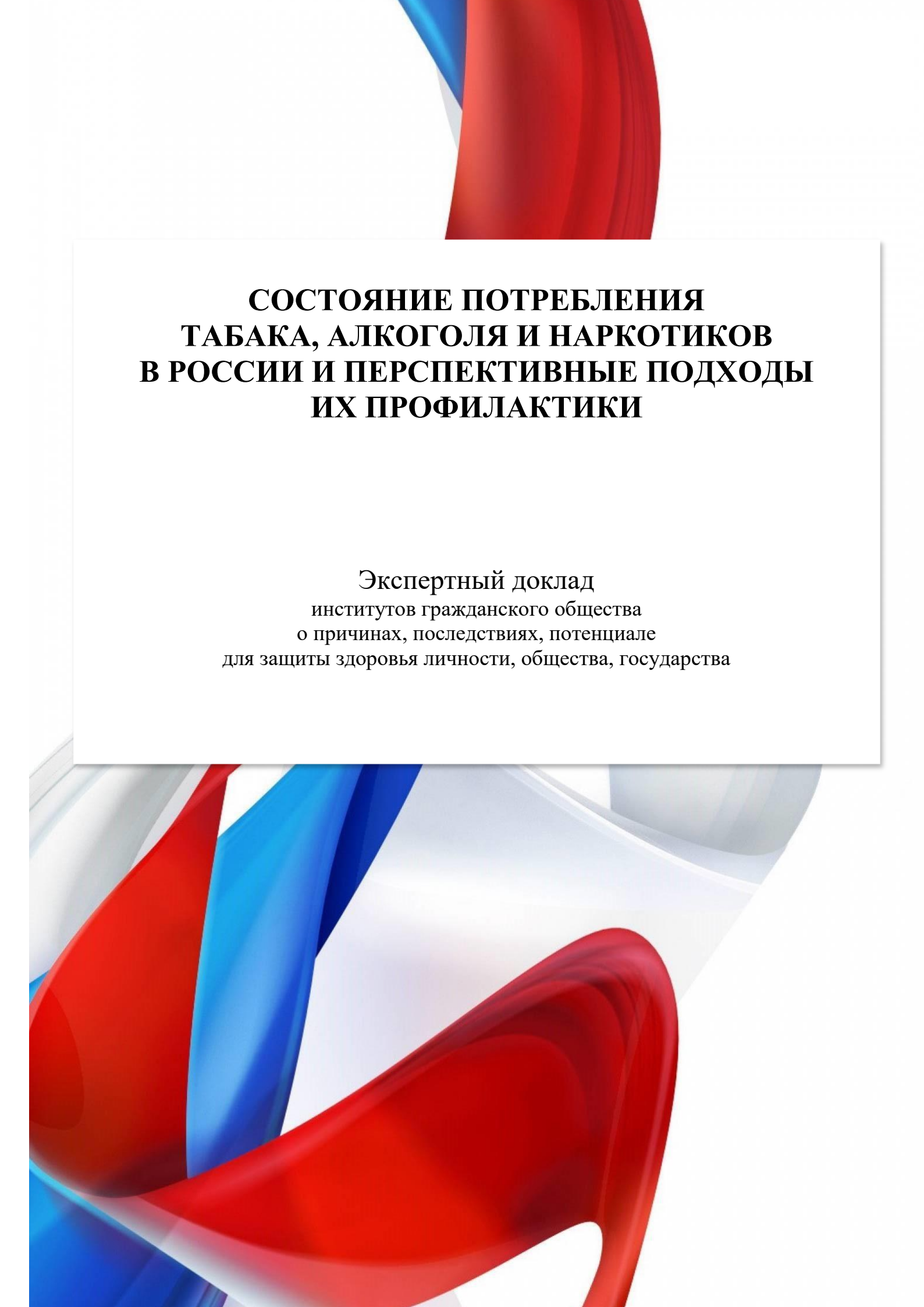




СОСТОЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ В РОССИИ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Экспертный доклад
институтов гражданского общества
о причинах, последствиях, потенциале
для защиты здоровья личности, общества, государства

СОСТОЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ В РОССИИ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Экспертный доклад
институтов гражданского общества
о причинах, последствиях, потенциале
для защиты здоровья личности, общества, государства

Москва
2017

УДК 613.6, 613.6.01, 613.81, 613.83
ББК 51.2, 60.55.081

Авторский коллектив:

Головин А. А. (введение, разделы 1.1-1.3 гл. 1, приложения, совместно с К. В. Аршиным и А. А. Карпачёвым заключение).

Аршин К. В. (предисловие, разделы 2.1-2.4 гл. 2, гл. 4, совместно с А. А. Головиным и А. А. Карпачёвым заключение).

Карпачёв А. А. (раздел 1.4 гл. 1, совместно с А. А. Головиным и К. В. Аршиным заключение).

Разводовский Ю. Е. (гл. 3).

Иванов В. А. (раздел 2.5 гл. 2).

Состояние потребления табака, алкоголя и наркотиков в России и перспективные подходы их профилактики. Экспертный доклад институтов гражданского общества о причинах, последствиях, потенциале для защиты здоровья личности, общества, государства. – Москва, 2017. – 152 с.

ISBN 978-5-9500666-1-0

УДК 613.6, 613.6.01, 613.81, 613.83
ББК 51.2, 60.55.081

ISBN 978-5-9500666-1-0



- © А. А. Головин, 2017
- © К. В. Аршин, 2017
- © А. А. Карпачёв, 2017
- © Ю. Е. Разводовский, 2017
- © В. А. Иванов, 2017
- © Региональная общественная организация по пропаганде здорового образа жизни «Союз борьбы за народную трезвость», 2017
- © Союз некоммерческих организаций в сфере профилактики и охраны здоровья «Евразийская ассоциация здоровья», 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	4
Введение. Концептуальный общественный подход к исследованию наркотизации.....	9
Глава 1. Перспективный взгляд на проблему химических и нехимических зависимостей.....	16
1.1. Природа наркотизации: причины и структура.....	16
1.2. Социальные технологии противодействия наркотизации.....	33
1.3. Институты гражданского общества как субъект профилактики.....	42
1.4. Социально-психологическая запрограммированность – основная причина химических и ментальных зависимостей.....	46
Глава 2. Наркопотребление в России: демографические и социально- экономические последствия.....	52
2.1. Распространенность потребления наркотиков в России.....	52
2.2. Демографические последствия потребления наркотиков.....	55
2.3. Социально-экономические последствия потребления наркотиков.....	58
2.4. Противодействие потреблению наркотиков.....	61
2.5. Современная научная методика устранения психической зависимости у наркомана.....	72
Глава 3. Потребление алкоголя и последствия алкоголизации населения.....	85
3.1. Актуальность проблемы последствий алкоголизации населения в России.....	85
3.2. Бремя связанных с алкоголем проблем в России.....	88
3.3. Факторы высокого уровня связанных с алкоголем проблем в России.....	100
3.4. Алкогольная политика в России.....	116
Глава 4. Потребление табака и его последствия.....	126
4.1. Ситуация с потреблением табака в России и его социально- экономические последствия.....	126
4.2. Нормативное правовое регулирование антитабачной политики в России...	129
4.3. Перспективы снижения потребления табачной продукции в России.....	131
Заключение.....	135
Список литературы.....	138
Приложение 1. Перечень ключевых экспертных документов, международных и российских нормативных правовых актов, регулирующих антитабачную, антиалкогольную и антинаркотическую политику.....	144
Приложение 2. Абсурдизмы о веществах наркотического действия (заблуждения и мифы об интоксикации алкоголем, табаком, наркотиками).....	147
Декларация об отсутствии конфликта интересов.....	151

ПРЕДИСЛОВИЕ

Потребление психоактивных веществ как растительного, так и химического происхождения, выступает одной из наиболее актуальных проблем современного человечества. Так, согласно Всемирному докладу Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН), в 2014 г. потребителем наркотиков выступал практически каждый 20 взрослый житель планеты в возрасте от 15 до 64 лет. То есть количество потребителей равнялось в совокупности четверти миллиарда человек. Принимая во внимание, что практически каждый потребитель наркотиков имеет как минимум одного созависимого. Количество тех, кто испытывает на себе вредные последствия потребления наркотических средств и психотропных веществ, приближается к 500 млн человек. Следует добавить к этому числу потребителей алкоголя и табака, которых не меньше, а намного больше, чем потребителей наркотиков, и с учетом созависимых получим как минимум 1,5 млрд человек. С учетом того, что количество жителей планеты Земля по состоянию на 2017 г. практически равняется 7,5 млрд человек, получается, что от разных форм зависимостей страдает, по самым консервативным подсчетам, 20% населения Земли. А на самом деле – еще больше.

Производители указанных веществ извлекают огромный доход, культивируя зависимости. Как известно наркобизнес является одним из наиболее доходных. По информации УНП ООН годовой оборот наркобизнеса равняется практически 320 млрд долларов ежегодно. Эта цифра превосходит ежегодный доход почти 90 стран мира. Годовой оборот трех крупнейших табачных компаний мира – British American Tobacco, Philip Morris, Imperial Tobacco – равнялся более 47 млрд фунтов стерлингов в год. Полагаем, что доходы производителей алкоголя отнюдь не меньше, чем производителей наркотиков и табачной продукции.

О том, какая астрономическая сумма тратится на лечение и реабилитацию указанных граждан, едва ли стоит говорить. Например, по данным Всемирной организации здравоохранения, потребление 8 литров чистого алкоголя на душу населения ведет к неизбежному угасанию этноса. Вместе с тем, по состоянию на 2003 г., население 26 стран потребляло больше 8 литров чистого алкоголя на душу населения¹. Причем в числе указанных стран были как развивающиеся страны, Уганда и Нигерия, так и развитые европейские страны (Люксембург, Франция, Германия). Согласно приведенным данным, Российская Федерация также находилась за чертой невозврата. На душу населения в России приходилось 10,58 литров чистого алкоголя в год.

Следует отметить, что по мнению демографов именно употребление алкоголя выступает одной из основных причин так называемого «Русского креста», пересечения двух кривых на графике прироста и убыли населения (роста смертности и убыли рождаемости).

Понимая опасность распространения зависимостей от психоактивных веществ, осознавая их губительное влияние на развитие национальных экономик и политических образований, правительства мира в настоящее время активно работают по реализации программ регулирования отношений в указанных сферах. Причем указанная борьба имеет долгую историю.

¹ Соловьев А.М. Производство и оборот алкогольной продукции в мире // код доступа: <http://ecfor.ru/wp-content/uploads/2010/fp/4/08.pdf>.

Например, табачная продукция еще с XVI столетия подвергалась гонениям со стороны Католической церкви. Еще в 1575 г. в Испании было запрещено курить в местах, где проводятся молитвы. Через полвека в 1624 г. Папой Римским Урбаном VIII была инициирована первая антитабачная кампания, предусматривающая в качестве наказания за курения – отлучение от церкви. В 1626 г. подобные меры были приняты и Греческой православной церковью. В России же за курение полагалось наказание палками. После же знаменитого Московского пожара 1634 г. под страхом смертной казни было запрещено курение.

Впрочем, соображения выгоды все-таки превалировали, и правительства Западной Европы, начиная с Петра I и России, инициировали активную пропаганду курения, поскольку указанная вредная привычка приносила хороший доход как производителям, так и государству.

Только в XIX столетии началась активная пропаганда против табакокурения. Первая такая кампания развернулась в 1830 г. в США. Но только в 1890 г. пропаганда против курения достигла каких-то результатов. Именно в этот год в 26 штатах введен запрет на продажу сигарет несовершеннолетним. В начале XX века запретили курить в публичных местах женщинам Америки. Последнее сразу же вызвало волну недовольства, поскольку рассматривалось набирающим силу движением за права женщин в качестве наступления на их права.

Однако только в послевоенные годы вопрос регулирования потребления табака был поставлен в полный рост. Итогом многочисленных дебатов стало введение нормы о маркировке сигаретных пачек с информацией о вреде курения. Данная норма была введена в 1960 г. в США. В 1971 г. законом был установлен запрет на рекламу табачных изделий на телевидении. Одновременно правительства США и европейских стран осуществляли меры по повышению налогового бремени на производителей сигарет.

Впрочем, только в XXI столетии была принята Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака и определены основные принципы борьбы с табакокурением, к которым отнесены повышение цен и налогов, ограничение рекламы табака, стандарты маркировки, запрет на продажу табака несовершеннолетним и несовершеннолетними, а также иные меры. К 2014 г. к указанной Конвенции присоединились 168 государств.

Похожая ситуация складывалась в отношении борьбы с потреблением наркотиков. На протяжении всей истории человечества вопрос ограничения производства и потребления наркотических средств не стоял на повестке дня. Известно, что в Древнем Китае настой из конопли употреблялся в качестве бодрящего чая, а индейцы Центральной и Южной Америки до сих пор используют листья коки в качестве обезболивающего и бодрящего средства. Для римлян и древних греков использование опия также рассматривалось в качестве эффективного болеутоляющего.

Как и в случае с табаком, пионером установления ограничений на потребление наркотиков выступила христианская церковь, резко осудившая потребление опия.

Однако первый закон о наркотических средствах был принят только в 1845 г. во Франции. Аналогичные постановления были приняты через некоторое время и в США. Между тем, в мировом масштабе продажа наркотиков процветала. Так, широкую известность получил ряд военных конфликтов между Китаем и Великобританией, известный как «Опиумные войны». Их итогом стало предоставление Англии права на свободную продажу опиума на территории

Китайской империи, что способствовало деградации и обезличиванию последней. Впрочем, и сама «добрая старая Англия» страдала от наркопотребления. Многочисленные опиумные курильни стали ее бичом. Первой попыткой ограничить потребление опиума в стране стало издание Фармацевтического Акта 1868 года, которым вводился запрет на использование опиума без назначения врача. Однако этот запрет оказался неэффективным. Во-первых, он не соблюдался, а во-вторых, богатые жители Великобритании пользовались услугами частных врачей, которые по просьбе своих «уважаемых» пациентов предоставляли им любые рецепты.

Второй попыткой ввести какие-то ограничения на распространение наркотиков стал созыв правительством Гладстона в 1893 г. Королевской комиссии по расследованию вопросов употребления опиума. Работа комиссии свелась к составлению доклада, из которого можно было сделать один вывод – прекращение производства опиума невозможно и нежелательно.

Первой попыткой введения международных норм и правил контроля за распространением наркотиков стал созыв Шанхайской опиумной комиссии 1909 года. В ней приняли участие 13 государств. В 1911-1912 гг. в Гааге было инициировано проведение Международной конференции по опиуму, в которой участвовали 12 государств. В рамках Конференции была разработана и принята первая Конвенция о наркотиках, предусматривающая меры по сокращению производства, торговли и употребления опиума. Конвенция также предполагала контроль и за медицинским применением наркотиков.

После I Мировой войны было принято еще два международных правовых акта «Женевское соглашение о запрещении производства, внутренней торговли и использования очищенного опиума» от 11.02.1925 г. и «Международная конвенция по опиуму» от 19.02.1925 г. В 1946 году была принята резолюция ООН, санкционировавшая создание комиссии по наркотическим средствам, и именно ею была разработана. ООН приняла резолюцию, которой создала комиссию по наркотическим средствам. В 1961 г. этой комиссией была выработана Единая конвенция о *наркотических* средствах, положения которой в настоящий момент лежат в основе национальных законодательств о контроле за наркотическими средствами и психотропными веществами.

Следует отметить, что СССР, а затем и Россия, в качестве государства-правопреемника, жестко отстаивали на международной арене принципы ужесточения борьбы с наркотиками и противодействия либерализации наркополитики. Так, нашей страной неоднократно заявлялось об опасности либерализации в отношении «мягких наркотиков» и применения методов «заместительной терапии» в качестве эффективного метода лечения наркозависимости. Так как указанные шаги отнюдь не способствуют стабилизации и снижению количества наркозависимых, а наоборот, ведут к распространению наркомании в еще больших масштабах.

Похожая ситуация складывалась и с алкоголем. Вплоть до XX столетия правительства никогда не стремились каким-то образом снизить уровень продажи и потребления алкоголя. Все предпринимаемые меры были направлены на упорядочивание продажи алкоголя для создания более благоприятных условий по взиманию с его производителей и продавцов соответствующих налоговых отчислений.

Только в 1910-х годах стали предприниматься меры по ограничению продажи алкоголя. Так, в 1912 г. запрет на продажу алкоголя был введен в Исландии. В связи с началом I Мировой войны «сухой закон» (частичные ограничительные меры) ввели в Российской империи. В 1919 г. запрет на продажу алкоголя был введен в Финляндии и

Норвегии, а в Швеции введена действующая до сих пор так называемая «система Братта», которая предусматривает следующее. Право на покупку спиртного имеет глава семьи или лицо в возрасте не менее 21 года, имеющее постоянную работу. Алкоголь покупается по специальной карточке, дающей право на приобретение не более четырёх литров спиртного 1 раз в месяц и только в определенном магазине.

В 1917 г. был введен наиболее известный «сухой закон» в мире. 17 декабря 1917 г. конгрессом США была принята 18-я поправка к Конституции США, запрещающая производство, транспортировку и продажу алкогольных изделий на всей территории страны. Поскольку указанный закон предусматривал за штатами право на ратификацию поправки, отдельные территории воспользовались им для сохранения возможности производить алкоголь (штаты Коннектикут, Род-Айленд, Иллинойс, Висконсин). Одновременно, принимая во внимание высокий спрос на алкоголь, промысел по изготовлению «алкогольных напитков» взяла на себя мафия, наладившая одновременно контрабандный ввоз «спиртных напитков» из штатов, не присоединившихся к «сухому закону», и Европы.

По сути все усилия федерального правительства блокировались мафиозными структурами и большим бизнесом, извлекавшими из пагубного пристрастия американцев большие барыши. А усилия были не малые. На борьбу с контрабандой алкоголя было брошено 2,5 тыс. агентов ФБР, а общие затраты превысили 12 млн долларов.

В 1932 г. «сухой закон» был отменен. Однако ограничения на производство, продажу и потребление алкоголя сохранились. До 1948 г. «сухими» оставались Оклахома, Канзас и Миссисипи. Последним снял ограничения в 1966 г. штат Миссисипи.

В России «сухой закон» (частичные ограничительные меры) вводился несколько раз. Впервые, как было указано выше, в 1914 г. Он продлился до 1923 г., когда ЦИК СССР и СНК СССР издали совместное постановление о возобновлении производства и торговли спиртными напитками в СССР.

Второй раз ограничительные меры были введены в 1985 г., продлившись до 1990 г. В рамках него правительство страны впервые решилось на снижение доходов от продажи алкоголя, резко сократив его производство.

Кроме того, в течение XX столетия проводились антиалкогольные кампании. Впервые такая кампания была организована в 1929 г., когда оказалось закрыто множество пивных лавок, организовано издание журнала «Трезвость и культура». Последняя антиалкогольная кампания организована в 1972 г. В ее рамках были повышены цены на алкогольные напитки, прекращено производство водки крепостью 50 и 56 градусов, созданы лечебно-трудовые профилактории. Кроме того, и именно в ходе антиалкогольной кампании 1972 г. из фильмов стали вырезать сцены, в которых употреблялись «спиртные напитки».

Несмотря на определенные перегибы, периоды ограничительных мер («сухих законов») и антиалкогольных кампаний оказывали благотворное влияние на российское общество. Согласно официальной статистике в период «сухого закона» 1985-1990 гг. увеличивалась продолжительность жизни и рождаемость, а смертность наоборот сокращалась.

Вместе с тем, отмена ограничительных мер, наоборот, способствовала снижению рождаемости и продолжительности жизни, при увеличении смертности. Снова наблюдался рост потребления спиртных напитков.

В чем же причина этого? Почему люди добровольно и своими собственными руками готовы себя убивать?

Ответ на эти вопросы прост. Распространение потребления психоактивных веществ подчиняется принципу скрытого и открытого социально-психологического программирования, так называемому «вирусу речевого штампа» (устойчивое словосочетание, вызывающее ложные мысли, образы, эмоции, желания и действия). Под действием «вируса речевого штампа» формируется психологическое убеждение, выступающее основой потребности в потреблении психоактивных веществ. Разрушение этого убеждения и должно лежать в основе программ избавления от табачной, наркотической и алкогольной зависимостей.

В данном коллективном докладе представлен независимый взгляд на состояние наркопотребления, распространение потребления алкоголя и табакокурения. Кроме того, рассмотрен инновационный подход к избавлению от указанных зависимостей, которые приобрели в России характер социальных эпидемий, а также проанализирована роль некоммерческого сектора в преодолении негативных последствий потребления психоактивных веществ.

ВВЕДЕНИЕ

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ НАРКОТИЗАЦИИ

Общественная точка зрения на понимание психических, физиологических и социальных последствий воздействия табака, алкоголя, наркотиков как веществ наркотического действия.

Социальные отклонения напрямую связаны с наличием наркотизации в обществе. Существует ряд особенностей и противоречий, детальное рассмотрение которых позволяет обосновать более широкое понимание наркотизации и отнестись с социальной точки зрения табак и алкоголь к веществам наркотического действия.

Согласно международным нормативно-правовым актам² к наркотическим средствам относят естественные и синтетические вещества, которые включены в соответствующий утверждённый список. При этом по российскому законодательству³ к наркотическим средствам относят вещества синтетического и естественного происхождения, препараты, включенные в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в России. В данный перечень⁴ входит более ста наименований веществ, среди которых наиболее известны героин, гашиш, опий, каннабис (марихуана) и другие. В список психотропных веществ по международным стандартам могут включаться только те, которые вызывают состояние зависимости, оказывают стимулирующее или депрессантное воздействие на центральную нервную систему, вызывают галлюцинации или нарушения моторной функции, либо мышления, либо поведения, либо восприятия, либо настроения, и если такое воздействие может представить собой проблему для здоровья населения и социальную проблему⁵.

Одновременно имеется целый ряд психоактивных веществ (в том числе алкоголь и табак), которые понимаются как любые химические вещества, способные при однократном приёме изменять психическое состояние человека, а при систематическом приёме вызывать психическую и физическую зависимость. Наркотические и психотропные средства по своему действию на организм человека также причисляют к психоактивным веществам, однако они внесены в особый перечень для контроля и регулируются соответствующими нормативными актами. Те же вещества, которые обладают всеми психотропными свойствами наркотиков, имеют общие с ними закономерности формирования зависимости, но не включены в перечень наркотиков и психотропных веществ, подлежащих контролю со стороны государства, называются ещё токсическими веществами.

Существует три критерия для квалификации какого-либо средства в качестве наркотического:

- медицинский критерий. Вещество, лекарственное средство оказывает специфическое (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и др.)

² Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в неё в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о веществах наркотического действия 1961 года // Организация объединённых наций. URL: http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_ru.pdf.

³ О наркотических средствах и психотропных веществах // Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3 - ФЗ.

⁴ Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации / Утверждено постановлением Правительства РФ от 30 июня 1998 г. № 681.

⁵ Конвенция о психотропных веществах 1971 года // Организация объединённых наций. URL: http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_ru.pdf.

действие на центральную нервную систему, что является причиной его немедицинского потребления;

- социальный критерий. Немедицинское потребление вещества принимает большие масштабы, и наносимый вред приобретает социальную значимость;
- юридический критерий. Вещество официально признано наркотическим и включено в перечень наркотических средств⁶.

Основным документом по регламентации деятельности в сфере здравоохранения в России и других странах является Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)⁷. Классификация включает в себя раздел «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» (рубрики F10 - F19), в котором в отдельные рубрики выделены алкоголь (F10), опиоиды (F11), каннабиоиды (F12), кокаин (F14), стимуляторы, включая табак (F17) и др. Ряд отечественных учёных подчёркивают, что «все виды зависимостей от психоактивных веществ и их поведенческих аналогов обладают общей патофизиологической и клинической структурой и динамикой»⁸. Отсюда можно говорить об общей природе данных веществ и их малом отличии друг от друга в воздействии на человека. Однако одни вещества (опиоиды, каннабиоиды, кокаин) подлежат запрету и контролю, а другие (алкоголь, табак) официально разрешены и являются потребительскими товарами.

Ещё в начале XX века русские учёные обосновали научную позицию, согласно которой считали алкоголь наркотическим ядом, что подтверждено в трудах В.М. Бехтерева, И. П. Павлова, А. Н. Тимофеева, Н. Н. Введенского⁹. Согласно ГОСТ 18300-72 этиловый спирт (основной компонент любого алкогольного изделия) относится к сильнодействующим наркотикам¹⁰. Формулировка алкоголя в качестве наркотического яда зафиксирована в различных научных источниках¹¹. Алкоголь оказывает много психотропных эффектов – эйфоризирующий, притупляющий, растормаживающий, снотворный, наркозный, анальгезирующий, а никотин (основной компонент любого табачного изделия) вызывает стимулирующий, возбуждающий, угнетающий эффекты, нарушения сознания¹². Табачный дым содержит около четырёхсот различных соединений, химических веществ, наносящих удар по здоровью¹³. Всемирная организация здравоохранения (далее ВОЗ) признаёт табак глобальным фактором смерти, являющимся «единственным легально доступным потребительским товаром, который убивает людей при его использовании

⁶ Бабаян Э. А. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988. Т. 2. С. 169.

⁷ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Сайт Организации объединённых наций. URL: <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>.

⁸ Карпов А.М., Корченков В.В., Шакирзянов Г.З. Гражданская самозащита от алкоголизации и наркотизации: Учебное пособие. Казань, 2011. С. 10.

⁹ Углов Ф. Правда и ложь о разрешённых наркотиках. М.: Форум, 2004. С.11 - 23.

¹⁰ Спирт этиловый ректификованный технический. Технические условия. ГОСТ 18300-72 / Утверждён и введён в действие Постановлением Госкомитета стандартов Совета Министров СССР от 26.12.1972 г. № 2329.

¹¹ Большая советская энциклопедия. – 2-е издание, том 2. М.: Государственное научное издательство «Большая советская энциклопедия», 1950 г. – С. 116.

¹² Карпов А.М., Корченков В.В., Шакирзянов Г.З. Гражданская самозащита от алкоголизации и наркотизации: Учебное пособие. – Казань, 2011. С. 70 - 71.

¹³ Ефремова Г. И., Федякина Л. В., Ковалёва М. А. и др. Способы решения проблем детского и подросткового курения: Справочник для родителей. М.: Изд-во РГСУ, 2010. С. 15.

исключительно по назначению»¹⁴. ВОЗ также признаёт, что табак и алкоголь при распространённом немедицинском применении являются наркотическими средствами в том смысле, что используются из-за их психоактивного воздействия¹⁵. Таким образом, по медицинскому критерию алкоголь и табак следует отнести к веществам наркотического действия.

Социальный аспект рассматривает те последствия обществу, которые приносит потребление веществ наркотического действия. Здесь речь идёт о том, что потребители психоактивных веществ из здоровых и социально нормальных людей превращаются в психически и физически зависимых, социально опасных и малопродуктивных членов общества. При детальном рассмотрении можно выделить три опасных изделия, наносящих наибольший урон российскому обществу: алкоголь, табак, запрещённые наркотики.

Алкоголь. По данным Института социологии РАН 26% смертей связаны в той или иной мере с алкоголем: 30% у мужчин и более 15% у женщин по стране¹⁶. Ежегодная смертность от прямых и косвенных последствий употребления алкоголя оценивается в 500 тысяч человек и выше, а ежегодные прямые и косвенные потери государства оцениваются в 1 трлн 700 млрд рублей¹⁷. Это составляет около 2% валового внутреннего продукта (далее ВВП) страны на 2016 год. По данным пресс-службы Министерства внутренних дел РФ, около 80% убийц и 40% самоубийц в России нетрезвы в момент убийства. Более 60% смертельно травмированных в ДТП погибают с повышенным содержанием алкоголя в крови¹⁸. По статистике, в состоянии алкогольного опьянения совершается 70% случаев хулиганства, 60% случаев разбойного нападения, 55% грабежей, 50% изнасилований, до 80% осуждённых подростков находились в состоянии опьянения¹⁹. Алкоголь сокращает жизнь человека в среднем на 20 лет²⁰. Следует отметить, что пьянство является одной из главных причин распада браков и появления социальных сирот в России²¹. Например, в 2011 году в Западном административном округе Москвы причинами разводов в 51% случаев являлись алкоголизм и наркомания²². Выявлена полная корреляция роста продажи алкогольных изделий и роста «пьяной» смертности, заболеваемости, преступности, несчастных случаев на производстве, дорожно-транспортных происшествий, больных новорождённых, снижения общей

¹⁴ Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г. / Всемирная организация здравоохранения, Женева. С. 14 - 15. URL: http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/ru/index.html.

¹⁵ Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам. Всемирная организация здравоохранения, Женева. 1994. С. 40; Серия технических докладов. № 551. Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. Двадцатый доклад. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1975. С. 31, 38. URL: http://alcddata.narod.ru/WHO_1975_ke/.

¹⁶ Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. М.: Институт социологии РАН, 2011. С.7. URL: http://www.isras.ru/inab_2011_01.html.

¹⁷ Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия / Доклад. Общественная палата Российской Федерации. Москва, 2009. URL: <http://www.oprf.ru/documents/498/>.

¹⁸ Там же.

¹⁹ Собириология. Наука об отрезвлении общества / Под ред. Проф. А.Н. Маюрова. Н.Новгород: ИП Гладкова О.В., 2011. С.330.

²⁰ Там же. С.310.

²¹ Немцов А. В. Алкогольная история России: Новейшая история. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. С. 303.

²² На западе Москвы // Газета Западного административного округа Москвы. – 2012. – №22. – С. 12.

продолжительности жизни и здоровья населения²³. По данным экспертов на алкогольные напитки приходится 10% розничных расходов граждан России²⁴.

Табак. Ежегодная смертность от последствий курения оценивается в 330-400 тысяч человек. Потери производительности вследствие обусловленной курением преждевременной смертности составляют 671,6 млрд руб. в год, т. е. более 3% ВВП России. Табакокурение сокращает жизнь человека в среднем на 10-12 лет и является причиной около 90% случаев смерти от рака легких, 30% всех случаев смерти от раковых заболеваний. Каждый 14-й рубль при оказании госпитальной помощи затрачивается на лечение заболеваний, связанных с курением²⁵. По другим оценкам, финансовые потери России из-за ранней смерти потребителей табака ежегодно составляют около 1,5 трлн рублей²⁶. Смертность среди курящих сигареты на 30-80% больше по сравнению с некурящими, особенно среди начавших курить в молодости²⁷. Полномасштабное исследование 75 тысяч семей показало взаимосвязь смертности от основных социально значимых заболеваний в России и курения: 71,4 % мужчин курили (из них 7,9% в прошлом) на момент смерти, среди женщин корреляция отмечена в возрастных группах 15-24 лет - 23%, 25-34 лет - 30%²⁸. У злостных курильщиков число невыходов на работу вдвое больше, чем у некурящих. Курящие в течение 10 лет болеют в 3,5 раза чаще, чем некурящие, вследствие чего в 5 раз чаще отсутствуют на работе²⁹. Стоит отметить, что ежегодные расходы населения на табачную продукцию составляют 300-400 млрд рублей (больше, чем на здравоохранение, физическую культуру и спорт), при этом 93% табачного рынка принадлежит иностранным компаниям³⁰. После начала реализации антитабачной политики, негативные показатели стали уменьшаться.

Запрещённые наркотики. По словам экс-директора Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков В. Иванова из 130 тысяч ежегодно умирающих в России молодых людей в возрасте от 15 до 30 лет подавляющая часть (порядка 100 тыс. человек) умирает по причинам, связанным с употреблением наркотиков³¹.

По экспертным оценкам, не менее двух с половиной миллионов человек употребляют наркотики, причём 70% составляет молодёжь до 30 лет. Экономические потери составляют порядка 2% ВВП³². По другим данным, Россия ежегодно теряет от

²³ Маюров А. Н., Кривоногов В. П. Как отрезвить Россию: Законы собриологии. М., 2011. С. 31 – 34.; Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности / Отв. Ред. Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев. М.: ЛЕНАНД, 2008. С. 78 – 83.

²⁴ Мы пропили десятую часть семейного бюджета // Пока не поздно – 2010. – №1. – С. 2.

²⁵ Табачная эпидемия в России: причины, последствия, пути преодоления // Доклад. Комиссия Общественной палаты Российской Федерации по социальной и демографической политике, Общественный совет Центрального федерального округа. Москва, 2009. URL: <http://www.oprf.ru/documents/498/>.

²⁶ Минздрав подсчитал, сколько стоит смерть курильщика / Интервью статс-секретаря, заместителя министра здравоохранения РФ Сергея Вельмайкина. URL: <http://news.mail.ru/society/10113215/?frommail=1>.

²⁷ Курение и его влияние на здоровье / Доклад экспертов ВОЗ. Серия технических докладов. 1976, №568. – С. 45-46.

²⁸ Заридзе Д.Г., Карпов Р.С., Киселева С.М. и др. Курение - основная причина высокой смертности россиян // Вестник РАМН. – 2002. – №9. – С. 40-45.

²⁹ Собриология. Наука об отрезвлении общества. / Под ред. Проф. А.Н. Маюрова. Н.Новгород: ИП Гладкова О.В., 2011. С. 345.

³⁰ Дёмин А. К., Дёмина И. А., Дёмин А. А. и др. Россия: дело табак. Расследование массового убийства. Первое специальное независимое расследование социально опасного бизнеса в национальных интересах: малоизвестные факты, анализ, рекомендации. Москва: Российская ассоциация общественного здоровья, 2012. С. 159.

³¹ ФСКН: От наркотиков ежегодно гибнут 100 тысяч молодых людей. URL: <http://www.rg.ru/2010/12/21/nark-anons.html>.

³² Вступительное слово Президента РФ Медведева Д. А. на заседании президиума Госсовета, посвящённого борьбе с распространением наркотиков среди молодёжи. URL: <http://kremlin.ru/transcripts/10986>.

наркоторговли (исходя из затрат на оперативно-розыскную деятельность, на судебно-следственные работы, содержание пенитенциарной системы), по минимальным оценкам, 600 миллиардов рублей³³. По оценке секретаря Совета Безопасности РФ Н. П. Патрушева, материальный ущерб от наркотиков в России сравним с затратами на всю систему здравоохранения и составляет 3-5 % ВВП, то есть 2-3 триллиона рублей ежегодно. По подсчётам за 7 лет к 2020 году Россия потеряет более 14 триллионов рублей³⁴. Ежегодно выявляется 1 млн новых случаев употребления наркотиков, а 98% наркоманов после реабилитации вновь возвращаются к прежнему наркоманному образу жизни³⁵. Каждый пятый в заключении, приблизительно 147 тысяч человек, находится в местах лишения свободы по делам, связанным с незаконным оборотом наркотиков³⁶. Необходимо отметить, что наркоманы, выключенные из экономически активного населения, становятся нарушителями правовых норм и вовлекают за свою жизнь в наркоманию в среднем 7-10 человек.

Ежегодная смертность в России составляет до 2 млн человек. Таким образом, каждый год минимум половина смертей, до 3,8 трлн руб. или 4,5% ВВП потерь на 2016 год связаны с потреблением алкоголя, табака и запрещённых наркотиков. При поступлении в бюджет от табачной и алкогольной продукции не более 1-1,5% ВВП, затраты на здравоохранение в 2016 году составили чуть более 3% ВВП. По социальному критерию алкоголь и табак заслуживают включения в перечень веществ наркотического действия. По этому поводу западные социологи замечают: «...нуждается в объяснении следующий факт: почему некоторые не ведущие к зависимости наркотики, в том числе гашиш, являются запрещёнными, в то время как другие, более опасные, вроде табака и алкоголя, считаются допустимыми»³⁷.

В список запрещённых наркотических средств, приравненных к наркотикам, табачные и алкогольные изделия не входят, так как для их законодательного оформления существует ряд субъективных трудностей. Например, в юридическом оформлении этилового спирта (основной составляющей любого алкогольного изделия) в последние десятилетия происходят «правовые чудеса»:

- в 1972 году этиловый спирт по государственному стандарту определялся как легко воспламеняющаяся, бесцветная жидкость с характерным запахом, которая относится к сильнодействующим наркотикам, вызывающим сначала возбуждение, а затем паралич нервной системы (п. 5.1 ГОСТ 18300-72);
- в 1982 году в том же ГОСТе последняя часть предложения после слов «относится к сильнодействующим наркотикам» была убрана (п. 4.1 ГОСТ 5964-82);

³³ Россия ежегодно теряет от наркоторговли 600 миллиардов рублей – ФСКН. URL: http://www.ria.ru/beznarko_news/20120620/677578026.html.

³⁴ Вступительное слово председателя Государственного антинаркотического комитета В. П. Иванова на заседании Комитета 15 марта 2013 года. URL: http://fskn.gov.ru/includes/periodics/speeches_fskn/2013/0315/113222937/detail.shtml.

³⁵ 17 декабря 2012 года в Пресс-центре редакции «Парламентской газеты» прошел «круглый стол» на тему: «Регионы: как снизить уровень наркомании?». URL: <http://www.fskn.gov.ru/includes/periodics/events/2012/1217/014521775/detail.shtml>.

³⁶ Интервью председателя ГАК, директора ФСКН России Виктора Иванова Русской службе Би-би-си 22.06.2012. URL: http://www.bbc.co.uk/russian/russia/2012/06/120620_ivanov_fskn_interview.shtml.

³⁷ Большой толковый социологический словарь (Collins). Том 1 (А-О): Пер. с англ. – М.: Вече, 1999. С. 451-452.

- в 1993 году наступила правовая «амнистия» и этиловый спирт при той же химической формуле C^2H^5OH перестал считаться наркотиком (п. 7.1 ГОСТ 5964-93);
- в 2000-х годах этиловый спирт по степени воздействия на организм человека отнесён к 4-му классу опасности по ГОСТ 12.1.007, т. е. к малоопасным веществам (п. 5.1 ГОСТ Р 51652-2000). Согласно сегодняшним подходам «этиловый спирт – этиловый спирт из пищевого сырья крепостью не менее 96%...» (раздел 2, термин 24 ГОСТ Р 52673-2006). В подобном определении отсутствует даже характеристика вещества по цвету, запаху и пр.³⁸.

В результате под веществом наркотического действия понимается вещество; а) оказывающее воздействие на центральную нервную систему; б) вызывающее нарушения мышления, поведения, восприятия, настроения; в) представляющее опасность для здоровья населения; г) употребление которого служит причиной социальных отклонений и социальных проблем. В данном исследовании табак и алкоголь рассматриваются в качестве наркотицизирующего фактора, что позволяет выявить и показать их тесную взаимосвязь с наркотиками в совокупности факторов наркотизации россиян.

В российском обществе прослеживается два подхода в отношении употребления табака, алкоголя и наркотиков. Первый подход обосновывает медицинские и социальные отрицательные последствия от употребления веществ наркотического действия и невозможность их потребления даже в минимальных дозах. Второй подход допускает возможность употребления веществ наркотического действия в потребительских целях в минимальном количестве. С целью более объективного научного и общественного отражения действительности в данном исследовании используется первый подход.

Обобщая трактовки наркотизации, можно выделить несколько основных детерминант: а) наркотизация должна рассматриваться как процесс; б) процесс в свою очередь включает определённые этапы; в) результатом процесса служат негативные характеристики состояния общества. Таким образом, под наркотизацией понимается социальный процесс, связанный с последовательным приобщением и потреблением различных веществ наркотического действия (табак, алкоголь, наркотики) индивидом, социальной группой и населением в целом, которые наносят комплексный урон обществу в виде пагубных социальных, экономических, демографических, политических и другого рода последствий.

Изучение наркотизации как процесса позволяет:

- выйти за рамки изучения социально-медицинских и социально-правовых аспектов, включив в исследование психолого-педагогический и социологический подходы;
- рассмотреть единую природу (причинность) табакокурения, потребления алкоголя и наркотиков;

³⁸ ГОСТ 18300-72. Спирт этиловый ректификованный технический. Технические условия. Государственный комитет стандартов СССР Москва. Утверждён и введён в действие Постановлением Госкомитета стандартов Совета Министров СССР от 26.12.1972 г. №2329; ГОСТ 5964-82. Спирт этиловый. Правила приемки и методы испытаний; ГОСТ 5964-93. Спирт этиловый. Правила приемки и методы анализа; ГОСТ 12.1.007-76. Система стандартов безопасности труда (ССБТ). Вредные вещества. Классификация и общие требования безопасности (с Изменениями N 1, 2); ГОСТ Р 51652-2000. Спирт этиловый ректификованный из пищевого сырья. Технические условия (с Изменением N 1); ГОСТ Р 52673-2006. Спирт этиловый из пищевого сырья. Термины и определения.

- комплексно охватить экономические, политические, демографические и другие аспекты наркотизации;
- рассматривать последовательные стадии наркотизации в течение всей жизни от зачатия до смерти человека;
- интегрировать сферы компетенций различных институтов в единую систему профилактики наркотизации.

ГЛАВА 1

ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ХИМИЧЕСКИХ И НЕХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

1.1. Природа наркотизации: причины и структура

Во все времена особое внимание в трудах учёных (социологов, врачей, психологов, педагогов и др.) уделялось поиску причин наркотизации. Признавалось, что проведение антиалкогольной (антитабачной, антинаркотической) политики хотя и давало положительные результаты, но не имело системного подхода из-за отсутствия глубокой проработанности феномена употребления алкоголя (табака, наркотиков). Данный вопрос о причинности является ключевым в поиске способов противодействия наркотизации.

