резюме статьи.

В программе Microsoft Excel была создана справочная таблица, в которой в хронологическом порядке приводились годы издания публикаций, их географический охват, авторский коллектив, название, издательство и/или издание, ссылка на веб-сайт и ключевые слова из каждой публикации. Кроме того, все данные, включенные в справочную таблицу MS Excel, вместе с кратким изложением каждой публикации, были также перенесены в формат MS Word; как справочная таблица в MS Excel, так и краткая информация обо всех выбранных материалах в MS Word были включены в настоящий документ в виде приложений – см. детальную информацию в Разделе 1.1 выше.

С авторами наиболее актуальных материалов, вышедших за последние несколько лет, которые, по имеющейся информации, все еще занимались исследованиями в данной области, велась электронная переписка с целью обмена информацией для получения данных о новых, недавних или ожидаемых материалах, которые могли бы помочь в проведении анализа, результаты которого представлены в настоящем документе.

Кроме того, по электронной почте был установлен контакт с различными неправительственными организациями и организациями сообществ во всем мире, которые, по имеющейся информации, занимались представлением услуг снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики.

Также авторы связались с ключевыми контактными лицами в различных учреждениях Организации Объединенных Наций и в различных правительственных учреждениях с целью получения информации об основных организациях, занимающихся предоставлением услуг, и/или материалах, которые могли бы оказаться полезны авторам при подготовке настоящего документа.

3. Анализ исследований по снижению вреда среди подростков, употребляющих наркотики

Практически отсутствуют материалы о проведенных исследованиях по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и снижения вреда среди подростков, употребляющих наркотики; обнаруженные нами публикации представлены в Приложении А. Часто проблематично проследить различия между проведенными исследованиями по услугам в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и снижения вреда среди подростков, употребляющих наркотики, и методами, подходами и опытом предоставления услуг снижения вреда в мире, о чем говорится в Разделе 4. Таким образом, в данном разделе рассматриваются исследования, посвященные отдельным услугам, которые предоставляются подросткам, употребляющим наркотики, на практике, т.е. приводится анализ на микроуровне, в то время как в Разделе 4 предложен анализ на макроуровне.

Особенно актуальными можно назвать исследования, о которых стало известно в ходе обзора имеющихся данных о проведении индивидуальных интервенций среди молодежи (2005)¹⁰, **оценки профилактики ВИЧ-инфекции среди молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Украине (2002)**¹¹, систематического обзора интервенций (2002)¹² и оценки реализованной в США программы обмена игл и шприцев для молодежи (1999)¹³. Следует отметить, что доказательная база в отношении эффективных подходов к разработке и реализации интервенций для молодых людей, употребляющих наркотики, в значительной мере строится на исследованиях, проведенных в Северной Америке приблизительно до 2005 года.

Что касается организации работы с молодыми людьми, в исследованиях предлагаются следующие принципы и общие правила, которые нужно учитывать:

- принимать во внимание точку зрения молодых людей;
- доброжелательно относиться к клиентам;
- сохранять оптимистичный настрой;
- доступность услуг с точки зрения времени ожидания, а также условий проведения оценок и интервенций;
- качество оценок и их соответствие общепринятым передовым практикам;
- использование напоминаний и последующего контроля.

Результатам исследований говорят о том, что к **общим программным характеристикам и соответствующим показателям, которые могут повысить эффективность реализации программ, можно отнести:**

- комплексные интервенции, которые **ориентированы на решение не только проблемы употребления наркотиков, но и более широких культурных вопросов, включая развитие навыков безопасной жизнедеятельности и поведения в стрессовых ситуациях;**
- тщательно спланированные интервенции с четко обозначенными целями, задачами и целевой аудиторией;

- интервенции с налаженным финансированием; долгосрочные программы со стимулирующими акциями;
- наличие учебной базы для детей из групп риска или работа с детьми групп риска, например, с детьми, которые бросили учебу;
- привлечение опытного обученного персонала и обеспечение низкой текучести кадров;
- межведомственное сотрудничество.

Основные результаты, полученные в ходе таких исследований, также свидетельствуют о нижеследующем:

- **Многие проекты и программы ориентированы на профилактику употребления наркотиков, а не на снижение вреда как таковое, то есть преобладают подходы, основанные на полном отказе от наркотиков.**
- Простая целевая оценка образа жизни и предоставление информации – это относительно простой способ снижения использования стимуляторов среди молодых людей, не употребляющих инъекционные наркотики.
- **Простая интервенция, основанная на использовании мотивационного интервьюирования, может помочь сократить потребление табака, алкоголя и марихуаны.**
- На оказание услуг влияют изменения на индивидуальном, социальном и политическом уровнях.
- **Интервенции, включающие консультирование, демонстрируют эффективные результаты.**
- **Проведение групп взаимопомощи часто имеет положительные последствия для клиентов.**
- Проблемой является негативное общественное мнение о ЛУИН и о проектах и программах, направленных на помощь таким людям.
- Ключевую роль играют представители правоохранительных органов и учреждений здравоохранения, которые дают возможность молодым ЛУИН получить доступ к услугам.

Рекомендации по повышению качества услуг:

- **Следует использовать различные подходы в работе со СМИ** с целью проведения целенаправленной информационной работы **для формирования в обществе толерантного отношения к ЛУИН**, а также к соответствующим программам и проектам.
- Необходимо проводить информационно-образовательную работу, направленную на представителей социального окружения молодых ЛУИН, включая созависимых лиц, **родителей** и других членов семьи.
- Необходимо обеспечить нормативно-правовую поддержку оказания услуг с целью более эффективной координации и согласования действий с представителями правоохранительных органов и учреждений здравоохранения.
- Следует регулярно уделять внимание «уличной работе» посредством создания «уличных точек» для предоставления консультаций по принципу «равный-равному».
- Существует потребность в использовании новых технологий и внедрении новых методов для вовлечения молодых ЛУИН в профилактику ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний.

- Специалисты, оказывающие услуги ЛУИН, нуждаются в системе постоянного научного сопровождения, в том числе по вопросам мотивации, поощрения и поддержки волонтеров из числа молодых потребителей наркотиков.
- Для профессионального развития задействованных специалистов необходимо обеспечить систематический обмен опытом, а также информацией о новых методах и технологиях посредством проведения семинаров, обучающих курсов, круглых столов и конференций.

Вместе с тем, такие исследования, как правило, основаны на результатах работы с людьми **в возрасте старше 18 лет**. В частности, применительно к программам в сфере ВИЧ Долан и Нивен отмечали, что **«под молодежью в литературе чаще всего имеются в виду люди в возрасте от 15 до 24 лет»**¹⁴. Для таких групп, а также клиентов из числа молодежи, Долан и Нивен предлагают следующие рекомендации в отношении дизайна исследований, а также результатов и инструментов, которые могут быть использованы в сфере снижения вреда и сопутствующей работы с молодыми людьми:

- рандомизация (на уровне клиники или на индивидуальном уровне);
- проведение начального, повторного и контрольного сбора данных по одним и тем же клиентам;
- использование контрольной группы или группы сравнения;
- сбор поведенческих и биологических данных;
- использование стандартизированных инструментов для измерения результатов в контексте ВИЧ-инфекции¹⁵.

4. Анализ методологии, подходов и опыта предоставления услуг снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики, в Северной и Южной Америке и Европе, в том числе в странах бывшего Советского Союза

Всего нам удалось подобрать 98 публикаций, в которых рассматривались методологии, подходы и опыт оказания услуг снижения вреда подросткам, употребляющим наркотики, в мире в период с 1989 года по 2015 год; краткая информация о каждой из публикаций приведена в Приложении В. В данных публикациях рассмотрен широкий круг вопросов, которые можно разделить на следующие категории:

- Оценка ситуации с подростками, употребляющими наркотики: 36 документов опубликовано в период с 1989 года по 2014 год;
- Доступ подростков, употребляющих наркотики, к услугам снижения вреда: 11 документов опубликовано в период с 2001 года по 2015 год;
- Наркополитика и ее влияние на подростков, употребляющих наркотики: 21 документ опубликован в период с 1990 года по 2014 год;
- Комплексные и интегрированные услуги: 22 документа опубликовано в период с 2002 года по 2015 год;

- Терапевтические подходы к оказанию помощи подросткам, употребляющим наркотики: 4 документа опубликовано в период с 2004 года по 2014 год;
- Роль семьи в жизни подростков, употребляющих наркотики: 3 документа опубликовано в период с 2005 года по 2014 год;
- Девочки и девушки, употребляющие наркотики: 1 документ опубликован в 2011 году.

В литературе можно проследить споры относительно «войны с наркотиками». Многие исследования – особенно проведенные в Северной Америке – основаны на подходах, построенных на полном отказе от наркотиков, или на предоставлении молодым людям услуг лечения наркозависимости. Вместе с тем, в последние два десятилетия прослеживается увеличение ориентации на услуги «снижения вреда» для молодых людей, при этом девочки и девушки, употребляющие наркотики редко упоминаются даже в контексте параллельных рисков для здоровья, связанных с секс-работой.

Оценка ситуации

Общая оценка ситуации и положения подростков, употребляющих наркотики, в мире

некоторое время в значительной степени была сосредоточена вокруг споров о «войне с наркотиками». Кроме того, с точки зрения общественного здравоохранения значительные сложности связаны с вопросом предоставления согласия. **В литературе рассматривается целый ряд обстоятельств, в которых подростки употребляют инъекционные и неинъекционные наркотики, начиная от употребления на дискотеках под влиянием окружения, и заканчивая преодолением зависимости. Очень немногие публикации посвящены ситуации с подростками, которые сталкиваются с перекрестными рисками заражения ВИЧ, ТБ и вирусными гепатитами, что может быть связано, например, с секс-работой или употреблением наркотиков, жизнью и/или работой на улице, а также с осознанием своей сексуальной ориентации и гендерной идентичности.** Не было обнаружено информации о целевых интервенциях для MSM или трансгендеров. В последние годы большое число статей и рекомендаций посвящены рассмотрению потребностей в лечении наркозависимости среди подростков, употребляющих наркотики, и соответствующих методов лечения, а также подходов к созданию спроса среди подростков, употребляющих наркотики, для доступа к ограниченному числу услуг, ориентированных на эту группу.

Ситуация с употреблением наркотиков подростками относительно одинакова в большинстве стран в том отношении, что наркотики легко доступны; существует взаимозависимость между употреблением наркотиков и сексуальным поведением; наблюдаются относительно низкие показатели использования презервативов среди подростков, употребляющих наркотики; распространено совместное использование шприцов/игл для инъекционного употребления наркотиков; имеются сложности в получении доступа к услугам снижения вреда в тех местах, где они доступны; низкое качество услуг снижения вреда, к которым имеют доступ подростки; отсутствие или недостаточный уровень образования по вопросам ВИЧ, наркотиков и сексуального здоровья в школах¹⁶. В более развитых странах **еще одной сложностью является пробел между услугами для подростков и взрослых людей и проблемы перехода от одних к другим**¹⁷.

Еще одним вопросом, который анализируется в ряде статей, является «психологическая устойчивость» (resilience) молодых людей, при этом рассматриваются такие защитные факторы, как поддержка семьи, хорошие отношения со сверстниками и возможность повышать самооценку и веру в собственные силы через значимые социальные роли¹⁸.

Следует особо отметить вывод, к которому пришли Ньюмен и Блэкберн в отношении того, что «наиболее распространенными источниками тревожных расстройств у детей являются хронические и переходные явления, при этом хронические проблемы приводят к более длительным последствиям, чем краткосрочные неблагоприятные ситуации, и что «психологическая устойчивость может развиваться только посредством постепенного воздействия стрессовых факторов такого уровня, с которым может справиться психика»¹⁹. **В литературе часто предлагается использовать «комплексные программы профилактики» и интервенции, направленные на «комбинированную профилактику» в работе с подростками из групп риска²⁰.**

Хант, Барретт и Флетчер, представляющие организацию Harm Reduction International (HRI, ранее – Международная ассоциация снижения вреда), предположили существование повторяющихся вопросов, связанных с факторами рисков и защиты применительно к подросткам, употребляющим наркотики. К структурным факторам и факторам окружающей среды можно отнести репрессивную наркополитику; коррупцию в медицине и в правоохранительных органах; отсутствие документов, удостоверяющих личность, или доступа к таким документам; а также слишком высокую стоимость медицинских услуг. Индивидуальные факторы, влияющие на подростков, употребляющих наркотики, включают психические расстройства, трудности в учебе, а также физическое и сексуальное насилие. Кроме того, авторы утверждают, что наиболее уязвимые подростки, употребляющие наркотики – это сироты, дети улицы и дети под опекой государства; подростки в конфликте с законом; подростки, вовлеченные в секс-работу, и представители этнических меньшинств²¹.

Наркополитика и ее влияние на подростков, употребляющих наркотики

В 1989 году Конвенция ООН по правам ребенка была признана основным международным документом в сфере защиты прав детей и молодых людей. В частности, Статья 33 Конвенции гласит, что:

«Государства-участники принимают все необходимые меры, включая законодательные, административные и социальные меры, а также меры в области образования, с тем чтобы защитить детей от незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ, как они определены в соответствующих международных договорах, и не допустить использования детей в противозаконном производстве таких веществ и торговле ими»²².

Данное положение также связано с правом ребенка на здоровье (Статья 24) и с общими принципами Конвенции (Статьи 2, 3, 6 и 12, соответственно). Споры о «необходимых мерах», о которых сказано в Статье 33 Конвенции, продолжаются, при этом многие правозащитники используют данное

положение как аргумент в пользу расширения доступа и повышения качества снижения вреда и сопутствующих услуг для подростков, употребляющих наркотики.

Вопросы, вытекающие из формулировок Статей Конвенции: (1) Какие меры можно считать «необходимыми» для того, чтобы «защитить детей» от употребления нелегальных наркотиков (Статья 33)? (2) Как обеспечить отсутствие «дискриминации» подростков, употребляющих наркотики, в контексте доступа к услугам (Статья 2)? (3) Что подразумевает «наилучшее обеспечение прав ребенка» (Статья 3)? (4) Какова роль употребления наркотиков и его последствий для «права на жизнь, выживания и развития» (Статья 6)? и (5) Речь идет о праве быть услышанным или о том, что взгляды ребенка должны приниматься во внимание (Статья 12)²³? В документе, поданном в 2012 году Барреттом и др. от имени организации HRI, в Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (ОНЧР) по вопросу «права ребенка на здоровье» (Резолюция № 19/37 Совета по правам человека), содержались следующие рекомендации:

- Следует усовершенствовать процесс сбора данных по вопросам инъекционного употребления наркотиков среди детей, если мы хотим «знать эпидемию» и соответствующим образом реагировать на нее.
- Существует потребность в разработке международных рекомендаций для оказания поддержки лицам, работающим с детьми, употребляющими наркотики, и для повышения качества услуг.
- Необходимо пересмотреть нормативно-правовую базу в контексте употребления наркотиков и оказания услуг с целью устранения барьеров на пути реализации права ребенка на здоровье.
- Следует увеличить ресурсы на оказание основных услуг подросткам, употребляющим наркотики²⁴.

