

Научно-экспертный совет
при Председателе Совета Федерации
Федерального Собрания Российской Федерации

**НАРКОМАНИЯ В РОССИИ –
УГРОЗА НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
СТРАНЫ**

Сборник материалов

ИЗДАНИЕ СОВЕТА ФЕДЕРАЦИИ

СТЕНОГРАММА
заседания Научно-экспертного совета
при Председателе Совета Федерации
Федерального Собрания Российской Федерации
19 апреля 2005 года

С.М. Миронов, Председатель Совета Федерации.

Уважаемые коллеги, добрый день! Начинаем очередное заседание Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации. Сегодня тема заседания у нас, к сожалению, более чем актуальна — "Наркомания в России — угроза национальной безопасности страны". Хочу поблагодарить всех, кто откликнулся на наше приглашение обсудить эту проблему.

В зале присутствуют члены Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации, приглашенные эксперты, в числе которых сотрудники Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Министерства здравоохранения и социального развития, Министерства образования и науки, Министерства внутренних дел Российской Федерации, руководители общественных организаций, учебных заведений, представители религиозных конфессий и научных центров, средств массовой информации.

В папках, выданных при регистрации, есть справочные материалы, которыми можно пользоваться.

Следует отметить, что данные государственной и ведомственной статистики, результаты социологических исследований, анализ положения дел в регионах свидетельствуют о том, что несмотря на меры по профилактике наркомании и противодействию незаконному обороту наркотиков острота проблемы не снижается, меры противодействия наркомании пока недостаточно эффективны. По различным данным, около 4 миллионов россиян употребляют наркотики, а в мире почти 200 миллионов наркоманов. Особую тревогу вызывают факты злоупотребления наркотиками среди детей, подростков, молодежи, среди женщин, случаи вовле-

чения сотрудников силовых структур в наркобизнес. Им занимается около тысячи преступных группировок.

Только за последние три года число призывников, злоупотреблявших наркотическими средствами за период от постановки на воинский учет до призыва на военную службу, увеличилось в шесть-семь раз. Это очень опасная тенденция. Я опубликовал статью в "Российской газете" по демографической проблеме. Там проблема наркомании не затрагивается в полной мере, но о ней упоминается. Ведь это одна из причин существующих проблем демографии — низкой рождаемости и увеличения смертности. Все это представляет серьезную угрозу будущему страны, национальной безопасности России.

Настало время государству и общественности принимать самые решительные меры. Я рассчитываю на ваши экспертные оценки и рекомендации. Думается, что в ходе дискуссии не только будут обозначены сиюминутные проблемы, но и дан анализ тенденций развития наркоситуации в стране. Разные страны подходят к решению этой общемировой беды по-своему. Если в Китае, Иране наркоторговцев приговаривают к сметной казни, то в Нидерландах и Швейцарии марихуана продается свободно. За годы либерализации наркоторговли в Нидерландах число зарегистрированных наркоманов возросло почти на одну треть. Нам есть над чем подумать.

Прошу основных докладчиков занять места в президиуме. Приступаем к работе.

О регламенте работы. Как правило, мы работаем в течение двух часов. Обращаю внимание на то, что ведется стенограмма заседания.

Если в течение двух часов работы кто-то не успеет выступить, просим в письменном виде передать ответственному секретарю совета тезисы или материалы для выпуска сборника по итогам заседания. Предполагается, что авторские статьи объемом до половины печатного листа мы будем публиковать в специальном сборнике.

Докладчикам предоставляется 10—12 минут для выступлений (всего предполагается три основных доклада), участникам дискуссии — пять-семь минут.

Список тех, кто записался на выступления, довольно большой, поэтому прошу соблюдать главный принцип — не повторяться, четко формулировать предложения.

Слово для доклада предоставляется директору Центра социологических исследований Федерального агентства по образованию Шереги Францу Эдмундовичу.

Ф.Э. Шереги. Уважаемый Сергей Михайлович, уважаемые коллеги! В рамках отпущенного мне времени хочу познакомить вас с результатами мониторинга проблем наркотизации молодежи.

Анализ ситуации, связанной с потреблением несовершеннолетними и молодежью наркотических средств, свидетельствует, что *явная часть* — количество официально учитываемых медицинскими органами лиц, злоупотребляющих наркотиками, — составляет в лучшем случае *от четверти до трети* их общего числа. Вероятное число приобщающихся к потреблению наркотических средств может быть выявлено только при помощи социологического мониторинга. По заказу Министерства образования и науки Российской Федерации такой мониторинг проведен в 2002, 2003 и 2004 годах Центром социального прогнозирования в рамках реализации Федеральной целевой программы "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2002—2004 годы". Сопоставимые показатели, полученные в ходе повторных мониторингов, составляют эмпирическую основу изучения динамики наркоситуации в среде несовершеннолетних и молодежи*.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что ситуация с информированностью несовершеннолетних и молодежи о различных наркотических средствах за прошедшие три года не изменилась, перемен к лучшему нет. Доля молодежи, информированной об основных группах наркотиков, в целом достигает 70% и устойчиво держится на этом уровне. Можно определить три основных источника информации:

1) *подростковая и молодежная коммуникация* в местах массового скопления молодежи;

2) *деятельность международного наркокартеля* по распространению своей продукции. Здесь информаторами выступают розничные торговцы, рекрутируемые из среды подростков и молодежи.

3) *средства массовой информации, издательства и шоу-бизнес*, не всегда избирательно подходящие к транслируемой информации.

* Мониторинги проведены по репрезентативной пропорциональной квотной выборке в 89 субъектах РФ. При помощи единой формализованной социологической анкеты, заполнявшейся интервьюерами, в каждом году осуществлялся персональный опрос 5 тысяч человек в возрасте 11—24 года.

Что касается потребления наркотических средств, то доля несовершеннолетних и молодежи, злоупотребляющих наркотиками (потребляющие их 2—3 раза в неделю и чаще), за период 2002—2004 годов сократилась на 15%.

Также имеет место существенное сокращение количества потребляемых несовершеннолетними и молодежью условных доз наркотиков, с одной стороны, благодаря интенсификации противодействия незаконному обороту наркотических средств и прекурсоров, с другой — по причине значительного роста *средней стоимости условной дозы наркотика* (на 60% с 2002 года). Так, средняя стоимость одной условной розничной дозы составляла в 2002 году — 5 долларов, в 2003 году — 6 долларов, в 2004 году — в среднем 8 долларов. В результате такого роста цен в 2002 году потребление наркотиков несовершеннолетними и молодежью составляло в среднем 10, в 2003 году — 7, в 2004 году — 5 условных розничных доз в месяц на одного потреблявшего.

В то же время доля *не потребляющих и никогда не пробовавших наркотики* в сравнении с 2002 годом (70%, в 2003 году — 72%) в 2004 году снизилась на 5% и составила в 2004 году 65%. Это снижение произошло за счет *роста доли пробующих наркотики* в 2004 году в сравнении с 2002 годом на 30%.

Доля несовершеннолетних и молодежи в целом, потребляющих наркотики (от 2—3 раз в месяц и чаще), остается высокой: в

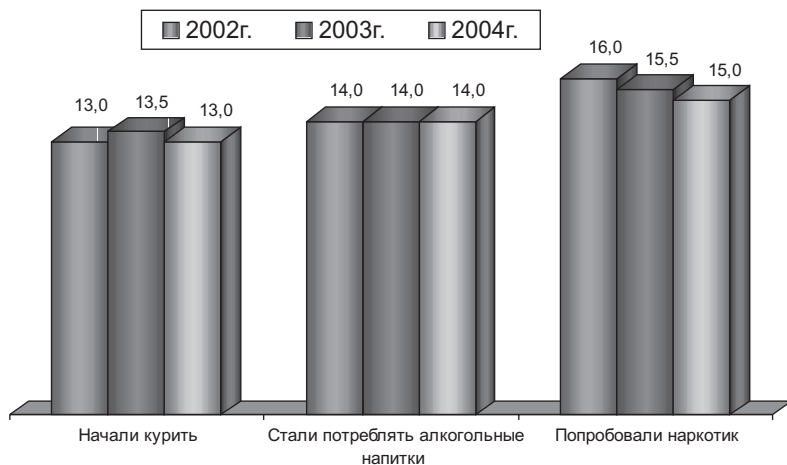


Рис. 1
Средний возраст начала потребления несовершеннолетними и молодежью психоактивных веществ, лет

2004 году практически на уровне 2002 года. В результате общие расходы на приобретение наркотиков несовершеннолетними и молодежью составили в 2002 году 1,7 млрд. долларов, в 2003 году — 2,2 млрд. долларов, в 2004 году — 2,7 млрд. долларов.

Средний возраст *начала потребления основных психоактивных веществ* несовершеннолетними и молодежью в целом не меняется, однако интенсивно сокращается средний возраст потребления ими наркотиков, что наглядно показано на рисунке 1.

Несовершеннолетние и молодежь потребляют прежде всего препараты каннабиса (конопли), которые среди потребляемых или испробованных наркотических средств составляют до 70%. При этом *доля препаратов каннабиса в общем объеме потребляемых наркотических средств растет, а доля препаратов опийной группы сокращается*, что, возможно, в немалой степени связано с трудностями контрабанды героина на российский рынок и ростом цены на него.

Если общее число пробовавших и потребляющих наркотики принять за 100%, то окажется, что *две трети из них впервые попробовали эти средства по предложению друзей или знакомых в неформальных группах — "тусовках"*: в парках, на "улице", на пляже, на территории вблизи учреждений досуга — до 50%. На втором месте — учебные заведения, до 15%, на третьем — дискотеки, до 15%. Места отдыха — до 5%, парки, пляжи — до 5%, армия — не менее 2%, в местах лишения свободы — до 1%.

Механизм распространения наркотических средств и психоактивных веществ среди подростков и молодежи становится все более *замкнутым*. Наркомафия распространяет свой товар среди этой категории населения "ее же руками", в результате чего подростки сами стимулируют друг друга к потреблению наркотических средств и психоактивных веществ. Молодежная "тусовка" является устойчивым местом приобщения несовершеннолетних и молодежи к потреблению наркотиков. *Стала расти доля впервые приобщающихся к потреблению наркотиков на дискотеках и в парках*.

Как потребляющие наркотики достают деньги для их приобретения? Основные источники денег — личный заработок, родители, друзья и знакомые, а также девиация — до 15% (проституция, воровство, мошенничество).

Среди несовершеннолетних и молодежи в возрасте 11—24 года *курят* 49,3%, то есть почти 16 миллионов человек. Среднегодовая общая сумма, расходуемая подростками и молодежью на покупку сигарет, составляет 2,6 млрд. долларов. На приобретение табач-

ных изделий несовершеннолетние и молодежь в возрасте 11—24 года в 2004 году потратили на 40% больше средств, чем в 2003 году, практически при одинаковом объеме потребления.

Алкогольные напитки (включая пиво) с той или иной частотой, в тех или иных дозах потребляют 72,8% несовершеннолетних и молодежи. Величина ежегодного расходования ими денежных средств на покупку алкогольных напитков составляет приблизительно 2,5 млрд. долларов.

Суммируя общие денежные расходы несовершеннолетних и молодежи в возрасте 11—24 года на приобретение наркотических средств, алкогольных напитков и табачных изделий, получим следующую величину: *в 2003 году — 6,5 млрд. долларов; в 2004 году — 7,6 млрд. долларов.* Общие расходы несовершеннолетних и молодежи в возрасте 11—24 года на приобретение психоактивных веществ в 2004 году превышают аналогичные расходы за 2003 год примерно на 17%. Соотношение среднегодовых расходов несовершеннолетних и молодежи на три указанных вида психоактивных веществ можно наглядно увидеть на рисунке 2.

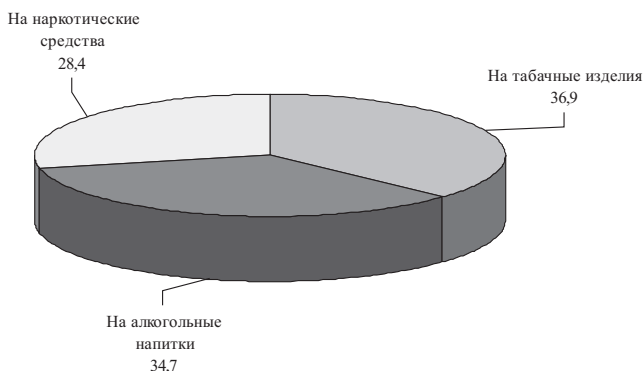


Рис. 2

Доля денежных средств, расходуемых несовершеннолетними и молодежью на приобретение различных видов психоактивных веществ в 2004 г., %

За *лечением* от наркозависимости молодежь обращается как в официальные (примерно 40%), так и в неофициальные учреждения. Согласно данным исследования, в том числе экспертным оценкам, *положительный эффект от лечения имеет место примерно для трети* наркозависимых, обратившихся за медицинской помощью или лечебной терапией иной формы, и то в виде ремиссии. Немало и таких (по данным мониторинга, примерно 550 ты-

сяч человек), кто осознает необходимость лечения, однако обращаться за медицинской помощью не решается.

По мнению экспертов, основные причины необращения больных наркоманией за помощью в государственные наркологические службы следующие: *непонимание необходимости лечения* (так считают до 75% экспертов), *боязнь быть поставленными на учет* (так считают до 65% экспертов), *мнение о бесполезности лечения* (так считают до 45% экспертов).

Большинство экспертов (85%) считают, что действующее законодательство Российской Федерации не вполне или совсем не соответствует задачам успешной борьбы с производством, распространением и потреблением наркотиков.

Причины несоответствия закона задачам успешной борьбы с наркопреступностью эксперты видят в следующем:

- 1) слаба законодательная база по отношению к распространителям наркотиков;
- 2) не решен вопрос о принудительном лечении больных наркоманией, о лечении несовершеннолетних;
- 3) отсутствует принудительное освидетельствование и лечение;
- 4) законодательно увеличены дозы наркотиков, которые может иметь при себе задержанный торговец или наркоман;
- 5) законодательно не предусмотрена ответственность родителей;
- 6) не принят федеральный закон о наркологической помощи;
- 7) нет нормативных актов к действующим законам;
- 8) нет запрета на рекламу препаратов, содержащих кодеин.

Правоприменительную практику в своих регионах в области наказания за наркоторговлю руководители подразделений МВД считают малоэффективной. По мнению 60% руководителей подразделений МВД, суды проявляют снисхождение к торговцам наркотиками, и только 19% считают, что суды осуждают наркоторговцев на максимальный предусмотренный законом срок.

Оценивая профилактику наркомании, большинство экспертов считают, что работа территориальных СМИ и иных организаций по профилактике наркомании среди несовершеннолетних и молодежи *малоэффективна*. Определенный эффект наблюдается только в результате работы спортивных организаций.

Практически все опрошенные руководители подразделений МВД по борьбе с наркопреступностью и руководители органов управления образованием, до 90% руководителей наркологических служб и центров реабилитации считают целесообразным введение *тестирования учащейся молодежи на наркозависимость*

или потребление наркотиков. Мнения расходятся лишь в том, должно ли тестирование быть принудительным или добровольным. Таких, кто считает необходимым принудительное лечение, не более 20% от числа опрошенных экспертов. К идее *легализации в России легких наркотиков* в среднем до 90% экспертов относятся крайне отрицательно.

С.М. Миронов. Спасибо. Я предоставляю слово для доклада руководителю Международно-правового департамента Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков Костенникову Дмитрию Вячеславовичу.

Д.В. Костенников. Распространение наркомании и наркопреступности из проблемы стран и регионов давно переросло в глобальную проблему. На основе анализа статистических данных государств — членов ООН, полученных еще в 80-х годах XX века, Генеральная Ассамблея ООН в своей резолюции 36/168 1981 года констатировала, что злоупотребление наркотиками и их незаконный оборот достигли беспрецедентных масштабов во многих регионах мира.

По данным ООН, во всем мире растет число людей, регулярно употребляющих наркотики, и их количество достигает 200 миллионов человек. Мировой оборот наркоиндустрии превышает 400 млрд. долларов США в год, из которых на Российскую Федерацию приходится, по различным оценкам, от 10 до 15 млрд. долларов США.

СССР от угрозы массовой наркотизации населения, как это уже имело место в ряде стран мира, до 80-х годов спасал железный занавес, государственная экономика и наличие хорошо функционировавшей системы правоохранительных органов. Наркомания в Советском Союзе имела лишь очаговое распространение в местах произрастания соответствующего сырья, да и то там, где у населения имелся исторический опыт употребления наркотиков в мистических и медицинских целях, а также в некоторых маргинальных группах, например частично в преступной среде.

Для организованной наркопреступности в современном понимании этого явления просто не было объективных предпосылок. Для международной наркомафии советский рынок был практически недоступен. Надежность границ в совокупности с разветвленной системой сил, обеспечивающих правопорядок, делали заведомо убыточными попытки наладить систему сбыта наркотиков, а централизованная государственная экономика создавала труднопреодолимые препятствия для отмывания полученных таким путем денежных средств.

После распада Советского Союза и изменения экономической модели барьеры, ограждавшие нашу страну от массового проникновения наркотиков, рухнули. Россия стала привлекательным рынком сбыта наркотиков, появились широкие возможности для отмывания денежных средств, добытых преступным путем, и их легализации как в России, так и в других странах. Наркоэкспансия совпала со сложным периодом глубоких социально-экономических преобразований, когда основная часть населения была выбита из привычного образа жизни, у многих исчезла вера в завтрашний день. Огромная территория открылась для наркоторговцев, что позволило им значительно расширить производство, транзит и сбыт наркотических средств. В России начал формироваться новый высокорентабельный криминальный сектор теневой экономики.

Наркотики убивают тысячи наших сограждан как непосредственно, так и через распространение СПИДа и других инфекционных заболеваний.

До 1996 года уровень распространенности СПИДа в России был несопоставимо ниже, чем в большинстве других стран. Однако за последние 5 лет число ВИЧ-инфицированных значительно увеличилось, прежде всего за счет больных наркоманией.

В ходе четвертого оперативного заседания "круглого стола" Парижского пакта отмечено, что в России самые высокие в мире темпы распространения СПИДа. И одним из главных факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией является внутривенное введение наркотиков.

В РСФСР еще 15 лет назад около 70—80 % потребляемых наркотиков являлись продуктом собственной растительной базы, а 20—30 % завозились из других республик Советского Союза. Факты контрабандного ввоза наркотиков из-за границы носили единичный характер. Сегодня в России доля наркотиков зарубежного происхождения превышает половину, а героин и кокаин практически полностью поступают из других государств.

Значительная протяженность, необустроенность границ со странами — производителями наркотиков крайне негативно влияют на развитие наркоситуации. Наиболее сложная обстановка сложилась на юге России. Огромные масштабы производства героина и опия в Афганистане, пористость границ в Центрально-Азиатском регионе и крайне низкий уровень жизни населения бывших среднеазиатских республик Советского Союза — все это привело к значительной активизации поставок афганских нарко-

тиков в Россию. 96 % героина, изъятого из незаконного оборота, перехвачено именно при транспортировке из указанных стран.

По имеющимся данным, в этом направлении через российскую государственную границу ежегодно перемещается около 20—30 тонн героина. В 90-е годы транзитные наркотрафики, проложенные через Россию, обросли обширными зонами активной наркоторговли, в результате возникла качественно новая ситуация. На общем неблагоприятном фоне распространения наркомании среди населения выделяется рост потребления наркотических средств молодежью. Подавляющее большинство наркоманов составляют лица в возрасте до 30 лет — это, по нашим данным, 72,4 %. Возраст первой пробы за последние годы снизился с 17 до 11 лет, доля потребляющих наркотики или пробовавших их хотя бы один раз среди молодежи в возрасте от 11 до 24 лет — около 28 %. В то же время начиная с 2001 года количество несовершеннолетних потребителей наркотиков, состоящих на учете в наркологических учреждениях, согласно официальной статистике сокращается, хотя специалистами это снижение объясняется последствиями снижения рождаемости и роста алкоголизма среди подростков, что тоже не вызывает оптимизма.

Расширение наркотизации обусловило существенный рост преступности в целом. Увеличилось не только количество совершаемых наркопреступлений, но и преступлений, совершаемых наркоманами в целях добычи денег для оплаты наркотиков. Известна практика вовлечения наркодилерами в противоправную деятельность сотрудников правоохранительных органов, властных структур, высококвалифицированных юристов, экономистов и банковских работников. Только в прошлом году органами наркоконтроля пресечена преступная деятельность около сотни коррумпированных сотрудников правоохранительных и силовых ведомств, причастных к наркопреступности. Такова вкратце характеристика наркоситуации в России.

Каковы же угрозы национальной безопасности России, обусловленные наркоагрессией? Их можно условно подразделить следующим образом:

угроза в международной сфере — это транснациональная преступность и международный терроризм;

угроза в сфере государственного управления — рост преступности и коррупция;

угроза в экономической сфере — ослабление единого экономического пространства, нанесение ущерба экономической безопасности;

угроза в социальной сфере — рост смертности населения, рост заболеваемости сопутствующими наркомании заболеваниями, рост социального расслоения общества, демографический спад; угроза в информационной сфере — развитие наркотической субкультуры.

В качестве ответа на вызов наркосистемы с целью повышения эффективности антинаркотической работы в стране Президентом Российской Федерации в 2003 году создано специально уполномоченное федеральное ведомство по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ. В настоящее время это ФСКН России. Определены основные приоритеты работы нового федерального органа: борьба с организованными формами наркопреступности, ликвидация финансовой базы наркомафий, подрыв ее экономических основ. Несмотря на исторически короткий срок деятельности, ФСКН уже удалось занять свое место в системе противодействия наркопреступности. В 2004 году ФСКН России возбуждено 57 837 уголовных дел, из них уголовные дела по тяжким и особо тяжким преступлениям составили 44 %. Дела по преступлениям, совершенным группой лиц по предварительному сговору или организованной группой, составили 53 %, дела, связанные со сбытом наркотиков, — 48 %.

По итогам 2004 года ФСКН России изъято 102 тонны 252 килограмма наркотических, психотропных и сильнодействующих веществ. Всего в стране изъято 129 тонн. Активизация этой работы позволила России лидировать в рейтинге ООН, — приведенные цифры больше, чем показатели по Канаде и Великобритании вместе взятые, а эти страны занимали в 2003 году лидирующее место в указанном рейтинге ООН.

Какие возможности влияния на сложившуюся ситуацию по направлениям своей деятельности видит ФСКН России?

На основе реальной обстановки, которая складывается в стране, мы полагаем, что для улучшения оперативно-служебной деятельности на этом направлении необходимо сосредоточить основные усилия на выявлении и расследовании тяжких и особо тяжких преступлений, отнесенных к компетенции органов наркоконтроля, повысить эффективность работы по подрыву экономических основ наркопреступности.

Если в 2003 году всеми правоохранительными органами было возбуждено только одно уголовное дело по легализации и отмыванию средств, полученных в результате наркопреступности, то в 2004 году ФСКН России уже возбуждено 314 уголовных дел. Это

не значит, что они все дойдут до суда, но это заявка на некий опыт, который предстоит еще наработать.

ФСКН планирует продолжить проведение оперативно-профилактических мероприятий "Канал", "Мак", "Синтез" и другие. Намечаем принять необходимые меры по улучшению координации деятельности федеральных органов исполнительной власти для успешного принятия и полной реализации федеральной целевой программы "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в 2005—2009 годах".

Требуют совершенствования многие формы взаимодействия правоохранительных органов, заинтересованных министерств, служб и агентств Российской Федерации в сфере противодействия незаконному обороту наркотиков и профилактики наркомании.

В целях повышения эффективности взаимодействия с государствами — членами ОДКБ по перекрытию афганского наркотрафика мы продолжили работу координационного совета с участием руководителей компетентных органов по противодействию незаконному обороту наркотиков государств — членов ОДКБ. Будут укрепляться и развиваться международные отношения с компетентными органами других иностранных государств. Создается единый банк данных по вопросам, касающимся оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также противодействия их незаконному обороту.

Хотелось бы прокомментировать этот пункт в нескольких словах. Дело в том, что сейчас мы вынуждены, рассматривая отдельные цифры, ссылаясь на них, говорить о том, что по различным оценкам цифры эти таковы, а по экспертным оценкам цифры таковы. Какой цифре можно доверять, а какой нельзя? Создание единого банка, на мой взгляд, как раз и позволит перестать обращаться с цифрами таким образом. В данном случае вся статистическая отчетность, все необходимые информационные ресурсы в таком банке будут не только собраны, но и проанализированы с точки зрения их достоверности, соотносимости и так далее. Таким образом, мы будем иметь более четкую картину ситуации, с которой сталкивается Россия в сфере распространения наркотиков.

Необходимо продолжить работу по совершенствованию законодательства Российской Федерации в области противодействия незаконному обороту наркотиков, распространения наркомании и правового обеспечения оперативно-служебной деятельности органов наркоконтроля.

Предыдущий докладчик говорил о том, что достаточно часто звучат мнения по поводу несовершенства законодательства. Социологи нередко отмечают, что именно законодательство мешает бороться с незаконным оборотом наркотиков, противодействовать наркомании. Это, с одной стороны, так, а с другой — не так.

В принципе законодательство Российской Федерации в целом соответствует международному праву и обеспечивает возможность эффективно противодействовать наркомании. В то же время ряд пробелов в этом законодательстве имеется.

С одной стороны, практически не урегулирована в законодательстве сфера профилактической работы по противодействию угрозе распространения наркомании. Министерство здравоохранения и социального развития совместно с нашей службой в настоящее время готовят для рассмотрения в Правительстве комплексный нормативный правовой акт по внесению необходимых изменений как в закон о наркотических средствах и психотропных веществах, так и в ряд других законодательных актов, с тем чтобы имеющиеся пробелы устранить, чтобы понятие и содержание профилактической работы в законодательстве присутствовали.

Что касается дальнейших перспектив развития законодательства, то, на наш взгляд, необходимо, во-первых, устранить те небольшие противоречия с международным законодательством, которые все еще имеются. В частности, у нас недостаточный контроль за оборотом прекурсоров. Что такое прекурсоры, вы, наверное, представляете — без них производство наркотиков невозможно. И невозможно было бы производство наркотиков в таком количестве в Афганистане, если бы туда не поступали химические вещества, которые необходимы для изготовления героина. Их поступает туда достаточно для того, чтобы фактически переработать собираемый урожай опия в Афганистане на 80 %, где-то 20 % дорабатывается в близлежащих государствах. Таким образом, постоянный контроль за этой сферой необходим.

Также необходимо устранение и некоторых других противоречий международного права и нашего уголовного законодательства. В целом для исправления этой ситуации Федеральной службой по контролю за оборотом наркотиков разработан перспективный план мероприятий по совершенствованию нормативно-правовой базы в сфере контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, который в настоящее время проходит согласование в заинтересованных ведомствах и будет представлен в Правительство Российской Федерации на утвер-

ждение. Он содержит в том числе и вопросы ликвидации пробелов в регулировании легального оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, проекты постановлений Правительства, которые, к сожалению, не были приняты с момента появления закона о наркотических средствах и психотропных веществах. Это около десятка постановлений, которые пока составляют пробел в правовом регулировании этой сферы. Спасибо за внимание.

С.М. Миронов. Я предоставляю слово директору Национального научного центра наркологии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, члену-корреспонденту Российской академии медицинских наук Иванцу Николаю Николаевичу.

После его выступления вы сможете задать вопросы любому из докладчиков.

Н.Н. Иванец. Глубокоуважаемый Сергей Михайлович, уважаемые коллеги! Я остановлюсь на двух аспектах этой важнейшей и сложнейшей проблемы — на профилактике и лечении наркомании. Проблема профилактики — это проблема семьи и школы. Не случайно Министерство образования в свое время очень активно включилось в работу в этом направлении. Однако следует отметить, что кадры, которые были задействованы, одни и те же, что в нашем Национальном научном центре Минздрава, что по линии Министерства образования России. И первое мое пожелание Министерству образования и науки, хотя мы очень дружим и работаем тесно, — подготовить свои кадры.

Вообще за это короткое время было сделано очень много в области профилактики. Были разработаны и опубликованы сотрудниками нашего Национального центра базовые принципы профилактики наркомании, разработаны обучающие программы для детей и подростков, родителей, учителей, студентов и так далее по всем направлениям. Но эту сложнейшую и труднейшую проблему за короткое время не решить. Нужно было этого ожидать.

Я полностью согласен с тем, что говорил передо мной представитель Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков. Много для нас было большой неожиданностью. Страна была закрыта, особых проблем в этом направлении не было, а потом совершенно неожиданно они возникли. Вначале медленно раскачивались, и только в конце 90-х годов началась активная работа.

Когда говорим о профилактике, мы называем два слова — "спрос" и "предложение". Естественно, проблема спроса — это проблема министерства образования и министерства здравоохра-

нения, а правоохранительные органы должны бороться с доступностью, то есть с предложением. Даже по наполнению наших клиник можно сразу сказать, увеличился сегодня в Москве спрос или уменьшился. Не нужно никаких специальных исследований проводить, потому что тяжелые состояния, которые возникают у лиц, злоупотребляющих наркотиками, неминуемо приводят этого больного в медицинское учреждение.

Естественно, первичен спрос. Но любой спрос, даже приглушенный или сниженный, можно хорошо разжечь и разогреть предложением. Поэтому с наркоконтролем мы работаем в тесном контакте, созданы специальные программы. Но мне кажется, в этом направлении можно еще очень многое сделать. Немало москвичей знают, где сегодня на их улице можно приобрести наркотики.

Два слова по поводу статистики. Не случайно официальная статистика здравоохранения показывает в последние годы систематическое снижение обращений за медицинской помощью лиц, больных наркоманией, в том числе подростков и женщин. Мы с напряжением ждали статистики в этом году. Но в этом году никакого роста наркомании в среде подростков и женщин не произошло.

К большому сожалению, Россия — все-таки страна алкоголя. И вот именно в тех группах, где произошло снижение потребления наркотиков, моментально произошло увеличение потребления алкоголя, среди подростков и женщин увеличилось количество алкогольных психозов. С одной стороны, это проблема здравоохранения, а с другой стороны, проблема производства некачественных спиртных напитков.

В целом, конечно, в профилактике сегодня участвуют, как и во всем мире, общественные организации и церковь, многие институты гражданского общества. Они могут стать важным звеном в борьбе с злоупотреблением наркотическими веществами.

Теперь хочется коротко сказать и о лечении. Вообще наркологическая служба оказалась не очень готова к работе в современных условиях, хотя она организована достаточно давно. Она привыкла работать с больными алкоголизмом, алкогольными психозами. И когда пошел массовый наплыв больных наркоманией, надо было переучить врачей, перепрофилировать отделения в клиниках и провести другие мероприятия. Все это уже сделано, создана база. У вас в справке написано, сколько в России действует диспансеров, подростковых подразделений, сколько в наличии

койкомест. Сегодня в этой системе работают 6 тысяч врачей. Для нашей страны цифра эта вполне достаточна. И кафедры, которые обучают этих врачей, тоже вполне укомплектованы.

Теперь хотелось бы подчеркнуть, что наркомания — это хроническое заболевание. И ждать, что больной наркоманией, поступивший в больницу, через два дня выйдет здоровым, не стоит. Американцы очень любят сравнивать наркоманию и алкоголизм с бронхиальной астмой. Нужно точно знать: эти болезни — хроническое заболевание головного мозга. В динамике этого заболевания отмечаются два периода: ремиссия и рецидив.

И наша задача — добиться стойкой, продолжительной ремиссии, то есть практического выздоровления больного. Сегодня для этого в нашей стране уже более чем в 50 регионах созданы реабилитационные центры. Но в этом направлении еще очень много надо сделать и министерству здравоохранения, и местным органам здравоохранения.

Во-первых, заполняемость этих реабилитационных центров недостаточная, и весь реабилитационный процесс затруднен. Что значит реабилитация? Для наших больных — это труд, это терапия занятием, а эти условия не везде удалось создать. Хотя уже написаны стандарты диагностики и лечения наркомании, концепция реабилитации больных наркоманией обсуждалась в Минздравсоцразвития России, она утверждена. Созданы пособия на эту тему. Но все это только начало, и пока эти меры не привели к большому успеху. К большому сожалению, это так во всем мире. По показателям эффективности лечения наркомании мы несколько не отстаем от Запада.

И в заключение мне хотелось бы высказать два пожелания. Первое. Когда организовали службу наркоконтроля, ей отдали на откуп всю федеральную целевую программу по контролю за незаконным оборотом наркотиков. Исходя из названия этой службы, все сделано правильно, однако программа комплексная, она включает в себя и медицинский раздел.