Глубокий анализ научных исследований Г. Тарда, Г. Ле Бона, А. Бандуры, В. М. Бехтерева, П. А. Сорокина и др. учёных позволяет обосновать первенствующую роль социально-психологического подхода, позволяющего научно понять девиантное (отклоняющееся) поведение³⁹. Наиболее конкретное и доступное объяснение природы химической и нехимической зависимости (с учётом современных условий) дано отечественным учёным Г. А. Шичко⁴⁰. Им была предложена теория психологического программирования.

На взгляд Шичко, человек пьёт, курит, употребляет другие наркотики, ворует и совершает другие девиантные поступки в результате соответствующей запрограммированности: питейной, курительной, наркоманной, воровской и др. Под психологической запрограммированностью понимается «комплекс временных связей, отобразивший определённую социально-психологическую программу и принуждающий человека выполнять её»⁴¹. Социальная программа является совокупностью раздражителей социальной среды, производящих программирование человека. Такое объяснение соответствует в типологии П. А. Сорокина социально-психологическим раздражителям внешней среды. Причём большое значение среди программирующих раздражителей Шичко придаёт общественному мнению. Отечественный учёный считал психологическое программирование наиболее эффективным идеологическим способом принуждения человека по сравнению с физическим и экономическим принуждением.

Действительно, любой человек рождается естественным трезвенником (не пьющим, не курящим, не употребляющим другие вещества наркотического действия) и нейтральным по отношению к нормальным или отклоняющимся поступкам. И только под воздействием социальной среды, внешних воздействий или психологических программ (по Шичко) происходит социализация индивида. Основными агентами социализации (или программистами) выступают родители,

³⁹ Тард Г. Преступник и преступление. – Москва: Типография Т-ва И.Д. Сытина, 1906. Gustave Le Bon Psychologie des foules. Paris, 1895. Бандура А. Теория социального научения. — СПб.: Евразия, 2000. Бехтерев В. М. Внушение и его роль в общественной жизни. - СПб: Издание К.Л.Риккера, 1903. Сорокин П. А. Общедоступный учебник социологии. Статьи разных лет / Ин-т социологии. - М.: Наука, 1994. Sighele S. La foule criminelle. Essai de psychologie collective. Paris: Félix Alcan, Éditeur, 1901. Вигура А. и Жукелье Психическая зараза. – Москва: Типография Мысль. Книгоиздательство «Современные проблемы», 1912.

⁴⁰ Шичко Г. А. Разработка индивидуального психофизиологического подхода к избавлению от алкоголизма (заключительный отчет) / Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины АМН СССР. Ленинград, 1981. 176 с.

⁴¹ Там же. С. 6.

родственники, знакомые, средства массовой информации, институты образования и другие факторы социальной среды.

Программирование производится стихийно, сознательно или комбинированно. Примером стихийного программирования Шичко считает наркоманное программирование, которое отсутствовало в СССР в результате социальной политики государства: не распространялись наркотические сведения, наркотики были недоступны, что практически не позволяло их пропагандировать и показывать дурной пример молодёжи. Сюда же целесообразно добавить неконвертируемость рубля и наличие охраняемой границы, что закрывало путь мировому наркобизнесу на территорию СССР. Сознательное программирование происходит во время обучения людей идеологии. Наконец, под комбинированным программированием Шичко понимал питейное, курительное, а сегодня (вследствие открытия границ и свободы пропаганды в СМИ) мы включаем и наркоманное программирование. Все три вида для лёгкости изложения целесообразно назвать пронаркотическим программированием, которое формирует у населения пронаркотическую запрограммированность.

Шичко вводит методологически ясное определение проалкогольной (прокурительной) запрограммированности, которая понимается как искажённость сознания ложными проалкогольными (прокурительными) сведениями, вынуждающая человека, вопреки инстинкту самосохранения, употреблять алкогольные (курительные) изделия. Запрограммированность включает в себя настроенность (установку) на употребление алкогольного (курительного) изделия, программу отношения к нему и проалкогольное (прокурительное) убеждение⁴².

Установка на употребление алкогольных изделий происходит с самого детства, когда ребёнок подвергается массированному проалкогольному воздействию, в первую очередь, примером самих родителей (употребляющих дома), через телевизор, художественные произведения, песни, стихи, статьи и т. д. Одновременно с этим или позже начинает формироваться программа отношения к алкоголю, предусматривающая ответы на следующие вопросы: что употреблять, сколько, когда, в какой обстановке, до какой степени употреблять, с кем употреблять алкоголь. Установка и программа не являются устойчивыми в детстве, когда любая первая проба алкоголя, как правило, вызывает естественное отторжение под влиянием инстинкта самосохранения. Поэтому решающую роль играет проалкогольное убеждение, формируемое на основе ложных проалкогольных сведений и представлений. Проалкогольное убеждение отражает уверенность человека в том, что это нормальное, оправданное, неизбежное, важное и даже необходимое в жизни занятие⁴³. При этом процесс алкоголизации (превращение из трезвенника в алкоголика) начинается не только и не столько с первой пробы, но и первой положительной мысли в отношении алкоголя, т. е. начинается с проалкогольной запрограммированности. После стадий установки, программы и убеждения происходит приобщение к алкогольному изделию (первая и последующие пробы), только затем формируется привычка (психическая зависимость как устойчивое желание употреблять по случаю определённых событий, через какие-то периоды или в каких-то ситуациях) и потребность в алкогольном изделии (физическая зависимость как периодически появляющееся, почти непреодолимое желание употребить алкоголь, неудовлетворение которого вызывает плохое самочувствие).

⁴² Дроздов И. В. Геннадий Шичко и его метод. Ленинград, 1991. С. 129.

⁴³ Там же. С. 104 – 105.

Теория психологического программирования Г.А. Шичко позволила создать оригинальный метод избавления от вредных привычек, названный Шичко методом гортоновической дезалкоголизмии и основанный на немедицинском, социально-педагогическом воздействии. Суть заключается в том, «метод предусматривает угашение психологическим путём потребности и привычки, нейтрализацию идеологическими и педагогическими воздействиями питейной запрограммированности и превращение алкоголика в сознательного трезвенника»⁴⁴.

Данный метод избавляет людей от зависимости со средней результативностью более 60%⁴⁵, тогда как эффективность реабилитации в наркологии составляет в среднем 17-18% годовых ремиссий и до 48% по отдельным учреждениям⁴⁶. Такие положительные результаты говорят о глубоком понимании Шичко сути наркотизации.

Одновременно Шичко создал классификацию людей в зависимости от их отношения к алкогольным изделиям. Большинство классификаций несут количественные критерии (частота, количество и качество принимаемых веществ наркотического действия) и во многих случаях мало применимы к людям в силу разной толерантности к алкогольным изделиям. Шичко предложил классификацию, учитывающую качественный критерий – сознание человека. Так, всё человечество в зависимости от проалкогольной запрограммированности (ПЗ) и употребления алкоголя (УП) разделено на четыре группы: трезвенников (-ПЗ, -УП), воздержанников (+ПЗ, -УП), принужденников (-ПЗ, +УП) и алкоголепийц (+ПЗ, +УП). Трезвенники в зависимости от трезвенной запрограммированности (ТЗ) и обладания научными антинаркотическими знаниями (Зн) делятся на естественных (-ТЗ, -Зн), религиозных (+ТЗ, -Зн), благоразумных (+ТЗ, +Зн), сознательных трезвенников (-ТЗ, +Зн). Алкоголепийцы в зависимости от привычки к употреблению алкогольных изделий (Пр) и потребности в них (По) делятся на следующие подгруппы: случайники (-Пр, -По), пьяницы (+Пр, -По), матебременников (-Пр, +По), алкоголиков (+Пр, +По)⁴⁷. Данный подход к решению проблемы наркотизации, основанный на научных разработках отечественных и зарубежных учёных, заслуживает внимания. Например, теория психологического программирования объясняет такие явления, как каннибализм у народов Китая и его неприятие русскими людьми так же, как полную трезвость народа Ливии и её отсутствие в России.

Таким образом, ключевым вопросом противодействия наркотизации является понимание основных факторов, профилактика которых позволит не допустить приобщения населения к употреблению веществ наркотического действия. Для выявления причинного комплекса наркотизации необходимо определиться в используемой терминологии: понять сущностную сторону таких терминов, как причина, следствие, условие, фактор, мотив.

Под причиной понимается такая генетическая связь между явлениями, при которой одно явление, называемое причиной, при наличии определённых условий вызывает к жизни другое явление, называемое следствием. Любая причина есть результат взаимодействия и целесообразности. Ключевыми признаками причинного

⁴⁴ Алкогольная проблема в свете теории психологического программирования // Геннадий Шичко и его метод / Иван Дроздов. М.: Философская книга, 2012. С. 189.

⁴⁵ Дроздов И. В. Геннадий Шичко и его метод. М.: Философская книга, 2012. С. 61.

⁴⁶ Пока не поздно. – 2012. – №6. – С.1; Реабилитация наркоманов в анонимных сообществах эффективна – Брюн.

URL: http://ria.ru/beznarko_help/20120816/724871173.html.

⁴⁷ Дроздов И. В. Геннадий Шичко и его метод. Ленинград, 1991. С. 121 – 124.

отношения являются: признак порождения (одно явление вызывает к жизни другим), временная асимметрия (одно предшествует другому), необходимость (причина в заданных условиях порождает следствие), пространственная и временная непрерывность⁴⁸. Однако данное определение во многих случаях переплетается с другими понятиями. Например, понятие «фактор» определяется как «причина, движущая сила какого-либо процесса, явления, определяющая его характер или отдельные его черты»⁴⁹.

Мотив также является причиной, только побудительной или пусковой. Мотив характеризуется как «осознанное побуждение, обуславливающее действие для удовлетворения какой-либо потребности человека»⁵⁰. Мотив является побудительной (пусковой) причиной, поводом, а также определённым обоснованием и оправданием волевого действия. Исходя из этого, потребность снять стресс или поднять настроение, отметить день рождения или новый год, повышение по службе или увольнение являются мотивами поведения личности в конкретных условиях при воздействии определённой причины. Любой мотив возникает при наличии условий, которые можно определить как совокупность обстоятельств, лежащих в основе, из которых следует исходить, и от которых зависит нечто другое. Условие выступает как «относительно внешнее предмету многообразие объективного мира. В отличие от причины, непосредственно порождающей то или иное явление или процесс, условие составляет ту среду, обстановку, в которой явления или процессы возникают, существуют и развиваются»⁵¹. Такая трактовка позволяет выделить целый ряд условий и факторов (экономические, политические и др.), которые будут рассмотрены.

Условия, факторы и мотивы находятся в тесной взаимосвязи. Для понимания сущности такого взаимодействия данные понятия объединены в философии в состав полной причины. Полная причина строится как «совокупность всех обстоятельств, факторов, при которых данное следствие наступает с необходимостью»⁵². В состав полной причины входят:

- специфицирующая причина: генетический фактор, который вызывает и определяет главное в «поведении» того или иного следствия;
- кондициональные причины или условия: внешние и внутренние факторы, приводящие специфицирующую причину в активное состояние, в действительность;
- реализаторная, пусковая причина или мотив: повод, внутренний или внешний фактор, определяющий момент и время возникновения следствия под влиянием совокупности условий⁵³.

Введение понятия полной причины позволяет комплексно рассмотреть совокупность причин наркотизации и выделить из них причины первого, второго и третьего уровня, что отражено на рисунке 1.

⁴⁸ Алексеев П.В., Панин А.В. Философия: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2005. С. 483 - 485.

⁴⁹ Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А. М. Прохоров. – 4-е изд. М.: Сов. энциклопедия, 1989. С. 1412.

⁵⁰ Философский словарь. Под ред. М. М. Розенталя. Изд. 3-е. М.: Политиздат, 1975. С. 257.

⁵¹ Там же. С. 425.

⁵² Алексеев П.В., Панин А.В. Философия: Учебник.- 3-е изд., перераб. и доп. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2005. С. 495.

⁵³ Там же. С. 495.

Основное предположение исходит из того, что главной (специфицирующей) причиной наркотизации является пронаркотическая запрограммированность человека на потребление веществ наркотического действия. Основанием для такого предположения служат результаты проведённого анализа концепций и теорий: оригинальных теорий социально-психологического подражания и внушения, теории социального научения, теории психологического программирования, теории дифференцированной связи, теории субкультур.

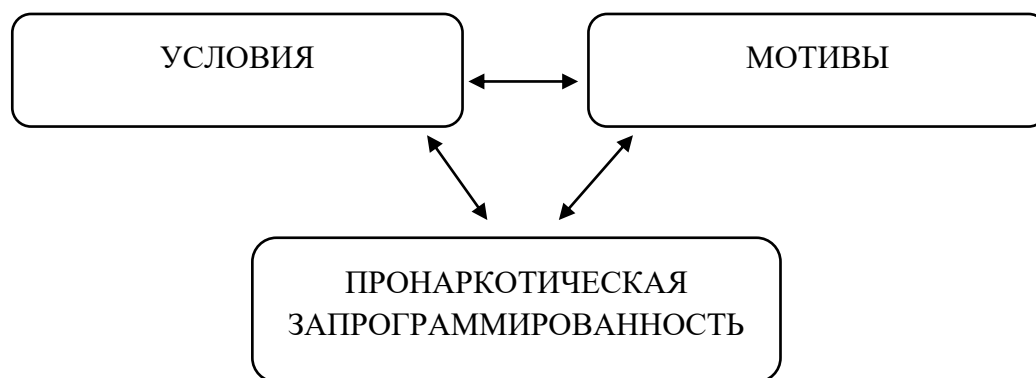


Рисунок 1. Состав полной причины наркотизации (А+Б+В)

Под пронаркотической запрограммированностью понимается ложный стереотип поведения, сформированный в результате социализации, в ходе которой усвоены не соответствующие научной действительности пронаркотические сведения и образованы убеждения, побуждающие человека употреблять вещества наркотического действия.

Социологические теории говорят о том, что в период первичной социализации молодой человек сталкивается с кризисом переходного возраста. Весь период становления личностной идентичности, обретения целостности подвержен активному внешнему влиянию: вначале родительскому, затем влиянию сверстников и всей окружающей информации, которая поступает извне. Таким образом, приобщение к веществам наркотического действия происходит в результате взаимодействия с основными агентами социализации: семьёй, окружающими ровесниками («группой равных» по Парсонсу или «peer group» по Эйзенштадту), СМИ, в меньшей степени в учреждениях образования.

Проведённые исследования показали, что ребёнок уже через 15 минут своей жизни способен на подражание⁵⁴. Именно семья становится для ребёнка той первичной средой, где усваиваются образцы поведения. Многочисленные материалы указывают, что отклоняющееся поведение родителей, неблагоприятные семейные отношения (ссоры и недоверие родителей, недостаток любви и внимания ребёнку) формируют пронаркотическую установку у ребёнка. Курение среди подростков особенно распространено в семьях, члены которых, друзья или сверстники курят⁵⁵. Г.Г. Заиграев также считает самым сильным фактором первого приобщения к алкоголю подростков механизм подражания взрослым, что обуславливается

⁵⁴ Способности младенца // [Сайт]. URL: <http://www.youtube.com/watch?v=cEqFINJRSw4>.

⁵⁵ Журавлёва И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. С. 98.

психологическими особенностями возраста⁵⁶. Почти в 95% случаев наркомании у подростков выявлены негативные показатели влияния семьи на развитие личности ребенка⁵⁷.

Исследования Института социологии РАН касательно употребления алкогольных изделий среди подростков 7 - 9 классов позволили выделить 4 группы: трезвенников, ситуативных потребителей, экспериментаторов и пьющих (основными критериями выступили мотивация потребления, частота потребления, частота случаев сильного алкогольного опьянения)⁵⁸. Было выявлено, что несовершеннолетние с трезвенническими установками имеют более благоприятный семейный климат и тесные связи с родителями по сравнению с их пьющими сверстниками. Например, молодые трезвенники совместно с родителями регулярно (один раз в месяц и чаще) посещают культурные места и ежедневно ужинают. Также трезвенники реже пьющих гуляют допоздна и чаще возвращаются домой к назначенному времени, причём родители в большинстве случаев знают, с кем их дети проводят время вне дома⁵⁹. С увеличением алкоголизации подростка уменьшается частота его контактов с родителями. Он меньше делится своими мыслями, заботами, переживаниями, желаниями и всё больше обращается за поддержкой к друзьям, любимому человеку или своей компании, чьи мнения для него становятся преобладающими. В результате социологи делают закономерный вывод: наркотизация подростка есть проявление кризиса семейной системы⁶⁰.

Продолжая выводы исследований Института социологии РАН, можно утверждать, что наркотизация подростков напрямую связана с семейным воспитанием, где формируется социально-психологическая запрограммированность на потребление веществ наркотического действия. Ярким тому подтверждением является двойная система стандартов при социализации. С одной стороны, родители в домашних условиях могут подавать отрицательный пример своим детям (употреблять алкоголь или курить в их присутствии), при этом на словах говорят о вреде веществ наркотического действия. С другой стороны, учителя, настаивающие на полной трезвости для несовершеннолетних даже на выпускных праздниках, сталкиваются с делегированием полномочий трезвого просвещения от родителей, которые в свою очередь выступают за пьяные ритуалы на выпускных праздниках и не осуществляют совместные с учителями усилия по профилактике употребления веществ наркотического действия⁶¹.

Следующим активным агентом наркотизации выступают СМИ. С.Г. Кара-Мурза пишет о СМИ как создателе «фальшивой действительности»: они ретранслируют авторитетные мнения, которые затем усваиваются и воспринимаются людьми как свои собственные выводы⁶².

Н. Е. Маркова провела социологический анализ развития западной культуры и показала роль искусства и СМИ в продвижении наркотиков: «Практически все информационные продукты, которые поставляют нам Запад, имеют совершенно

⁵⁶ Заиграев Г.Г. Борьба с алкоголизмом: проблемы, пути решения. - М.: Мысль, 1986. С.108-129.

⁵⁷ Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. - М.: МПА, 2001. URL: http://www.psycheya.ru/lib/sozav/sozav_2.htm.

⁵⁸ Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. М.: Институт социологии РАН, 2011. С. 14. URL: http://www.isras.ru/inab_2011_01.html.

⁵⁹ Там же. С. 35.

⁶⁰ Там же. С. 36 – 40.

⁶¹ Там же. С. 40.

⁶² Кара-Мурза С. Г. Власть манипуляции. М.: Академический Проект, 2009. С. 15.

определённое воздействие, определённую идеологию, моделирующую у молодёжи поведение человека, употребляющего наркотики»⁶³. Н.Е. Маркова считает, что наркотизация в России является следствием воплощения научной стратегии маркетинга и рекламы наркотиков как товара. Максимальное распространение наркотиков происходит согласно маркетинговой стратегии «4Р»: товар (product) — героин, кокаин, гашиш, лед и др.; цена (price) — ниже мировых цен и доступна потребителю; место (place) — дискотеки, бары, клубы, кафе, учебные заведения, розничная продажа и др.; продвижение (promotion) — реклама средствами искусства и в СМИ⁶⁴. Это подтверждается вторичным анализом информации.

Международная конфедерация обществ потребителей провела анализ восьми популярных сериалов среди московской молодёжи (186 серий), вышедших в эфир в сентябре 2011 года на четырёх крупнейших федеральных телеканалах. Было зафиксировано 163 эпизода курения, общая длительность которых составила один час двадцать минут или три серии непрерывного курения. В 60% случаев курили главные герои, в 55% — молодёжь. Эксперты сделали следующий вывод: ни в одном из сериалов не удалось обнаружить негативного отношения к самому процессу курения и к его последствиям, что говорит о прямой пропаганде курения⁶⁵.

Табачные и алкогольные компании являются одними из крупнейших российских рекламодателей. Так, если пивные компании преобладают в размещении рекламы наружной и телевизионной, то производители сигарет оккупировали прессу.

Самая популярная поисковая система в Интернете «Яндекс» показала интересные результаты. Был произведён поиск исследуемых терминов «алкоголь», «табак», «наркотики» на территории России за 2016 год по количеству запросов и ответов на них. Самым популярным является термин «алкоголь» (более 1 млн показов в месяц, 73 млн ответов или страниц, содержащих термин, за год), затем идут «наркотики» (467 тыс. показов в месяц, 68 млн ответов за год; по сравнению с 2012 г. количество ответов выросло в 9 раз) и «табак» (496 тыс. показов в месяц, 64 млн ответов за год). Среди алкогольных изделий наибольшее количество запросов встречается на слова «вино» (3 млн показов в месяц, 92 млн ответов за год), «пиво» (1 млн показов в месяц, 67 млн ответов за год), «водка» (1 млн показов в месяц, 69 млн ответов за год). При этом сравнение количества страниц сайтов (ответов) на словосочетания «польза алкоголя» и «вред алкоголя» имеет соотношение 1 к 1, «польза курения» и «вред курения» - 1 к 1,3, «польза наркотиков» и «вред наркотиков» - 1 к 1. Проведённый контент-анализ позволяет утверждать об укоренившемся в сознании людей и одновременно с этим продвигаемым стереотипом алкогольного, и только затем табачного потребления. С каждым годом в интернете происходит либерализация отношения граждан к алкоголю, табаку, наркотикам.

Детальное рассмотрение страниц антинаркотических сайтов вызвало неоднозначное мнение о целесообразности частого употребления разных наркотических терминов, т. к. выполняется и функция программирования, формирования моды на вещества наркотического действия. Например, описываются способы изготовления и употребления, приблизительные места сбыта наркотиков.

⁶³ Маркова Н.Е. Культуринтервенция. – Москва: Интернет-издание Вэб-Центра "Омега", 2002. [Сайт]. URL: <http://www.wco.ru/biblio/books/kulturint/Main.htm?mos>.

⁶⁴ Там же.

⁶⁵ Телесериалам пора бросать курить // [Сайт]. URL: <http://www.pravda.ru/society/family/medicine/14-03-2012/1111174-teleserial-0/>.

Ряд уловок в российском законодательстве не позволяет сегодня привлечь журналистов и авторов статей к ответственности за публикации.

Ряд иностранных учёных (R.G. Rychtarik, J. Casiso, P.M. Kohn, R.G. Smart, L. Wallack и др.) показали прямую связь между употреблением алкоголя на телеэкране взрослыми и усвоением детьми алкогольных обычаев⁶⁶. На Международной конференции ООН по борьбе со злоупотреблением наркотическими веществами и их незаконным оборотом в Нью-Йорке (1988 г.) специалисты обозначили основные приёмы пропаганды рекламы наркотиков в СМИ: применение неточной терминологии ("лёгкие" и "тяжёлые" наркотики); распространение идеологии легализации; информация об уличной стоимости конфискованной партии наркотиков; восхваление наркомании в песнях, кинофильмах и др. коммерческих произведениях; сообщения об огромных прибылях от торговли; сообщения о потреблении людьми, добившихся успеха в обществе⁶⁷.

Таким образом, средствами программирования на потребление веществ наркотического действия сегодня становятся кинофильмы и телесериалы, мультипликационные фильмы (достаточно вспомнить образы курящих волка в «Ну погоди», папы Дяди Фёдора в «Каникулы в Простоквашино», крокодила Гены, Мاسяни, Симпсона и др. мультипликационных героев), Интернет, компьютерные игры, газеты и журналы, книги, радио. Можно констатировать, что в результате такой массовой обработки СМИ молодёжь становится подготовленной к употреблению наркотиков. Достаточно эмоционально окрасить и воспроизвести ту или иную информацию, чтобы она сыграла роль манипулятора в поведении человека. Сегодня почти в каждой телевизионной программе развлекательного характера (Comedy Club, КВН и др.) идёт не только открытая пропаганда алкоголепития и курения, но и скрытая пропаганда запрещённых наркотиков. Это требует серьёзной реакции общества.

После пронаркотического программирования в семье и СМИ следующим активным агентом наркотизации выступают социальные связи человека с ровесниками и людьми на улице. Как правило, это происходит в свободное время или во время обучения, работы. Современное развитие общества приводит к увеличению свободного времени у молодого поколения по сравнению с взрослыми. Самими распространёнными видами досуга среди молодёжи являются встреча и общение с друзьями дома или в гостях (65,1%); просмотр телевизора и видео, прослушивание радиопередач и музыки, чтение книг (58,2 – 64,3%); просто отдых, расслабление и прогулка на природе (46,1 – 49,6%); увлечение компьютером, интернетом и компьютерными играми (45,9%); посещение развлекательных мероприятий и помещений (кафе, бары, рестораны, дискотеки, ночные клубы, театры, концерты, кино в 26,5 – 28,1%)⁶⁸. Отсюда можно отметить увеличение ценности свободного временипрепровождения к ценности труда, нарастание гедонистического характера проведения досуга. Уменьшение мотивов полезно провести время соответственно увеличивает мотивы занять скуку и безделие другими способами, что способствует возникновению побуждений изменить своё психическое состояние веществами наркотического действия.

⁶⁶ Сидоров П. И. Пропаганда здорового образа жизни в наркологической превентологии // Наркология. – 2003. – №5. – С. 11.

⁶⁷ Скрытые искусители или снасти на потребителя (В плену информационных технологий). – М.: Издательство Душепопечительского Православного Центра св. прав. Иоанна Кронштадского, 2007. – С. 265 - 266.

⁶⁸ Горшков М.К., Шереги Ф.Э. Молодёжь России: социологический портрет. — Второе издание, дополненное и исправленное. М.: Институт социологии РАН, 2010. С. 196 - 197.

Приобщение к наркотикам часто происходит под воздействием группы равных, где наиболее внушаемые подвергаются влиянию лидеров, которые сами восприняли негативные образцы поведения. Мотивация «быть как все», «не быть белой вороной», «любопытство», «стать взрослым» этому способствует. Например, наиболее активно исследования наркоманов в советское время проводились в Грузии. Было установлено, что 78,36% наркоманов начали принимать наркотики под влиянием других лиц⁶⁹. Ф.Э. Шереги установил такую же закономерность: впервые попробовать наркотики в 67,9% случаев предлагают друзья, в 14,3% – коллеги по работе или учёбе, в 8% - знакомые взрослые. Причём основным местом первой пробы наркотиков выступает в 50,7% случаев дискотека или иное место «тусовки», в 17,6% - место учёбы, только в 6,5% - двор и улица⁷⁰.

Учебные учреждения являются нейтральными площадками по отношению к пронаркотическому программированию, хотя могут активно программировать молодёжь на ведение здорового трезвого образа жизни. Беседы о вреде потребления наркотиков в 59,1% ведут учителя в школе, и только потом родители (55%)⁷¹. Действительно, учителя доводят до учащихся сведения о проблеме наркотизации, хотя нормативного запрета на употребление учителями веществ наркотического действия не существует так же, как и на отказ в приёме на работу людей с алкогольно-табачными проблемами. Говорить об образе жизни, который сам не ведёшь, является малоэффективным средством. Говорить об умеренности потребления табака и алкоголя, значит способствовать приобщению молодёжи к веществам наркотического действия. С другой стороны, само учебное учреждение выступает как место, где происходит общение со сверстниками. Материалы зарубежных исследований показывают преобладающее влияние на алкогольное поведение непосредственного окружения в учебных учреждениях, тогда как личный опыт и традиции семьи играют меньшую роль⁷².

Описанные механизмы влияния факторов семейного воспитания, рекламы в СМИ и ближайшего окружения (группы равных) содействуют пронаркотическому программированию на приобщение и потребление молодыми людьми веществ наркотического действия.

Алкоголь, табак и запрещённые наркотики имеют тесную взаимосвязь. Статистика реабилитации наркозависимых в Душепопечительском Православном Центре св. прав. Иоанна Кронштадского в Москве показывают, что из 3500 лечившихся наркоманов 93% курили, из них 60% начали курить в возрасте 7 - 10 лет. Риск у курящего подростка превратиться в наркозависимого в 55 раз выше, чем у некурящего. Данные исследований центра мониторинга вредных привычек среди детей и подростков Министерства здравоохранения РФ говорят, что риск вовлечения подростков в потребление наркотиков, если они не потребляют алкоголь и не курят, составляет лишь 0,03% у юношей и 0,01% у девушек. Из чего работники центра вывели следующую схему наркотизации: курение табака – употребление алкоголя – курение препаратов конопли – героин и другие запрещённые наркотики⁷³.

⁶⁹ Зурабашвили А.А., Габиани А.А., Лежаева Г.Г., Нанейшвили Б.Р. От вредной привычки к тяжелому заболеванию. Тбилиси, 1986. С. 21.

⁷⁰ Шереги Ф. Э. Социология девиации: прикладные исследования. М.: Центр социального прогнозирования. 2004. С. 118 – 121.

⁷¹ Там же. С. 127.

⁷² Сидоров П. И. Особенности алкоголизации и наркотизации студентов и врачей. – 2003. – №4. – С. 10.

⁷³ Скрытые искусители или снасти на потребителя (В плену информационных технологий). – М.: Издательство Душепопечительского Православного Центра св. прав. Иоанна Кронштадского, 2007. С. 248 – 250.

Те же выводы в отношении схемы наркотизации, а также влияния алкоголя на приобщение к наркотикам сделаны сектором девиантного поведения Института социологии РАН⁷⁴. Исследование Департамента здравоохранения г. Москвы показывает, что употребление веществ наркотического действия среди курящих подростков практически в 17 раз выше по сравнению с некурящими подростками. Курящие учащиеся имели опыт употребления наркотиков в 46,7% случаев, тогда как среди некурящих - в 2,8% случаев⁷⁵. В частности, первая проба наркотика происходит при алкогольном опьянении в среде сверстников в более половине случаев.

Причинами второго уровня выступают условия жизни, с которыми сталкивается человек. Условия выступают той благоприятной средой, которая способствует приобщению к веществам наркотического действия. Всё множество объективных условий наркотизации можно условно разделить на следующие:

- социально-политические;
- социально-экономические;
- социокультурные;
- психофизиологические.

К социально-политическим условиям следует отнести отсутствие национально-смысловых ориентиров и широкую доступность веществ наркотического действия. Национально-смысловые ориентиры предполагают наличие в обществе национальной идеи, которая официально отсутствует на уровне Конституции РФ. Национальная идея выполняет жизненно важные функции интеграции, мобилизации, снижения напряжённости в обществе, укоренения общих ценностей, ориентации на перспективу. Без наличия общих ценностей, направленности в будущее и прочной идеолого-политической основы государство становится неопределённым в смысловом отношении образованием. Жизнь, как и любое действие, должна иметь цель, куда человек движется и чего хочет достичь. Отсутствие национальной идеи активно влияет на трудность обретения соотечественниками смысла жизни. Если в СССР были заданные образцы ценностей и идей, то сегодня гражданин вынужден сам делать выбор в условиях, когда ценностному и целевому полаганию не учат, отсутствует единый пример. Тем более наличие масштабного смысла жизни позволяет гражданину легко переходить ловушки в виде мифических свойств наркотиков. В основах социальной концепции Русской Православной церкви сказано: «Основная причина бегства многих наших соотечественников в царство алкогольных или наркотических иллюзий – это духовная опустошённость, потеря смысла жизни, размытость нравственных ориентиров»⁷⁶.

Широкая доступность наркотиков в качестве ключевого фактора наркотизации признана на мировом уровне⁷⁷ и имеет многочисленных сторонников в России⁷⁸. В

⁷⁴ Девиантность и социальный контроль в России (XIX – XX вв.): тенденции и социологическое осмысление / Научное издание. СПб.: Алетей, 2000. С. 278; Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. М.: Институт социологии РАН, 2011. С. 42, 45. URL: http://www.isras.ru/inab_2011_01.html.

⁷⁵ Влияние курения табака на начало употребления наркотических веществ среди учащихся общеобразовательных учреждений / Информационное письмо Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.12.2007 п 31/309.

⁷⁶ "Практически не пьём...", или Отсроченное пьянство (о пивном алкоголизме). Н. Бойко. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МОФ «Родная страна». – С. 8.

⁷⁷ Алкоголь: растущая опасность / Хроника ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1975. Том 29. С. 342 – 345.

⁷⁸ Углов Ф.Г. Правда и ложь об алкоголе. (Методическое руководство для клубных работников). М: ВНИИЦ НТ и КИР, 1986 г. С. 39; Заиграев Г. Г. Алкоголизм и пьянство в России. Пути выхода из кризисной ситуации //

действительности, каждый житель города невооружённым взглядом может увидеть, что в любом торговом киоске порядка 40% ассортимента занимают алкогольные изделия и ещё 10-20% табачные изделия. Журнал Forbes ежегодно публикует список 50 брендов – лидеров по торговому обороту, не менее трети из которых с двумя первыми местами в списке занимают алкогольная и табачная продукция⁷⁹.

Депутат Государственной Думы РФ по охране здоровья Н. К. Герасименко указывает на прямую зависимость между количеством торговых точек и алкогольной заболеваемостью, смертностью и преступностью. Только по выходным дням наблюдается 8-11% подъём смертности за счёт несчастных случаев и смертей от болезней системы кровообращения, связанных с употреблением алкоголя⁸⁰. Д. Халтурина и А. Коротаев указывают, что в Норвегии один магазин, торгующий алкоголем, приходится на 30 тыс. жителей (или 147 магазинов на Норвегию), в Швеции – на 23 тыс.⁸¹. Так, в среднем в начале 2000-х годов каждый гражданин России (включая младенцев и пенсионеров) потреблял 18 литров абсолютного алкоголя⁸² (45 пол-литровых бутылок водки), 2500 сигарет⁸³.

Широкая доступность веществ наркотического действия говорит об их производстве и продаже, что связано с фактором высокой прибыльности, относящимся к социально-экономическим условиям наркотизации. Министр культуры РФ и писатель-историк В.Р. Мединский историческими причинами пьянства в России считает алчность правительств, желающих пополнять казну за счет вымирания народа. К этому добавляется враждебность соседей, которых тревожила растущая мощь России, в результате чего они стали сочинять мифы об «извечном русском пьянстве» для ослабления России⁸⁴. Табак и винные изделия были завезены, а затем стали производиться промышленным характером при прямом содействии государственной власти. Об этом свидетельствуют статистические источники за XIX век, которые указывают: «В Россию вошло в обычай засеивать и рассаживать табак в знатном количестве с того времени, когда Правительство стало от себя раздавать семена, делать награждения вместе с наставлениями, как успешнее обрабатывать оный»⁸⁵. Пётр Великий и Екатерина Великая способствовали разведению виноградных садов и созданию промышленного производства вина в России⁸⁶. В. де Ливрон в 1874 году писал по поводу питейных доходов в бюджет: «...питейный доход постоянно увеличивается и притом играет самую важную статью

Социологические исследования. – 2009. – №8. – С. 78; Рыбакова Л. Н. Наркомания в социологическом аспекте // Здоровый образ жизни и борьба с социальными болезнями. М.: Институт социологии АН РАН, 1988. С. 79.

⁷⁹ 50 брендов — лидеров по обороту. [Сайт]. URL: <http://www.forbes.ru/rating/50-brendov—liderov-po-oborotu/2009#pages-1>.

⁸⁰ Герасименко Н. Угроза национальным интересам // Россия и алкоголь: что впереди. Деловой вестник. Специальный выпуск, посвящённый Дню здорового сердца в Государственной Думе РФ. М.: Международный пресс-центр ТПП РФ, 2010. С. 4.

⁸¹ Халтурина Д., Коротаев А. Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии // Население & Общество (Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народохозяйственного прогнозирования РАН), 2006. – №103. – С.4.

⁸² Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года // Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. №2128-р.

⁸³ Герасименко Н. Ф., Заридзе Д. Г., Сахарова Г. М. Здоровье или табак (цифры и факты). Москва, 2007. С.31.

⁸⁴ Мединский В.Р. О русском пьянстве, лени и жестокости. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2008. С. 309-311.

⁸⁵ Статистическое описание Российской Империи в нынешнем её состоянии с предварительными понятиями о статистике с общим обозрением Европы в статистическом виде. Часть IV и V. Санкт-Петербург, 1815 г. С. 48 – 49.

⁸⁶ Там же. С. 57.

дохода, так что по росписи на 1874 год от питейного налога ожидается поступлений на 179 млн руб., что составляет более трети (34,8%) всех ожидаемых в настоящем году доходов (514 млн руб.). Подобного явления нельзя встретить ни в одном из бюджетов иностранных государств»⁸⁷. Питейного дохода хватало на содержание целого военного министерства. В 1871 году доход от налогов на табак составил 1,5% от всех поступлений в бюджет⁸⁸. Русская питейная система, по замечанию С. Остроумова, «...это своего рода внутренний заём. По этому займу русские люди платят (и долго ещё будут платить) преступлениями, болезнями, сумасшествием, самоубийствами, озорством, вырождением»⁸⁹.

К началу XX века питейный доход снизился до 15,9% (1912 год), в советское время он составлял порядка 14-17% поступлений в бюджет⁹⁰. Сегодня у государства отсутствует монополия на производство и продажу алкогольных изделий. Государственные органы власти пополняют алкогольный бюджет примерно на 1%, при этом государство продолжает нести главную нагрузку от последствий такой политики⁹¹.

К социально-экономическим условиям наркотизации относятся факторы низкого социально-экономического уровня жизни населения. Сюда входят уровень заработной платы, неблагоприятные условия труда и быта, социальное неравенство и напряжённость, безработица.

Традиции и обычаи, неблагоприятные семейный климат и низкий уровень культурных, духовно-нравственных запросов являются социокультурными условиями наркотизации. Г.Г. Заиграев указывает на следующие алкогольные традиции и обычаи, формирующие пронаркотическую запрограммированность у гражданина: «за встречу», «с устатку», «за здоровье», «за упокой», «обмыть покупку, премию, зарплату»⁹². Сегодня любой праздник, торжественное событие не обходится без алкогольных и табачных изделий. Перекур на работе является целым ритуалом.

Пропаганда запрещённых наркотиков проводится и через музыку. Психиатр и нарколог А. М. Карпов убедительно показывает на примере современных песен их скрытый пронаркотический контекст. Так, анализ содержания 1200 песен за последние 25 лет на предмет наличия в них психической патологии свидетельствует о разрушительных последствиях прослушивания музыки. С 1985 по 2005 годы число упоминаний в песнях психических расстройств возросло с 2% до 67,5%⁹³. При этом надо понимать, что ещё в XIV – XVI вв. людям было запрещено держать опьяняющие напитки и употреблять их за исключением двух-трёх раз в году на время праздников⁹⁴. В 1910 году на каждого человека приходилось 3,43 литра абсолютного

⁸⁷ В. де Ливрон Статистическое обозрение Российской Империи. С.Петербург, Печатано в типографии товарищества "Общественная польза", по мойке № 5, 1874. С. 254 – 255.

⁸⁸ Там же. С. 250 – 251.

⁸⁹ Остроумов С. И. Из истории пьянства на Руси (Беседа, произнесённая 20 марта 1914 г. на трезвенническом вечере, устроенном Александро-Невским обществом трезвости...). Санкт-Петербург: Александро-Невское общество трезвости, 1914. С. 33.

⁹⁰ Девиантность и социальный контроль в России (XIX – XX вв.): тенденции и социологическое осмысление / Научное издание. СПб.: Алетей, 2000. С. 193.

⁹¹ Российская Федерация сегодня. – 2009. - №4. – С. 3, 26.

⁹² Заиграев Г. Г. Алкоголизм и пьянство в России. Пути выхода из кризисной ситуации // Социологические исследования. – 2009. – №8. – С. 78.

⁹³ Карпов А. М. Здравствуйте, если хотите. Образовательно – воспитательные основы интеграции медицины, экологии, образа жизни и власти. Казань, 2008. С. 98 – 106, 149 – 150, 157 – 162.

⁹⁴ Иностранцы о древней Москве (Москва XV - XVII веков). – М.: Столица, 1991. – С. 17 – 18, 24, 92 – 93.

алкоголя на душу населения⁹⁵. Общество начала XX века потребляло алкоголя намного меньше, чем во многих западных государствах. Алкогольные обычаи стали активно насаждаться только в XX веке, о чём говорит неумолимый рост потребления алкоголя до 18 литров к началу XXI века.

К неблагоприятному семейному климату относят недостатки воспитания, конфликты и напряжённость в семейных отношениях. В России среди молодёжи в возрасте 11 - 24 лет 23,2% (5,8 млн человек) проживает в неблагополучных семьях⁹⁶. Выявлено, что семейная напряжённость ответственна за неблагополучие детей почти на одну треть, а конфликтность – наполовину⁹⁷.

Низкий уровень культурных и духовно-нравственных запросов проявился в 1960-1970 гг., когда материальный доход на душу населения увеличился в три раза, расходы на приобретение алкогольных и табачных изделий выросли в 5,1 раза. За это время расходы на кино, театр, посещение выставок и т.п. сократились на одну треть⁹⁸. Современная ситуация свидетельствует о снижении интереса к художественной литературе и культурному развитию с одновременным ростом предложения и спроса на услуги развлекательного характера.

Последними из наиболее проявленных условий наркотизации населения целесообразно назвать психофизиологические условия. Генетический фактор наследственных предрасположенностей и других физиологических изменений является существенным. Вероятность детей алкоголиков стать алкоголиками в четыре раза выше, чем для детей других родителей⁹⁹. По другим данным алкоголизм родителей в 50% сопровождается алкоголизмом детей¹⁰⁰.

Причинами третьего уровня выступают мотивы, которые по отношению к человеку являются субъективными факторами. Необходимо заметить, что здесь побудительной причиной выступает удовлетворение тех или иных потребностей человека. Удовлетворение потребностей в данном случае выступает как цель для совершения поступка. Причина первого уровня наряду с агентами наркотизации способствует формированию у гражданина различных абсурдизмов, мифов. Причины второго уровня или условия создают удобную среду для приобщения к веществам наркотического действия и последующей наркотизации. В результате у человека под воздействием пронаркотической запрограммированности и условий среды появляется побудительный мотив отравиться веществами наркотического действия.