Вместе с тем, Конвенцию о правах ребенка часто игнорируют или же используют содержащиеся в ней формулировки и термины – такие как «все необходимые меры» - в качестве оправдания, чтобы не предоставлять некоторые или все научно обоснованные услуги подросткам, употребляющим наркотики. HRI, Youth RISE (Youth Resources, Information, Support, Education for reducing drug related harm) и Евразийская сеть снижения вреда (ECCB), а также другие организации много лет проводят адвокационную работу с целью приведения политики стран в соответствие с положениями Конвенции и на регулярной основе заявляют о следующих основополагающих проблемах, которые мешают подросткам, употребляющим наркотики, снизить вред, связанный с их употреблением:

- **Отсутствие данных с соответствующей классификацией**, т.е. отсутствие конкретных данных о том, какие лица входят в данную группу, почему они употребляют наркотики, почему они употребляют те или иные наркотики и каким образом они их употребляют; кроме того, нет данных о том, сколько молодых людей живет, соответственно, с ВИЧ и ВГС, и с какими другими негативными последствиями употребления наркотиков они сталкиваются;
- **Отсутствие политики и программ в сфере снижения вреда, ВИЧ и наркотиков, ориентированных на подростков**, включая нехватку «честного образования», услуг и интервенций для подростков, уже употребляющих наркотики, а также нехватку услуг ПОШ и ЗПТ. Организации HRI и Youth RISE отмечают, что **«даже в случаях, когда имеются услуги**

снижения вреда, большинство детей и подростков в возрасте до 18 лет либо не включаются в соответствующие программы из-за своего возраста, либо не могут получить доступ к ним без согласия родителей»;

- **Для подростков нередко предусмотрена криминальная ответственность за употребление наркотиков**, при этом их часто направляют на обязательное лечение или реабилитацию или в исправительные учреждения и колонии для несовершеннолетних; более мягкие наказания, которые, тем не менее, приносят вред, могут включать исключение из школ и других учебных заведений;
- **Подростки не принимают участия в разработке политики и программ** и часто также не участвуют в планировании профилактических и информационных кампаний, обучения и распространения материалов; как правило, это связано со стигматизацией и дискриминацией подростков, которые рассматриваются только в качестве «получателей» таких услуг, программ и политики. В некоторых странах к формированию наркополитики и обсуждению программ символически привлекают бывших наркопотребителей вместо того, чтобы привлекать к этой деятельности активных потребителей наркотиков; и даже в тех случаях, когда подростков из числа потребителей наркотиков привлекают к этой работе, это чаще всего происходит при «посредничестве» НПО, и не предусматривает общения напрямую с лицами, определяющими политику, в результате чего высказывания и точки зрения подростков, употребляющих наркотики, фильтруются и некоторым образом размываются^{25 26}.

В 2014 году организациями IDPC и Youth RISE были проведены различные исследования по вопросам влияния наркополитики на молодых людей, употребляющих наркотики, в ряде стран, включая США, Маврикий, Румынию и Кыргызстан, при этом основным выводом таких исследований стало то, что **подростки, употребляющие наркотики, сталкиваются с существенными проблемами в оценке программ снижения вреда, что связано с законодательными барьерами, стигмой и дискриминацией.**

Доступ подростков, употребляющих наркотики, к услугам снижения вреда

Даже в случае наличия специальных услуг снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики, одной из наибольших проблем является получение подростками **доступа** к таким услугам.

В 2002 году ВОЗ опубликовала «программу преобразований» (agenda for change), в которой продвигалась идея о необходимости предоставления услуг в сфере здравоохранения, дружественных к подросткам, при этом приводились примеры того, каким образом этой цели удавалось добиться правительственным учреждениям и НПО во различных странах, даже в условиях ограниченных ресурсов²⁷. ВОЗ сделала еще один шаг вперед в этом вопросе в 2012 году, выпустив рекомендации в контексте здравоохранения для облегчения процесса получения подростками необходимых им медицинских услуг с целью защиты и улучшения их здоровья и благополучия через развитие национальных стандартов качества²⁸.

По мере роста потребности в услугах в сфере ВГС расширяются усилия, направленные на формирование спроса на такие услуги среди молодых людей, употребляющих наркотики. Например, в материале, опубликованном в Австралии в середине 2001 года, описаны попытки использовать различные подходы к обеспечению охвата молодежи, такие как передача информации «из уст в уста», работа с людьми, тесно связанными с сетями, применение механизма социального воздействия и консультантов по принципу «равный-равному». Авторы пришли к выводу, что вмешательства силами равных имели значительно больше преимуществ, чем возможных недостатков²⁹.

В ходе исследования опыта молодых людей, употребляющих наркотики, и их доступа к услугам снижения вреда в 14 странах, результаты которого были опубликованы в 2015 году, было отмечено, что «стратегии и программы в сфере снижения вреда и ВИЧ должны адаптировать комплексный пакет услуг к потребностям молодых людей и обеспечивать связь с другими секторами, такими как образование и трудоустройство, чтобы гарантировать им комплексную поддержку и защиту» и что существует потребность в решении проблемы «социальной изоляции и отсутствия защиты прав» среди подростков, употребляющих инъекционные наркотики³⁰.

Комплексные, интегрированные услуги

На сегодняшний день имеются и собираются крайне ограниченные **данные** о численности молодых представителей ключевых групп, включая подростков, употребляющих наркотики, по странам, и о распространенности инфекционных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, ТБ и вирусные гепатиты, в каждой группе. Более подробная информация по данному вопросу представлена в Разделе 5 и Приложении С. Таким образом, невозможно оценить доступ подростков, употребляющих наркотики, к каскаду услуг, включая профилактику, диагностику, лечение и уход в связи с инфекционными заболеваниями, а также бремя заболеваний среди таких групп, как подростки, употребляющие наркотики, в отдельных странах или регионах.

Хотя в опубликованном ВОЗ в июле 2014 года «Сводном руководстве по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход» содержатся рекомендации в отношении предпочтительных интервенций, **в нем ничего не сказано о том, как внедрять соответствующие интервенции среди молодых представителей ключевых групп.**

В 2008 году были опубликованы «**глобальные рекомендации**» ('Global Guidance Briefs') по **вопросам интервенций в сфере ВИЧ для молодых людей**», подготовленные межучрежденческой целевой группой по проблемам ВИЧ и молодежи под руководством ЮНФПА. В них предлагается обзор данных в контексте образования, здравоохранения, чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера, молодых людей из групп риска, интервенций на уровне сообществ и молодых людей на рабочих местах³¹. В 2008 году ЮНИСЕФ также опубликовал окончательную версию «**руководства по разработке программ профилактики ВИЧ среди подростков групп риска**», в основном ориентированного на Содружество независимых государств и регион Центральной и Восточной Европы согласно классификации ЮНИСЕФ. В Разделе 5 данного руководства рассматриваются непосредственно вопросы «снижения вреда» среди подростков, т.е.

лиц в возрасте 10-19 лет, при этом подчеркивается важнейшая потребность в вовлечении подростков, употребляющих инъекционные наркотики, в разработку и реализацию программ профилактики ВИЧ, в том числе в оценку ситуации на местах, а также в сбор и предоставление данных³².

К сожалению, руководство ЮНИСЕФ 2008 года имеет обобщенный характер, при этом возрастная группа 10-19 лет рассматривается в нем как однородная. Однако в указанном документе содержатся подтверждения в отношении направлений дальнейших исследований, предложенных в отчете ВОЗ 2004 года³³, в том числе для рассмотрения следующих вопросов:

- имеются ли какие-либо значимые показатели с точки зрения разработки и реализации программ, связанные с возрастом и полом, и есть ли потребность в разработке отдельных рекомендаций для подростков;
- эффективность взаимодействия в рамках модели «равный-равному» с точки зрения информирования/обучения, консультирования/поддержки и формирования спроса на услуги снижения вреда;
- оптимальное сочетание/пакет услуг, особенно в условиях ограниченных ресурсов и возможность предоставления услуг заместительной терапии (substitution services).

Приблизительно в середине 2000-х годов в Северной Америке и Великобритании был издан целый ряд публикаций, в которых рассматривались формы лечения наркозависимости и сопутствующие интервенции, примером которых может служить статья **«Снижение вреда: модель социальной работы с подростками»**, опубликованная в журнале The Social Policy Journal, в которой говорилось о необходимости установления «контакта» для того, чтобы помочь подросткам «изменить рискованные модели поведения или отказаться от них»³⁴. В других публикациях рассматривались вопросы интеграции снижения вреда от употребления наркотиков с существующими услугами для молодежи³⁵, установление связи между молодыми людьми, употребляющими наркотики, и услугами по ВИЧ/СПИД³⁶, а также более технические вопросы **«фармакологического лечения наркотической зависимости среди молодежи»** как на уровне сообществ, так и «закрытых учреждениях», т.е. в тюрьмах и других местах лишения свободы, например, в изоляторах временного содержания³⁷. **В начале 2008 года Канадское общество педиатров опубликовало свое программное заявление по вопросам снижения вреда, в котором говорится, что:**

«Целевая группа и контекст, в котором реализуются стратегии снижения вреда, влияют на выбор тех или иных интервенций. Поставщики медицинских услуг для подростков должны быть осведомлены о различных видах стратегий снижения вреда, направленных на сокращение возможных рисков, связанных со стандартными моделями поведения подростков в контексте здравоохранения³⁸».

В публикации Бриттона 2009 года для Национального агентства лечения наркотической зависимости Великобритании анализируются доказательства целесообразности использования **специализированного лечения наркотической зависимости среди молодых людей**³⁹. В данной публикации рассматриваются лица в возрасте до 18 лет, при этом использован обзор литературы и

данные первичных исследований, опубликованных в научных журналах. Бриттон отмечает, что «научно обоснованные рекомендации и согласованные выводы в отношении передового опыта свидетельствуют о том, что перед предоставлением молодым людям специализированного лечения наркотической зависимости следует обеспечить соблюдение ряда условий», в том числе:

- Перед началом интервенции всегда должна проводиться оценка.
- Важным этапом оценки является оценка рисков.
- Для молодых людей должен быть разработан индивидуальный план лечения с учетом потребностей, выявленных в ходе оценки.
- Могут потребоваться различные специалисты и услуги для того, чтобы удовлетворить потребности молодых людей, которые часто являются сложными, многочисленными и выходят за рамки услуг специализированного лечения наркотической зависимости.
- Координацию предоставления всего комплекса услуг должен осуществлять отдельный ведущий специалист.
- Молодые люди имеют право на защиту от возможного вреда, поэтому необходимо выявлять и по мере необходимости решать вопросы защиты детей.
- Некоторые молодые люди могут давать согласие на проведение лечения (когда они обладают соответствующей правоспособностью), другим же может потребоваться согласие родителей на проведение любого лечения.
- Молодых людей следует поощрять к привлечению родителей и опекунов к участию в определении и реализации планов лечения. Вместе с тем, если такое участие невозможно, молодые люди имеют право на получение конфиденциальных услуг, хотя это может ограничить спектр услуг, которые могут быть им предложены, из-за вопросов предоставления согласия.
- Молодые люди имеют право на то, чтобы их мнение принималось во внимание. Это касается как лечения, которое они получают, так и вопросов разработки и предоставления услуг.

Кроме того, Бриттон отмечает следующие составляющие передового опыта в лечении наркотической зависимости среди молодых людей:

- По результатам исследований, специализированное лечение может быть эффективным в сокращении уровня злоупотребления наркотическими веществами среди молодежи.
- Исходя из имеющейся доказательной базы, невозможно сказать, какие методы лечения более эффективны в сокращении употребления наркотических веществ.
- Использование научно обоснованных методов специализированного лечения позволяет сократить показатели выбытия клиентов.
- Имеются доказательства того, что специализированное лечение обеспечивает для молодых людей преимущества и в других сферах жизни, помимо употребления наркотиков.

В публикации Национального агентства Великобритании по вопросам наркотической зависимости (NTASM), которая вышла в 2005 году, описываются **ключевые элементы услуг лечения наркотической зависимости среди молодежи** с целью разработки скоординированных моделей оказания услуг⁴⁰. NTASM подчеркивает необходимость обеспечения путей лечения, которые

включали бы определение потребностей и переадресацию; обмен данными между службами лечения; оценку; планирование лечения и совместную работу; виртуальные команды, а также переходные условия. Затем рассматриваются компоненты интервенции на четырех уровнях:

Уровень 1: Стандартные и первичные услуги для обеспечения универсального доступа и непрерывной медицинской помощи для всех молодых людей.

Уровень 2: Услуги, ориентированные на молодых людей, предлагаемые специалистами, имеющими опыт работы с пациентами с наркотической и алкогольной зависимостью и знания особенностей работы с молодежью.

Уровень 3: Специализированные услуги для молодых людей с наркотической зависимостью – сложные случаи, требующие работы мультидисциплинарных команд.

Уровень 4: Специализированные формы интервенций для молодых потребителей наркотиков, которым требуется комплексный уход.

Среди других ключевых вопросов, обозначенных NTASM, можно назвать управление качеством работы, сбор данных, обеспечение и контроль качества, соблюдение стандартов клинической практики, обмен информацией и ведение документации, а также вопросы конфиденциальности и согласия.

К 2010 году вышло заявление **Референтной группы ООН по вопросам ВИЧ-инфекции и инъекционного употребления наркотиков** о достижении консенсуса, пункт 1.1.4 которого был посвящен «работе с уязвимыми подгруппами ПИН», при этом одной из таких подгрупп были определены «молодые ПИН». Данный пункт гласит:

«В некоторых странах программы снижения вреда и лечения наркозависимости, например, ПОШ и программы ЗПТ, не могут предоставлять услуги молодежи из-за возрастных ограничений, несмотря на высокий риск инфицирования ВИЧ среди молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики⁴¹».