Медицинский раздел состоит из двух частей: здравоохранение и медицинская наука. Здравоохранение обеспечивает территории финансовыми средствами из целевой программы на оснащение их химико-токсикологических лабораторий специальным оборудованием, то есть для экспертизы состояния опьянения. Более половины регионов сегодня необходимое оборудование уже имеют. В ближайшее время в соответствии с этой программой будут удовлетворены потребности всех регионов.

О динамике развития медицинской науки я не буду сейчас говорить. Однако удельный вес медицины и здравоохранения в финансировании этой программы всего 7 %, и даже эти проценты не осваиваются. Сейчас апрель, а программа еще не утверждена. Фактически мы работаем, но финансы на это не выделены. И нам все время объясняют это нестыковкой позиции Минэкономразвития с позицией Минфина России. В общем, вся работа превратилась в пустое занятие по уточнению названий оборудования, его стоимости и так далее.

Наступит май, будет объявлен конкурс, будет работать комиссия. И так вступим в лето, а в ноябре от нас потребуют отчет за год. Вот так первый год работает эта программа. Она на пять лет рассчитана, но, к большому сожалению, еще не действует. Я не хочу кого-то обвинять, однако положение не улучшается, а тому, кто работает с больными, трудно объяснить причины отсутствия финансовых средств.

И второе. Раньше работала правительственная комиссия, которая координировала работу в этом направлении всех заинтересованных министерств и ведомств, причем на достаточно высоком уровне. Заместитель Председателя Правительства России был председателем комиссии, на заседаниях отчитывались министры и другие чиновники высокого уровня, они чувствовали свою ответственность.

Было бы неплохо, если бы такая комиссия была восстановлена при Президенте России или при Совете Безопасности и не подчинялась бы одному ведомству. Важно, чтобы Госнарконтроль тоже подчинялся бы этой комиссии.

С.М. Миронов. Коллеги, вы можете задать вопросы докладчикам. Просьба представляться для стенограммы и говорить, кому вы адресуете вопрос.

С.А. Беличева, доктор психологических наук, президент Консорциума социального здоровья России, член Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации.

Мы многое узнали о том, что делается по охране наших границ, что делают правоохранительные органы по разоблачению наркопреступников. Это нужные вещи, однако это составная часть работы. Мы ничего не услышали о том, что делается на других направлениях. Какие социокультурные программы реализуются? Что у нас делает телевидение, какова его роль? Почему наркотики распространены на дискотеках? Каково значение психологической науки в решении проблем наркомании? У нас сегодня только в образовании около 100 тысяч психологов, немало их в здравоохранении. Ведь без психотерапевтических, психологиче-

ских, социокультурных программ при всех благородных усилиях правоохранительных органов проблема не решится. Очень хотелось бы об этом услышать.

С.М. Миронов. Мы заслушали три доклада, 12 экспертов записались на выступления. Я думаю, что перечисленные Вами вопросы обязательно найдут отражение в последующих выступлениях. Будем считать, у Вас не вопрос, а пожелание.

Пожалуйста, Ваш вопрос.

Отец Анатолий (Берестов), иеромонах, руководитель Душепопечительского центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского.

У меня вопрос к уважаемому Николаю Николаевичу Иванцу.

Вы сказали, что в 50 регионах открыты реабилитационные центры. Какова их наполняемость и эффективность работы?

Мне приходится ездить по многим регионам, я побывал во многих реабилитационных центрах и, к сожалению, должен отметить их очень слабую наполняемость.

Н.Н. Иванец. Спасибо за вопрос. Я уже говорил об их недостаточной наполняемости и эффективности, которая оставляет желать лучшего. Больше я ничего добавить не могу.

С.М. Миронов. Леонид Иосифович Барон, пожалуйста.

Л.И. Барон, председатель Экспертного совета Института социально-экономического и инвестиционного проектирования, член Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации.

Хотелось бы поблагодарить за очень подробный и тщательный анализ проблемы, сделанный на высоком профессиональном уровне. Я ознакомился с данными, по некоторым хотелось бы услышать комментариев профессионалов.

Все выступавшие отмечали, что к 2003—2004 годам у нас налицо рост числа как пробовавших, так и потреблявших и злоупотреблявших наркотиками, зафиксированный нашей статистикой. В то же время мы знаем, что именно в 2003 году была создана Федеральная служба по контролю за незаконным оборотом наркотиков и ей была передана огромная материально-техническая база по всей России, у нее появились огромные технические возможности. Как объяснить такого рода статистический результат? Это первое.

И второе. Попробую несколько уточнить вопрос о пропагандистской работе, эффективности пропагандистских мероприятий.

Мы постоянно слышим и читаем в прессе информацию, касающуюся наркотиков (довели до самоубийства студентов в каких-то клубах, предъявили серьезные претензии к ветеринарам).

В то же время имеется огромное количество щитов по всей России с совершенно декларативными надписями: "Скажи "нет" наркотикам!". Анализируется ли эффективность пропагандистской и PR-работы новой федеральной службы, планируются ли какие-то новые пропагандистские и информационные мероприятия?

И как будет контролироваться их эффективность, поскольку это все делается на бюджетные деньги? Я думаю, что мы, члены Научно-экспертного совета законодательного органа власти, вправе знать это.

Д.В. Костеников. В 2003 году, когда была создана федеральная служба (вернее, тогда еще государственный комитет), произошел спад правоохранительной деятельности по этому направлению. Произошел он вполне закономерно, поскольку органы внутренних дел частично перестали работать по этой проблеме, уже ожидая этого реформирования, а новая служба пока набирала кадровый потенциал, создавались необходимые нормативно-правовые условия ее деятельности, и она тоже не сразу включилась в работу. Таким образом, данные статистики за 2003—2004 годы в этой области и те тенденции, которые они обозначают, нуждаются в соответствующем анализе. Определенное снижение правоохранительной составляющей в этой работе было налицо в 2003 году. В 2004 году ситуация значительно изменилась, произошел рост изъятий наркотических средств, психотропных веществ из незаконного оборота, даже цены на многие наркотики в ряде регионов повысились. Это говорит о том, что они стали все-таки менее доступны. Однако повышение цен говорит о том, что спрос на наркотики сохраняется на стабильном уровне. Кроме того, в этот же период были внесены изменения в уголовное законодательство, и порог привлечения к уголовной ответственности за незаконное хранение наркотических средств и психотропных веществ был поднят. Поэтому уменьшилось количество уголовных дел по этой статье. Издание постановления Правительства № 231 во исполнение этой статьи вызвало достаточно широкий общественный резонанс и комментировалось рядом общественных деятелей, юристов как шаг к легализации наркотиков, снижению уровня борьбы с незаконным оборотом наркотиков. Но вскоре, я считаю, эта ситуация будет несколько подправлена, поскольку подготовлен законопроект, который уже прошел правительственную комиссию по законодательной деятельности, — о внесении изменений в статью 228 Уголовного кодекса Российской Федерации. В нем законодатель решил отказаться от таких терминов, как "средние и разовые дозы наркотических средств и психотропных ве-

ществ", "средние разовые дозы потребления". Правительство должно установить крупные и особо крупные размеры доз для привлечения к уголовной ответственности, а размеры эти уже будут устанавливаться с учетом непосредственной опасности нахождения данного вида наркотических средств, психотропных веществ в незаконном обороте.

Что касается пропагандистской деятельности нашей службы, то в нашем ведомстве создано два управления: управление межведомственного взаимодействия в сфере профилактики, которое должно заниматься вопросами координации, и традиционное подразделение — центр общественных связей. В настоящее время нарабатывается опыт, проводятся соответствующие массовые мероприятия, анализируются телевизионные передачи и радиопрограммы, устанавливаются контакты с другими заинтересованными ведомствами, которые контролируют средства массовой информации по этому направлению. Да, следует признать: пока еще результаты не очень радуют.

С.М. Миронов. Слово предоставляется руководителю Душепопечительского центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского отцу Анатолию.

Отец Анатолий (Берестов). Дорогие друзья, мы уделяем много внимания этой страшной проблеме — наркомании, часто говорим о наркомафии и борьбе с наркоманией. Но почему мы забываем, что помимо "черного" наркорынка у нас существует легальный наркорынок? Совершенно свободно в аптеке можно купить тяжелый наркотик и, простите за выражение, "дуреть" от него до смерти.

Наибольшую опасность на легальном наркорынке представляют лекарственные препараты, содержащие кодеин: терпинкод, кодилак, кодипронт, налорфин плюс и другие. Как известно, кодеин является наркотиком-алкалоидом опия с морфиноподобным действием на нервную систему. В советское и перестроечное время все препараты кодеина продавались только по рецептам. Достаточно принять несколько таблеток терпинкода, чтобы получить достаточно сильный морфиноподобный эффект: у молодого человека изменяется поведение, он становится неуправляемым, злобным, агрессивным, склонным к криминогенному поведению, легко возбудимым. Зрачки сужаются, лицо краснеет, глаза приобретают особый блеск. Психические нарушения держатся после приема кодеина в течение нескольких дней, иногда до недели. Кодеиновые препараты запиваются, как правило, пивом или принимаются вместе с феназепамом для усиления наркотического

эффекта. Все наркологи и другие специалисты, работающие по реабилитации наркозависимых, отмечают, что эти препараты значительно затрудняют процесс реабилитации.

Кроме того, появился опять трамал, трамал ретард, с которым мы так настойчиво боролись в 2002 году. Победили-таки! Закрыли безрецептурную продажу трамал ретарда.

А в 2004 году вновь на легальный рынок наркотиков — в открытую аптечную сеть — выпущен трамал ретард, но уже под другим названием и опять все той же пресловутой фирмой "Грюненталь". Только на сей раз трамал соединен с парацетамолом и выпускается под названием золдиар. Мы хорошо знаем, что практически все наркозависимые инфицированы гепатитом В, С, некоторые и гепатитом Д. У всех наркозависимых печень в большей или меньшей степени страдает. Видимо, именно в силу этого и введен был парацетамол в золдиар, так как парацетамол в больших дозах способствует поражению печени. У детей парацетамол может вызывать тяжелое поражение печени и мозга — так называемый синдром Рэйе, дающий смертельный исход до 85%. В моей докторской диссертации на тему "Инфекционно-токсическое поражение нервной системы у детей" (Москва, 1991 год) целая глава посвящена синдрому Рэйя и влиянию парацетамола и аспирина на печень. В настоящее время золдиар активно входит в наркосреду как легальный наркотик.

Я много раз обращался в высшие инстанции по поводу борьбы с легальным наркорынком — никакого ответа. Неоднократно обращался к Виктору Васильевичу Черкесову, обращался в Государственную Думу, обращался к Президенту России — никакого ответа. Правда, из Госнаркоконтроля мне ответили, что они передают мои бумаги в министерство здравоохранения, но из министерства никакой реакции не последовало.

Другим легальным наркотиком, свободно продающимся в аптеках, является стадол — синтетический опиоидный анальгетик с наркогенным эффектом. В больших дозах, а у детей и в обычных терапевтических дозах, он вызывает эйфорию, возбуждение, галлюцинации, необычные сновидения (Справочник ВИДАЛЬ. Лекарственные препараты в России. 1999 год, стр. Б-606). Нами отмечено, что стадол пользуется популярностью, особенно у детей-беспризорников. Он дешевый и опять-таки безрецептурный.

Аптеки в огромном количестве продают солутан. Безобидный, нормальный, хороший детский препарат от кашля, при бронхиальной астме, но ведь это же препарат для изготовления наркотика первитина — "винта" в домашних условиях. В последнее время

количество наркозависимых, употребляющих первитин ("винт") значительно увеличилось. Первитин особенно страшен тем, что приводит к развитию тяжелой энцефалопатии по типу прогрессирующей лейкоэнцефалопатии, при которой прогрессирующе нарастают поражения экстрапирамидной системы, атаксия, параличи, нарушения речи. Человек превращается в тяжелого инвалида.

Почему нельзя отрегулировать этот процесс, когда наркозависимые люди по 200, 300, 500 флаконов солутана покупают? Наверное, это не для лечения собственного ребенка.

Я не за то, чтобы запретить продажу этих препаратов, нет. Надо отрегулировать их продажу. Отпускать по рецептам, как сделали это с трамал ретардом. Стали отпускать этот препарат по рецептам, проблема сразу же потеряла остроту.

Скажу несколько слов о профилактике. Для подавляющего большинства из нас профилактика — это не пропаганда. Это прежде всего очень тяжелая, кропотливая работа с детьми. Это работа с детьми, а не просто пропаганда, которую иногда можно определить как говорильню.

Наш центр разработал активную программу профилактики наркомании, которая с успехом апробируется в Юго-Восточном административном округе Москвы. Эту программу поддержали Госнаркоконтроль, московское правительство. И когда родители увидели, что мы работаем не с наркоманами, а с детьми группы риска, с безнадзорными детьми, увидели, насколько полезна эта работа, они стали приходить и помогать нам, а их дети стали говорить: "Нет, наркотики — это плохо, мы наркотики потреблять не будем".

Русская православная церковь разработала православную концепцию профилактики наркомании в России, которую мы в ближайшее время представим в Правительство России, в Государственную Думу и Совет Федерации, профильные министерства. Как только она будет подписана патриархом, мы ее сразу внесем. В разработанной программе мы уделяем внимание не только духовной жизни, которая стоит, с нашей точки зрения, безусловно, на первом месте, но и касаемся экономических, политических, рыночных вопросов, а также ставим вопрос о том, что нужно что-то делать с регулированием производства и продажи спиртоводочных и табачных изделий. А ведь именно в 11, 12, 13 лет наши дети начинают курить, а как только начинают курить — начинают выпивать. А начинают выпивать — начинают курить травку, а вслед за этим потреблять тяжелые наркотики.

Надо начинать профилактику не тогда, когда дети уже принимают наркотики, а до того, как они начали курить. Надо начинать профилактику наркомании еще до рождения детей, в среде их родителей. И если эта программа, вернее ее концепция, ляжет к вам на стол, я бы просил очень серьезно отнестись к ней, потому что там отражены злободневные вопросы нашего времени, на которые мы с вами обязательно должны ответить, ответить перед своей совестью, перед Богом, перед будущими нашими детьми.

С.М. Миронов. Скажите, пожалуйста, а ваш центр где находится?

Отец Анатолий (Берестов). На Крутицком патриаршем подворье.

Принято постановление попечительского совета, в который входят многие федеральные руководители, некоторые депутаты Государственной Думы, о выделении земли и строительстве Духопопечительского центра в районе Аннино. Скоро мы начинаем строительство этого центра.

С.М. Миронов. Спасибо большое. Если у Вас не будет возражений, я как-нибудь к Вам приеду, хочу посмотреть.

Я заранее благодарю всех за выступления, вопросы, предложения. Обязательно всю стенограмму прочитаю, как я всегда и делаю после наших заседаний. А сейчас прошу ответственного секретаря Научно-экспертного совета Анатолия Алексеевича Нелюбина дальше вести заседание.

А.А. Нелюбин. Слово предоставляется Марченкову Валерию Ивановичу, начальнику Военного университета, члену Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации.

В.И. Марченков. Уважаемые товарищи! Я хотел бы выступить по теме "Обеспечение наркобезопасности — комплексная проблема", сформулировать предложения по укреплению наркобезопасности России.

Не буду говорить о тех цифрах, которые здесь уже приводились, о тех тенденциях, которые якобы наметились у нас в государстве по улучшению борьбы с наркоманией. Я думаю, что результатов пока нет. Здесь говорили, что наркотики стали менее доступны. Мне кажется, просто они стали более востребованы и поэтому цена на них поднимается. Неслучайно наркодельцы вначале устанавливают малые цены на наркотики, а потом увеличивают их с момента роста количества потребляемых наркотиков.

Наркомания оказалась чрезвычайно живучей. Она мгновенно реагирует на изменения в экономике, в законодательной и право-

применительной практике, мутирует, видоизменяется, активно приспосабливается к новым условиям и методам борьбы с ней.

Сегодня практически не остается ни одной этнической, возрастной, профессиональной группы, сферы социальной жизни, которым наркомания не нанесла бы ущерба. Наркодельцы пытаются все больше влиять на культуру, искусство, политику, экономику государства в целях получения сверхприбылей. В последние годы наркомания, к сожалению, становится проблемой и для Вооруженных Сил, а значит, от ее решения в определенной степени уже зависит и обороноспособность государства.

Из всего вышесказанного следует, что наркомания — комплексная проблема и требует комплексного подхода при планировании мер противодействия ей. Прежде всего считаю целесообразным выделить наиболее существенные свойства наркомании. Наркомания — это бизнес. Грязный, преступный, но чрезвычайно прибыльный бизнес. И признание этого факта ведет к пониманию приоритетных экономических мер борьбы с ней.

Представляется необходимым глубокое познание механизмов функционирования наркобизнеса, их четкое описание в реальной экономической деятельности, выделение его ключевых этапов как процесса. Это производство, реклама, маркетинг, продвижение, распространение наркотических средств, конкурентная борьба, расширение рынков сбыта, правовое, научно-техническое, психологическое обеспечение наркобизнеса и т.д. Другими словами, необходимо составить его подробный "портрет". К созданию такого "портрета" важно привлечь ведущих ученых, практиков, экономистов, психологов, наркологов, педагогов, юристов, медиков, техников и других специалистов, ориентированных на поиск эффективных способов борьбы с наркоманией.

Государство, безусловно, осуществляя исчерпывающие правовые санкции против преступников из наркобизнеса, должно вести жесточайшую экономическую войну с ними, чтобы сделать наркобизнес экономически невыгодным. Ведь история человечества не знает практически ни одного примера решения крупной социальной проблемы исключительно запрещающими методами.

Так, на этапе производства наркотических средств необходимо закрыть доступ преступников к сырью. Для этого следует использовать все меры и средства: уничтожение наркоплантаций и конфискацию компонентов для производства наркотиков; локализацию районов производства сырья; изоляцию самих наркопроизводителей; создание гербицидов и селекцию растений — конку-

рентов нарконосителей, рецептур, нейтрализующих психоактивные компоненты наркотиков и т.д.

Правильно здесь отмечал отец Анатолий — многие компоненты для производства наркотиков свободно продаются в аптеках.

Необходимо противопоставить наркодельцам мощную антирекламу наркотиков. Посмотрите, как рекламируют свои товары некоторые предприниматели: размещают ее в школьных учебниках, на детских товарах, стремясь на подсознательном уровне влиять на будущих покупателей. Нужна тонкая, скрытая контрпропаганда наркотиков в детских компьютерных играх, телесериалах, популярной литературе, Интернете.

Для лишения наркодельцов рынков сбыта необходимо предоставить молодежи комплекс услуг более привлекательных и социально ценных, чем употребление наркотиков. Следует активнее развивать сеть доступных для посещения детских и молодежных спортивных учреждений, секций, кружков по интересам, зимних и летних молодежных спортивных, трудовых, поисковых лагерей, культурных учреждений и т.д. Наркомания должна напористо вытесняться прежде всего из юношеской субкультуры, из молодежного сознания.

Жизнь остро ставит вопрос о создании технических и биотехнических средств эффективного обнаружения наркотических веществ, которыми могли бы быть оснащены многие учреждения, а главное, транспорт на основных схемах наркотрафика.

По-видимому, для того чтобы сохранить физическое здоровье нации и социальное благополучие нашего народа, обеспечить поддержание обороноспособности России на требуемом уровне, сегодня мы не можем обойтись и без весьма непопулярных и жестких мер. Попробую телеграфно сформулировать их. Это:

- осуществление раннего выявления детей с симптомами наркотической предрасположенности с помощью современных генетических методов диагностики и организация социального и медицинского контроля за их развитием, превентивной психологической и педагогической коррекции вплоть до осуществления превентивного антинаркотического кодирования;
- осуществление обязательного ежегодного тестирования школьников старших классов на предмет пристрастия к наркотикам, создание специальных интернатов для детей, склонных к употреблению наркоактивных веществ;
- обязательное осуществление наркотической экспертизы призывников в Вооруженные Силы Российской Федерации, лиц, поступающих в военно-учебные заведения, выпускников военных

вузов, в том числе с применением современных аппаратурных средств, приборов биорезонансной психодиагностики и т.д.;

- создание реально действующей многоуровневой системы экстренной медицинской и психологической помощи лицам, злоупотребляющим наркотиками, психолого-педагогического сопровождения неблагополучных семей и т.д.;

- внесение соответствующих изменений в российское законодательство, позволяющих после тщательной независимой экспертизы осуществлять принудительное лечение лиц, больных наркоманией, независимо от их возраста и социального положения;

- безусловное исключение из политической, административной, педагогической, командной сфер лиц, замешанных в употреблении и распространении наркотиков, составление списка профессий, закрытых для наркоманов;

- участие в международных договорах и практических действиях, объединяющих экономические, материальные, организационные усилия государств и направленных на борьбу с наркомафией: экономическая и политическая блокада государств-наркопроизводителей, признание персонами нон грата политических деятелей, лоббирующих интересы наркодельцов.

Таким образом, наркомания — это не только крайне острая, но и крайне сложная, многоаспектная, комплексная социальная проблема. И решить ее можно лишь с помощью аналогично комплексной, многоуровневой системы точно ориентированных, целевых мероприятий, осуществляемых одновременно в экономической, правовой, медицинской, психологической, педагогической, фармакологической и других сферах жизнедеятельности нашего общества.

А.А. Нелюбин. Слово предоставляется Безруких Марьям Моисеевне, директору Института возрастной физиологии Российской академии образования.

М.М. Безруких. Глубокоуважаемые коллеги! Действительно, проблема, о которой мы сегодня говорим, требует особого внимания. Мы сегодня много говорили о ситуации в России, приводили статистические данные, но я считаю, что те цифры, которые звучали, и вообще те данные, которые мы имеем, фрагментарны и бессистемны. Фактически системных данных мониторинга по разным регионам, по разным группам учащихся у нас нет. У нас в институте с 1999 по 2004 год создана достаточно репрезентативная выборка: это подростки от 12 до 16 лет. Хотя нужно делить и эту группу, что потребует очень серьезных затратных исследований. К сожалению, этим пока никто не занимается.

Мы рассматриваем наркотизм как комплексную проблему, ее нельзя рассматривать только как проблему употребления наркотиков. Правильно здесь отмечалось, что все начинается с курения, с первой пробы курения, алкоголя, а затем уже появляются наркотики. И первые пробы уже в 8 лет, к сожалению, не единичны.

Фактически 40 процентов детей — это группа высокого риска. Это дети, которые систематически употребляют алкоголь, систематически курят и начинают пробовать наркотики.

Мы всегда считали, что менее благополучны мальчики, более благополучны девочки. К сожалению, тенденция последних пяти лет показывает обратное. На селе среди мальчиков примерно к 14 годам формируется определенное количество курящих и пьющих подростков, и на этом кривая стабилизируется, к 18—20 годам подобная группа среди девочек неуклонно растет. И это бедствие, потому что это будущие матери, это неблагополучные семьи, это неблагополучные дети. На самом деле село не просто догоняет, а по некоторым параметрам перегоняет город. Наркотики на селе сегодня есть, несмотря на то что исследования мы проводили в очень отдаленных селах, как бы не испытывающих влияния центра. Независимо от того, где живет ребенок, сегодня доступно все: и алкоголь, и табак, и наркотики.

Необходимо очень серьезно заниматься разными видами профилактики, специалисты разного профиля должны разрабатывать свои программы. Медики не могут разрабатывать программу для системы образования. В системе педагогической профилактики есть своя специфика.

В профилактике участвуют и семья, и школа, и родители, и их усилия важно координировать с другими возможностями профилактической деятельности.

Я согласна с тем, что начинать педагогическую профилактику в 11—12 лет, как было принято, поздно. Мы сейчас разработали программу профилактики с 8 лет. Казалось бы, рано, но нужно понимать, что в 8 лет дети уже пробуют курить и пить алкоголь.

Мы подготовили программы для 2, 3 и 4 класса как программы понимания себя, понимания других и обучения тому, как общаться. Так и называются рекомендованные детям рабочие тетради: "Учусь понимать себя", "Учусь понимать других", "Учусь общаться". Программа продолжается в 5—6 классах, а дальше программа выстраивается на других принципах, на других тактиках и на другой технологии, в зависимости от возрастных особенностей детей.

Принципы педагогической профилактики я не буду перечислять, но хочу подчеркнуть один момент — возрастную адекват-

ность. Если мы используем неадекватные меры и технологии работы, наша работа неэффективна.

К сожалению, мало научных исследований на тему пагубных результатов потребления психоактивных веществ. 10 лет назад в нашем институте проводился очень серьезный комплекс нейрофизиологических исследований о влиянии курения и алкоголя. Мы тогда получили уникальные данные; разумеется, это были не экспериментальные данные, а работа с подростками, уже ставшими алкоголиками. Если ребенок начинает употреблять алкоголь до 12 лет, происходят необратимые изменения в функциональном развитии мозга, мы должны это понимать и учитывать. Но такие исследования единичны. Я полагаю, что государственная программа профилактики должна предусматривать серьезные научные исследования и серьезный мониторинг.

И последнее. Мы попробовали проанализировать те антинаркотические ролики, которые были показаны на телевидении в течение последних двух лет, а также рекламу "против" в молодежных журналах.

Оказывается, реклама табака и алкоголя делается очень профессионально, с учетом законов восприятия, настолько профессионально, что она агитирует за употребление алкоголя и табака. Противоположная реклама не действенна, основным ее вариантом является "страшилка", а это самый неэффективный ход.

А.А. Нелюбин. Слово предоставляется Геришу Андрею Анатольевичу, консультанту Департамента молодежной политики, воспитания и социальной защиты детей Министерства образования и науки Российской Федерации.

А.А. Гериш. Уважаемый президиум, уважаемые коллеги! Наше министерство с 1998 года является ответственным за проведение профилактической работы прежде всего с целевой аудиторией несовершеннолетних и с их родителями и считает это одним из приоритетных направлений деятельности своей системы. За последние годы в достаточно полной степени создана методическая база для проведения антинаркотической и профилактической работы. Создавали эту базу не только медики, как сказал уважаемый Николай Николаевич Иванец, раскрывая тезис о кадрах. Разумеется мы не мыслим себе работу без врачей, без медиков. И немалую долю методических разработок профилактической деятельности готовили с участием представителей и специалистов Минздрава.

Ту базу, которую медики наработали, мы дополняем и развиваем уже своими педагогическими технологиями. И Концепция профилактики наркомании в образовательной среде, одобренная

правительственной комиссией в 2000 году, является основным документом, по которому в системе образования России ведется профилактическая работа.

Целый ряд программ пришлось дифференцировать для разных возрастных групп. В органы управления образованием было разослано 58 наименований документов. Сейчас можно сказать, что все школы, все образовательные учреждения России в должной мере оснащены необходимыми методическими пособиями и наглядными средствами обучения.

С 2001 года нашим министерством подготовлена унифицированная программа по повышению квалификации работников образовательных учреждений. Безусловно, мы ее также разрабатывали с помощью медиков, ученых Национального научного центра наркологии. На базе семи федеральных округов созданы основные центры, которые отвечают за повышение квалификации работников образования округа. Прошедших в них переподготовку специалистов мы не бросаем, разработана дистанционная программа обучения, и с прошедшими обучение курсантами она продолжает работать.

Одно из звеньев нашей работы — это социальная реабилитация детей из числа бывших наркозависимых, прошедших лечение в системе здравоохранения. Они находятся в состоянии ремиссии, но потом, как правило, возникают рецидивы. Нами создано 25 реабилитационных центров в тех или иных субъектах Федерации.

Не все центры пока действуют эффективно, но такая работа началась, и эта работа, безусловно, пионерская.

Не так все хорошо складывается и в направлении межведомственного взаимодействия. На федеральном уровне у нас сейчас взаимодействие налажено, с началом работы Госнаркоконтроля оно стало особенно интенсивным.

В частности, Министерством образования и науки в марте прошлого года создан межведомственный Совет по вопросам профилактики наркомании. Председателем совета является Министр образования и науки, заместителем председателя — начальник Управления Госнаркоконтроля. Совет проводит экспертизу по вопросам профилактической работы в образовательной среде, в школах, становится как бы ситом, через которое должны проходить все стратегические программы по профилактике наркомании в России.

В марте текущего года Совет рассмотрел вопрос о стандартах, разрабатываемых министерством образования, специалистами.

Мы определили некие ориентиры для целевых групп, педагогов, детей, на которые в регионах должны равняться образовательные учреждения при проведении профилактической работы. В целом стандарт был одобрен, но были замечания. Замечания до 10 мая должны быть учтены. И мы планируем на июньской коллегии определенные блоки этого стандарта или минимальных требований проиллюстрировать и потом, апробировав, уже начиная со следующего года организовать работу в регионах по этим стандартам.

В заключение хочу поддержать Николая Николаевича Иванца: действительно, большие проблемы возникают в связи с реализацией федеральной целевой программы на 2005—2009 годы. Финансирование по линии Минздрава до 7 процентов сократилось, по Министерству образования и науки — до 6 процентов.

За последние годы по инициативе Минфина России вообще наметилась тенденция сокращения финансирования системы образования. Программа с трудом проходит согласование через главные ведомства — Минэкономразвития и Минфин. В пунктах программы находят изъяны. Это грозит тем, что система образования получит менее 1 процента денег, выделяемых на всю федеральную целевую программу, которая рассчитана на 5 лет.

А некоторые пункты, такие, как повышение квалификации, уже давно исключены. Так считают в Минэкономразвития и Минфине, а Госнаркоконтроль эту ситуацию, к сожалению, не может исправить, в целом решить проблему повышения квалификации и в своем ведомстве, и в Минздраве. На это денег вообще не предполагается выделять.

Безусловно, мы пишем об этом в Госдуму, обращаемся в Совет Федерации. Может быть, что-то можно изменить, хотя боюсь, что 2005 год уже "ушел". Но есть 2006 год, надо бороться за решение вышеуказанных проблем.

А.А. Нелюбин. Слово предоставляется Кузичеву Игорю Александровичу, председателю правления автономной некоммерческой организации "Институт поведения".

И.А. Кузичев. В своем докладе я бы хотел предложить свою трактовку проблемы наркозависимости, на сегодняшний момент являющейся угрозой национальной безопасности. Действительно, ситуация в стране характеризуется высоким уровнем угрозы со стороны наркопреступности и наркомании. В чем же суть этой угрозы? Предложу три основных, по нашему мнению, элемента, которые в наиболее полной степени раскрывают смысл слова "наркоугроза".

Первый — это высокий уровень незаконного оборота наркотиков, определяемый прежде всего незащищенностью границ Российской Федерации: на постсоветском пространстве практически имеются возможности ввозить на территорию нашей страны большое количество наркотических веществ. Но об этом уже говорилось сегодня.

Второй элемент, который раскрывает, по нашему мнению, суть угрозы, — это острые социально-экономические последствия наркомании: высокий уровень преступности, ухудшение генофонда нации, невозможность для большой доли экономически активного населения эффективно работать, низкая рождаемость, высокая смертность, ВИЧ-инфекции, гепатит и другие серьезные социальные и медико-биологические проблемы.

А вот на третьем элементе хотелось бы остановиться подробнее.

По нашему мнению, важным обстоятельством является тот факт, что отсутствуют эффективные методы лечения, механизм выздоровления наркозависимых людей. Если взять нормативные и научные документы Минздрава и других ведомств, то в них об этом редко говорится. Вместе с тем в общественном сознании уже отложилось: поскольку практические действия неэффективны и принципиально не выявлен механизм, то бороться с наркоманией большого смысла нет.

Как можно уменьшить число людей, систематически употребляющих наркотические вещества? Такая ситуация сложилась не только в России, но и во всем мире. Однако мы живем в России и говорим прежде всего о своих национальных интересах. Мне кажется, есть смысл обратиться к нашей истории. В прошлом при возникновении угрозы народ сплачивался и различные институты, которые этой угрозе должны противодействовать, тоже сплачивались. Государство здесь играло большую роль вне зависимости от политических пристрастий и существовавших режимов.

В год 60-летия Победы в Великой Отечественной войне можно вспомнить о военной угрозе накануне 1941 года. Тогда и государство, и граждане, все силы общества мобилизовались, мы, несмотря на грубейшие ошибки руководства страны, большой ценой, но добились победы над фашизмом.

Еще один пример из истории. Когда России необходимо было создать в кратчайшие сроки ядерное оружие, чтобы устранить угрозу ядерного нападения (в то время принципиально отсутствовал механизм создания данной бомбы), то общество, государство и граждане сплотились и решили эту задачу, нашлось и финансовое

обеспечение ее реализации. Сегодня за проблемы наркозависимости, наркомании наша страна уже заплатила большую цену, пора бы наконец наметить пути в сторону туннеля, в конце которого должен быть свет.

Думаю, если в таком ключе формулировать задачу перед обществом, то проблема наркомании будет решаться. Если все будет четко понимать задачу, то она будет решаться. Денег в России всегда не хватало, поэтому давайте пытаться осуществить конкретные проекты в сложившихся условиях.