К примеру, ребёнок с детства наблюдает за радостными лицами родителей на семейных праздниках, которые обставляются торжественно и имеют главным атрибутом алкогольные изделия. Ребёнок проводит параллель между хорошим настроением родителей и употреблением алкоголя, к тому же в раннем возрасте этот атрибут ему запрещают употреблять. Со временем такая формула «удовольствие - алкоголь» подкрепляется массовыми сценами на телеэкранах. Различные условия жизни могут приводить к отрицательным эмоциям (ссора с родителями, отсутствие

⁹⁵ Статистический ежегодник 1913 г. (Совета съездов представителей промышленности и торговли). Санкт-Петербург, 1913. С. 271 – 278.

⁹⁶ Шереги Ф.Э. Наркоситуация в молодежной среде. [Сайт].
URL: <http://www.socioprognoz.ru/files/file/2012/narkotiki.pdf>.

⁹⁷ Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. М.: Институт социологии РАН, 2011. С. 92. URL: http://www.isras.ru/inab_2011_01.html.

⁹⁸ Социальные отклонения. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: Юрид. Лит., 1989. С. 69.

⁹⁹ Копыт Н. Я., Сидоров П. И. Профилактика алкоголизма. М.: Медицина, 1986. С. 19 – 20.

¹⁰⁰ Коровин А. М. Последствия алкоголизма и общественная борьба с ним (Доклад, прочитанный 12 октября 1895 года в Московском гигиеническом обществе). Москва, 1896. С. 78.

настроения и т. д.) и возникновению мотива (изменение настроения, снятие стресса и т. д.). Рано или поздно выросший подросток использует удобный случай, чтобы реализовать пронаркотическую программу, и осуществит первую пробу вещества наркотического действия. Здесь идёт речь о работе подсознательных программ, нежели сознательных: на уровне сознания молодёжь знает, что употреблять алкоголь, табак и наркотики вредно, однако заложенные в детстве пронаркотические программы намного сильнее.

Современная наука опровергает все мифы (абсурдизмы), связанные со специфическими свойствами алкоголя, табака и запрещённых наркотиков. Надо заметить, на этот счёт имеются разные соображения: зачастую противоположную точку зрения высказывают учёные, чья научная деятельность косвенно спонсируется на деньги производителей веществ наркотического действия.

Приведём некоторые из формируемых мифов (абсурдизмов): алкоголь улучшает аппетит, согревает, содержится в лекарствах и помогает излечению, уменьшает боль, снимает усталость и стресс, расслабляет, веселит, способствует общению, долголетию, крепкому сну, повышает потенцию, увеличивает творческие способности, защищает от радиации, есть просто вековая традиция; курение помогает сосредоточиться, успокаивает от нервов и снимает стресс, способствует похудению; наркотики помогают решить жизненные проблемы, обрести смысл жизни, поймать «кайф», повышают творческий потенциал, делают человека добрым, не вызывают зависимость и т. д. Все эти мифы (абсурдизмы) часто придуманы самими же производителями веществ наркотического действия и давно опровергнуты наукой¹⁰¹.

Чем больше становится абсурдизмов, тем больше возникает надуманных мотивов. ВОЗ выделяет следующие основные мотивы потребления наркотиков: удовлетворение любопытства, для чувства принадлежности к группе, выражение своей независимости или враждебности окружающему миру, достижение «ясности мышления» или «творческого вдохновения», расслабление, уход от чего-то гнетущего¹⁰². По мнению А.В. Немцова, мотивом потребления алкоголя являются его психоактивные свойства, изменяющие психическое состояние человека¹⁰³.

Помимо выше обозначенных факторов Фекьяер¹⁰⁴ изучает в качестве мотивов употребления веществ наркотического действия возможность стать взрослым, приобщиться к моде, выполнить церемонию или ритуал, уйти от ответственности, защитить представления о себе при признании поражения, уйти от совести, получить чувство свободы, увеличить уверенность в себе и пр. Учёный приводит результаты многочисленных экспериментов зарубежом, которые показывают отсутствие у веществ наркотического действия приписываемых им мифических свойств. Это позволяет Фекьяеру сделать интересный вывод: в создании ощущаемых эффектов от употребляемых веществ наркотического действия решающую роль играют

¹⁰¹ Углов Ф. Г. Самоубийцы. Санкт-Петербург, 1995. 96 с.; Собириология. Наука об отрезвлении общества. / Под ред. Проф. А. Н. Маюрова. Н.Новгород: ИП Гладкова О. В., 2011. С. 360 – 383; Сычёв Р. И. и др. Наркотики – смертельный фактор для здоровья нации // Медико-экологические и социально-экономические проблемы семейного отдыха, пути решения: Сборник материалов. Анапа: ОАО Анапское полиграфпредприятие, 2008. С. 204 – 206.

¹⁰² Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. Двадцатый доклад. Серия технических докладов, № 551 / Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1975. С. 23.

¹⁰³ Немцов А. В. Алкогольная история России: Новейшая история. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. С. 146 – 148.

¹⁰⁴ Фекьяер Ханс Олаф Алкоголь и иные наркотики: магические или химические вещества? – М.: Философская книга, 2012. 160 с.

предположения и ожидания самого человека¹⁰⁵. Посредством социализации, через социальные и культурные внушения и обучение человек только со временем, а не сразу, начинает ощущать то, ради чего он и принимает вещества наркотического действия. По замечанию Фекьяера сам наркотик выступает как «эффект плацебо».

В результате наиболее распространённые пусковые причины можно условно классифицировать на социальные и индивидуальные мотивы. Социальные мотивы напрямую реализуются в социальной группе: выполнить ритуал, традицию или обычай, обрести чувство принадлежности к группе, употребить за компанию или для улучшения общения. Индивидуальные мотивы затрагивают физическую, психическую и духовные стороны жизнедеятельности человека. Индивидуальные мотивы чаще всего связаны со следующими аспектами:

- изменением эмоционального состояния: получить удовольствие, приятные ощущения, повысить настроение, ясность мышления и т. д.;
- раскрепощением: снять беспокойство, стресс, убрать скуку, забыться и уйти от чего-то гнетущего, стать свободнее и увереннее, решить проблемы и т. д.;
- физическим состоянием или соматической функцией: улучшить аппетит или сон, похудеть, уменьшить боль, помочь излечиться, защититься от радиации, способствовать долголетию и т. д.;
- защитой: угасить совесть, выразить независимое отношение к окружающему миру, защититься от признания поражения и т. д.

По сути, мотивы являются разнообразными мифами (абсурдизмами), запрограммировавшими сознание человека на самоотравление веществами наркотического действия.

Подводя итоги исследования природы химических и нехимических зависимостей с позиции социально-психологического подхода, следует указать на пронаркотическую запрограммированность как главную причину наркотизации общества.

Социально-психологическая запрограммированность на потребление того или иного вещества наркотического действия формируется у человека под воздействием окружающей социальной среды. Каждый ребёнок рождается естественным трезвенником. Во время роста над ребёнком довлеет та и или иная социальная среда, формирующая у него привычки, алгоритм поведения. Если социальное окружение в лице родителей, ровесников, информационной среды (СМИ) показывает ребёнку пример трезвого поведения, свободного от употребления и показа табачных, алкогольных изделий, то у ребёнка не формируется положительное отношение к табаку и алкоголю. Человек как существо познавательное рано или поздно сталкивается с табаком и алкоголем на улице, в магазине, по телевизору и т. д. Если родители и социальная среда проводят трезвенническую разъяснительную беседу, то ребёнок усваивает нейтральное отношение к табачным и алкогольным изделиям, а к самому факту потребления табака и алкоголя у него формируется отрицательное отношение. Трезвое отношение к веществам наркотического действия позволяет молодому человеку сформировать трезвую программу поведения. Любая программа действия состоит из ответов на восемь вопросов: зачем (цель), почему (причина), кто (субъект), что (объект), где (место), когда (время), как (способ), сколько (количество). Трезвый человек при любых мотивах, в любой ситуации, в любом месте, в любое

¹⁰⁵ Там же. С. 102.

время будучи один или в компании людей, ведёт себя трезво. Ему присуще отсутствие ритуальных действий в отношении табака или алкоголя и его норма всегда является трезвой (мера одна – долгая и активная жизнь). При таком отношении и программе действий со временем у человека закрепляются трезвые убеждения.

Можно рассмотреть другую ситуацию (сравнение дано в таблице 1). Социальная среда, подверженная потреблению веществ наркотического действия, формирует у ребёнка положительное отношение к табаку и алкоголю. С самого раннего детства человек видит, что окружающие его люди потребляют табачные и алкогольные изделия. Такими агентами могут выступать родители, ровесники, СМИ, улица, образовательные и культурные учреждения. Соответственно у ребёнка формируется положительное отношение, ему кажется такое поведение нормой. Взрослея, ребёнок усваивает алгоритмы протабачного и проалкогольного поведения. Он узнаёт, зачем и почему его среда «курит» (самоотравляется табачным дымом) и «пьёт» (самоотравляется алкогольными интоксикантами). Как правило, ему объясняют, что причины для употребления табака и алкоголя определяются условиями жизни. Такими условиями приобщения к веществам наркотического действия являются: социально-политические, социально-экономические, социокультурные, психофизиологические условия. Условия жизни (как причина) приводят к мотивации совершить акт потребления табака, алкоголя, наркотиков. Мотив является пусковой причиной, т. е. целью в данном случае, которая может быть опосредована индивидуальными или социальными факторами.

Таблица 1. Проявление социально-психологической запрограммированности в проалкогольном и трезвом поведении личности, семьи, общества

Состав запрограммированности	Проалкогольное (протабачное, пронаркотическое) поведение	Трезвое поведение
1. Установка (положительная, нейтральная, отрицательная)	Положительная	Нейтральная по отношению к изделиям из табака, алкоголя. Отрицательная к факту потребления табака и алкоголя
2. Программа (зачем, почему, кто, что, где, когда, как, сколько)	Ритуальная программа	Трезвая программа
-- Почему? (причина потребности)	Социально-политические, социально-экономические, социокультурные, психофизиологические причины	Потребность самоотравления отсутствует, а присутствует потребность в трезвом поведении

-- Зачем? (цель, мотив)	Индивидуальные и социальные мотивы, направленные на изменение внутреннего состояния	Мотивация на самоотравление отсутствует, а присутствуют трезвые цели
-- Кто? (с кем)	Один или в компании (с коллегами, друзьями и т. д.)	Трезвый субъект
-- Что? (объект)	Различные виды алкогольных (пиво, вино, водка и пр.), табачных изделий	Трезвая объективность
-- Где? (место)	На улице, в ресторане, квартире, природе и т. д.	Трезвое пространство личности, семьи, Общества
-- Когда? (время)	На праздниках и поминках; при рождении и при смерти; до, во время или после еды; до работы или после; утром или вечером; в рабочие или выходные дни	Трезвая действительность
-- Как? (способ)	Лёжа, сидя, стоя; ритуальная посуда; способ потребления: медленно, быстро и т. д.	Трезво
-- Сколько? (количество)	Объём потребляемой тары в единицу времени	Нисколько, мера - трезвость
3. Убеждение	Уверенность в том, что алкоголепитие есть нормальное, оправданное, неизбежное, важное и даже необходимое занятие	Твёрдая уверенность, что трезвость – единственное разумное и естественное состояние человека, семьи, общества, позволяющее повысить качество и уровень жизни, иметь активное долголетие и безопасную среду обитания

Условия и мотивы проалкогольных действий человека являются существенными, при этом они лишь следствие пронаркотической (протабачной, проалкогольной) запрограммированности сознания человека. Когда человек принимает решение жить трезво, проходит ряд занятий для очищения сознания от вредных проалкогольных программ, то над ним уже не довлеют социальные условия и мотивы. Например, любой трезвый человек живёт в таких же политических, экономических, культурных, социальных условиях. Он испытывает такие же эмоции и чувства, общается с людьми. Однако он свободен от потребления табака, алкоголя, наркотиков, он живёт

трезво. Спрашивается, почему? Потому что он обладает трезвыми знаниями и осуществляет программу трезвого поведения.

1.2. Социальные технологии противодействия наркотизации

Как показывает практика, каждый истраченный на профилактику употребления наркотиков рубль может сохранить для региона 4-5 рублей, которые позднее пришлось бы затратить на лечение наркомании. Однако научно-обоснованная оценка эффективности программ первичной профилактики наркотизации отсутствует, поэтому не представляется возможным выявить их действительное влияние на ситуацию и осуществить дальнейшее совершенствование профилактической деятельности¹⁰⁶.

Под социальной технологией понимается совокупность методов и воздействий, применяемых для достижения поставленных целей в процессе решения разного рода социальных проблем.

Существует большой перечень ключевых экспертных документов, международных и российских нормативных правовых актов, регулирующих антитабачную, антиалкогольную и антинаркотическую политику (Приложение 1).

Проведённый анализ и обобщение международных, российских и региональных нормативно-правовых актов и документов по вопросам противодействия потреблению веществ наркотического действия позволили прийти к следующим заключениям:

- исторические меры противодействия распространению веществ наркотического действия и борьбы с их последствиями шла с переменным успехом на протяжении всего XX века как в мире, так и России. Несмотря на ряд положительных результатов в осуществлении государственной политики противодействия наркотизации населения, это не смогло на сегодняшний день предотвратить рост показателей зависимости и потребления в России табачных, алкогольных и наркотических изделий по сравнению с показателями на начало XX века;
- несмотря на обширную международную, отечественную нормативно-правовую базу, осуществление комплексной, эффективной и полномасштабной профилактики в мире и России затруднено вследствие разобщённости подходов, разной терминологии, отсутствия или малой распространённости внятной системы мониторинга и оценки результатов деятельности;
- в международных и отечественных нормативно-правовых актах в первую очередь закреплён приоритет профилактики наркотизации детей и молодёжи как менее защищённых социальных групп;
- в международной и отечественной практике признаётся очевидным наличие сильных связей между потреблением табака, алкоголя и наркотиков, что должно учитываться в государственной профилактической политике и научных исследованиях. Распространение и последствия от употребления табачных, алкогольных и наркотических изделий населением имеют общие принципы, которые позволяют описать и осуществить систему противодействия наркотизации по единой модели;

¹⁰⁶ Регламентация профилактической антинаркотической работы в образовательной среде // Не будь зависим – 2012 – № 6 – С. 53.

- основными мерами противодействия наркотизации выступают различные методы снижения спроса и предложения на вещества наркотического действия;
- в отечественной практике крайне низок уровень участия гражданского общества в профилактической деятельности на местном уровне. Органами государственной власти недостаточно используется потенциал некоммерческих организаций и привлечение заинтересованных сторон к решению проблемы наркотизации.

Исходя из анализа нормативно-правовой документации, выводов исследования, понятие «профилактика наркотизации» можно определить как деятельность, направленную на осуществление комплекса мероприятий по (а) предупреждению приобщения и потребления веществ наркотического действия, (б) устранению негативного влияния факторов социальной среды на индивида, социальные группы и население в целом, (в) формированию трезвого здорового образа жизни. В комплекс мероприятий по профилактике наркотизации входят социальные, образовательные, психологические, медицинские и другие воздействия по выявлению и устранению причин наркотизации.

Любые технологии профилактики охватывают несколько уровней:

- по этапам – первичная, вторичная, третичная профилактики;
- по уровню осуществления государственных мер – федеральный, региональный, местный (муниципальный) уровни;
- по уровню воздействия – общественный, групповой, индивидуальный уровни.

В рамках данного исследования приоритет отдаётся первичной региональной и местной профилактике наркотизации на общественном и групповом уровнях.

В Концепции демографической политики России сказано, что основной причиной низкой продолжительности жизни является высокий уровень смертности населения. При этом высокий уровень смертности обусловлен также распространённостью табакокурения, алкоголизма, наркомании, для чего предлагается усилить профилактическую работу по предупреждению данных факторов¹⁰⁷. Отражение данных положений находит место в ряде других нормативно-правовых актов и документов.

Российские нормативно-правовые акты в отношении табакокурения составлены, исходя из подписанной государством в 2008 году Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (далее Рамочная конвенция). Рамочная конвенция описывает основные меры сокращения спроса и предложения на табачную продукцию¹⁰⁸. Эти меры находят следующее отражение в российском законодательстве: запрет курения на отдельных территориях, рекламы и спонсорства; ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табачные изделия; регулирование состава и требований к упаковке и маркировке табачных изделий; просвещение населения и информирование его о вреде табачных изделий; оказание гражданам медицинской помощи по прекращению потребления табака; ограничение торговли и предотвращение незаконной торговли табачной продукцией; запрет

¹⁰⁷ Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года // Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351.

¹⁰⁸ Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. URL: http://www.who.int/fctc/text_download/ru/index.html.

продажи табачной продукции несовершеннолетним (и), вовлечения детей в процесс потребления табака¹⁰⁹.

Одновременно Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) для решения проблемы табачной эпидемии предлагает комплекс из шести испытанных стратегий, названных по первым буквам английского алфавита MPOWER: Monitor – мониторинг потребления табака и стратегий профилактики, Protect – защита людей от табачного дыма, Offer – предложение помощи в целях прекращения употребления табака, Warn – предупреждение об опасностях, связанных с табаком, Enforce – обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий, Raise – повышение налогов на табачные изделия¹¹⁰.

Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя¹¹¹ рекомендует десять целевых направлений, которые должна охватывать национальная антиалкогольная политика: лидерство, информированность и приверженность; ответные меры служб здравоохранения; действия по месту жительства; политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения; доступность алкогольных напитков; маркетинг алкогольных напитков; ценовая политика; сокращение негативных последствий употребления «спиртных напитков» и алкогольной интоксикации; сокращение воздействия на здоровье населения «алкогольных напитков», произведенных незаконно или неорганизованным сектором; мониторинг и эпиднадзор. В область действий по месту жительства входит расширение возможностей местных органов власти, так как национальное законодательство во многих случаях ограничивает сферу действий. Так же особое внимание уделяется роли молодёжи при разработке или поддержке программ и мер на уровне местных сообществ, в том числе путём взаимодействия с некоммерческими организациями, мобилизации местного населения в целях недопущения продажи и употребления алкоголя несовершеннолетними, создания или поддержки свободной от алкоголя среды.

Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем¹¹² помимо выше обозначенных мер указывает на переориентирование населения на ведение трезвого и здорового образа жизни, создание стимулов по поддержке общественных инициатив в сфере укрепления здорового образа жизни, привлечение детей и молодёжи к ценностям здорового образа жизни путём занятия физической культурой, туризмом и спортом, организации новых видов отдыха, досуга, свободных от употребления алкогольной продукции. Помимо этого на основе инициатив общественных и религиозных организаций в социальной сфере предусматривается создание общественных движений, обществ, клубов, направленных на формирование трезвого здорового образа жизни.

Эксперты Международного комитета по контролю над наркотиками пришли к выводу, что программы профилактики употребления наркотиков эффективны в

¹⁰⁹ Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака // Федеральный закон от 23 февраля 2013 года №23–ФЗ.

¹¹⁰ Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г. / Всемирная организация здравоохранения, Женева. URL: http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/ru/index.html.

¹¹¹ Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя / Всемирная организация здравоохранения, 2010. URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/ru/index.html.

¹¹² Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года // Одобрена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р.

следующих случаях: 1) когда они сочетаются с профилактикой других вредных привычек, в частности пьянства и табакокурения; 2) когда в их основе лежит надёжная информация о характере и масштабах употребления наркотиков, факторах риска и защиты; 3) когда программы профилактики разработаны при учёте возрастных, гендерных и национальных особенностей, а также норм, ценностей, особенностей молодёжной культуры с привлечением самих представителей целевой группы; 4) лучшие результаты достигаются путём обучения жизненным навыкам; 5) когда поддержка оказывается наиболее уязвимым группам молодёжи и их семьям; 6) при согласовании информационных кампаний в СМИ с мероприятиями на низовом уровне¹¹³.

Стратегической целью профилактики употребления наркотиков согласно Стратегии государственной антинаркотической политики России (далее Стратегия) является сокращение масштабов немедицинского потребления наркотиков, формирование негативного отношения к незаконному обороту и потреблению наркотиков и существенное снижение спроса на них. Для достижения данной цели государство обязуется выполнить следующие задачи: формировать негативное отношение в обществе к немедицинскому потреблению наркотиков; организовывать и проводить профилактические мероприятия с группами риска, в организованных коллективах; развивать систему раннего выявления незаконных потребителей наркотиков; создавать условия для вовлечения граждан в антинаркотическую деятельность путём стимулирования деятельности общественных антинаркотических объединений, в том числе волонтёрского молодёжного антинаркотического движения; создавать условия для государственной поддержки таких объединений; формировать личную ответственность за своё поведение и психологический иммунитет у детей, молодёжи, родителей, учителей с целью снижения спроса на наркотики¹¹⁴.

Помимо этого в Стратегии предлагается включить в образовательные программы общеобразовательных учреждений и учреждений профессионального образования разделы по профилактике злоупотребления психоактивными веществами. При такой работе рекомендуется сочетать индивидуальные и групповые методы работы, а также методы прямого и косвенного воздействия на лиц из групп риска, помогать молодому человеку раскрывать свои способности и самореализовывать собственное жизненное предназначение. Также особое внимание должно быть уделено социальному партнёрству между государственными структурами и коммерческими, некоммерческими объединениями и организациями при проведении антинаркотической профилактики. В случае необходимости должна оказываться наркологическая медицинская помощь.

Результатом обобщения международных, российских федеральных и региональных нормативно-правовых актов, экспертных документов, теоретической разработки и эмпирической проверки схемы основных факторов наркотизации является социальная модель противодействия наркотизации (рисунок 2).

¹¹³ Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2008 год // Организация Объединённых Наций. Нью-Йорк, 2009. С. 10-11.

¹¹⁴ Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года // Утверждена указом Президента Российской Федерации N 690 от 9 июня 2010 года.

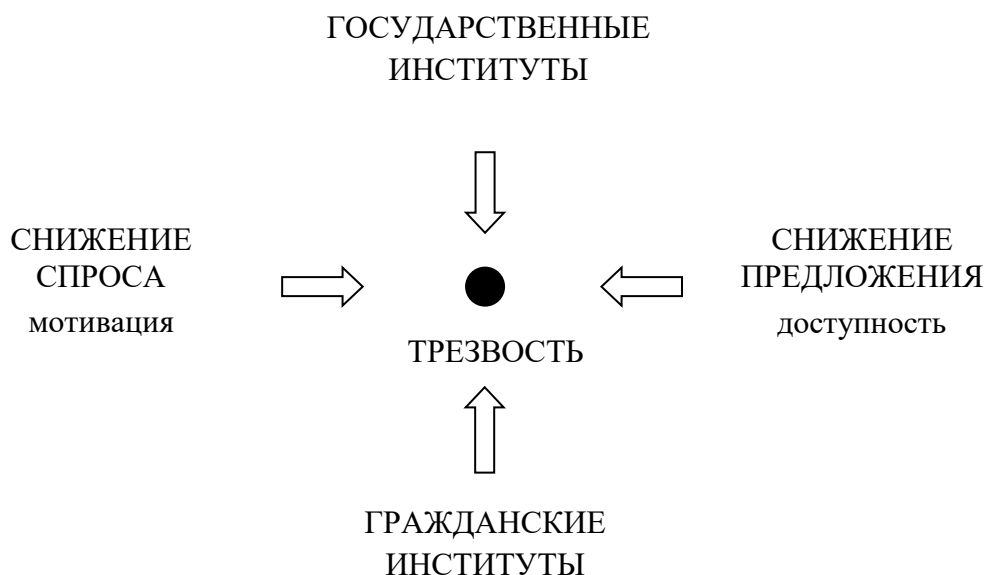


Рисунок 2. Социальная модель противодействия наркотизации
(система вертикально-горизонтального пресса)

Данная модель включает в себя четыре основных элемента, реализация потенциала которых обеспечивает успешное противодействие наркотизации: действия органов государственной власти и гражданского общества, снижение спроса и предложения. Такую модель можно условно назвать системой двойного (вертикально-горизонтального) пресса. Осуществление мер хотя бы одного из элементов запускает адекватные механизмы противодействия со стороны других элементов. Из модели видно, что все четыре элемента взаимосвязаны между собой и приводят к устранению основных факторов наркотизации населения.

Ключевая цель политики противодействия наркотизации – прервать передачу пронаркотической (в первую очередь проалкогольной, прокурительной) запрограммированности из поколения в поколение и в нынешнем поколении от старших к младшим гражданам.

Комплексный научный подход к профилактике наркотизации предполагает объединение профилактических мероприятий в единую стратегию действий, что обеспечит наиболее эффективные результаты.

На вертикальном уровне (сверху-вниз) противодействие наркотизации обеспечивается органами государственной власти и институтами гражданского общества. Органы государственной власти выполняют следующие основные функции:

- осуществление законодательных, исполнительных и судебных мер в отношении противодействия наркотизации населения;
- контроль за соблюдением законодательства, постоянный мониторинг ситуации.

Гражданское общество прежде всего в лице некоммерческих организаций разной направленности инициирует снизу на местах противодействие наркотизации. Без активного участия самого населения проблема наркотизации не может быть решена только органами государственной власти. Для эффективных мер необходимо общественно-государственное партнёрство, адекватное реагирование на запросы населения, поддержка некоммерческих организаций за трезвый здоровый образ

жизни в административном, финансовом, организационно-техническом планах. Достаточную поддержку должны получать территории, клубы, объединения трезвости, свободные от употребления веществ наркотического действия. Работа на местном уровне путём вовлечения самого населения является ключевым вопросом перемены ситуации.

Если органы государственной власти концентрируют свою работу на ограничительных мерах по снижению предложения, то институты гражданского общества используют информационно-просветительские меры по снижению спроса на вещества наркотического действия и формированию мотивации на трезвое поведение.

На горизонтальном уровне (слева-направо) осуществляется взаимодействие органов государственной власти и институтов гражданского общества через мероприятия по снижению спроса и предложения на вещества наркотического действия. Основные технологии противодействия наркотизации в рыночной экономике заключаются в воздействии на спрос и предложение. Снижение предложения на вещества наркотического действия включает в себя:

- снижение доступности товаров, наносящих вред здоровью граждан;
- налоговые меры в виде повышения акцизов;
- создание альтернативных видов экономической деятельности.

Доступность веществ наркотического действия является одним из главных социально-политических условий наркотизации, поэтому технология снижения доступности веществ наркотического действия должна содержать следующие ограничения:

- по времени: увеличение ночного времени запрета продажи, запрет на продажу в выходные дни и др.;
- по месту продажи: увеличение территорий трезвости через расширение границ запрета на продажу табака и алкоголя с 50-100 метров до 200-500 метров возле государственных, образовательных, культурных, спортивных и других социальных учреждений;
- по формату продажи: внедрение специальных отделов продажи табачных и алкогольных изделий, закрытых для доступа детей и молодёжи; перевод продажи товаров, наносящих вред здоровью, в отдельно стоящие специальные магазины.

В связи с тем, что производство, продажа табачно-алкогольной продукции обеспечивает весомый вклад в общую прибыль предприятий, создание альтернативных источников возмещения потерь от ограничения предложения является экономически целесообразной мерой. Такая мера практически не отражена в отечественном законодательстве и практике. Одним из положительных исторических примеров подобной меры может служить опыт создания первой и единственной территории трезвости СССР в 1986 году в Горно-Бадахшанской автономной области в составе Таджикской ССР.

В мировой и отечественной практике также имеются правовые меры создания монополии на розничную торговлю и/или производство отдельных видов товаров. Вопрос о введении государственной монополии на продажу табачно-алкогольной продукции требует серьёзного исследования и общественной дискуссии. В рамках данного исследования целесообразной мерой считается введение государственной монополии на ввоз и производство этилового спирта, табачной основы, но никак не производства табачно-алкогольной продукции и розничной торговли.

Снижение спроса на вещества наркотического действия предполагает целый ряд технологий:

- ограничение маркетинга: рекламы, спонсорства, показа в СМИ;
- ценовые меры: установление минимальной цены на табачную и алкогольную продукцию, повышение цен;
- оказание медицинской и социально-психологической помощи и лечения;
- обучение и просвещение специалистов и граждан.

Просветительские меры являются важным фактором нормализации здоровой обстановки в обществе. Такие меры охватывают наиболее массовые места скопления и общения: образовательную среду, рабочие места, учреждения спорта, культуры, досуга, СМИ. и т. д.

Идеальным конструктором является создание среды, свободной от потребления веществ наркотического действия. В обществе должно не одобряться девиантное поведение, а само пронаркотическое поведение не нести положительную оценку. Контент-анализ эпизодов употребления веществ наркотического действия в молодёжных сериалах показал навязывание молодым людям представления о том, что вещества наркотического действия помогают в решении жизненных потребностей, получении какого-то ощущения и т.п. Молодёжь является наиболее подверженной имиджевому продвижению товаров. Информационная политика должна быть изменена в сторону запрета на показ, рекламу, упоминание с положительной стороны веществ наркотического действия в СМИ: телефильмах, периодической печати, аудиопродукции, наружной рекламе, интернет-сети и т.п. Имеются возможности для расширения ограничительных мер на рекламу в интернете и других ресурсах, где невозможен контроль за возрастными ограничениями: рассылка смс-сообщений на мобильные телефоны, электронные почты и т.п.

При этом необходимо осуществлять альтернативное положительное программирование на ведение трезвого здорового образа жизни. Такая информация должна составляться и отражать научно достоверные факты, быть приспособлена к восприятию целевой группой. Международный опыт на примере антитабачных кампаний показывает, что ненаучный подход способствует обратному эффекту увеличения курения. Так, исследования результатов английской информационной кампании по размещению во всевозможных местах скопления людей стикеров «не курить» обнаружили, что тяга у курильщика к сигарете увеличивается¹¹⁵. Одновременно с этим предупреждающие надписи и пугающие картинки не помогают изменить поведение человека, а заставляют курить больше¹¹⁶. Поэтому предлагается заменить и/или подкрепить пугающие надписи и картинки на информацию о положительных ценностях трезвого здорового образа жизни, способах бросить курить.

Усиление информационной пропаганды трезвого здорового образа жизни имеет под собой нормативную базу: например, антинаркотическая пропаганда в общем ежегодном объёме социальной рекламы, размещаемой органами государственной власти Москвы, должна составлять не менее 10 процентов¹¹⁷.

¹¹⁵ Кампания по борьбе с курением дала противоположный эффект – желание закурить усилилось // Независимость личности. – 2011. – № 3. – С. 40.

¹¹⁶ Предупреждающие надписи на сигаретах дают обратный эффект // Независимость личности. – 2012. – № 4. – С. 43.

¹¹⁷ О профилактике наркомании и незаконного потребления наркотических средств, психотропных веществ в городе Москве // Закон города Москвы №6 от 28 февраля 2008 года.

Однако на деле остаётся насущным вопрос контроля над обеспечением пропаганды положительного образа жизни: учитывая факт закрепления антитабачной и антиалкогольной рекламы, продвижения здорового образа жизни, физической культуры и спорта через федеральные и региональные источники, доля общей пропаганды трезвого здорового образа жизни должна составлять не менее 30-40% в общем ежегодном объёме социальной рекламы.

Ограничение спроса со стороны населения на табачную и алкогольную продукцию будет вести к снижению потребления и приобщения к наркотикам. Мероприятия, связанные с деятельностью органов государственной власти и снижения предложения на вещества наркотического действия имеют вектор государственно-правовой направленности. Мероприятия по снижению спроса, связанные с деятельностью гражданского общества и устремлённые на целевую группу, условно можно отнести к социальным направлениям профилактики наркотизации.

В российском законодательстве к основным принципам государственной политики в сфере охраны здоровья отнесены приоритетность профилактических мер в сфере охраны здоровья населения и ответственность органов государственной власти и организаций независимо от формы собственности за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья¹¹⁸. С целью реализации профилактики в сфере охраны здоровья региональное московское законодательство закрепляет меры просвещения в сфере здравоохранения, популяризации здорового образа жизни, физического и нравственного совершенства, создания системы профилактики нарко- и токсикомании, алкоголизма и табакокурения, формирование общественного мнения по вопросам сохранения и укрепления здоровья¹¹⁹.

На сегодняшний день существуют разные программы профилактики наркотизации, охватывающие частные аспекты без оценки эффективности.

Данные социологического исследования показывают, что чаще всего беседу о вреде употребления веществ наркотического действия с респондентами ведут родители и члены семьи, учителя и преподаватели. Интересен тот факт, что доля употребляющей вещества наркотического действия молодёжи мало зависит от проводимых с ней бесед по этому поводу: в случае беседы о вреде веществ наркотического действия родителями и членами семьи, учителями и преподавателями более 45% молодого поколения курит, более 70% употребляет алкоголь, более 9% применяют наркотики¹²⁰. Чуть меньшие показатели приобщённости к веществам наркотического действия имеет молодёжь, которая самостоятельно ознакомилась с информацией или ей в этом помогли врачи. Такие показатели сходны с общей ситуацией и говорят о малоэффективной профилактике наркотизации всех целевых

¹¹⁸ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации / Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ.

¹¹⁹ Об охране здоровья в городе Москве / Закон г. Москвы от 17 марта 2010 г. №7.

¹²⁰ Социологическое исследование, проведённое А.А. Головиным в 2012 г.: анкетный опрос «Здоровый образ жизни и вредные привычки», проведённый на основе целевой выборки (по полу, возрасту, роду занятий) московской молодёжи в 2012 году (N=498 представителей типичной молодёжи, а также две контрольные группы, включающие трезвенников (N=65) и наркоманов (N=34)); формализованное интервью с молодыми наркоманами, проходящими реабилитацию в наркологических центрах г. Москвы (N= 23, выборка целевая); неформализованное углублённое интервью с молодыми трезвенниками на Всероссийском слёте трезвеннических движений России и стран СНГ «Еланчик 2012», на Второй региональной школе-слёте трезвеннических движений Центрального федерального округа «Серпухов 2012» (N=120 человек, выборка целевая); контент-анализ восьми рейтинговых молодёжных сериалов на предмет выявления в них фактов употребления алкогольных и наркотических изделий (N=30, выборка – механическая).

групп. Объяснением этому может служить непонимание основных факторов наркотизации и огромной роли поведения самих субъектов профилактики в приобщении к веществам наркотического действия.

Также стоит отметить, что с контрольной группой наркоманов реже всего проводили беседы все целевые группы за исключением родителей и членов семьи, в отдельных случаях врачей уже после их определения в специализированные медицинские учреждения. Потенциал задействования общественных объединений в работе на местах имеет возможности к росту.

Молодые трезвенники выделили два главных мотива отказа от веществ наркотического действия: личное ознакомление с информацией на разных носителях и самостоятельные размышления по этому поводу (таблица 2). Как видно из таблицы, страх перед последствиями преобладает лишь у каждого пятого-четвёртого трезвенника. Также в каждом пятом случае мотивом прекращения употребления алкоголя становятся личный пример другого человека, беседа с человеком.

*Таблица 2. Мотивы отказа молодыми трезвенниками от употребления табака, алкоголя и наркотиков (в %)**

Показатели	Т	А	Н
Личный пример другого человека (людей)	15,6	23,7	15,4
В результате беседы (лекции, разговора) с человеком (людьми)	8,9	20,3	3,8
В результате ознакомления с информацией (видео, статьи, книги, журналы и т.п.)	44,4	57,6	30,8
Страх перед последствиями (по отношению к себе, семье, обществу)	22,2	23,7	26,9
Пришёл к такому решению в результате самостоятельных размышлений	53,3	45,8	53,8
Другое	4,4	3,4	3,8

* Условные обозначения: Т – употребление табака, А – употребление алкоголя, Н – употребление наркотиков.

Ответы молодых трезвенников служат основой для проектирования социальных технологий профилактики наркотизации. Интервьюирование трезвенников показало следующие особенности их отказа от использования в жизни веществ наркотического действия:

- знакомство с научно обоснованной информацией, которая построена под их восприятие, их жизненный опыт;
- достоверная информация не содержит двойной трактовки поведения для молодёжи и взрослых, а включает единый стандарт трезвого поведения всех возрастов (например, запрет на употребление табака и алкоголя для несовершеннолетних говорит о возможности в будущем их применения);
- информация позволяет затронуть ценности и эмоции людей, что заставляет задуматься;

- позиция автора информации базируется на конкретных примерах, подтверждается фактами, является искренней и честной по отношению к автору и целевой группе;
- изложение касается не столько отрицательных последствий, сколько альтернативных положительных преимуществ трезвого здорового образа жизни.

Таким образом, знакомство целевой группы с достоверной информацией ведёт к собственным размышлениям по этому поводу, способствует формированию ответственного самосохранительного поведения и принятию стратегии дальнейшей жизнедеятельности. Молодой человек в результате недостаточной рефлексии может отмахнуться от представленных фактов и оправдать себя разными фактами, а может принять для себя ключевое решение отказаться от употребления веществ наркотического действия. Принятие решения о ведении трезвого здорового образа жизни происходит не мгновенно, должно подкрепляться длительным информационно-просветительским воздействием на целевую группу. Для этого необходимо внедрить научную просветительскую программу в образовательные учреждения.

Эффективность социальной модели противодействия наркотизации заключается в параллельных действиях на всех уровнях (вертикальном и горизонтальном), что позволит перейти к реализации политики трезвости.

1.3. Институты гражданского общества как субъект профилактики¹²¹

Комплексная модель противодействия наркотизации показывает, что без деятельного участия самого гражданского общества проблему не решить. Ограничительные меры со стороны государства дадут свои плоды только при условии изменения сознания населения с пронаркотического поведения на трезвое. В работе по формированию мотивации населения на трезвый здоровый образ жизни и заключается сегодняшняя цель профилактики с участием институтов гражданского общества.

В настоящее время в России функционирует более 3300 некоммерческих организаций профилактического характера¹²². Для эффективного участия институтов гражданского общества в профилактике и противодействии наркотизации необходимо закрепить их статус и роль. Предлагается разработать официальный документ под условным названием «Концепция участия институтов гражданского общества в противодействии наркотизации и формировании культуры трезвого здорового образа жизни населения» (далее – Концепция). Документ должен быть разработан представителями российского общества в лице некоммерческих организаций и экспертного сообщества с целью содействия государственной антитабачной, антиалкогольной, антинаркотической политики и охраны здоровья граждан в России. Концепция позволит определить цели, задачи, приоритетные

¹²¹ В данном разделе приведены тезисы проекта общественно-государственного документа, конкретизирующего статус и роль институтов гражданского общества в системе профилактики наркотизации.

¹²² По данным контент-анализа реестра НКО Министерства юстиции РФ на 01.07.2017 в России функционирует 3334 НКО, наименования которых содержат следующие слова: «здоров...», «здоровье», «здоровый образ жизни», «здоровьесберегающие», «трезв...», «трезвость», «трезвый образ жизни», «алкогол..», «алкоголь», «алкоголизм», «табак», «курение», «наркотики», «наркомания», «антиалкогольный», «антитабачный», «антинаркотический» и др.

направления и механизмы участия гражданского общества в формировании культуры трезвости и профилактике потребления табака, алкоголя и наркотиков.

Концепция призвана дополнить нормативные правовые акты, обозначив более деятельное место и роль гражданского общества в формировании культуры трезвости и профилактике потребления табака, алкоголя и наркотиков. Концепция определяет необходимость активной просветительской деятельности, усиления реализации общественно-государственной политики на местах, сосредоточения на мерах по снижению спроса на вещества наркотического действия, стимулировании положительного трезвого поведения, проведения в жизнь социально-просветительского и психолого-педагогического подходов.

История распространения веществ наркотического действия в России является сложным и многоплановым явлением. На примере алкоголя прослеживается нормативная эрозия от общественного осуждения самого факта употребления крестьянством алкоголя даже в XIX веке до вполне типичного действия сегодня. Однако законодательно трезвость до обретения совершеннолетия является нормой, а распитие спиртных напитков несовершеннолетними в возрасте до шестнадцати лет влечёт за собой наложение административного штрафа на родителей в размере от одной тысячи пятисот до двух тысяч рублей в соответствии со ст. 20.22 Кодекса РФ об административных правонарушениях. При этом в настоящей жизни на данный факт мало кто обращает внимания. В обществе считается недопустимым не сам факт употребления алкоголя, а крайняя его выраженность в алкоголизме, совершении правонарушений в состоянии алкогольного опьянения. Закон трезвости в России введён за рулём транспортного средства, на рабочих местах, в учреждениях образования, культуры, спорта и др.

Для избежания размытых подходов к профилактике предлагается стратегической целью Концепции обозначить трезвость народонаселения. Достижение данной цели означает формирование общества, в котором защищается и сохраняется естественное состояние, с которым рождается каждый гражданин России, – трезвость. Итогом реализации цели станет повышение демографического, социально-экономического, духовного потенциала России в XXI веке.

Реализация Концепции основывается на следующих принципах:

1. Главенство защиты жизни и здоровья граждан перед политическими, экономическими и другого рода интересами социальных групп.
2. Предотвращение первой пробы веществ наркотического действия и применение мер по сохранению состояния трезвости.
3. Системный подход, предполагающий комплексную, непрерывную и последовательную работу заинтересованных сторон по снижению спроса и предложения на табак, алкоголь и наркотики и формирование трезвого здорового образа жизни.
4. Информационная открытость и всестороннее участие заинтересованных сторон на всех уровнях.
5. Делегирование государством части полномочий по управлению сферой профилактики и просвещения общественным институтам.