Среди рекомендаций, подготовленных Референтной группой для ООН в отношении молодых людей, употребляющих наркотики, можно назвать следующие:

- Для обеспечения максимального влияния национальные стратегии борьбы с ВИЧ должны предусматривать реализацию комплексного пакета из девяти интервенций, предусмотренных Техническим руководством, разработанным ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС⁴², которые должны быть доступны всем ПИН. В частности, в приоритетном порядке должны реализовываться программы обмена шприцев, ЗПТ, АРТ и стратегии снижения рисков, связанных с сексуальным поведением, направленные на работу с ПИН.
- Услуги снижения вреда и лечения наркотической зависимости должны быть доступны молодым людям, употребляющим наркотики, и при этом необходимо пересмотреть законодательство с целью обеспечения **благоприятных условий для предоставления таких услуг**⁴³.

Был опубликован ряд материалов, в которых рассматриваются различные аспекты предоставления комплексных интегрированных услуг для подростков, употребляющих наркотики, и молодых представителей других ключевых групп. В 2015 году был опубликован обзор, подготовленный Делани-Моретлве совместно с соавторами, в котором были проанализированы 110 статей по не связанным с ВИЧ-инфекцией **потребностям, барьерам и проблемам в предоставлении комплексных услуг здравоохранения для молодых представителей ключевых групп** в возрасте 10-24 лет. Авторы пришли к выводу, что молодые представители ключевых групп сталкиваются с большими проблемами в сфере здравоохранения в сравнении с более старшими представителями ключевых групп и по сравнению с молодыми людьми из числа общего населения «и сталкиваются с существенными препятствиями в контексте доступа к лечению, что связано с их возрастом и с их принадлежностью к ключевым группам⁴⁴». В документе отмечается, что:

«Сейчас, когда имеются нормативные рекомендации в отношении оптимального набора интервенций для ключевых групп [ВОЗ, июль 2014 г.], важнейшей потребностью является оценка оптимальных подходов к предоставлению комплексного пакета услуг молодым представителям ключевых групп. Инвестиции в предоставление сопутствующих, не связанных с ВИЧ-инфекцией услуг, также имеющих отношение к ключевым инструментам реализации программ, потенциально могут быть эффективны с точки зрения профилактики ВИЧ-инфекции во всех группах⁴⁵».

Петтифор и соавторы подготовили обзор **имеющихся данных по стратегиям профилактики, соответствующим проблемам и комплексным пакетам профилактических услуг для молодых представителей ключевых групп** в возрасте до 24 лет, и в частности до 18 лет. Они обнаружили, что интервенции, направленные на профилактику ВИЧ, для молодых представителей ключевых групп в значительной степени схожи с интервенциями для более старших представителей ключевых групп, но что применение **предконтактной профилактики (PrEP)** «может обеспечивать высокоэффективную, ограниченную по времени первичную профилактику для молодых представителей ключевых групп при условии ее применения в сочетании с другими программами, направленными на расширение доступа к услугам здравоохранения и содействие стабильному использованию PrEP в случае риска контакта с ВИЧ⁴⁶».

Кроме того, проводился анализ приверженности и удержания пациентов в **программах по лечению и уходу для ВИЧ-позитивных молодых людей и подростков из числа ключевых групп**, например, в публикации Лелл и соавторов, которая вышла в 2015 году по результатам комплексного обзора литературы в отношении лиц в возрасте от 10 до 24 лет. Авторы пишут о том, что в период с 1999 по 2014 год было опубликовано 26 статей, но при в них «отсутствуют упоминания об исследованиях, проведенных среди молодых людей и подростков из таких групп, как секс-работники, трансгендеры и заключенные». По имеющимся данным, на приверженность АРТ влияли такие факторы, как возраст, доступ к услугам здравоохранения, подверженность нескольким рискам, а также политика в отношении рискованных моделей поведения и психического здоровья. Авторы приходят к выводу о том, что «имеющиеся на сегодняшний день ограниченные данные свидетельствуют о том, что услуги здравоохранения должны быть адаптированы к уникальным

потребностям молодых представителей ключевых групп». В частности, они отмечают необходимость проведения дополнительных исследований, на которых могли бы базироваться будущие интервенции с целью (1) расширения доступа к лечению и ведению сопутствующих заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией; (2) облегчения процесса перехода от педиатрии к медицинским услугам для взрослых; и (3) расширения использования методов вторичной профилактики⁴⁷.

Ключевое исследование глобальных финансовых вопросов с точки зрения профилактики ВИЧ-инфекции – в том числе в контексте снижения вреда – среди подростков было проведено Стовером и соавторами⁴⁸. В своей статье по вопросам **«влияния и объема инвестиций в программы по борьбе с ВИЧ/СПИД среди подростков»**, которая была опубликована в 2014 году, авторы отмечают, что расширение инвестиций и услуг в соответствии с рамочной программой ЮНЭЙДС по инвестированию в программы борьбы с ВИЧ-инфекцией «может предотвратить 2 миллиона новых случаев ВИЧ-инфекции среди подростков к 2020 году». Кроме того, в публикации говорится о том, что «выполнение рамочной программы по инвестициям потребует на 45% расширить годовые расходы, которые к 2014 году должны составить около 5,5 млрд. долларов США» и что «после 2014 года потребности в ресурсах несколько уменьшатся благодаря сокращению числа новых случаев инфицирования».

Терапевтические подходы к оказанию помощи подросткам, употребляющим наркотики

На протяжении многих лет в литературе обсуждается ряд терапевтических подходов, хотя в первую очередь они ориентированы на полный отказ от наркотиков. В последние годы в качестве одного из возможных подходов к снижению вреда, которому подвергаются подростки и взрослые потребители наркотиков, обсуждается **«мотивационное интервьюирование» (МИ)**. Это связано с тем, что считается, что данный метод является эффективным в работе с людьми, которые курят и/или употребляют алкогольные напитки. Результаты кластерного рандомизированного исследования «разового мотивационного интервьюирования в сокращении потребления наркотиков и изменении представлений о вреде и рисках, связанных с наркотиками, среди молодых людей» позволяют сделать вывод о наличии «существенных доказательств наличия не связанных с лечением выгод для молодых людей, употребляющих нелегальные наркотики, от участия в мотивационном интервьюировании⁴⁹». **Вместе с тем, по данным другого исследования в отношении МИ, проведенного среди молодых потребителей экстази и кокаина, результаты которого были опубликованы Марсденом и соавторами в 2006 году, МИ оказалось «не более эффективным в стимулировании поведенческих изменений, чем просто предоставление информации⁵⁰».** Оба исследования касались «молодых людей» в возрасте, соответственно, 16-20 лет и 16-22 лет. Таким образом, вопрос о целесообразности применения МИ в работе с подростками, употребляющими наркотики, с целью сокращения негативных последствий употребления наркотиков, остается открытым.

Интересный инструмент был предложен Фишером, который провел анализ использования когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), развития психопознавательных способностей и навыков межличностных отношений, управления негативными эмоциями и групповой работы, а также анализ этических вопросов, которые могут возникать в процессе практической работы. По мнению автора, книга может быть полезным ресурсом для психотерапевтов, психологов-консультантов и практикующих врачей при работе с подростками, которые, по мнению Фишера, сталкиваются с агрессией и насилием на трех этапах: в процессе получения наркотиков, их употребления, а также в процессе отказа от наркотиков. В частности, **в разделе 6 приведены «методы снижения вреда для лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, среди подростков»**, а в других разделах рассматриваются этические вопросы, а также вопросы оценки злоупотребления наркотическими веществами, управления негативными эмоциями и вопросы соответствия требованиям⁵¹. Однако, повторим еще раз, что Фишер говорит о группе «подростков», которая не в полной мере соответствует понятию детей и молодых людей, употребляющих наркотики (в возрастной группе 10-18 лет), а, соответственно, вопрос целесообразности использования таких инструментов остается открытым.

Очевидна потребность в срочном проведении исследования соответствующей возрастной группы подростков, употребляющих наркотики (в возрасте 10-18 лет) в контексте сокращения рисков и негативных последствий, связанных с употреблением наркотиков.

Роль семьи в жизни подростков, употребляющих наркотики

В обеспечении комплексного и интегрированного подхода к снижению вреда среди подростков, употребляющих наркотики, важная роль принадлежит членам семьи подростков и лицам, осуществляющим уход за ними, хотя в литературе в значительно большей степени рассматривается роль семьи в профилактике наркотической зависимости. В целом, данный аспект рассматривается с двух точек зрения: во-первых, семья рассматривается как потенциальный инструмент профилактики употребления наркотиков среди подростков; во-вторых, рассматривается, каким образом семья может помочь молодому потребителю наркотиков начать лечение наркотической зависимости.

Практически нет публикаций, посвященных определению роли семьи с точки зрения снижения вреда среди подростков, употребляющих наркотики. В 1980-х и 1990-х годах в США было опубликовано множество статей в отношении роли семьи в терапевтических подходах к оказанию молодым людям помощи в полном отказе от употребления наркотиков. Такие статьи не рассматривались в настоящем обзоре. Поскольку о роли семьи не часто говорят в контексте снижения вреда среди подростков, употребляющих наркотики, данный фактор рассматривают как один из многих компонентов, способных помочь подросткам, употребляющим наркотики, уменьшить негативные последствия, связанные с их образом жизни в целом, что касается не только типа, количества, частоты и способа употребления наркотиков.

Что касается роли семьи в контексте причин и способов профилактики употребления наркотиков среди молодых людей более старшего возраста, употребляющих наркотики (в рамках рассматриваемой нами возрастной группы), следует особо отметить книгу под редакцией Шайера и

Хансена, опубликованную в 2014 году, поскольку в ней отдельно выделяются методы родительского воспитания, признанные наиболее перспективными с точки зрения сокращения или профилактики употребления наркотиков среди подростков⁵². Некоторые разделы упомянутой книги могут быть полезны в построении или восстановлении отношений между подростками, употребляющими наркотики, и их близкими родственниками, особенно родителями, с целью снижения вреда, а не обязательно с целью полного отказа от употребления наркотиков. В данном контексте особый интерес может представлять глава под редакцией Уиллса, Карпентера и Гиббонса на тему «поддержка со стороны родителей и ровесников: анализ отношения к употреблению подростками наркотиков». Ряд публикаций также посвящены потенциальной роли «комплексной семейной терапии». Вместе с тем, вопросы в отношении экономической целесообразности такого подхода в сравнении с другими терапевтическими методами остаются открытыми⁵³.

В литературе многократно упоминается необходимость проведения более «глубоких исследований» в данной области. В частности, все еще мало публикаций посвящены роли семьи в снижении вреда среди подростков, употребляющих наркотики.

Девочки и девушки, употребляющие наркотики

Очень мало публикаций посвящено вопросу снижения вреда среди девочек и девушек, употребляющих наркотики. В большинстве подобных материалов рассматриваются мальчики и молодые люди, при этом подразумевается, что услуги для лиц мужского пола также подходят и для удовлетворения специфических потребностей лиц женского пола из той же возрастной группы. Однако такое представление не соответствует действительности. Материалы непосредственно для девушек в основном касаются рассмотрения вопросов подростковой беременности и материнства в контексте употребления наркотиков. В статье Мартина говорится о том, что молодые матери и беременные девушки часто находятся в «переходном процессе формирования персональной и социальной идентичности» от употребления наркотиков к формированию связей с внешним миром без употребления наркотиков, что связано, в частности, с их изоляцией и стигматизацией, и что при разработке услуг для молодых женщин и девушек следует принимать эти факторы во внимание, чтобы обеспечить эффективность соответствующих услуг⁵⁴.

Основываясь на обзоре литературы, можно сделать вывод, что при планировании и предоставлении услуг снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики, следует учитывать следующие **ключевые вопросы**:

1. факторы, влияющие на начало употребления наркотиков подростками (см. Раздел 4 и Приложение D);
2. вопросы идентификации подростков из групп риска и групп повышенного риска, особенно девочек и девушек, молодых MSM и ТГ;
3. подходы, которые бы мотивировали подростков, употребляющих наркотики, получать доступ к услугам, а также обеспечивали бы их удержание в программах и приверженность медицинским и/или клиническим интервенциям, с учетом особых потребностей девочек и девушек, трансгендеров и других подростков, употребляющих наркотики;

4. интервенции, ориентированные на подростков, а не на взрослых: медицинские программы, включая первичную медико-санитарную помощь; методы клинической работы, которые могут быть использованы, включая КПТ, развитие психопознавательных способностей и навыков межличностных отношений, управление негативными эмоциями, а также индивидуальную, семейную терапию и группы поддержки;
5. препятствия законодательного и нормативного характера, которые могут возникнуть в процессе предоставления услуг подросткам, употребляющим наркотики, а также положения Конвенции о правах ребенка, включая такие вопросы, как несоблюдение конфиденциальности и необходимость получения согласия родителей, неопределенность законодательных требований, включая обязательное информирование/регистрацию в соответствующих учреждениях, а также организация предоставления услуг людьми старшего возраста, не учитывающими потребности подростков, употребляющих наркотики; предоставление услуг подросткам, употребляющим наркотики, находящимся в конфликте с законом, и их отношения с системой уголовного правосудия;
6. вопросы мониторинга, оценки и надзора за реализацией программ и данные исследований в отношении подростков, употребляющих наркотики;
7. этические вопросы относительно того, насколько целесообразнее применять подход снижения вреда к подросткам, употребляющим наркотики, вместо подхода, основанного на полном отказе от наркотиков; в литературе обсуждение этого вопроса чаще происходит завуалировано, а не открыто;
8. информирование детей из групп повышенного риска и молодежи в школах и других учебных заведениях о возможностях снижения вреда вместо сокращения спроса и профилактики употребления наркотиков;
9. включение интервенций, направленных на профилактику, диагностику и лечение ВГС, в программы и услуги по снижению вреда для подростков, употребляющих наркотики, включая «комплексную профилактику» ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов;
10. интеграция услуг и координация усилий между государственными учреждениями и НПО, медицинскими и социально-психологическими подходами, профилактикой и лечением, а также заботой о физическом и психическом здоровье.

5. Анализ данных об имеющихся услугах снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики

Была проделана большая работа с целью выявления специальных услуг снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики, в мире, однако было обнаружено немного таких услуг. Краткую информацию о 32 организациях в разных странах мира, предоставляющих специальные услуги подросткам, употребляющим наркотики, в возрасте 10-18 лет, можно найти в Приложении С. В Таблице 1 ниже предлагается перечень организаций, которые нам удалось обнаружить.