Осознание этой задачи побудило группу российских ученых и предпринимателей создать высокотехнологичный инновационный проект и приступить к его осуществлению с привлечением российского частного венчурного капитала. В рамках этого проекта на первом этапе подготовлены специалисты и создан центр по устранению наркотического поведения. Пропускная способность такого центра — 150 человек в месяц. То есть каждый месяц 150 человек прекращают употребление наркотических веществ. Да, это амбициозное утверждение, но мы на нем настаиваем. Все, кто желает, могут приехать к нам, ознакомиться с нашим опытом.

Создана и проверена на практике программа подготовки кадров для работы в таких центрах. На следующем этапе инновационный проект предусматривает создание учебно-методического комбината, что позволит за первые три года подготовить кадры для более чем 100 подобных центров. Такое количество центров по устранению наркотического поведения позволит ежегодно оздоравливать около 200 тысяч наркозависимых людей по всей стране.

Достижение цели инновационного проекта позволяет без привлечения государственных средств в ближайшее время коренным образом изменить наркоситуацию в стране в лучшую сторону и существенно снизить уровень наркоугрозы.

В.А. Черешнев. Скажите, пожалуйста, как долго держится эффект?

И.А. Кузичев. Если Вы научитесь ездить на велосипеде, долго держится эффект?

В.А. Черешнев. Долго.

И.А. Кузичев. Механизм устранения наркотического поведения такой же.

В.А. Черешнев. Это разные вещи. Совершенно разные доминанты и психоэмоциональное состояние... (*Шум в зале.*)

И.А. Кузичев. Приглашаю обсудить это в частном порядке и готов дать исчерпывающие ответы на многие вопросы.

Н.Я. Ларионова, президент Международной общественной организации "Союз социальной защиты детей".

Человек возвращается опять в тот же социум, в привычную среду после вашего центра?

И.А. Кузичев. Человек в процессе лечения в центре живет в привычной для него среде. И проверяет полученные навыки в своем подъезде, в своем окружении.

Е.А. Кошкина, руководитель отделения эпидемиологии Национального научного центра наркологии.

Где находится ваш центр?

И.А. Кузичев. Экспертный центр Комитета Государственной Думы по безопасности расположен по адресу: Москва, ул. 1-я Мытищинская, 3-А. Телефоны: 687-69-45, 687-69-43.

А.А. Нелюбин. Слово предоставляется Решетникову Михаилу Михайловичу, ректору Восточно-Европейского института психоанализа, члену Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации.

М.М. Решетников. Уважаемый председательствующий, уважаемые коллеги! Мое выступление, возможно, прозвучит некоторым диссонансом тому, о чем здесь говорилось.

Беглый просмотр тех материалов, которые нам выдали, и содержание выступлений показывают, что у нас вообще нет точной статистики по этим вопросам. И здесь нужно создавать не единый банк данных, а единую систему учета, иначе мы можем не найти общего языка. Мы должны выработать всероссийскую единую систему и методику учета. Это первое.

Теперь о динамике процесса. Вот данные 10-летнего мониторинга, проведенного ведущими специалистами-наркологами Санкт-Петербурга совместно с двумя американскими центрами с 1991 по 2001 год по всей Ленинградской области.

За этот период опийная наркомания (преимущественно героин) выросла в Ленинградской области в 50 раз. Но затем в 2002 году она сразу уменьшилась в 2,5 раза, а в 2003 году уменьшилась еще больше.

В чем причина такого успеха? Честные, умные специалисты говорят так: "Это не результат лечения, не результат воспитания, не результат пропаганды спорта, это прямой результат уменьшения поставок героина в Ленинградскую область и работы правоохранительных органов".

И поэтому возникает сразу несколько вопросов. Почему-то у многих есть большое желание "медикализовать" проблему нар-

комании. Это не медицинская проблема, медицинская проблема появляется только потом. С таким же успехом можно сказать, что война — это медицинская проблема, потому что появляется много раненых, контуженных и убитых.

У нас предпринимается уже вторая попытка свалить всю проблему на образование. Когда-то говорили: воспитайте нам человека будущего. Сейчас же говорят: воспитайте наркоустойчивого человека. Это ошибочный подход.

Я приведу данные ЮНЕСКО и ООН. Их специалисты-эксперты утверждают, что идет война, и если мы будем пытаться действовать на войне, руководствуясь гуманными законами, то всегда проиграем. Идет наркотическое порабощение Европы, наркотическое порабощение России, а мы издаем законы один гуманнее другого. Давайте гуманно относиться к наркодилерам и наркопроизводителям тогда, когда они сидят в тюрьме, но не когда они гуляют на свободе и раздают все эти дозы. А мы все повышаем барьер — сколько можно продавать, сколько в кармане носить, фактически потакая наркоторговцам.

Никакие гуманные акции на войне не действуют. Это тысячекратно проверено и многим известно. Нам говорят, что проверка на наркотики (кстати, это предлагал начальник Военного университета, генерал-полковник Марченков) — это ущемление прав и свобод личности. А когда останавливают водителя и проверяют на наличие алкоголя, потому что в нетрезвом состоянии он представляет опасность для общества, это не ущемление прав и свобод? Человек, потребляющий наркотики, тоже представляет опасность для общества, и мы имеем право его права ущемлять, это нужно закрепить законодательно.

Здесь говорилось, что нам нужно чуть-чуть подкорректировать законы. Качественно нужно менять законы, иначе мы проиграем войну с наркобизнесом.

У нас в России ежегодно в боевых действиях гибнет 15 тысяч человек, а от наркотиков, только по данным официальной статистики, которые раз в пять меньше, гибнет 70 тысяч.

Далее. Как работают МВД и Госнарконтрозоль? По данным, которые опубликованы, у нас ежедневно продается и потребляется от 900 тысяч до 1 миллиона доз наркотиков. Нам говорят красивую фразу, что за 5 месяцев 2003 года раскрыто 105 тысяч преступлений в области оборота наркотиков. За 5 месяцев произошло 150 миллионов актов продажи наркотиков, а раскрыто 105 тысяч преступлений — это менее 1 процента. Но это вина не МВД. Они ловят человека, а он говорит: " У меня только две дозы, я ни в чем

не виноват". Нужны законодательные меры, нужны политические меры и политическая воля.

Мировая статистика (опять-таки данные ООН и ЮНЕСКО) отмечает, что таможенными, правоохранительными органами извлекается из оборота всего 10 процентов наркотиков, все остальное поступает в страны. Пропаганда против этого зелья, причем стоящая миллиарды, снижает потребление наркотиков на 1—3 процента. Здесь упоминались данные о том, что когда Нэнси Рейган проводила эту пропаганду, потребление в Америке снизилось на 20 процентов, но это опять же единичный случай в истории, когда первая леди страны вела такую пропаганду. У нас этого пока нет.

Что отмечают в качестве самого главного условия? Установление доверия между обществом, государством и органами внутренних дел. Какое может быть доверие, если только в прошлом году более ста милиционеров осуждено за торговлю наркотиками? Американцы взяли группу в 20 тысяч школьников десяти лет, разделили на две подгруппы: в одной подгруппе с утра до вечера работали люди, которые убеждали, что курить вредно, в другой никакой пропаганды не велось. Прошло 10 лет, и там, где не велось пропаганды, курят 27,4 процента, там, где велась жесткая пропаганда, курят 27,8 процента.

Только законодательные ограничения, только сильная рука государства, только сотрудничество с церковью, с общественными организациями позволят нам что-то сделать. Восстановление общественной морали, ответственности каждого государственного служащего — в этом суть проблемы.

А.А. Нелюбин. Слово предоставляется Ларионовой Нине Яковлевне, президенту Международной общественной организации "Союз социальной защиты детей".

Н.Я. Ларионова. В начале 90-х годов по инициативе Министерства здравоохранения в России было осмотрено 6 миллионов подростков 15—17 лет: из 6 миллионов подростков 15—17 лет, прошедших профилактические осмотры, у 94,5% были зарегистрированы различные заболевания. Опасные тенденции и тревожная статистика не меняются:

1,5 миллиона детей в России вынуждены не посещать школу; усилилось девиантное поведение детей и подростков из-за употребления алкоголя и наркотиков, растет число случаев раннего употребления наркотиков;

увеличилось количество детских преступлений.

Появились "информационные" дети и подростки, которые, используя компьютер, получают сведения в Интернете о том, как

сделать наркотик, где его достать, и другую безнравственную информацию.

Как известно, воспитание и образование, воспитание и социальная защита в жизни тесно взаимосвязаны. Основная часть детей в нашей стране воспитывается в дошкольных и школьных учреждениях. Но сокращение числа дошкольных учреждений и разделение школ по признаку состоятельности родителей (для бедных и богатых) значительно уменьшает качество воспитания. Именно дети и молодежь — наиболее уязвимая часть российского общества — оказались в тяжелом положении, лишившись уверенности в будущем.

Как показывают социологические исследования, последние годы увеличивается количество преступлений, совершенных подростками, рвутся семейные связи, обостряются отношения детей с родителями и растет беспризорность, растет число детей в приютах и колониях. Многие дети и подростки, оказавшись вне контроля со стороны семьи, школы, во дворе, на неформальных "тусовках" со сверстниками впервые пробуют сигарету, спиртные напитки и наркотики. Общество оказалось не готовым противодействовать злоупотреблению наркотиками в детской и подростковой среде.

В последние годы значительно увеличиваются размеры социального сиротства. Обнаруживается и так называемое скрытое социальное сиротство, связанное с ухудшением жизни семьи, изменением ее нравственных устоев и отношений в семье, вследствие чего растет беспризорность. Среди подростковых проблем неблагополучия одна из наиболее значительных — безнадзорность несовершеннолетних, входящих в группы риска. Защита их прав, реабилитация и адаптация к жизни детей, долгое время находящихся вне семейных связей, должна стать заботой и государства, и многочисленных общественных организаций, ставящих своей целью возвращать все большее число подростков в русло нормальной жизни в гражданском обществе.

В Самарской области существует реестр губернатора, куда входят общественные организации, имеющие положительный опыт работы по борьбе с беспризорностью и наркоманией. Эти организации имеют право на получение конкурсных грантов, материальной поддержки в работе.

В Мурманской области создана сеть клубов "Юнга" на небольших катерах и парходиках, где подростки группы риска обучаются морскому делу. Немало и других общественных инициатив.

Международная общественная организация "Союз социальной защиты детей", начав работу с подростками, в том числе и из группы риска, вступил в сложную систему взаимоотношений с родителями, учителями школ, психологами, социальными работниками и с государственной властью. Мы вынуждены создавать совместную службу социально-психологической и педагогической помощи детям, родителям, учителям. Следует отметить, что в "Союзе социальной защиты детей" все семинары и занятия бесплатные для всех категорий участников, и это мы считаем достижением в работе нашей общественной организации.

В течение 15 лет, с 1990 года, мы разрабатываем и реализуем авторские программы "Гаврош", "Вызов судьбе", "Дети улицы", "Дети нашего двора", "Встречи у фонтана". Они предусматривают педагогическую и профилактическую работу с детьми, подростками и их семьями, в том числе из группы риска.

С первого года обучения в каждой подростковой группе работают психологи, социальные работники, юристы. Профилактическая работа с детьми и подростками по месту жительства включает новые многосложные обязанности — объединить усилия школьных коллективов, родительской общественности и муниципальной власти по реализации программ благоустройства двора.

В результате многолетней работы "Союза социальной защиты детей" в Москве были приведены в образцовый порядок дворы на улицах Солнечногорская, Флотская, Сенежская, Онежская. Построен фонтан "Сказка" в центре двора одной из улиц, созданы игровые площадки для детей, посажены цветы и трава, обихожены многолетние деревья, двор освещен оригинальными фонарями.

Особенно важно помочь подросткам рационально использовать свое свободное время, заполнить его физкультурой и спортом, полезной досуговой и культурной деятельностью, которые полностью меняют подростка, его психологию, отношение к другим людям, к системе ценностей.

Помимо просветительских и образовательных знаний на занятиях и тренингах подростки погружаются в тренинги реабилитации чувств, в ходе которых мы пытаемся научить их нормально реагировать на чувства других и правильно выражать свои чувства. Подростку надо понять себя, свои особенности, свою уникальность. Но одновременно его полезно научить заботиться о себе, основам самозащиты.

В течение трех лет в союзе ведется работа по программе "Подготовка лидеров из молодежной среды". Юный лидер учится по-

зитивным навыкам поведения, умению владеть своей эмоционально-волевой сферой, применять знания и опыт на практике.

Работу по профилактике безнадзорности, беспризорности, наркомании и правонарушений несовершеннолетних "Союз социальной защиты детей" проводит в тесном взаимодействии и при финансовой поддержке администрации Управы Головинского района согласно договору "О социальном заказе".

Программы союза финансируются Комитетом по делам семьи и молодежи и Комитетом по общественным связям города Москвы на конкурсной основе.

Результатом нашей работы явилось снижение на 50 процентов количества детей, состоящих на внутришкольном учете в трех школах микрорайона. Многие подростки перестали курить, отказались от алкоголя в силу своей постоянной полезной занятости. В районе сократилось количество негативных подростковых группировок.

В целях совершенствования работы по профилактике наркомании и правонарушений среди несовершеннолетних вносим предложения:

в каждом регионе создать единый банк данных по детям, подросткам и семьям группы риска;

разработать комплексную федеральную программу "Профилактика беспризорности, наркомании и правонарушений несовершеннолетних" с участием некоммерческих организаций;

разработать законы "О социальном заказе", "О взаимодействии государственной власти с общественными организациями по проблемам детей и молодежи", "О ювенальной юстиции", "О государственной поддержке организации досуга детей и молодежи";

обобщить и поддержать опыт работы общественных и государственных организаций России по профилактике безнадзорности, беспризорности несовершеннолетних;

в средствах массовой информации обеспечить государственный заказ на пропаганду здорового образа жизни.

А.А. Нелюбин. Слово предоставляется Огнивцеву Александру Георгиевичу, председателю Неправительственного совета национальной безопасности России.

А.Г. Огнивцев. Уважаемый президиум, уважаемые коллеги! Неправительственный совет национальной безопасности России был создан в 2000 году. Цель организации — создание устойчивой идеологии национальной безопасности России, сохранения здоровья, культуры и интеллекта населения страны, идеологическое противодействие наркотизации России.

Впервые свою работу Неправительственный совет национальной безопасности России представил в октябре 2000 года в Калининградской области. Впервые там была проведена антинаркотическая акция "Калининград против наркотиков", и в рамках этой акции был проведен первый большой открытый урок для школьников. Именно тогда Неправительственный совет представил технологию идеологического противодействия наркотизации России с общим названием Открытый урок "Против наркотиков" для учащейся молодежи.

Как эта технология создавалась? Это плод работы Международного центра развития социальных инициатив, который за 10 лет, с 1990 по 2000 год, собрал информацию о существующих методах и средствах противодействия наркоугрозе и лечения наркозависимых в большинстве стран мира.

Все это легло в основу Открытого урока "Против наркотиков". Основной упор мы все-таки сделали на то, чтобы найти свое поле деятельности, своеобразную нишу для общественных организаций.

Все мероприятия полностью исключали какую-либо наживу, коммерцию, их поддерживали многие инстанции, государственные служащие и представители общественности. Причем в каждом регионе, где проводились такие мероприятия, участвовали глава региона, мэры областного и районных центров, наркологи, психологи, учителя, милиционеры, военные.

В этом году в Ярославской области состоялась акция "Переяславль-Залесский против наркотиков". Мероприятия акции прошли во всех школах этого города. Участвовали мэр, вице-мэр города, представители Госнаркоконтроля и других ведомств.

Практика проведения акций выявила, какими вопросами дети ставят в тупик взрослых. Нередко дети задают следующий вопрос: "А что делать, если учитель предлагает наркотики?" Трудно представить, но такие вопросы задают.

Однажды в конце мероприятия детям был задан вопрос: "Ребята, скажите, пожалуйста, кто из вас пробовал или у кого есть друзья, кто пробует наркотики?" И около 700 человек, почти весь зал, подняли руки.

В Москве в ходе акции "Школы против наркотиков" дети сообщают много информации, которую мы передаем в Госнаркоконтроль, сотрудники Госнаркоконтроля по этим сообщениям задержали наркоторговцев, которые пытались продать в районе, где всего 8 школ, тысячи доз наркотиков.

Чтобы наглядно подтвердить нашу работу, я передаю в президиум заседания Научно-экспертного совета фильм "Калининград — против наркотиков", который создан в 2002 году по просьбе Министерства печати и информации. В нем показана история нашей 10-летней работы по борьбе с наркотиками совместно с государственными учреждениями. Этот фильм создан совместно с МВД России. Он используется как учебное пособие многими организациями.

А.А. Нелюбин. Спасибо. Есть еще желающие выступить?

Пожалуйста, покороче, если можно.

В.М. Лазарев, советник Председателя Совета Федерации, доктор технических наук.

Уважаемые коллеги! Хотелось бы кратко обрисовать научно-технический аспект проблемы борьбы с незаконным оборотом наркотических средств.

В современных условиях одним из важнейших направлений нормализации жизни российского общества является решение задачи противодействия незаконному обороту наркотических средств.

В выступлениях докладчиков и в ходе возникшей дискуссии были названы три основных направления повышения эффективности борьбы с незаконным оборотом наркотических средств:

- дальнейшее наращивание сил и средств;
- совершенствование методов работы;
- использование современных технических средств.

Простое наращивание средств не обеспечит приведение возможностей системы борьбы с незаконным оборотом наркотических средств на уровень предъявляемых требований. Решение этой проблемы специалистами связывается в первую очередь с взаимосвязанным совершенствованием методов работы и использованием более совершенных технических средств.

Мероприятия по использованию современных технических средств должны быть направлены на существенное повышение уровня вооруженности и технической обеспеченности борьбы с незаконным оборотом наркотических средств и преодоление имеющегося в данной области отставания России от ведущих иностранных государств.

Основной акцент в этой работе должен быть сделан на решении задач создания и практического внедрения:

- эффективных технических средств и комплексов обнаружения, локализации и обезвреживания наркотиков;
- новейших информационно-поисковых систем;

современных средств выявления и перехвата каналов связи, используемых организаторами незаконного оборота наркотических средств;

эффективных средств документирования (фиксации) преступных действий (аппаратура регистрации акустической информации, видеодокументирования и др.) и криминологической идентификации;

технических учебных комплексов для обучения специалистов различных направлений деятельности по противодействию незаконному обороту наркотических средств.

Большое значение в материально-техническом обеспечении деятельности имеет также расширение обмена информацией и практическое взаимодействие в создании и использовании технических средств в борьбе с незаконным оборотом наркотических средств в рамках международного сотрудничества.

Международный опыт показывает, что обнаружение замаскированных под бытовые предметы запрещенных к перевозке предметов является хотя и технически сложной, но выполнимой задачей. При этом важнейшее значение для служб безопасности может иметь априорная информация о потенциальных нарушителях (преступниках). В первую очередь наиболее ценна оперативная информация. За рубежом получению такой информации уделяется первостепенное внимание.

В концентрированном виде работа по совершенствованию технических средств и внедрению их в практику предусматривается в ходе запланированных мероприятий в рамках Федеральной целевой программы (ФЦП) "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005—2009 годы".

Здесь много вопросов. Во-первых, непонятно, почему эта программа до сих пор не утверждена. Во-вторых, предусмотренные на реализацию программы ассигнования не совсем адекватны размеру и характеру угрозы, с которой столкнулась Россия по обсуждаемому вопросу. В третьих, на мой взгляд, в ней недостаточно внимания уделено вопросам развития принципиально новых технических средств.

Следует подчеркнуть необходимость дальнейшего совершенствования вопросов научного обеспечения противодействия незаконному обороту наркотических средств.

Научное обеспечение борьбы с оборотом наркотических средств должно развиваться в теоретической и прикладной плоскостях. Основные цели мероприятий данной группы состоят в по-

вышении уровня научной обоснованности рассматриваемого вида деятельности, в организации целенаправленного, скоординированного использования научных ресурсов государства и общества в интересах борьбы с оборотом наркотических средств, а также в дальнейшем совершенствовании форм, методов и средств последней.

Для достижения указанных целей необходимо решить следующие задачи:

обеспечить дальнейшее развитие механизма координации научных исследований в области борьбы с оборотом наркотических средств, проводимых государственными научно-исследовательскими организациями;

вести научные исследования в указанной области по согласованной перспективной межотраслевой тематике научных исследований (включая научно-технические исследования). К числу приоритетных проблем, в частности, отнести создание общегосударственной методологии определения ущерба от незаконного оборота наркотических средств;

повысить эффективность внедрения результатов научных исследований в практику соответствующего вида деятельности;

организовать постоянно действующую систему обмена научной информацией по проблемам борьбы с оборотом наркотических средств в международном масштабе;

активизировать и ускорить научные исследования по вопросам борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, проводимые в учебных заведениях и исследовательских центрах, подведомственных органам исполнительной власти, субъектам, непосредственно осуществляющим борьбу с незаконным оборотом наркотических средств, а также другим участвующим в ней органам власти.

Важными являются вопросы формирования и развития общегосударственной системы информационно-аналитического обеспечения противодействия незаконному обороту наркотических средств.

Реализация указанных целей предполагает сосредоточение усилий на решении следующих первоочередных задач:

завершение (в основном) создания ведомственных систем информационно-аналитического обеспечения в тех органах исполнительной власти, которые согласно действующему законода-

тельству выступают в качестве субъектов, непосредственно участвующих в борьбе с оборотом наркотических средств;

широкое привлечение к решению задач информационно-аналитического обеспечения борьбы с оборотом наркотических средств государственных и негосударственных научно-исследовательских организаций, центров социально-политических исследований, организаций по изучению общественного мнения и т.д.;

усиление удельного веса аналитико-прогностической деятельности в общей системе информационно-аналитического обеспечения борьбы с оборотом наркотических средств, решение соответствующих организационных и кадровых вопросов.

Главным является вопрос о безотлагательном утверждении ФЦП "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005—2009 годы", о ее финансировании в полном объеме. Именно этого должны добиваться все заинтересованные ведомства, все институты гражданского общества, занимающиеся борьбой с наркоманией.

А.П. Скрипков, руководитель Северо-Западного центра наркологической экспертизы и мониторинга при представительстве Министерства здравоохранения и социального развития в Северо-Западном федеральном округе.

Я хочу повторить прозвучавшую на заседании мысль о том, что мы сталкиваемся, по сути, с военной ситуацией. Исходя из этого можно сделать вывод, что проблема-то не в наркопотребителях и не в развитии наркоситуации, а вообще в нас самих, в том, как формируется политика на этом направлении.

У нас формируют стратегию в этом деле и министерство образования, и министерство здравоохранения, и другие ведомства, а единого стратегического плана нет. Если нужна технология разработки стратегического плана, которая была бы приемлема для всех регионов, имеющих свои индивидуально-типологические особенности, — пожалуйста, мы представим такую технологическую выкладку, и вы можете ее оценить и реализовать у себя. Надо признать, что технология стратегического планирования в этой сфере нужна. На ее основе вы получите и нужные технологии, позволяющие, кстати говоря, обеспечить межведомственное взаимодействие.

А.А. Нелюбин. На этом завершаем работу заседания Научно-экспертного совета, большое спасибо всем. До свидания, до новых встреч.

СТАТЬИ И МАТЕРИАЛЫ К ЗАСЕДАНИЮ

В.К. Егоров

О ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ ГОСУДАРСТВА

Достижение оптимальной модели полноценного возрождения России тесно связано с устойчивостью социальной системы, значительным уменьшением различных угроз общенациональным интересам, культурным ценностям, гуманистическим традициям. Сегодня одной из главных задач на пути укрепления российской государственности является обеспечение национальной безопасности, устранение внешних и внутренних угроз безопасности России. Одной из опаснейших угроз является наркотизация.

В современном мире, и в частности в Российской Федерации, масштабы наркоугрозы вышли на один уровень с такими проблемами, как международный терроризм и локальные войны. По оценкам экспертов, от передозировок наркотиков в России гибнут десятки тысяч человек. Еще сотни тысяч молодых людей превращаются в безвозвратно потерянных для общества инвалидов. По данным органов здравоохранения, в Российской Федерации в настоящее время зарегистрировано свыше 500 тысяч лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств. Фактическое число потребителей наркотиков, по экспертным оценкам, в 5—8 раз больше. В этой связи особое значение приобретает антинаркотическая политика.

Антинаркотическая политика как сфера общественной жизни включает отношения между ее субъектами, управленческо-организаторскую деятельность, функционирование правовых и социально-политических институтов.

Рассмотрение антинаркотической политики как сознательной деятельности в правовой и социальной сферах предусматривает достижение конкретного результата, отражающего уровень эффективности противодействия наркоагрессии, наличие надежных правовых инструментов для того, чтобы противостоять разрушительным тенденциям социального развития России.

Достижение цели снижения наркотизации и сокращения наркопреступности, а значит, решения главного вопроса антинаркотической политики отражает необходимость постоянной системы мер государственного воздействия, мобилизации различных институтов гражданского общества и российской общественности на усиление борьбы с незаконным оборотом наркотиков и наркобизнесом.

Данный подход должен основываться на идее системного эффекта, направленности антинаркотической деятельности в следующих основных аспектах: правовом, организационно-административном, социокультурном, лечебно-реабилитационном, информационном, научном.

Иными словами, **антинаркотическая деятельность** представляется как постоянно осуществляемый социальный процесс, опирающийся на правовую основу, комплексное взаимодействие теории и социальной практики, государственно-общественные институты и направленный на снижение наркомании в обществе и уменьшение наркопреступлений.

Антинаркотическая деятельность осуществляется в различных сферах социума и сама по себе является системообразующим фактором, имеющим социальную направленность. И наркотизацию российского общества следует рассматривать как **мегапроблему** российского общества.

В одном интервью заместитель директора Федеральной службы по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ генерал-лейтенант Александр Михайлов отметил, что ни в одной стране наркоагрессия не приобрела таких масштабов, как у нас. За последние десять лет **количество наркозависимых людей в России увеличилось в 9 раз**. Это не просто цифры. Это боль и гибель тысяч людей.

По оценкам экспертов ООН, **мировой оборот наркоиндустрии превышает 400 млрд. долларов в год**, а прибыльность операций с наркотиками достигает от 300 до 2000 %. При этом экономика целых государств ориентируется на их производство, и самые яркие примеры тому страны так называемых "Золотого треугольника" (Мьянма, Лаос, Таиланд) и "Золотого полумесяца" (Афганистан, Иран, Пакистан).

Поскольку международный рынок наркотиков охватывает практически все регионы, **торговля наркотиками приобрела транснациональный характер**. По разным оценкам ежегодно легализуются доходы, полученные в результате наркобизнеса, в раз-

мере более 300 млрд. долларов, в том числе на территории Российской Федерации оседает не менее 9—10 млрд. долларов.

Поэтому одним из основных направлений антинаркотической политики должен стать **подрыв экономических основ наркопреступности и противодействие легализации доходов**, полученных от наркобизнеса.

Другое важное направление антинаркотической политики — это **организация должного контроля за легальным оборотом наркотических средств, психотропных, сильнодействующих веществ и их прекурсоров**, устранение причин и условий поступления таких средств и веществ в незаконный оборот. По данным Центра общественных связей Федеральной службы по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в России насчитывается около 30 тысяч различных объектов производства, хранения, использования, реализации наркотиков и культивирования наркосодержащих растений.

Значительный эффект в борьбе с наркоагрессией может принести **расширение международно-правовой базы сотрудничества, оперативно-информационный обмен и взаимодействие с компетентными органами иностранных государств**. Мы знаем, что успешно развивается сотрудничество с УНП ООН, расширяется взаимодействие с компетентными органами Афганистана, Азербайджана, Индии, Ирана, КНР, Пакистана, Турции, а также стран, входящих в ОДКБ. Важно вести подобную работу с бывшими союзными республиками. В этом смысле отмечу положительный опыт подписания 29 марта 2005 года Соглашения между Федеральной службой Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России) и Полицией Республики Армения о сотрудничестве в борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Но несмотря на принимаемые меры количество наркотиков, находящихся в незаконном обороте на территории России, и их потребителей по-прежнему велико. На изменение ситуации направлена реализация Федеральной целевой программы "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005—2009 годы", главной целью которой является сокращение к 2010 году масштабов немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в Российской Федерации на 16—20 % от уровня 2003 года.

Но никакие меры не будут иметь желаемого результата без эффективной **профилактической работы**. Именно она направлена на вытеснение наркотиков из сознания социализирующихся по-

колений (детей и молодежи). Это крайне важно, ибо более 70 % наркоманов — люди в возрасте 18—30 лет.

Профилактическая работа должна быть комплексной, обладающей признаками систематичности и социальной эффективности. При этом ведущая роль должна быть отведена антинаркотическому воспитанию, усилению роли семьи и иных институтов социализации, ибо материальные и духовные условия среды, в которых находится человек, в гораздо большей степени влияют на формирование влечения к наркотикам, чем что-либо иное. Стиль жизни общества, принятые нормы поведения, системы ценностей, этика, моральные принципы, ориентация на те или иные имиджи, на образцы поведения, заслуживающие подражания, понятие справедливости, престижа — все это оказывает большое влияние на каждого конкретного человека.

Профилактика (предупреждение) наркотизма в целом представляет собой сложный комплекс мер различного характера. Профилактика связана с наиболее значимыми и долговременными видами социальной деятельности, крупными мерами развития экономики, обеспечения прав, свобод, законных интересов граждан, поддержания культуры и нравственности, укрепления законности, социальной защиты населения. Эти меры имеют масштабные цели и важный криминологический эффект, поскольку их направленность на решение задач социального развития создает предпосылки ограничения наркопреступности.

Общесоциальные меры приводят к сокращению в первую очередь численности потребителей наркотиков, то есть основной группы риска, до минимального уровня. Поэтому стратегическое направление противодействия наркотизму может быть только одно: прогрессивные изменения в обществе, способствующие развитию личности для реализации созидания, творчества и любви к жизни, исключая альтернативный механизм деструктивности и разрушения.

Направленность профилактической работы на позитивную коррекцию нравственных ценностей общества являет собой профилактику детерминации процессов формирования массовой наркозависимости. Поскольку **нравственные ценности** представляют собой многообразие явлений действительности, имеющих социокультурное значение, с помощью которых осуществляется регуляция действий человека в обществе, развитие общественно-го и индивидуального сознания, поддержка определенных общественных устоев и форм общения, то объектом профилактики в

первую очередь следует считать всю детскую, подростковую и молодежную среду.

В свете обозначенного профилактическая работа в настоящее время проводится в рамках образовательных программ, спецкурсов, факультативов, направленных на повышение общей культуры субъектов образовательного пространства (дети, учащаяся молодежь, родители, педагогические работники, преподавательский корпус), обучение молодого поколения безопасному, законопослушному поведению, формирование здорового образа жизни.

Парадигмой антинаркотической профилактической деятельности является организация **нового социокультурного пространства** с вовлечением всех здоровых, интеллектуальных, культурно-нравственных, профессиональных, ценностных ресурсов. Профилактика наркомании рассматривается не только как ключевая социальная задача, но и процесс, опирающийся на идеи социального партнерства, взаимодействие специалистов различных социальных практик.

Грамотно организованная **антинаркотическая политика включает:**

мониторинг наркогенной ситуации на уровнях образовательного учреждения, муниципального образования, региона, Федерации, благодаря чему определяется правильность выбранных приоритетов, конкретных мер, стратегии в целом, а также *правовое поле* реализации антинаркотической профилактики;

введение понятия "государственный стандарт" в формирование антинаркотической деятельности, при котором в организации социокультурного процесса реализуется и обеспечивается определенный минимум профилактических воздействий. При этом антинаркотическая профилактика приобретает прогнозируемый конечный эффект, позволяющий переломить наркоситуацию;

формирование у подрастающего поколения ценностного компонента физического и психического здоровья, активного деятельного образа жизни, невосприимчивости к психоактивным веществам;

решение правовых вопросов реабилитации детей и подростков с определенной зависимостью в образовательной среде. Принципиальная важность данного условия означает *борьбу за каждого ребенка*, чья успешная социализация в жизни не осуществлялась часто по не зависящим от него причинам. Ребенок, не завершивший общего образования, не получивший учебно-профессиональной ориентации, но вступивший на путь наркомании и теряющий свои связи со школой и семьей, после проведения необ-

ходимых лечебных и социально-профилактических мер должен быть возвращен в образовательную среду. В противном случае он социально изолируется и навсегда остается в наркоманической среде, лишаясь шанса вернуться к нормальной жизни. Если ребенок "выводится" из образовательной среды, нарушаются его права, что противоречит основным принципам государственной политики в области образования;

взаимодействие образовательных структур всех уровней со средствами массовой информации, при котором существенным становится формирование позитивного антинаркогенного общественного сознания. Элементом такого сознания является противодействие на уровне федеральных и региональных СМИ различным проявлениям молодежной пронаркотической субкультуры;

взаимодействие образовательных структур с общественными организациями, духовными центрами, деятелями культуры, родительскими объединениями, группами активной молодежи, волонтерами с целью совершенствования и укрепления разнообразия антинаркотических профилактических форм.