Принципы определяются рядом ценностных положений:

1. Все граждане имеют право расти, развиваться и жить в безопасной среде, защищенной от отрицательных последствий употребления табака, алкоголя, наркотиков и других веществ наркотического действия, в том

числе на защиту от пропаганды и рекламирования веществ наркотического действия.

2. Все граждане имеют право на обоснованную объективную информацию и просвещение, начиная с раннего периода жизни, относительно последствий потребления табака, алкоголя, наркотиков и других веществ наркотического действия для здоровья, семьи и общества, а также о преимуществах трезвого здорового образа жизни.
3. Все граждане, употребляющие табак, алкоголь, наркотики и другие вещества наркотического действия, а также члены их семей имеют право на помощь в освобождении от вредных привычек, приносящих ущерб здоровью.
4. Все граждане, не желающие (или не могущие) потреблять табак, алкоголь, наркотики и другие вещества наркотического действия, имеют право на защиту от понуждений к их употреблению и на поддержку трезвого поведения.
5. Все граждане помимо обозначенных прав несут личную ответственность перед будущими поколениями за сохранение и преемственную передачу накопленного культурного наследия и демографического потенциала, а также за устойчивое развитие России на будущие века.

Приоритетными задачами в достижении стратегической цели со стороны гражданского общества являются:

- усиление информационно-просветительской деятельности и формирование базы знаний о трезвости;
- мобилизация участия всех заинтересованных сторон и координация совместной деятельности;
- конструктивное взаимодействие с органами государственной власти и развитие общественно-государственного партнёрства по формированию политики противодействия наркотизации.

Ключевыми целевыми группами (заинтересованными сторонами), являющимися одновременно субъектами и объектами профилактических действий, в реализации Концепции являются:

1. Актив некоммерческих организаций, общественных (в т.ч. добровольческих) и религиозных объединений.
2. Семья.
3. Дети и молодёжь.
4. Работники сферы образования (педагоги, преподаватели, психологи, специалисты по работе с молодёжью, руководители образовательных учреждений и др.).
5. Лица, принимающие решения (представители органов законодательной и исполнительной власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях: депутаты, сотрудники правоохранительных органов, аппарат правительств, администраций, министерств и т. д.).
6. Предпринимательское сообщество (руководители и работники коммерческих предприятий и др.).
7. Работники средств массовой информации (редакторы, журналисты и др.).
8. Армия.
9. Экспертные группы, работники научной сферы.

10. Работники сферы здравоохранения (врачи-наркологи, врачи-психиатры, врачи общей практики и др.).

В отношении каждой целевой группы должны быть разработаны специальные стратегии профилактики.

Приоритетные направления участия в реализации Концепции заинтересованных сторон общества описываются

- информационно-просветительскими;
- научно-методическими;
- организационными;
- материально-техническими;
- нормативно-правовыми;
- информационно-аналитическими;
- финансовыми;
- кадровыми;
- мотивационными;
- культурно-досуговыми условиями деятельности.

Каждое из приоритетных направлений Концепции может осуществляться на различных уровнях: личном, семейном, организационном и институциональном, общественном, общественно-государственном.

В каждом из указанных направлений описываются конкретные мероприятия. Например, деятельность в рамках информационно-просветительского направления предполагает выполнение следующих возможных мер:

- пропаганда своим собственным примером трезвого здорового образа жизни, формирование его привлекательности для самых широких слоёв населения;
- организация и проведение профилактических программ и проектов;
- активное участие в мероприятиях по формированию культуры здоровья и профилактики потребления веществ наркотического действия;
- усиление базы знаний о профилактике и культуре трезвости, наращивание издания и распространения научных, методических и популярных пропагандистских материалов;
- использование современных информационных и социальных технологий в просветительской деятельности;
- развитие системы постоянного информационного обмена материалами и знаниями, координацию деятельности между заинтересованными сторонами;
- развитие современных, доступных и эффективных форматов по донесению информации, в т.ч. развитие музейного и выставочного формата;
- создание и продвижение информационных ресурсов (порталов, групп в социальных сетях и др.), обеспечивающих популяризацию профилактических инициатив;
- обеспечение в масштабах страны широкого доступа граждан к информации о профилактике и культуре трезвости посредством различных каналов: СМИ, интернет, социальные мероприятия и т. д.;
- налаживание плодотворного сотрудничества со СМИ муниципального, регионального и федерального уровней, создание профилактического

контента в печатных СМИ, радиовещании, телевидении, информационных агентствах, интернет-СМИ;

- обеспечение социально-просветительской и психолого-педагогической помощи и поддержки зависимым от веществ наркотического действия гражданам и членам их семей.

Информационно-просветительские действия направлены на антиалкогольное, антитабачное и антинаркотическое информационное просвещение общества, формирование нетерпимости общества к проявлениям потребления веществ наркотического действия, а также на популяризацию трезвого поведения, формирование положительного отношения к здоровому образу жизни и трезвым убеждениям, расширение слоя сознательных трезвенников.

Субъектами действия по информационно-просветительскому направлению выступают преимущественно актив некоммерческих организаций, общественных и религиозных организаций, семья, работники образовательной и медицинской сфер, работники средств массовой информации. Объектами действия по информационно-просветительскому направлению выступают преимущественно семья, дети и молодёжь, работники образовательной сферы, лица, принимающие решения, предпринимательское сообщество, работники средств массовой информации, армия.

Концепция требует описания чётких механизмов её реализации, а также осуществления мониторинга и оценки эффективности на основе разработанных показателей, понятных обществу и государству.

Реализация Концепции будет способствовать достижению следующих результатов:

- последовательное снижение потребления табачных, алкогольных и наркотических изделий народонаселением и переход к политике трезвости;
- снижение социальных, экономических, политических, духовных последствий потребления табака, алкоголя и наркотиков;
- улучшение демографической ситуации: повышение рождаемости, сокращение уровня смертности, повышение общей продолжительности жизни народонаселения;
- формирование культуры трезвого самосохранительного поведения граждан и общества, мотивации к ведению здорового образа жизни;
- повышение качества жизни граждан и устойчивое развитие российского государства в XXI веке.

1.4. Социально-психологическая запрограммированность – основная причина химических и ментальных зависимостей

Посеешь мысль – пожнешь поступок,
Посеешь поступок – пожнешь привычку,
Посеешь привычку – пожнешь характер,
Посеешь характер – пожнешь судьбу!
(Русская народная мудрость)

В России несколько десятилетий существует проблема аддиктивного поведения представителей всех возрастов, начиная с подросткового, связанная с последствиями «употребления» химических веществ наркотического действия: алкоголя, табака, наркотиков и других нейротропных ядов, дисгармонично

изменяющих возбудимость и функции центральной нервной системы, психическое или эмоциональное состояние человека. Результаты последствий имеют нравственный, интеллектуальный, демографический и экономический признаки геноцида и катастрофы для личности, семьи, общества и государства.

Ежегодная (по официальным данным) преждевременная смертность от алкоголя оценивается в 500-700 тысяч чел., табака – 300-400 тысяч чел., наркотиков 100-120 тысяч чел. Таким образом совокупные ежегодные людские потери от «потребления» веществ наркотического действия составляют порядка 1 млн чел. (при общей смертности около 2 млн чел. в год).

В свое время Г. Гегель высказал следующую мысль «Ответ на вопросы, которые оставляет без ответа философия, заключается в том, что они должны быть иначе поставлены». Наш соотечественник Побиск Георгиевич Кузнецов (1924 – 2000 гг.) доктор физико-математических наук, автор универсальной системы общих законов природы и инвариантов исторического развития человечества, автор теории прикладных научных теорий в различных предметных областях эту мысль Г. Гегеля уточнил в отношении результативности любой теоретической и практической деятельности: «Ответ на вопросы, которые остаются без ответа, заключается в том, что эти вопросы должны быть иначе поставлены».

Поэтому необходим новый инновационный подход, заключающийся в том, что стереотип поведения человека является следствием автоматизмов и стереотипов мышления, эмоций, желаний и чувств. Следовательно, формирование трезвого здорового образа жизни (ТЗОЖ), который должен быть модным и престижным, особенно в молодежной среде, должно быть следствием формирования трезвых здравосохранительных убеждений, мышления и мировоззрения.

Понимание и основы такого подхода были заложены в 70-е годы 20-го века научными и практическими разработками русского советского ученого, психофизиолога, кандидата биологических наук Геннадия Андреевича Шичко (18,05,1922 – 03,11,1986 гг.).

Основные научные исследования и экспериментальные работы Г. А. Шичко проводил в области высшей нервной деятельности человека [43].

Работая на стыке ряда наук, — физиологии, психиатрии, педагогики, социологии и других, — он разработал научный и реальной практикой подтвержденный психолого-педагогический метод освобождения от вредных привычек «употребления алкоголя» (самоотравления алкогольным ядом в виде любых алкогольных изделий) и «курения» (самоотравления ядовитым табачным дымом). Г. А. Шичко разработал и сформулировал понимание основной причины вредных привычек (проалкогольной, прокурительной, пронаркотической) — психологическую проалкогольную запрограммированность [44].

Психологическая запрограммированность формируется из:

- установки (социальной средой, в детстве примером родителей и взрослых, СМИ и т. д.);
- программы (что, как, когда, по какому поводу и с кем «употреблять»);
- убеждения (что это «необходимое», «правильное» действие, «все так делают» и т. д.) [18].

Алгоритм социально-психологического программирования и формирования привычек потребностей, разработанный на основе метода Г. А. Шичко, показан на рисунке 3.



(Разработал и составил © А. А. Карпачёв на основе метода Г. А. Шичко 18/05/2011 - 04/10/2011 г.).

Рисунок 3. Социально-психологическое программирование.

Терминологический словарь (составил © А. А. Карпачёв):

Запрограммированность – заранее predetermined направленность к чему-нибудь, порядок проведения чего-либо и твердая уверенность в этом, сложившаяся на основе каких-нибудь идей, образов, действий.

Установка – направленность к чему-либо, ориентация на что-нибудь, отношение к чему-либо. Может быть положительная, отрицательная, нейтральная (безразличная).

Программа – содержание, план или порядок (очередность) проведения чего-либо.

Убеждение (внутренняя правда) – твердый взгляд на что-нибудь, непоколебимое мнение в чем-нибудь, уверенность в истине чего-нибудь, сложившееся на основе каких-нибудь идей или систем взглядов, определяющих отношение к действительности.

Приобщение – ознакомление с чем-либо, посвящение во что-либо, случайное, редкое, эпизодическое проявление чего-либо в своих действиях.

Привычка – поведение, образ действий, склонность, ставшая для кого-либо в жизни обычным постоянным процессом.

Потребность – надобность, нужда в чем-нибудь, требующая удовлетворения, и без удовлетворения которой нет возможности обойтись.

Потребление – удовлетворение каких-либо потребностей.

Проалкогольная запрограммированность (по Г. А. Шичко):

1. Исканность сознания ложными проалкогольными сведениями (абсурдизмами), вынуждающая человека, вопреки инстинкту самосохранения, самоотравляться алкоголем («употреблять алкоголь»);

2. Изуродованность сознания ложными проалкогольными сведениями, включающая всея установку (настроенность) на самоотравление алкоголем

(«на употребление алкоголя»), программу отношения к алкоголю и самоотралениям алкоголем, проалкогольное убеждение.

Абсурдизм – (лат. *absurdus* – нелепый, глупый, несообразный) – идеологическое направление, выдумывающее и распространяющее всевозможные нелепости.

Абсурдист – носитель и пропагандист различных глупостей.

Гортоновика – (лат. *hortatio* — разные виды речевых воздействий, пово - обновлять, изобретать) – новая наука, занимающаяся изучением возможностей благотворного влияния на человека целенаправленной речью [18].

«...Изучая влияние внушений, убеждений на человека, Геннадий Андреевич все больше поражался силой и могуществом слова. И в нем зрело решение применить это сильнейшее оружие для освобождения людей от кабальной зависимости, и, прежде всего, алкогольной. Он видел, как вино разоряет страну, губит народ, разрушая его сознание, уничтожая потомство.

Алкогольную проблему Геннадий Андреевич считал основной, и всю свою энергию направил на борьбу с ней, потому что мечтал о счастье на земле и не знал он боли сильнее, чем боль за народ и Отчизну.

Есть механизмы, подключающие в экстремальных условиях резервы головного мозга. Нужно только подобрать к ним ключи и научиться открывать драгоценные запасники.

«Вот это и будет, психологическая революция», — говорил Геннадий Андреевич, – «которая куда поважней технической революции. Она откроет колоссальные потенциальные возможности человека. Дневник, письмо-просьба, полагал Шичко, и есть тот мощный ключ». [45].

Метод Шичко – психолого-педагогический метод, названный Г. А. Шичко методом гортоновической дезалкоголизации и основанный на немедицинском, социально-педагогическом воздействии.

Суть метода заключается в том, что предусматривается угашение психологическим путем потребности и привычки, нейтрализация идеологическими и педагогическими воздействиями проалкогольной запрограммированности и превращение человека, самоотравляющегося алкогольным ядом («употребляющего алкоголь»), в сознательного трезвенника (по Г. А. Шичко) [27].

Что сделал Г. А. Шичко своими научными и практическими исследованиями:

- Выявил и сформулировал понимание главной причины любых вредных привычек и потребностей, как физических, так и ментальных, - психологическую запрограммированность;
- Разработал и сформулировал – метод и методику освобождения (избавления) от любой вредной привычки и потребности;
- Внедрил в практику помощь людям, тем что самостоятельно проводил избавление желающих, индивидуальные и коллективные, от алкогольной и табачной зависимостей и этим дал пример практической реализации своих научных исследований.

Своей жизнью, научной и практической деятельностью русский ученый Геннадий Андреевич Шичко дал пример жизненного, научного, нравственного и гражданского подвига бескорыстного служения своему народу и Отечеству.

Освоение практических навыков нейтрализации психологического проалкогольного программирования и его воздействия дает возможность человеку эффективно угашать разрушительные воздействия агрессивной социальной среды и в первую очередь средств массовой информации (СМИ). Сначала сознательно

контролировать свои мысли, слова и действия, а затем нейтрализовать проалкогольное социально-психологическое программирование синхронно и автоматически в режиме реального времени, на сознательном и бессознательном (автоматизмы) уровнях психики человека.

Социально-психологическая запрограммированность человека на то или иное действие, которую он получает в процессе социализации, дает понимание природы любых привычек и потребностей, как отрицательных (вредных), так и положительных (полезных). Отрицательные (вредные) привычки являются следствием искаженности сознания и ложного стереотипа поведения, а положительные (полезные) являются следствием правильных убеждений и ясного здравосозидательного сознания.

Отрицательные (вредные) привычки – это привычки, повторяющиеся с определенной периодичностью, наносящие вред здоровью и психике человека, и его окружению, мешающие ему осуществлять свои и общественные необходимые и полезные цели, полностью использовать в течение жизни свои возможности для успешной реализации себя как личности.

Положительные (полезные) привычки – это привычки, способствующие устойчивому развитию человека и общества:

- нормализовать физиологические функции, эмоциональное и психическое состояние, осуществлять социальные функции человека, полностью использовать возможности личности в реализации личных и общественных социально значимых целей.

Цели личности, семьи, коллектива, организации и страны основываются на возможностях личности.

Увеличение активного времени жизни и творческой способности человека увеличивают возможности личности.

В реальном поведении человека имеет огромное значение спектр привычек и потребностей, как отрицательных, так и положительных.

Отрицательные привычки:

1. Переедание, излишний вес
2. Недосыпание
3. Гиподинамия, малоподвижный ОЗ
4. «Употребление» алкоголя
5. Курение
6. Наркомания, одурение
7. Сквернословие
(обсценная лексика)
8. Игромания
9. Интернет-зависимость
10. ...

Положительные привычки:

1. Сбалансированное и полноценное питание
2. Соблюдение режима отдыха и сна
3. Физическая активность
4. Трезвый образ жизни
5. Дышать чистым и свежим воздухом
6. Иметь ясное сознание
7. Быть вежливым и доброжелательным
8. Непрерывная учёба
9. Развитие личности (чтение, класс, музыка)
10. ...

Г. А. Шичко сформулировал здравосозидательный психологический подход к процессу освобождения от алкогольной, прокурительной и других зависимостей. Если под трезвостью до него подразумевалось воздержание, неупотребление веществ наркотического действия (подход Всемирной организации здравоохранения), то Шичко добавил к данному определению нейтрализацию пронаркотической запрограммированности, как состояния очищенности сознания человека от активности вредных пронаркотических программ. Нейтрализованная

пронаркотическая (в частности, проалкогольная) запрограммированность замещается отрицательной установкой на «употребление алкоголя» (самоотравление алкогольным ядом), программой трезвого стереотипа поведения и устойчивыми, активными трезвыми убеждениями. [10].

- Г. А. Шичко в научном плане зафиксировал переход от антиалкогольного просвещения и пропаганды к трезвому просвещению, формированию трезвых убеждений, трезвого мышления, трезвого мировоззрения, формированию и утверждению сознательного трезвого состояния. Глубокий смысл такого подхода раскрывается в работе с личностью и расширяется на общественно-государственную деятельность: теперь антиалкогольная фразеология с элементами запугивания граждан отрицательными последствиями «потребления алкоголя, табака, наркотиков и других интоксикантов» (самоотравления алкогольными, табачными, наркотическими и другими нейротропными ядами) замещается, в основном, трезвым просвещением и терминами, и понятиями, проясняющими сознание и формирующими язык сознательной трезвости. Нейтрализуются ложные проалкогольные предрассудки и абсурдизмы в сознании человека на основе объективной научной правды и формируются трезвые убеждения, положительные образы, стереотипы поведения и ценности личности.

Об алкоголе и его действии дается правдивая информация в соответствии с возрастной психологией, основной акцент делается на необходимости трезвости как естественной основе жизни, нравственных ценностях и устойчивом развитии личности и общества. Это и есть научная и нравственная основа трезвого просвещения.

Основная цель трезвого просвещения – прервать передачу разрушительных интоксикантных запрограммированностей, в первую очередь проалкогольной, прокурительной, про-наркотической и других, действующих на основе нейротропных ядов, из поколения в поколение и в поколении - от старших к младшим.

Сформировать культуру устойчивой преемственности на уровне личности, семьи, коллектива, общества и государства трезвых здравосозидательных убеждений, мышления, стереотипов поведения и мировоззрения.

Понимание **основной причины** различных зависимостей как **социально-психологической запрограммированности** и обоснование необходимости трезвого просвещения, основные теоретические и практические принципы которого разработаны, позволяет сделать массовым добровольчеством в движении за трезвый здоровый образ жизни (ТЗОЖ) с опорой на гражданское общество, общественные и государственные институты: с привлечением студентов, преподавательского состава ВУЗов, СУЗов и школ, специалистов по работе с молодежью, старшеклассников, родителей, представителей некоммерческих организаций и бизнеса.

Трезвость – фундамент духовного, нравственного, демографического и экономического возрождения и развития России.

Трезвость — это полный и осознанный отказ от алкогольных, табачных и наркотических самоотравлений — естественное и единственно разумное состояние человека, семьи, общества, государства. © А. А. Карпачёв.

Трезвость сознательная — это ясное сознание человека, информационное и нравственное состояние семьи и общества, свободные от запрограммированности на самоотравление алкогольными, табачными, наркотическими ядами или иными химическими интоксикантами и неискаженные никакими предрассудками, ложью, психологическими зависимостями и страстями. © А. А. Карпачёв.

ГЛАВА 2

НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ В РОССИИ: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

По данным UNODC численность потребителей наркотических средств и психотропных веществ (далее – наркотики) в мире постоянно растет. Если в 2010 г. по крайней мере один раз поребляли какой-либо запрещенный наркотик 230 миллионов человек, то в 2013 г. уже 246 млн человек в возрасте от 15 до 64 лет. В 2014 г. численность наркопотребителей достигла 250 млн человек. То есть хотя бы раз в своей жизни потреблял какой-либо запрещенный наркотик каждый двадцатый житель планеты. Для сравнения количество наркопотребителей в мире равно численности населения таких стран как Италия, Германия, Великобритания, Франция вместе взятые.

Вместе с тем, как отмечают эксперты ООН, количество наркопотребителей стабилизировалось на определенном уровне (эквивалентном 20% от населения Земли) и более не растет. Но несмотря на стабилизацию числа наркопотребителей в масштабах планеты, их численность в рамках отдельных государств продолжает увеличиваться, что в значительной степени подрывает способность этих государств к развитию. Одно из таких государств – Российская Федерация.

2.1. Распространенность потребления наркотиков в России

Анализ ситуации, связанной с потреблением наркотиков в Российской Федерации, демонстрирует, что ее масштабы и темпы распространения представляют подлинную угрозу для здоровья молодежи, социальной стабильности российского общества и существования государства.

Несмотря на предпринимаемые меры, наблюдается неуклонный рост числа потребителей наркотиков. По состоянию на 2015 год общее число зарегистрированных потребителей наркотиков (включая больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями) составило 544 563 человек, или 372,3 на 100 тыс. населения¹²³. Для сравнения в 2010 г. число больных, обратившихся за наркологической помощью, в Российской Федерации составило 247,3 на 100 тыс. населения. То есть рост по показателю числа больных, обратившихся за наркологической помощью в расчете на 100 тыс. населения составил более 50%¹²⁴.

Указанные цифры не должны обольщать своей относительной мизерностью. Так, согласно нормам Всемирной организации здравоохранения, на учет становится в среднем каждый 50-й наркоман. При этом, если доля потребителей наркотиков в структуре населения составляет от 7% и более, то в стране происходят необратимые процессы дегенерации населения, разложения всех ее социальных структур. Также следует отметить, что в подобных условиях наркокультура начинает воспроизводиться в своих собственных рамках. По расчетам специалистов,

¹²³ Здесь и далее показатели за 2015 г. приводятся по Основным показателям деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах: статистический сборник / М., НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2016.

¹²⁴ Иванова М. А., Павлова Т. М., Воробьев М.В. Эпидемиологическая ситуация по наркомании в Российской Федерации в 2000-2010 гг. // *Здравоохранение Российской Федерации*, 2012, №4, с. 42-44.

количество наркоманов в России перешло 7 % и составляет более 10 миллионов человек¹²⁵.

По неоднократно озвученным экс-главой Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков В.И. Ивановым цифра постоянных и эпизодических потребителей наркотиков в Российской Федерации составляла 7,3 миллиона человек¹²⁶.

Согласно данным общероссийского репрезентативного социологического исследования «Наркотизация в молодежной среде», проведенного под руководством директора Центра социального прогнозирования Ф.Э. Шереги в декабре 2011 года, пробовали или потребляли наркотики 4916 тыс. человек в возрасте 11-24 года. Соответственно, пробовали наркотики (1-3 раза) - 3228 тыс. человек, потребляли часто через день или ежедневно – 348 тыс. человек¹²⁷.

При этом официальная статистика, касающаяся наркопотребителей вставших на официальный учет выглядит более радужно.

Так, в 2015 г. впервые в жизни обратились за наркологической помощью по поводу наркомании 20641 человек¹²⁸.

Динамика показателей общей заболеваемости наркоманиями, в зависимости от клинической формы заболевания, в 2015 г. была разнонаправленной. Так, заболеваемость опиоидной наркоманией уменьшилась на 8,6%; каннабиноидной наркоманией увеличилась на 9,0%; наблюдался значительный рост показателя общей заболеваемости зависимостью от других наркотиков и полинаркоманией – на 18,5% и зависимостью от психостимуляторов – на 31,8%.

Из общего числа потребителей наркотиков в 2015 г. 298 155 человек употребляли наркотики инъекционным способом (потребители инъекционных наркотиков – далее ПИН), или 203,8 на 100 тыс. населения. При этом показатель учтенной распространенности (обращаемости) этого контингента по стране в целом снизился на 5%.

Важно отметить, что в структуре впервые обратившихся ПИН наблюдается уменьшение доли женщин - с 16% в 2009 г. до 14,4% в 2015 г., что указывает на более быстрый темп снижения первичной обращаемости женщин-ПИН по сравнению с мужчинами.

Также следует указать на изменения возрастной структуры впервые обратившихся за наркологической помощью ПИН. Данные свидетельствуют о снижении доли подростков (соответственно с 1,7 до 0,5%) и молодежи 18-19 лет (соответственно с 6,0 до 2,1%) при стабильно высокой доле возрастной группы 20-39 лет (84-88%) и росте удельного веса пациентов в возрасте 40-59 лет (соответственно с 5,9 до 12,7%). Таким образом, за последние 6 лет потребители инъекционных

¹²⁵ Позднякова М. Е. Особенности наркотизации населения в современной России // код доступа: http://www.narkotiki.ru/5_5495.htm.

¹²⁶ Иванов В.И. Виктор Иванов: 90% наркотиков в России имеют зарубежное происхождение // код доступа: <https://ria.ru/interview/20150626/1088210959.html>.

¹²⁷ Шереги Ф.Э. Наркотизация в молодежной среде // код доступа: <http://www.socioprognoz.ru/files/File/2012/Narkotiki.pdf>.

¹²⁸ По оценке уже упоминавшегося Ф.Э. Шереги: «Доля молодежи в возрасте 11-24 года в составе населения 11-40 лет, регулярно потребляющего наркотики, не превышает 50%, а в составе больных наркоманией – 45%. Опираясь на этот вывод, можно посчитать ориентировочную общую долю потребляющих наркотики и, в том числе, больных наркоманией в составе населения в возрасте 11-40 лет: первых – 3 млн 750 тыс. человек, в том числе вторых – 773 тыс. человек» (См.: Шереги Ф.Э. Наркотизация в молодежной среде // код доступа: <http://www.socioprognoz.ru/files/File/2012/Narkotiki.pdf>).

наркотиков обращаются за наркологической помощью впервые в жизни в более старшем возрасте и среди них меньше женщин и детей до 18 лет¹²⁹.

Необходимо отметить, что показатель первичной заболеваемости наркоманией в 2015 г. составил 14,1 на 100 тыс. населения, что ниже показателя 2014 г. на 2,8%. Это снижение было обусловлено в основном уменьшением показателей первичной обращаемости по поводу опиоидной зависимости (на 15,3%).

При этом остальные показатели в 2015 г., напротив, возросли: так, показатель первичной заболеваемости каннабиноидной наркоманией увеличился на 4,3%, зависимостью от психостимуляторов – на 17,6%, зависимостью от других наркотиков, включая случаи полинаркомании – на 9,1%.

Следует отметить, что указанные тенденции соответствуют общемировым. Согласно Всемирному докладу о наркотиках 2016 г. каннабис на протяжении последних лет остается наиболее распространенным наркотиком в мире. В 2014 г. число его потребителей приближалось к 183 млн человек, на втором месте – амфетамины и психостимуляторы. Опиоиды – наименее распространенные наркотики. Тем не менее, именно они причиняют наибольший вред.

При этом, как указывается во Всемирном докладе о наркотиках 2016 г., «лица, употребляющие наркотики как эпизодически, так и регулярно, как правило, являются полинаркоманами, поскольку они одновременно или в разное время используют несколько веществ. Например, немедицинское употребление рецептурных лекарственных средств, синтетических стимуляторов и НВП вместо более традиционных наркотиков или в сочетании с ними»¹³⁰.

Важно отметить, что наряду со снижением первичной заболеваемости наркоманией наблюдается увеличение обращаемости по поводу пагубного употребления наркотиков: рост показателя за 2015 г. составил 3,3%. В целом показатель первичной обращаемости за наркологической помощью потребителей наркотиков (включая пациентов с синдромом зависимости и пагубным употреблением наркотиков) за 2015 г. увеличился на 2%.

Особого внимания заслуживает рост первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, вызванными употреблением наркотиков, в 2011-2015 гг. среди подростков.

Наряду со снижением заболеваемости зависимостью от опиоидов и инъекционных наркотиков, в последние 5 лет среди подростков наблюдается быстрый рост первичной обращаемости по поводу каннабиноидной зависимости (на 133%), зависимости от психостимуляторов (на 300%), зависимости от других наркотиков и сочетаний наркотиков разных групп, включая полинаркоманию (на 500%). Вместе с тем увеличиваются показатели первичной обращаемости по поводу пагубного (с вредными последствиями) употребления наркотиков (на 80%). При этом общий показатель первичной обращаемости наркологическими расстройствами среди подростков возрос на 80,9%.

Таким образом, общая тенденция роста первичной обращаемости пациентов с каннабиноидной зависимостью, зависимостью от психостимуляторов, а также других

¹²⁹В данном случае, по мнению специалистов, увеличение возраста впервые обратившихся за наркологической помощью потребителей инъекционных объясняется как поздним их обращением за наркологической помощью, так и со снижением привлекательности инъекционного употребления наркотиков в молодежных группах населения.

¹³⁰Всемирный доклад о наркотиках 2016 г. // код доступа: http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_russian.pdf.

наркотиков, включая случаи полинаркомании, прослеживается как среди всего населения России, так и среди подростков.

В 2015 г. в специализированные стационары было госпитализировано 54905 больных наркоманией, 6505 больных с психозами, вызванными употреблением наркотиков, и 7070 лиц с острой интоксикацией и пагубными последствиями употребления наркотиков. Всего 68480 пациентов, потребителей наркотиков.

В структуре госпитализированных с диагнозом «синдром зависимости от наркотиков» в изучаемый период по-прежнему преобладали больные зависимостью от опиоидов – 66,8%. На больных зависимостью от каннабиса пришлось лишь 5,0%, от психостимуляторов – 7,2%, от других наркотиков и полинаркоманий – 21,0%.

В 2015 г. в структуре госпитализированных потребителей наркотиков продолжились структурные изменения: как и в предыдущие годы, наблюдалось уменьшение числа и доли больных опиоидной наркоманией, наряду с этим следует отметить рост числа и доли пациентов с зависимостью, связанной с употреблением психостимуляторов, каннабиса, а также других наркотиков и наркотических веществ разных групп (полинаркоманией). Так, показатель госпитализации больных опиоидной наркоманией в 2015 г. уменьшился на 20,9% (с 27,7 в 2014 г. до 21,9 на 100 тыс. населения в 2015 г.); напротив, показатель госпитализации пациентов с каннабиноидной наркоманией вырос (соответственно с 2,1 до 2,5); с зависимостью от других наркотиков и полинаркоманий (соответственно 8,7 до 10,0), а также пациентов с зависимостью от психостимуляторов (соответственно с 3,0 до 3,1 на 100 тыс. населения).

Следует обратить особое внимание на то, что в 2009-2015 гг. наблюдается рост числа госпитализаций больных психозами, связанными с употреблением наркотиков: увеличилось как их абсолютное число (с 782 человек в 2009 г. до 6505 в 2015 г., т. е. более чем в 8 раз), так и относительный показатель (с 0,55 в 2009 г. до 4,4 на 100 тыс. населения в 2015 г.).

Особенно настораживают изменения в контингенте госпитализированных подростков, происходящие в последние несколько лет. Так, в течение 2011-2015 гг. показатели госпитализации подростков многократно возросли в большинстве диагностических групп. Так, обращаемость по поводу психозов, связанных с употреблением наркотиков, увеличилась в 8 раз, каннабиноидной зависимости – почти в 6 раз, зависимостью от психостимуляторов – в 10 раз, от других наркотиков и полизависимости – почти в 5 раз. Частота госпитализации подростков с острой интоксикацией и пагубным употреблением наркотиков возросла в 5 раз.

Единственный показатель, который проявил тенденцию к снижению – это показатель госпитализации подростков с опиоидной зависимостью, который уменьшился в 3,4 раза. В целом, подростки с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, в 2015 г. госпитализировались в 5 раз чаще, чем в 2011 г., при этом величина показателя соответствует уровню 2007-2008 гг.

2.2. Демографические последствия потребления наркотиков

По состоянию на 2016 г. численность населения России составила более 146 млн человек. При этом естественный прирост населения оказался отрицательным. Превышение числа умерших над числом родившихся составило - 2286 человек¹³¹.

¹³¹ http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#.

По основным причинам статистических материалов, публикуемых Росстатом показывает, что по основным причинам смерти в течение последних пяти лет продолжают лидировать болезни органов кровообращения. Так, в 2016 г. от указанных причин умерло более 900 тыс. человек. На втором месте – болезни, связанные с новообразованиями (около 300 тыс. человек). На третьем – смерть от внешних причин (почти 150 тыс. человек.).

Согласно официальной статистике смерть от причин, обусловленных потреблением наркотиков, относится к третьей категории. Так, в 2016 г. от причин, связанный с потреблением наркотиков умерло 4425 человек:

- от случайного отравления и воздействие наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами) – 3067 человек;
- от отравления и воздействия наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами), не классифицированных в других рубриках с неопределенными намерениями – 1231 человек;
- от психических расстройств в результате злоупотребления наркотиками – 127 человек.

Необходимо отметить, что количество умерших от потребления наркотиков держится практически на постоянном уровне в течение последних нескольких лет. Так, например, в 2010 г. от причин, обусловленных потреблением наркотиков, погибло 4418 человек.

Указанная цифра не кажется огромной. Поскольку, например, от несчастных случаев, связанный с транспортом, в 2016 г. погибло 21610 человек, а от отравлений алкоголем – 56283 человек.

Однако следует отметить, что именно смерть от причин, обусловленных потреблением наркотиков, в значительной степени подвержена недоучету. В рамках официальной статистики (даже при самом скрупулезном учете) возможно учесть только смерти, напрямую, в самом явном виде, обусловленные наркотиками. И в этом смысле доверять официальной статистике едва ли возможно.

В источники такого недоучета входят:

1. Прочие отравления с неизвестными причинами. В 2016 г. от указанной причины умерло – 5309 человек.
2. Прочие случайные отравления – 7274 человека.
3. Неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества (отравления) – 39181 человек.
4. Случайное отравление и воздействие медикаментами – 337 человек.
5. Смерть, вызванная различными формами гепатита и ВИЧ – 20527 человек.
6. Смерть по неустановленным причинам – 34108.

Безусловно, нельзя сказать, что смерти по указанным выше причинам в значительной степени обусловлены незаконным потреблением наркотиков. Вместе с тем, часть из более чем 100 тыс. смертей, была вызвана именно потреблением наркотиков. Например, по оценкам UNODC, среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, распространенность ВИЧ-инфекции составляет около 20%, гепатита С – около 50%, гепатита В – около 15%.

Кроме того, следует учитывать, что хроническая наркомания приводит к неизбежным деструктивным изменениям основных органов и целых систем организмов. У наркоманов, потребляющих героин, неизбежны флебиты. Передозировка наркотиков нередко приводит к сердечным приступам. Хроническое

потребление наркотиков способствует перерождению печени¹³². В настоящее время отсутствуют нормативно определенные патологии, вызванные потреблением наркотиков. Вместе с тем, минимум 2/3 смертей от употребления алкоголя, определяются соматическими болезнями от употребления алкоголя. Можно предположить, с высокой степенью вероятности, что воздействие наркотиков вызывает такие же, если не более деструктивные, воздействия. Данный тезис подтверждает и позиция бывшего директора Научно-исследовательского института наркологии - филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России Е.А. Кошкина: «Из наблюдаемых наркологами больных наркоманией каждый 2-ой умирает от соматических заболеваний, каждый 5-ый от передозировки наркотиков, каждый 10-й от несчастного случая»¹³³.

Крайне деструктивно наркотики воздействуют и на новорожденных. Бытует мнение, что если женщина прекратит потреблять наркотики до зачатия ребенка, то негативное воздействие на него будет либо минимально, либо зародыш будет находиться в полной безопасности. Однако данный тезис в корне неверен. Даже в случае, если будущая мать прекратила потребление наркотиков до зачатия, плод будет подвергаться воздействию остаточных наркотических токсинов, которые в принципе не могут быть выведены из организма. У таких родителей, только 20% детей рождаются здоровыми, 80% новорожденных страдают от каких-либо патологий либо, в случае, если мать не прекратила потребление наркотиков в период беременности, имеют хроническую привязанность к наркотикам и даже испытывают ломку.

Наркотики по-разному воздействуют на новорожденных (см. табл. 1), однако, опять же следует констатировать, что из более чем 12 тыс. смертей младенцев, вызванных различными врожденными заболеваниями, осложнениями при родах и в течение беременности, часть вызвана именно потреблением наркотиков.

Таблица 3. Воздействие наркотиков на новорожденных

№ п/п	Наркотик	Воздействие на новорожденного
1.	Героин	Новорожденный умирает в течение нескольких часов из-за ломки. Выжившие отстают в физическом развитии, могут скончаться от синдрома внезапной смерти
2.	Амфетамин	Значительная часть малышей погибает внутри утробы своей матери, из-за кислородного голодания и недостаточного количества питательных веществ. Выжившие рождаются истощенными, отказываются от еды.
3.	Кокаин	Возможная смерть в утробе из-за постоянных сосудистых спазмов, развитие патологий

¹³² Более подробно о поражениях внутренних органов, вызванных употреблением наркотиков см.: См.: Экзогенные психические расстройства / Под ред. Тиганова А. С. // код доступа: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/32/chapter/69>.

¹³³ Кошкина Е. А. Современное состояние проблемы распространенности наркомании и алкоголизма в России // код доступа: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2014/III/Koshkina.pdf>.

		внутренних органов, инсульт, плацентарная отслойка, патологии мочеполовой системы
4.	ЛСД	Физические патологии новорожденного, отслоение плаценты
5.	Марихуана	Вероятность выкидыша, родов раньше времени и проблем, связанных с внутриутробным развитием плода, ДЦП, патологии связанные со слухом и зрением.

Наконец, важно отметить, что средний возраст первого приобщения несовершеннолетних и молодежи к наркотику составляет 15-16,6 лет. Указанный показатель практически не меняется в течение последних 15 лет. Принимая во внимание, что именно в этом возрасте происходит окончательное созревание организма, как физиологически, так и психологически, то потребление наркотиков именно в данном возрасте оказывает наиболее разрушающее воздействие на жизнь человека, предопределяя дальнейшую неспособность к полноценной жизни.

На основании изложенного, необходимо признать, что не раз озвученная бывшим директором ФСКН России В.П. Ивановым цифра о 90 тыс. смертей, вызванных потреблением наркотиков, отражает действительное положение дел¹³⁴. Для оценки же реальных масштабов смертности от потребления наркотиков требуется комплексное исследование с привлечением судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов.

2.3. Социально-экономические последствия потребления наркотиков

Говоря о социально-экономических последствиях потребления наркотиков, прежде всего, следует отметить, что подсчет социальных и экономических проблем от распространения наркомании практически невозможен. Это отмечают практически все ученые, исследующие проблемы наркопотребления. Причина этого заключается в сложности того комплекса негативных последствий, которые порождает наркомания.

Тем не менее, специалисты Сибирского юридического института МВД России (бывш. Сибирского юридического института ФСКН России) осуществили попытку разработать модель оценки социально-экономических последствий потребления наркотиков. На основе анализа достижений российских и иностранных исследователей ими была разработана трехчастная модель оценки, включающая следующие критерии:

1. Экономические потери основных групп рыночных субъектов: государство, фирмы (предприятия) любой формы собственности, домашние хозяйства (население).
2. Экономические потери бюджетной системы государства на федеральном, региональном и местном уровнях.
3. Оценка величины недополученного валового продукта от распространения наркомании в результате социально-демографических потерь общества.

¹³⁴ Смертность от наркотиков снизилась в полтора раза // <http://www.interfax.ru/russia/432966>.

Соответственно, социально-экономические потери от распространения наркомании – это сумма прямых затрат (денежных средств, расходуемых государством, предприятиями, частными лицами на противодействие распространению наркомании) и косвенных затрат.

К прямым затратам относятся:

1. Бюджетные расходы:

А) Федеральный уровень:

- инвестиции и содержание органов по борьбе с незаконным оборотом наркотиков (НОН);
- инвестиции и расходы на здравоохранение;
- расходы на лечение и реабилитацию лиц, страдающих наркоманией; расходы на программы профилактики наркомании.

Б) Региональный уровень:

- расходы на здравоохранение, на лечение и реабилитацию лиц, страдающих наркоманией;
- расходы на программы профилактики наркомании.

В) Местный уровень:

- расходы на здравоохранение;
- расходы на программы профилактики наркомании.

2. Предприятия (фирмы) частного сектора экономики: расходы на содержание частных наркологических клиник.

3. Домашние хозяйства (физические лица): расходы жертв наркопреступности (расходы на медицинскую помощь по утрате здоровья от наркопреступности и наркомании; размер стоимости утраченного или поврежденного имущества).

К косвенным расходам относятся:

1. Бюджетные расходы:

- недоначисленные налоги от величины денежных средств, потраченных на приобретение наркотических средств (НС);
- потеря реального ВВП (в денежных единицах (рублях)) из-за выбытия человека из сферы производства в результате летального исхода;
- потеря реального ВВП (в денежных единицах (рублях)) из-за выбытия человека из сферы производства в результате болезни (наркомании);
- потеря реального ВВП (в денежных единицах (рублях)) из-за сокращения численности населения (отрицательное сальдо прироста населения).

2. Предприятия (фирмы) частного сектора экономики:

- недополученные доходы от продажи товаров и услуг на величину денежных средств, потраченных на приобретение наркотиков.

3. Домашние хозяйства (физические лица):

- расходы жертв наркопреступности (размер потерянного дохода (зарплаты) на время восстановления трудоспособности);
- расходы преступности карьеры, возможной трудовой деятельности (размер потерянного дохода, зарплаты, если бы преступник, субъект наркобизнеса,

занимался законной экономической деятельностью (по размеру средней зарплаты в регионе)¹³⁵.