Практически во всех случаях такие услуги предлагают НПО, оказывающие услуги в связи с наркотической зависимостью взрослым и/или молодым людям в возрасте в среднем 15-24 лет, **которым стало известно о растущих потребностях в услугах среди клиентов младшей возрастной группы (как правило, 10-18 лет)**. Даже в этом случае часто отсутствует четкая информация об интервенциях, направленных на работу с подростками, употребляющими наркотики, при этом сложно удостовериться в том, предлагают ли такие организации услуги снижения вреда или же только проводят информационную работу и оказывают услуги переадресации.

По словам сотрудников различных НПО, которые оказывают услуги снижения вреда подросткам в возрасте 10-18 лет, употребляющим наркотики, или предпринимали попытки оказания таких услуг, **основным препятствием является загруженность персонала и нехватка соответствующих навыков, которые необходимы для предоставления услуг, ориентированных на детей, наряду с услугами для подростков и/или взрослых**. Это, в свою очередь, требует увеличения финансирования. Помимо этого, возникают этические и правовые вопросы работы с лицами, не достигшими возраста согласия, у которых при этом может не быть родителей или опекунов, или же может не быть возможности получить согласие от упомянутых лиц.

Кроме того, существует отдельная категория НПО, которые предоставляют различные услуги, направленные на профилактику употребления наркотиков, в том числе в школах, но при этом не оказывают услуг снижения вреда как таковых.

Было обнаружено всего четыре публикации, в которых рассматривается вопрос оценки численности группы подростков, употребляющих наркотики. Глобальный обзор и анализ данных на эту тему представлен в презентации Виддус (ЮНИСЕФ) 2009 года⁵⁵. Таким образом, данные и выводы, содержащиеся в данной публикации, несколько устарели. Национальные данные по Украине представлены в публикации 2011 года под редакцией Балакиревой, в которой рассматриваются подростки из групп риска в возрасте 10-19 лет⁵⁶. Более новые обобщенные данные по подросткам, употребляющим наркотики, представлены в Разделе 3.2 работы Флетчера и Крага «The Global State of Harm Reduction: Towards an Integrated Approach», которая была опубликована в 2012 году организацией Harm Reduction International⁵⁷. Как в отчете Барретта, Ханта и Стоическу, который вышел в декабре 2013 года и содержал данные по подросткам, употребляющим наркотики, в

возрасте до 18 лет, так и в обзоре Флетчера и Крага авторы пришли к аналогичным выводам о том, что:

«Отсутствует глобальная оценка численности группы людей, употребляющих инъекционные наркотики, в возрасте до 18 лет. Нам мало известно о том, какова роль употребления инъекционных наркотиков подростками в возрасте до 18 лет в распространении эпидемии ВИЧ-инфекции. Национальные оценки численности данной группы встречаются крайне редко, а возрастная классификация в рамках эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией некорректна»⁵⁸.

Ключевые ограничения, связанные с данными:

- недостаточное представительство лиц в возрасте до 18 лет в биоповеденческих исследованиях по вопросам ВИЧ-инфекции;
- отсутствие надлежащей разбивки данных на национальном уровне (по многим вопросам);
- отсутствие последовательных рекомендаций в отношении возрастной разбивки данных в контексте международных процессов сбора данных⁵⁹.

«Белые пятна» в имеющихся данных приводят к невозможности разработки бюджетов для распределения ограниченных ресурсов⁶⁰. Исходя из имеющихся данных, Баррет и соавторы делают следующие выводы:

- В различных регионах фиксируется ранний возраст начала употребления инъекционных наркотиков.
- Наблюдаются существенные различия между странами и в пределах отдельных стран с точки зрения употребления инъекционных наркотиков в возрасте до 18 лет, возраста начала их употребления, видов употребляемых наркотиков и способов обеспечения доступа к услугам.
- В некоторых странах существенную часть людей, употребляющих инъекционные наркотики, составляют подростки, и это особенно касается стран Восточной Европы и Азии.
- Имеются существенные различия между подростками и людьми старшего возраста, употребляющими инъекционные наркотики, в том числе с точки зрения рискованных моделей поведения, таких как более активное совместное использование шприцев, что имеет важное значение как со стратегической, так и с практической точки зрения.
- Подростки, употребляющие наркотики, имеют сложные потребности, выходящие за рамки употребления наркотиков, при этом важнейшую роль играют социальный и экономический контекст, а также инфраструктура здравоохранения и социального обеспечения. Повышенному риску подвержены отдельные группы подростков, особенно те, кто живет и/или работает на улице⁶¹.

№ п/п	Страна	Город	Название организац ии	Ключевые интервенции
-------	--------	-------	-----------------------	----------------------

№ п/п	Страна	Город	Название организации	Ключевые интервенции
1	Камбоджа	Пномпень; Сием-Рип	Kaliyan Mith	Аутрич, дроп-ин центры, неформальное образование и повторная интеграция в школах, профессиональное обучение.
2	Камбоджа	Пномпень	Korsang	ПОШ; поддержка клиентов ЗПТ; аутрич, дроп-ин центры, неформальное образование.
3	Камбоджа	Пномпень	Mith Samlanh	ПОШ; поддержка клиентов ЗПТ; детоксикация; обучение на улицах и в сообществах; реабилитация.
4	Камбоджа	Сиануквил	M'Lop Tarang	Профилактика, снижение вреда и предотвращение срывов.
5	Канада	Торонто	TRIP!	Базовое консультирование, кризисные вмешательства, оказание неотложной помощи потребителям наркотиков, искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.
6	Китай	Куньмин	уточняется	Расширение доступа к услугам снижения вреда среди молодых ПИН и лиц, которые рискуют начать употреблять инъекционные наркотики.
7	Дания	Копенгаген	Fontana / Club24U	Социально-культурные услуги для наркозависимых людей и их родственников.
8	Индонезия	Банда-Ачех	Friends International	Аутрич; правовая помощь: обеспечение постоянного доступа семей к государственным услугам; образование: повторная интеграция и помощь в удержании в учебных заведениях; профессиональное обучение; трудоустройство.
9	Индонезия	Джакарта	Teman Baik	Аутрич; правовая помощь: обеспечение постоянного доступа семей к

№ п/п	Страна	Город	Название организации	Ключевые интервенции
				государственным услугам; образование: повторная интеграция и помощь в удержании в учебных заведениях; профессиональное обучение; трудоустройство.
10	Италия	Боттичелла, возле Новафельт-ри	San Patrignano	Терапевтическая программа; обучение и реабилитация; отсутствие фармацевтического лечения зависимости; психотерапия и психиатрические приемы применяются, если в этом есть необходимость в точки зрения решения конкретных индивидуальных проблем.
11	Лаосская НДР	Вьентьян	Dongkoi Children's Development Center	Привлечение около 10 учителей и волонтеров для проведения внеклассных мероприятий среди 200 детей из групп риска с точки зрения употребления наркотиков, нелегальной миграции и других моделей рискованного поведения.
12	Лаосская НДР	Вьентьян	Peuan Mit	Аутрич; дроп-ин центр; образование и профессиональное обучение; создание источников доходов; восстановление семейных связей.
13	Ливан	уточняется	Safer Interventions and Broader Acceptance (S.I.B.A.)	Формирование навыков более безопасного поведения и принятия молодых людей, употребляющих наркотики.
14	Ливан	Бейрут	Skoun	Услуги профилактики и лечения.

№ п/п	Страна	Город	Название организации	Ключевые интервенции
15	Мексика	Мехико	Espolea	Снижение рисков и угроз – это философия, которая позволяет нам создать условия для формирования нейтрального отношения к наркотикам, а также определять способы снижения негативного влияния наркотиков на отдельных лиц и сообщества.
16	Непал	8 центров в долине Катманду, 1 – в Бутвале и 17 региональных центров	Child Protection Centres and Services (CPCS)	Профилактика; снижение рисков; социальная реабилитация.
17	Непал	Катманду	Youth Vision	Расширение доступа к услугам снижения вреда для молодых ПИН и лиц, относящихся к группам риска с точки зрения перехода к инъекционному употреблению наркотиков.
18	Нигерия	уточняется	Civil Society on Health & Right of Vulnerable Women and Girls in Nigeria (CISHRWIN)	Подробная информация пока отсутствует.
19	Россия	Москва	Samusocial Moscow	Программа неотложной и социальной помощи для бездомных.
20	Россия	Москва	Doctors Without Borders	Подробная информация пока отсутствует; см. ссылку: https://streetchildrennews.wordpress.com/20

№ п/п	Страна	Город	Название организации	Ключевые интервенции
			(MSF)	07/02/19/life-on-the-streets/
21	Таиланд	Бангкок; Араньяпратет	Peuan	Аутрич; образование и профессиональное обучение; создание источников доходов.
22	Таиланд	Бангкок	уточняется	Расширение доступа к услугам снижения вреда для молодых ПИН и лиц, относящихся к группам риска с точки зрения перехода к инъекционному употреблению наркотиков.
23	Великобритания	Ковентри; Уорикшир; Энфилд; Милтон-Кинс; Северный Йоркшир	Compass	Работа направлена на как можно скорейший отказ от злоупотребления наркотиками и/или алкоголем, в то же время принимая во внимание, что большое число людей может быть недостаточно мотивировано или может быть не в состоянии отказаться от таких веществ.
24	Великобритания	различные города	Catch22	Досуг и реабилитация, чтобы разорвать порочный круг привычного поведения; профессиональное обучение и помощь в трудоустройстве; альтернативное обучение детей и молодых людей в возрасте от 4 до 18 лет; специализированные услуги для детей, молодых людей и их семей с дополнительными или комплексными потребностями.
25	Великобритания	Уэстлотлан, Шотландия	West Lothian Drug & Alcohol Service (WLDAS)	Консультирование, поддержка и образовательные программы; аутрич-услуги; информационная работа.

№ п/п	Страна	Город	Название организации	Ключевые интервенции
26	Великобритания	Уоррингтон	The young person's drug and alcohol team (formerly Phaze)	Помощь специалистов и оказание индивидуальных услуг; информация о том, как минимизировать риски; как можно более быстрое и безопасное прохождение клиентами всего цикла услуг, от лечения до восстановления и повторной интеграции в общество.
27	Великобритания	Центры в Уокинге, Кемберли, Редхилле, Уолтоне и Гилфорде, Суррей	Catalyst	Ограниченное предложение индивидуальных консультаций и регулярной групповой поддержки; консультирование; помощь в обучении/трудоустройстве; психическое здоровье; медицинские услуги; посещение на дому; правовая помощь; ПОШ.
28	Великобритания	Национальная франшиза	Triangle Consulting Social Enterprise Limited	По лицензии: физическое здоровье; место жительства; безопасное поведение; отношения; чувства и поведение; друзья; формирование уверенности в себе; обучение и развитие.
29	Великобритания	Суиндон	U-turn	Охватывает вопросы употребления всех нелегальных веществ, растворителей и рецептурных препаратов, но не охватывает курение табака.
30	Великобритания	Донкастер	Better Deal (Doncaster Young Person's Service for drugs & alcohol)	Консультации; информационная работа; поддержка; индивидуальное консультирование и снижение вреда для подростков в возрасте до 19 лет.
31	Вьетнам	Хошимин; Ханой	Fontana	Медицинский центр: детоксикация и стабилизация; центр ассимиляции: профилактика срывов и работа по

№ п/п	Страна	Город	Название организации	Ключевые интервенции
				обучению, реабилитации и повторной социализации; 12-шаговая программа; работа с женщинами, пострадавшими от домашнего насилия и безнадзорными детьми.
32	Аравия, Колумбия, Германия, Латвия, Литва, Швеция, Великобритания, США	-	Mentor International	Расширение прав и возможностей молодежи с целью профилактики употребления наркотиков; работа с различными целевыми группами и определение направлений деятельности и поддержки, подходящих для каждой из них.

Таблица 1: Организации, предоставляющие услуги для подростков, употребляющих наркотики, в возрасте 10-18 лет.

6. Анализ международного опыта профилактики перехода подростков от неинъекционного к инъекционному употреблению наркотиков

Был проведен обзор 76 документов, в которых рассматривались вопросы профилактики перехода от неинъекционного к инъекционному употреблению наркотиков. В значительной части публикаций анализировалось в основном начало употребления наркотиков молодыми людьми. В 90% случаев «молодыми людьми» в литературе считаются лица в возрасте приблизительно с 15-16 лет до 25 лет, а иногда даже до 30 лет. Кроме того, во многих научных публикациях пристрастие «молодых людей» в странах Северной Америки к употреблению алкоголя, курению табака и/или марихуаны рассматривается в качестве фактора, который в дальнейшем приводит к употреблению более вредных нелегальных наркотиков.

В целом, вопросы, рассматриваемые в литературе, можно разделить на следующие группы:

1. курение сигарет, употребление алкоголя и марихуаны как факторы, приводящие к употреблению более вредных нелегальных наркотиков «молодыми людьми»;
2. подходы к предупреждению начала употребления наркотических веществ среди «молодых людей» (а не обязательно подростков, употребляющих наркотики);
3. факторы перехода от неинъекционного к инъекционному употреблению наркотиков;
4. способы стимулирования молодых людей, практикующих инъекционное употребление наркотиков, к переходу на неинъекционное употребление наркотиков.

Имеется всего один документ, в котором рассматривается непосредственно возрастная группа 10-18 лет в контексте вопросов, связанных с возможными причинами перехода подростков от неинъекционного к инъекционному употреблению наркотиков, и потенциальными способами предупреждения такого перехода, а также других вопросов, связанных с подростками, употребляющими наркотики. Речь идет о проекте публикации по вопросам ВИЧ-инфекции и молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики – техническом руководстве, разработанном межучрежденческой рабочей группой по проблемам уязвимых групп и опубликованном ЮНЭЙДС в июле 2014 года⁶².

Курение сигарет, употребление алкоголя и марихуаны как факторы, приводящие к употреблению более вредных нелегальных наркотиков «молодыми людьми»

Типичным примером исследований по данной теме, который, однако, касается более старшей подгруппы подростков, употребляющих наркотики, является работа Ямагучи и Кендела, которые в 1984 году опубликовали статью⁶³ по вопросам начала и динамики употребления нелегальных наркотиков, с целью чего был проведен опрос среди школьников 10-х и 11-х классов (в возрасте около 15-16 лет) в штате Нью-Йорк (США), которые через девять лет повторно приняли участие в контрольном опросе (в возрасте 24-25 лет). Было обнаружено, что:

1. Курение марихуаны (конопли) друзьями в подростковом возрасте является важным фактором, который способствует началу употребления марихуаны.