Анализ многоаспектной антинаркотической профилактики подводит к необходимости выделить ее **информационное направление**. Средства массовой информации, Интернет, реклама являются серьезным фактором воздействия на общественное сознание. Освещение проблемы наркотиков в современных российских СМИ зачастую не адекватно реальной наркоситуации, характеризующейся распространением наркомании среди широких слоев населения, и в первую очередь среди тех, кто обладает самым слабым самоконтролем и самой неустойчивой системой ценностей, то есть подростков и молодежи. Информационное направление включает мероприятия, информационно обеспечивающие эту деятельность, и мероприятия непосредственно информационной профилактики.

К информационно обеспечивающим мероприятиям относятся:

проведение научных комплексных (социологических, психологических, педагогических и междисциплинарных) исследований проблем наркотизма, наркомании, токсикомании, незаконного оборота наркотиков с целью выработки практических рекомендаций по осуществлению противодействия этим явлениям;

научное обеспечение профилактики наркомании и токсикомании с проведением медицинских исследований в области их диагностики и лечения;

организация и проведение мониторинга распространения потребления наркотических средств и психотропных веществ среди населения и выявление групп риска. Практически такая работа возможна лишь при наличии нормативных актов, регламентирующих организацию, основания, порядок выявления, освидетельствования и учета различных категорий лиц, потребляющих наркотики без назначения врача;

создание и техническая поддержка информационно-аналитической справочной базы данных по проблемам наркозависимости.

Непосредственно профилактические информационные мероприятия базируются на:

привлечении средств массовой информации к пропаганде деятельности по профилактике незаконного оборота наркотиков, наркотизма, включая организацию и проведение телевизионных передач, посвященных проблемам профилактики наркозависимости (не только молодежи);

подготовке и издании методических пособий для специалистов, участвующих в профилактике наркозависимости;

организации и проведении специализированных культурно-массовых мероприятий.

Таким образом, важнейшими направлениями государственной политики в области борьбы с наркотиками на современном этапе должны стать усиление информационно-просветительской формы профилактической работы, ведение регулярной антинаркотической пропаганды с определением ее конкретных механизмов и ресурсов. В этом смысле положительно, что в начале февраля нынешнего года в Москве состоялся "круглый стол" "О создании системы антинаркотической пропаганды", организованный Управлением межведомственного взаимодействия Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ совместно с оргкомитетом X Международного форума "Технологии безопасности".

Фундаментом борьбы с наркоманией в России может стать только научно обоснованная **государственная рестриктивная (ограничительная) политика**, поддерживаемая большинством граждан страны. Обоснованность данного тезиса продиктована тем, что в последние годы в общественное мнение через средства массовой информации, специальную литературу, дискуссии на научно-практических конференциях настойчиво внедряется понятие "harm reduction" (уменьшение вреда). Под этим понимается информация о том, как применять наркотики с наименьшим рис-

ком, или о раздаче стерильных шприцов (для снижения опасности распространения СПИДа и гепатита). Политика снижения вредных последствий внешне кажется вполне гуманной, но имеет в принципе противоположное действие. Дело в том, что основой этой политики являются разрешительное отношение, одобрение злоупотребления, бессилие общества. Поэтому такая политика ведет к росту наркомании вместо желаемого снижения.

Своеобразным диссонансом рестриктивной политики явились вступившие в действие в 2004 году новые редакции антинаркотических статей Уголовного кодекса РФ, принятые с учетом общей либерализации уголовного законодательства. Они привели к изменениям в правовом пространстве, социальной действительности и общественной атмосфере, так как существенно увеличен размер количества наркотиков, с которого наступает уголовная ответственность за хранение без цели сбыта. В соответствии с новыми новеллами антинаркотических статей УК РФ фактически исключается привлечение к уголовной ответственности наркопотребителей за приобретение и хранение наркотиков в целях личного потребления.

Непременным условием антинаркотической государственной политики является **координация антинаркотических сил**. Поэтому в организационно-административном направлении противодействия наркоугрозе актуализируется согласованность их усилий и действий для достижения четко обозначенной цели.

Кроме этого, в достижении качественно нового уровня социальной безопасности российского общества в контексте борьбы с наркоманией видится также обоснованным усиление взаимосвязи Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков и антинаркотических комиссий федеральных округов, что позволит усилить надзорно-контрольную функцию ФСКН и ее связь с общественными структурами.

Как известно, наркотическая угроза носит комплексный характер. Проблема наркомании вышла за пределы чисто медицинской или правоохранительной проблемы и приобрела характер социальной, гуманистической проблемы.

Наркотизация как степень вовлеченности в наркоманию части социальных групп имеет эпидемический характер, деструктивную направленность и оказывает негативное влияние на социально-экономические, политико-правовые и духовно-нравственные основы общества. Поэтому все силы государства и общества должны быть направлены на устранение этой угрозы. В заключе-

ние подчеркнем приоритетность направлений противодействия распространению наркомании со стороны государства:

создание действенной антинаркотической системы, в основе которой должна быть профилактика наркотизации общества (затраты на профилактику значительно меньше затрат на лечение наркозависимых и их дальнейшую социальную реабилитацию);

принятие неотложных, экстренных мер по ликвидации беспризорничества и безнадзорности как деструктивных социальных явлений (есть позитивный отечественный опыт царской и советской России в данном направлении);

формирование единого профилактического пространства на основе комплексной, активной, наступательной системы мер, включая антинаркотическое воспитание (предусмотреть всероссийский антинаркотический всеобуч с обучением родителей, подростков, педагогов, социальных работников, журналистов и др.; ввести тестирование на наркотики в школах, образовательных учреждениях, на ответственных производствах, в армии);

укрепление социального и правового статуса семьи, усиление воспитательной роли родителей, института отцовства;

укрепление и совершенствование единого образовательного пространства с приоритетом государства в образовательной сфере;

принятие повсеместно мер по изменению форм культуры подросткового и молодежного досуга с целью минимизации и исключения давления наркотической, пивоваренной субкультуры, табака, игрового, деинтеллектуального стиля жизни;

развитие социальной рекламы;

подготовка управленческих кадров для глав администраций всех уровней с целью обеспечения координации и руководства антинаркотической деятельностью в регионах, городах, муниципальных образованиях. Создание госзаказа на подготовку данных специалистов. Первый опыт подготовки управленцев-наркоконфликтологов осуществляется на философском факультете Санкт-Петербургского государственного университета (первый выпуск — в июне 2005 года);

усиление взаимодействия общественных структур и органов государственной власти в антинаркотической работе;

создание в обществе и государстве непримиримого, жесткого отношения к наркоторговцам и нарколибералам. Формирование устойчивого, сознательного неприятия наркотиков социализирующимися поколениями;

усиление правового регулирования противодействия незаконным наркотикам и их обороту.

СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ

Алкогольная и наркотическая ситуация в России за последние годы стала чрезвычайной. Сложившаяся в стране субпопуляция людей, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, опережает по темпам роста популяцию формально здоровых. Так, за последнее десятилетие заболеваемость алкогольными психозами увеличилась в России в 6,3 раза, а число больных наркоманиями и токсикоманиями увеличилось в 5,8 раза. Достигнут беспрецедентно высокий уровень потребления чистого алкоголя на душу населения в год — 14—15 литров, тогда как генетически опасным для нации ВОЗ признает потребление алкоголя в количестве 8 литров (Онищенко Г.Г., Егоров В. Ф., 2002).

Особенно настораживают данные, касающиеся аддиктивного поведения молодежи: из 100 подростков в возрасте до 12 лет интенсивно употребляют алкоголь 24 мальчика и 19,6 девочек, а возраст первого приобщения к алкоголю составляет 5—6 лет (Скворцова Е. С., 2003). За три года потребление наркотиков молодежью выросло в 4,5 раза, токсикантов — в 14 раз (Саноцкий И.В., 2000).

Объемы и распространенность алкоголизации и наркотизации, тяжесть и масштабы последствий и осложнений делают наркологическую ситуацию существенной угрозой общественному здоровью и национальной безопасности России.

Происходивший в России в последнее десятилетие процесс расслоения общества и массового обеднения многих социальных групп составил основу кризиса социальной сферы страны, который может быть обозначен термином "аномия" (Пелипас В.Е. с соавт., 2000).

Аномия (от французского *anomie* — отсутствие закона, порядка) — социально-психологическое понятие, обозначающее нравственно-психологическое состояние индивидуального и общественного сознания, которое характеризуется разложением системы ценностей; обусловлено кризисом общества, противоречиями между провозглашаемыми целями и невозможностью их реализации для большинства людей в стране; выражается в изоляции человека от общества и разочарованностью в жизни. Проявления ано-

мии особенно заметны в трех сферах: межличностных отношений, культурной и социальной.

В межличностной сфере, с одной стороны, усиливаются взаимное недоверие, враждебность, соперничество, агрессивность и насилие, с другой — заметны реакции изоляции и филиационные реакции (filiation reaction) — появление различных субкультур.

В культурной сфере происходит крушение доминировавших культурных ценностей, изменение правил и принципов интерпретации событий, появление конфликтных систем ценностей, состояния идентификационной пустоты при отсутствии каких-либо альтернатив.

В социальной сфере отмечаются сильнейшая дезинтеграция и поляризация общества: кризис доверия к существующим институтам власти и авторитетам с одновременным поиском новых общественных лидеров.

Объектом наркологической превентологии прежде всего становятся социальные факторы и условия в развитии алкоголизма и наркомании, играющие ведущую роль преимущественно на донологических этапах употребления и злоупотребления. На максимальном уровне обобщения в социогенезе алкоголизма и наркомании можно выделить четыре уровня причинных комплексов: 1) **макросоциальный**, включающий особенности социально-экономического положения в стране и социальной политики государства; 2) **месосоциальный**, включающий особенности профессиональной деятельности и психологический климат трудового или учебного коллектива, неформальной молодежной группы; 3) **миллisoциальный**, включающий особенности обычаев, традиций и стиля жизни семьи как особого по значимости института социализации личности; 4) **микросоциальный, или личностный**, включающий особенности преимущественно нравственно-ценностной и мотивационно-установочной сфер личности.

Учитывая невысокий процент больных алкоголизмом (15—30%) и наркоманиями (5—6 %), имеющих терапевтическую ремиссию более одного года, важное значение приобретает разработка и внедрение стратегий наркологической превентологии.

Наркологическая превентология — это отрасль превентологии и наркологии, аккумулирующая на междисциплинарной основе системные подходы к предупреждению зависимости от психоактивных веществ (ПАВ).

Междисциплинарность наркологической превентологии обеспечена привлечением к процессам изучения и формирования человеческой личности, предупреждения аддиктивного поведения всего общества и каждой семьи педагогов и психологов, медиков и социальных работников, юристов и экономистов и т. д.

Современные масштабы распространенности алкоголизма и наркомании позволяют отнести их к **болезням цивилизации**, что задает максимально высокий уровень обобщения в подходах к выделению стратегий развития наркологической превентологии. Стратегии опираются на комплексы нерешенных проблем и нереализованных ресурсов, они корреспондируются с направлениями развития психиатрии, более того, являются "зонами роста" для всей социальной профилактики. Исходя из этого представляется возможным описание следующих стратегий наркологической превентологии.

1. Программная стратегия заключается в изменении подхода к решению проблемы зависимости от ведомственно-административного на программный. Преимущества программного метода заключаются в конкретном определении круга проблем, возможности целенаправленного воздействия на группы риска, соблюдении принципа последовательности и преемственности при работе специалистов различного профиля. Кроме этого, программный подход обеспечивает определение реальной суммы финансирования и ожидаемый результат. Воздействия, осуществляемые в рамках программной стратегии, направлены на социальный контекст и включают в себя различные региональные и правительственные программы, касающиеся изменения условий жизни народа и заботы об увеличении потенциала здоровья.

Этот принцип давно эксплуатируем на декларативном уровне, но до сих пор не реализован в реальной структуре и практике превенции. И сегодня вполне в советском стиле финансируются инерционные структуры и рутинные процессы, а не результаты и достижения. Целевой подход реализован во многих странах, когда финансируется не диспансер или служба, а конкретная программа, пролонгирование которой зависит от этапного результата. Данная стратегия универсальна и минимально зависит от специфики социального недуга.

Программы можно разделить на основе групп, осуществляющих профилактику, на **программы, активизирующие местное население, многоуровневые программы и программы раннего вмешательства**.

Преимущество программ, основанных на повышении активности местного населения, в том, что местной общественности легче оценить проблему, касающуюся своего района, — эпидемиологические особенности распространения наркомании, алкоголизма, преступности, связанной с распространением и потреблением наркотиков. В целом доказано, что программы по повышению активности местного самоуправления воздействуют не только на определенную группу, а на нечто более важное — взаимоотношения, ценности, культуральные, экологические, структурные факторы. Создание программ по активизации местного населения требует взаимодействия специалистов нескольких сфер: социальной медицины и организации здравоохранения, социальной работы, инновационного моделирования и социального маркетинга.

Программы многоуровневой профилактики обычно направлены на элиминацию факторов, угрожающих здоровью, и на усиление факторов, способствующих здоровью. Как правило, подобные программы охватывают широкие слои общества. Эти профилактические программы соответствуют широко понимаемому определению понятия "здоровье", принятому ВОЗ, поэтому первичная профилактика направлена прежде всего не на предупреждение болезней, а на поддержание, развитие и использование физического, умственного, эмоционального и духовного потенциала человека. Процедура создания этих программ требует знания потребностей развития человека, то есть программа должна соответствовать закономерностям возраста, пола, социальной роли, культурального контекста, традиций, а также опираться на точный экономический расчет и возможность проверки эффективности.

Модель многоуровневых профилактических программ опирается на профилактику, которая помогает молодому человеку в процессе развития и взросления уберечься от социальной патологии и получить возможность стать полноценным членом общества. Достижение этих целей возможно только в том случае, если профилактические программы тщательно запланированы и разработаны, благодаря чему достигается их эффективность.

Само конструирование профилактической программы является трудоемким процессом, требующим высокого уровня знаний и опыта, ориентирования в проблемах населения того района, где будет реализована программа.

Раннее вмешательство предназначено для выявления лиц или групп риска, а также оказания помощи этим группам в снижении риска проявления патологии.

К лицам группы риска аддиктивного поведения относятся прежде всего те индивиды, которые не достигли состояния полной психической и социальной зрелости, в чьей жизни имеют место:

- прогулы школьных занятий или оставление школы без получения образования;
- добрачная беременность;
- жизнь в неудовлетворительных экономических условиях;
- воспитание в семье алкоголиков или наркоманов;
- наличие психической травмы в результате каких-либо форм насилия — физического, психического, сексуального;
- проблемы в сфере психического здоровья;
- дилеммы, связанные с поиском смысла жизни;
- попытки совершить суицид;
- поддержание контактов с лицами с асоциальным поведением.

Необходимо дополнить, что в рамках программ раннего вмешательства должны быть учтены воздействия на значимых для индивидов из групп риска лиц.

Это будут воздействия, направленные на:

- лиц, которые занимаются воспитанием (например, родители, опекуны). Им следует помочь в расширении сферы знаний и навыков, необходимых для эффективного выполнения своих социальных ролей;
- работников различных образовательных и воспитательных учреждений (учителя, медсестры, социальные работники), которые по роду своей деятельности оценивают правильность психического, социального и физического развития подростков, а также помогают детям конструктивно решать проблемы взаимоотношений с окружением;
- лиц, занимающихся разработкой и утверждением новых законодательных и нормативных актов на уровне местной и государственной администрации, для осознания ими значимости профилактических программ;
- лиц, отвечающих за взаимодействие различных организаций (школ, больниц, общественных организаций), для помощи руководителям этих организаций в разработке приемлемых и эффективных форм взаимодействия.

Деятельность в форме раннего вмешательства является формой профессионального ответа на конкретные проблемы, которые переживают отдельные лица или социальные группы. В связи с этим каждая эффективная программа подобного типа является по своей сути неповторимой, так как должна быть максимально

приближена к конкретным проблемам. Как показывает практика, слепое перенесение программ, удачных для данной конкретной популяции, ситуации или проблемы, на другую популяцию без учета ситуации не приносит результатов и, кроме того, может вызвать прямо противоположный эффект.

2. **Экстранозологическая стратегия** — это "специфическое методологическое требование" к наркологической превентологии, предмет которой, в частности аддиктивное поведение, отличается полиэтиологичностью и междисциплинарностью, динамичностью и изменчивостью, нестойкостью и обратимостью. Причины и последствия зависимости затрагивают различные сферы жизни и одновременно отличаются однообразием этиопатогенетических факторов и условий развития. Экстранозологический подход обеспечивает наиболее адекватную профилактику и коррекцию зависимости различными специалистами — врачами, психологами, социальными работниками, педагогами и др.

Реализация этого подхода отражает концептуальность конструкции наркологической превентологии — **объект** (социально-гигиенический блок), **субъект** (человек, на которого направлена профилактика), **среда** (социально-психологический фон). Эти три компонента отражают цели наркологической превентологии. По своему значению наркологическая превентология является прикладной наукой и формируется по принципу полиспециализированной группы, возглавляемой референтным специалистом, профессионалом в области превенции, организации социальной программы и социального менеджмента.

3. **Гуманистическая стратегия** предусматривает актуализацию личности как стремление к согласованию *Я-идеального* и *Я-реального* главным образом через внутренние механизмы управления. Карл Юнг считал, что личность — "это смысл того, что пребывает только в целом". В области производства и реализации спиртного Россия имеет сегодня уникальную по степени агрессивности модель пренебрежения правами потребителя, когда нелегально-криминальные и легально-коррупцированные производители действуют исходя только из собственных экономических интересов, откровенно злоупотребляя любыми факторами. Актуальной остается задача развития самосохранительных стратегий поведения.

Это направление открывает широкие перспективы к участию не только светских, но и **религиозных институтов** в профилактике зависимости. Профилактика зависимости сегодня широко разработана церковью. Мощные религиозные антинаркотические и антиалкогольные движения объединяют не только молодежь, под-

ростков, но и семьи. Практически каждая мировая религия — христианство, ислам, буддизм, иудаизм — имеет большой опыт в антиалкогольной и антинаркотической профилактике. Формы работы религиозных конфессий наиболее органичны для каждого народа, так как учитывают психические, духовные, биологические особенности данного этноса.

Воспитание социального типа личности, имеющего нравственный иммунитет, невосприимчивость к различным формам отклоняющегося поведения, является стратегической задачей формирования общественного здоровья и обеспечения национальной безопасности.

4. Воспитательно-просветительная стратегия — это первичная профилактика, направленная на воспитание трезвости. Трезвое отношение к жизни — это только средство для достижения цели, которой является самоактуализация личности.

В этой стратегии выделяются два главных подхода воздействия: 1) **на умения и навыки людей** и 2) **на организацию и реорганизацию окружения**, чтобы оно способствовало развитию личности и не содержало источников стресса. Второй подход воздействия предусматривает также и изменение традиций и обычаев.

Через популяризацию знаний о здоровье с использованием всех средств массовой информации мы стремимся к укреплению психической устойчивости и хорошего самочувствия людей.

Воспитательно-просветительная стратегия содержит несколько главных принципов: воспитание превалирует над перевоспитанием, рефлексия над жизненными целями; обучение умению эффективного принятия решений, обучение оценке различных форм рискованного поведения, обучение технике и поведению, адекватным ситуации.

Воспитание здорового образа жизни — более широкое понятие, чем соблюдение каких-то гигиенических или педагогических правил. Здоровый образ жизни — это создание условий для наиболее полного раскрытия человеческого потенциала. Это воспитание поведения, направленного на удовлетворение потребностей человека — физиологических, потребности в безопасности, в уважении и самоуважении, любви, самоактуализации и др. Принципиальное значение имеет влияние семьи на воспитание здорового образа жизни взрослых и детей.

При таком понимании воспитания нет места не только зависимостям, но и любой социальной патологии.

Особенность современного антинаркотического и антиалкогольного воспитания состоит в **инновационных методах обучения**,

которые заставили педагогическую теорию отказаться от абсолютного образовательного идеала (всесторонне развитой личности) и перейти к новому идеалу — максимальному развитию способностей человека к саморегуляции и самообразованию.

Важное значение в распространении здорового образа жизни отводится средствам массовой информации и рекламе. К сожалению, сегодня реклама зачастую выполняет обратную функцию — воспитания нездорового и деструктивного образа жизни.

Эффект рекламы заключается не в мгновенном воздействии на потребление, а в том, что она является мощным способом формирования взглядов на алкоголь в общественной жизни, ассоциируя алкоголь с приятными моментами жизни и оставляя вне поля зрения его вредное влияние.

Инновационные направления наркологической превентологии определяются запросами общества, экономическими и финансовыми возможностями страны, теоретико-методологическим уровнем проблем превенции, разработанностью программ проведения инновационных изысканий, опытом внедрения подобных технологий в стране и наличием научных кадров, способных осуществить такие работы.

В настоящее время в России наблюдаются проблемы с обеспечением необходимой информацией по различным аспектам превенции, включая фундаментальные исследования по наркологии. Общение в глобальной сети Интернет сегодня является наиболее удобным, эффективным и относительно выгодным способом обмена и получения информации. Интернет широко используется не только в учреждениях, но и в обычной жизни людей, так как специалисты не всегда бывают легкодоступны по различным причинам — расстояние, транспорт, занятость.

На сегодня не существует единого сервера наркологической превентологии в России и странах СНГ, как, например, в США (сервер Института по проблемам зависимости) или в Канаде (сервер Института по исследованию зависимостей).

Необходимость развития информационных сетей в превентологии и наркологии отмечают многие специалисты. В связи с этим необходимо уделить пристальное внимание некоторым организационным вопросам оформления и разворачивания в сети Интернет антинаркотических страниц или сайтов. Подача специальной информации в электронной форме должна отвечать следующим требованиям: 1) информация должна представлять интерес для широких кругов абонентов сети Интернет; 2) необходимо представлять научную информацию для людей, так или иначе за-

интересованных в проблеме, но не профессионалов (потребителей наркотиков, их близких и т. д.); 3) сайт должен представлять практический интерес для специалистов разных ведомств, работающих с потребителями психоактивных веществ: педагогов и психологов, работников правоохранительных органов и социальных работников, врачей и гигиенистов.

5. Прогностическая стратегия необходима для составления прогноза надежности и эффективности воздействия, с наиболее четким акцентированием внимания на возможных вариантах осуществления конкретной превентивной программы. Уровень латентности всех социальных недугов очень высок, поэтому программный подход невозможен без повышения объективности и корректности наркологической статистики. Практический прогноз может быть основан на различных переменных, но очень важной методологической задачей является количественное определение доли наркологической составляющей в уровне деградации психического и общественного здоровья нации.

В качестве входных параметров превентивной программы можно использовать, во-первых, уровень профилактики, вид информации и оценку объектов воздействия; во-вторых — соотношение между затраченными на реализацию программы усилиями и полученными результатами; в-третьих — анализ соответствия программы по содержанию и форме уровню социальной среды.

Прогностическая стратегия должна опираться на четкие скрининговые, биохимические, психофизиологические и социальные показатели возможности развития зависимости.

6. Экологическая стратегия должна предусматривать социально-психологические аспекты профилактики зависимости на предприятиях химической ориентации, в том числе при производстве или технологическом использовании спиртов и спиртосодержащих продуктов.

Длительное нахождение в атмосфере действия комплекса экологических вредностей приводит к изменению реактивности организма, а алкогольная интоксикация на данном фоне может иметь видоизмененные эффекты.

Особым приоритетом экологической стратегии должен быть контроль за рынком алкогольной продукции. Выполняя постановление главного государственного санитарного врача России № 2 от 20.04.2000 "Об усилении госсанэпиднадзора за алкогольной продукцией", центры ГСЭН зафиксировали в 60 % регионов

Российской Федерации партии спиртного, попадающие под запрет для продажи (Онищенко Г. Г., Егоров В.Ф., 2002).

В контексте социальной экологии эта стратегия требует учета уникальных социальных причинных комплексов в конструировании превентивных программ. Например, при организации этно-экологических парков на Крайнем Севере России, являющихся единственной эффективной формой социального общественного устройства жизни аборигенного населения, способной обеспечить его выживание и сохранение традиционной культуры, обязательным условием становилось принятие сухого закона.

7. Интегральная стратегия предполагает комплексное взаимодействие наркологической превентологии с сопряженными сферами социальной работы и клинической психологии, педагогики и права. Это установление интегральных связей между социальной политикой в целом и ее отдельными частями, между всеми объектами профилактического и лечебно-реабилитационного процесса.

8. Экономическая стратегия наркологической превентологии требует полномасштабного включения рыночных рычагов противостояния алкогольной индустрии и наркомафии.

Основным мотивом огромных усилий наркомафии по внедрению наркотиков в общество являются высокие прибыли, составляющие 300—2000%. Так, цены на героин в Афганистане составляют 1—2 доллара за грамм, в регионе Центральной Азии — 20—30 долларов, в Западной Европе — 100 долларов (ECAD, Newsletter, 2003, № 3, p. 2). Ежегодный оборот наркотиков в России оценивается экспертами в сумму до 7 млрд. долларов, что составляет треть бюджета страны (Карпов А.М., 2002).

Не менее впечатляющей является коммерческая мотивация алкогольной индустрии. Не случайно число ликероводочных заводов в Российской Федерации с 1980 по 2000 год выросло со 120 до 670, причем государство контролирует только четвертую часть алкогольного рынка (Немцов А.В., 2001).

Современная концепция превенции ориентирует общество на восприятие медицины (в том числе наркологической превентологии) как социально-экономической категории. Это значит, что здравоохранение, в том числе и в области превенции, должно стать реальным экономическим субъектом в общей структуре экономики страны. Появилось новое понятие "рынок медицинских услуг", то есть здравоохранение рассматривается как сектор про-

изводства нематериальных благ. Эти изменения происходят на фоне неустойчивости экономической ситуации в России, где потребность в стабильности финансового обеспечения лечебно-диагностического процесса приобрела важное значение:

1) финансирование наркологической превентологии может осуществляться прежде всего за счет государственных источников, так как именно наркологическая ситуация в стране касается проблем национальной безопасности и качества жизни будущих поколений;

2) финансирование должно охватывать результат, а не процесс, как это происходит зачастую в государственной практической наркологии. Для финансирования результата необходимо разработать наиболее надежные и легкодоступные критерии качества превенции;

3) наркологическая превентология требует полипрофессиональной бригадной работы, для чего потребуются изменение концепции здравоохранения и штатного расписания, включения психологов, социальных работников и педагогов в систему превенции.

Реальная дилемма, в которую втянуты лечебно-профилактические учреждения, это источники финансирования. С одной стороны, реформа здравоохранения призвана сделать лечебно-профилактические учреждения наименее подверженными влиянию внешних неблагоприятных факторов — восполнение суммы недофинансирования, улучшение финансового положения сотрудников за счет вторичной занятости, повышение рентабельности медицинских учреждений, обеспечение частичной самокупаемости нового оборудования, обеспечение социальной защиты медицинских работников и т. д. С другой стороны, имеется ряд препятствий. На **макроэкономическом уровне** для образования межсегментарного взаимодействия необходимы универсальные законы для осуществления уставной деятельности медицинских организаций, регуляторы, которые стимулировали бы движущие силы рынка.

На **мезоэкономическом уровне** наркологической превентологии является целесообразным проведение разгосударствления и развитие системы страхования, а также разработка методов оценки качества и контроля эффективности оказываемых услуг. Если измерение продуктивности труда медицинских работников связано с политикой управления здравоохранением, то критерии каче-

ства профилактики, а тем более профилактики в наркологии, могут быть разработаны только при условии обратной связи между всеми уровнями, а особенно между мезо- и микроэкономическим.

Микроэкономический уровень является практическим уровнем исполнения рыночной модели наркологической превентологии, и одновременно именно этот уровень по своей результативности является основным источником дохода.

С одной стороны, процесс наркотизации настолько порастил популяцию, что требуются немалые средства для нуждающихся в лечении, причем именно больные обеспечивают реальный доход лечебно-профилактическим учреждениям. Но, с другой стороны, профессия врача закладывает высокие нравственные требования служения людям и улучшения жизни общества в целом, что трудно поддается измерению языком экономики. С этой целью необходимо разработать реальные социально-экономические механизмы стимулирования заинтересованности персонала именно в первичной профилактике.

9. Нормативная стратегия отражает качество законодательного сопровождения наркологической превентологии.

В области профилактики распространения наркомании и токсикомании и борьбы с незаконным оборотом наркотиков необходимо учитывать основополагающие документы ООН (Конвенцию о наркотических средствах 1961 года с приложениями, Конвенцию о психотропных веществах 1971 года, Международную конвенцию "О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ" и др.), положения международного и российского законодательства, постановление Государственной Думы от 16.12.1998 "О неотложных мерах по предупреждению распространения в России наркомании и токсикомании среди детей и молодежи", приказ Минздрава России № 287 от 16.12.1998 "О неотложных мерах по совершенствованию наркологической помощи населению Российской Федерации" и другие нормативные документы.

Актуальной задачей является разработка и совершенствование нормативно-правовой основы антинаркотической политики, разработка критериев и механизмов расчета реального распространения наркомании, ущерба от преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков, совершенствование инструменталь-

ной и правовой базы технологий, позволяющих контролировать производство и распространение наркотиков.

В сфере алкогольной политики в последнее десятилетие основные проблемы были связаны с отменой монополии на производство и продажу алкоголя, что привело к наплыву низкокачественных спиртных напитков из-за рубежа, росту подпольного производства алкогольной продукции и ее суррогатов.

Актуальными вопросами правового и административного обеспечения алкогольной политики являются стабилизация алкогольного рынка с учетом экономических интересов производителя и государства, сокращение нелегального производства и спроса населения, регулирование доступности алкоголя, запрет рекламы алкогольных напитков, разработка административно-правовых мер контроля за употреблением алкоголя в ситуациях повышенного риска, связанных с угрозой жизни окружающих людей.

В заключение целесообразно отметить, что приведенные стратегии наркологической превентологии многовариантны и должны учитывать особенности профессиональных и возрастных, половых и этнических групп. Расширение социального поля наркологической превентологии корреспондируется с поисками биологической наркологией генетического адреса зависимости и генно-инженерными технологиями ранней коррекции предрасположенности, что неизбежно скажется на формате рамок нозологического поля клинической наркологии.

За двадцатипятилетний период своего развития отечественная наркология оформилась в развитую специализированную службу, располагающую большой сетью лечебных учреждений, квалифицированным кадровым потенциалом, системой профессиональной подготовки. Однако качество медицинской помощи на наркологическом поле практически не сказалось на масштабах и остроте алкогольно-наркотических проблем в российском социуме. Сегодня совершенно очевидно, что без внятной антинаркотической и антиалкогольной политики, без разработки системных подходов к реабилитации и профилактике невозможно обеспечить достойное качество общественного здоровья и национальной безопасности.

*Н. Н. Иванец
Е. А. Кошкина
В. В. Киржанова*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ В РОССИИ В 1999—2003 ГОДАХ

Основным элементом большинства информационных систем, созданных с целью мониторинга ситуации с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), по-прежнему является отчетность о посещении наркологических лечебных учреждений.

Анализ данных государственной статистики о числе наркологических больных, зарегистрированных в амбулаторных (психиатрических и наркологических) учреждениях Минздрава России, и числе больных, обратившихся в эти учреждения впервые в жизни, позволяет представить картину распространенности наркологических расстройств как в целом по стране, так и в отдельных ее регионах.

Число зарегистрированных специализированными амбулаторными учреждениями больных с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, наркотиков и иных ПАВ (включая употребление с временными последствиями (ВП), в 2003 году составило 3462 тысячи человек, или 1,4% от общей численности населения.

Анализ динамики распространенности наркомании (таблица 1) свидетельствует о том, что этот показатель по стране в целом в течение последних 4-х лет увеличился в 1,6 раза (241 больной на 100 тысяч населения). Общее число зарегистрированных больных наркоманией в 2003 году составило 343 тысячи человек.

Рост наркомании в стране за последнее десятилетие был обусловлен широким распространением наркотиков опийной группы. Это подтверждается данными МВД об изъятии наркотиков и росте преступности, связанной с наркотиками [6,7].