Использование указанной модели для анализа социально-экономических потерь регионов Уральского федерального округа показало следующее. В 2011–2012 гг. социально-экономические издержки от распространения наркотиков составили соответственно 176,6 и 193,1 млрд руб., то есть 20,5 и 21,5 % к доходной части консолидированного совокупного бюджета УрФО¹³⁶, при этом в перерасчете на душу населения УрФО социально-экономические издержки в 2011 г. составили 14,47 тыс. рублей¹³⁷. С поправкой на коэффициент инфляции, который в период 2013–2016 гг. составил 36,1 %, получаем цифру социально-экономических потерь в 262,81 млрд рублей.

При этом авторы исследования признают, что «размер не вошедших в приведенный расчет социально-экономических издержек наркомании по всем разделам существенен. Вследствие отсутствия ряда показателей в статистических отчетах Министерства здравоохранения, правоохранительных и иных контролирующих органов не представляется возможным проведение более детального расчета социально-экономических последствий наркомании»¹³⁸. То есть, социально-экономические издержки значительно превышают указанную цифру.

Тем не менее, экстраполировав полученный уральскими исследователями результат на Российскую Федерацию получаем цифру в 3 142 млрд рублей, что составляет практически ¼ часть доходной части бюджета Российской Федерации в 2016 г. и сопоставимо с затратами на национальную оборону (3 145 млрд рублей).

Следует отметить, что за указанной поистине астрономической цифрой скрываются такие социальные издержки как:

1. Неспособность потребителей наркотиков к продолжительному, продуктивному труду, в результате чего они, зачастую, находятся на иждивении родственников или ведут криминальную деятельность;
2. Наркопотребители выступают разносчиками инфекционных заболеваний, среди которых гепатиты, СПИД и септицемии. Так, вирусными гепатитами, наиболее часто гепатитом В, болеют до 90% наркоманов-инъекционных потребителей наркотиков.
3. Наркоманы чаще ведут криминогенный и антисоциальный образ жизни. Наркоманы значительно реже вступают в брак, чем здоровые лица того же возраста; их семьи быстрее распадаются. Практически ¾ наркоманов находятся в том или ином конфликте с законом.
4. Формирование структуры созависимости у близких наркомана, в результате чего под влиянием наркопотребителя происходит деградация личности и появление психологических нарушений у внешне здорового человека. Как следствие, происходит физическая, психическая,

¹³⁵ Более подробно см.: Павлова С.А., Горбач Н.А., Килин А.З., Коновалова О.В. Социально-экономические последствия наркотизма. Методология исследования // код доступа: <https://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=31129>.

¹³⁶ См.: Клевакин. А. Н., Гурбан И. А. Оценка социально-экономических последствий наркомании в Уральском федеральном округе // http://economyofregion.uralces.ru/Data/Issues/ER2013/June_2013/ERJune2013_34_42.pdf

¹³⁷ Необходимо отметить, что в 2010 г. директор ФСКН России В.П. Иванов оценивал потери экономики России от наркопотребления в 1 трлн рублей или 3% от ВВП страны. См.: <http://gnk.spb.ru/conf30mart.html>.

¹³⁸ См.: Клевакин. А. Н., Гурбан И. А. Оценка социально-экономических последствий наркомании в Уральском федеральном округе // http://economyofregion.uralces.ru/Data/Issues/ER2013/June_2013/ERJune2013_34_42.pdf.

эмоциональная, духовная деградация. Крайне вероятна преждевременная смерть созависимого.

На основании изложенного можно констатировать, что распространение наркопотребления в Российской Федерации не только ведет к астрономическим экономическим потерям, оцениваемым в сумму порядка нескольких триллионов рублей, но и уничтожает значительную часть потенциально наиболее активных с точки зрения социального и демографического воспроизводства граждан России.

2.4. Противодействие потреблению наркотиков

2.4.1. Нормативные правовые основания регулирования деятельности по противодействию потреблению наркотиков в России

В течение последних двадцати лет в Российской Федерации сложилась действенная система нормативного правового регулирования деятельности по противодействию потреблению наркотиков.

В ее основании лежит принятый 8 января 1998 года Федеральный закон № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». Указанный закон устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту.

Кроме того, 9 июня 2010 г. вступила в силу Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, призванная консолидировать усилия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций и граждан Российской Федерации по пресечению распространения на территории Российской Федерации наркотиков.

Вместе с тем, необходимо отметить, что нормативная правовая база, регулирующая указанную область, развита достаточно неоднородно. Если такие направления как установление ответственности за правонарушения, связанные с наркотиками, и определение порядка легального оборота наркотиков разработаны четко, то вопросы лечения и социальной реабилитации наркозависимых, а также профилактики наркомании и наркопреступности практически разработаны менее обстоятельно, а то и фрагментарно.

Например, в действующем Уголовном кодексе Российской Федерации вопросам уголовной ответственности за незаконный оборот наркотиков посвящены 6 статей (ст. 228-233 УК РФ). Данными статьями устанавливается ответственность за незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозку, пересылку и/или сбыт наркотиков. Причем, санкции разнятся от банального штрафа, пусть и достаточно большого, до крупных сроков лишения свободы.

Также вопросы ответственности за правонарушения, связанные с наркотиками, регулируются Кодексом об административных правонарушениях. В него входят такие составы правонарушений как пропаганда наркотиков; нарушение правил оборота инструментов и оборудования, используемого для изготовления наркотиков; незаконный оборот наркотиков (включая приобретение, хранение, перевозку), потребление наркотиков; вовлечение несовершеннолетних в потребление новых потенциально опасных психоактивных веществ; уклонение от профилактических

мероприятиях, связанных с социальной реабилитацией в связи с потреблением наркотиков.

Вопросы легального оборота наркотиков регулируются уже указанным Федеральным законом от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», а также такими нормативными правовыми актами как:

- Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 № 1148 «О порядке хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров»;
- Приказ Минздравсоцразвития России от 16.05.2011 № 397н «Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в установленном порядке в Российской Федерации в качестве лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения, в аптечных, лечебно-профилактических учреждениях, научно-исследовательских, учебных организациях и организациях оптовой торговли лекарственными средствами».

Кроме того, в каждом субъекте Российской Федерации утверждены соответствующие подзаконные акты, регулирующие легальный оборот наркотиков.

Таким образом выстроенная система нормативных правовых актов является достаточной для регулирования возникающих в указанной сфере отношений.

Оказание наркологической помощи больным наркоманией регулируется Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (глава VII, статьи 54-57), где установлено, что специализированная наркологическая помощь оказывается в наркологических диспансерах или наркологических (психоневрологических) кабинетах медицинских организаций. Указанная помощь оказывается исключительно по просьбе или с согласия больных наркоманией.

Так, в указанных медицинских организациях оказываются услуги по обследованию, консультированию, диагностике, лечению и медико-социальной реабилитации. Необходимо отметить, что лечение наркомании возможно только в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

При этом коммерческие организации имеют право проводить диагностику наркомании, обследование, консультирование и медико-социальную реабилитацию больных наркоманией.

Порядок оказания наркологической помощи регулируется приказом Минздравсоцразвития России от 09.04.2010 г. № 225ан, в котором выделены этапы оказания наркологической помощи, определена структура наркологической службы, прописаны функции каждого из звеньев наркологической службы.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2010 г. № 1056а «Об организации мониторинга заболеваемости населения Российской Федерации наркоманией» устанавливает ответственных за проведение ежеквартального мониторинга заболеваемости населения наркоманией.

Основой нормативной правовой регламентации вопросов реабилитации наркопотребителей также служит Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». Необходимо отметить, что социальная реабилитация в указанном нормативном правовом акте не выделяется в качестве отдельной функции, реализуемой государственной, некоммерческой или коммерческой организацией. Социальная реабилитация наркозависимого рассматривается в качестве этапа общей системы реабилитации, включающей также мероприятия медицинского и психологического характера.

Это, однако, не способствует признанию «реабилитации» в качестве триединого процесса, включающего мероприятия по медицинской, психологической и социальной реабилитации. Наоборот, в настоящее время процесс реабилитации разбит на составные части, каждая из которых реализуется отдельными организациями. Так, например, если мероприятия по медицинской реабилитации наркозависимых реализуются государственными медицинскими организациями, то мероприятия по социальной реабилитации – удел некоммерческих и коммерческих организаций.

С целью поддержки последних Правительством Российской Федерации было разработано и принято постановление от 15 августа 2015 года №846 «О поддержке некоммерческих организаций, которые занимаются комплексной реабилитацией лиц, потребляющих наркотики и психотропные вещества». Данным постановлением утверждаются Правила предоставления субсидий из федерального бюджета на государственную поддержку социально ориентированных некоммерческих организаций, занимающихся деятельностью в области комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, которые незаконно потребляют наркотические средства или психотропные вещества.

Кроме того, законодатель предоставляет потребляющим наркотики лицам, совершившим преступление или административное правонарушение в сфере незаконного оборота и потребления наркотиков, возможность избежать наказания за правонарушение либо получить отсрочку от отбывания наказания (и даже освобождение от отбывания наказания) в случае если указанное лицо изъявит желание добровольно пройти курс лечения от наркомании, а также медицинскую реабилитацию, социальную реабилитацию.

Вместе с тем, необходимо отметить, что на уровне федерального законодательства не прописаны механизмы предоставления услуги по социальной реабилитации. Как следствие, формирование нормативной правовой базы в сфере социальной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков ложится на плечи субъектов Российской Федерации, которые осуществляют эту деятельность посредством издания законов, поставленных, стандартов, административных и временных регламентов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2.4.2. Реализация мер по сокращению предложения наркотиков

По данным экс-директора ФСКН России В.П. Иванова «90% наркотиков, которые обращаются в России, имеют зарубежное происхождение»¹³⁹.

¹³⁹ Иванов В.П. Виктор Иванов: 90% наркотиков в России имеют зарубежное происхождение // код доступа <https://ria.ru/interview/20150626/1088210959.html>.

Указанные наркотики поступают в Россию по четырем маршрутам – «Северному маршруту» (Афганский героиновый), «Африканскому маршруту» (латиноамериканский кокаиновый), «Восточному маршруту» и «Балканскому маршруту»

Так, поставки наркотиков опийной группы, в том числе героина, в Россию осуществляются из Афганистана по «Северному» маршруту через Таджикистан, Киргизию, Казахстан, Узбекистан и Туркменистан, по части «балканского» маршрута – через Иран, страны Закавказья (Азербайджан, Грузия) и акваторию Каспийского моря, а также по «восточному» маршруту – через Китай и Монголию.

Наркотики каннабисной группы поступают из стран Центрально-Азиатского региона, Северной Африки (Марокко) и Европейского союза. Они ввозятся через границу с Украиной, Республикой Беларусь и Казахстаном, через российско-азербайджанскую границу, порты Каспийского моря: из иранского порта Энзели в порты, расположенные в Республике Дагестан и Астраханской области, а также через границу с Финляндией.

Страны происхождения синтетических наркотиков – Китайская Народная Республика, Европейский Союз (Нидерланды, Польша, страны Балтии). При этом в течение 2016-2017 г. основным поставщиком синтетических наркотиков в Россию стала Украина. Указанный факт был озвучен Президентом Российской Федерации В.В. Путиным на заседании Совета Безопасности Российской Федерации 28 апреля 2017 г.¹⁴⁰

Также правоохранительными органами фиксируются факты производства марихуаны и синтетических наркотиков на территории Российской Федерации.

Например, в крупных городах регулярно выявляются подпольные лаборатории по производству амфетамина, метамфетамина, МДМА и эфедрона.

Кроме того, обширные очаги произрастания дикорастущей конопли на пустующих сельскохозяйственных землях фиксируются во всех регионах Северо-Кавказского и Южного, в ряде регионов Сибирского и Дальневосточного федеральных округов.

В соответствии с официальными данными в 2015 г. ФСКН России было изъято свыше 36 тонн наркотиков¹⁴¹. При этом львиная доля изъятий приходилась на наркотики каннабисной группы - 24 тонны (21 тонна – марихуаны и 3 тонны гашиша). На втором месте – 6,5 тонн синтетических наркотиков. На третьем месте – наркотики опийной группы (3,5 тонны). Также было изъято 1,5 тонны кокаина¹⁴².

В 2016 г. МВД России, принявшая на себя функции упраздненной ФСКН России, изъяла 21,7 тонну наркотиков. Как и в 2015 г. на первом месте – наркотики каннабисной группы (15 тонн). На втором – синтетические наркотики (более 4 тонн). На третьем – наркотики опийной группы (1,4 тонны, в том числе 965 кг героина). Кроме того, было изъято 1,3 тонны психотропных веществ и 385 кг сильнодействующих веществ¹⁴³.

¹⁴⁰ Код доступа: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/54401>.

¹⁴¹ Здесь необходимо сделать уточнение. Указанное количество наркотиков было изъято только в ходе оперативно-розыскной деятельности ФСКН России. Всего же по данным генеральной прокуратуры в 2015 г. было изъято более 52 тонн наркотиков, в 2016 г. – 24 тонны (См.: Объем изъятых из незаконного оборота наркотиков в России сократился // код доступа: <https://lenta.ru/news/2017/06/21/narko/>).

¹⁴² Путин поручил кардинально решить проблему с наркотиками // <https://rg.ru/2016/01/13/narkotiki-site-anons.html>.

¹⁴³ Храпов А. «Более 1,5% населения России употребляет наркотики» // код доступа: <https://www.gazeta.ru/social/2017/02/07/10514285.shtml>.

Важно отметить, что из незаконного оборота изымается не более 3% наркотиков, проходящих через границы Российской Федерации¹⁴⁴.

Необходимо отметить также, что российский наркорынок активно пополняется новыми психоактивными веществами (такими как синтетические каннабиноиды ряда JWH, мефедрон, метилон, MDPV и др.). Они схожи по воздействию на организм человека с такими наркотическими средствами, как амфетамин, марихуана и ЛСД. Рост их незаконного оборота обусловлен низкой стоимостью, неограниченными возможностями синтеза, доступностью для приобретения.

Более того, технология их синтеза позволяет менять действующую формулу при минимальных затратах. Как следствие, при включении такого вещества в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681, его формула может быть легко изменена, а оно снова появится на наркорынке под другим названием, но в качестве легальной продукции.

В целях борьбы с указанными веществами ФСКН России была разработана и внесена в Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» норма о формировании реестра новых потенциально опасных психоактивных веществ. Указанный реестр формируется из веществ, обладающих соответствующим свойством наркотического опьянения, опасным для жизни и здоровья человека, но в отношении которых уполномоченными органами государственной власти Российской Федерации не установлены санитарно-эпидемиологические требования либо меры контроля за их оборотом. Статья, предусматривающая наказание за оборот указанных веществ, была включена в Уголовный кодекс Российской Федерации.

В Российской Федерации сохраняется актуальность проблемы «аптечной наркомании», связанная с немедицинским потреблением лекарственных препаратов, имеющих психоактивное действие.

Достаточно серьезной популярностью в Российской Федерации пользуются следующие лекарства, обладающие психоактивным действием:

«Лирика», «Альгерика», «Прегабалин», «Прабегин» (действующее вещество – прегабалин);

«Тропикамид», «Мидриацил» (действующее вещество – тропикамид);

«Цикломед», «Циклоптик» (действующее вещество – циклопентолат);

«Катадолон» (действующее вещество – флуперитин);

«Баклофен», «Баклосан» (действующее вещество – баклофен);

«Триган-Д» (действующие вещества – дицикловерин, парацетамол).

Наличие у данных препаратов психоактивных свойств, характерных для наркотиков, а также аддиктивного потенциала неоднократно отмечалось как медицинским сообществом, так и экспертами криминалистами.

С целью установления контроля за оборотом указанных лекарственных средств Минздравом России принят приказ от 10 сентября 2015 г. № 634н, устанавливающий в отношении прегабалина, тропикамида и циклопентолата соответствующие меры контроля. Они были внесены в раздел IV Перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету,

¹⁴⁴ Не более 3% наркотиков, проходящих через РФ наркотиков удается изъять - ФТС // код доступа: https://ria.ru/beznarko_danger/20110622/391618293.html.

утвержденного приказом Минздрава России от 22 апреля 2014 года № 183н. Указанный приказ вступил в силу 1 октября 2015 г.

Однако, несмотря на принятые меры продажа организациями тропикамида, прегабалина и циклопентолата продолжается, хотя и не в таком объеме, как до издания приказа Минздрава России от 10 сентября 2015 г. № 634н.

Важной составной частью борьбы за сокращение предложений наркотиков выступает выявление преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков.

В 2016 г. выявлено 201,2 тыс. таких преступлений. Это на 15,1% ниже, чем за аналогичный период прошлого года. Кроме того, уменьшилось и число выявленных преступлений, совершенных с целью сбыта наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов связанных с незаконным оборотом наркотиков на 16,4 % (в 2015 г. – 114900 прест., в 2016 г. – 99052 прест.). Также сократился удельный вес преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (в 2015 г. - 50,0%, в 2016 г. - 49,2%)¹⁴⁵.

Сокращение количества изъятых наркотиков и выявленных преступлений, как кажется, в значительной степени связано с ликвидацией ФСКН России в 2016 г. и передачей ее функций МВД России. В результате в течение переходного периода деятельность по противодействию предложениям наркотиков была отчасти парализована.

2.4.3. Реализация мер по сокращению спроса на наркотики

Комплекс мер по сокращению спроса на наркотики базируется на концепции профилактики потребления наркотиков и включает в себя, согласно Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, следующие компоненты:

- а) государственную систему профилактики немедицинского потребления наркотиков;
- б) наркологическую медицинскую помощь;
- в) медико-социальную реабилитацию больных наркоманией.

Государственная система профилактики немедицинского потребления наркотиков (далее – профилактика), направленная на предупреждение возникновения и распространение наркомании, предполагает решение следующих задач:

1. формирование негативного отношения в обществе к немедицинскому потреблению наркотиков путем активной антинаркотической пропаганды и противодействия пропаганде и незаконной рекламе наркотиков;
2. развитие системы раннего выявления незаконных потребителей наркотиков;
3. проведение профилактической работы в организованных коллективах;
4. формирование антинаркотического мировоззрения и психологического иммунитета к наркотикам на основе стимулирования граждан к участию в профилактике наркомании.

Согласно докладом о наркоситуации в Российской Федерации, ежегодно издающихся Государственным антинаркотическим комитетом России и

¹⁴⁵ Состояние преступности в России. Январь-декабрь 2016 г. // https://xn--b1aew.xn--p1ai/upload/site1/document_news/009/338/947/sb_1612.pdf.

представляемых Президенту Российской Федерации, каждому из указанных направлений уделяется большое внимание.

Например, в 2015 г. Роспечать оказала поддержку 5 проектам, направленным на борьбу с немедицинским потреблением наркотиков, профилактику и лечение наркомании. Это цикл телевизионных документальных фильмов «Линия фронта» (2 фильма); телевизионный документальный фильм «Мегаполис социальный»; информационно-аналитическая телепрограмма «Переломка» на региональном «Екатеринбург-ТВ»; радиопрограмма «Рай истинный и ложный» на православном радио «Радонеж».

Также Роспечать обеспечивает финансовую поддержку для функционирования портала «Нет-наркотикам», содержащего информацию по различным аспектам лечения и реабилитации лиц, страдающих от последствий приема наркотиков.

Кроме того, государственные СМИ на регулярной основе публикуют информацию по вопросам борьбы с незаконным оборотом наркотиков, профилактики наркозависимости, а также по усилиям российских правоохранительных органов, других органов власти и общественных организаций в этой сфере. Так, согласно отчету Государственного антинаркотического комитета России, на ленте «РИА Новости» было размещено более 400 материалов по указанной тематике.

Много это или мало судить сложно. Но для сравнения за тот же период Роскомнадзором внесено более 52,2 тыс. записей в Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в сети Интернет и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети Интернет, содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено, в отношении интернет-ресурсов, на которых подтвердилось наличие запрещенной информации с пропагандой наркотиков. К 24,3 тыс. интернет-страницам, на которых содержалась запрещенная информация о наркотиках, ограничен доступ.

То есть на каждый проект Роспечати приходится практически по 5 тысяч интернет-страниц, содержащих информацию о пропаганде наркотиков, каждому сообщению государственных СМИ о борьбе с наркоманией соответствует по 50 и более сообщений, рекламирующих наркотики.

При этом указанные проекты рассчитаны либо отнюдь не на молодежь (документальные фильмы «Линия фронта» и «Мегаполис социальный») (поскольку молодежь не будет смотреть документальные фильмы), либо имеют обладают молодежной направленностью, но могут заинтересовать ее крайне ограниченную группу (программа «Переломка», цикл радиопрограмм «Рай истинный и ложный»).

Также, принимая во внимание, что пропаганда наркотических средств и психотропных веществ направлена, прежде всего, на молодежь, которая en masse обладает навыками обхода блоков интернет-ресурсов, устанавливаемых Роскомнадзором, то деятельность государственных органов по противодействию пропаганде наркотиков и распространения антинаркотического мировоззрения представляется практически неэффективной.

В рамках деятельности по развитию системы раннего выявления незаконных потребителей наркотиков принимаются активные меры по формированию системы тестирования граждан России на употребление наркотиков.

В 2014 г. Минобрнауки России и Минздравом России были изданы Приказ Министерства образования науки Российской Федерации от 16 июня 2014 № 658 «Об утверждении порядка проведения социально- психологического тестирования лиц,

обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования» и Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6.10.2014 № 581н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ». Первый утверждает Порядок проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования. Второй - Порядок проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Предполагалось, что указанные тестирование и осмотр позволят на ранней стадии выявлять наркопотребителей и вовлекать их в профилактические мероприятия для превенции формирования зависимости. Однако, уже на раннем этапе реализации указанной программы тестирования подростков у специалистов возникли претензии. Во-первых, прохождение указанных мероприятий является добровольным (тестируемый по достижении им 15 лет вправе отказаться от указанных мероприятий, до достижения ими 15 лет – это вправе сделать родители). Во-вторых, используемые для тестирования экспресс-полоски выявляют крайне ограниченное количество наркотиков, при этом установить потреблял ли тестируемый курительные смеси – «спайсы» они в принципе не способны. В-третьих, при использовании экспресс-полосок вероятны ложно-положительные результаты (например, они реагируют на пенталгин, валокордин, корвалол, другие лекарства). В-четвертых, новости о проведении тестирования обычно известны не менее, чем за три месяца до его проведения, а наркотики из организма выводятся за период от 2 дней (опиум) до 12 недель (марихуана при ее регулярном потреблении)¹⁴⁶.

Таким образом количество выявленных наркопотребителей исчисляется единицами. При стоимости одной экспресс-полоски в 300-400 рублей и массовости проведения, едва ли указанное мероприятие может себя оправдать. Например, при проведении тестирования в Татарстане из 80 тыс. тестируемых положительных тестов оказалось лишь 4, но и они вызывают у специалистов сомнения. В то же самое время сама кампания по проверке школьников на потребление наркотиков обошлась бюджету в 30 млн рублей¹⁴⁷.

Необходимо отметить, что указанная сумма превосходит бюджет мероприятий по первичной профилактике наркомании ряда целевых антинаркотических программ субъектов Российской Федерации. Так, отечественным ученым В.А. Коршуновым были проанализированы указанные программы 12 регионов России. Проведенный анализ показал, что на мероприятия первичной профилактики наркомании «предусматривается от 2 млн руб. (Алтайский край, Архангельская, Томская области) до 29 млн руб. в год (Ханты-Мансийский АО Югра). Финансирование менее 4 млн руб. в год запланировано в 6 целевых антинаркотических программах, от 13 до 16 млн

¹⁴⁶ Сколько держаться наркотики в моче // код доступа: <http://www.nmedlab.ru/stati/skolko-derzhatsya-narkotiki-v-moche>

¹⁴⁷ «Пару человек посадить – нарушать перестанут» // код доступа: <https://lenta.ru/articles/2016/12/15/narkotest/>

руб. в год – 2 программы, и более 20 млн руб. в год – в трех проанализированных ЦАП (Краснодарский край, г. Санкт-Петербург, Ханты-Мансийский АО)»¹⁴⁸.

Кроме того, по результатам анализа он пришел к выводам, что в указанных программах не соблюдаются принцип системности (отсутствуют требования «системности» профилактики), принцип превентивности (мероприятия программ направлены на подростков 14-17 лет, не захватывая более младшие группы), принцип адаптивности, принцип комплексности (реализация всех типов профилактических подходов). Одновременно в 9 из 12 программ не предусмотрен механизм мониторинга эффективности программы в краткосрочном периоде, что исключает возможность ее оценки и корректировки по результатам этой оценки.

Таким образом, делает вывод автор «система первичной профилактики наркомании не в полной мере соответствуют основным принципам эффективного планирования работы по ППН. и требует дальнейшей оптимизации»¹⁴⁹.

Оптимизации требует и такой компонент профилактики потребления наркотиков как наркологическая медицинская помощь. Несмотря на реализацию утвержденной Минздравом России Концепцию модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года положение в указанной сфере остается достаточно сложным

Так, по данным официальной статистики в 2015 г. по сравнению с 2014 г. уменьшилось число наркологических диспансеров – с 95 до 92 единиц¹⁵⁰. Одновременно уменьшилось и число наркологических диспансеров, оказывающих стационарную помощь, до 86 единиц. Одновременно наблюдается сокращение числа учреждений, в составе которых функционируют подростковые наркологические кабинеты (отделения) – с 227 до 206. В ряде регионов (Республике Алтай, Тамбовской, Архангельской, Саратовской, Иркутской областях, Ненецком, Ханты-Мансийском, Чукотском автономных округах, Еврейской автономной области) наркологическая помощь оказывается в психиатрических учреждениях. В Республике Ингушетия полностью отсутствует наркологическая и психиатрическая стационарная помощь, в результате пациенты направляются в лечебные учреждения соседних регионов.

Также продолжает снижаться количество психиатров-наркологов (в 2015 г. – 5206 чел.), что влечет за собой снижение уровня обеспеченности населения этими специалистами (0,37 на 10 тысяч населения в 2014 г., 0,36 на 10 тысяч населения в 2015 г.). Одновременно сокращается и *число занятых должностей психиатров-наркологов. В 2015 г. их число составило 8618,25*, уменьшившись по сравнению с 2014 г. на 2,6%. Однако коэффициент совместительства остался на прежнем уровне 1,7. Это означает, что в среднем каждый психиатр-нарколог занимает 1,7 должностей.

Таким образом можно констатировать, с одной стороны, о неудовлетворенности населения количеством специалистов указанного профиля, а с другой стороны, о значительной перегруженности психиатров-наркологов. Например,

¹⁴⁸ Коршунов В.А. Эпидемиологические закономерности распространения наркопотребления и наркозависимости и направления по оптимизации мер профилактики // код доступа: <http://rosrid.ru/dissertation/viewFullText/RKEBZV3RUBZK3CBFX2S22RHE>.

¹⁴⁹ Коршунов В.А. Эпидемиологические закономерности распространения наркопотребления и наркозависимости и направления по оптимизации мер профилактики // код доступа: <http://rosrid.ru/dissertation/viewFullText/RKEBZV3RUBZK3CBFX2S22RHE>.

¹⁵⁰ Все данные приведенные ниже заимствованы из Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 гг. статистический сборник / М., НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2016. С. 4-15.

в г. Севастополь количество посещений психиатров-наркологов в год составило 22390, в Архангельской области –13119, в Тульской области – 12057, Калужской области – 11508, Курганской области – 11306, Адыгейской Республике – 10833, Камчатском крае – 10411. При пересчете указанных показателей на 1 рабочий день специалиста получается, что в течение рабочего дня специалист-нарколог принимает от 40 и более пациентов.

Негативные тенденции наблюдаются и в отношении медицинской реабилитации наркопотребителей. По состоянию на 2015 г. в Российской Федерации действовало только 3 государственных реабилитационных центра. При этом в 2014 г. их было 4. Снижение числа реабилитационных центров обусловлено тем, что реабилитационный центр Курганской области был объединен с другими наркологическими организациями региона с изменением профиля имеющихся реабилитационных койко-мест на наркологические. Как следствие произошло сокращение койко-мест. Если в 2014 г. их было 225, то в 2015 г. осталось только 195.

Одновременно услуги по медицинской реабилитации предоставляли 15 реабилитационных отделений, имеющих статус реабилитационных центров, а также 109 стационарных отделений медицинской реабилитации. Суммарный коечный фонд этих подразделений в 2015 году составил 2797 коек. Также услуги по амбулаторной медицинской реабилитации оказывались в 70 наркологических и психиатрических учреждениях страны.

Вместе с тем, наблюдаются позитивные тенденции в уровне ремиссий больных наркоманией, снятия их с наблюдения в связи с выздоровлением, а также снижения показателей повторности госпитализаций.

Например, число больных наркоманией:

- находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет на 100 больных среднегодового контингента, в 2014 г. составило 9,3, в 2015 г. – 10,6.
- находящихся в ремиссии более 2-х лет, в 2014 г. – 9,7, в 2015 – 11,2.

Также возросли показатели снятия с наблюдения в связи с выздоровлением. У больных наркоманией этот показатель вырос с 2,7 человек на 100 пациентов среднегодового контингента в 2014 г. до 3,0 человек на 100 пациентов среднегодового контингента в 2015 г.

Небольшое снижение наблюдалось по показателю повторности госпитализации наркопотребителей. Если в 2014 г. этот показатель составлял 29,6%, то в 2015 г. он сократился на 1,1%, достигнув уровня в 28,5%. Между тем, необходимо констатировать, что показатель повторности госпитализации, то есть отражение количества наркопотребителей, получивших наркологическую помощь в медицинском стационаре и госпитализированных в том же году снова, недопустимо велик.

Вероятно, указанную позитивную динамику можно отчасти объяснить тем вниманием, которое с 2014 года стало оказываться вопросам реализации программ социальной реабилитации наркозависимых. Ведь важно не просто избавить потребителя наркотиков от физического влечения, но и интегрировать его в общество, дать ему социальные навыки, необходимые для жизни в обществе и в значительной степени утраченные за период употребления наркотических средств и психотропных веществ.

В 2014 г. Правительством Российской Федерации была утверждена подпрограмма «Комплексная реабилитация и ресоциализация лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях»

государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков».

Цель указанной подпрограммы состояла в создании Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей. В связи с отсутствием какого-либо финансирования указанная подпрограмма не была реализована. Вместе с тем, субъектами Российской Федерации предпринимались определенные усилия в рамках региональных антинаркотических программ по реализации мероприятий, направленных на формирование сегментов данной системы. Часть этих мероприятий была достаточно успешна.

Например, в качестве положительного можно признать опыт по введению института сертификата на социальную реабилитацию для потребителей наркотиков в качестве эффективного механизма, с одной стороны, повышения доступности услуг по социальной реабилитации для наркопотребителей, а с другой стороны, финансирования деятельности реабилитационных центров. Одновременно, механизм сертификата обеспечивал сохранение права выбора реабилитационного центра и контроль над эффективностью использования средств.

Вместе с тем, процесс формирования сегментов системы социальной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей обозначил серьезные проблемы в указанной сфере.

Одной из наиболее серьезных проблем было признано отсутствие механизмов государственного контроля над деятельностью реабилитационных центров, в результате чего формировались условия, при которых рынок реабилитационных услуг фактически открыт для структур, уставная деятельность которых не только не связана с оказанием соответствующих услуг, но и для организаций, преследующие противозаконные и деструктивные цели.

Принимая во внимание тот факт, что государство в силу определенных обстоятельств не могло и не может взять на себя ответственность за реализацию программ социальной реабилитации наркопотребителей, фактически делегировав эту функцию гражданскому обществу, результатом проникновения на рынок услуг по социальной реабилитации организаций, преследующих незаконные цели, стала дискредитация самой идеи государственно-общественного партнерства в сфере социальной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей.

В этой связи субъектами Российской Федерации были предприняты определенные усилия по стандартизации реабилитационных услуг для потребителей наркотиков. Данная работа была проведена, например:

- в Ханты-Мансийском автономном округе, где приказом Департамента социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 2 февраля 2012 г. № 1-нп был утвержден государственный стандарт социального обслуживания Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Социальная реабилитация и ресоциализация лиц, допускающих немедицинское употребление наркотических средств и психотропных веществ»;
- в Республике Саха (Якутия), где приказом Министерства труда и социального развития Республики Саха (Якутия) от 11 февраля 2015 г. № 98-ОД утвержден стандарт социального обслуживания Республики Саха (Якутия) «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств и психотропных веществ. Основные виды социальных услуг».

В ряде регионов были предприняты усилия по введению процедуры добровольной сертификации реабилитационных центров, предоставляющих услуги по социальной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей, и формированию соответствующего реестра (Республика Башкортостан, Челябинская, Иркутская, Воронежская области).

Вместе с тем, проблема отсутствия принятых на федеральном уровне правил оказания услуг по социальной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков, механизмов контроля за деятельностью негосударственных организаций, предоставляющих соответствующие услуги, создают условия для формирования рисков ущемления прав граждан на получение квалифицированной и качественной помощи, угрозы личной безопасности, а также безопасности их имущества. Вышеперечисленное, в свою очередь, создает существенные препятствия для создания действенной системы избавления граждан Российской Федерации от наркотической зависимости и обуславливает низкий уровень ремиссий.

Следует отметить, что расформирование ФСКН России, на которой лежала львиная доля ответственности за реализацию мер, направленных на создание системы социальной реабилитации и реабилитации наркопотребителей, значительно отбросила работу по созданию указанной системы. Вместе с тем, нельзя не признать, что ее формирование представляет исключительную важность. Опрос Центра изучения общественного мнения в преддверии Международного дня борьбы с наркозависимостью показал наличие запроса российского общества на формирование мер, направленных на профилактику и борьбу с наркоманией¹⁵¹. В этой ситуации институты гражданского общества могут и должны взять на себя обязанность не только по донесению этого запроса до органов государственной власти, но и разработке конкретных механизмов ответа на этот запрос. Причем, механизмы эти не должны строиться на избитых, доказавших свою неэффективность шаблонах, а формироваться в рамках инновационных подходов, развивающих накопленный положительный опыт борьбы с потреблением наркотиков.

2.5. Современная научная методика устранения психической зависимости у наркомана

Проблема реабилитации наркомана остается актуальной и сегодня, так как эффективность реабилитации наркомании остается низкой. Результат реабилитации – ремиссия. Ремиссия-это временная остановка течения болезни наркомании.

Ещё ранее, в 2000 году НИИ наркологии Минздрава России разработал документ, «Реабилитация наркологических больных: концепция, программа». В нем было признано: «.. особенностью клиники наркологических заболеваний является принципиальное отсутствие возможности выздоровления».

Позиция наркологии о результативности реабилитации за прошедшее время не поменялась. Это говорит о том, что не поменялось разработанное наркологией представление о наркомании. Это означает, что предлагаемые методы реабилитации, разработанные на основе этих представлений о наркомании, полного излечение от зависимости дать не могут. Для решения проблемы нужны новые знания о природе наркомании. Новые знания можно получить, только пересмотрев господствующий способ понимания и объяснения, что такое наркомания. Иными словами, необходимо

¹⁵¹ Наркомания в России: масштаб проблемы, и как с ней бороться? // код доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116282>.

пересмотреть научную парадигму. Та научная парадигма, которая была применена к объяснению наркомании, как болезни, практикой реабилитации не подтверждена. Отказ от старых представлений всегда вел к прорыву в познании и нахождению способов излечения от болезней. Таких примеров множество в истории медицины прошлого столетия. Само утверждение о неизлечимости с научной точки зрения неправомерно. Наука существует для того, чтобы изучить заболевание и предложить способы полного её излечения.

Наркология эффективно устраняет абстиненцию у наркомана. Однако проблема патологического влечения остается не решенной. Важнейшей составляющей патологического влечения является обсессивное влечение. На языке наркомана-«тяга». Поскольку признается, что патологическое в любой момент может проявиться, то именно, по-этому, наркомания воспринимается как не излечимое заболевание.

Проблему наркомании можно рассмотреть с научных позиций нейрофизиологии и современной научной психологии. С этих научных позиций наркомания представляется, как явление, возникшее в жизни человека. И возникает она по тем законам, которые открыты этими науками. Человек не рождается наркоманом. Человек становится наркоманом в каком-то возрасте. Чтобы стать наркоманом, человек должен в первый раз совершить поведение по приготовлению и употреблению наркотика. Без этого акта поведения не возможно стать наркоманом. Когда это поведение повторяется, то говорят, что он стал наркоманом. Следовательно: чтобы стать наркоманом человек впервые должен совершить поведение по приготовлению и употреблению наркотика и потом повторяет его в повседневной жизни. И только тогда у него возникает патологическое влечение к наркотику.

Чтобы понять патологическое влечение, понять психическую зависимость от него, необходимо понять, как возникло и организовано поведение по приготовлению и употреблению наркотика. Нужно понять, что скрывается за внешним проявлением патологического влечения. Нужно понять, какой процесс разворачивается в голове человека, который стал наркоманом.

Для совершения любого поведения сначала в голове человека разворачивается ориентировка, определяется цель поведения, потом строится план поведения (возникает желание) и принимается решение, после которого начинается реальное поведение. Для того, чтобы получить наркотическое опьянение, в голове наркомана разворачивается ориентировка ситуации, определяется цель поведения, строится программа приготовления и употребления. После чего им принимается решение начать реальное употребление. Без построения в голове всей этой последовательности поведения реальное употребление не начнется. Человек не станет наркоманом. Организация поведения будет строиться в соответствии с открытой академиком П.К.Анохиным структурой поведенческого акта.

Завершив, поведенческий акт по приготовлению и употреблению наркотика, человек испытывает приятное ощущение. На сленге наркоманов «кайф», что является положительным подкреплением данного поведения. Если мы смотрим на наркоманию с научных позиций нейрофизиологии, то должны признать, что перед нами классическая схема условного рефлекса, открытого академиком И.П.Павловым, когда совершенное поведение завершается положительным эмоциональным подкреплением.

Нейрофизиология позволяет понять, что возникновение наркомании, это возникновении временной связи между внешними объектами, связанными с наркотиком, и поведением человека. Через положительное подкрепление человек приобретает новые виды поведения, в том числе и наркотическое.

Также нейрофизиология показывает, что существует обратный процесс образованию временной связи, называемый угашением. Образование временной связи и её устранение, т.е угашение, все это законы, по которым возникают и прекращаются новые виды поведения у человека.

Сказанное в полной мере относится к наркомании. Пока в голове человека сохраняется временная связь внешних объектов с поведением человека, пока сохраняется структура поведения, связанная с наркотиком, человек остается наркоманом. Эту временную связь можно угасить, структура наркотического поведения воспроизводиться не будет. Исчезает физиологическая основа наркомании.

На таком понимании возникновении наркомании построена методика устранения психической зависимости, устранения обсессивного влечения к нему.

Психическая составляющая наркотического поведения, психическая зависимость от него, есть образы этого поведения. Это образы ситуаций, в которых происходило приготовление и употребление наркотика. Это образы целей наркотического поведения. Это образы программы приготовления и употребления наркотика. Это образы удовольствия, которое человек получает в результате приготовления и употребления наркотика.

Такое понимание психической зависимости позволяет психологическим языком описать наркологическое понятие патологического влечения к наркотику. Патологическое влечение к наркотику, это программа приготовления и употребления наркотика. Это образы данной программы. Иными словами- желание наркомана, то, что ему хочется совершить, то, что постоянно крутится в голове наркомана.

Наркоманию, с позиций нейрофизиологии правомерно рассмотреть как вновь возникшую функциональную систему. Согласно учения П.К.Анохина, функциональная система распадается, когда перейден афферентный минимум удерживающий ее в активном состоянии. Достигается такой результат путем угашения реакции на внешний стимул. Для этого достаточно отменить эмоциональное подкрепления совершаемой реакции.

Для устранения психической зависимости, её обсессивной формы, разработана методика итерационного угашения. Проверка результата итерационного угашения осуществляется с помощью теста, выявляющего наличие или отсутствие патологического влечения, «тяги» у наркомана.

Результаты проведения итерационного угашения представлены ниже.

1. Тест на измерение влечения к наркотику. Данные до и после процедуры итерационного угашения.