2. Опыт употребления марихуаны – обязательное условие для перехода к другим нелегальным наркотикам.
3. На переход к употреблению рецептурных препаратов влияют многочисленные факторы, при этом симптомы депрессии в подростковом возрасте и употребление других нелегальных наркотиков имеют важное значение для представителей обоих полов, а для девушек дополнительными определяющими факторами являются употребление психоактивных веществ по линии матери, исключение из школы и опыт употребления марихуаны.
4. Хотя употребление легальных наркотиков влияет на начало употребления марихуаны независимо от возраста, особенно в случае перехода от марихуаны к другим нелегальным наркотикам, опыт предыдущего употребления влияет на переход к употреблению более тяжелых наркотических веществ.

Опираясь на данные по той же когорте, Кендел и Логан указывают на то, что период основного риска начала курения сигарет, употребления алкоголя и марихуаны в большинстве случаев завершается к 20 годам, а перехода к нелегальным наркотикам, помимо кокаина – к 21 году. Они отмечают, что «начало употребления рецептурных психоактивных веществ происходит в более позднем возрасте, чем легальных и нелегальных наркотиков». Кроме того, авторы пишут о том, что употребление марихуаны и алкоголя наиболее заметно сокращается в возрасте 20-21 года, и что в целом модели употребления схожи для мужчин и женщин, однако мужчины чаще, чем женщины, начинают употреблять все наркотики, помимо рецептурных психоактивных веществ⁶⁴.

Подходы к предупреждению начала употребления наркотических веществ среди «молодых людей»

Во многих статьях делаются попытки предложить рекомендации в отношении того, с какими представителями подростков из «групп риска» следует проводить работу и каким образом ее следует проводить. Например, в ходе исследования, проведенного Гинзлером и соавторами, среди 375 представителей уличной молодежи в возрасте с 13 лет до 21 года в 1994-1999 годах в Сиэтле (США), было обнаружено, что «среди уличной молодежи могут быть распространены модели употребления наркотиков, отличные от моделей, характерных для обычных групп, и что интервенции, ориентированные на молодых людей, злоупотребляющих наркотическими веществами, должны опираться на более широкий контекст, а не только на опыт употребления таких веществ⁶⁵». В публикации Фуллера и соавторов, опубликованной в 2002 году по результатам исследования среди когорты 270 людей в возрасте 15-30 лет в Балтиморе (США), говорится о том, что лица, недавно употребляющие инъекционные наркотики, подвергаются высокому риску инфицирования ВИЧ и гепатитами, и при этом их сложно охватить профилактическими программами⁶⁶.

В ходе другого исследования Фуллера и соавторов, проведенного в той же когорте в Балтиморе, был сделан вывод о том, что:

«прослеживается связь между краткосрочным употреблением неинъекционных наркотиков, в частности курением крэка, с началом употребления инъекционных наркотиков в подростковом возрасте. Требуется проведение ранней профилактики среди младших потребителей наркотиков, входящих в группу риска, для того, чтобы отложить или предупредить начало инъекционного употребления наркотиков⁶⁷».

В публикации 2005 года Фуллер и соавторы также говорят о том, что «делая выводы о возрасте начала употребления инъекционных наркотиков и соответствующего рискованного поведения следует рассмотреть вопросы расовой сегрегации и уровня образования в соответствующих районах⁶⁸».

По данным исследования, проведенного в 2003 году Роем и соавторами среди 415 лиц, никогда не употреблявших инъекционные наркотики, в Северной Америке (средний возраст которых на момент начала исследования составлял 19,5 лет), показатель частоты начала употребления инъекционных наркотиков составил 8,2 на 100 человеко-лет. Авторы пришли к выводу, что «прогностические факторы для начала [употребления инъекционных наркотиков]» включали:

- недавний опыт отсутствия постоянного места жительства;
- возраст до 18 лет;
- наличие татуировок;
- недавний опыт употребления галлюциногенов, героина и кокаина/крэка/свободного основания;
- наличие друзей, употребляющих инъекционные наркотики; и
- опыт столкновения с внесемейным сексуальным насилием.

Авторы пришли к выводу, что употребление инъекционных наркотиков широко распространено среди уличной молодежи, но при этом можно проводить работу, направленную на предупреждение начала употребления инъекционных наркотиков⁶⁹.

В 2010 году Референтной группой ООН были опубликованы следующие рекомендации в отношении начала инъекционного употребления наркотиков⁷⁰:

- Научно обоснованные интервенции с целью сократить инициирование употребления инъекционных наркотиков и смягчить сопутствующие негативные последствия должны быть дополнительно проанализированы и включены в комплексные меры по борьбе с ВИЧ-инфекцией, наряду с интервенциями, направленными на поощрение перехода от инъекционного к неинъекционному употреблению наркотиков и содействие такому переходу.
- В ходе разработки политики и нормативной базы следует учитывать потенциальное влияние на показатели перехода к инъекционному употреблению наркотиков и сопутствующий вред.
- Необходимо проводить мониторинг изменений в торговле наркотиками, типах наркотиков и доступе к ним, которые могут повлиять на частоту и распространенность инъекционного употребления наркотиков, а также обеспечить наличие услуг и их достаточный объем для удовлетворения соответствующих потребностей.

- Существует потребность в проведении дополнительных исследований для того, чтобы лучше понять факторы, влияющие на распространение инъекционного употребления наркотиков в странах, в которых инъекционные наркотики только появляются.
- Следует прилагать усилия, направленные на выявление лиц, которые с высокой вероятностью могут начать употреблять инъекционные наркотики, и стараться охватить таких лиц соответствующими интервенциями.
- Необходимо внедрять интервенции по методу «равный-равному» с целью недопущения инициирования инъекционного употребления наркотиков.
- Следует обеспечить доступность инструментария для неинъекционного употребления наркотиков.
- Доступ к лечению наркотической зависимости не должен предоставляться исключительно потребителям инъекционных наркотиков – такое лечение должно быть доступно потребителям как инъекционных, так и неинъекционных наркотиков.
- Услуги снижения вреда должны быть доступны лицам, которые недавно начали употреблять инъекционные наркотики, посредством реализации различных стратегий, включая аутрич-программы и предоставление низкопороговых услуг.

Факторы, влияющие на переход от неинъекционного к инъекционному употреблению наркотиков

Первой обнаруженной публикацией, в которой речь шла об инициировании употребления инъекционных наркотиков, стала статья Стенбаки 1990 года. Из 156 ПИН в Стокгольме (Швеция), 78% мужчин впервые предложил попробовать нелегальные наркотики другой мужчина, и только 14% – женщина. Что касается женщин, 74% из них впервые предложил попробовать наркотики мужчина, и только 21% – женщина. В статье говорится о том, что «большинству и мужчин (62%), и женщин (51%) предложил попробовать наркотики близкий друг. В большинстве случаев опрошенные лица впервые пробовали наркотики в безопасных условиях – дома либо у новичка, либо у друга, либо у того, кто предлагал попробовать наркотики⁷¹».

В ходе исследования, проведенного в 1992 году Де Жарле и соавторами, в рамках которого 83 человека, которые «нюхали» героин, были направлены на четыре социальных занятия в рамках программы профилактики СПИДа и инъекционного употребления наркотиков или же включены в контрольную группу, было обнаружено, что через почти 9 месяцев «24% из исследуемых заявили о том, что практикуют инъекционное употребление нелегальных наркотиков». Факторы, влияющие на переход к инъекционному употреблению героина, включали отнесение к контрольной группе, интенсивность употребления неинъекционных наркотиков, предыдущий опыт инъекционного употребления и **наличие близких личных отношений с активными потребителями внутривенных наркотиков⁷²**.

Еще одно исследование Стенбаки и соавторов, опубликованное в 1993 году, касалось 23 482 мужчин в возрасте 18-20 лет, которые были призваны на военную службу в Швеции в 1969-1970

годах. Было обнаружено, что хотя многие призывники пробовали коноплю, небольшое их число переходило к употреблению инъекционных наркотиков, при этом для них чаще всего был характерен плохой контроль над эмоциональным состоянием, социальная дезадаптация и раннее начало употребления наркотиков. Соответственно, Стенбака и соавторы делают вывод о том, что **«социальная дезадаптация» является причиной употребления нелегальных наркотиков, а употребление конопли является ступенькой на пути к тяжелым наркотикам**⁷³.

Крофтс и соавторы в 1996 году проанализировали начало употребления инъекционных наркотиков молодыми людьми в Австралии и обнаружили, что

«одной из основных причин того, что молодые люди начинают употреблять наркотики внутривенно, является более сильное действие наркотика при таком способе его употребления, благодаря чему инъекции обеспечивают большую экономию наркотика⁷⁴».

Они делают предположение о том, что на переход молодых людей от неинъекционного к инъекционному употреблению наркотиков влияет также ряд других факторов, в том числе:

- ситуационные факторы, такие как безработица, бедность и отсутствие постоянного места жительства;
- влияние окружения: **большинство людей, с которыми общается человек, который переходит к инъекционному употреблению наркотиков, являются потребителями наркотиков; было обнаружено, что потребители наркотиков, особенно инъекционных, общаются с другими членами сообщества, а не изолированы от них;**
- влияние отношений: в качестве инициаторов инъекционного употребления наркотиков могут выступать друзья, сексуальные партнеры, братья или сестры; роль сексуальных партнеров намного более значима для женщин, чем для мужчин;
- роль заключения в места лишения свободы, что приводит молодых людей к новым знакомствам, открывает для них новые модели поведения и отношения;
- принятое в обществе отношение к официальным органам и должностным лицам.

Одна из немногих публикаций, посвященных оценке мер, направленных на сокращение вовлечения в употребление наркотиков, вышла в 1998 году в Великобритании. Ее издали Хант и соавторы. В публикации рассказывалось о том, как непосредственно после проведения краткосрочной интервенции по сокращению вовлечения в инъекционное употребление наркотиков «отрицательное отношение ПИН к вовлечению потребителей неинъекционных наркотиков существенно увеличилось» и что «участники делали инъекции в присутствии меньшего количества лиц, не употребляющих инъекционные наркотики, на протяжении последующих 3 месяцев». Также имелись данные о том, что к участникам стали меньше обращаться с просьбами помочь начать употреблять инъекционные наркотики. Авторы приводят к следующему выводу:

«низкая стоимость такой интервенции и простота, с которой она может быть осуществлена, означают, что, включив подобные интервенции в работу с

потребителями наркотиков, можно сократить число людей, которые начинают употреблять инъекционные наркотики⁷⁵».

В той же самой когорте Стиллвелл и соавторы провели структурированный опрос с использованием самозаполняемых анкет. В их статье, опубликованной в 1999 году, они отмечают, что «86% участников выборки были вовлечены в инъекционное употребление наркотиков другими потребителями инъекционных наркотиков: 78% респондентов заявили о том, вовлекшее их лицо было их другом, партнером, братом или сестрой. Только 7% респондентов заявили о том, что их принуждали к инъекционному употреблению наркотиков. 70% респондентов отметили, что, когда они видели, как другие люди употребляют инъекционные наркотики, это существенным образом повлияло на их решение самим попробовать такой способ употребления, поскольку им становилось интересно. В свою очередь, 98% респондентов в последующем служили в качестве примера употребления инъекционных наркотиков для ПНИН, однако 59% заявили о том, что они не уверены в том, что их пример вызывал у кого-то желание попробовать инъекционные наркотики, или считали, что это маловероятно. Из этих респондентов 90% обсуждали употребление инъекционных наркотиков с ПНИН, а 77% употребляли инъекционные наркотики в присутствии ПНИН. Результаты исследования свидетельствуют о потребности в интервенциях, направленных на повышение осведомленности о социальном характере распространения инъекционного употребления наркотиков⁷⁶».

Хотя данная работа не охватывает группу подростков, употребляющих наркотики, в возрасте 10-18 лет, в кратком резюме «характеристик» «первых инъекций» по данным шести стран Юго-Восточной Европы, опубликованном в 2003 году, говорится о том, что:

- в большинстве случаев они происходят незапланировано;
- как правило, люди в первый раз употребляют наркотики инъекционным способом в присутствии других людей;
- женщинам часто их первую инъекцию делает сексуальный партнер;
- мужчинам чаще всего первую инъекцию делает кто-то из друзей;
- при появлении рвоты (в случае употребления опиоидов) она вскоре прекращается, при этом обезболивающий эффект наркотика в любом случае уменьшает неприятные ощущения, а окружающие часто информируют новичка о том, что такая реакция обычно является кратковременной;
- распространено совместное использование инструментария, поскольку лицам, недавно или нечасто употребляющим инъекционные наркотики, может быть сложнее получить доступ к стерильным инструментам, у них могут быть в меньшей степени налажены связи с медицинскими учреждениями и может не быть денег на покупку нового инструментария, если он не предоставляется бесплатно;
- молодым людям, впервые употребляющим наркотики, могут говорить, что инструменты «чистые», при этом они могут не знать о том, как проверить, соответствует ли это действительности;
- использование нового инструментария может рассматриваться как «плохая примета»⁷⁷.

В той же публикации приводится обзор факторов, связанных с началом употребления инъекционных наркотиков и переходом к их употреблению:

- Часто на протяжении своей жизни человек переходит от инъекционного к неинъекционному употреблению наркотиков, и обратно.
- Переход к инъекционному употреблению наркотиков – это, как правило, процесс, а не разовое событие.
- Модели и способы употребления наркотиков зависят от доступности наркотика, культурных, социальных, экономических факторов и действующей системы обеспечения правопорядка, при этом прослеживаются региональные (и внутри регионов) и культурные различия.
- В случае если принят тот или иной способ употребления наркотиков, новые наркотики с большой вероятностью начинают употребляться таким же способом (таким образом, существует риск инъекционного употребления стимуляторов амфетаминового ряда (САР), если в соответствующей группе принято употреблять героин инъекционным способом).
- Рыночные силы: если инъекционные наркотики дешевы и доступны, распространение инъекционного способа употребления более вероятно, как и в случае, когда доступные наркотики не подходят для курения/вдыхания (например, из-за низкого качества/силы действия или состава).
- Более яркие ощущения под «кайфом», которые часто отмечаются при употреблении инъекционных наркотиков.
- «Эффективность затрат».
- Любопытство может подталкивать некоторых людей к инъекционному употреблению наркотиков.
- В определенных группах могут возникать ритуалы, при этом «стимулом» для присоединения к таким ритуалам может быть желание стать членом соответствующей группы.
- Давление со стороны окружающих и/или копирование моделей поведения также могут служить соответствующим «стимулом».
- Активное общение с людьми, употребляющими наркотики внутривенно, может повышать вероятность перехода к инъекционному употреблению наркотиков (безотчетное копирование моделей поведения).
- Возможна идентификация себя с людьми, употребляющими наркотики инъекционным путем, которые могут восприниматься как «крутые» или «модные». Кроме того, молодой человек или девушка уже могут восприниматься как люди «с отклонениями от нормы» из-за своего темперамента, нарушения дисциплины и т.д.⁷⁸

Также вклад в споры о причинах перехода к инъекционному употреблению наркотиков среди молодежи внесла публикация УНП ООН 2004 года, хотя, опять же, она посвящена возрастной группе 15-24 лет. УНП ООН предлагает следующие факторы, которые могут влиять на переход к инъекционному употреблению наркотиков:

- **Больше удовольствия** (развитие привыкания): Более выраженный «кайф», сильное действие и быстрое начало действия наркотика.