Увеличение распространенности наркомании наблюдалось с начала 90-х годов; однако в последние годы отмечается снижение темпов роста этого показателя. Максимальный его прирост был выявлен в 1995—1998 годах и составлял более 30% в год [5]. С 1999 года отмечается снижение темпов роста этого показателя: если в 1999 году показатель увеличился на 31,6%, то в 2000 году — на 28,2%, в 2001 году — на 17,6%, в 2002 году — на 2,7%, а в 2003 году — лишь на 0,6%. Таким образом, в 2002—2003 годах наметилась

некоторая тенденция к стабилизации распространенности наркомании.

Таблица 1

**Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами
в России в 1999—2003 годах**

	Учетная распространенность			Первичная заболеваемость		
	на 100 тыс. населения		2003 г. к 1999 г. (в %)	на 100 тыс. населения		2003 г. к 1999 г. (в %)
	1999	2003*		1999	2003	
Синдром зависимости от наркотиков (наркомания)	154,8	241,0	55,7	41,9	16,1	61,6
В том числе от: опиоидов	133,1	213,1	60,1	37,9	13,0	65,6
каннабиноидов	9,7	14,6	50,6	1,7	1,8	8,2
кокаина	0,4	0,1	-88,1	0,2	0,0	97,0
психостимуляторов	3,6	3,9	9,2	0,7	0,3	57,1
других наркотиков и их сочетаний	7,9	9,3	17,1	1,4	0,9	36,4
Синдром зависимости от ненаркотических ПАВ (токсикомания)	10,1	10,6	4,1	1,1	1,6	48,2
Употребление с вредными последствиями:						
наркотиков	96,5	106,9	10,8	36,1	22,8	36,8
ненаркотических ПАВ	23,3	20,4	-12,3	4,5	6,7	48,9

* Интенсивные показатели за 2003 год рассчитывались на основании количества населения на 1.01.2003 (без учета переписи населения 2002 года ввиду отсутствия этих данных) и в дальнейшем могут несколько измениться.

Удельный вес больных опийной наркоманией в структуре зарегистрированного контингента в амбулаторных специализированных учреждениях был стабильно высок и составлял

86,0—88,4%. Показатель распространенности этого заболевания увеличился с 1999 по 2002 год в 1,6 раза. В 2003 году показатель составил 213,1 больных на 100 тыс. населения, то есть фактически остался на уровне 2002 года.

По данным научных исследований, в России, как и во всем мире, употребление препаратов каннабиса получило наибольшее распространение среди населения [3, 4, 8]. Однако в связи с особенностями формирования гашишной наркомании обращаемость таких больных в наркологические учреждения за помощью невысока (таблица 1). Вместе с тем следует отметить, что динамика этого показателя имела выраженную тенденцию к росту: за последние 4 года показатель увеличился в 1,5 раза.

Употребление наркотических веществ иных групп (психостимуляторы и др.) не получили у нас широкого распространения [3, 4, 8], поэтому распространенность синдрома зависимости от этих веществ невелика. Показатели распространенности токсикомании и употребления ненаркотических (токсикоманических) ПАВ с вредными последствиями выраженных изменений за анализируемый период не претерпели, оставшись на уровне 1999 года (таблица 1).

Распространенность злоупотребления ПАВ среди лиц молодого возраста (таблица 2). Наибольшие суммарные показатели распространенности употребления наркотических и ненаркотических ПАВ (включая наркоманию, токсикоманию и употребление ПАВ с вредными последствиями) отмечаются среди молодежи 18—19 лет и в возрастной группе 20—39 лет — 1025,6 и 976,5 в расчете на 100 тысяч населения соответственно. Таким образом, учтенная распространенность этих расстройств среди молодого и наиболее работоспособного населения достигла 1%.

Показатель распространенности наркомании в 2003 году составил 241 больной на 100 тысяч всего населения. Для детей он составил 1,6 больных на 100 тысяч детей в возрасте 10—14 лет, для подростков — 47,6, для молодежи (18—19 лет) — 483,2. В самом трудоспособном возрасте — 20—39 лет — этот показатель наиболее высок — 694 (0,7% населения этой возрастной группы). Население старше 40 лет в наибольшей степени проявило устойчивость к эпидемии наркомании и затронуто ею значительно меньше (таблица 2). Это связано, с одной стороны, с тем, что широкое распространение употребление наркотиков получило в России лишь в 90-х годах прошлого века и не затронуло старшие возрастные группы. С другой стороны, это связано с низкой продолжительностью жизни больных наркоманией. Высокая смертность

среди потребителей наркотиков в трудоспособных возрастах связана с передозировками наркотиков и высоким риском смерти от случайных причин [2].

Таблица 2

**Распространенность наркологических расстройств в России
в 2003 г. в различных возрастных группах**
(на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

	Всего	0—14*	15—17	18—19	20—39	40—59	60 лет и старше
Синдром зависимости от наркотиков (наркомания), в том числе от:	241,0	1,6	47,6	483,2	694,0	76,8	1,2
опиоидов	213,1	1,1	38,8	412,5	620,9	63,2	0,8
каннабиноидов	14,6	0,4	6,0	42,8	38,1	6,4	0,1
кокаина	0,0	-	-	0,1	0,1	0,0	-
психостимуляторов	3,9	-	1,0	12,3	10,4	1,6	0,0
полинаркомания и зависимость от других наркотиков	9,3	0,2	1,9	15,4	24,6	5,5	0,3
Синдром зависимости от ненаркотических ПАВ (токсикомания)	10,6	19,6	58,6	45,9	14,3	1,6	0,2
Употребление с вредными последствиями: наркотиков	106,9	13,6	171,0	438,9	257,7	27,4	0,2
ненаркотических ПАВ	20,4	75,7	192,6	57,5	10,5	0,8	0,1
Потребители наркотических и ненаркотических ПАВ (вкл. синдром зависимости)	378,9	110,5	469,8	1025,6	976,5	106,5	1,7

* Показатель рассчитан на детское население в возрасте 10—14 лет.

Во всех возрастных группах в структуре больных наркоманией первое ранговое место занимают больные опийной наркоманией, второе — больные с зависимостью от каннабиса (гашишная наркомания), третье, как правило, больные полинаркоманией. Общая тенденция заключается в следующем: с возрастом увеличива-

ется доля больных опийной наркоманией и уменьшается доля обратившихся за лечением больных гашишной наркоманией. При этом различные возрастные группы имеют свои особенности. Так, следует отметить, что среди детей и подростков особенно велика доля больных гашишной наркоманией — четвертая часть среди детей (24,5%) и 12,5% среди подростков. В группах 18—19, 20—39 и 40—59 лет больные опийной наркоманией составляют подавляющее большинство — от 82 до 90%. На другие формы зависимости приходится от 10 до 18% больных наркоманией. В возрасте 60 лет и старше больные полинаркоманией составляют 21,4%, занимая при этом по численности в этой возрастной группе второе ранговое место после опийной зависимости (таблица 3).

Таблица 3

Структура зарегистрированного контингента больных наркоманией в 2003 году в различных возрастных группах
(в % от общего числа больных наркоманией)

	Все возраст. группы	0—14*	15—17	18—19	20—39	40—59	60 лет и старше
Наркомания, всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
в т.ч. синдром зависимости от:							
опиоидов	88,4	66,0	81,5	85,4	89,5	82,3	69,3
каннабиноидов	6,1	24,5	12,5	8,9	5,5	8,4	8,6
кокаина	0,0	-	-	0,0**	0,0	0,0	-
психостимуляторов	1,6	-	2,0	2,5	1,5	2,1	0,6
полинаркомания и зависимость от других наркотиков	3,9	9,4	4,0	3,2	3,5	7,2	21,4

* Показатель рассчитан на детское население в возрасте 10—14 лет.

** Показатель составил менее 0,1%.

Злоупотребление ненаркотическими ПАВ (токсикомания и употребление этих веществ с ВП) наиболее распространено в детско-молодежной среде. Наибольшие показатели отмечаются среди детского и подросткового населения и среди молодежи 18—19 лет.

Распространенность наркомании в субъектах РФ широко варьирует. Так, в 2003 году максимальный ее показатель отмечался в Самарской области и составил 657,1 больных на 100 тысяч населения, минимальный — в Архангельской области — 17,9. Эти показатели различаются в 36 раз.

По сравнению с 1999 годом ученная распространенность наркомании увеличилась в 75 субъектах РФ. В 3 и более раза этот показатель увеличился в Костромской (в 5 раз), Вологодской (в 4 раза) и Ивановской (в 3 раза) областях, то есть в тех субъектах РФ, где ее уровень в предыдущие годы был невысок. Снижение ее показателей произошло лишь в четырех регионах — республиках Тыва, Кабардино-Балкария, Северная Осетия, Якутия.

Во всех федеральных округах наблюдается увеличение данных показателей, хотя и в разной степени. Максимальный прирост отмечался в Северо-Западном (на 75,8%), Центральном (на 69,8%) и Приволжском (на 69,0%) федеральных округах (ФО), минимальный — в Южном федеральном округе (на 38,2%).

Таблица 4

Распределение субъектов РФ по уровню распространенности наркомании в 1999 и 2003 годах

	Распределение по уровню показателя распространенности наркомании				Распределение по уровню показателя распространенности опийной наркомании			
	1999 г. — 154,8		2003 г. — 241,0		1999 г. — 133,1		2003 г. — 213,5	
Распространенность в РФ (на 100 тыс. нас.)								
Уровни показателей (на 100 тыс. нас.)	число терр.	в %	число терр.	в %	число терр.	в %	число терр.	в %
300,0 и выше	8	10,1	16	20,3	6	7,5	10	12,5
100,0—299,9	27	34,2	38	48,1	22	27,5	36	45
менее 100,0	44	55,7	25	31,6	52	65	34	42,5

По уровню распространенности наркомании субъекты РФ условно были разделены на 3 группы: высокий уровень — 300,0 и более больных на 100 тысяч населения, средний — 100,0—299,9 больных и низкий — менее 100,0 больных. По сравнению с 1999 годом увеличилась доля субъектов РФ, имеющих высокий и средний уровни распространенности наркомании, и снизился удельный вес территорий с низким ее уровнем (таблица 4).

Наиболее высокие показатели этой патологии, кроме уже упомянутой Самарской области, сохранились в следующих субъектах

РФ: Томской (637,3), Кемеровской (591,8), Тюменской (538,8), Иркутской (519,2) областях, а также в Приморском крае — 552,3 больных на 100 тысяч населения. Среди автономных округов (АО) по-прежнему лидирует Ханты-Мансийский АО — 696,9.

Как уже отмечалось, наиболее часто в медицинские специализированные учреждения обращаются больные опийной наркоманией. Для сравнения ареалов распространения опийной и гашишной наркомании в регионах РФ были рассчитаны среднехронологические показатели за 1999—2003 годы. В целом по стране этот **показатель составил 189,0 больных на 100 тысяч населения.** Наиболее высокие показатели распространенности опийной наркомании отмечались в Сибирском и Уральском ФО и составили соответственно 348,1 и 302,0 на 100 тысяч населения. В зоне высокого уровня распространенности опийной наркомании находятся следующие субъекты РФ: Самарская (562,4), Томская (535,4), Кемеровская (501,8), Тюменская (480,8), Иркутская (458,1), Новосибирская (375,8) области, Алтайский и Красноярский края — 404,9 и 320,5 соответственно. Высокий уровень распространенности опийной наркомании отмечался также в трех автономных округах: Ханты-Мансийском АО (638,6), Таймырском АО (337,8) и Ямало-Ненецком АО (329,5).

Показатели учтенной распространенности гашишной наркомании значительно ниже, однако это второй по значимости вид зависимости от наркотиков. Среднехронологический показатель за 1999—2003 годы составлял по стране в целом 12,1 больных на 100 тысяч населения (таблица 4.1).

Таблица 4.1

Распределение субъектов РФ по уровню распространенности гашишной наркомании в 1999 и 2003 годах

Распространенность в РФ (на 100 тыс. нас.)	1999 г. — 9,7		2003 г. — 14,6		Средняя хронологическая — 12,1	
	число терр.	в %	число терр.	в %	число терр.	в %
Уровни показателей (на 100 тыс. нас.)						
100,0 и выше	2	2,5	3	3,8	3	3,8
20,0—99,9	12	15,2	15	19,0	13	16,5
5,0—19,9	15	19,0	18	22,8	14	17,7
менее 5,0	43	54,4	42	53,2	48	60,8
не зарегистрировано больных	7	8,9	1	1,3	1	1,3
Всего территорий	79	100	79	100	79	100

Данные, приведенные в таблице 4.1, свидетельствуют, с одной стороны, об уменьшении числа и доли территорий, где такие больные не были зарегистрированы, и, с другой стороны, об увеличении удельного веса субъектов РФ с уровнем распространенности 5,0 и более больных в расчете на 100 тысяч населения.

Наиболее высокие показатели распространенности гашишной наркомании отмечались в Дальневосточном и Южном ФО (85,2 и 30,6 соответственно), для которых потребление производных каннабиса является традиционным. Высокие показатели, в 2 и более раза превышающие средние по стране, имеют место республиках Тыва, Алтай и Дагестан (281,0, 61,6 и 70,0 соответственно), областях — Амурской (144,0), Сахалинской (49,1), Астраханской (30,2), а также в Приморском (132,9), Краснодарском (55,4) и Хабаровском (65,3) краях, Еврейской автономной области (73,3).

Таким образом, ареалы наибольшего распространения опийной и гашишной наркомании не совпадают: опийная наркомания наиболее распространена в Сибирском и Уральском ФО, гашишная — в Дальневосточном и Южном ФО. В первом случае это связано с распространением опиатов по пути опийно-героинового наркотрафика, во втором — с традиционным употреблением производных каннабиса в указанных регионах.

Были также проанализированы тенденции изменения показателей распространенности употребления ненаркотических ПАВ (токсикомании). Средние по России показатели распространенности токсикомании в анализируемый период выраженных изменений не претерпели и остались на уровне 1999 года.

Высокий уровень распространенности токсикомании, в 3 и более раза превышающий среднероссийский, отмечался в Сахалинской области — 55,8 больных на 100 тысяч населения, Чукотском АО — 40,1, Камчатской и Магаданской областях — 37,7 и 30,1. Среди автономных округов наибольший ее показатель выявлен в Коми-Пермяцком АО — 20,5 больных на 100 тысяч населения.

Первичная заболеваемость является индикатором, наиболее чутко реагирующим на воздействие различных внешних причин. Изучаемый период характеризовался изменением тенденций в первичной заболеваемости наркоманией. Максимальный ее показатель отмечался в 2000 году — 50,7 больных на 100 тысяч населения. С 2001 года началось его снижение, продолжающееся по настоящее время. В 2003 году этот показатель составил 16,1 больных на 100 тысяч населения, по сравнению с 1999 годом он снизился в 2,6 раза.

Тенденция снижения общего показателя заболеваемости наркоманией была обусловлена уменьшением числа первичных обращений больных опийной наркоманией, начавшимся в 2001 году. Показатель заболеваемости этой наркоманией снизился с 2000 по 2003 год в 3,6 раза. Первичная заболеваемость гашишной наркоманией в анализируемый период стабилизировалась на уровне 1,7—1,8 больных на 100 тысяч населения. Снижение заболеваемости наркоманией, вызванной употреблением психостимуляторов, употреблением других наркотических веществ, а также сочетанным употреблением наркотиков (полинаркомания), из-за небольшого числа случаев этих расстройств, выявляемых впервые в жизни, значительного влияния на уменьшение общего показателя не оказало (таблица 1). Таким образом, одной из причин падения первичной заболеваемости наркоманией следует признать снижение числа случаев первичного обращения за помощью больных опийной наркоманией. Данные государственной статистики подтверждаются данными эпидемиологических исследований, которые свидетельствуют о заметном снижении в молодежной среде популярности внутривенных наркотиков, в основном героина. Наряду с этим в молодежной среде остается высокой популярность алкогольных напитков, особенно пива, а также стабильно высоким остается употребление производных марихуаны [3,4].

Показатель первичного выявления лиц, употребляющих наркотики с ВП, как и первичная заболеваемость наркоманией, в анализируемый период проявил тенденцию к снижению: среднероссийский его уровень снизился с 36,1 на 100 тысяч населения в 1999 году до 22,8 в 2003 году, или на 36,8%.

Наряду с тенденцией снижения показателей первичной заболеваемости наркоманией и выявления лиц, употребляющих наркотики с ВП, в 1999—2003 годах отмечался рост заболеваемости токсикоманией и выявления лиц, употребляющих ненаркотические ПАВ с ВП. Эти показатели по стране в целом за исследуемый период возросли в 1,5 раза (таблица 1).

В структуре впервые выявленных больных наркоманией, как и в структуре зарегистрированных, преобладают больные опийной наркоманией. Их доля в зависимости от возраста варьирует от 70,3% среди детей до 94,6% среди лиц старше 60 лет. Доля больных гашишной наркоманией наиболее велика среди детей и подростков — 18,9% и 18,1% соответственно. В остальных возрастных группах их удельный вес значительно ниже. Обращает на себя внимание тот факт, что среди первичных больных довольно высока доля больных с зависимостью от других наркотиков и полинар-

компанией, причем среди детей этот показатель достиг наибольшего значения — 10,8%. Этот факт требует специального изучения (таблица 5).

Лица, употребляющие наркотики с вредными последствиями, наиболее часто выявляются в возрасте 18—19 лет — показатель составил 108,9 на 100 тысяч населения. Второе ранговое место занимает подростковая возрастная группа — 66,5 на 100 тысяч подростков, третья — группа 20—39-летних — 48,8. В возрасте старше 40 лет употребляющие наркотики с вредными последствиями выявляются крайне редко. Токсикомания и употребление ненаркотических ПАВ с вредными последствиями также наиболее часто выявляются среди подростков и детей.

Таблица 5

Структура контингента впервые выявленных больных наркоманией в 2003 году (в %)

	всего	0—14	15—17	18—19	20—39	40—59	60 лет и старше
Наркомания	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
в т.ч. синдром зависимости от:							
опиоидов	81,1	70,3	74,4	80,8	81,8	78,1	94,6
каннабиноидов	11,4	18,9	18,1	13,3	10,6	14,4	3,6
кокаина	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
психостимуляторов	1,9	0,0	3,1	1,9	1,9	1,4	0,0
полинаркомания и зависимость от других наркотиков	5,5	10,8	4,4	4,0	5,8	6,1	1,8

В регионах страны, как и в России в целом, наблюдается снижение уровня первичной заболеваемости наркоманией (таблица 6). По сравнению с 1999 годом снижение наблюдалось в подавляющем большинстве субъектов РФ, а в сравнении с 2000 годом, когда уровень был наивысшим, практически во всех регионах. В 2003 году наиболее высокий уровень заболеваемости наркоманией отмечался в Приморском крае (52,0), Кемеровской (49,3) и Иркутской (42,7) областях. В 2003 году не отмечено ни одной территории, где бы этот показатель превысил 100,0 больных на 100 тысяч населения, тогда как в 1999 году таких территорий было 3: Тюменская (110,0), Самарская (104,9) и Ульяновская (103,0) области. Удельный вес территорий, имеющих уровень заболеваемости 30,0 и более больных на 100 тысяч населения, снизился с 41,8% в 1999

году до 3,8% в 2003 году. Наряду с этим произошло увеличение удельного веса субъектов РФ, имеющих показатели ниже этого уровня: соответственно с 58,2% до 96,2%, то есть в 2003 году подавляющее большинство субъектов РФ имели уровень первичной заболеваемости наркоманией менее 30,0 больных на 100 тысяч населения.

Таблица 6

Распределение субъектов РФ по уровню заболеваемости наркоманией (общий показатель) и опийной наркоманией в 1999 и 2003 годах

	Распределение по уровню заболеваемости наркоманией				Распределение по уровню заболеваемости опийной наркоманией			
	2003 г. — 16,1		1999 г. — 37,9		2003 г. — 13,0			
Уровни показателей (на 100 тыс. нас.)	число терр.	в %	число терр.	в %	число терр.	в %	число терр.	в %
100,0 и выше	3	3,8		-	2	2,5		-
50,0—99,9	15	19,0	1	1,3	11	13,9	-	-
30,0—49,9	15	19,0	2	2,5	14	17,7	2	2,5
10,0—29,9	35	44,3	43	54,4	35	44,3	29	36,7
Менее 10,0	11	13,9	33	41,8	17	21,5	48	60,8
Всего территорий	79	100,0	79	100,0	79	100,0	79	100,0

Как уже отмечалось, снижение общего показателя заболеваемости наркоманией было обусловлено снижением заболеваемости опийной наркоманией. Уменьшение этого показателя отмечалось на 73 территориях, увеличение — лишь на 6.

Увеличение первичной заболеваемости токсикоманией в изучаемый период отмечалось в 50 субъектах РФ, на 21 территории произошло его снижение. Распространенность токсикомании традиционно высока в регионах Дальнего Востока и Сибири [5]. Вместе с тем в 2003 году на первое место по величине показателя заболеваемости ею вышла Ивановская область: за последние 4 года показатель увеличился с 1,7 больных на 100 тысяч населения до 9,9. Высокий уровень токсикомании отмечался и в традиционных местах ее распространения: Магаданской (7,5), Сахалинской (6,6), Мурманской (5,2), Омской (4,6) и Иркутской (4,9) областях, Чукотском АО (6,9), республиках Алтай (6,3) и Коми (4,8), а также в Приморском крае (4,0).

Увеличение показателя первичного выявления лиц, употребляющих ненаркотические ПАВ с ВП, отмечалось в 62 субъектах РФ, снижение — в 10, в 5 регионах РФ положение дел по сравнению с 1999 годом не изменилось. Наиболее высокий уровень выявления этих расстройств, в два и более раза превышающий общероссийский, отмечался в Челябинской (17,0 на 100 тысяч населения), Мурманской (17,0), Владимирской областях (13,3), а также в республиках Хакасия (16,2) и Коми (13,7).

Заключение

Анализ данных государственной статистики свидетельствует о том, что за четырехлетний период выявлены следующие основные тенденции в распространенности наркологических расстройств.

Распространенность злоупотребления наркотиками и ненаркотическими ПАВ (исключая алкоголь) достигла в стране высокого уровня. Наиболее высокие показатели распространенности их употребления отмечаются среди молодежи 18—19 лет и в возрастной группе 20—39 лет и достигли 1% от численности этих возрастных групп.

В 2002—2003 годах наметилась стабилизация показателей распространенности наркомании, которая обусловлена снижением ее первичной заболеваемости (в основном за счет опийной наркомании). Снижение уровня заболеваемости наркоманией и числа случаев первичного обращения лиц, употребляющих наркотики с ВП, отмечалось в большинстве субъектов РФ. Однако в 17 регионах в 2003 году вновь наметился их рост, что должно стать предметом дальнейшего пристального наблюдения.

Наряду с тенденцией снижения первичной заболеваемости расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, отмечается рост показателей заболеваемости токсикоманией и первичной обращаемости лиц, злоупотребляющих ненаркотическими ПАВ. Эти показатели возросли по стране в целом в 1,5 раза. И в контингенте зарегистрированных ранее, и среди впервые обратившихся больных высока доля лиц, употребляющих ПАВ с вредными последствиями. Этот факт следует учитывать при внедрении профилактических программ и активно включать контингенты злоупотребляющих, особенно детей и молодежь, в реализацию этих программ. Об эффективности подобных стратегий свидетельствует и международный опыт [1,9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дебер А. Как институт народного здоровья Швеции работает с вопросами предупреждения алкоголизма. // Сб. Алкогольная политика в России и Норвегии. М., 2000. С. 11—19.
2. Кидряпкина А.В. Десятилетняя динамика смертности среди лиц, злоупотребляющих внутривенным приемом психоактивных веществ, на территории Приморского края. // Автореферат кандидатской диссертации. Владивосток, 2001. С. 27.
3. Кошкина Е.А., Вышинский К.В. и соавт. Мониторинг распространенности потребления психоактивных веществ (ПАВ) среди учащихся г. Москвы. М., 2003. С. 30.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. и соавт. Комплексная оценка употребления ПАВ молодежью в Юго-Восточном округе Москвы. М., 2004. С. 25.
5. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Гуртовенко В.М. Оценка распространенности употребления психоактивных веществ в различных регионах Российской Федерации. Аналитический обзор. М., 2002. С. 52.
6. Преступность и правопорядок в России. Статистический аспект. // Статистический сборник. М., 2003. С. 85.
7. Целинский Б.П. // Вопросы наркологии. 2001. № 6. С. 3—10.
8. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. и соавт. Девиации подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. М., 2001. С. 48.
9. Топалпезеп А. // Алкогольная политика в России и Норвегии. М., 2000. С. 125—137.

*Н.Н. Иванец
В.Е. Пелипас
Т.Н. Дудко
М.Г. Цетлин*

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Создание действенной системы реабилитации больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией является сегодня наиболее актуальной проблемой отечественной наркологии. Длительное время ее решение тормозилось отсутствием организационно-правовой базы, достаточного финансирования, а также научной концепции реабилитации наркологических больных в современных условиях. В настоящее время произошли определенные позитивные сдвиги по всем указанным позициям. Утверждено

Положение о реабилитационном наркологическом центре, финансируется федеральная целевая программа, предусматривающая создание научно-методических центров реабилитации больных наркоманией и выполнение ряда целевых научных исследований по проблемам реабилитации в наркологии. Вступивший в силу в 1998 году Федеральный закон "О наркотических средствах и психотропных веществах" позволил привлечь к созданию реабилитационной системы частный капитал. В Научном национальном центре наркологии Россздрава России разработаны научная Концепция реабилитации наркологических больных (6) и Стандарты реабилитации больных наркоманией.

В результате к началу 2004 года реабилитационные наркологические учреждения имелись уже более чем в 40 субъектах Российской Федерации, а их общее число превысило 100 и продолжает расти. На повестку дня ставятся новые организационно-методические вопросы. Представляется целесообразным дать дифференцированное описание действующих в стране моделей реабилитации с оценкой их специфики и проблемных моментов работы, предложить обобщенную систему организации реабилитационного процесса в наркологии, которая может быть эффективной в современных условиях.

Концептуальные основы реабилитации в наркологии

В Концепции реабилитации наркологических больных реабилитация в наркологии формулируется как система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления психоактивных веществ (ПАВ). Цель реабилитации — восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала. Задачи реабилитации определяются необходимостью достижения ее конечной цели с учетом важнейших аспектов жизненной ситуации больного — медицинского, личностного, социального — и путем ее активной целенаправленной реорганизации.

Основными принципами реабилитации являются: 1) добровольность участия больного в лечебно-реабилитационном процессе (ЛРП); 2) доступность и открытость реабилитационных учреждений (РУ); 3) доверительность и партнерство; 4) единство со-

циально-психологических и медико-биологических методов целевого воздействия; 5) многообразие и индивидуализация форм реабилитационных мероприятий. Необходимые условия осуществления ЛРП: а) отказ больного (одномоментный или постепенный) от употребления ПАВ; б) личная ответственность за успешную реализацию ЛРП; в) опора на позитивные, лично значимые для пациента социальные ценности; г) обеспечение адекватной правовой и организационной регламентации ЛРП; д) "бригадный" метод работы "команды" специалистов РУ; е) создание в РУ подлинной терапевтической атмосферы.

Концепция реабилитации в наркологии была развита и дополнена учениями о "реабилитационном потенциале" (РП) наркологических больных [2, 3, 4], "лечебно-реабилитационной среде" [1] и "реабилитационном пространстве" [5].

Понятие "реабилитационное пространство", возникшее в процессе работы с проблемными детьми и подростками, подразумевает территориальную систему учреждений, служб, ведомственных структур, общественных инициатив и организаций, принимающих участие в профилактике социальной дезадаптации несовершеннолетних и в их реабилитации. Цель создания реабилитационного пространства заключается в позитивной социализации несовершеннолетних. Основные принципы его функционирования — клиентоцентризм, целостность и системность усилий начиная с самого клиента (пациента), его семьи и вплоть до законодательства и государственной социальной политики.

Опыт доказал также важность создания в учреждениях для наркологических больных особой лечебно-реабилитационной среды, основанной на психотерапевтических и реабилитационных программах, создающихся преимущественно в интересах тех больных, которые активно стремятся к выздоровлению, максимально быстрой адаптации и ресоциализации. Такая среда обеспечивает защищенность заинтересованных в лечении пациентов от больных, не мотивированных на лечение, склонных к деструктивным и провокационным формам поведения.

Организационные аспекты наркологической реабилитации

Исследования показывают, что в стране идет активный процесс трансформации и реструктуризации наркологической службы в направлении реализации современной лечебно-реабилитационной концепции и эффективных моделей оказания наркологической помощи. Изменения носят как количественный, так и

качественный характер. Растет не только число реабилитационных учреждений и подразделений, но также их структурно-организационное разнообразие.

Основные алгоритмы создания реабилитационных структур на местах таковы: 1) выделение специализированных "реабилитационных коек" в структуре обычных наркологических учреждений; 2) целенаправленная трансформация наркологических отделений в специализированные лечебно-реабилитационные подразделения; 3) организация самостоятельных реабилитационных центров (РЦ); 4) создание стационарзамещающих (амбулаторных и полустационарных) реабилитационных подразделений. Каждый алгоритм соответствует установкам и возможностям местного руководства и является его выбором. Однако с точки зрения универсальности и перспективы развития на данном этапе формирования реабилитационного звена наркологической службы, с нашей точки зрения, заслуживают особого внимания и административной поддержки второй и четвертый алгоритмы.

Накопленный опыт свидетельствует о росте профессионализма и эффективности в работе реабилитационных учреждений. В то же время в сфере реабилитации имеется целый ряд недостатков и проблем. Во многих регионах — как на уровне администрации, так и органов управления здравоохранением — имеет место недооценка возможностей реабилитации, и мотивация к этому виду деятельности низкая. Достаточно остро стоит кадровый вопрос: есть проблемы и с подготовкой специалистов, и с их рациональным использованием. Заметны организационные просчеты в процессе создания реабилитационных структур. Ставка на крупные региональные и межрегиональные РЦ не оправдывает себя по ряду причин: отсутствуют должное финансирование и необходимый высокоспециализированный персонал, невозможно заполнить такие центры мотивированными пациентами, в результате некоторые из центров работают не с полной нагрузкой. Вместе с тем не получает должного развития система так называемой малой, в том числе стационарзамещающей, реабилитации и реабилитации на дому, не создаются РУ переходного назначения — "дома на полпути", "места защищенного проживания", "предприятия защищенной работы" и т.п. Во многих РУ не удается организовать полноценную трудотерапию, образовательный процесс и профессиональное обучение пациентов. Страдает межсекторальное и внутрисекторальное взаимодействие реабилитационных структур, в том числе с различными формами собственности.

Модели реабилитации в отечественной наркологии

В ходе мониторинга развития реабилитационного звена наркологической помощи, проводившегося в течение нескольких лет ННЦ наркологии, выделены основные типовые модели реабилитации, используемые наркологической службой страны: 1) модифицированная Миннесотская модель на основе стационарной и амбулаторной 12-шаговой реабилитационной программы; 2) модифицированная модель "терапевтического сообщества" в стационарном и амбулаторном вариантах; 3) смешанная модель (в амбулаторном и стационарном вариантах), основанная на сочетании элементов первых двух моделей с элементами народной медицины и религиозным подходом (на базе различных конфессий). Каждая из этих моделей имеет свои преимущества и недостатки, которые могут быть нивелированы в результате их дифференцированного выбора с учетом индивидуальных показаний.

Миннесотская модель зарекомендовала себя в мире как одна из наиболее разработанных психотерапевтических систем, с помощью которой больные добиваются достаточно высокого уровня эмоциональной, духовной и поведенческой зрелости, позволяющей им справляться с зависимостью. Однако приходится с сожалением констатировать, что в России в большинстве реабилитационных стационаров методика применяется недостаточно квалифицированно. Больные не осваивают 12-шаговую программу в полном объеме и ограничиваются в основном первыми тремя и последним шагами. У большинства из них отсутствует стойкая мотивация на отказ от ПАВ, имеется психологическое неприятие необходимости обращения за помощью к божественным силам и основных постулатов программы: "я наркоман (алкоголик)", "я болен на всю жизнь", "я никогда уже не стану здоровым", не хватает терпения и усердия для освоения сложной программы. Отсюда частые "срывы" и "отказы" на продолжительном пути реализации программы, что вызывает недоверие к ней. В результате эффективность программы оставляет желать лучшего.

Модель "терапевтического сообщества" реализуется в России в эклектических вариантах. РУ испытывают трудности в формировании и долгосрочном функционировании подлинной терапевтической (реабилитационной) среды, для создания которой необходимы высококвалифицированные кадры, проникнутые идеологией реабилитации и способные работать как единая "бригада" в рамках партнерских (непатерналистских) отношений с пациентами. К сожалению, в настоящее время наркологическая служба далеко не везде располагает такими возможностями, но попытки

создания и тиражирования модели "терапевтического сообщества" обнадеживают.