Процедура приготовления наркотика, до и после угашения

Время обследования	до						после					
Критерий	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Ложка	48	22	12	13	10	11	116	0	0	0	0	0
Шприц	27	19	20	17	11	22	116	0	0	0	0	0
Наркотик	10	12	16	16	16	46	116	0	0	0	0	0
Упаковка	31	16	14	14	15	26	116	0	0	0	0	0
Последовательность	24	12	14	21	16	29	116	0	0	0	0	0

Ёмкость для воды	60	15	9	12	10	10	116	0	0	0	0	0
Другие объекты	43	18	14	16	10	15	116	0	0	0	0	0

Процедура употребления наркотика, до и после угашения

Время обследования	до						после					
Критерий	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Укол	2	19	13	15	12	30	116	0	0	0	0	0
« Контроль»	2	13	15	16	15	32	116	0	0	0	0	0
Вдыхание	5	14	12	11	12	16	116	0	0	0	0	0
« Приход»	1	11	14	15	13	53	116	0	0	0	0	0

Объекты в квартире, до и после угашения

Время обследования	до							после					
Критерий	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4	5
Кухня													
Ложка	57	20	10	10	9	10		116	0	0	0	0	0
Ёмкость для воды	93	14	0	9	0	0		116	0	0	0	0	0
Другие объекты	81	7	9	12	3	4		116	0	0	0	0	0
Туалет													
Внешний вид	83	14	7	5	4	3		116	0	0	0	0	0
Другие объекты	94	9	7	3	2	1		116	0	0	0	0	0
Ванная комната													
Шкаф	108	7	1	0	0	0		116	0	0	0	0	0
Полки	109	4	2	0	1	0		116	0	0	0	0	0
Внешний вид комнаты	101	5	5	0	3	2		116	0	0	0	0	0
Другие объекты	95	8	6	4	1	2		116	0	0	0	0	0

Время обследования	до							после					
Критерий	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4	5
Комната													
Постель	50	14	13	13	11	15		116	0	0	0	0	0
Телефон	35	12	16	17	15	21		116	0	0	0	0	0
Кассеты	100	6	6	4	0	0		116	0	0	0	0	0
Музыка	72	19	9	7	5	4		116	0	0	0	0	0
Стол	80	12	9	9	4	2		116	0	0	0	0	0
Одежда	80	16	6	7	5	2		116	0	0	0	0	0
Записная книжка	51	16	11	12	16	10		116	0	0	0	0	0
Другие объекты	35	21	14	17	15	14		116	0	0	0	0	0

Объекты вне дома, до и после угашения

Время обследования	до							после					
Критерий	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4	5
Подъезд дома	42	26	12	12	10	14		116	0	0	0	0	0
Аптека	36	26	16	13	12	13		116	0	0	0	0	0
Автомобиль	47	17	13	15	12	12		116	0	0	0	0	0
Телефон-автомат	62	14	12	9	9	10		116	0	0	0	0	0

Внешний вид дилера	27	23	16	11	11	28	116	0	0	0	0	0
Внешний вид людей в наркотическом опьянении:												
глаза	18	18	21	14	13	32	116	0	0	0	0	0
лицо	38	16	14	16	14	18	116	0	0	0	0	0
манеры	29	19	16	12	18	22	116	0	0	0	0	0
Друга обиды	34	16	16	14	15	21	116	0	0	0	0	0

Психическое состояние, до и после угашения

Время обследования	до						после					
Критерий	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Депрессия	22	2	1	1	1	2	87	2	9	0	0	0
Агрессия	39	1	1	1	1	1	116	0	0	0	0	0
Колебания настроения	13	1	2	1	1	2	116	0	0	0	0	0
Бессонница	29	1	1	1	1	3	116	0	0	0	0	0
Апатия	20	1	1	1	1	3	98	8	5	5	0	0
Спокойно	0	3	3	3	1	2	0	0	1	1	2	54
Благополучие	56	1	1	1	5	3	2	3	1	2	2	46
Удовлетворение собой	58	1	1	7	5	1	2	4	1	2	2	48

Пол:

Муж. – 92

Жен. – 24

Употреблений наркотик:

Героин – 113

«Винт» - 3

Статистика употреблений:

До 1года – 17

До 2 лет – 32

До 3 лет – 18

До 4 лет – 17

До 5 лет – 32

Возраст:

17-24 лет – 67

24 -30 лет – 47

От 30и выше – 2

2. Статистическая обработка

Для статистических расчетов использованы математические методы обработки дискретных величин: параметрический метод Фишера с использованием ϕ (фи) функции, с поправками по Йетесу и Ван-дер-Вардену и непараметрический точный метод Фишера в модификации Урбах 1963 г. Критическое значение U критерия - 1,96 (при $p \leq 0,05$ или $p \leq 5\%$) и более достоверно.

Используемые сокращения:

N – количество наблюдений в выборке;

f – частота события (абсолютное число наблюдений);

p – доля (%);

$\pm m(p)$ – стандартная ошибка доли (%);

U – значение критерия Фишера;

$p \leq$ – вероятность нулевой гипотезы (ошибки) [1-4].

Для статистической обработки произведена группировка (суммирование) данных по критериям 1, 2, 3, 4, 5 ($1+2+3+4+5$). Пары выборок сформированы для сравнения: до лечения – сумма частот (f) критериев 1-5; после лечения – сумма частот (f) критериев 1-5.

Таблица 4.

Процедура приготовления наркотика, до и после угашения $N=116$

Время обследования	до			после			Значимость	
	f	$P\%$	$\pm m(p)\%$	f	$P\%$	$\pm m(p)\%$	U	$P \leq$
Ложка	68	58,6	4,6	0	0,8	0,9	11,82	0,001
Шприц	89	76,7	3,9	0	0,8	0,9	14,78	0,001
Наркотик	106	91,4	2,6	0	0,8	0,9	17,76	0,001
Упаковка	85	73,3	4,1	0	0,8	0,9	14,08	0,001
Последовательность	92	79,3	3,8	0	0,8	0,9	15,15	0,001
Ёмкость для воды	56	48,3	4,6	0	0,8	0,9	10,13	0,001
Другие объекты	73	62,9	4,5	0	0,8	0,9	12,44	0,001

Таблица 5.

Процедура употребления наркотика, до и после угашения $N=116$

Время обследования	до			после			Значимость	
	f	$P\%$	$\pm m(p)\%$	f	$P\%$	$\pm m(p)\%$	U	$P \leq$
Укол	89	76,7	3,9	0	0,8	0,9	14,78	0,001
«Контроль»	80	69,0	4,3	0	0,8	0,9	13,41	0,001
Вдыхание	65	56,0	4,6	0	0,8	0,9	11,35	0,001
«Приход»	106	91,4	2,6	0	0,8	0,9	17,76	0,001

Таблица 6.

Объекты в квартире, до и после угашения
N=116

Время обследования	до			после			Значимость	
	f	P%	$\pm m(p)\%$	f	P%	$\pm m(p)$	U	$P \leq$
Кухня								
Ложка	59	50,9	4,6	0	0,8	0,9	10,59	0,001
Ёмкость для воды	23	19,8	3,7	0	0,8	0,9	5,53	0,001
Другие объекты	35	30,2	4,3	0	0,8	0,9	7,30	0,001
Туалет								
Внешний вид	33	28,4	4,2	0	0,8	0,9	6,97	0,001
Другие объекты	22	19,0	3,6	0	0,8	0,9	5,34	0,001
Ванная комната								
Шкаф	8	6,9	2,4	0	0,8	0,9	2,55	0,02
Полки	7	6,0	2,2	0	0,8	0,9	2,25	0,03
Внешний вид	15	12,9	3,1	0	0,8	0,9	4,10	0,001
Другие объекты	21	18,1	3,6	0	0,8	0,9	5,14	0,001
Комната								
Постель	66	56,9	4,6	0	0,8	0,9	11,51	0,001
Телефон	81	69,8	4,3	0	0,8	0,9	13,57	0,001
Кассеты	16	13,8	3,2	0	0,8	0,9	4,31	0,001
Музыка	44	37,9	4,5	0	0,8	0,9	8,59	0,001
Стол	36	31,0	4,3	0	0,8	0,9	7,47	0,001
Одежда	36	31,0	4,3	0	0,8	0,9	7,47	0,001
Записная книжка	65	56,0	4,6	0	0,8	0,9	11,36	0,001
Другие объекты	81	69,8	4,3	0	0,8	0,9	13,57	0,001

Таблица 7.

Объекты вне дома, до и после угашения
N=116

Время обследования	до			после			Значимость	
	f	P%	$\pm m(p)\%$	f	P%	$\pm m(p)$	U	$P \leq$
Подъезд дома	74	63,8	4,5	0	0,8	0,9	12,60	0,001
Аптека	80	69,0	4,3	0	0,8	0,9	13,41	0,001
Автомобиль	69	59,5	4,6	0	0,8	0,9	11,82	0,001
Телефон-автомат	54	46,6	4,6	0	0,8	0,9	9,98	0,001
Внешний вид дилера	89	76,7	3,6	0	0,8	0,9	14,78	0,001
Внешний вид людей в наркотическом опьянении:								
А) - глаза	98	84,5	3,4	0	0,8	0,9	16,14	0,001
Б) - лицо	78	67,2	4,4	0	0,8	0,9	13,08	0,001
В) - манеры	87	75,0	4,0	0	0,8	0,9	14,42	0,001
Друга обиды	82	70,7	4,2	0	0,8	0,9	13,74	0,001

Таблица 8.

Психическое состояние, до и после угашения
N=116

Время обследования	до			после			Значимость	
	f	P%	$\pm m(p)\%$	f	P%	$\pm m(p)$	U	$P \leq$
Депрессия	94	81,0	3,6	2	25,0	0,9	10,33	0,001
Агрессия	77	66,4	4,4	0	0,8	0,9	12,92	0,001
Колебания настроения	103	88,8	2,9	0	0,8	0,9	17,25	0,001
Бессонница	87	75,0	4,0	0	0,8	0,9	14,42	0,001
Апатия	96	82,8	3,5	1	15,5	0,9	13,76	0,001
Спокойно	113	97,4	1,6	1	90,5	0,9	1,41	-
Благополучие	60	51,7	4,6	1	98,3	0,9	9,50	0,001
Удовлетворение	58	50,8	4,6	1	98,3	0,9	9,80	0,001

Выраженность клинических проявлений

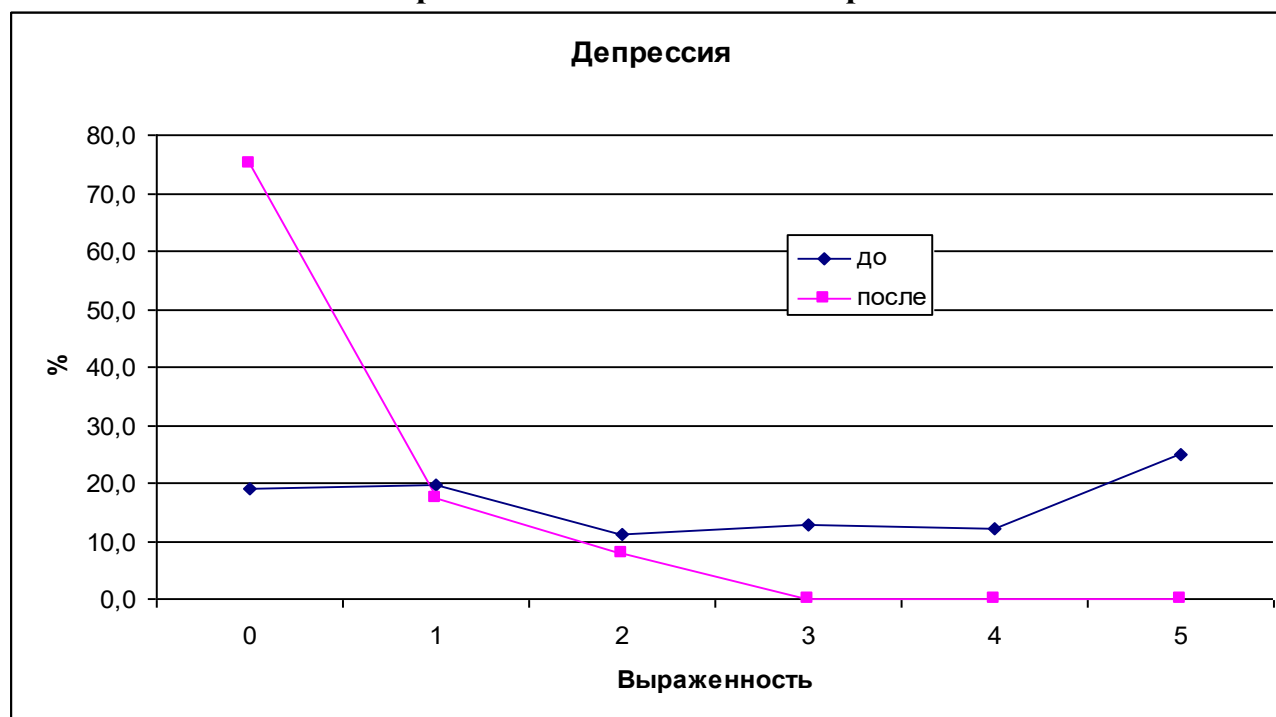


Рисунок 4.

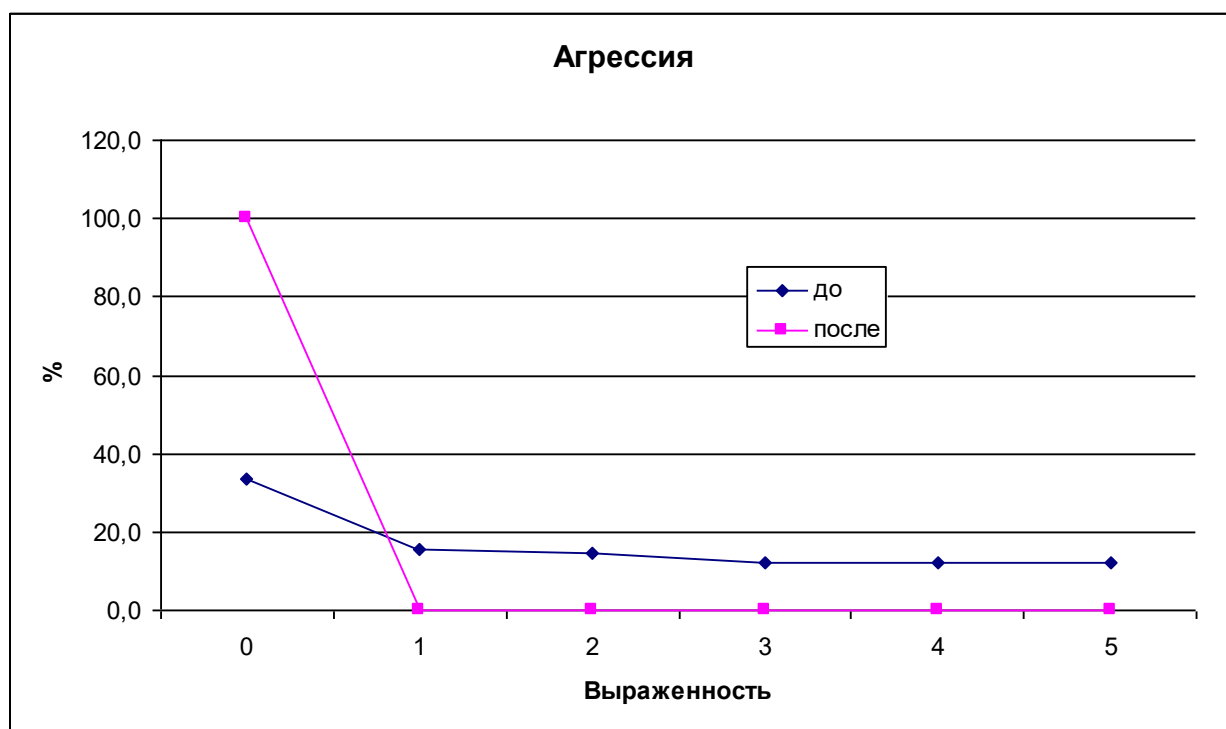


Рисунок 5.

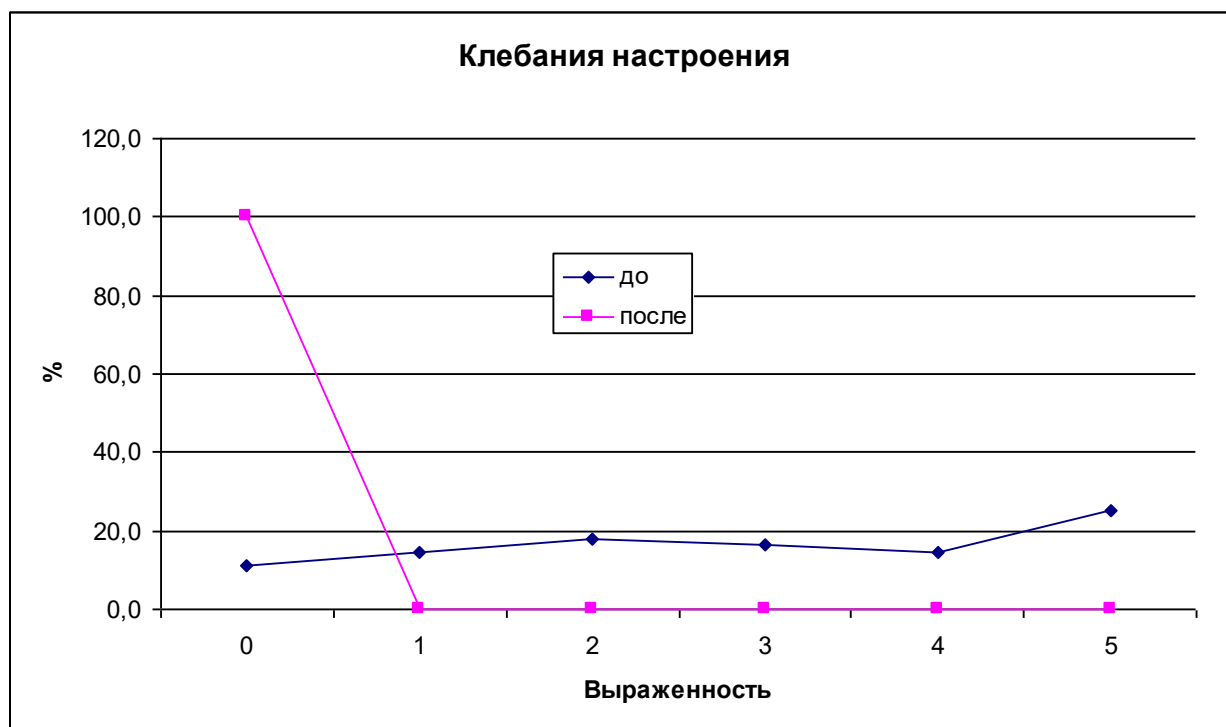


Рисунок 6.

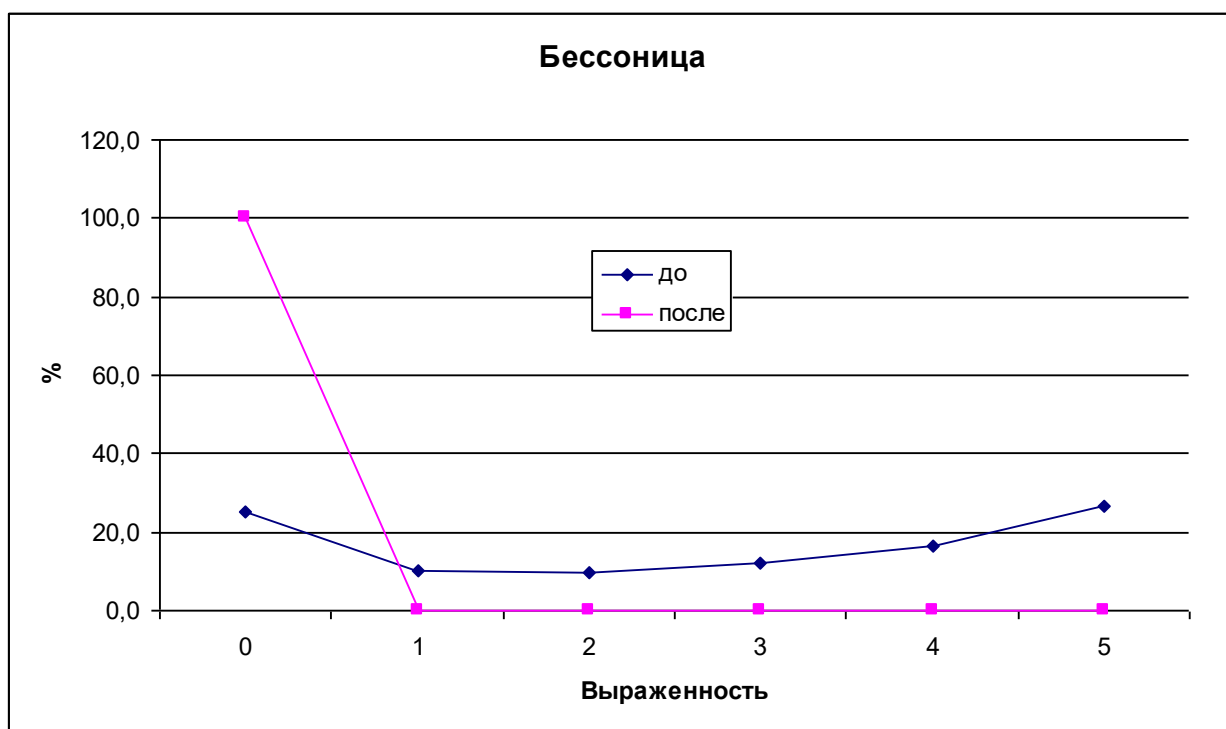


Рисунок 7.

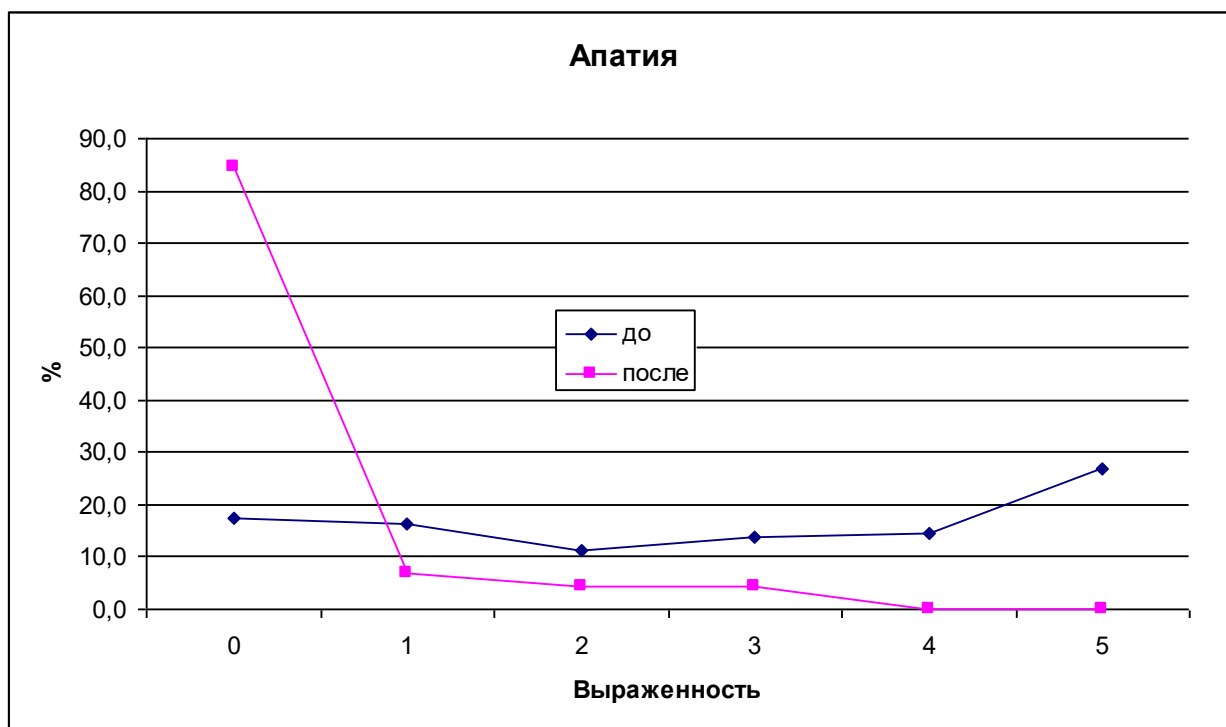


Рисунок 8.

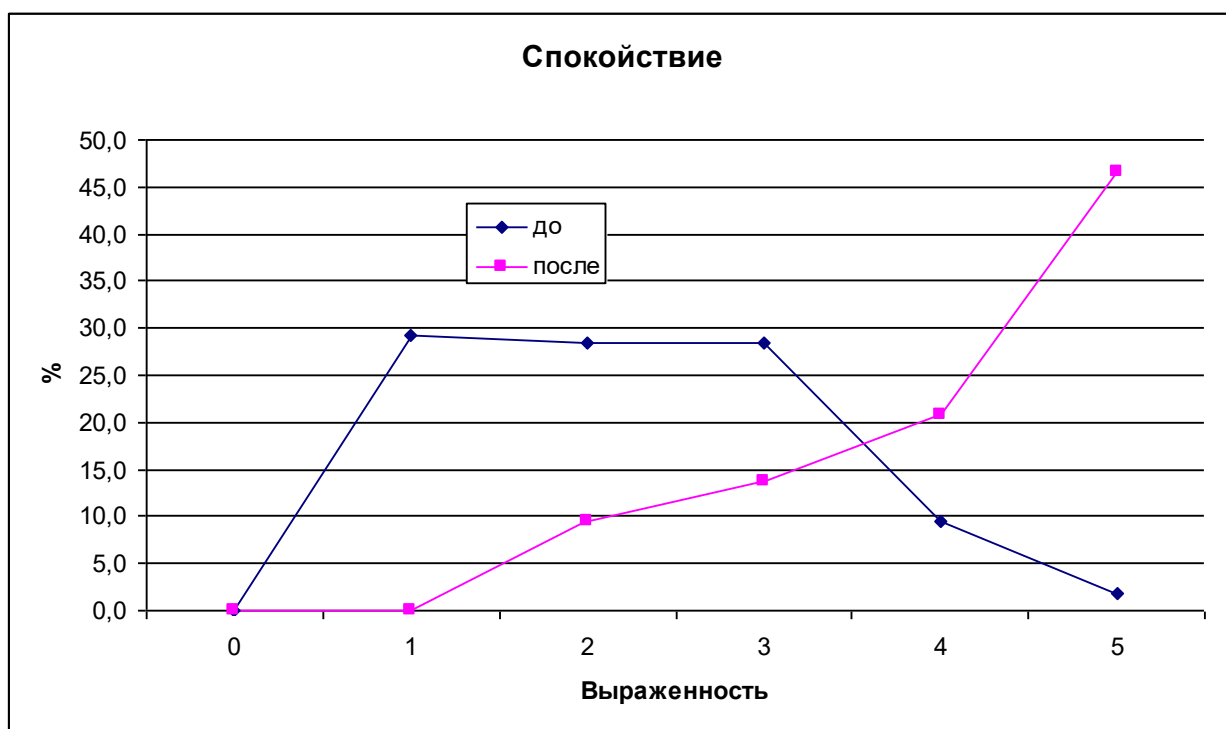


Рисунок 9.

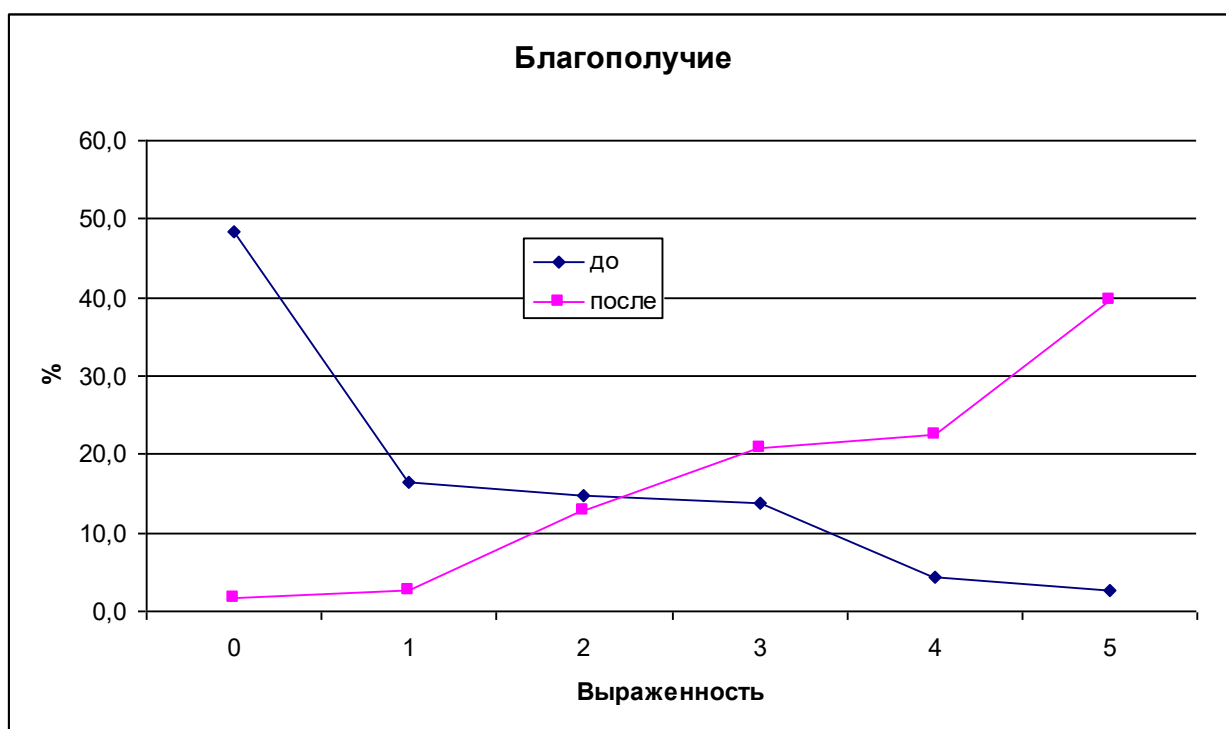


Рисунок 10.

Общая статистика выборки.



Рисунок 11.



Рисунок 12.

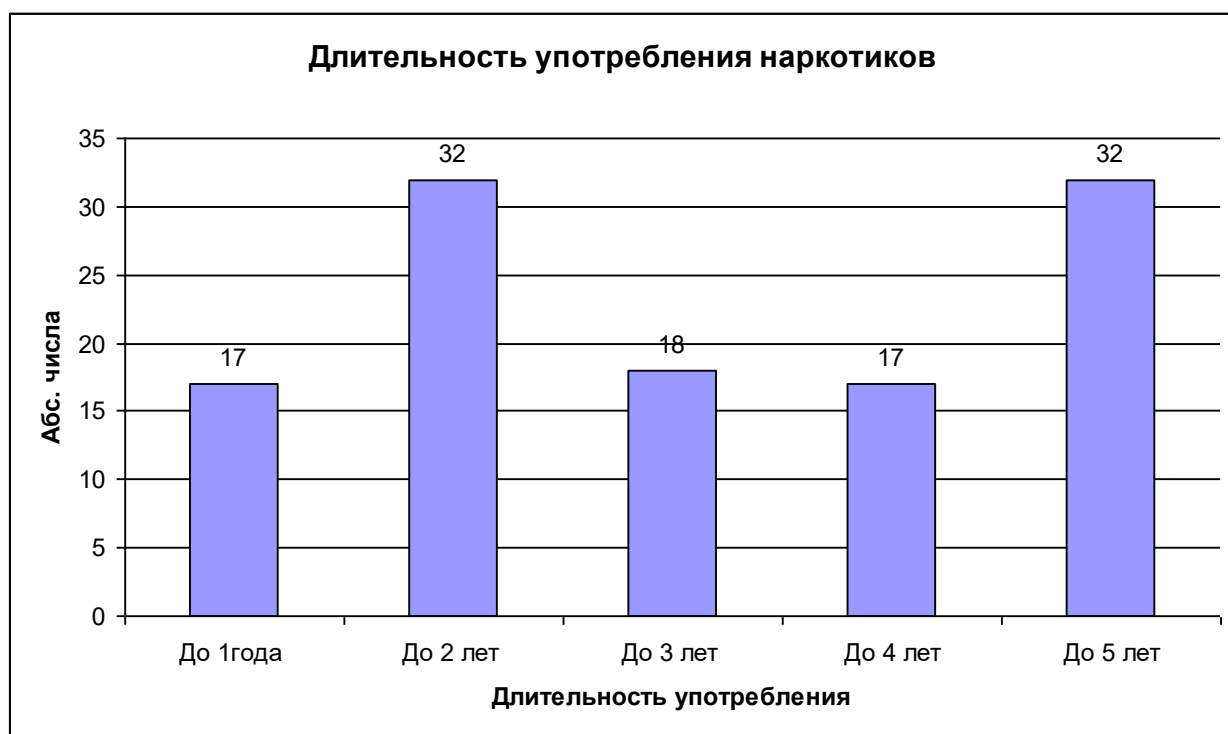


Рисунок 13.

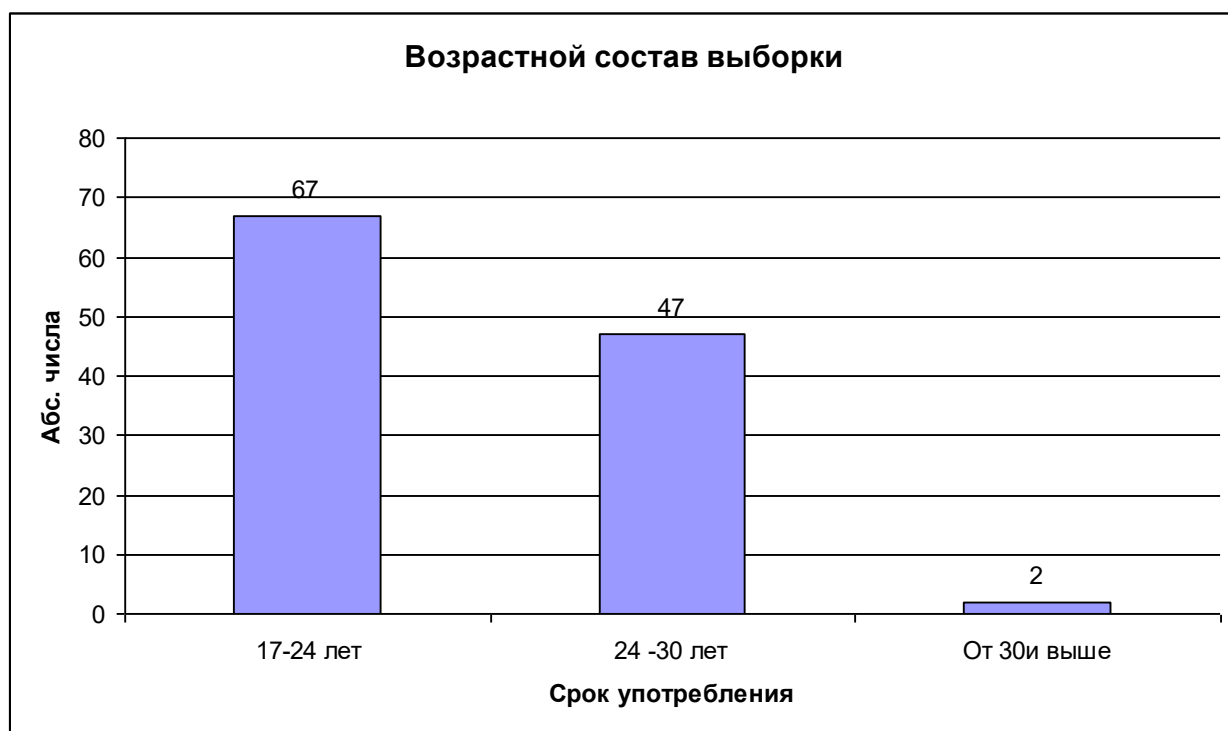


Рисунок 14.

Результаты обработки тестов до и после процедуры угашения позволяют утверждать, что патологическое влечение, её обсессивная форма, устраняется психологическими средствами, итерационным угашением. Данная методика итерационного угашения применяется с 1997 года.

ГЛАВА 3

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

3.1. Актуальность проблемы последствий алкоголизации населения в России

Социализация последствий алкоголизации населения является одной из самых острых проблем общественного здравоохранения во многих странах мира. Ежегодно в мире от интоксикации алкоголем умирает 3,5 млн человек, что составляет 7,6% от всех смертей мужчин и 4,0% от всех смертей женщин.

Несмотря на то, что алкогольные и различные алкогольные изделия употребляет только половина населения земного шара, алкоголь является третьей ведущей причиной болезней и преждевременной смерти во всем мире. Неблагоприятные эффекты алкоголя не ограничиваются прямым ущербом здоровью лиц, злоупотребляющих им, поскольку включают широкий спектр социальных проблем в виде «пьяной» преступности, бытового насилия, семейной нестабильности, снижения трудоспособности, отвлечения государственных ресурсов на оказание медицинской помощи, борьбу с преступностью и нарушениями общественного порядка. В совокупности материальный ущерб от последствий употребления алкоголя значительно существеннее, чем от табакокурения и намного превышает издержки, связанные с употреблением наркотиков.

В 2010 мировой уровень потребления алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше в среднем составил 6,2 литра. При этом 50,1% всех «алкогольных напитков» выпивается в виде крепкого алкоголя, 34,8% в виде пива, и только 8% в виде вина. 61,7% населения планеты в возрасте 15 лет и старше не употребляют алкоголь, а 48% не употребляли алкоголь в течение всей жизни. В то же время, 16% населения планеты в возрасте 15 лет и старше вовлечены в «тяжелое» эпизодическое пьянство (употребление более 60 мл. абсолютного алкоголя за одну выпивку, по крайней мере, в течение месяца). В целом, уровень потребления алкоголя, а также распространенность «тяжелого» эпизодического пьянства выше в странах с высоким уровнем доходов. В период с 2005 по 2010 гг. уровень потребления алкоголя в мире несколько вырос преимущественно за счет роста в Юго-Восточной Азии. В то же время отмечалось снижение этого показателя в Африке, Америке, и в особенности, в Европейском регионе (с 12,2 до 10,9 литров). Согласно прогнозу, рост уровня потребления алкоголя в половине регионов мира будет продолжаться вплоть до 2025 г.

Европа является самым пьющим континентом, несмотря на тенденцию снижения уровня потребления алкоголя на душу населения, которая отмечается на протяжении последних десятилетий во многих странах. По оценкам группы международных экспертов удельный вес алкогольной смертности в структуре общей смертности в Европе составляет 6,1% (11% от всех смертей мужчин и 0,8% от всех смертей женщин). В 2003 г. общая стоимость ущерба, связанного с употреблением алкоголя в Европе оценивалась в 125 миллиардов евро. Из этой суммы 66 миллиардов составили средства, потраченные на преодоление алкогольных проблем, а 59 миллиардов составил экономический ущерб от потери продуктивности вследствие прогулов и преждевременной смертности. Кроме прямых материальных потерь

существуют и косвенные, которые сложно поддаются рутинному бухгалтерскому учету но, тем не менее, приблизительно оцениваются в 152-764 миллиардов евро.

Бремя связанных с алкоголем проблем в странах Восточной Европы самое высокое в мире. По данным ВОЗ общий уровень потребления алкоголя в России составляет 22,3 литра на душу населения в возрасте 15+ (32 литра для мужчин и 12,6 литра для женщин). Абстинентами (по критерию не употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев) являются 25,2% мужчин и 38% женщин). Распространенность «тяжелого» эпизодического пьянства составляет 19,1% (29,8% среди мужчин и 10,3% среди женщин). Распространенность связанных с алкоголем проблем со здоровьем в среднем составляет 17,4% (31% среди мужчин и 6,2% среди женщин) (Аналогичный показатель в среднем для Европы составляет 7,5%). Распространенность алкогольной зависимости (алкоголизма) в среднем составляет 9,3% (16,5% среди мужчин и 3,3% среди женщин) (Аналогичный показатель в среднем для Европы составляет 4%).

Серьезной проблемой в Российской Федерации остается сложная демографическая ситуация. На 2016 год численность населения в России составила 146,5 млн человек. Несмотря на снижение смертности и рост рождаемости, отмечающийся в последние годы, естественный прирост населения в стране не столь значителен, в 2015 году он составил всего 32 тыс. человек. Ежегодно в стране умирает около 2 млн человек, при этом высоким остается уровень преждевременной смертности. Среди причин преждевременной смертности в России на первом месте находятся болезни системы кровообращения (804,2 на 100 тысяч населения), на втором – новообразования (206,2 на 100 тысяч населения); третье место занимают так называемые внешние причины (145,5 на 100 тысяч населения): несчастные случаи, травмы, отравления, убийства, самоубийства. Среди лиц трудоспособного возраста вклад внешних причин в смертность выше, чем вклад заболеваний сердечнососудистой системы.

Особенностью демографического кризиса в современной России, в отличие от европейских стран, является сверхсмертность среди мужчин трудоспособного возраста. Анализ причин высокой смертности в России позволяет считать алкогольный фактор «локомотивом кризиса смертности», уносящим ежегодно сотни тысяч человеческих жизней, причем преимущественно лиц трудоспособного возраста. Алкогольные потери страны в период 1980-2001 гг., в среднем составили 426 тыс. человек в год: 272,1 тыс. мужчин и 153,9 тыс. женщин.