- **Любопытство:** Инъекции наркотика дают новые ощущения, а люди, употребляющие наркотики, часто находятся в поиске чего-то нового и лучшего.
- **Финансовые соображения:** Инъекционное употребление более эффективно и обходится дешевле, чем другие способы употребления наркотиков, поскольку позволяет получить больше удовольствия от меньшей дозы.
- **Социальная среда:** Присутствие людей, употребляющих наркотики инъекционным способом, в группе ставит под риск их употребления остальных членов группы; важными причинами перехода к инъекционному употреблению наркотиков часто является давление со стороны окружения или принятые нормы поведения.
- **Доступность:** Возможность легко получить доступ к наркотику, в сравнении с другими веществами, и низкая цена также играют важную роль.
- **Личные причины:** Жизненные проблемы, такие как распад семьи, нервные расстройства, бедность и другие личные проблемы могут приводить к желанию интенсифицировать употребление наркотиков при помощи инъекций.
- **Видимость:** Употреблять наркотики инъекционным способом не так заметно и не так долго, как курить, и при этом не остается запаха⁷⁹.

Позднее Референтной группой ООН по вопросам ВИЧ-инфекции и инъекционного употребления наркотиков были выделены такие потенциальные факторы риска с точки зрения начала инъекционного употребления наркотиков⁸⁰:

- наркотическая зависимость;
- наличие друзей или сексуальные партнеры, употребляющих инъекционные наркотики;
- присутствие в местах употребления инъекционных наркотиков;
- участие в секс-работе;
- опыт сексуального насилия;
- опыт травм или насилия в детском или взрослом возрасте;
- отсутствие постоянного места жительства;
- безработица;
- низкий социально-экономический статус;
- пребывание в местах лишения свободы;
- нарушение дисциплины в молодом возрасте, включая прогулы занятий, побеги из дома и участие в криминальной деятельности;
- раннее прекращение школьных занятий;
- молодой возраст.

В статье, которую подготовили Харокопос и соавторы и которая посвящена «людям, недавно начавшим употреблять наркотики инъекционным способом» – при этом речь не обязательно идет о подростках, употребляющих наркотики – содержится вывод о том, что «инъекционное употребление наркотиков способно передаваться окружающим» и что «в профилактической деятельности следует искать инновационные способы работы с людьми, начинающими употреблять наркотики

инъекционным способом, представляя им реалистичную оценку долгосрочных последствий инъекционного употребления наркотиков». Как и во многих других исследованиях, в данной публикации была предложена рекомендация в отношении того, что «лица, реализующие интервенции, должны также проводить работу с активными потребителями инъекционных наркотиков, разрабатывая стратегии отказа в ответ на просьбы людей, не употребляющих инъекционные наркотики, помочь им начать употреблять наркотики внутривенно»⁸¹.

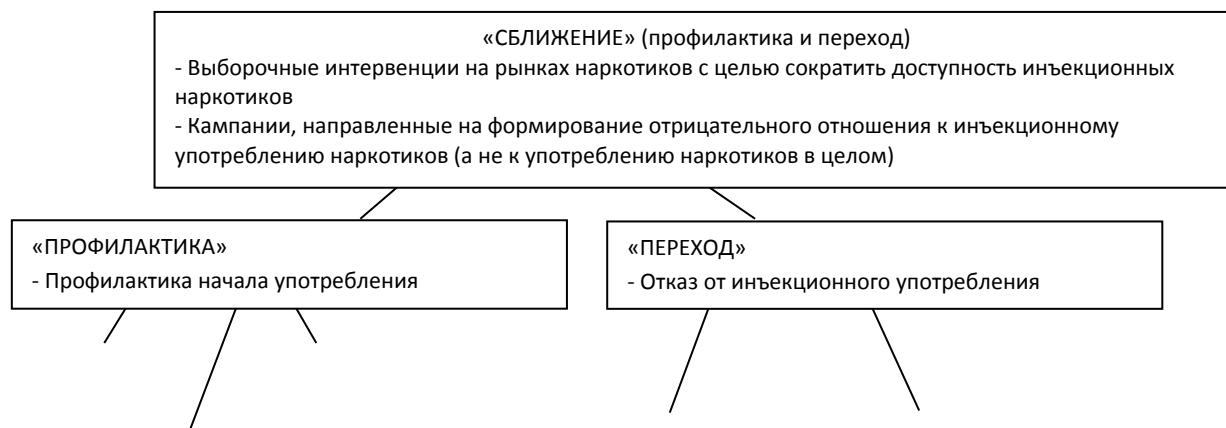
Как стимулировать молодых людей, практикующих инъекционное употребление наркотиков, переходить на их неинъекционное употребление

Для обозначения предупреждения замены способа употребления наркотиков с неинъекционного на инъекционный некоторые авторы также используют термины «переход» или «изменение способа употребления». В ходе обсуждения предлагалось использовать следующие подходы к реализации интервенций в данной сфере:

- a) профилактика начала инъекционного употребления наркотиков, т.е. недопущение начала инъекционного употребления среди подростков, употребляющих наркотики, прилагая усилия для того, чтобы им не хотелось попробовать инъекции⁸²; Хант и соавторы называют таких людей потребителями из «групп риска», которых необходимо выявлять и помогать им преодолеть склонность к инъекционному употреблению наркотиков⁸³;
- b) роль активных ПИН в качестве контроллеров и сокращение их влияния на инициирование инъекционного употребления наркотиков среди ПНИН⁸⁴;
- c) продвижение перехода к альтернативным способам употребления наркотиков (например, наркотики можно курить или нюхать).

«Обратный переход» – это переход от инъекционного к неинъекционному употреблению наркотиков⁸⁵; такие программы ориентированы на возврат ПИН к неинъекционным способам употребления наркотиков, которые они использовали или продолжают использовать.

На Рисунке 1 представлен обзор различных шагов, направленных на «сближение», на основании исследования Ханта и соавторов, включая как профилактику начала инъекционного употребления наркотиков (интервенции по замене способа употребления), так и переход от инъекционного к неинъекционному употреблению наркотиков (обратный переход)⁸⁶. Авторами предлагаются интервенции, которые могут помочь сократить инъекционное употребление наркотиков – а не совсем отказаться от него – и негативные последствия такого употребления.



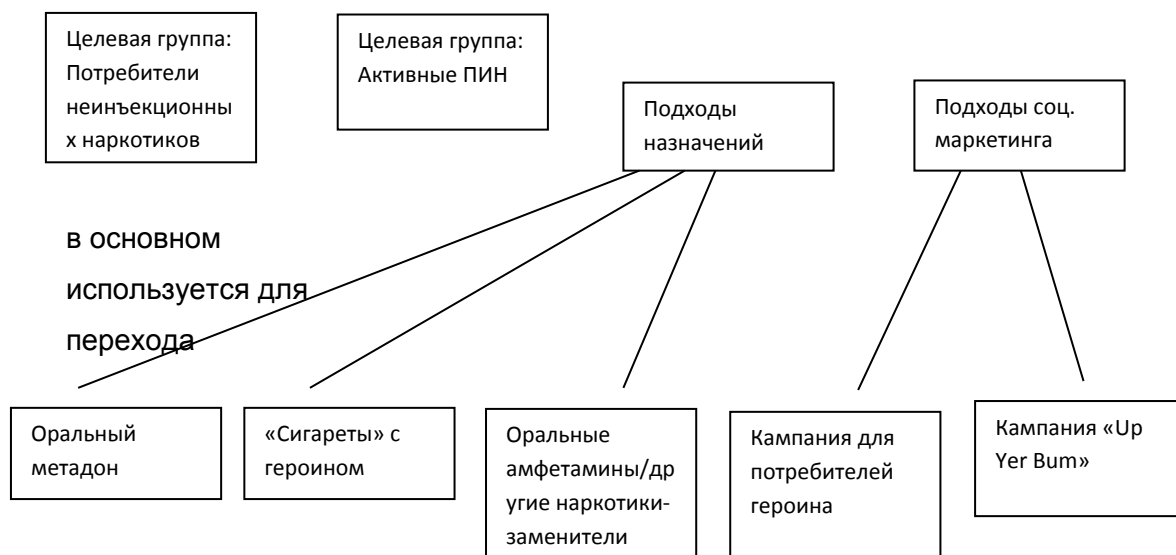


Рисунок 1: Схема интервенций, направленных на изменение способа употребления наркотиков.

Источник: Hunt N, Griffiths P, Southwell M, Stillwell G, Strang J. Preventing and curtailing injecting drug use: opportunities for developing and delivering 'route transition interventions'. Drug and Alcohol Review. 18, 4: (1999), p447, <http://www.neilhunt.org/pdf/1999-transitions-review-hunt-griffiths-stillwell-southwell-strang.pdf>, доступ к публикации по состоянию на 22 июня 2015 года.

В ходе исследования, проведенного в 2004 году в Болгарии, Македонии, Хорватии, Боснии и Герцеговине, было обнаружено, что «факторы, сопутствующие переходу к инъекционному употреблению наркотиков, названные респондентами, перекликались с факторами, характерными для других стран, а потому результаты исследования не отрицают возможности реализации любого типа интервенций, направленных на изменение способа употребления наркотиков, в каждой из четырех стран⁸⁷.

Более того, в ходе работы, которая проводилась в Узбекистане, Таджикистане и в районе Ферганской долины в Казахстане, были предприняты попытки моделирования опыта, полученного в Великобритании, в ходе работы с активными ПИН с целью убедить их не подталкивать окружающих к инъекционному употреблению наркотиков. В рамках программы «Разорви порочный круг» ПИН поощряют к принятию следующих форм поведения:

- не совершать инъекции в присутствии людей, не употребляющих инъекционные наркотики;
- не говорить только о положительных сторонах наркотиков, таких как кайф, в присутствии людей, не употребляющих наркотики или употребляющих только неинъекционные наркотики;
- не оказывать помощи в первом инъекционном употреблении наркотиков;
- развивать навыки отказа в просьбах научить окружающих делать инъекции наркотических веществ⁸⁸.

Выводы

Можно сделать вывод о том, что практически отсутствуют материалы, посвященные факторам, способствующим переходу подростков, употребляющих наркотики, в возрасте 10-18 лет к их инъекционному употреблению, и подходам к профилактике такого перехода. Исходя из опубликованных результатов исследований и резюме, можно сделать вывод о том, что **факторами, приводящими к началу** инъекционного употребления наркотиков среди молодых людей, употребляющих наркотики, старшей возрастной группы, могут выступать:

- интенсивность употребления неинъекционных наркотиков;
- опыт инъекционного употребления наркотиков;
- наличие близких личных отношений с активными потребителями внутривенных наркотиков⁸⁹;
- «социальная дезадаптация»;
- роль конопли в качестве первого шага к тяжелым наркотикам⁹⁰;
- более осязаемое действие наркотика при его инъекционном употреблении, что делает такой способ употребления более экономным;
- ситуационные факторы, такие как безработица, бедность и отсутствие постоянного места жительства;
- влияние окружения: большинство людей, с которыми общается человек, который переходит к инъекционному употреблению наркотиков, являются потребителями наркотиков; было обнаружено, что потребители наркотиков, особенно инъекционных, общаются с другими членами сообщества, а не изолированы от них; это явление также известно как «влияние социального окружения»;
- влияние отношений: в качестве инициаторов инъекционного употребления наркотиков могут выступать друзья, сексуальные партнеры, братья или сестры;
- роль заключения в места лишения свободы, что приводит молодых людей к новым знакомствам, открывает для них новые модели поведения и отношения;
- принятое в обществе отношение к официальным органам и должностным лицам⁹¹;
- краткосрочное употребление неинъекционных наркотиков, в особенности курение крэка, связано с началом инъекционного употребления наркотиков в подростковом возрасте⁹²;
- часто первый опыт инъекционного употребления наркотиков происходит в безопасных условиях – дома либо у новичка, либо у друга, либо у того, кто предлагает попробовать наркотики⁹³.

Анализ имеющихся публикаций свидетельствует о том, что на **профилактику начала инъекционного употребления наркотиков** среди старших подростков, употребляющих наркотики, могут оказывать влияние одна или несколько из описанных ниже интервенций:

- ❖ Поскольку модели инъекционного употребления наркотиков формируются еще в начале такого употребления, необходимо проводить с ПНИН информационную работу о вреде, связанном с небезопасным инъекционным употреблением наркотиков⁹⁴.
- ❖ Следует учитывать влияние социального окружения ПНИН.
- ❖ Следует оценивать и принимать во внимание индивидуальную предрасположенность клиентов⁹⁵.
- ❖ Могут проводиться краткосрочные интервенции, направленную на профилактику перехода ПНИН к инъекционному употреблению наркотиков⁹⁶.

- ❖ Существует потребность в интервенциях, направленных на повышение осведомленности о социальном характере распространения инъекционного употребления наркотиков⁹⁷.
- ❖ Следует продвигать альтернативные способы употребления наркотиков (например, наркотики можно курить или нюхать)⁹⁸.
- ❖ Не совершать инъекции в присутствии людей, не употребляющих инъекционные наркотики.
- ❖ Не говорить только о положительных сторонах наркотиков, таких как кайф, в присутствии людей, не употребляющих наркотики или употребляющих только неинъекционные наркотики.
- ❖ Не оказывать помощи в первом инъекционном употреблении наркотиков.
- ❖ Развивать навыки отказа в просьбах научить окружающих делать инъекции наркотических веществ.