В реабилитационной работе с наркоманами в структурах различных конфессий делается упор на психологическую и духовную поддержку пациентов. Для них устанавливаются четкий распорядок дня, строгие поведенческие нормы, предусматривающие различные разумные ограничения, запреты, диеты. Обеспечивается трудовая занятость больных. Вместе с тем обязательны присутствие на богослужениях, соблюдение обрядов причащения, покаяния (иногда "отчитки от бесов" или "изгнания бесов"), чтение духовной литературы и пр. Прозелитизм и недооценка медико-биологической основы наркологических заболеваний, свойственные этой модели реабилитации, снижают возможности ее распространения.

В работе некоторых наркологических РУ нередко применяются инновации, свидетельствующие о попытках адаптировать свои профессиональные возможности к желаниям (не всегда адекватным) больных и их семей. Многие больные, поддерживаемые родственниками, в связи с недооценкой тяжести своего заболевания или по материальным соображениям не соглашаются участвовать в продолжительных целевых программах реабилитации. В результате наркологи стали разрабатывать и применять их кратко- или среднесрочные варианты. Широко распространены трех-шестинедельные или одно-трехдневные программы, получившие рекламные названия "психотерапевтические марафоны", "интенсивная реабилитация" и пр. Как правило, используются первые 3 шага 12-шаговой программы АА, йоготерапия, физиотерапия (чаще всего, финская баня), различные биологически активные добавки (БАД) и блокаторы опиатных рецепторов (налтрексон и т.п.). Подобные "марафоны" научно мало обоснованы, и применение их не только неэффективно, но нередко наносит вред их участникам — больные перестают верить в возможность выздоровления, ресоциализации, "о которой им только говорят", и даже в само здравоохранение. В связи с "бессилием медицины" эти больные и их родственники ищут помощи у знахарей, экстрасенсов, колдунов, в сектах и т.д.

В практической деятельности типичных по своим структурно-организационным и технологическим характеристикам РУ существует ряд проблемных мест, негативно влияющих на их эффективность. В частности, только половина специалистов РУ имеет подготовку по психиатрии; широко распространено внутреннее совместительство специалистов одного и даже различного

профиля (нарколог/психолог и др.); стаж работы большинства специалистов минимален; сроки пребывания пациентов в РУ плохо фиксированы, а в большинстве случаев явно недостаточны; документация, отражающая лечебно-реабилитационный процесс, чрезмерно громоздка и обюрокрачена. Программно-целевое обеспечение страдает эклектичностью, отсутствием четкой концептуальной основы. Отмечаются пренебрежение к процедуре отбора пациентов, формализация реабилитационных мероприятий с тенденцией к преобладанию манипулятивных методик, отсутствие структурированной постреабилитационной работы с выпускниками.

Обращают на себя внимание низкий реабилитационный потенциал неоправданно большой части пациентов РУ, недостаточность специальной мотивационной работы с ними. В большинстве РУ отсутствуют характерные черты целенаправленно формирующейся реабилитационной среды и терапевтической атмосферы. Имеются проблемы со средним и младшим персоналом, который испытывает дефицит профессионализма, чувство неуверенности в конечном результате профессиональных усилий, отчуждение и скрытую оппозиционность по отношению к пациентам, стремление переложить на них ответственность за исход реабилитации, а не разделить ее с ними.

Следует отметить, что ни у одной из известных и научно обоснованных организационных моделей и целевых программ реабилитации наркологических больных не имеется ярко выраженных преимуществ.

Методические аспекты реабилитации наркологических больных

Реабилитация в наркологии представляет собой сложную медико-социальную систему, направленную на физическое и психическое восстановление, реадaptацию и ресоциализацию больных. Она включает в себя следующие три взаимосвязанных комплекса мероприятий: I — комплекс предреабилитационных (восстановительных) мероприятий; II — комплекс реабилитационных мероприятий (основная часть ЛРП); III — комплекс постреабилитационных (антирецидивных) мероприятий. Каждый период имеет свои цели и конкретные задачи, решение которых достигается благодаря использованию определенных реабилитационных принципов, положений и технологий.

Комплекс предреабилитационных мероприятий включает:

а) диагностическое консультирование и последующее — по показаниям — направление больных в наркологическое учреждение для проведения обследования и оказания квалифицированной лечебно-реабилитационной помощи;

б) купирование острых и подострых патологических состояний, вызванных хронической (или острой) интоксикацией: психотических и постпсихотических расстройств, явлений передозировки алкоголя или наркотиков, проявлений абстинентного и постабстинентного синдромов; обострений сопутствующих соматических заболеваний (острый инфекционный гепатит, туберкулез, заболевания, передаваемые половым путем и др.).

Консультирование проводит психиатр-нарколог, который ставит диагноз, определяет уровень РП больного и решает вопрос о его направлении в то или иное реабилитационное учреждение. При выявлении психотических расстройств или признаков тяжело протекающего абстинентного синдрома, а также при определении среднего или низкого уровня РП больной направляется в стационарное наркологическое отделение или РЦ, имеющие необходимые условия для ургентной терапии. В случаях легкой степени выраженности абстинентного синдрома и при высоком уровне РП больной направляется сразу в амбулаторное наркологическое отделение или в дневной стационар. Таким образом, реализация предреабилитационного (преимущественно медицинского) комплекса мероприятий предполагает строгую дифференцированность; он может осуществляться в условиях как наркологического стационара (для тяжелых больных), так и амбулатории. Продолжительность этого периода — от 2 недель до 2 месяцев. После завершения комплекса предреабилитационных (восстановительных) мероприятий больной направляется в РЦ или в амбулаторную реабилитационную структуру.

Необходимым условием оказания больному реабилитационной помощи является его добровольное письменное согласие (договор, заявление).

Комплекс собственно реабилитационных мероприятий реализуется в ходе прохождения больными трех взаимосвязанных этапов реабилитации: адаптационного, интеграционного и стабилизационного. Общая их продолжительность — от 6 месяцев до 2 лет. Исполнителем комплекса реабилитационных мероприятий является наркологическая "бригада" ("команда"), состоящая из врача психиатра-нарколога, клинического психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе (социального работника). В роли последнего может выступать волонтер — бывший больной с

ремиссией не менее 1 года, прошедший специальную подготовку. Координатором программы и руководителем бригады на адаптационном и интеграционном этапах является врач психиатр-нарколог. Клинический психолог и специалист по социальной работе (социальный работник) сохраняют свою автономию и профессиональные приоритеты при решении психологических и социальных проблем пациентов. В функции врача-нарколога входят: уточнение диагноза; организация комплексного обследования больных (клинического, соматического, биохимического, психологического); отслеживание динамики основных синдромов и симптомов заболевания; назначение медикаментозного, физиотерапевтического и других видов лечения; активное участие в создании реабилитационной среды и осуществлении психотерапевтического процесса.

Практика показывает, что первый, адаптационный этап реабилитации обычно завершается улучшением физического и психического состояния больных. Постепенно они начинают осознавать основные причины формирования у себя болезненной зависимости от ПАВ и свою роль в возникновении заболевания. К ним приходит понимание личностных и социальных проблем, связанных с продолжительным злоупотреблением ПАВ, необходимости активного участия в лечебно-реабилитационных программах, принятия на себя ответственности за свое выздоровление. У них формируется потребность коренным образом изменить образ жизни.

Продолжительность адаптационного этапа реабилитации в условиях амбулатории — до 2 недель для больных с высоким уровнем РП и до 4 недель — для больных со средним и низким уровнем. Больные посещают амбулаторию (наркологический диспансер, реабилитационное отделение или центр) не менее 3 раз в неделю, а при наличии явлений абстинентного синдрома — ежедневно (возможно помещение больного в дневной стационар), вплоть до купирования всех абстинентных и постабстинентных расстройств.

На интеграционном этапе реабилитации преследуется цель закрепления достигнутых результатов предыдущего этапа. Продолжается реализация комплекса мероприятий, направленных на восстановление физического и психического статуса больных. Параллельно осуществляется коррекция патологических и формирование нормативных личностных качеств и позитивного социального статуса, нормализуются семейные отношения. Осуществляется постепенный переход от процесса информирования

больного (с целью добиться достаточно глубокого понимания его проблем) к процессу его обучения способам и приемам их решения, умению противостоять стрессовым ситуациям, ведущим к срывам и рецидивам заболевания.

Необходимо отметить, что на этом этапе у больных нередко (у 7% больных с высоким уровнем РП и у 20% больных со средним и низким уровнем) возникают трудности адаптации, и больные перестают справляться с поставленными программой задачами. Амбулаторные больные с трудом посещают занятия в образовательных учреждениях, не могут ликвидировать академическую задолженность, вовремя сдать экзамен, зачет. Им трудно справляться с работой, постоянно находиться в трудовом режиме — рано вставать, идти на работу, вовремя возвращаться, отходить ко сну и проч. Больным в стационаре становится трудно соблюдать режим дня, выполнять возложенные на них обязанности, участвовать в трудовых процессах, соблюдать обычные нормы поведения и др. В результате первыми начинают "ломаться" наименее устойчивые морально-этические личностные установки: оживляются безответственное отношение к своим обязательствам, лживость, неряшливость, возвращаются цинизм, неуважение к окружающим, в том числе близким людям, неверие в свои силы и в выздоровление. У больных декомпенсируются явления преморбидной и "нажитой" психопатизации личности, нарушается поведение, обостряется патологическое влечение к ПАВ.

Поэтому на данном этапе реабилитации роль врача психиатра-нарколога в составе наркологической бригады остается основной. Своевременное выявление у больных указанных расстройств и адекватное их лечение обычно позволяют быстро их нивелировать и удержать больных в реабилитационной программе.

Продолжительность интеграционного этапа для больных с высоким уровнем РП — 1—1,5 месяца, со средним и низким уровнем — 2—2,5 месяца. Больные посещают амбулаторию не менее 2 раз в неделю, а при обострении заболевания — 4 раза в неделю или направляются в дневной стационар.

Физические, эмоциональные и интеллектуальные нагрузки для больных с высоким уровнем РП допускаются в полном объеме и несколько менее интенсивно — для больных со средним и низким уровнем РП. При этом особое внимание следует обращать на возможность появления у больных спонтанных астенических, аффективных, поведенческих и других расстройств.

На стабилизационном этапе реабилитации комплекс медицинских, психолого-психотерапевтических и социальных мероприя-

тий ориентирован на закрепление достигнутых результатов предыдущих этапов и на постепенный переход больных в режим более самостоятельного функционирования. Для амбулаторных больных — в открытой социальной среде, а для больных реабилитационных стационаров — в среде данного учреждения.

Длительность этапа составляет:

при 6-месячной реабилитационной программе — 3—4 месяца; больные посещают амбулаторию 1—2 раза в неделю в первые 2 месяца и 1 раз в две недели — в следующие 1—2 месяца;

при одногодичной реабилитационной программе — 8—10 месяцев; больные посещают амбулаторию 1—2 раза в неделю в первые 4 месяца и 1 раз в две недели — в последующие 4—6 месяцев;

при полугодовой реабилитационной программе — 15—16 месяцев;

посещение амбулатории 1—2 раза в неделю в первые 4 месяца и 1 раз в две недели — в следующие 4—6 месяцев; затем 1 раз в месяц в течение оставшихся 6 месяцев;

при двухгодичной реабилитационной программе (в основном для больных со средним и низким уровнем РП и "микстовых" больных с одновременной зависимостью от наркотиков и алкоголя) — 20—21 месяц; посещение амбулатории 1—2 раза в неделю в первые 4 месяца, 1 раз в две недели — в следующие 4—6 месяцев.

Комплекс постреабилитационных (антирецидивных) мероприятий предназначен для больных, полностью завершивших программу реабилитации, и включает в себя программы наблюдения, а также психотерапевтической и социальной поддержки. После интенсивной медико-социальной реабилитации в стационаре пациенты переходят на профилактическое наблюдение в условиях амбулатории (наркологические диспансеры и др.). Что касается больных, завершивших программу реабилитации в амбулаторных условиях, то при наличии у них высокого уровня РП они фактически не нуждаются в дальнейших постреабилитационных мероприятиях, так как необходимый объем соответствующей помощи получили на стабилизационном этапе реабилитации. Амбулаторные больные со средним и низким уровнем РП, которые, как правило, относятся к группе лиц с повышенным риском рецидива заболевания, обязательно включаются в группы реализации постреабилитационных мероприятий.

Координатором этого этапа могут быть психолог или специалист по социальной работе. При необходимости психиатр-нарколог оказывает бывшим пациентам консультативную, диагностическую и лечебную помощь. Продолжительность этапа определя-

ется состоянием больных и особенностями их социальной адаптации, но не должна быть меньше года.

Более подробные описания стандартов реабилитационной помощи наркологическим больным приведены в приказе Минздрава России от 22.10.03 № 500 "Об утверждении Протокола ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (2 50.3)".

Заключение

В современной наркологии лечебно-реабилитационный процесс рассматривается как цельная система медицинских, психологических, психотерапевтических, правовых и социальных мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление и улучшение физического и психического здоровья больных алкоголизмом или наркоманией, формирования у них нормативных личностных и социальных качеств, способностей полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ. Для достижения этих целей необходим комплексный подход с использованием фармакотерапевтических средств (преимущественно на ранних этапах), терапии средой и занятостью, различных психотерапевтических техник, прежде всего групповых, и социальных программ, включающих обучение профессии, привлечение к учебе или трудовой деятельности, нормализацию семейных отношений. Необходимо привлекать к реабилитационной деятельности не только врачей психиатров-наркологов, но и психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе. Нужно отметить положительную роль общественных организаций и религиозных структур, для которых реабилитация наркологических больных является основным, программным направлением деятельности. Существуют убедительные доводы в пользу максимального расширения реестра социальных структур, участвующих в реализации реабилитационных программ. Качество организации медико-социальной помощи наркологическим больным имеет решающее значение для успеха реабилитации. Результаты исследований убедительно показывают необходимость дифференцированного подхода к реабилитации разных контингентов больных алкоголизмом и наркоманией, в том числе с использованием представлений об уровнях реабилитационного потенциала. При этом важно не только формально, но и реально структурировать лечебно-реабилитационный процесс на предреабилитационный, собственно реабилитационный и постреабилитационный периоды как весьма различающиеся по объему и содержанию реабили-

тационной помощи больным и меню реабилитационных услуг различных специалистов.

В Российской Федерации работа по созданию общедоступной, укомплектованной высококвалифицированными специалистами, дифференцированной в отношении различных контингентов наркологических больных системы реабилитации пока находится на начальном этапе. Необходимо обеспечить ее целевое научное сопровождение, достаточное финансирование, широкую административную и общественную поддержку. Только тогда эта важная медико-социальная служба станет существенным звеном эффективной помощи тысячам пациентов и членов их семей.

Вместе с тем необходима реализовать ряд первоочередных мероприятий. Главными из них являются: 1) изыскание путей повышения административной мотивации на создание развитой реабилитационной инфраструктуры на местах; 2) приведение реабилитационной деятельности наркологической службы в соответствие с федеральными стандартами; 3) создание постоянно действующей системы обучения и повышения квалификации специалистов в области наркологической реабилитации; 4) обеспечение этого развивающегося направления специализированной медико-социальной помощи адекватной нормативно-правовой базой; 5) повышение этической компетентности персонала реабилитационных учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батишев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. М., 2001. С. 38—48.
2. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации. М., 2001.
3. Дудко Т.Н., Валентик Ю.Н., Вострокнутов Н.В. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. М., 2001.
4. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. и др. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории. Методические рекомендации. М., 2004.
5. Зыков О.В., Артемчук А.Д. и др. Ювенальные технологии (практическое руководство). М., 2001. С. 16—25.
6. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа. М., 2000.

ПРОБЛЕМА РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОТИЗМА

Темпы и масштабы распространения различных форм наркотизма в среде несовершеннолетних приобретают угрожающие масштабы. Это подтверждают социопедагогические исследования ситуации, проводимые в Институте возрастной физиологии Российской академии образования.

В 2001—2004 годах специалистами института были опрошены более 5 тысяч подростков в возрасте от 12 до 16 лет, учащихся школ из различных регионов, а также их учителя и родители. Полученные данные позволили не только выделить основные тенденции в развитии явления подросткового наркотизма, но и определить важнейшие направления профилактической деятельности.

На основании результатов опроса среди несовершеннолетних были выделены 3 группы: группа низкого риска (нет опыта употребления наркотических веществ или есть эпизодический опыт употребления алкоголя, курения), группа среднего риска (есть опыт систематического курения или систематического употребления алкоголя), группа высокого риска (есть опыт употребления наркотических веществ или систематический опыт курения и употребления алкоголя).

Как показывает лонгитудинальный анализ, на протяжении последних 5 лет в среде несовершеннолетних выявляется четкая тенденция к увеличению численности группы высокого риска (далее ГВР), имеющей разнообразные количественные и качественные характеристики наркотического поведения (диаграмма 1). Рост численности ГВР происходит главным образом за счет снижения численности группы низкого риска (ГНР), где опыт наркотизации наименее значительный или вообще отсутствует. При этом размер группы среднего риска (ГСР) остается относительно стабильным.

Таким образом, можно говорить о постоянном расширении зоны наркотического заражения в среде несовершеннолетних, увеличении количественных и качественных характеристик наркотического опыта подростков, а следовательно, и о приоритетности задачи разработки эффективной модели педагогической профилактики, позволяющей снизить темпы и масштабы вовлечения детей и подростков в наркотизацию.

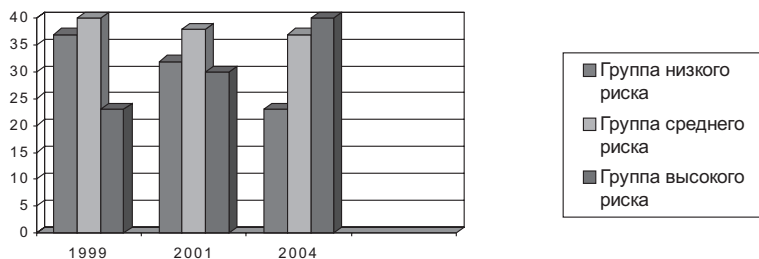


Диаграмма 1

Изменение численности групп риска среди подростков (1999—2004)

Традиционно принято считать, что риск ранней наркотизации характерен преимущественно для подростков-мальчиков. Такое представление объясняется большей склонностью подростков-мальчиков к рискованным формам поведения, а также более терпимым отношением в обществе к некоторым формам "мужской" наркотизации (употреблению алкоголя, курению). Между тем сегодня проблема подросткового наркотизма приобретает универсальный характер (диаграмма 2). Численность девочек-подростков в группе высокого риска с каждым годом увеличивается. Если в 2001 году в ГВР мальчиков было в 8 раз больше, чем девочек, то в 2004 году девочки составляли уже треть ГВР. Такая тенденция в развитии наркогенной ситуации вызывает особую тревогу — ведь здоровье сегодняшних девочек-подростков через несколько лет будет определять здоровье нации в целом.

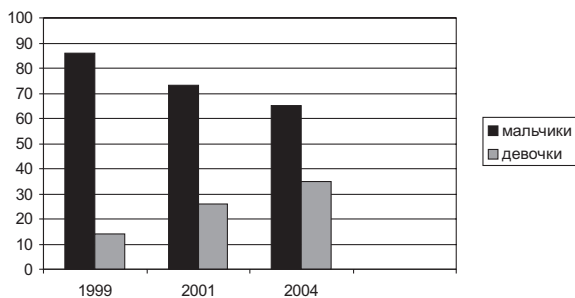


Диаграмма 2

Динамика гендерных характеристик в группе высокого риска

Распространенность различных форм наркотизма различается среди сельских и городских подростков (диаграмма 3). Для сельских подростков в большей степени, чем для городских, характерно употребление алкогольных напитков, при этом сельские школьники меньше курят. Что касается употребления наркотических, токсикоманических веществ, то распространенность этой формы наркотизма среди городских школьников в 2 раза выше по сравнению с сельскими.

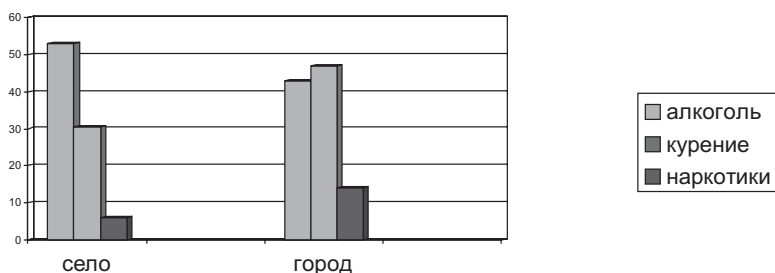


Диаграмма 3
Распространенность различных форм наркотизма среди городских и сельских подростков

Нет явных отличий в уровне распространенности подросткового наркотизма среди жителей мегаполиса (Москва) и жителей регионов. Как свидетельствуют данные, общая зона вовлеченности в наркотизацию (число подростков, составляющих группы высокого и среднего риска) в мегаполисе и регионах почти одинакова.

Высокий уровень распространенности подросткового наркотизма, в свою очередь, обуславливает актуальность и значимость проблемы разработки системы эффективной профилактики. Традиционно принято выделять три уровня профилактического пространства (диаграмма 4). Первичная профилактика ориентирована главным образом на предупреждение наркогенного заражения как такового. Ее сфера включает в себя работу с теми, кто вообще не имеет опыта употребления наркогенных веществ или чей опыт наркотизации носит эпизодический характер. По мнению специалистов, именно первичная профилактика "является истинной" (Э.А. Бабаян), поскольку вторичный и третичный уровни направ-

лены уже не столько на предупреждение наркотизма как такового, сколько на преодоление последствий приобщения к употреблению наркотических веществ.

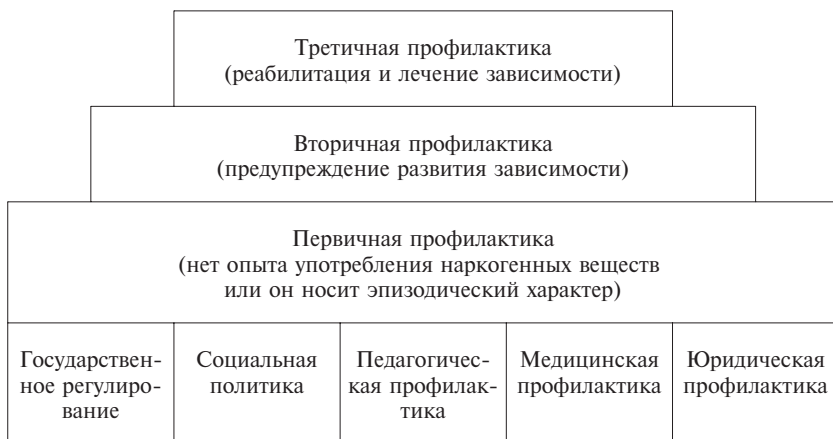


Диаграмма 4
Уровни профилактики

Педагогическая профилактика является одним из составляющих звеньев первичной профилактики и представляет собой комплексную системную модель организации процесса обучения и воспитания детей и подростков, обеспечивающую снижение риска наркотического заражения за счет расширения их социальных компетенций.

Цель педагогической профилактики заключается в вытеснении (за счет средств воспитания и обучения) из сферы интересов детей и подростков форм активности, связанных с употреблением наркотических веществ.

Основными социальными институтами, реализующими задачи педагогической профилактики, являются школа и семья. Однако эффективная модель педагогической профилактики предполагает использование в превентивной деятельности административных, воспитательных, образовательных ресурсов и других участников процесса (диаграмма 5). Такое объединение реально позволяет формировать единое профилактическое пространство, обеспечивающее антинаркотическую безопасность несовершеннолетних.



Диаграмма 5

Участники процесса педагогической профилактики

В основе содержания педагогической профилактики и ее реализации лежит целый ряд принципов:

- **системности** — реализация целей и задач педагогической профилактики осуществляется в процессе формирования у детей и подростков знаний, умений и навыков, имеющих для них актуальное значение и востребованных в их повседневной жизни;
- **целостности** — вовлечение в сферу педагогической профилактики всех основных институтов социализации ребенка и подростка;
- **комплексности** — задачи профилактики курения, употребления алкоголя и наркотиков реализуются в рамках единого педагогического процесса;
- **гибкости** — дифференциация целей, задач, содержания педагогической профилактики в зависимости от вовлеченности адресных групп в наркогенную субкультуру;
- **безопасности** — тщательный отбор информации, предоставляемой ребенку или подростку, и исключение сведений, которые могут провоцировать его интерес к наркотизации;
- **возрастной адекватности** — содержание педагогической профилактики базируется на актуальных для конкретного

возраста потребностях и ценностях и учитывает реальные для данного возраста факторы риска;

- **социокультуральной адекватности** — учет свойственных обществу стандартов и норм поведения, в том числе обычаев, традиций, связанных с употреблением наркотических веществ;

- **социальной адекватности** — учет характеристик наркогенной ситуации, сложившихся в регионе, микросоциуме (типичные формы наркотизации).

Структурно-содержательным и организационным компонентом педагогической профилактики являются программы педагогической профилактики. Они могут различаться масштабом реализации (региональные, городские, областные), направленностью (возраст адресной группы, специфика социальных характеристик и т.д.), институциональностью (семейные, школьные, комплексные и т.п.), а также спецификой используемых методик.

Программы профилактики, разрабатываемые в Институте возрастной физиологии Российской академии образования, ориентированы на несколько целевых групп (диаграмма 6).

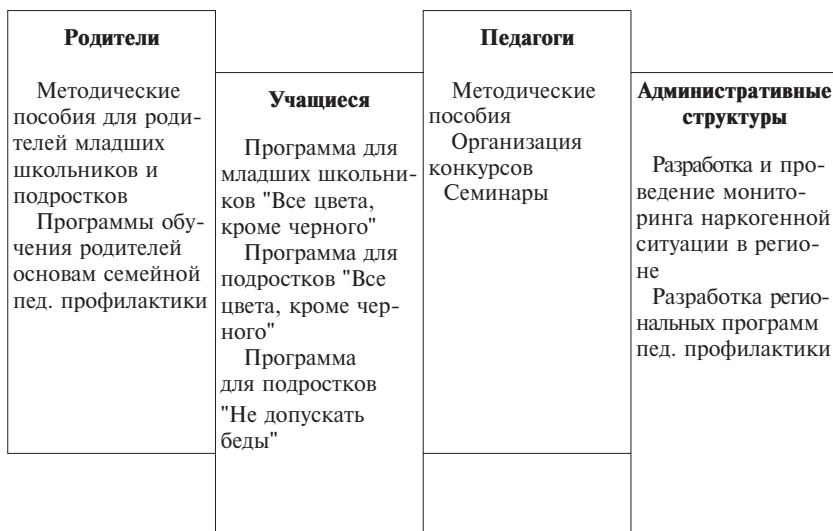


Диаграмма 6

Целевые группы и формы работы по педагогической профилактике

Так, примером организации педагогической **профилактики среди несовершеннолетних** может служить программа "Все цвета, кроме черного". Она охватывает учащихся со 2 по 11 класс, обеспечивая системность и преемственность при решении воспитательных задач.

Основные задачи программы связаны с развитием у детей и подростков поведенческих навыков, обеспечивающих им эффективную социальную адаптацию и снижающих риск их приобщения к наркотизации.

Программа реализуется на базе образовательных учреждений различного типа (школы, интернаты, учреждения дополнительного образования), при этом используются различные варианты работы (традиционные для образовательного учреждения организационные формы — внеклассная работа, работа групп продленного дня, интеграция в базовые учебные курсы).

Работа с программой не предполагает использования дополнительных учебных часов, методика ее реализации основывается на имеющемся временном ресурсе образовательного учреждения.

В настоящее время в работе программы принимают участие более 20 регионов России.

Для педагогов, участвующих в процессе педагогической профилактики, разработаны специальные методические пособия, знакомящие их с основными формами и методами организации воспитательной работы, а также расширяющие их представление о проблеме наркотизма несовершеннолетних в целом ("Педагогическая профилактика наркотизма", "Не допустить беды" и т.д.). Методическая подготовка педагогов включает в себя также организацию специальных семинаров для учителей, воспитателей, психологов. Так, в течение 2003—2004 годов специалистами института было проведено более 50 семинаров в 30 регионах России.

Помимо этого, проводятся конкурсы методических разработок, позволяющие стимулировать интерес педагогов к участию в педагогической профилактике, а также пропагандировать наиболее интересный методический опыт, связанный с реализацией профилактических программ.

Решение задач педагогической профилактики наркотизма несовершеннолетних невозможно без активного участия в воспитательном процессе **родителей**. Поэтому брошюры для взрослых членов семьи являются обязательным компонентом учебно-методических комплектов программ, предназначенных для детей и подростков. В институте разработана также серия методических пособий для взрослых ("Ранняя профилактика наркотизма", "Что-

бы не было беды", "Как не допустить знакомства ребенка с алкоголем и курением" и т.д.), специальные программы обучения родителей основам семейной педагогической профилактики, которые реализуются на базе образовательных учреждений. Основная задача таких разработок заключается в формировании у взрослых членов семей учащихся понимания важности и значимости профилактики, желания и готовности участвовать в воспитательном процессе.

Научные и научно-методические разработки Института возрастной физиологии РАО сегодня находят широкое применение в практике профилактической деятельности и могут послужить основой для создания целостной модели педагогической профилактики.

В.С. Заречнев

РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

В последнее десятилетие употребление наркотических веществ в России выросло в несколько раз, средний возраст приобщения к токсико-наркотическим веществам снизился до 14 лет, число смертей от употребления наркотиков среди подростков по стране увеличилось в 42 раза. Таким образом, исходя из возрастных особенностей большинства наркозависимых от 13 до 24 лет, под угрозой оказались судьбы молодого поколения, дальнейшее существование России.

Возникновению этого положения способствует множество негативных факторов, в том числе, по нашему мнению, и отсутствие тесного взаимодействия государственных структур с общественными организациями в деле профилактики наркомании среди несовершеннолетних.

Широко известно, что любое преступление легче не допустить, чем потом его раскрывать. Поэтому именно профилактическая работа может стать эффективным средством борьбы с наркоманией, особенно среди подрастающего поколения. К сожалению, на сегодняшний день правоохранительные органы не в полной мере обладают возможностями по предотвращению вала наркопреступности, захлестнувшей страну. Чаще всего они работают уже

со свершившимися фактами незаконного оборота наркотиков, недостаточно уделяя внимания ряду профилактических, аналитических, законодательных мер, позволяющих снизить уровень наркопреступности. Эту нишу могут и должны заполнить институты гражданского общества, общественные объединения.

Особое место в этой работе должны занять общественные организации правоохранительной направленности, объединяющие в своих рядах большое количество уволенных в запас кадровых офицеров силовых структур России и обладающие огромным потенциалом, который можно и необходимо использовать для решения вопросов обеспечения общественной безопасности, в том числе и для ведения профилактической работы среди молодежи.

При этом, по нашему мнению, профилактическая работа должна строиться с учетом новых программно-целевых подходов к решению этой проблемы — в частности, путем объединения усилий правоохранительных органов и негосударственных структур безопасности в комплексном решении вопросов профилактики преступлений и наркомании, в том числе разработки и внедрения совместных программ профилактической направленности.

Примером такого сотрудничества является разработанная в 1995 году Международным общественным фондом "Правопорядок—Центр" совместно со специалистами Академии управления МВД России программы по профилактике правонарушений и наркомании среди несовершеннолетних "Подросток и закон".

С момента разработки программа активно внедряется в средних учебных заведениях большинства округов г. Москвы, в Московской области (гг. Дмитров, Шелково, Мытищи), в Санкт-Петербурге, Пензе, Костроме и других регионах Российской Федерации. Только за 1999—2003 годы по курсу "Наркомания и ее последствия", являющемуся составной частью указанной программы, прошли обучение более 300 педагогов, социальных работников, школьных психологов, работников органов управления образования, в проводимых семинарах участвовали около 1500 детей, 500 представителей родительской общественности; в ряде школ г. Москвы для педагогов, учащихся и их родителей проведены консультационные дни по вопросам профилактики употребления наркотиков.

Положительные результаты, достигнутые при внедрении данной программы и ее специального курса "Наркомания и ее последствия", а также накопленный в решении этих вопросов опыт позволяет нам высказать некоторые соображения, касающиеся организации профилактической работы с молодежью.

Во-первых, необходимо отметить, что эффективность внедрения программ профилактической направленности достигается только при наличии обоюдной инициативы со стороны общественных организаций и со стороны правоохранительных органов с привлечением высококвалифицированных специалистов: юристов, психологов, наркологов экспертов-криминалистов.

Во-вторых, решение этих вопросов требует комплексного подхода, антинаркотическая пропаганда должна вестись среди несовершеннолетних, родительской общественности, преподавателей образовательных учреждений по следующим направлениям:

- повышение квалификации педагогов по проведению антинаркотической работы с детьми, подростками и молодежью;
- антинаркотические профилактические занятия с подростками;
- профилактика незаконного распространения наркотиков среди несовершеннолетних (семинарские занятия с родительской общественностью).