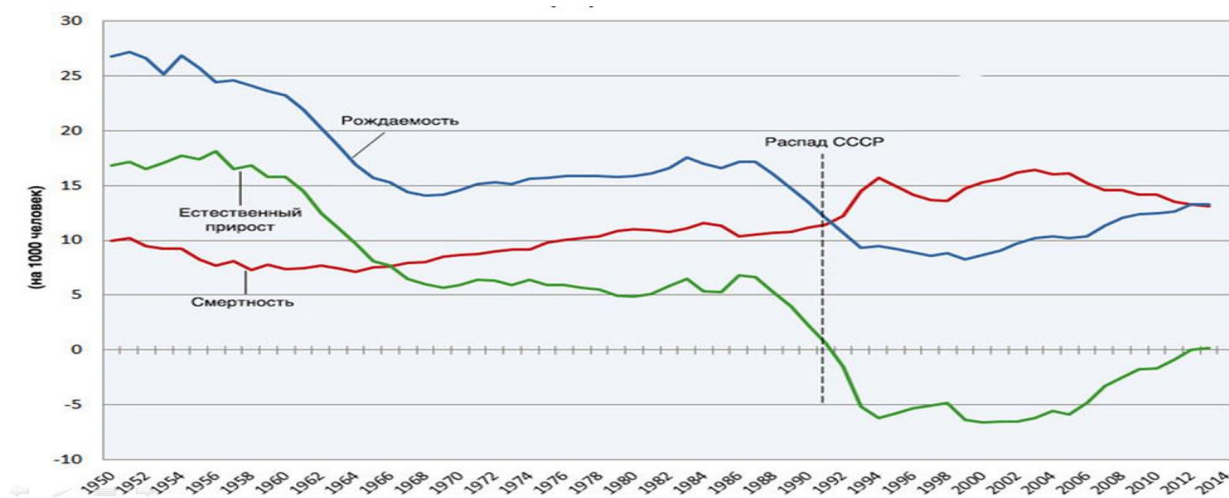


Рисунок 15. Динамика уровня смертности, рождаемости и естественного прироста населения в России

Имеются основания считать, что между уровнем потребления алкоголя и продолжительностью жизни существуют тесные взаимные связи: повышение уровня потребления алкоголя ведет к сокращению продолжительности жизни за счет роста смертности, а снижение потребления - к её увеличению. С помощью анализа временных серий было показано, что рост уровня потребления алкоголя на 1 литр на человека в год (л/чел/год) в диапазоне 10-18 л. «отнимает» у мужчин 1 год, у женщин 4,6 месяца жизни.

Алкогольная смертность в России не исчерпывается алкогольными отравлениями и включает значительный процент убийств, самоубийств, смертей от цирроза, сердечнососудистых заболеваний, инсультов, панкреатита, болезней органов дыхания, рака органов системы пищеварения. Алкоголь в крови был обнаружен у 66,5 % жертв насильственной смертности (в трудоспособном возрасте – в 71,5 %), в том числе в 59,6 % случаях самоубийств, в 73,3% случаев убийств; в 35,3 % случаев смерти в результате травм; в 55,5 % случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий, в 62,0 % случаев смертельных обморожений; в 76,9 %; при утоплениях – в 80,7 % случаев смертельных отравлений угарным газом.

Кроме того, больные алкоголизмом и злоупотребляющие алкоголем создают большую нагрузку в деятельность лечебных учреждений: около 40 % пациентов мужского и 7 % женского пола стационаров имеют алкогольные проблемы.

Острой проблемой в России является пьяная преступность. В 2011 году было совершено 263,3 тыс. преступлений в состоянии алкогольного опьянения при удельном весе в общем массиве зарегистрированных преступлений 20,1%, а в 2016 году совершено 440,2 тысячи таких преступлений, а удельный вес составил 37% от числа расследованных преступлений.

Сегодняшние масштабы алкоголизации населения России являются не только одной из причин высокой заболеваемости и смертности, но значительно ухудшают качество жизни населения страны.

Анализ влияния алкоголя на здоровье и смертность населения России свидетельствует о негативных эффектах частого употребления алкоголя, в особенности водки. Согласно данным Российского Мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) частое потребление водки приводит к значительному росту риска смерти и укорачивает жизнь в среднем на 9-10 лет.

Особую озабоченность вызывают масштабы алкоголизации молодого поколения. Результаты социологических опросов говорят о том, что возраст первого употребления алкогольных напитков с каждым годом уменьшается. Так, если в 1991 году молодые люди начинали употреблять спиртное в среднем с 15,5 лет, то в 2001 году – уже с 11 лет. Каждый третий подросток в возрасте 12 лет употребляет пиво, а среди 13-летних подростков распространенность употребления пива достигает 70% . Именно с употребления пива обычно начинается «знакомство» подростков с алкоголем.

Тяжесть бремени алкогольных проблем в России определяется сочетанием таких факторов как высокий общий уровень потребления алкоголя (в значительной степени обусловленный его доступностью), преобладание в структуре потребления крепкого алкоголя, вредный (интоксикационно-ориентированный) паттерн потребления алкоголя, распространенность потребления токсичных суррогатов алкоголя. Высокий общий уровень потребления алкоголя является ключевым фактором в этой последовательности фатальных переменных. Необходимо

подчеркнуть, что главной проблемой является не столько алкоголизм, сколько бытовое пьянство «умеренно» пьющих российских граждан. Алкоголизм, как медицинское явление, касается относительно небольшой части населения, в то время как пьянство — социальная проблема, касающаяся значительной части населения.

3.2. Бремя связанных с алкоголем проблем в России

3.2.1. Алкоголь как фактор низкой ожидаемой продолжительности жизни

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении является важнейшим демографическим показателем и признанным индикатором качества жизни и здоровья населения. ОПЖ при рождении показывает количество лет, которое проживет новорожденный, если условия для сохранения жизни, существующие на момент его рождения, останутся неизменными на всем протяжении его жизни. Поэтому социально-демографическая политика государства должна быть направлена на увеличение ОПЖ. Продолжительность жизни зависит от многих факторов: образа жизни, уровня доходов, воспитания и образования человека, наследственности, уровня загрязнения окружающей среды, качества питания, развития системы здравоохранения, уровня преступности и многих других. Одним из феноменов, активно обсуждаемым экспертным сообществом являются значительные различия в ОПЖ между Россией и экономически развитыми странами Запада. Причем эти различия стали увеличиваться с середины 1970-х гг., и только на протяжении последнего десятилетия стали уменьшаться (рисунок 16.). Тесно связанным с этим феноменом является значительная разница между ОПЖ мужчин и женщин в России, достигавшая в определенные периоды 13,5 лет. По мнению большинства исследователей, алкоголь является ключевым фактором значительных гендерных различий в ОПЖ, а также отставания в уровне этого показателя России от стран Запада.

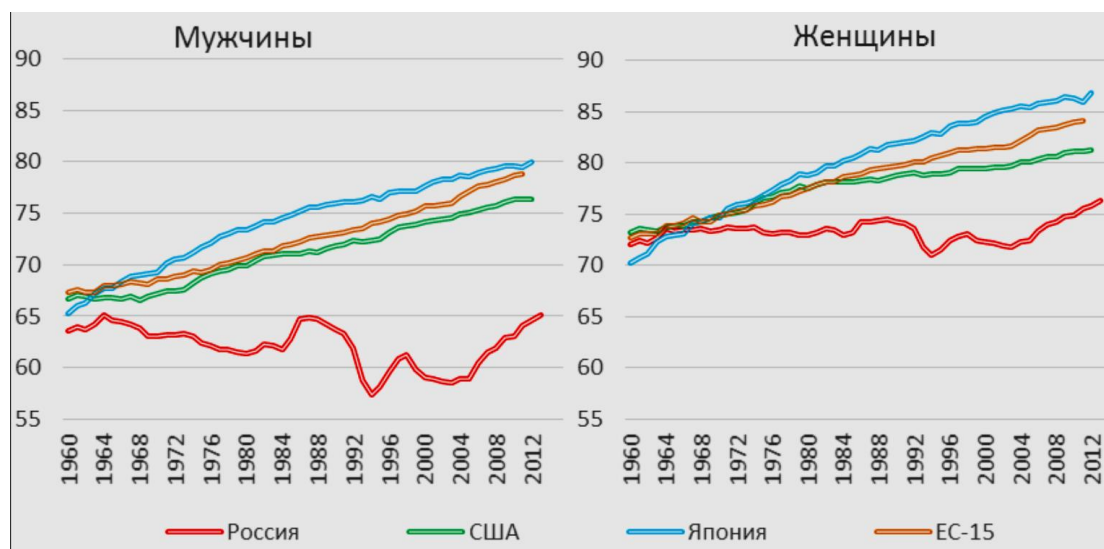


Рисунок 16. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, ЕС-15, США и Японии, 1960-2013, лет

На рисунках 17 и 18 представлена динамика ОПЖ мужчин и женщин в период с 1970 по 2015 гг. В рассматриваемый период данный показатель демонстрировал

резкие колебания: снижение в период с 1965 по 1980 гг.; незначительный рост в начале 1980-х; существенный рост в период с 1984 по 1987 гг. (+5% (с 61,7 до 64,8 года) у мужчин и +4,3% (с 73,0 до 74,3 года) у женщин); резкое снижение в период с 1987 по 1994 гг. (-11,4% (с 64,8 до 57,4 года) у мужчин и -4,2% (с 74,3 до 71,1 года) у женщин); рост в период с 1994 по 1997 гг. (+6,6% (с 57,4 до 61,2 года) у мужчин и +2,8% (с 71,1 до 73,1 года) у женщин); снижение в период с 1997 по 2003 гг. (-4,4% (с 61,2 до 58,5 года) у мужчин и -1,6% (с 73,1 до 71,9 года) у женщин); резкий рос в период с 2003 по 2014 гг. (+11,6% (с 58,5 до 65,3 года) у мужчин и +6,4% (с 71,9 до 76,5 года) у женщин).

Графические данные говорят о том, что тенденция постепенного снижения данного показателя, отмечавшаяся в 1970-х годах была прервана резким его ростом в середине 1980-х годов, который соотносится с антиалкогольной кампанией Горбачева-Лигачева. Резкое снижение ОПЖ в России в первой половине 1990-х годов было обусловлено преимущественно ростом уровня насильственной и связанной с алкоголем смертности [27]. Известно, что ОПЖ мужчин в большей степени подвержена влиянию различных неблагоприятных факторов, включая злоупотребление алкоголем. Эта закономерность хорошо иллюстрируется более выраженной амплитудой колебания ОПЖ мужчин в течение рассматриваемого периода. Анализ визуальных данных, представленных на рисунках 16 17, говорит о том, что колебания трендов ОПЖ мужчин и женщин находятся в противофазе с общим уровнем потребления алкоголя на душу населения, что подтверждается результатами корреляционного анализа Спирмана, выявившим наличие отрицательной корреляции между потреблением алкоголя и ОПЖ мужчин ($r=-0,93; p=0,000$) и женщин ($r=-0,89; p=0,000$).

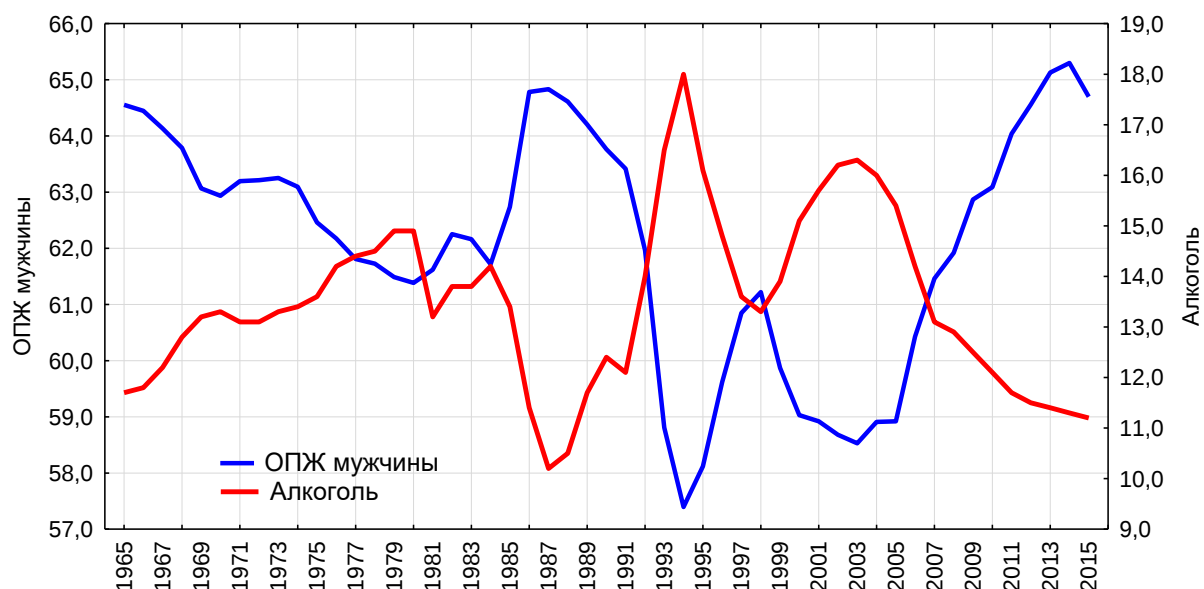


Рисунок 17. Динамика уровня потребления алкоголя и ОПЖ мужчин в России, 1965-2015 гг.

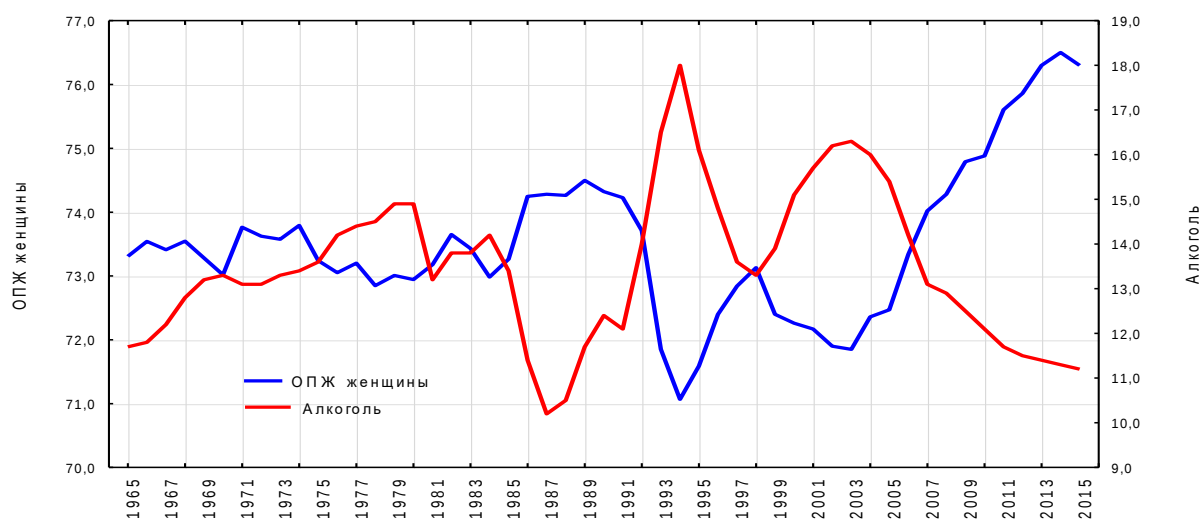


Рисунок 18. Динамика уровня потребления алкоголя и ОПЖ женщин в России, 1965-2015 гг.

3.2.2. Вклад алкоголя в уровень общей смертности

Уровень общей смертности является интегральным показателем состояния здоровья населения и, кроме того, может отражать спектр медицинских и социальных проблем, вызванных употреблением алкоголя. Многие эксперты считают, что злоупотребление алкоголем является главным фактором высокого уровня общей смертности в России. Данная точка зрения подтверждается синхронными колебаниями уровня потребления алкоголя и уровня общей смертности на протяжении последних десятилетий (рис.). Согласно результатам корреляционного анализа Спирмана общий уровень потребления алкоголя тесно коррелирует с уровнем общей смертности мужчин ($r=-0,90$; $p=0,000$) и женщин ($r=-0,80$; $p=0,000$).

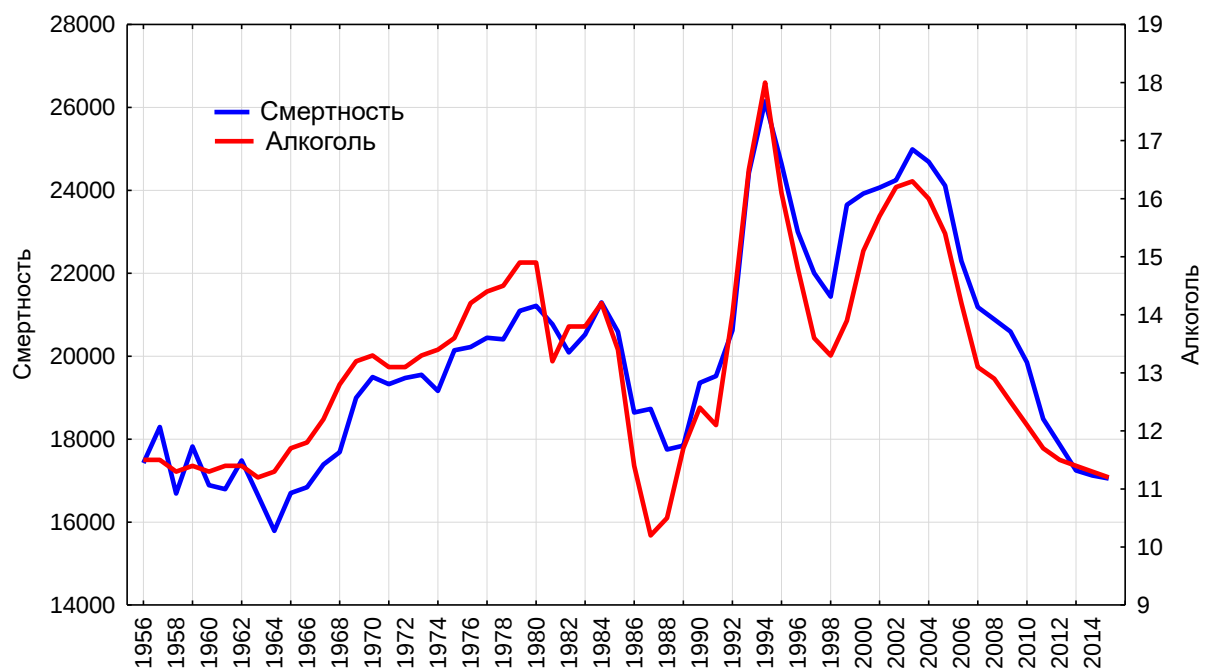


Рисунок 19. Динамика уровня потребления алкоголя и общей смертности мужчин в России, 1956-2015 гг.

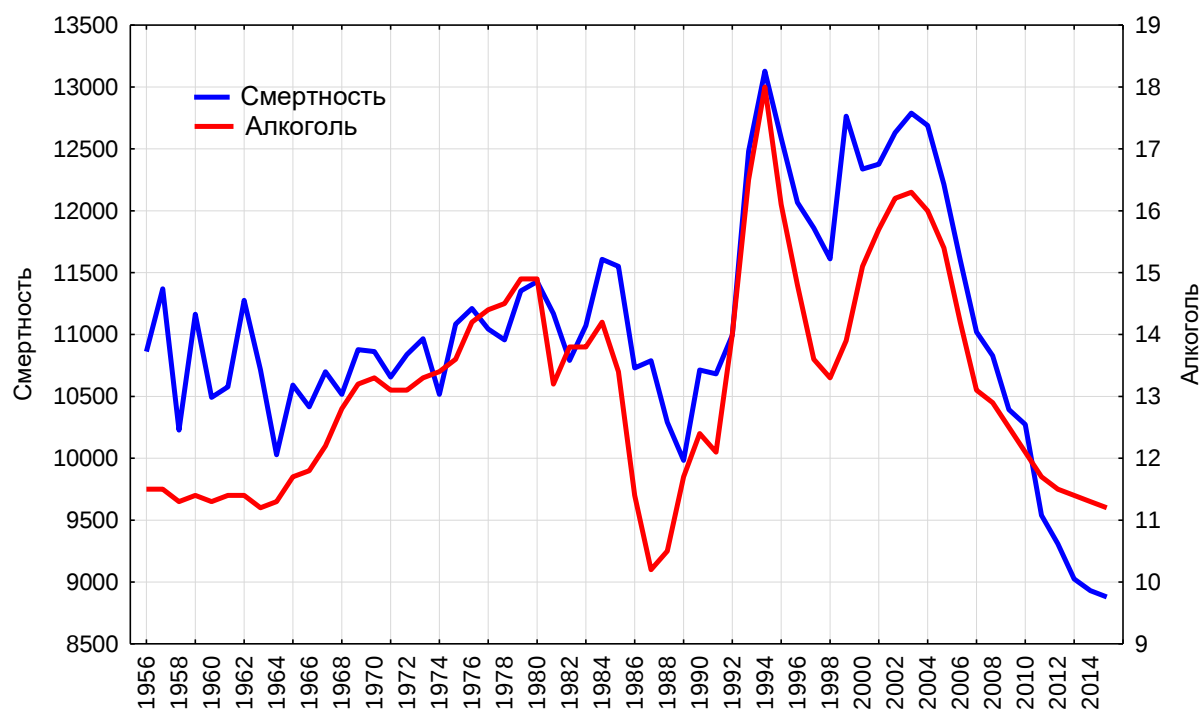


Рисунок 20. Динамика уровня потребления алкоголя и ОПЖ женщин в России, 1956-2015 гг.

На протяжении последних десятилетий главной составляющей «кризиса» смертности в России был высокий уровень смертности населения в возрастах от 15 до 64 лет, в особенности «сверхсмертность» мужчин трудоспособного возраста. В 2005 г., вероятность умереть в возрастах от 15 до 64 лет составляет в России 58% и 24% для мужчин и женщин соответственно. В странах Западной Европы аналогичный показатель составил 21% и 11% для мужчин и женщин, соответственно. Среди причин смерти лиц трудоспособного возраста первое место занимает насильственная смертность, за ними с небольшим отрывом следуют болезни системы кровообращения. На долю причин смерти, непосредственно связанных с алкоголем приходится около 10% от общих потерь в возрастах 15–64 года.

Динамика уровня общей смертности в России в период с 1956 по 2015 гг. демонстрировала резкие колебания: существенный рост в 1960-е и 1970-е годы, резкое снижение в середине 1980-х (в период с 1984 по 1988 гг. уровень смертности снизился на 16,6% среди мужчин и на 11,3% среди женщин), резкий рост в первой половине 1990-х (в период с 1991 по 1994 гг. уровень смертности вырос на 33,9% среди мужчин и на 22,9% среди женщин), существенное снижение в период с 1994 по 1998 годы, затем данный показатель снова стал расти вплоть до 2003 года, после чего стал быстро снижаться. В период с 2003 по 2014 гг. уровень общей смертности снизился на 31,8% среди мужчин и на 30,5% среди женщин.

Роль алкоголя как ключевого фактора высокого уровня общей смертности в России хорошо иллюстрируется тесной корреляцией между динамикой разницы между уровнем общей смертности женщин и мужчин и динамики уровня потребления алкоголя ($r=0,86$; $p<0,000$) (рис.). Анализ временных серий показал, что гендерные различия в уровне общей смертности на 54,6% обусловлены алкогольным фактором.

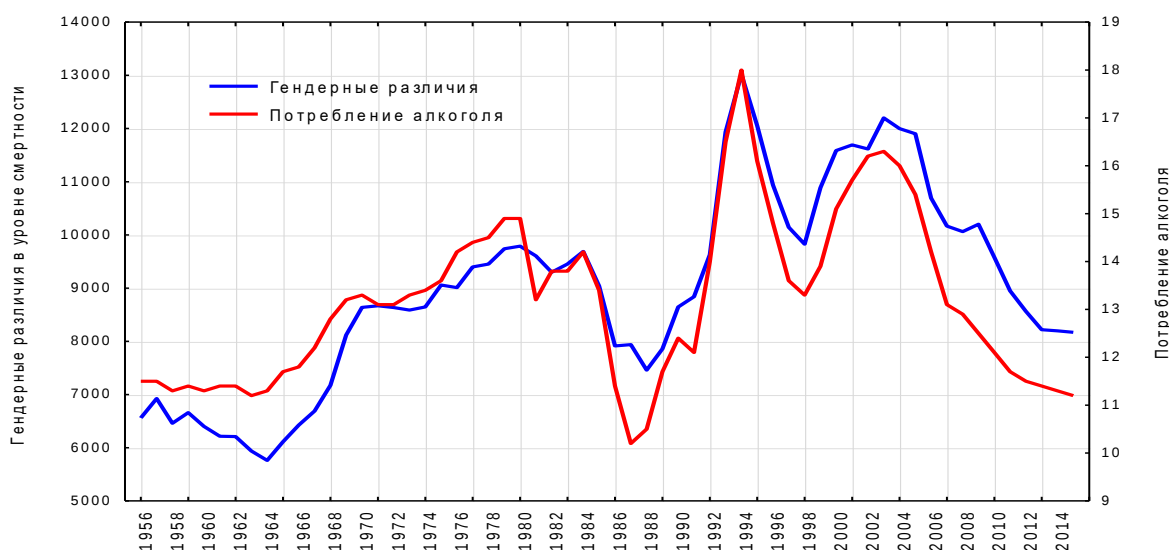


Рисунок 21. Динамика уровня потребления алкоголя и гендерных различий в уровне общей смертности в России, 1956-2015 гг.

Причины резкого колебания уровня общей смертности в России на протяжении последних десятилетий обсуждались в многочисленных научных публикациях. Не вызывает сомнения тот факт, что существенное снижение уровня общей смертности в середине 1980-х годов прошлого века был обусловлен снижением уровня алкогольной смертности вследствие ограничения доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании. Алкогольный фактор сыграл ключевую роль в резком росте уровня общей смертности в первой половине 1990-х годов прошлого века.

Снижение уровня общей смертности, которое отмечалось в России после 2003 г., является наиболее длительным позитивным трендом, начиная с середины 60-х годов прошлого века. Существенное снижение смертности, начавшееся в 1985 г. и продолжавшееся 3 года, было обусловлено снижением доступности алкоголя в результате антиалкогольной кампании. Очередное снижение смертности, начавшееся в 1995 г., продолжалось 4 года и было обусловлено рядом причин, одной из которых является снижение экономической доступности алкоголя. Начавшееся в 2004 г. снижение смертности продолжается уже более 10 лет, и это стало объектом пристального внимания экспертного сообщества. При этом все спекуляции на тему алкогольной ситуации в современной России сводятся к тому, является ли снижение уровня смертности эффектом новых антиалкогольных мер, либо данный феномен имеет другое объяснение.

Первое исследование, посвященное феномену снижения уровня смертности в России после 2003 г. было проведено Школьниковым и соавторами, которые, в частности, показали, что увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в возрастной группе 15-44 года отмечалось преимущественно за счет снижения уровня смертности от внешних причин, в то время как увеличение ОПЖ в возрастной группе 45-64 года было обусловлено снижением смертности от ИБС. Резкое снижение уровня связанной с алкоголем смертности, начавшееся в 2006 г., позволило авторам предположить, что вероятной причиной этого снижения было принятие законодательных актов, регулирующих алкогольный рынок. В тоже время, авторы не исключили возможную роль в этом снижении каких-то дополнительных факторов.

В более позднем исследовании Neufeld и Rehm проведя сравнительный анализ динамики уровня потребления алкоголя, уровня различных видов смертности, а также

уровня заболеваемости и болезненности алкоголизмом попытались ответить на вопрос: было ли снижение уровня смертности связано с принятием антиалкогольных законов в 2005 г. В качестве одного из аргументов в поддержку данной гипотезы авторы указывают на тот факт, что в период с 2006 по 2010 годы резко снизился уровень смертности от внешних причин. Однако основным аргументом авторы считают результаты сравнения уровня смертности от различных причин в период с 2000 по 2005 гг. и с 2006 по 2010 гг. Согласно их расчетам средний уровень общей смертности, сердечнососудистой смертности, смертности от внешних причин, злокачественных новообразований, заболеваемости и болезненности алкоголизмом среди мужчин и женщин в первом временном промежутке оказался статистически значимо выше, чем во втором. По мнению авторов, эти данные дают основания полагать, что снижение уровня смертности в этот период, по крайней мере, частично, является следствием принятием новых антиалкогольных законов. В порядке дискуссии авторы обсуждают альтернативную гипотезу, отводящую основную роль в снижении уровня смертности улучшению экономической ситуации в стране, однако сразу же ее опровергают на основании отрицательной корреляции между ВВП на душу населения и уровнем потребления алкоголя.

В одной из немногих отечественных работ Немцов и Шелыгин оценили эффект законов 2005 г. на уровень потребления алкоголя в стране в течение последующих лет. В качестве косвенного индикатора уровня потребления алкоголя использовался показатель смертности от острых алкогольных отравлений. В первую очередь авторы обратили внимание на то, что снижение уровня смертности началось в 2004 г., т. е. за два года до начала действия новых антиалкогольных законов и было резко ускорено в 2006 г. Было показано, что в 2006 г. произошло значимое снижение уровня смертности от алкогольных отравлений и, соответственно, уровня потребления алкоголя в стране. Этот перелом тренда смертности совпадает с началом действия двух антиалкогольных законов 2005 г. (№102-ФЗ и №209-ФЗ).

В совокупности представленные данные свидетельствуют о том, что доступность алкоголя была ключевой детерминантой резких колебаний уровня общей в России на протяжении последних десятилетий. Наиболее четким эффект мероприятий по ограничению доступности алкоголя на уровень смертности был в период антиалкогольной кампании 1985-1988 гг., а также в 2005-2015 гг., после принятия законодательств, которые привели к реальному снижению уровня потребления алкоголя.

3.2.3. Вклад алкоголя в уровень смертности от различных причин

Одним из интегральных показателей, используемых с целью оценки масштаба ущерба, причиняемого употреблением алкоголя, является фракция алкогольной смертности (ФАС) или alcohol-attributable fraction (AAF). ФАС определяется как пропорция связанной с алкоголем смертности в структуре общей смертности, которой удалось бы избежать в гипотетической ситуации, когда уровень потребления алкоголя был бы равен нулю. ФАС оценивается для различных причин смерти различными способами. В том случае, если алкоголь является единственным этиологическим фактором (острое алкогольное отравление, алкоголизм и алкогольный психоз) ФАС составляет 100%. Для других причин смерти ФАС оценивается исходя из относительного риска на основании метаанализов отдельно для мужчин и женщин.

Относительный риск рассчитывается как соотношение вероятности развития заболевания, приведшего к смерти в течение определенного периода времени среди тех, кто употребляет алкоголь по сравнению с абстинентами, т. е. лицами, которые практически не употребляют алкоголь. В таблице представлен относительный риск для отдельных причин смерти в зависимости от дозы алкоголя. Согласно этим данным при употреблении алкоголя в дозе, эквивалентной 75 г в день (в пересчете на абсолютный алкоголь), риск развития рака губ, полости рта и глотки возрастает у мужчин и женщин в 4,32 и 4,85 раза соответственно. Употребление одной стандартной дозы алкоголя (10 г в пересчете на абсолютный алкоголь) в день несколько снижает риск инсульта, однако при увеличении дозы до 75 г в день, этот риск возрастает в 1,55 раза для мужчин и в 2,74 раза для женщин. Риск насильственной смерти увеличивается в 1,5 раза при употреблении всего одной стандартной дозы алкоголя, а при употреблении 75 г алкоголя в день этот риск увеличивается в 2,8 раза. Следует иметь в виду, что представленная оценка относительного риска является достаточно условной, поскольку риск заболеваемости и смертности определяется не только суммарной дозой алкоголя, но и видом алкогольного напитка, а также стилем его употребления.

Таблица 9. Относительный риск смерти от отдельных причин

Нозологическая форма	МКБ 10	10 г/в день		30 г/в день		50 г/в день		75 г/в день	
		М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Рак губ, полости рта и глотки	C00-C06,C09,C10,C12-C14	1,31	1,33	20,8	2,18	3,02	3,26	4,32	4,85
Рак пищевода	C15	1,17		1,61		2,29		3,18	
Рак толстой кишки, прямой кишки и ануса	C18-C21	-	-	1,08	1,11	1,30	1,33	1,72	1,62
Рак печени	C22	1,08		1,23		1,40		1,60	
Рак гортани	C32	1,08		1,27		1,49		1,82	
Рак молочной железы	C50		-		1,23		1,42		1,68
Цирроз печени	K74	1,21	1,32	1,72	2,25	2,35	3,68	3,20	6,46
Аритмия	I47- I49	1,51	1,51	1,96	2,23	2,23	1,44	1,33	2,41
Инсульт	I64	0,91	0,70	10,01	0,79	1,18	1,08	1,55	2,74
Эссенциальная гипертензия	I10-I14	1,15		1,53		20,4		2,91	
Острый и хронический панкреатит	K85 K86.1	1,12		1,42		1,79		2,39	
Смертность от внешних причин		1,51		1,51		1,99		2,80	

По данным Росстата в 2015 г. от причин, обусловленных алкоголем умерло 40,6 тыс. человек, что составило 3,0% от уровня общей смертности (4,5% от числа всех умерших мужчин и 1,6% от всех умерших женщин). Доля алкогольной смертности в структуре общей смертности лиц трудоспособного возраста (16-59 лет) составила

8,7% (8,8% среди мужчин и 8,6% среди женщин). Наиболее частыми причинами алкогольной смертности являются: алкогольная кардиомиопатия (33,4%), случайные алкогольные отравления (27,4%), алкогольная болезнь печени (20,%). Однако совершенно очевидно, что официальная статистика не в полной мере отражает масштабы алкогольных потерь в России.

Российский исследователь А.В. Немцов, используя различные методы оценки, установил, что вклад алкоголя в общую смертность составляет от 25,7 до 37,1%. Оценки Немцова и Терехина для 1980-2007 гг. - 24% мужских и 15% женских смертей [7]. Разводовский оценивает потери выше - 41 и 28% соответственно. Оценка фракции алкогольной смертности, проведенная с использованием популяционных данных была подтверждена результатами исследования методом ретроспективной аутопсии, проведенного в г. Ижевске (Россия) согласно которым около 41% смертей мужчин в возрасте от 25 до 54 лет могут быть отнесены на счет злоупотребления алкоголем и суррогатами. Кроме того, данные, основанные на результатах исследования, проведенного в г. Барнауле свидетельствуют о том, что фракция алкогольной смертности составляет 59% от всех случаев смерти мужчин и 33% от всех случаев смерти женщин в возрасте 15-54 года. Некоторые исследователи считают такие оценки существенно завышенными, указывая, что расчет алкогольной смертности необходимо производить исходя из величины когорты злоупотребляющих алкоголем. Расчеты, основанные на использовании такого подхода, показали, что удельный вес алкогольной смертности в структуре общей смертности в 2001 году в России составил 15,7%. Следует, однако, отметить важное методологическое ограничение данного подхода, которое заключается в том, что он не позволяет учитывать случаи связанной с алкоголем смертности среди так называемых «умеренно» пьющих, поскольку алкоголь часто становится причиной сердечнососудистой и насильственной смертности.

Удельный вес алкогольной смертности в структуре общей смертности значительно варьирует между возрастными группами, отражая различия в уровне потребления алкоголя. Наиболее высока ФАС среди мужчин и женщин возрастной группы 30-44 года – 67,2% и 57,5% соответственно. По мере увеличения возраста ФАС снижается. Высокий удельный вес связанной с алкоголем смертности среди лиц молодого и среднего возраста косвенно указывает на распространенность среди них, так называемых острых связанных с алкоголем проблем, к которым, в частности, относится насильственная смертность. Как известно, фактором риска острых связанных с алкоголем проблем является так называемый интоксикационно-ориентированный стиль потребления алкоголя, когда большие дозы крепких алкогольных напитков выпиваются за короткий промежуток времени.

Оценка ФАС для различных половозрастных групп согласуется с результатами ранее проведенных эпидемиологических исследований, в которых было показано, что уровень связанных с алкоголем проблем наиболее высок среди мужчин молодого и среднего, трудоспособного возраста, и снижается по мере увеличения возраста. Результаты репрезентативного опроса населения показали, что наиболее высока вероятность эпизодического употребления больших доз алкоголя отмечается у мужчин возрастной группы 30-49 лет, а наименьшая – мужчины в возрасте старше 60 лет и женщины старше 50 лет. Согласно результатам другого исследования эпизоды употребления больших доз алкоголя чаще встречаются среди мужчин в возрасте 40-49 лет. Снижение уровня связанных с алкоголем проблем по мере увеличения возраста, по всей видимости, объясняется тем, что лица, злоупотребляющие

алкоголем, не доживают до старости. Согласно результатам клинико-статистического исследования, посвященного уровню и структуре связанной с алкоголем смертности, средний возраст мужчин, умерших от алкогольной зависимости составляет 47,7 лет, что на 15 лет короче ожидаемой продолжительности жизни.

Таблица 10. Удельный вес алкогольной фракции в структуре общей смертности в различных половозрастных группах.

Возраст	Мужчины	Женщины
15-29	53,9	37,8
30-44	67,2	57,5
45-59	55,1	47,9
60-74	34,4	24,8
75+	27,8	19,5

Что касается отдельных причин смерти, то согласно А.В. Немцову фракция алкогольной смертности составляет 21,4% от числа всех случаев сердечнососудистой смертности, 49,1% случаев смерти от внешних причин, 43,3% от числа самоубийств, 73,2% от числа убийств, 55,6% случаев смерти от цирроза печени и 49,7% случаев смерти от панкреатита. Согласно расчетам Ю.Е. Разводовского вклад алкоголя в уровень смертности от различных причин выглядит следующим образом: сердечнососудистая смертность – 40,4%; внешние причины -77%; травмы и несчастные случаи – 72,2%; убийства – 85,9%; суициды – 74,7%; цирроз печени – 72,9%.

Характерной особенностью связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем связанных с алкоголем проблем в России является более выраженная зависимость уровня алкогольных проблем от уровня продажи крепких алкогольных напитков, нежели от общего уровня продажи алкоголя (рис.). Корреляционный анализ выявил тесную связь между уровнем продажи водки и уровнем смертности от острых алкогольных отравлений ($r=0,81; p=0,000$), а также уровнем заболеваемости алкогольными психозами ($r=0,70; p=0,000$) в России в период с 1970 по 2015 гг. Связь между общим уровнем продажи алкоголя и уровнем связанных с алкоголем проблем оказалась менее выраженной: ($r=0,37; p=0,011$) и ($r=0,29$; $p=0,047$) соответственно.

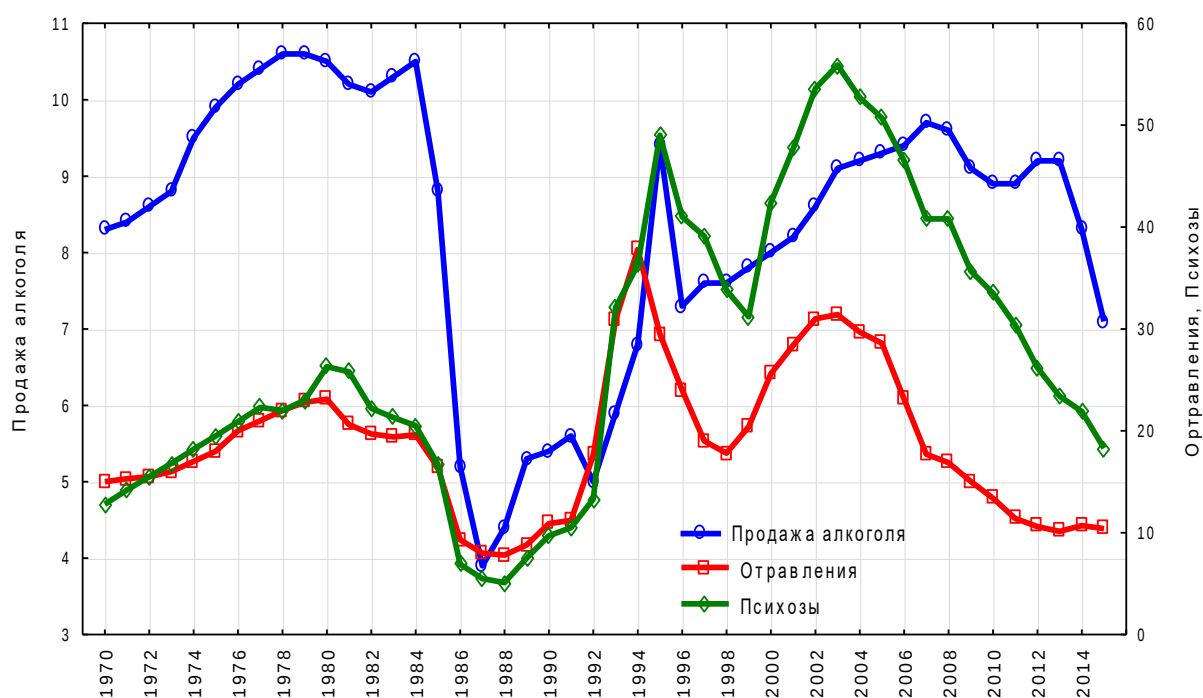


Рисунок 22. Динамика уровня продажи алкоголя и уровня смертности от острых алкогольных отравлений, а также уровня заболеваемости алкогольными психозами в России, 1956-2015 гг.