Рекомендации

В целом, можно говорить о том, что исследования и обзоры, посвященные молодым людям старшей возрастной группы, могут использоваться для разработки (а) эффективных интервенций, направленных на выявление подростков, употребляющих наркотики, в возрасте 10-18 лет, входящих в группы риска; (б) интервенций, которые могли бы предотвратить переход от неинъекционного к инъекционному употреблению наркотиков среди подростков, употребляющих наркотики, в возрасте 10-18 лет.

а) Возможные интервенции для выявления подростков, употребляющих наркотики, в возрасте 10-18 лет, входящих в группы риска

Разработка инструмента оценки, в который были бы включены следующие вопросы:

1. Насколько активно вы в настоящее время принимаете неинъекционные наркотики (тип(ы) наркотиков, частота употребления, интенсивность употребления, способ употребления)?
2. Употребляете ли вы коноплю/марихуану? Как часто? Какое количество вы в среднем употребляете за один раз?
3. Употребляли ли вы инъекционные наркотики в прошлом?
4. Интересно ли вам попробовать инъекционные наркотики? Если да, почему?
5. Вам кто-нибудь когда-нибудь рассказывал об инъекционном употреблении наркотиков? Если да, кто и когда?
6. Есть ли у вас близкие личные отношения с людьми, активно употребляющими инъекционные наркотики?
7. Считаете ли вы, что живете в бедности?
8. Можно ли утверждать, что у вас нет постоянного места жительства?
9. У вас достаточно продуктов питания на каждый день? Вы плохо питаетесь?
10. Вы поддерживаете регулярный контакт с родителями/опекунами? Если да, как часто?
11. Ваши братья, сестры или другие родственники употребляют наркотики? Употребляет ли кто-то из них инъекционные наркотики?
12. Посещаете ли вы регулярно школу или другое учебное заведение?
13. Есть ли у вас работа? Если да, чем вы занимаетесь?
14. Общаетесь ли вы с группой сверстников, в которую входят ПИН?
15. С кого вы берете пример в компании(-ях) сверстников, употребляющих наркотики? Почему?
16. Имеются ли у вас близкие и/или сексуальные отношения с человеком, употребляющим инъекционные наркотики?
17. Находились ли вы когда-либо в местах лишения свободы, включая следственные изоляторы, тюрьмы и другие места принудительного содержания?
18. Легко ли вам общаться с представителями органов власти, правоохранительных органов, врачами, родителями и т.д.?

б) Интервенции, направленные на предотвращение перехода от неинъекционного к инъекционному употреблению наркотиков среди подростков, употребляющих наркотики, в возрасте 10-18 лет

1. Выявление подростков, употребляющих наркотики, взаимодействие с ними и учет их сильных сторон, областей компетенции и возможностей их значимого участия в планировании, разработке, реализации и оценке услуг для подростков, употребляющих наркотики, таких как дроп-ин центры, мобильные и другие услуги и программы, «дружественные» к представителям ПНИН и ПИН в возрасте 10-18 лет.
2. Адвокационные усилия, направленные на пересмотр законодательства и регуляторных норм, создающих препятствия на пути оказания медицинских, социальных и других услуг подросткам, употребляющим наркотики, в возрасте 10-18 лет, в частности реализации программ снижения вреда.
3. Следует оценивать и учитывать индивидуальную склонность к инъекционному употреблению наркотиков.
4. Разработка интервенций, направленных на повышение осведомленности подростков, употребляющих наркотики, о вреде, связанном с небезопасными практиками инъекционного употребления наркотиков.
5. Работа с социальными сетями подростков, употребляющих наркотики, для разработки инициатив, направленных на ограничение влияния активных ПИН на ПНИН, например, на основании таких принципов:
 - не совершать инъекции в присутствии людей, не употребляющих инъекционные наркотики;
 - не говорить только о положительных сторонах наркотиков, таких как кайф, в присутствии людей, не употребляющих наркотики или употребляющих только неинъекционные наркотики;
 - не оказывать помощи в первом инъекционном употреблении наркотиков;
 - развивать навыки отказа в просьбах научить окружающих делать инъекции наркотических веществ.
6. Реализация краткосрочной интервенции, направленной на работу с ПНИН, с целью сократить число людей, которые начинают употреблять инъекционные наркотики, например, посредством мотивационного интервьюирования.
7. Разработка интервенций, направленных на повышение осведомленности о социальном характере распространения инъекционного употребления наркотиков.
8. Продвижение перехода к альтернативным способам употребления наркотиков (например, наркотики можно курить или нюхать).
9. Необходимо оценить, могут ли имеющиеся услуги и инфраструктура, например, услуги для молодежи, быть использованы также для подростков, и добавить компоненты, необходимые для обеспечения охвата подростков, употребляющих инъекционные и неинъекционные наркотики.
10. Интеграция и сочетание многопрофильных программ и услуг с целью обеспечить предоставление комплексных услуг и работу с пересекающимися факторами уязвимости и моделями поведения подростков из разных ключевых групп.

11. Рассмотрение возможности партнерства с общественными организациями, работающими с молодежью и с ПИН, и использование их опыта и авторитета в работе с подростками, употребляющими инъекционные наркотики.
12. Интеграция мониторинга и оценки в предоставление услуг и проведение соответствующих исследований для определения потребностей и разработки эффективных интервенций для подростков, употребляющих инъекционные и неинъекционные наркотики.

ССЫЛКИ

- ¹ Fisher Sr. MS. Harm Reduction for High-Risk Adolescent Substance Abusers. NASW Press, Washington, DC., 2014, <http://www.socialworkblog.org/nasw-publications/2014/12/harm-reduction-for-high-risk-adolescent-substance-abusers/>, accessed 02 June 2015.
- ² United Nations. United Nations Convention on the Rights of the Child (Article 1). U.N. Doc. A/Res/44/25, 1989, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>, accessed 16 June 2015.
- ³ Interagency Youth Working Group. Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, USAID, UNAIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park (NC): FHI; 2010
<http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/6565>, accessed 16 June 2015.
- ⁴ Ibid.
- ⁵ Homans H. UNICEF Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents. Final Draft. Geneva, UNICEF Central Eastern Europe and Commonwealth of Independent States, January 2008, http://www.unicef.org/ceecis/Final_MARA_Guidance-1.pdf, accessed 22 June 2015.
- ⁶ Op. cit.
- ⁷ Op. cit.
- ⁸ Op. cit.
- ⁹ World Health Organisation. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Geneva, WHO, July 2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf, accessed 22 June 2015.
- ¹⁰ Hunt N, Stevens A. One-to-one interventions for young people: overview of available evidence. A report for Kent Drug and Alcohol Action Team. EISS, University of Kent, 2005, <http://www.neilhunt.org/Reports/2005-Young-people-practice-review-hunt-and-stevens.pdf>, accessed 22 June 2015.
- ¹¹ UNICEF. Evaluation of project “HIV prevention among young IDUs” (10 regions of Ukraine) plus KAP results. Kiev, UNICEF, 2002, http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UKR_2002_02.pdf, accessed 22 June 2015.
- ¹² Elliott L, Orr L, Watson L, Jackson A. Drug treatment services for young people: a systematic review of effectiveness and the legal framework. Edinburgh, Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme, 2002, <http://www.gov.scot/Resource/Doc/46729/0013991.pdf>, accessed 22 June 2015.
- ¹³ Weiker RL, Edgington R, Kipke MD. A collaborative evaluation of a needle exchange program for youth. Health Education & Behavior 1999 Apr;26(2):213-24, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10097965?dopt=Abstract>, accessed 22 June 2015.
- ¹⁴ World Health Organisation. International Collaborative Group: Multi-City Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection. Geneva, World Health Organization, 1994, in Dolan KA, Niven H. A review of HIV prevention among young injecting drug users: A guide for researchers. Harm Reduction Journal 2005, 2:5, <http://www.harmreductionjournal.com/content/pdf/1477-7517-2-5.pdf>, accessed 22 June 2015.
- ¹⁵ Dolan KA, Niven H. A review of HIV prevention among young injecting drug users: A guide for researchers. Harm Reduction Journal 2005, 2:5, <http://www.harmreductionjournal.com/content/pdf/1477-7517-2-5.pdf>, accessed 22 June 2015.
- ¹⁶ Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm, May 2012, http://www.espad.org/uploads/espad_reports/2011/the_2011_espad_report_full_2012_10_29.pdf, accessed 22 June 2015; Hibell B, Ulf Guttormsson U. A supplement to the 2011 ESPAD Report – Additional data from Bosnia and Herzegovina (Federation of Bosnia and Herzegovina), Kosovo (under UNSCR 1244) and the Netherlands. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm, December 2013, http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/FULL%20REPORT%20-%20Supplement%20to%20The%202011%20ESPAD%20Report%20-%20WEB.pdf, accessed 22 June 2015; Fuller E, Hawkins V. Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2013. Health and Social Care Information Centre, London, 2014, <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB14579/smok-drin-drug-youn-peop-eng-2013-rep.pdf>, accessed 22 June 2015; UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and Commonwealth of Independent States (CEE/CIS). Blame and Banishment: The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia. Geneva, UNICEF Regional Office for Central

-
- and Eastern Europe and Commonwealth of Independent States (CEE/CIS), 2010, http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_BlameBanishment_WEB_final.pdf, accessed 22 June 2015; Eurasian Harm Reduction Network (EHRN). Young people & injecting drug use in selected countries of Central and Eastern Europe. Vilnius, Eurasian Harm Reduction Network (EHRN), 2009, http://www.countthecosts.org/sites/default/files/young_people_and_drugs_2009.pdf, accessed 22 June 2015; Wong E. Rapid assessment and response on HIV/AIDS among especially vulnerable young people in South Eastern Europe. Belgrade, UNICEF, 2002, <http://www.cpha.ca/uploads/progs/infectious/rarunicf.pdf>, accessed 22 June 2015; Cucic V. Rapid Assessment and Response on HIV/AIDS among Especially Young People in Serbia. Belgrade, UNICEF, November 2002, http://www.unicef.org/serbia/Rapid_Assessment_and_Response_on_HIV_AIDS_among_Especially_V%281%29.pdf, accessed 22 June 2015; Iliuta CE, Pislaru E, Fierbinteanu C. Romania: Most-at-risk adolescents and young people, HIV and substance use: Country Mission Report. Bucharest, Romanian Harm Reduction Network, 2006, <http://www.rhrn.ro/public/uploads/file/100/country-report-romania.pdf>, accessed 22 June 2015; Burrows D, Alexander G. Walking on Two Legs: A Developmental and Emergency Response to HIV/AIDS Among Young Drug Users in the CEE/CIS Region: A Review Paper, Draft. Geneva, UNICEF, December 2001, http://www.unicef.org/evaldatabase/files/CEE_CIS_2001_Walking_on_Two_Legs.pdf, accessed 22 June 2015; White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, Vol. 93, Issue 10, p1475–1487, October 1998, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.1998.931014754.x/abstract>, accessed 22 June 2015; Bailey SL, Camlin CS, Ennett ST. Substance use and risky sexual behavior among homeless and runaway youth. *J Adolesc Health*. 1998 Dec;23(6):378-88, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9870332>, accessed 22 June 2015.
- 17 Roberts M. Young people’s drug and alcohol treatment at the crossroads: what it’s for, where it’s at and how to make it even better. London, DrugScope, 2010, <http://www.drugscope.org.uk/Resources/Drugscope/Documents/PDF/Publications/YoungPeopleCrossroadsReport.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 18 Dillon L, Chivite-Matthews N, Grewal I, Brown R, Webster S, Weddell E, Brown G, Smith N. Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences. London, Home Office, Online Report 04/07, http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Factores_de_riesgo_y_proteccion/Articulos/risk_factors9.pdf, accessed 22 June 2015.
- 19 Newman T, Blackburn S. Transitions in the Lives of Children and Young People: Resilience Factors. Interchange 78. Edinburgh, Scottish Executive Education Dept., October 2002, <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED472541.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 20 Gilvarry E. Substance Abuse in Young People. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 41, Issue 1, p55–80, January 2000, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1469-7610.00549/abstract>, accessed 22 June 2015.
- 21 Hunt N, Barrett D, Fletcher A. Children and young people, injecting and HIV: Under-18 and overlooked: Young People and Injecting Drug Use: Overcoming barriers to HIV Prevention and Harmonizing National Laws with the UN Convention on the Rights of the Child. Presentation: 11.00-12.30, Session Room 4, XIX International AIDS Conference, Washington DC, USA, 26 July 2012, http://pag.aids2012.org/PAGMaterial/PPT/823_540/hunt%20barrett%20fletcher%20-%20children%20yp%20injecting%20hiv%20-%2012th%20iac%20july%202012%20over%201.8.pptx, accessed 22 June 2015.
- 22 Op. cit.
- 23 Youth RISE and International Harm Reduction Association. Drugs, Harm Reduction and the UN Convention on the Rights of the Child: Common themes and universal rights. Youth RISE and International Harm Reduction Association, 2009, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/16336789/Academic%20papers%20and%20fact%20sheets/Drugs%20C%20harm%20reduction%20and%20the%20UN%20conventions%20on%20the%20rights%20of%20the%20child%20C%20common%20themes%20and%20universal%20rights.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 24 Barrett D, Hunt N, Fletcher A. Injecting Drug Use Among Children and the Child’s Right to Health: Submission of Harm Reduction International to the OHCHR Study on Children’s Right to Health (Human Rights Council Resolution 19/37). Harm Reduction International, London, 28 September 2012,