Основная цель профилактических программ — снизить риск приобщения подростков к наркотикам и другим психоактивным веществам, а также риск развития зависимости от них, выработать жизненные навыки противодействия наркотицизирующей среде, создать условия, способствующие их личностному росту.

Поставленные цели предполагают решение следующих основных задач:

- внедрение комплекса обучающих семинаров и курсов по профилактике злоупотреблений наркотиками и другими психотропными веществами;

- подготовка специалистов в области профилактики наркомании;

- обеспечение образовательных учреждений необходимой литературой и пособиями по профилактике наркомании среди несовершеннолетних;

- разработка механизмов развития социальной системы профилактического воздействия;

- подготовка групп специалистов и волонтеров, организующих и проводящих работу по профилактике наркомании.

Работу по реализации профилактических программ целесообразно осуществлять на базе средних учебных заведений в течение ряда лет путем включения соответствующих семинаров и лекций в учебный план или в рамках факультативных занятий.

При разработке и внедрении профилактических программ следует отказаться от распространенных в настоящее время деструктивных методов запугивания, запретов и наказаний, не учитываю-

ших социально-психологических и возрастных особенностей подростков. Намного продуктивнее диалогические формы взаимодействия с молодежью, предполагающие включение в процесс обучения самих обучающихся, совместный поиск решений жизненных проблем, ориентация подростков на формирование таких установок, при которых наркотики не являются ценностями.

Главной особенностью профилактической работы среди подростков является направленность образовательной деятельности на формирование мотивации саморазвития детей, укрепление осознанного отношения к совершаемым поступкам, создание благоприятных и безопасных условий для развития ребенка, укрепление позитивной самооценки учащихся, повышение гражданской активности и компетентности молодежи путем ее вовлечения в деятельность общественных организаций и движений благотворительной направленности.

Помимо лекционных, практических занятий, психологических тренингов в рамках курса "Наркомания и ее последствия" фондом совместно со специалистами управлений образования г. Москвы и регионов Российской Федерации были проведены общественные акции "Школа против наркотиков", "Наш ковчег", "По дороге добра и справедливости". Участниками акций стали более 2 тысяч учащихся старших классов, педагоги, родители, представители общественных организаций. Акции проводились с целью показать подросткам альтернативу наркомании, привлечь их к добровольческой (волонтерской) деятельности, показать на живых примерах, что даже в 12 лет можно найти дело, которое принесет радость детям-сиротам, инвалидам, престарелым людям.

Одно из направлений профилактики наркомании среди несовершеннолетних — это привлечение их к активному образу жизни и занятиям спортом. К сожалению, на сегодняшний день спортивное движение в России находится в запущенном состоянии. Нам же видится, что именно общественные организации, негосударственные структуры безопасности могут и должны помочь его возрождению путем создания детских и юношеских спортивных школ и клубов. С целью воспитания здорового в физическом и моральном плане поколения, подготовки к службе в Вооруженных Силах и отвлечения детей от негативного влияния улиц уже пятый год действует соучрежденная отделением фонда в ЮАО г. Москвы региональная общественная организация "Правопорядок — спорт", в которую входят спортивные клубы г. Москвы, объединяющие в своем составе более 400 детей и юношей.

Подводя итоги вышеизложенному, хотелось бы отметить, что, по нашему глубокому убеждению, ответственность за обеспечение общественной безопасности и профилактики правонарушений и наркомании среди молодежи должно нести не только государство в лице правоохранительных органов, но и само гражданское общество, в том числе общественные организации. Сотрудничество в этом направлении может осуществляться в самых различных формах: как в виде выработки общих позиций на различных конференциях и гражданских форумах по вопросам поиска путей и адекватных форм использования государством мощного потенциала общественных организаций и негосударственных структур безопасности для обеспечения конституционного порядка, так и в создании целостных систем профилактики преступности среди несовершеннолетних и воспитании здорового, грамотного поколения.

В профилактике правонарушений и наркомании среди несовершеннолетних именно сейчас как никогда важно объединить усилия всех людей, думающих о судьбе своих семей, своих потомков, о будущем России.

М.М. Решетников

О КОНЦЕПЦИИ И СТРАТЕГИИ БОРЬБЫ С НАРКОМАНИЯМИ В РОССИИ

Реально ли оценивается ситуация?

Изучение данных о количестве наркоманов в России, которые приводятся в аналитических записках и отчетах самых авторитетных источников (профильных институтов РАН, Национального научного центра наркологии и Минздравсоцразвития России), вызывает недоумение. В одних указывается, что на 2003 год в стране зарегистрировано около 487 тысяч наркоманов, а чуть дальше в том же тексте отмечается, что 803 тысячи подростков и молодежи в возрасте от 11 до 25 лет проходили лечение от наркомании и т. д. Хотя, к чести авторов этих работ, практически во всех случаях подчеркивается, что точных данных нет ни у кого и реальное количество наркоманов, вероятно, в десятки раз больше (3—4 миллиона человек).

В 2001 году Президент Российской Федерации уже объявлял наркотизацию населения страны национальной проблемой, но пока нет ощущения, что это обращение Президента было адекватно воспринято всеми ветвями власти и обществом.

Главный вопрос в такой беспрецедентной ситуации: с чего начать? Ведущие специалисты Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков отмечают, что уже поставлена задача создания единого банка данных по наркоманам. Но, как представляется, для начала нам нужны не единый банк данных, а единая научно обоснованная методика и система учета. И разработку этой системы было бы целесообразно поручить межведомственной комиссии ученых, чтобы избежать узко "сфокусированных" интересов. Нет сомнений, что все российские министерства, государственные комитеты и федеральные службы заинтересованы в искоренении этого зла, но "бюджетный фактор", вне сомнения, всегда будет вызывать определенные искажения в подходах, предложениях и интерпретациях статистических данных.

Применим ли стандартный подход?

Что обычно предлагается для борьбы с распространением наркоманий? Перечислим тезисно: воспитание молодежи и пропаганда здорового образа жизни для "неинфицированной" части населения; развитие учреждений культуры и спорта; активное выявление, лечение и реабилитация наркоманов; ограничения на прием наркоманов в военные учебные заведения и их призыв в армию; создание научных центров для изучения проблемы и разработки методов лечения; расширение подготовки специалистов-наркологов и сети наркодиспансеров; ликвидация подпольных лабораторий и посевов "производителей"; ограничение доступа к прекурсорам, без которых производство невозможно; силовые меры по отношению к наркокурьерам, крупным поставщикам; пресечение трафика на таможне и передачи наркотиков по другим каналам и т.д.

Таким образом, проблемой вроде бы занимаются: Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков, Министерство здравоохранения и социального развития, Министерство образования и науки, Министерство культуры и массовых коммуникаций, Министерство обороны, Министерство внутренних дел, Федеральная служба безопасности, Служба внешней разведки, Федеральная служба охраны, Федеральная таможенная служба, Феде-

ральное агентство по физической культуре и спорту, комитеты по делам молодежи, ГУИН и т.д. Можно упомянуть и Государственную Думу, и Совет Федерации, которые разрабатывают законы, и Правительство России, которое реализует государственную политику, а также Русскую православную церковь и все другие действующие в России конфессии. А в итоге у семи нянек дитя так и остается с резко суженными от наркотиков зрачками. Почему?

Потому, что реальной государственной политики все еще нет. Нет единого понимания этого социального зла и нет единого координирующего органа. Нет адекватных количественно и качественно специалистов по борьбе с распространением наркотиков по всем направлениям. Силы и средства расплывлены, действия не скоординированы и т. д. А традиционные подходы, включая перечисленные выше, хотя и преследуют вроде бы благие цели, как представляется, во многом отражают сугубо ведомственные взгляды, подходы и интересы (в том числе — бюджетно зависимые), в итоге проблема "растворяется" в количестве ответственных за ее решение. Но даже не это главное. Самый важный вывод состоит в том, что пока еще борьба с неуклонно растущей опасностью распространения наркоманий не стала проблемой всего общества, и никакая отдельно взятая структура не способна решить эту проблему без широкой общественной поддержки, а также без опоры на скоординированные действия всех специальных служб и подразделений.

Что нужно сделать прежде всего?

Казалось бы, очень простой вопрос. Но именно его решение является ключевым. Прежде всего требуется ясное понимание и представление проблемы во всем ее многообразии. Его нет (возьму на себя смелость сказать) даже у специалистов-наркологов, а уж тем более у тех, кто принимает решения. Второй важнейшей составляющей следовало бы назвать наличие твердой политической воли, направленной на искоренение этого зла. Ее тоже пока нет или она существует сугубо декларативно. Уже после этого требуется разработка государственной стратегии и наделение единого государственного органа управления (Госнаркконтроля) более широкими полномочиями для реализации этой стратегии, а также подготовка специалистов для ее реализации.

Считается, что от наркоманий и связанных с ними факторов умирают около 70 тысяч человек в год. Но последняя цифра совершенно не отражает реальную ситуацию, так как вообще не

учитывает такие традиционные и органически связанные с наркотизацией общества факторы, как алкоголизм и курение. По данным Роспотребнадзора, ежегодно от причин, связанных с курением, в России умирает 270 тысяч человек, а смертность, связанная с алкоголем, оценивается в 400—700 тысяч человек в год. В сумме — около 1 миллиона различных категорий наркозависимых в год. И наркологи, и те, кому предписывается надзирать за оборотом наркотических веществ, должны обладать всей суммой знаний как по отдельным видам наркотиков и их обороту, так и по всей их совокупности, включая перспективные разработки в этой сфере.

Ежегодно в России (данные опять же весьма приблизительные) в дорожно-транспортных происшествиях погибает около 35 тысяч человек, а в процессе антитеррористических операций — около 15 тысяч военнослужащих. Несравнимо меньше, чем от наркотических веществ. Но для предотвращения ДТП и антитеррористической деятельности мы готовим профессионалов в специальных (преимущественно военных или военизированных) учебных заведениях, а для всего комплекса антинаркотической деятельности специалистов, по сути, не готовит никто. Это преимущественно практики, постепенно набирающиеся "ума" и опыта уже "на рабочем месте", а также в процессе краткосрочных переподготовок. И при всем уважении к тем, кто имеет мужество служить в этой далеко не престижной и небезопасной сфере, дилетантизма в ней более чем достаточно, а спецов недопустимо мало. Нам нужны специальные учебные заведения для специалистов наркоконтроля. Потери от этого зла сопоставимы с боевыми в ходе крупных военных операций. И полупрофессионалы здесь бесполезны.

Об антинаркотической пропаганде и ошибках в наркополитике

К чему приводят законодательно разрешенные минимальные дозы и, как следствие, "узаконенный" наркорынок, наглядно демонстрирует голландский опыт. В свое время голландская наркополитика исходила, казалось бы, из логичного, но, как на поверку оказалось, ложного тезиса о том, что, разрешив свободную продажу легких наркотиков (типа каннабиса), можно будет разделить наркорынок на легальный и нелегальный, а также сосредоточить силы и средства борьбы на нелегальном обороте тяжелых препаратов. В итоге (что естественно) ничего путного не получилось, а страна превратилась в крупнейшего производителя и мировой

транзитный пункт распространения всех возможных видов наркотиков, не говоря уже о том, что никакого снижения потребления героина или кокаина в Голландии не произошло*.

Как представляется, между разрешением свободной продажи легких наркотиков и законодательным позволением иметь при себе небольшую дозу тяжелых наркотиков (как в России) особой разницы нет.

Несколько слов о пропаганде. Действенная пропаганда, даже если она совпадает с национальными и индивидуальными устремлениями граждан, стоит всегда очень дорого. Но, как уже отмечалось, даже очень хорошо продуманная, профессиональная и финансово обеспеченная пропаганда, как свидетельствует мировой опыт, дает снижение потребления табака или наркотиков не более чем на 1—2% в год. Нужно ли ее вести при росте в сотни процентов? Вне сомнения, нужно. Нужно ли тратить на нее миллионы? Нужно. Даже ради этих 1—2%. И нужно понимать, что это очень дорогостоящая гуманитарная акция, рассчитанная на будущие поколения, которая очень мало скажется на актуальной ситуации.

Эффективная антинаркотическая политика без пропаганды невозможна, иначе ее не будет поддерживать общество, которое должно согласиться с доводами ученых, государственных и общественных деятелей и понимать, почему от наркотиков необходимо отказаться. Если же вводить жесткие меры без постоянного и талантливой разъяснения, то получится, как в случае с лигачевско-горбачевской антиалкогольной реформой или как у Госнаркконтроля с кетаминотерапией: все жалеют бедных животных и ветеринаров и от всей души ругают Госнаркконтроль, хотя ничего не поняли.

Пропаганда — всего лишь часть, но необходимая часть, эффективной наркополитики. И здесь также требуются утраченные в постсоветский период талантливые специалисты.

* Более того, идет активное заражение развитой "наркокультурой" соседних стран. В 2005 году мэр Гааги выдвинул идею перемещения основной массы "кафе-шопов" (проще говоря, наркопритонов) из центра поближе к бельгийской границе, так как преступность в них ужасающая, а люди из Бельгии все равно едут в Гаагу на "наркоуик-энд", поэтому, по мнению мэра, пусть уж лучше сразу на границе отовариваются и одурманиваются и не мешают жить добропорядочным гражданам Гааги. Самое главное в этой зарисовке: мэр не ставит под сомнение ошибочность государственной наркополитики, "обратный ход" в подобных ситуациях всегда дается труднее.

Общественное мнение или общественное недовольство?

Было бы неверно не упомянуть, что когда пропаганда ведется первыми и достаточно авторитетными лицами государства, которые определяют общественное мнение, как это было в случае деятельности супругов Нэнси и Рональда Рейган в период президентства последнего в США, снижение потребления психоактивных веществ за 5—6 лет может достигать 20% (то есть уже около 3—4% в год). А у нас готов ли кто-либо из первых лиц государства взяться за решение этой проблемы со всей страстностью, как это сделала Нэнси Рейган?

По непонятным причинам запрет на употребление наркотиков почему-то связывается с ограничением демократических свобод. А почему бы не спросить общество, хочет ли оно свободы в этой сфере? Согласно ли оно с законодательным оформлением права на ношение с собой и, следовательно, разрешением на приобретение и употребление даже минимальных доз? Как вообще можно приобрести то, что не продается? Здесь нет призыва "пересажать" всех, кто употребляет наркотики. Эти люди и так наказаны, они и без того пожизненные "узники". Но случаи смерти от ломок не часты, во всяком случае их частота несопоставима с количеством смертей от передозировок. И если наркотики негде будет найти, то их и не будет. Учитывая пугающий рост наркоманий и растущее недовольство в обществе, можно предполагать, что если не будет новых законодательных инициатив, то здоровая часть общества сама "предложит" определенное самоограничение свобод и, не исключено, уже другим законодателям. Мы забыли о том, что в России были антиалкогольные бунты. Пока с обществом преимущественно заигрывают, обсуждая с ним методы борьбы с наркотиками, но уходя от обсуждения целей. Если целью действительно является общество без наркотиков, то понять современное законодательство просто невозможно. А партии и общественные организации еще не сказали здесь своего веского слова.

Преодолим ли разрыв между знанием и властью?

В том, о чем говорится в этом разделе, нет личной обиды на кого-либо. Есть только ощущение тщетности усилий. В июне 2004 года в связи с подготовкой поправок к законопроекту "О внесении изменений в Федеральный закон "О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции" мной было направлено письмо в адрес Президента Российской Федерации, где обобщались неко-

торые аспекты мирового опыта и *экономических подходов* к регуляции производства, сбыта и потребления алкоголя. Этот опыт позволил ранее спивавшимся странам типа Швеции, Финляндии и Норвегии в течение 30—40 лет снизить объемы производства алкоголя в 10—50 раз, количество торговцев спиртным сократилось в сотни раз, а потребление алкоголя на душу населения — в 3—10 раз. Основные составляющие этого опыта:

признание, что это не столько медицинская, сколько экономическая и социальная проблема;

признание государством своей моральной ответственности за алкоголизм;

относительная монополизация производства алкоголя и строжайший контроль государства за его качеством и реализацией;

но самое важное: ограничение прибылей акционеров питейного дела долей в 5% (остальное — в бюджет);

резкое ограничение на получение прибыли от продажи спиртных напитков перекупщиком и продавцом.

К письму отнеслись самым серьезным образом; даны поручения Правительству Российской Федерации. И уже в августе автор обращения получил ответ Федерального агентства по сельскому хозяйству (№ МА-6/804 от 20.08.04), где от имени Министерства экономического развития и торговли РФ и Министерства финансов РФ сообщалось, что "ограничение прибылей акционеров питейного дела и резкое ограничение на получение прибыли от продажи спиртных напитков перекупщиком и продавцом" "в настоящее время не могут быть поддержаны, так как это приведет к ограничению конституционных прав юридических и физических лиц" (бланк, подпись — все как положено).

Вряд ли требуются комментарии. Неужели так трудно понять, что внеэкономические меры или увещевания при сотнях процентов прибыли ничего не дадут? И что бы ни говорили о планах, бюджете и успехах, никогда не поверю, что последовательно спивающаяся страна может стать богатой или демократической. И так будет до тех пор, пока знаниями владеют одни, а правом принятия решений — другие.

Ограничения или тотальный запрет?

Практически все страны мира имеют законодательные ограничения на оборот наркотиков. Особенно много изымается наркотиков органами таможенного контроля. Однако расчеты показывают, что изымаемая и потребляемая части "зелья" соотносятся

как 1:10. А учитывая вышеупомянутые прибыли (только со стороны 11—25-летних — 2,7 млрд. долларов в год), уровень зарплат и коррупцию в правоохранительных органах (более 100 сотрудников МВД осуждены за участие в преступном обороте наркотиков только в 2003 году), вряд ли "просто ограничительные" меры будут эффективными. Ограничение или запрет — это вопрос, как уже отмечалось, не просто политики, а вопрос государственной морали. Сейчас общество уже явно осознает свою уязвимость перед все более грозной экспансией наркомафии. Более того, в обществе (и, как говорят коллеги, даже у сотрудников МВД) присутствует страх перед ее силой. Общество уже даже не удивляется, когда в отношении последней, особенно ее "верхушки", принимаются полумеры. Но это вопрос только общественного терпения и времени. Когда в обществе открыто существуют хотя бы несколько человек, обогатившихся на лишениях других людей, общественная мораль, естественно, снижается. Но у этого снижения есть свой порог. И однажды он будет перейден. При этом или государство упреждающе возьмет на себя функцию восстановления общественной морали, или общество заставит это сделать.

Деньги и власть неразделимы. И пока доходы наркобизнеса будут соизмеримы с бюджетами противостоящих ему министерств, ничто не сможет ограничить власть первого. И властные структуры, и общество будут вести "оборонительные" операции без какой-либо надежды "взять новые рубежи", что хорошо известно из военной стратегии: наступательная операция предполагает двух-трехкратное превосходство в живой силе, огневой мощи и поражающих средствах. Плюс общественное движение. В мирное время это полный аналог партизанского движения периода войны. И это не мифическая сила: общество должно сделать все, чтобы земля горела под ногами "захватчиков", не пугаясь неизбежного (но столь же необходимого в создавшейся ситуации национальной угрозы) отделения здоровой части общества ("своих") от его врагов.

Возможно ли сплочение нации на этой направленности? Безусловно. Но вначале нужна политическая воля и *постепенный переход* к полному запрету на оборот наркотиков в любых формах и дозировках, кроме медицинских показаний и практики. Пока в погоне за западными ценностями мы общими усилиями (включая законодателей и наркомафию) обеспечили в этой сфере самый широкий ассортимент, а нам бы здесь нужно создать самый настоящий советский супердефицит. Если наркотики негде будет взять, то нечем будет и вовлекать. Тех, кто уже злоупотребляет, конечно, остановит только кладбище, но есть надежда, что в этом

случае они станут меньше делиться этим ставшим гораздо более дорогим и менее доступным дефицитом с начинающими.

Почему именно *постепенный переход*, а не *немедленный и полный запрет*? Немедленный и полный запрет очень уязвим, и без согласованной и многолетней позитивной динамики общественной морали очень быстро и легко будут найдены многочисленные убедительные поводы для отказа от него, как это уже было не раз с безудержным стремлением создать общество всеобщей трезвости с момента того или иного указа. И, наоборот, скандинавский опыт постепенного (в течение десятилетий), но неуклонного ужесточения антиалкогольной и антинаркотической политики явно доказывает свою успешность. Цель должна состоять не только в постепенно усиливающихся ограничительных мерах, но и в преодолении инерции общественного сознания. К сожалению, пока в России наблюдается движение в обратном направлении.

Нужен ли контроль или достаточно запрета?

Давайте представим, что мы ввели законодательный запрет на любое количество алкоголя в крови у водителей, но при этом не использовали бы никакого контроля. Что было бы? Абсолютное большинство не обратило бы на этот запрет никакого внимания. Всем известно, что любые наркотики запрещено продавать повсеместно, в том числе в клубах, барах, на дискотеках и т. д. Но всем так же точно известно, что именно там их проще всего купить. Неужели никто не понимает, что запрет без контроля абсолютно неэффективен? Существуют ли популярные дискотеки, где вообще нет наркотиков? Действительно ли на ночные дискотеки допускают только совершеннолетних? Сколько дискотек было закрыто за бесконтрольную продажу наркотиков или допуск подростков? Мне известно, что только одно такое уголовное дело в 2004 году было заведено в Санкт-Петербурге, и неизвестен его исход. В 2005 году в Санкт-Петербурге закрыли клуб "Пещера", и даже по статье "организация притона". А сколько таких притонов продолжает действовать? Откройте любое рекламное издание.

О наркобизнесе

В отличие от уже упомянутого выше наркодилерства наркобизнес, этот, безусловно, особый, высокотехнологичный и один из самых высокодоходных видов современного химического произ-

водства, судя по всему, не столько "ходит под законом", сколько активно действует под самыми надежными "крышами".

Трудно не удивляться, когда СМИ регулярно показывают нам малообразованную цыганскую семью, живущую в трехэтажном сарае, в подполе которого обнаруживается 2—3, а то и 10 килограммов героина, и выдают этих несчастных за современных "наркобаронов". Это что, те люди, которые владеют миллиардами, организуют международный трафик десятков и сотен тонн самых "чистых" препаратов, управляют современными химическими производствами и многомиллионными рынками сбыта в каждом регионе?

Удивляет, что при смехотворной дешевизне и простоте производства наркотиков мы чаще всего слышим только о килограммах задержанных на таможне или о "подпольных лабораториях", организованных некими студентами на кухне. Трудно поверить, что в России циркулируют тысячи тонн исключительно ввозимого "товара". Может, стоит задуматься и об этом?

Еще один аспект. До 80—90% героина поступает, например, в Северо-Западный федеральный округ из Афганистана. При этом огромные усилия тратятся на пресечение наркотрафика и предотвращение (по официальным источникам) "перемещения наркотиков в мелкооптовый и розничный оборот", так как товар (уже максимально приближенный к потребителю!) в последних двух формах, по сути, уже охраняется законом. Можно ли придумать большее кощунство?

Еще в конце 80-х годов XX века в Советском Союзе констатировалось, что в стране уже сформировалось преступное сообщество наркоторговцев, а оборот наркотиков в тот уже давний период оценивался в 500 тонн наркотиков в год. Если принять, что потребление за последующие десятилетия выросло даже не в 50 раз, а только в 10, то уже нужно говорить о 5 тысячах тонн.

Себестоимость производства 1 грамма амфетамина в Литве (еще один наш поставщик) составляет 1 евро, а в Калининграде этот грамм продается уже как минимум за 15—17 евро. Доходность — 1700%. Может быть, рекомендовать нашим законодателям перечитать позабытого Маркса: он приводит гораздо меньшие цифры, за которые капиталист пойдет на любое преступление?

Совершенно очевидно, что этим бизнесом владеют и управляют не полуграмотные цыгане, а крупнейшие хорошо организованные криминальные структуры, которые, безусловно, связаны с коррумпированными властями как в странах-производителях, так

и в странах-потребителях. Здесь даже гадать не нужно. И то, что ими делается ради наживы, нельзя квалифицировать иначе, как наркотеррор против нашей страны. И меры должны быть соответствующими.

О реабилитации наркоманов

В этом разделе прежде всего нужно упомянуть бесконтрольную и никем не дезавуируемую рекламу (преимущественно частных фирм), декларирующую 70—90% успеха при лечении наркоманов. Это ничем не прикрытый обман! Реально самые лучшие российские центры говорят максимум о трехлетней ремиссии у 20—25% (и это безусловный успех полунницей отечественной наркологии)*. Если говорить о годовой ремиссии, то таких случаев в отечественной практике сейчас уже бывает до 40%. Но никаких 70% или 90%. Почему ведущие специалисты-наркологи не противодействуют этому? Ведь молодые люди искренне верят: "Если уж не смогу бросить сам, то меня обязательно вылечат!" Никогда! Пока возможно довести пациента только до относительно длительной ремиссии. И это тоже огромный успех.

Попробую назвать две причины стыдливого молчания официальной медицины. Во-первых, признать, что излечение от наркоманий пока невозможно, значит поставить под угрозу государственное финансирование всех исследований в этой сфере. Такое решение возможно, хотя это было бы глупо и недальновидно: финансировать и исследования, и разработку методов лечения нужно. И в больших объемах, чем это делается сейчас. Во-вторых, лечение наркоманов (где постоянно растет прослойка "золотой молодежи", выходцев из самых состоятельных семей) стало самостоятельным бизнесом с высоким доходом и пока только вероятным успехом (20—25%). И этот бизнес, иногда именуемый (по аналогии) "наркологической мафией", активно развивается даже под эгидой государственных служб и наркодиспансеров. То, что это реально существует, не подлежит сомнению. В качестве подтверждения можно привести "петербургский случай" 2004 года, когда один из высших руководителей столичной наркологической службы заказал убийство другого.

Может быть, стоит сказать об этом честно — всем, включая потенциальных наркоманов, которые надеются, что в крайнем слу-

* В США, где наркология много богаче и, соответственно, развитее, учитываются только 5-летние ремиссии, а некоторые из ведущих центров сообщают об эффективности 70% при затратах на лечение и реабилитацию одного наркомана от 20 до 40 тыс. долларов в год.

чае их вылечат? И подчеркнуть, что надежда эта пока что очень зыбкая. И есть сомнения, что это положение сильно изменится в ближайшем будущем. Особенно если учитывать, что диагноз наркомании как минимум в 60% случаев тут же "дополняется" СПИДом, гепатитом, туберкулезом и другими неизбежно сопутствующими заболеваниями, а прогноз наступления смерти в этом случае составляет в среднем 7—10 лет.

Посмотрим, а реально ли вообще для среднестатистического (11—25 летнего, неработающего) наркомана достигнуть хотя бы какого-то положительного эффекта? Приведу только одну цифру: представитель ООН — координатор российского регионального проекта по снижению спроса на наркотики госпожа Сигне Ротберг представила в 2004 году на антинаркотическом конгрессе в Санкт-Петербурге данные, что для эффективного лечения одного наркомана (для достижения относительной ремиссии) требуется как минимум от 5 до 40 тыс. долларов в год (менее — неэффективно). Мы что — имеем такие средства? Если взять только 4,2 миллиона уже существующих 11—25-летних наркоманов и только минимальную сумму для лечения и реабилитации — 5 тыс. долларов в год, то потребуется 21 млрд. долларов. Не силен в математике, но это что-то около пятой части годового бюджета России на 2004 год.

В.И. Капустин

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРЕСЕЧЕНИЯ НЕЗАКОННОГО ОБОРОТА НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

За последние 10—15 лет проблема распространения наркомании в России достигла уровня, представляющего угрозу национальной безопасности страны. На решение данной проблемы в различных ее аспектах направлены усилия как государственных структур, так и различных общественных и религиозных организаций, между которыми сложилось достаточно эффективное взаимодействие по целому ряду направлений. Важнейшими из них и, как показала практика, весьма действенными являются укрепление правовой базы для пресечения незаконного оборота наркотиков, информационно-пропагандистские и профилактические меры, особенно в среде молодежи, медико-социальная реабилитация наркозависимых и наркобольных, а также ряд других

направлений. В то же время анализ подходов к решению аналогичной проблемы в развитых странах показывает, что значительное внимание должно быть уделено развитию технической базы для пресечения незаконного оборота наркотических и психотропных веществ. Данный подход особо актуален для России, находящейся на пересечении путей транспортировки наркотиков и имеющей практически прозрачные границы.

Стандартные методы и приборы для обнаружения наркотических веществ

В настоящее время за рубежом разработан широкий спектр приборов и установок для обнаружения наркотических веществ, основанных на использовании различных физических подходов [1—6]. В таблице 1 дана сводка методов обнаружения наркотических веществ, которые нашли широкое практическое применение или находятся на стадии промышленного внедрения [3, 5—6, 12].

Таблица 1

Физическая методика	Характеристики объекта детектирования
Радиационные технологии	
Ядерный квадрупольный, магнитный, электронно-спиновый резонанс	Структурные особенности материала
Рентгеновская дифракция, эмиссия, абсорбция	Кристаллическая структура
Поглощение жесткого гамма-излучения. Активация медленными нейтронами	Плотность атомов азота
Активация быстрыми нейтронами	Плотность атомов углерода, кислорода, азота
Рамановская спектроскопия	Молекулярная структура вещества
Технологии регистрации паров наркотических веществ	
Масс-спектроскопия	Молекулярная структура вещества
Спектроскопия ионной подвижности	Подвижность ионов в газах
Газовая хроматография	Хроматограмма вещества

Так как незаконно транспортируемые или размещенные наркотические вещества (НВ), как правило, упакованы в контейнеры различных типов, применение радиационных технологий для их обнаружения ограничено проникающей способностью исполь-

зуемых видов радиации (гамма-, рентгеновского излучения, нейтронов, радио- и микроволн) через материал контейнера.

Ядерный магнитный резонанс (ЯМР). Использование классического метода регистрации химических сдвигов в ядрах атомов ^1H применительно к регистрации НВ требует определенной доработки, так как на сигналы, регистрируемые от этих веществ, накладывается фон от других материалов, содержащихся в контейнере. Из-за ограниченности допустимого времени анализа контейнера на содержание в нем НВ это приводит к низкой чувствительности метода и высокой вероятности ложного срабатывания [2—3].

Ядерный квадрупольный резонанс (ЯКР). Использование данного метода основано на том, что многие НВ характеризуются значительным содержанием атомов азота в составе органических молекул. В методе ЯКР регистрируют ядерные сдвиги в атомах M , что обеспечивает его большую надежность по сравнению с методом ЯМР. В настоящее время в США освоен выпуск промышленных установок (**QSCAN-1000**, фирма Quantum Magnetics), которые проходят апробацию в условиях аэропортов США и Великобритании [7—8].

Электронный спиновый резонанс (ЭСР). Из-за структурных особенностей органических молекул большинства НВ, не имеющих в электронной оболочке неспаренных электронов, применение метода ЭСР для их обнаружения недостаточно эффективно [2].

Методы ЯМР, ЯКР, ЭСР подвержены ложным срабатываниям, особенно в случае присутствия в контейнере нескольких различных типов НВ, а также из-за экранирующего действия металлических конструкций контейнеров. Кроме того, в методах ЯМР и ЭСР объект анализа подвергается воздействию сильного магнитного поля, что может привести к выходу из строя магнитных карт, магнитных дисков или электронной аппаратуры, имеющих в контейнере. Достоинствами рассмотренных методов являются возможность их автоматизации, возможность химической идентификации НВ или ВВ, возможность их использования для детектирования жидких веществ. Недостаток — высокая стоимость оборудования.

Рентгеновская эмиссионная спектроскопия. Из-за высокой поглощающей способности высокоэнергетичных электронов материалом контейнеров они не могут быть использованы в качестве источника возбуждения рентгеновского флюоресцентного излучения при анализе содержания в контейнере НВ. Использо-

ние же для этих целей коротковолнового рентгеновского излучения, хорошо проникающего через различные материалы, требует применения высокочувствительных детекторов, что ограничивает возможности применения данного метода областью регистрации органических соединений, содержащих элементы тяжелее магния.

Рентгеновская абсорбционная спектроскопия. Данная методика имеет несколько модификаций, основанных на эффектах фотоэмиссии, классического рентгеновского рассеяния и на эффекте Комптона. Анализ спектров рентгеновских потерь под несколькими углами рассеяния и анализ топограмм рассеяния позволяет успешно идентифицировать органические НВ. Прототип подобной установки был разработан и успешно испытан фирмой **PHILIPS** [9], однако стоимость подобных установок достигает миллиона и более долларов США.