-
- http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/Study/RightHealth/Harm_Reduction_International.pdf, accessed 22 June 2015.
- 25 Op. cit.
- 26 Harm Reduction International, Youth RISE, The Eurasian Harm Reduction Network. Drug use, drug dependence and the right to health under the UN Convention on the Rights of the Child: Submission to the UN Committee on the Rights of the Child: General Comment on Article 24. Harm Reduction International, Youth RISE, The Eurasian Harm Reduction Network, 15 December 2011, http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CallSubmissions_Art24/HRI_YouthRISE_EHRN.pdf, accessed 22 June 2015.
- 27 World Health Organization. Adolescent friendly health services: an agenda for change. Geneva, WHO, 2002, http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf, accessed 22 June 2015.
- 28 World Health Organisation. Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services. Geneva, WHO, 2012, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf, accessed 22 June 2015.
- 29 Preston P, Sheaves F. That's SIC: Mobilising peer networks for hepatitis C prevention. Paper presented to the 2nd International Conference on Young People and Drugs. Melbourne, Australia, May 2001. WAHS Sexual Health and HIV Services, Penrith, NSW, Australia, <http://www.mentors.ca/peston.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 30 Krug A, Hildebrand M, Sun N. "We don't need services. We have no problems": exploring the experiences of young people who inject drugs in accessing harm reduction services. Journal of the International AIDS Society 2015, 18(Suppl 1):19442 http://www.iasociety.org/index.php/ijas/article/view/19442/pdf_1, accessed 22 June 2015.
- 31 Inter-Agency Task Team on HIV and Young People. Global Guidance Briefs: HIV Interventions for Young People. New York, UNFPA, 2008. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-GlobalGuidance-kit.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 32 Op. cit.
- 33 World Health Organization. Steady....Ready....Go!! The Talloires consultation to review the evidence for policies and programmes to achieve the global goals on young people and HIV/AIDS. Geneva, WHO, 2004, <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/a85320.pdf>, accessed 29 June 2015; see also, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/en_hiv_y_people_review.pdf and, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/preventing_hiv_young.pdf
- 34 van Wormer K. Harm Reduction: A Model for Social Work Practice with Adolescents. The Social Policy Journal, Volume 3, Issue 2, 2004, p19-37, http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J185v03n02_03?journalCode=wzsp20, accessed 22 June 2015.
- 35 DrugScope. Drugs: Guidance for the youth service. A summary. DrugScope, London, 2006, <http://www.drugscope.org.uk/Resources/Drugscope/Documents/PDF/Education%20and%20Prevention/DrugsGuide%20sum.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 36 World AIDS campaign and Youth RISE. **Injecting Drug Use - HIV and AIDS - Young People: Recognising the Linkages**. World AIDS campaign and Youth RISE. Undated, but probably around 2007 or 2008, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/16336789/Academic%20papers%20and%20fact%20sheets/Injection%20drug%20use%2C%20HIV%20and%20AIDS%2C%20Young%20people%20recognising%20the%20linkages.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 37 Gilvarry E, Britton J. Guidance for the pharmacological management of substance misuse among young people in secure environments. London, National Treatment Agency for Substance Misuse, March 2009, http://www.nta.nhs.uk/uploads/guidance_for_the_pharmacological_management_of_substance_misuse_among_young_people_in_secure_environments1009.pdf, accessed 22 June 2015; Gilvarry E, Britton J. Guidance for the pharmacological management of substance misuse among young people. London, National Treatment Agency for Substance Misuse, March 2009, http://www.nta.nhs.uk/uploads/guidance_for_the_pharmacological_management_of_substance_misuse_among_young_people_1009.pdf, accessed 22 June 2015.
- 38 Leslie KM. Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents. Canadian Paediatric Society, Paediatr Child Health, Vol. 13, No. 1, p53-56, January 2008, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528824/pdf/pch13053.pdf>, accessed 22 June 2015.

- 39 Britton J. Young people's specialist substance misuse treatment: Exploring the evidence. London, National Treatment Agency for Substance Misuse, January 2009, http://www.nta.nhs.uk/uploads/yp_exploring_the_evidence_0109.pdf, accessed 22 June 2015.
- 40 National Treatment Agency for Substance Misuse. Young people's substance misuse treatment services - essential elements. London, National Treatment Agency for Substance Misuse, June 2005, http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_essential_elements_youngpeople.pdf, accessed 22 June 2015.
- 41 World Health Organization. Consensus Statement of the Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use 2010. Geneva, WHO, 2010, http://www.who.int/hiv/topics/idu/reference_group_consensus_statement2010.pdf, accessed 22 June 2015.
- 42 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, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf
- 43 Op. cit.
- 44 Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. Journal of the International AIDS Society 2015; 18(2Suppl 1): 19833, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344539/pdf/JIAS-18-19833.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 45 Ibid.
- 46 Pettifor A, Nguyen NL, Celum C, Cowan FM, Go V, Hightow-Weidman L. Tailored combination prevention packages and PrEP for young key populations. Journal of the International AIDS Society 2015, 18 (Suppl 1): 19434, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344537/pdf/JIAS-18-19434.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 47 Lall P, Lim SH, Khairuddin N, Kamarulzaman A. Review: an urgent need for research on factors impacting adherence to and retention in care among HIV-positive youth and adolescents from key populations. Journal of the International AIDS Society 2015 Feb 26;18(2 Suppl 1):19393, <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/19393>, accessed 22 June 2015.
- 48 Stover J, Rosen J, Kasedde S, Idele P, McClure C. The impact and cost of the HIV/AIDS investment framework for adolescents. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014;66(Suppl 2):S170-5, http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2014/07011/The_Impact_and_Cost_of_the_HIV_AIDS_Investment.4.aspx, accessed 29 June 2015.
- 49 McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. Addiction, Volume 99, Issue 1, p39–52, January 2004, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2004.00564.x/abstract>, accessed 22 June 2015.
- 50 Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N, Farrell M. A controlled trial of motivational interviewing with young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. Addiction. 101: 1014-1026, 2006, <http://www.neilhunt.org/pdf/2006-BMI-Marsden-et-al.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 51 Op. cit.
- 52 Scheier LM, Hansen WB (Eds.). Parenting and Teen Drug Use: The Most Recent Findings from Research, Prevention, and Treatment. Oxford University Press, 31 January 2014, <https://global.oup.com/academic/product/parenting-and-teen-drug-use-9780199739028?cc=gb&lang=en&>, accessed 22 June 2015.
- 53 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review. EMCDDA Papers, Office of the European Union, Luxembourg, 2014, www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_222780_EN_TDAU13008ENN.pdf, accessed 22 June 2015.
- 54 Martin FS. Deep Entanglements: The Complexities of Disengaging from Injecting Drug Use for Young Mothers. *Contemporary Drug Problems*, September 2011, Vol. 38, No. 3, p335-366, <http://cdx.sagepub.com/content/38/3/335.abstract>, accessed 22 June 2015.
- 55 Widdus D. Young Injecting Drug Users: Overview and review of Data. Presentation to the Young People Most at Risk for HIV, IYWG, June 25, 2009, Washington, DC, USA. New York, UNICEF, 2009, https://www.iywg.org/sites/iywg/files/25_june_09_young_idus_widdus.pdf, accessed 22 June 2015.

-
- 56 Balakireva OM (Ed.). Population size estimate of most-at-risk children and youth in the 10–19 age group. Kiev, UNICEF/Ukrainian Institute for Social Research after Olexander Yaremenko, 2011, http://www.unaids.org.ua/files/UNICEF_Engl_Population_size_estimate.pdf, accessed 22 June 2015.
- 57 Fletcher A, Krug A. Excluding Youth? A global review of harm reduction services for young people. In, The Global State of Harm Reduction: Towards an Integrated Approach, Chapter 3.2. London, Harm Reduction International, 2012, http://www.ihra.net/files/2012/09/04/Chapter_3.2_youngpeople_.pdf, accessed 22 June 2015.
- 58 Barrett D, Hunt N, Stoicescu C. Injecting Drug Use Among Under-18s: A Snapshot of Available Data. London, Harm Reduction International, December 2013, http://www.ihra.net/files/2014/08/06/injecting_among_under_18s_snapshot_WEB.pdf, accessed 22 June 2015.
- 59 Там же.
- 60 Там же.
- 61 Там же.
- 62 Inter-Agency Working Group on Key Populations. HIV and young people who inject drugs: A technical brief - Draft. UNAIDS, July 2014, http://www.inpud.net/UNAIDS_YKP_Briefs_PWID_2014.pdf, accessed 22 June 2015.
- 63 Yamaguchi K, Kandel DB. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. Predictors of Progression. *Am J Public Health* 1984; 74:673-681, <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.74.7.673>, accessed 22 June 2015.
- 64 Kandel DB, Logan JA. Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood: I. Periods of Risk for Initiation, Continued Use, and Discontinuation. *Am J Public Health* 1984; 74:660-666, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1651682/pdf/amjph00630-0020.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 65 Ginzler JA, Cochran BN, Domenech-Rodríguez M, Cauce AM, Whitbeck LB. Sequential progression of substance use among homeless youth: an empirical investigation of the gateway theory. *Subst Use Misuse*. 2003 Feb-May;38(3-6):725-58, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12747403>, accessed 22 June 2015.
- 66 Fuller CM, Vlahov D, Ompad DC, Shah N, Arria A, Strathdee SA. High-risk behaviors associated with transition from illicit non-injection to injection drug use among adolescent and young adult drug users: a case-control study. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Apr 1;66(2):189-98, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11906806>, accessed 22 July 2015.
- 67 Fuller CM, Vlahov D, Arria AM, Ompad DC, Garfein R, Strathdee SA. Factors associated with adolescent initiation of injection drug use. *Public Health Rep*. 2001;116 Suppl 1:136-45, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1913680/pdf/pubhealthrep00206-0138.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 68 Fuller CM, Borrell LN, Latkin CA, Galea S, Ompad DC, Strathdee SA, Vlahov D. Effects of race, neighborhood, and social network on age at initiation of injection drug use. *Am J Public Health*. 2005 Apr;95(4):689-95, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449242/pdf/0950689.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 69 Roy E, Haley N, Leclerc P, Cédras L, Blais L, Boivin JF. Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation. *J Urban Health*. 2003 Mar;80(1):92-105, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456111/pdf/11524_2006_Article_174.pdf, accessed 22 June 2015.
- 70 UN Reference Group. Consensus Statement of the Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use 2010. Chapter 1.9. Geneva, WHO, 2010, http://www.who.int/hiv/topics/idu/reference_group_consensus_statement2010.pdf, accessed 22 June 2015.
- 71 Stenbacka M. Initiation into intravenous drug abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavia*; 16(6), 1077-1086, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1990.tb05481.x/abstract>, accessed 22 June 2015.
- 72 Des Jarlais DC, Casriel C, Friedman SR, Rosenblum A. AIDS and the transition to illicit drug injection - results of a randomised trial prevention program. *British Journal of Addiction* 1992, 87:493-498, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1992.tb01950.x/abstract>, accessed 22 June 2015.
- 73 Stenbacka M, Allebeck P, Romelsjö A. Initiation into drug abuse: the pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse. *Scand J Soc Med*. 1993 Mar;21(1):31-9, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8469942>, accessed 22 June 2015.

- 74 Crofts N, Louie R., Rosenthal D, Jolley D. The first hit: circumstances surrounding initiation into injecting. *Addiction*; 91(8): 1187–1196, 1996, <http://www.researchgate.net/publication/14377608> *The first hit Circumstances surrounding initiation into injecting*, accessed 22 June 2015.
- 75 Hunt N, Stillwell G, Taylor C, Griffiths P. Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 5, 2: 185-193 (1998), <http://www.neilhunt.org/pdf/1998-preventing-initiation-into-injecting-hunt-et-al.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 76 Stillwell G, Hunt N, Taylor C, Griffiths P. The modelling of injecting behaviour and initiation into injecting. *Addiction Research* 7(5): 447-459 (1999), <http://www.neilhunt.org/pdf/1999-modelling-injecting-behaviour-and-initiation-into-injecting-stillwell-et-al.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 77 Howard J, Hunt N, Arcuri A. A situation assessment and review of the evidence for interventions for the prevention of HIV/AIDS among Occasional, Experimental and Young Injecting Drug Users. Background Paper prepared for: UN Interagency and CEEHRN Technical Consultation on Occasional, Experimental and Young IDUs in CEE/CIS and Baltics. Geneva, UNICEF, 2003, <http://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CC4QFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.neilhunt.org%2FReports%2F2003-Young-and-Occasional-IDUs-in-CEE-CIS-and-%2520Baltics-Howard-Hunt-Arcuri%2520-.doc&ei=j85xVaroEozX7QbguYCICA&usg=AFQjCNFF1r5NCVZzxfCSPKT2xEVfWYLM9Q&bvm=bv.95039771.d.ZGU> accessed 22 June 2015.
- 78 Там же.
- 79 UNODC. HIV prevention among young injecting drug users. New York, United Nations, 2004, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_Prevention_among_Young_Injecting_Drug_Users.pdf, accessed 22 June 2015.
- 80 В цитируемой работе.
- 81 Harocopos A, Goldsamt LA, Kobrak P, Jost JJ, Clatts MC. New injectors and the social context of injection initiation. *Int J Drug Policy*. 2009 July ; 20(4): 317–323, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706152/pdf/nihms119859.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 82 New South Wales Users and AIDS Association. Transitioning to Injecting: Analysis of Program and Policy Implications for People Who Inject Drugs and Hepatitis C prevention in Australia. Darlinghurst, New South Wales Users and AIDS Association, 2014, http://www.nuaa.org.au/wp-content/uploads/2014/03/Transitioning-to-Injecting_Final.pdf, accessed 2 July 2015.
- 83 Hunt N, Griffiths P, Southwell M, Stillwell G, Strang J. Preventing and curtailing injecting drug use: opportunities for developing and delivering 'route transition interventions'. *Drug and Alcohol Review*. 18, 4: 441-451 (1999), <http://www.neilhunt.org/pdf/1999-transitions-review-hunt-griffiths-stillwell-southwell-strang.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 84 Там же.
- 85 В цитируемой работе.
- 86 В цитируемой работе.
- 87 Stillwell G, Hunt N, Preston A. A Survey of Drug Route Transitions among Non-injecting and Injecting Heroin Users in South Eastern Europe. Romania: Population Services International, July 2005, <http://www.neilhunt.org/Reports/2005-survey-of-route-transitions-in-SE-Europe-hunt-et-al.pdf>, accessed 22 June 2015.
- 88 Zheluk A, Burrows D. Break the Cycle: USAID-funded Drug Demand Reduction Program in Uzbekistan, Tajikistan and the Ferghana Valley Region of Kazakhstan (DDRP). DDRP Best Practice Collection, Alliance for Open Society International, Kazakhstan, 2007, http://www.aidsprojects.com/wp-content/themes/apmg-1.0.1/documents/Break%20Cycle_Eng.pdf, accessed 22 June 2015.
- 89 В цитируемой работе.
- 90 В цитируемой работе.
- 91 В цитируемой работе.
- 92 В цитируемой работе.
- 93 В цитируемой работе.
- 94 Novelli LA, Sherman SG, Havens JR, Strathdee SA, Sapun M. Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe sharing behaviors in young urban injection drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Mar 7;77(3):303-9, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15734230>, accessed 22 June 2015.

-
- ⁹⁵ В цитируемой работе.
⁹⁶ В цитируемой работе.
⁹⁷ В цитируемой работе.
⁹⁸ В цитируемой работе.