Рентгеновская дифракция. Метод является достаточно эффективным, так как многие НВ имеют кристаллическую структуру. Проблема идентификации указанных веществ решается путем пространственного сканирования объекта рентгеновским пучком. В настоящее время фирма **PHILIPS** выпустила прототип промышленной установки [10], которая успешно прошла испытания в Германии.

Жесткое рентгеновское излучение. Данный метод позволяет регистрировать концентрацию азота, углерода и кислорода, входящих в состав всех органических НВ и ВВ. К недостаткам метода следует отнести низкую чувствительность и трудность идентификации указанных веществ.

Нейтронно-активационный анализ. Метод позволяет определять содержание в объекте атомов азота — важнейшего компонента органических молекул НВ. К недостаткам метода следует отнести трудность идентификации указанных веществ при наличии в объекте органических полимеров [2, 11]. Недостаток метода — высокая стоимость и сложность аналитического оборудования.

Рамановская спектроскопия. Метод является сравнительно новым из числа методик, используемых для обнаружения наркотических веществ. Однако лабораторные испытания показали перспективность дальнейшего развития данного метода применительно к проблеме обнаружения наркотических веществ [12].

К физическим методам, основанным на регистрации паров НВ, относят газовую хроматографию и дрейф-спектроскопию. Методы позволяют детектировать характерные летучие компоненты, которые испаряются из контейнеров, содержащих НВ, а

также регистрировать следовые количества НВ, образовавшиеся на поверхности контейнеров в процессе их упаковки.

В последнее десятилетие рядом зарубежных фирм разработан и освоен серийный выпуск дрейф-спектрометров ионной подвижности, которые обладают малыми габаритами, малым энергопотреблением и высокими аналитическими характеристиками, приведенными для некоторых типов приборов в таблице 2.

Таблица 2

Наименование прибора. Фирма-производитель	Основные особенности прибора	Чувствительность
"IONSCAN 400", Barringer Instruments, Inc., USA	Радиоизотопный источник ионов. Спектрометр поперечной ионной подвижности типа "цилиндрический конденсатор".	Наркотики: 1—5 нг. Взрывчатые вещества: 50—200 пг.
"ITEMISER", Ion Track Instruments, USA	Радиоизотопный источник ионов. Спектрометр продольной ионной подвижности.	Наркотики и взрывчатые вещества: 100 пг.
"Field Ion Spectrometer", MSA Instrument Division, USA	Радиоизотопный источник ионов. Спектрометр поперечной ионной подвижности типа "плоский конденсатор".	Концентрация в воздухе: 10^{-7} — 10^{-9} об. % в зависимости от типа молекул
"Exfinder 152", Ai Cambridge LTD., England	Портативный спектрометр ионной подвижности.	Концентрация в воздухе: 10^{-9} об. %

Новый класс приборов для обнаружения наркотических веществ

Все известные коммерческие дрейф-спектрометры обладают рядом принципиальных недостатков, ограничивающих эффективность их использования в реальных условиях. К ним относятся: высокая чувствительность к колебаниям влажности воздуха; наличие радиоизотопного источника излучения; отсутствие селективности к веществам из класса НВ; низкая разрешающая способность; недостаточно высокая чувствительность.

Практически это приводит к "пропускам" и "ложным срабатываниям", а также к невозможности использования приборов в условиях фона посторонних веществ — в аэропортах, на железнодорожных вокзалах, в полевых условиях и т.д.

В соответствии с задачей развития специальной приборной базы, сформулированной специалистами заинтересованных ведомств, нами был разработан и испытан макет дрейф-спектрометра с селективной поверхностной ионизацией органических молекул наркотических и взрывчатых веществ, свободный от перечисленных выше недостатков.

Испытания показали, что чувствительность макета прибора, приведенная в таблице 3, выше чувствительности аналогов на 3—4 порядка величины, а разрешающая способность макета прибора в 5—6 раз выше разрешающей способности ближайших аналогов.

Таблица 3

Чувствительность	Объемная концентрация, отн.ед.	Массовая доза, грамм	Массовый поток, грамм/сек.	Массовая концентрация, грамм/см ³
Эмиттер ионов (наличие НВ)	4×10^{-16}	1×10^{-15}	5×10^{-16}	3×10^{-17}
Коллектор ионов (тип НВ)	7×10^{-13}	6×10^{-14}	6×10^{-14}	$2,4 \times 10^{-15}$

Прибор принципиально обладает селективностью по отношению к НВ, а при использовании сменного узла поверхностной ионизации органических молекул — и к взрывчатым веществам. Прибор не имеет радиоизотопного источника излучения, не чувствителен к колебаниям влажности воздуха, то есть идеально приспособлен к использованию в реальных условиях эксплуатации.

Результаты испытаний макета прибора позволили нам разработать технические проекты трех его модификаций, предназначенных для решения различных оперативных задач.

Малогабаритный прибор лабораторного типа. Данная модель является базовой и предназначена для оснащения стационарных и передвижных лабораторий. В комплект прибора входят:

1. Основной измерительный модуль, предназначенный для анализа проб, собранных с использованием салфеток. Габариты блока — $290 \times 150 \times 250$ мм³, вес — 6 кг. Блок содержит сменный эмиттер ионов (наркотические или взрывчатые вещества), дрейф-спектрометр, электронную часть и узел нагрева салфеток.

2. Микропылесос для сбора проб на салфетки размерами 90×40 мм² имеет габариты $90 \times 90 \times 250$ мм³ и вес 1 кг.

3. Держатель салфетки для сбора проб с предметов методом протирки поверхности имеет габариты $90 \times 40 \times 200$ мм³ и вес 0,5 кг.

Прибор может быть использован в составе мобильных досмотровых групп, стационарных пунктов досмотра, в практике работы соответствующих служб аэропортов и железнодорожных вокзалов, таможенных терминалов, районных наркологических и иных служб.

Модуль для систем тотального контроля помещений. Модуль предназначен для построения систем тотального контроля объектов (помещений) на предмет перемещения в них наркотических или взрывчатых веществ. Измерительный модуль имеет габариты $250 \times 90 \times 190 \text{ мм}^3$, вес порядка 3 кг и содержит сменный эмиттер ионов (наркотические или взрывчатые вещества), дрейф-спектрометр, узел непрерывного забора в прибор проб воздуха и электронную систему модуля.

Измерительные модули в количестве 15—30 штук могут размещаться в определенных точках контролируемого помещения, причем информация с модулей сводится на единый пульт мониторинга помещения. Оптимальным является размещение измерительных модулей в комплекте с телекамерами для одновременного контроля перемещающегося объекта (человека, предмета) на наличие следовых количеств наркотических или взрывчатых веществ, а также визуализации объекта контроля.

Портативный прибор. Разработан технический проект портативного прибора, предназначенного для индивидуального использования при экспресс-проверках человека, помещений и объектов на предмет присутствия следовых количеств наркотических или взрывчатых веществ. Габариты прибора $250 \times 120 \times 150 \text{ мм}^3$, вес не более 3 кг, питание прибора — от встроенных аккумуляторов.

Заключение

Успешное решение проблемы борьбы с наркоманией и терроризмом, а также с незаконным оборотом наркотических и взрывчатых веществ невозможно без создания современной приборной базы и широкого оснащения соответствующих служб современными приборами и аппаратурой.

Разработанные в Московском институте радиотехники, электроники и автоматики (МИРЭА) приборы не имеют аналогов в России и за рубежом и при освоении их серийного выпуска могут способствовать решению большинства оперативных задач в части борьбы с распространением наркотиков и терроризмом.

Серийный выпуск трех модификаций приборов, разработанных в Московском институте радиотехники, электроники и авто-

матики (МИРЭА), может быть налажен в достаточно короткие сроки — порядка двух лет — при наличии соответствующего финансирования со стороны профильных заинтересованных ведомств в рамках государственного заказа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Proceedings of the international conference "Chemistry- and biology-based technologies for contraband detection". US, Boston, Massachusetts, 20—21 Nov., 1996.
2. Proceedings of the 1st international symposium "Explosive detection technology", US, Atlantic City, NJ, 13—Nov., 1991.
3. Peter Kolla, Analytical Chemistry, Vol. 67, No. 5, March 1, 1995.
4. "Explosives Detection Systems", Review of the InVision Technologies Inc. (US), ICAO Journal, Dec. 1995, p. 11-13.
5. John J. Pennella, Proceedings of SPIE, 1996, Vol 2937, p. 2—8.
6. E.J. Staples etc., Proceedings of SPIE. 1996. Vol. 2937, p. 57—65.
7. T. Rayner etc., Proceedings of SPIE, 1996, Vol. 2937, p. 22—30.
8. Review of the Quantum Magnetics Ins, US, ICAO Journal. Dec., 1995, p. 14—15.
9. Robert Speller etc., Proceedings of SPIE, 1996, Vol. 2937, p. 191—200.
10. Sven Hnatnicky, Proceedings of SPIE, 1996, Vol. 2937, p. 180—189.
11. Fink C.L. etc., IEEE Transection On Nuclear Science, 1996, vol. 43, No. 3, p. 1352—1356.
12. R.J. Lacey etc., Proceedings of SPIE, 1996, Vol 2937, p. 100—105.
13. Банных О.А., Поварова К.Б., Капустин В.И. и др., ДАН РФ, 2002, т. 385, № 2, с. 200—204.
14. Капустин В.И., "New drift spectrometer with surface ionization of the organic molecules", Russia — NATO Advanced research workshop of the NATO Science Program "Vapor and trace detection of explosives for anti-terrorism purposes", Moscow-Russia, march 19—20, 2003, p. 28—29.

А.А. Рогов
С.Н. Налобин

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ БОРЬБЫ С НЕЗАКОННЫМ ОБОРОТОМ НАРКОТИКОВ

В Послании Федеральному Собранию Российской Федерации 25 апреля 2004 года Президент Российской Федерации В.В.Путин обозначил готовность к развитию эффективного партнерства со всеми странами в решении наиболее злободневных глобальных

проблем, включая и борьбу с наркоторговлей. Ранее в его выступлениях отмечалось, что "по своей сути наркобизнес и связанные с ним преступления являются одной из самых серьезных угроз безопасности Российской Федерации".

На протяжении всей своей истории человечество борется с негативными последствиями злоупотребления наркотиками. Однако в прошлом эти усилия носили преимущественно односторонний характер. Только в XX веке мировое сообщество вывело антинаркотическое сотрудничество на многосторонний уровень. В 1909 году в Шанхае состоялась первая международная конференция в области борьбы с незаконным оборотом наркотиков, в которой приняли участие 13 государств, в том числе Россия. На конференции была создана Шанхайская опиумная комиссия, основной целью которой была разработка мер для воспрепятствования нелегальному ввозу наркотиков из Азии в США и страны Европы. Данный орган положил начало международному контролю над распространением наркотических веществ*. Впоследствии международное антинаркотическое сотрудничество осуществлялось в рамках Гаагской "опиумной" конвенции 1912 года, Женевских и Бангкокских конвенций, принятых под эгидой Лиги Наций в 20—30-х годах.

16 февраля 1946 года Экономическим и Социальным Советом ООН была создана Комиссия по наркотическим средствам (КНС), представляющая собой главный "политический" орган по развитию международного антинаркотического сотрудничества, а также по международному контролю над наркотическими средствами.

В дальнейшем система антинаркотических органов ООН постоянно совершенствовалась и модифицировалась. К ней помимо КНС относятся также Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) и Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП)**.

В структуру Управления входят Программа ООН по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП) и Международный центр по предупреждению преступности (МЦПП).

* А.Г. Богатырев, Международное сотрудничество государств по борьбе с преступностью. МВД СССР ВШМ, М., 1989, с. 37.

** 13 независимых экспертов МККН выполняют функции по наблюдению за действием системы международных договоров по контролю над наркотическими средствами и психотропными веществами. На период 2005—2009 гг. в состав МККН избрана директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им В.П. Сербского Т.Б. Дмитриева.

Структурными рабочими органами Управления ООН по наркотикам и преступности являются штаб-квартира, расположенная в Вене, 24 региональных и страновых представительства (Москва, Кабул, Бриджтаун, Ла-Пас, Бразилиа, Богота, Каир, Бейрут, Рабат, Нью-Дели, Тегеран, Найроби, Вьентьян, Мехико, Янгон, Лагос, Исламабад, Лима, Дакар, Претория, Бангкок, Пномпень, Ташкент, Ханой), отделения по связи (Нью-Йорк, Тирана, Брюссель), полевое оперативное отделение в Софии и три представительства по реализации страновых и региональных проектов (Сараево, Скопье и Анкара).

С 2002 года руководителем УНП является заместитель Генерального секретаря ООН Антонио Мария Коста (Италия)*.

Каковы же масштабы наркоугрозы для нашей страны и что делается в плане налаживания международного антинаркотического сотрудничества?

В последние годы Россия столкнулась с широкой наркотической экспансией, попытками превратить ее не только в транзитный коридор, но и в емкий наркорынок. По оценкам ООН, в Российской Федерации уже насчитывается около 1 миллиона лиц, злоупотребляющих героином. Таким образом, как считают эксперты ООН, наше государство стало крупнейшим в Европе рынком героина**. Главным проблемным узлом в этом плане остается нарастающий по своим масштабам поток наркотиков с территории Афганистана.

Несмотря на предпринимаемые международным сообществом, иностранными военными присутствиями и администрацией Х. Карзая усилия, наркоситуация в этой стране продолжает ухудшаться. Производство опиия в афганских провинциях в героиновом эквиваленте в 2004 году увеличилось по сравнению с 2003 годом на 17% — с 360 до 420 тонн. По прогнозам ряда международных экспертов, в 2005 году этот показатель может достичь 500 тонн. Соответственно, растут объемы контрабанды героина через Центральную Азию и Россию в европейские и североамериканские государства. Увеличивается число наркозависимых и смертность от приема так называемых тяжелых наркотиков.

Растущие доходы от наркобизнеса активно подпитывают деятельность международных террористических групп. Примечательно, что, по оценкам экспертов, за последние полгода Усама бен Ладен получил от афганских наркодельцов около 30 млн. долла-

* Одновременно он занимает должность генерального директора отделения ООН в Вене.

** Доклад МККН за 2004 г., Вена, 2005, с. 27.

ров США. Наркодоллары вызывают рост преступности, насилия, проявлений коррупции и других негативных явлений в самом Афганистане, в странах транзита и потребления наркотиков.

Перед лицом этой угрозы Россия выдвинула инициативу разработки под эгидой ООН международной стратегии противодействия исходящей с территории Афганистана наркоопасности. Она предусматривает комплексные меры социально-экономического и правоохранительного характера внутри страны при одновременном укреплении "поясов безопасности" по периметру границ Афганистана.

На внутригосударственном уровне концепция "поясов безопасности" одобрена Правительственной комиссией по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту, коллегией МИД России, посвященной борьбе с новыми вызовами и угрозами (2003 год), по инициативе российского внешнеполитического ведомства она заложена в проект федеральной целевой программы по наркотикам на 2005—2009 годы.

Под термином "пояса безопасности" подразумевается комплекс мер, прежде всего правоохранительных, которые позволили бы эффективно пресекать вывоз афганских наркотиков за рубеж, ввоз прекурсоров для производства героина в Афганистан, выявлять и ликвидировать всю цепочку транснациональных преступных группировок на всем маршруте доставки наркотиков от страны производства до государств-потребителей. Эти меры могли бы дать более быстрый эффект в отличие от долгосрочных программ альтернативного развития и планов по оздоровлению национальной экономики, сидящей на "наркотической игле". (По официальным данным, совокупный доход от наркобизнеса составляет 50% ВВП страны.)

Имеется в виду, что первый "пояс" должен быть создан по периметру границ самого Афганистана, а другой — по внешним границам сопредельных с ним государств. Применительно к России вторым "поясом безопасности" должна стать граница с Казахстаном.

Термин "пояса безопасности" России удалось закрепить в ряде международных документов, в том числе в резолюции 45-й сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам (2002 год), а затем в министерском заявлении сегмента высокого уровня 46-й сессии Комиссии (2003 год).

При этом особенно важно отметить, что создание и укрепление "поясов безопасности" не означает изоляцию Афганистана,

попытки создать вокруг него санитарный кордон. Речь идет о том, чтобы внешними усилиями содействовать продвижению курса президента Исламской Республики Афганистан Х. Карзая по освобождению этой страны от наркотической зависимости.

В рамках последней, 48-й сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам работа российской делегации также была направлена на то, чтобы показать мировому сообществу, что время полумер, расплывчатых деклараций и нерешительности в Афганистане прошло и настала пора действовать более решительно, четко, последовательно и эффективно.

Многие в мировом сообществе ожидают принятия действенных мер со стороны правительства Х. Карзая. "Кроме того, для укрепления международного антинаркотического сотрудничества важно, чтобы международные присутствия в Афганистане сполна задействовали свои мандаты на борьбу с наркопроизводством в этой стране, а третий круг участников — соседи, сопредельные с Афганистаном страны могли бы в тесном взаимодействии с правительством Афганистана и международными присутствиями в этой стране создать и укрепить "пояса антинаркотической безопасности" по периметру афганских границ. Главная цель этих мер — пресечение вывоза афганских наркотиков за рубеж и ввоза в Афганистан прекурсоров для производства героина. Это не санитарный кордон, а кооперативная схема, которая является тройственной. Она не будет работать без взаимодействия всех трех компонентов: афганского правительства, международных военных присутствий в этой стране и соседей Афганистана"* . В итоге в ходе 48-й сессии КНС была принята резолюция по Афганистану, в которой с подачи Российской Федерации была зафиксирована озабоченность наркоситуацией в этой стране, указывалось на значительный неиспользованный потенциал афганских властей в борьбе с наркотрафиком, акцентировалась важность соотношения усилий внутри Афганистана с антинаркотическими мероприятиями на региональном уровне**.

Очевидна важность и внутриафганской составляющей "поясов безопасности". Российская Федерация готова рассмотреть, что

* Из выступления делегации Российской Федерации на 48-й сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам по пункту 4 повестки дня "Последующие меры по выполнению решений XX специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН: общий обзор и прогресс в достижении целей и задач на 2008 год, поставленных в Политической декларации, принятой Ассамблеей на ее XX сессии". Вена, 9 марта 2005 г.

** Оказание поддержки Афганистану с целью обеспечить эффективное осуществление Плана мероприятий по борьбе с наркотиками. E/cn.7/2005/1.4/Rev.1

конкретно нужно сделать дополнительно для оказания содействия Афганистану в создании эффективных антинаркотических структур, а главное — в реализации масштабных программ альтернативного развития, призванных создать стимулы для перехода фермеров на другие, ненаркотические культуры. Этот аспект должен стать неотъемлемой составной частью комплексной стратегии. Особенностью российской позиции по проблеме афганских наркотиков является тезис о том, что только совместными усилиями как внутри, так и за пределами Афганистана возможно добиться коренного перелома в противодействии наркоугрозе. Российская Федерация готова активно задействовать имеющийся здесь потенциал по подготовке кадров для афганских антинаркотических структур на базе профильных российских учебных заведений и центров.

Наша страна задействует свой внешнеполитический потенциал для укрепления международного антинаркотического сотрудничества на разных уровнях и в различных форматах.

Так, Россия в русле своего стратегического курса на укрепление центральной координирующей роли ООН в деле борьбы с новыми вызовами и угрозами активно развивает сотрудничество с УНП. Начиная с 2002 года наша страна ежегодно вносит в Фонд УНП фиксированный добровольный взнос в размере 500 тыс. долларов США.

Из российского взноса частично финансируется (с участием других государств) проект F-43 по укреплению оперативных возможностей правоохранительных органов в борьбе с наркотиками путем развития техники контролируемой поставки (осуществляется на территории России и соседних государств, прежде всего Центральной Азии) и проект F-60 по совершенствованию потенциала служебной подготовки работников правоохранительных органов стран Центральной Азии и Российской Федерации, старт которого ориентировочно намечен на 2005 год.

Кроме того, часть российского взноса направляется на укрепление ресурсного компонента УНП, что является необходимым условием для участия России в неформальном "клубе основных доноров" (США, Канада, Япония, западноевропейские государства), определяющих выбор приоритетов в деятельности Управления.

Сотрудничество России с УНП развивается в динамичном ключе. Управление выразило готовность оказать содействие в совершенствовании мер по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа в совершенствовании российского законодательств-

ва в сфере борьбы с коррупцией. В марте 2003 года состоялся первый визит в Россию исполнительного директора УНП А.М. Косты. В октябре 2003 года глава УНП совместно с Министром иностранных дел России провел в Москве презентацию обзора наркоситуации в Афганистане в 2003 году. В июне 2004 года в Москве прошла презентация Всемирного доклада УНП ООН по наркотикам. В апреле 2005 года в Москве при активном участии нашей страны прошло совещание руководителей организаций — ко-спонсоров ЮНЭЙДС на тему "Неотложные меры реагирования на эпидемии ВИЧ/СПИД в СНГ", выработавшее ряд рекомендаций в этой области.

На настоящий момент Управление де-факто стало связующим звеном разноформатных международных антинаркотических усилий, инициатором новаторских решений в этом процессе. Российская Федерация готова всячески наращивать сотрудничество с УНП в деле борьбы с новыми вызовами и угрозами и поиске ответов на те непростые вопросы, которые встают перед всем человечеством в начале нынешнего века.

Серьезной вехой на пути продвижения упоминавшейся выше российской инициативы о комплексной стратегии противодействия афганской наркоугрозе, включая "пояса безопасности", стали решения Парижской министерской конференции "Пути доставки наркотиков: из Центральной Азии в Европу" (2003 год). Так называемый парижский процесс функционирует, в его рамках проходят заседания "круглых столов", посвященных проблеме контрабанды афганских наркотических средств через тот или иной регион. В ходе прошедшего 24—25 июня 2004 года в Москве заседания такого "круглого стола", посвященного проблеме контрабанды афганских опиатов через территорию России, выработаны конкретные механизмы по снижению уровня наркотрафика через нашу страну. На данном этапе официальная позиция России заключается в необходимости обеспечить "парижскому процессу" непрерывный поступательный характер. В этой связи представляется перспективным и целесообразным проведение крупномасштабной конференции "Париж-2", которая призвана наметить дальнейшие шаги по консолидации международного сотрудничества, направленного на противодействие исходящей из Афганистана наркоугрозе, адаптировать это сотрудничество к существующим реалиям и учесть опыт пройденного пути.

В 2004 году члены Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ) провели оперативно-профилактическую операцию "Канал-2004", в ходе которой из незаконного оборота

изъято более 2,7 тонны наркотиков, 13 тонн прекурсоров, а также материальных ценностей на сумму свыше 660 тыс. долларов США. Примечательно, что в этой операции принял участие Штаб по борьбе с наркотиками Исламской Республики Иран. В нынешнем году планируется проведение операции "Канал-2005", в которой, по оценкам специалистов, примет участие более широкий круг участников.

Важной новеллой развивающегося международного сотрудничества по борьбе с незаконным оборотом наркотиков стало создание и дальнейшее укрепление антинаркотической составляющей Шанхайской организации сотрудничества (ШОС). 17 июня 2004 года подписано Соглашение между государствами — членами этой организации о сотрудничестве в борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. По всей видимости, ШОС может стать мощным компонентом сдерживания афганской наркоугрозы.

Одновременно Россия стремится к укреплению антинаркотического заслона на южных рубежах Содружества Независимых Государств (СНГ). Подписана новая Программа сотрудничества государств — участников СНГ в борьбе с незаконным оборотом наркотиков на 2005—2007 годы. В соответствии с решением Совета глав государств СНГ от 16 сентября 2004 года в ближайшее время планируется начать практическую работу специального подразделения по координации борьбы с незаконным оборотом наркотиков и прекурсоров в составе Бюро по координации борьбы с организованной преступностью и иными опасными видами преступлений на территории государств — участников СНГ. Эта структура будет иметь региональную оперативную группу в Центрально-Азиатском регионе.

В декабре 2004 года в Москве состоялась 6-я встреча участников Центрально-Азиатского меморандума о региональном сотрудничестве в области контроля над наркотиками, в ходе которой принято принципиальное решение о создании при содействии ООН Регионального информационно-координационного центра. Прошедшая в Ташкенте 22—23 марта сего года рабочая встреча приняла ряд важных решений, направленных на скорейший перевод в практическую плоскость идеи создания ЦАРИКЦ. В российском внешнеполитическом ведомстве считают, что центр может стать одним из звеньев "поясов антинаркотической безопасности" и одновременно опорной точкой для развертывания контрнаркотического сотрудничества на Евразийском пространстве. В данный момент ведутся интенсивные консультации экспертов по согласованию ключевых направлений деятельности

этой структуры, ее взаимодействию с другими органам аналогичного профиля.

Российская Федерация с удовлетворением отмечает набирающий темп диалог в рамках таких форматов, как Россия — "тройка" ЕС и Совет "Россия — НАТО".

Европейский союз является нашим ближайшим соседом. В ходе недавнего саммита Россия — ЕС (Москва, 10 мая 2005 года) были утверждены 4 "общих пространства". В рамках пространства свободы, безопасности и правосудия предполагается укрепить и взаимодействие в борьбе с терроризмом, организованной преступностью и наркобизнесом. По линии Россия — "тройка" ЕС на регулярной основе функционирует диалог по проблемам борьбы с наркотрафиком. Важно отметить, что в последнее время с территории ЕС, особенно его "северо-восточного фланга", наращиваются поставки синтетических наркотиков. Одновременно увеличивается загрузка проходящего через территорию России северного маршрута поставок афганского героина, непосредственно затрагивающих государства ЕС. К примеру, до 90% потребляемого в Великобритании героина имеет афганское происхождение.

Иными словами, существует реальная основа для укрепления взаимодействия России с ЕС области совместной борьбы с наркотрафиком.

В рамках Совета "Россия — НАТО" рассматриваются возможности налаживания антинаркотического взаимодействия по линии ШОС — НАТО, ОДКБ — НАТО, под эгидой Совета ведется работа над проектом по подготовке антинаркотических кадров Исламской Республики Афганистан на базе возможностей профильных российских учебных заведений.

Антинаркотическая тематика занимает должное место в российско-американских отношениях. В сентябре 2002 года Россией и США было подписано межправительственное соглашение о сотрудничестве в осуществлении правоохранительной деятельности и контроля за наркотиками. В настоящее время США разворачивают масштабную программу по борьбе с наркотиками в Афганистане, на ее финансирование выделяется 780 млн. долларов. Россия разделяет содержащийся в докладе Государственного департамента США о международной стратегии по контролю за наркотиками за 2004 год вывод о том, что афганские опиаты стали основным источником героина для международной наркомафии*. Российская Федерация также поддерживает тезис американской стороны о взаимосвязи между наркоторговлей и терроризмом. В ито-

* International Narcotics Control Stragedy Report 2005 released by Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, march 005.

ге это создает солидную базу для углубления взаимодействия с американской стороной в деле борьбы с наркотрафиком.

Проблема незаконного оборота наркотиков плотно вошла в ткань двусторонних консультаций по противодействию терроризму, которые Россия проводит с США, Великобританией, Индией, Пакистаном, КНР и рядом других государств. Одновременно укрепляется и договорно-правовая база антинаркотического сотрудничества, на сегодня Россия подписала межправительственные соглашения с 37 государствами.

Признанием активной внешнеполитической роли России в деле противодействия глобальной наркоугрозе стало проведение в Москве в 2004 году презентации Всемирного доклада УНП ООН по наркотикам, а также установившаяся практика консенсусного переизбрания России в Комиссию ООН по наркотическим средствам.

СПИСОК
участников дискуссии и авторов статей

МИРОНОВ Сергей Михайлович

Председатель Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации

БАРОН Леонид Иосифович

председатель экспертного совета Института социально-экономического и инвестиционного проектирования

БЕЗРУКИХ Марьям Моисеевна

директор Института возрастной физиологии Российской академии образования, академик РАО

Отец Анатолий (Берестов)

иеромонах, руководитель Душепопечительского центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского

ГЕРИШ Андрей Анатольевич

консультант Департамента молодежной политики, воспитания и социальной защиты детей Министерства образования и науки Российской Федерации

ДУДКО Тарас Николаевич

директор Института реабилитации Национального научного центра наркологии, доктор медицинских наук

ЕГОРОВ Владимир Константинович

президент — ректор Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации, доктор философских наук

ЗАРЕЧНЕВ Владимир Семенович

председатель правления Международного общественного фонда "Правопорядок — Центр"

ИВАНЕЦ Николай Николаевич

директор Федерального государственного учреждения "Национальный научный центр наркологии", член-корреспондент Российской академии медицинских наук

КАПУСТИН Владимир Иванович

профессор Московского государственного института радиотехники, электроники и автоматики, доктор физико-математических наук

КИРЖАНОВА Валентина Васильевна

ведущий научный сотрудник Национального научного центра наркологии, кандидат медицинских наук

КОСТЕННИКОВ Дмитрий Вячеславович

руководитель Международно-правового департамента Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков

КОШКИНА Евгения Анатольевна

руководитель отделения эпидемиологии Национального научного центра наркологии, доктор медицинских наук

КУЗИЧЕВ Игорь Александрович

председатель правления автономной некоммерческой организации "Институт поведения"

ЛАЗАРЕВ Виктор Михайлович

советник Председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, доктор технических наук

ЛАРИОНОВА Нина Яковлевна

президент Международной общественной организации "Союз социальной защиты детей"

МАКЕЕВА Александра Германовна

руководитель группы ранней профилактики наркотизма Института возрастной физиологии Российской академии образования, кандидат педагогических наук

МАРЧЕНКОВ Валерий Иванович

начальник Военного университета, генерал-полковник, кандидат педагогических наук

НАЛОБИН Сергей Николаевич

3-й секретарь Департамента по вопросам новых вызовов и угроз МИД России

ОГНИВЦЕВ Александр Георгиевич

председатель Неправительственного совета национальной безопасности

ПЕЛИПАС Вадим Ефимович

руководитель отделения социальных и правовых проблем наркологии Национального научного центра наркологии, кандидат медицинских наук

РЕШЕТНИКОВ Михаил Михайлович

ректор Восточно-Европейского института психоанализа, доктор психологических наук

РОГОВ Алексей Александрович

заместитель директора Департамента по вопросам новых вызовов и угроз МИД России

СИДОРОВ Павел Иванович

ректор Северного государственного медицинского университета, академик Российской академии медицинских наук

СКРИПКОВ Алексей Павлович

руководитель Северо-Западного центра наркологической экспертизы и мониторинга при представительстве Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в Северо-Западном федеральном округе

ЦЕТЛИН Михаил Георгиевич

руководитель научно-организационного отдела Национального научного центра наркологии, кандидат медицинских наук

ЧЕРЕШНЕВ Валерий Александрович

председатель Уральского отделения Российской академии наук, член Президиума Российской академии наук, академик РАН

ШЕРЕГИ Франц Эдмундович

директор Центра социологических исследований Федерального агентства по образованию

СОДЕРЖАНИЕ

Стенограмма заседания Научно-экспертного совета
при Председателе Совета Федерации на тему "Наркомания
в России — угроза национальной безопасности страны". . . . 3

СТАТЬИ И МАТЕРИАЛЫ К ЗАСЕДАНИЮ

В.К. Егоров

О приоритетных направлениях антинаркотической
политики государства 46

В.А. Черешнев, П.И. Сидоров

Стратегии развития наркологической превентологии. 55

Н.Н. Иванец, Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова

Распространенность наркомании и токсикомании в России
в 1999—2003 годах. 68

Н.Н. Иванец, В.Е. Пелипас, Т.Н. Дудко, М.Г. Цетлин

Организационно-методические аспекты реабилитации
наркологических больных 80

М.М. Безруких, А.Г. Макеева

Проблемы ранней профилактики наркотизма 93

В.С. Заречнев

Роль и возможности общественных организаций в решении
вопросов профилактики наркомании среди молодежи 100

М.М. Решетников

О концепции и стратегии борьбы с наркоманиями в России 104

В.И. Капустин

Технические средства для пресечения незаконного оборота
наркотических и психотропных веществ 115

А.А. Рогов, С.Н. Налобин

Актуальные вопросы международного сотрудничества
в области борьбы с незаконным оборотом наркотиков 122

Научно-экспертный совет
при Председателе Совета Федерации
Федерального Собрания Российской Федерации

**НАРКОМАНИЯ В РОССИИ —
УГРОЗА НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
СТРАНЫ**

Сборник материалов

Под общей редакцией
ответственного секретаря Научно-экспертного совета
при Председателе Совета Федерации,
кандидата исторических наук **А.А. Нелюбина**

Редактор *Н.В. Ильина*

Оригинал-макет подготовлен
Издательским отделом
Управления информационного
и документационного обеспечения
Аппарата Совета Федерации

Отпечатано в ОАО "Типография "Новости"
105005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46
Тираж 500 экз. Заказ № 1720