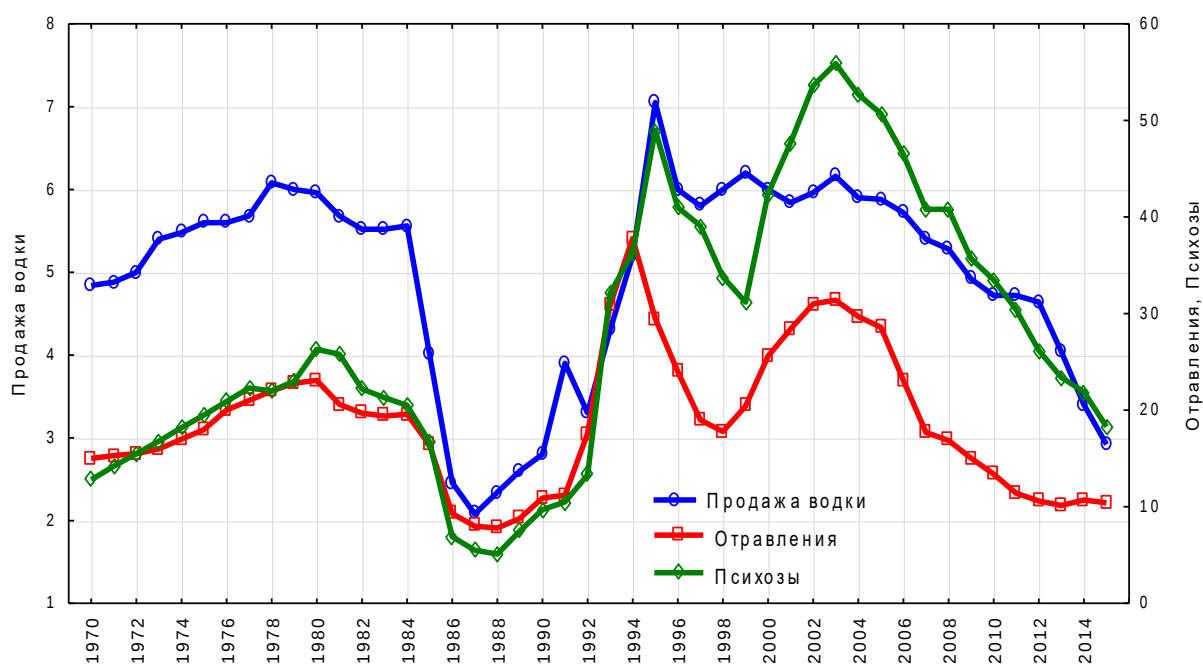


Рисунок 23. Динамика уровня продажи водки и уровня смертности от острых алкогольных отравлений, а также уровня заболеваемости алкогольными психозами в России, 1956-2015 гг.

3.2.4. Эпидемиологические параметры алкоголизма

Ежегодные данные статистической отчетности наркологической службы являются альтернативным по отношению к уровню алкогольной смертности источником информации, позволяющим осуществлять мониторинг алкогольной

ситуации в стране, а также оценивать эффективность работы самой службы. В 2015 г. общее количество учтенных больных алкоголизмом составило 1,56 млн человек (1,08% населения). Реальное же число больных, страдающих алкогольной зависимостью, по крайней мере в четыре раза больше официальных данных.

В бывшем Советском Союзе статистическая отчетность наркологической службы велась по единому образцу, что позволяло проводить сравнение уровня алкогольных проблем между разными административно-территориальными субъектами. Несмотря на то, что после распада Советского Союза наркологическая служба России подверглась существенной трансформации, основные принципы ее функционирования остались прежними. Данное обстоятельство позволяет считать некоторые показатели статистической отчетности наркологической службы в Советский и постсоветский период сопоставимыми.

Среди всего спектра показателей статистической отчетности наркологической службы наиболее информативными являются показатели, характеризующие выявление и учет лиц страдающих алкогольной зависимостью (заболеваемость алкоголизмом) и алкогольными психозами (заболеваемость алкогольными психозами).

В период с 1970 по 2015 гг. уровень эпидемиологических параметров алкоголизма был подвержен значительным колебаниям. При этом уровень заболеваемости алкогольными психозами линейно рос в 1970-е годы прошлого века, стал снижаться, начиная с 1980 года, резко снизился в период с 1984 по 1988 гг., резко вырос в первой половине 1990-х годов, существенно снизился в период с 1995 по 1998 гг., после чего снова рос вплоть до 2003 года, после чего стал снижаться. Уровень заболеваемости алкоголизмом резко вырос в 1970-е годы, затем стабилизировался, после чего резко снизился в период с 1987 по 1992 гг., после чего стал колебаться в соответствии с динамикой уровня смертности от острых алкогольных отравлений. Динамика уровня эпидемиологических показателей алкоголизма в рассматриваемый период соотносится с социально-политическими процессами, происходившими в стране. Одним из интригующих феноменов в этом контексте является существенное снижение уровня заболеваемости алкогольными психозами в первой половине 80-х годов прошлого века, которое может быть связано с целым рядом событий, включая организацию наркологической службы, службы скорой помощи, а также с повышением цены на водку, произошедшее в 1981 году. В какой-то степени, это могло явиться следствием кампании по укреплению трудовой дисциплины, которую начал В.Ю. Андропов после прихода к власти в 1982 году.

Очевидно то, что резкое снижение этих показателей в середине 80-х годов прошлого века явилось следствием ограничения уровня доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании 1985-1988 годов. В то же время, некоторые авторы считают, что снижение уровня заболеваемости алкогольными психозами было следствием их гиподиагностики, поскольку часть алкогольных психозов в этот период могли быть диагностированы как "интоксикационные психозы". На этом основании подвергается сомнению saniрующий эффект антиалкогольной кампании. Такая точка зрения не выдерживает критики, поскольку в середине 80-х синхронно со снижением уровня заболеваемости алкогольными психозами снижался уровень связанной с алкоголем смертности. Кроме того, несмотря на то, что в период с 1985 по 1989 годы число врачей-наркологов выросло более чем на 50% заболеваемость алкоголизмом снижалась, что однозначно свидетельствует об улучшении алкогольной ситуации в данный период.

Анализируя причины резкого колебания уровня заболеваемости алкогольными психозами в России в 90-е годы прошлого века необходимо иметь в виду, что уровень данного показателя определяется двумя основными факторами: уровнем потребления алкоголя и эффективностью лечебно-профилактической работы наркологической службы. Поэтому резкий рост уровня данного показателя в первой половине 90-х годов, очевидно, был обусловлен ростом уровня потребления алкоголя (особенно токсичных суррогатов) в связи с отменой государственной алкогольной монополии в 1992 году. В этот же период отмечался резкий рост таких индикаторов уровня алкогольных проблем как смертность в результате острых алкогольных отравлений, смертность от цирроза печени, смертность от внешних причин. Снижение качества лечебно-профилактической работы наркологической службы было вторым фактором, обусловившим резкий рост уровня заболеваемости алкогольными психозами в этот период. В связи с недостатком финансирования наркологическая служба была подвергнута реорганизации, которая преимущественно заключалась в уменьшении количества наркологических диспансеров и числа врачей-наркологов, а также уменьшение сроков стационарного лечения. Снижение активности наркологической службы по выявлению и постановке на учет больных на ранней стадии алкогольной зависимости привело к росту уровня заболеваемости алкогольными психозами, а также росту удельного веса алкогольных психозов в структуре первичной заболеваемости алкоголизмом.

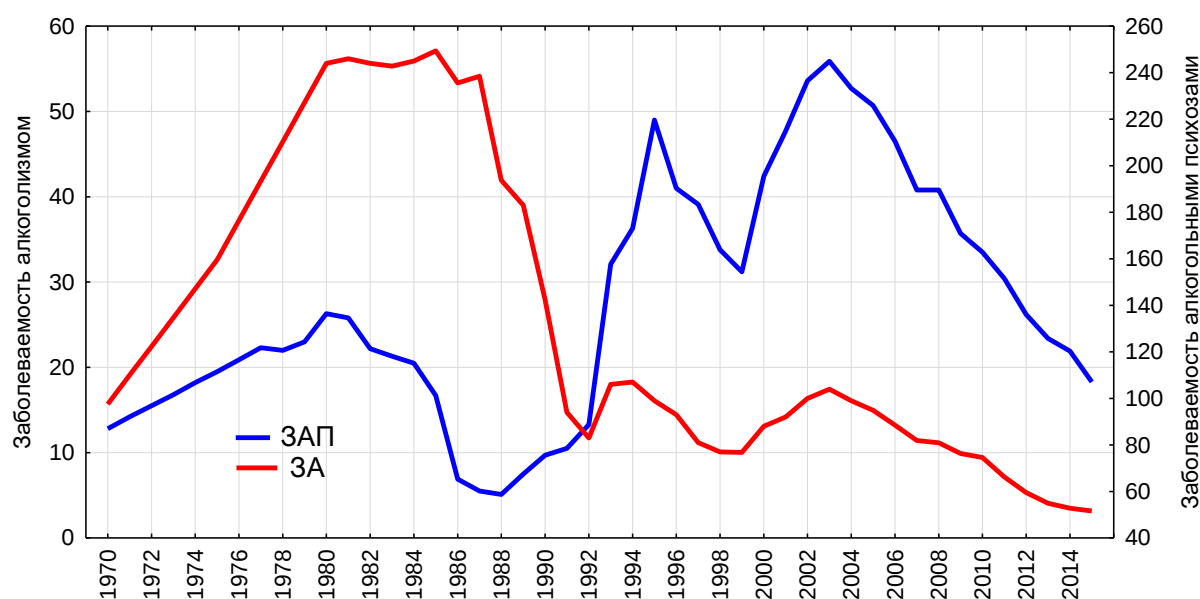


Рисунок 24. Динамика уровня заболеваемости алкоголизмом (ЗА) и алкогольными психозами (ЗАП) в России в период с 1970 по 2015 гг.

Резкое снижение уровня заболеваемости алкоголизмом в конце 80-х, начале 90-х годов было обусловлено констелляцией следующих факторов: снижение активности наркологической службы по выявлению и постановке на учет больных с алкогольной зависимостью в связи с уменьшением количества наркологических учреждений и числа врачей-наркологов; реализация принципа добровольности в лечении больных с алкогольной зависимостью; появление возможности анонимного лечения; появление сети частных лечебных учреждений наркологического профиля и частнопрактикующих врачей-наркологов. Последнее обстоятельство могло негативным образом отразиться на заболеваемости алкогольными психозами. В

частности, специалисты выездных бригад однократным сеансом дезинтоксикационной терапии могут снять острую симптоматику алкогольного абстинентного синдрома, но не способны оказать качественную лечебную помощь в полном объеме. Осложнением таких не долеченных случаев может быть развитие алкогольного психоза по поводу чего пациенты и попадают в государственные лечебные заведения.

Снижение уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в 1995 - 1998 годы в какой-то степени можно объяснить вымиранием когорты алкоголиков, чьи жизни были сохранены в период антиалкогольной кампании, о чем говорят некоторые авторы. Однако ключевую роль в снижении заболеваемости алкогольными психозами в это период сыграли мероприятия по сокращению импорта алкоголя, а также производства фальсифицированных алкогольных напитков. Кроме того, в этот период снизилась доступность алкоголя вследствие роста его стоимости относительно продуктов питания. Начиная с 1998 года уровень доступности алкоголя в России снова стал расти, что и спровоцировало новый рост уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами.

Уровень эпидемиологических параметров алкоголизма стал снижаться, начиная с 2003 года, что, в какой-то степени, может объясняться эффектом целого ряда антиалкогольных мероприятий с целью усиления государственного контроля за алкогольным рынком, проведенных в этот период.

3.3. Факторы высокого уровня связанных с алкоголем проблем в России

3.3.1. Высокий общий уровень потребления алкоголя

Уровень потребления алкоголя населением является важным показателем алкогольной ситуации в стране, поскольку этот показатель в наибольшей степени определяет связанные с алкоголем проблемы. Тесная ассоциация между уровнем потребления алкоголя и уровнем различного рода связанных с алкоголем проблем была показана на примере разных стран мира. Несмотря на снижение общего уровня потребления алкоголя, отмечавшееся на протяжении последнего десятилетия, Россия по-прежнему находится в числе мировых лидеров по данному показателю (рис.). Согласно результатам интервьюирования, проведенного в рамках проекта RLMS (The Russian Longitudinal Monitoring Survey) общий уровень потребления алкоголя в России в 1992 году составил 4,8 литра. Это ниже официального уровня продажи алкоголя (без учета нелегального потребления), которая в этом году составляла 5,0 литра. В более позднем исследовании, также основанном на данных RLMS уровень потребления алкоголя в 2006 составил 2,46 литра (4,48 литра для мужчин и 0,98 литра для женщин). Согласно результатам проведенного в России исследования, которое было выполнено методологически корректно (почти ежедневные опросы одних и тех же респондентов на протяжении четырех месяцев) среднедушевое потребление составило 16 л/чел/год.

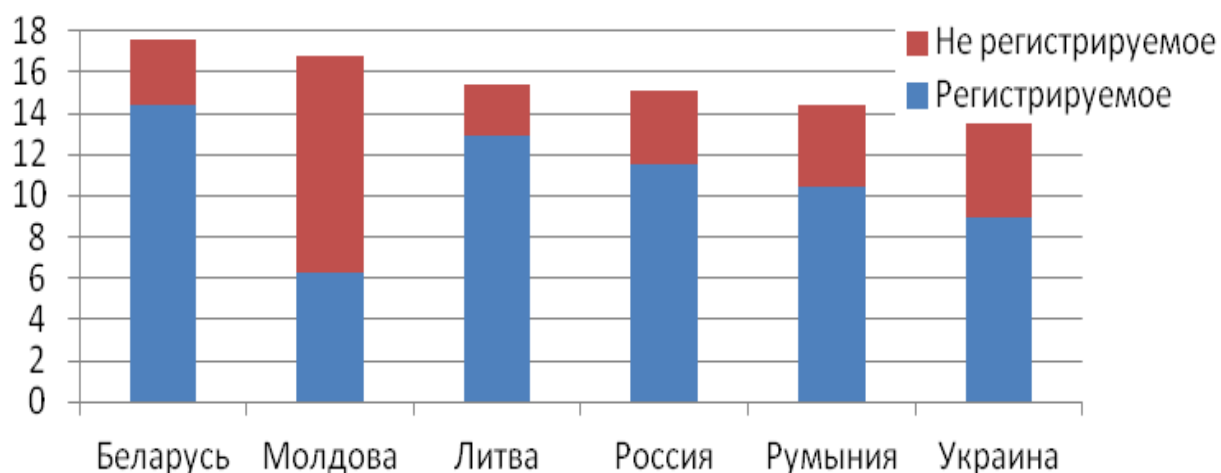


Рисунок 25. Потребление алкоголя (в пересчете на спирт) на душу населения в возрасте 15 лет и старше в странах – мировых лидерах по этому показателю в 2010 году по данным ВОЗ. Источник: WHO, Global Status Report on Alcohol and Health, 2014.

В ряде исследований были произведены динамические оценки реального уровня потребления алкоголя с использованием не прямых методов. Впервые такую оценку провел американский исследователь V. Trembl, который рассчитал общий уровень потребления алкоголя в РСФСР и СССР начиная с 1960, не предоставив при этом методологию расчетов. Госкомстат СССР в 1980 году начал проводить оценку уровня потребления незарегистрированного алкоголя в бывшем Советском Союзе. Расчеты Госкомстата основывались на уровне сверхнормативных продаж сахара как основного сырья для производства самогона в России в то время. Однако в 1988 г. Госкомстат прекратил это делать в связи с перебоями поступления сахара в торговую сеть. В 1981 г. к этим исследованиям присоединился А. Немцов, который оценивал реальный уровень потребления алкоголя в России на основе уровня насильственной смертности, зафиксированной региональными бюро судебно-медицинской экспертизы. При этом было использовано соотношение количества смертей с алкоголем и без алкоголя в крови. Позже (1988-1989 гг.), когда были рассекречены данные о потреблении, оказалось, что сделанные независимо и на различных методологических подходах оценки Trembl, Госкомстата и Немцова были очень близки.

Очередная попытка динамической оценки реального уровня потребления алкоголя (1980-2005 гг.), основанная на анализе временных рядов с помощью метода авторегрессии-проинтегрированного скользящего среднего (АРППС) с использованием трех косвенных индикаторов алкогольных проблем: уровня смертности от острых алкогольных отравлений, смертности от внешних причин и уровня заболеваемости алкогольными психозами была сделана Ю. Разводовским.

Далее, шведский исследователь Т. Norstrom применил им же разработанный не прямой метод, основанный на анализе временных рядов с помощью АРППС, для оценки уровня потребления алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше в России для периода с 1990 по 1998 гг. В более позднем исследовании А. Немцов и К. Шельгин произвели оценку общего уровня потребления алкоголя в России в период с 1956 по 2012 гг. с помощью метода АРППС, используя динамику уровня смертности от острых алкогольных отравлений.

Результаты оценок различных экспертов, представленные на рисунке, говорят об их схожести. В период с 1956 по 2013 гг. общий уровень потребления алкоголя был подвержен значительным колебаниям: практически линейно рос в период с 1965 по 1979 гг.; заметно снизился в 1981 г.; резко снизился в период с 1984 по 1987 гг.; резко вырос в период с 1991 по 1994 гг.; существенно снизился в период с 1995 по 1998 гг.; затем значительно вырос в период с 1999 по 2003 гг., после чего стал снижаться. Наиболее низкая оценка уровня потребления алкоголя за весь рассматриваемый период была получена с помощью метода, предложенного Ю. Разводовским (7,25 литра – 1987 г.), а наиболее высокая – с помощью метода, предложенного Т. Norstrom (19,64 – 1994 г.).

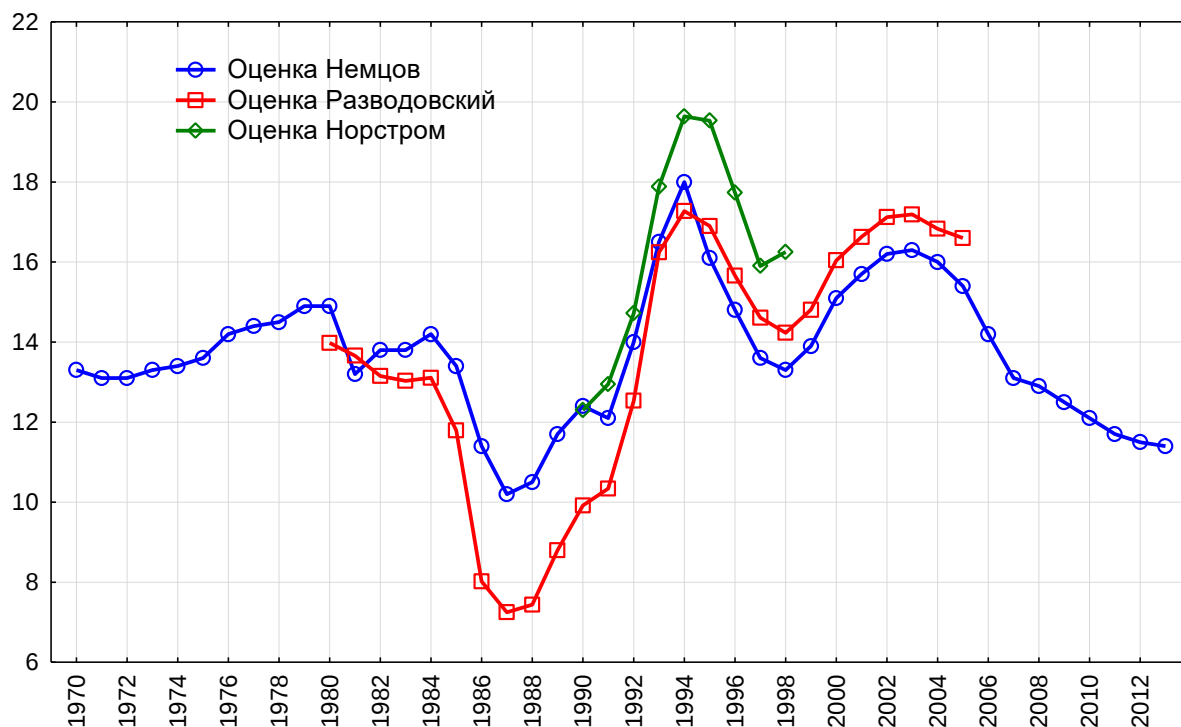


Рисунок 26. Динамика уровня потребления алкоголя в России согласно оценкам А.В. Немцова, Ю.Е. Разводовского и Т. Норстрема.

Резкие колебания уровня потребления алкоголя в России на протяжении последних пятидесяти лет необходимо рассматривать в конкретном историческом контексте. Устойчивая тенденция к росту уровня потребления алкоголя в 1970-х годах прошлого века ассоциируется с ростом благосостояния населения на фоне периода «застоя». Прерывание этой тенденции в начале 1980-х гг. было обусловлено целым рядом событий, включая подорожание водки в 1981 г. и кампанию по укреплению трудовой дисциплины, инициированную Ю. Андроповым. Резкое снижение уровня потребления алкоголя в середине 1980-х гг. явилось следствием ограничения физической и экономической доступности алкоголя в рамках антиалкогольной кампании Горбачева-Лигачева. В первой половине 1990-х гг. отмечался резкий рост уровня потребления алкоголя, спровоцированный сочетанным эффектом ряда факторов, которые с одной стороны повысили доступность алкоголя, а с другой – увеличили спрос на него как реакция на психосоциальный дистресс, вызванный радикальными социально-экономическими переменами. Известно, что уровень потребления алкоголя в период экономического кризиса определяется взаимодействием двух факторов: высоким уровнем стресса и снижением уровня

доходов. Результирующим эффектом влияния данных факторов является повышение уровня потребления алкоголя мужчинами и снижение уровня потребления женщинами. Социально-экономический кризис переходного периода в России сопровождался ростом уровня потребления алкоголя преимущественно среди мужчин среднего возраста. Снижение уровня потребления алкоголя в течение последнего десятилетия рассматриваемого периода, так же как и предыдущие колебания уровня этого показателя, стало результирующим влиянием ряда переменных, включая меры правительства по улучшению регулирования алкогольного рынка, снижение экономической доступности алкоголя, изменение структуры потребления алкоголя.

Несмотря на существенное снижение уровня потребления алкоголя, отмечавшееся в России на протяжении последнего десятилетия, данный показатель остается высоким, что обуславливает необходимость реализации комплексной антиалкогольной политики, ключевым аспектом которой является снижение доступности алкоголя.

3.3.2. Преобладание в структуре потребления крепкого алкоголя

Накопленные экспериментальные и эмпирические данные свидетельствуют о том, что последствия употребления алкоголя в значительной степени определяются дозой, стилем, а также видом употребляемого алкогольного напитка. К примеру, употребление больших доз крепких алкогольных напитков в течение короткого промежутка времени (так называемый интоксикационно-ориентированный, северный или фестивальский стиль) сопряжен с высоким риском острых связанных с алкоголем проблем (острые алкогольные отравления, травмы). Негативные эффекты употребления крепких алкогольных напитков в значительной степени опосредованы именно неблагоприятным стилем их употребления, хотя свои токсические и карциногенные эффекты они способны реализовывать даже в малых дозах. Употребление пива обычно ассоциируется с рекреационной активностью, хотя оно также может употребляться в больших дозах за относительно короткий промежуток времени со всеми вытекающими неблагоприятными последствиями.

По мнению международной группы экспертов, работавших под эгидой ВОЗ, «идеальная» структура потребления алкоголя выглядит следующим образом: пиво - 50%, вино – 35%, крепкие алкогольные напитки – 15%. Можно критически относиться к обоснованию этой «идеальной» формулы, однако неоспоримым остается стремление к минимизации в структуре потребления крепких алкогольных напитков.

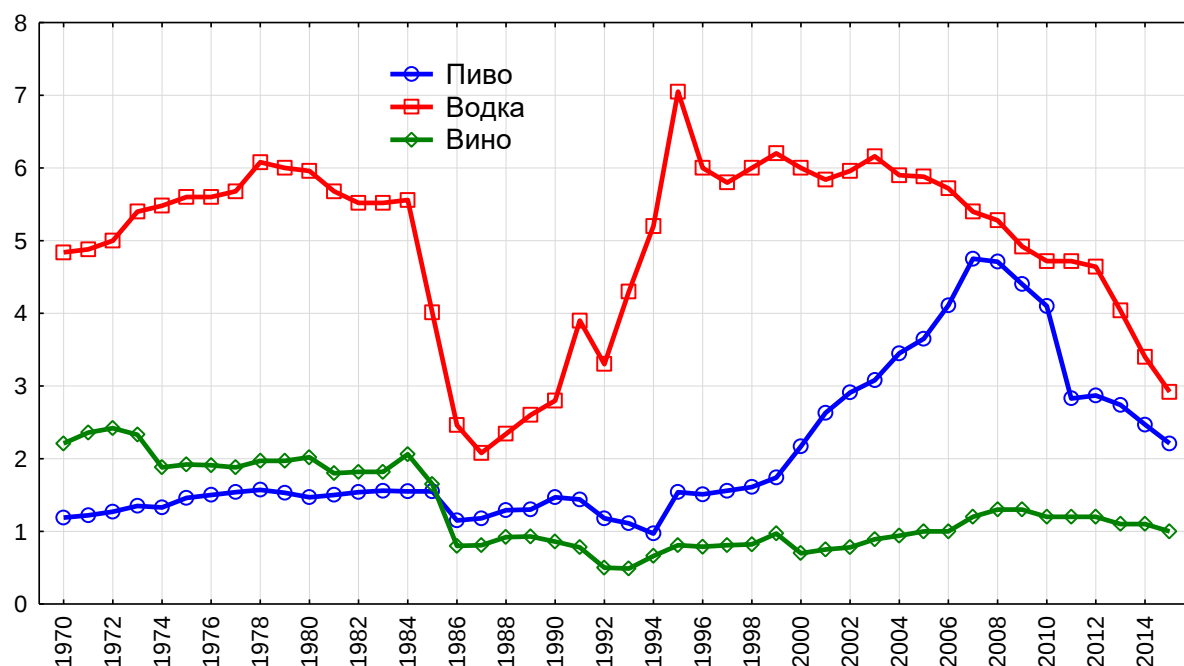


Рисунок 27. Динамика уровня продажи различных видов алкогольных напитков в России в период с 1970 по 2015 гг.

Динамика уровня продажи различных видов алкогольных напитков в России в период с 1970 по 2015 гг. представлена на рисунке. Графические данные говорят о том, что в 1970-е годы уровень продажи водки вырос с 5 до 6 литров на душу населения, после чего несколько снизился в начале 1980-х годов. Одной из возможных причин этого снижения является подорожание водки в 1981 г. Кроме того, потенциальным фактором снижения уровня продажи водки могла быть Андроповская кампания по укреплению трудовой дисциплины, несмотря на то, что цена водки в этот период несколько снизилась. Резкое снижение (в 2,7 раза) уровня продажи водки произошло в период с 1984 по 1987 гг., что было обусловлено снижением уровня ее физической и экономической доступности в рамках антиалкогольной кампании. В последующие годы уровень продажи водки резко вырос, достигнув своего пика за весь рассматриваемый период в 1995 г. (7 литров на душу населения).

Основными факторами резкого роста уровня продажи водки в этот период были: рост ее физической и экономической доступности в связи с отменой государственной алкогольной монополии в 1992 г. и отставания роста цен на водку по сравнению с основными продуктами питания. Определенную роль в этом процессе сыграла антиалкогольная кампания 1985-1988 гг., в рамках которой было резко снижено производство вина. Дополнительным гипотетическим фактором, способствовавшим росту уровня продажи водки в этот период был психосоциальный дистресс, обусловленный резкими социально-экономическими преобразованиями переходного периода. Можно предположить, что в состоянии дистресса люди стали отдавать предпочтение крепким алкогольным напиткам, интоксикационно-ориентированный стиль потребления которых позволял быстро достигнуть эффекта «релаксации», особенно в условиях отсутствия альтернативы.

В период с 1996 по 2004 гг. данный показатель стабилизировался на уровне примерно 6 литров на душу населения, после чего стал снижаться, причем темпы этого снижения резко ускорились после 2012 г. В итоге, к 2015 г. уровень продажи

водки достиг минимального значения за весь постсоветский период и составил примерно 3 литра на душу населения. Следует отметить, что стабилизация и последующее снижение уровня продажи водки во второй половине 1990-х и в течение первого десятилетия нынешнего века происходило на фоне принятия ряда правительственных инициатив по улучшению контроля за алкогольным рынком, несмотря на рост уровня экономической доступности водки.

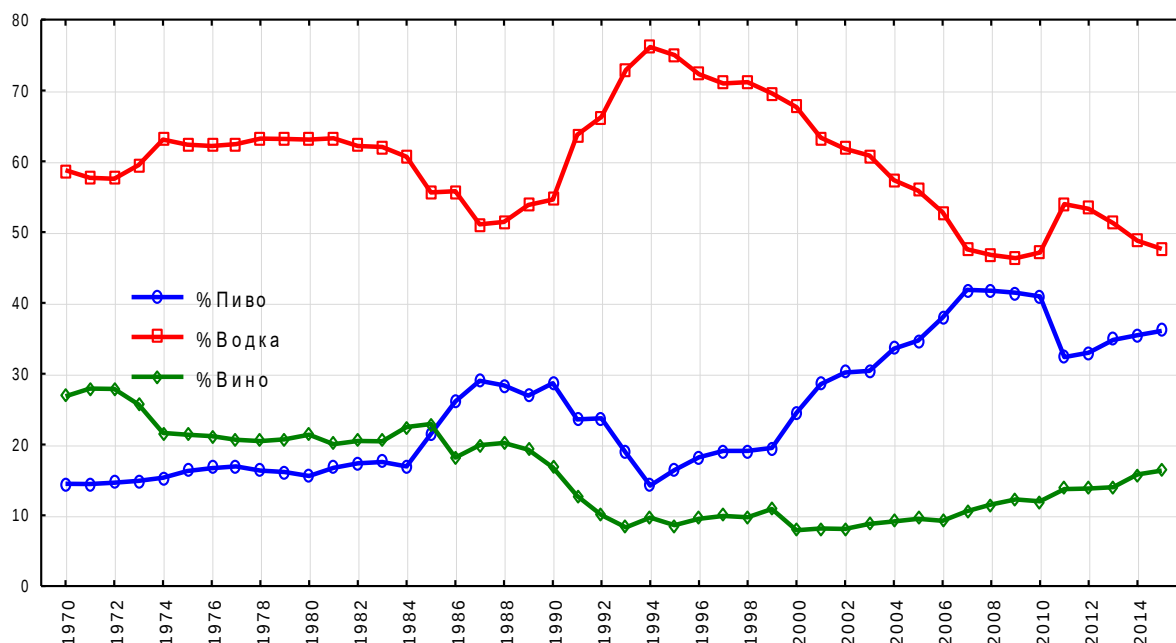


Рисунок 28. Динамика структуры продажи различных видов алкогольных напитков в России в период с 1970 по 2015 гг.

В 1970-е гг. продажа вина держалась на уровне 2-х литров на душу населения. Резкое сокращение (в 2,6 раза) уровня продажи вина, в первую очередь за счет крепленых плодово-ягодных винных напитков произошло в период с 1984 по 1986 гг. В 1990-е гг. и в течение первых пяти лет нынешнего века уровень продажи вина колебался в пределах 0,5-1 литра на душу населения. В период с 2005 по 2009 гг. этот показатель вырос с 1 до 1,1 литра на душу населения, после чего снова стал снижаться, вернувшись в 2015 г. к уровню 2005 г.

Уровень продажи пива в 1970-е гг. и первой половине 1980-х колебался в пределах 1,2-1,5 литра на душу населения, после чего существенно снизился (-25,8%) в 1986 г. Продажа пива резко (в 3 раза) выросла в период с 1998 по 2007 гг., достигнув своего пика (4,8 литра) за весь рассматриваемый период, после чего стала снижаться. Начало так называемой «пивной революции» в 1995 г. соотносится с началом агрессивной рекламной кампанией пива на фоне введения запрета рекламы водки в средствах массовой информации. В последующие годы международные кампании развивали пивную отрасль России, вкладывая крупные инвестиции и наращивая объемы производства.

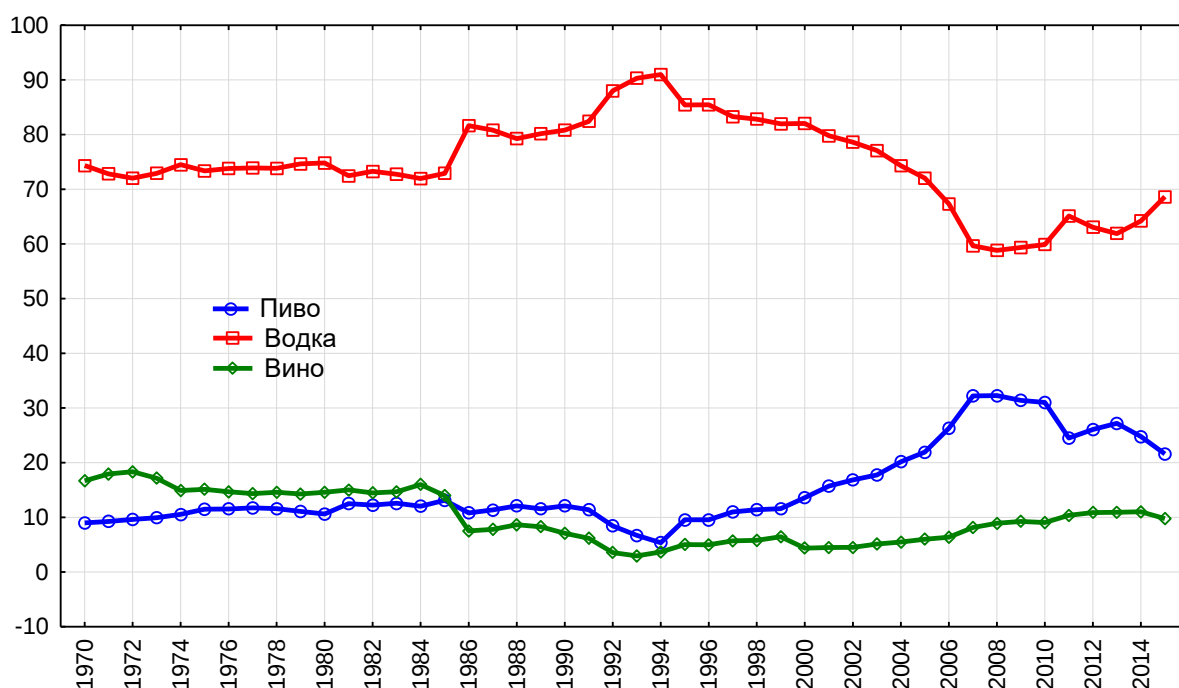


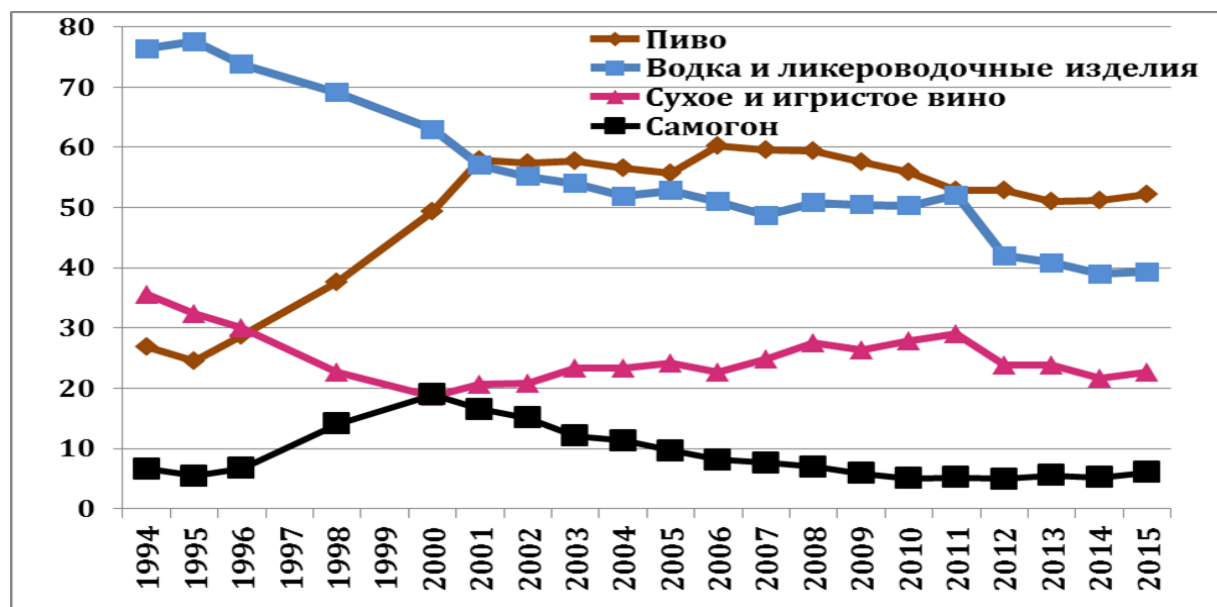
Рисунок 29. Динамика структуры продажи различных видов алкогольных напитков с учетом нелегального алкоголя в России в период с 1970 по 2015 гг.

Изменяющаяся динамика уровня продажи различных алкогольных напитков обусловила изменение структуры продажи алкоголя в течение рассматриваемого периода. Советская модель структуры потребления алкоголя характеризовалась доминированием водки, относительно высоким удельным весом крепленых плодово-ягодных винных напитков и сухих вин и незначительным удельным весом пива. В 1970-е годы структура продажи алкоголя была относительно стабильной и выглядела следующим образом: водка (58-63%), вино (20-25%), пиво (14-16%). Существенное снижение удельного веса водки в структуре продажи произошло в период антиалкогольной кампании вследствие снижения ее физической и экономической доступности. В это время утраченные позиции водки были заняты пивом, удельный вес которого в структуре продажи вырос до 30%. В первой половине 1990-х гг. водка с лихвой отыграла свои позиции, достигнув в 1994 г. максимума за весь рассматриваемый период – 76%. В последующий период, вплоть до 2008 г. удельный вес водки в структуре продажи снизился на фоне роста уровня продажи пива. Удельный вес вина в структуре продажи резко снизился в период с 1999 по 1993 гг., достигнув «дна», после чего стал расти начиная с 2007 г.

Наиболее значительные изменения в структуре продажи алкоголя в пользу пива отмечались в период с 1999 по 2007 гг. на фоне существенного роста ВВП и реальных доходов населения. Данная тенденция прерывается в период финансового кризиса 2008 г. Эти эмпирические данные согласуются с результатами ранее проведенного эконометрического исследования, в котором было показано, что в России, по мере роста уровня доходов населения спрос на крепкие алкогольные напитки сокращается, а спрос на пиво и вино – растет.

Рассуждая о структуре продажи алкоголя, следует помнить, что реальная структура потребления алкоголя с учетом нелегального алкоголя, который представлен преимущественно крепким алкоголем, существенно отличается от структуры, основанной на данных официальной продажи. Графические данные, представленные на рисунке 29, говорят об абсолютном доминировании крепкого

алкоголя в структуре потребления на протяжении всего рассматриваемого периода. В отличие от удельного веса водки в структуре продажи алкоголя, удельный вес крепкого алкоголя в структуре потребления не только не снизился, а даже несколько вырос за счет роста самогонварения.



Источник: RLMS-HSE

Рисунок 30. Доля потребителей водки, вина, пива и самогона в России в 1994-2015 годах, в процентах за последние 30 дней

Анализ данных опросов в рамках RLMS согласуется с официальными данными уровня продажи алкоголя. Графические данные говорят о том, что доля потребителей водки и ликероводочных изделий снижалась в период с 1995 по 2007 гг. (рисунок). В период с 2009 по 2011 гг. этот показатель стабилизировался, а затем, начиная с 2012 г., продолжил свое снижение. Доля потребителей пива резко выросла (с 24 до 58%) в период с 1996 по 2000 гг., после чего стабилизировалась в 2001-2005 гг., а затем несколько снизилась после 2006 г. Примечательно, что несмотря на превращение России в пивную страну после 2002 г. (согласно опросам), удельный вес продажи пива в пересчете на абсолютный алкоголь так и не превысил удельный вес продажи крепкого алкоголя.

Изменение структуры потребления алкоголя в России происходило в контексте изменений алкогольных предпочтений различными социальными и возрастными группами. Было отмечено, что представители молодого поколения отдают предпочтение пиву, а лица с более высоким уровнем образования замещают потребление водки вином. Наблюдается также тенденция к смещению потребления водки в старшие возраста.

Следует также отметить, что рост удельного веса пива в структуре продажи алкоголя является отражением Европейского тренда последних десятилетий, заключающейся в гомогенизации стилей потребления алкоголя с вытеснением из структуры потребления крепких алкогольных напитков слабоалкогольными напитками.

3.3.3. Интоксикационно-ориентированный стиль потребления алкоголя

Понятие паттерн потребления алкоголя разграничивает объем потребления от других аспектов питьевого поведения, таких как вид употребляемого напитка, распределение потребления алкоголя во времени, контекст потребления, личностные характеристики потребителей, какими видами активности сопровождается употребление алкоголя и т. д. Под паттерном потребления алкоголя обычно подразумевается частота употребления алкоголя, а также количество выпиваемого алкоголя в течение одной выпивки. При кросс-культуральном сравнении паттернов потребления алкоголя, как правило, упоминается вид наиболее часто употребляемого алкогольного напитка. Принято считать, что каждый вид алкогольного напитка ассоциируется с определенным паттерном потребления. Так, например крепкие алкогольные напитки обычно ассоциируются с эксплозивным, интоксикационно-ориентированным паттерном потребления, когда большие дозы алкоголя употребляются за короткий промежуток времени. Однако это не всегда соответствует действительности. Так если в странах Средиземноморья вино употребляется как часть диеты в процессе приема пищи, то в странах Северной Европы вино часто употребляется в больших дозах в контексте рекреативной активности и социализации. Таким образом, предпочитаемый алкогольный напиток не всегда отражает паттерн потребления. Несмотря на важность паттерна потребления большинство исследователей единодушны во мнении, что общий уровень потребления алкоголя является более надежным индикатором уровня связанных с алкоголем проблем и, следовательно, первостепенной задачей является снижение общего уровня потребления алкоголя.

В контексте глобализации и гомогенизации представляется интересным как традиционные паттерны потребления алкоголя подвержены влиянию чужих паттернов. Существуют исследования, показывающие, что традиционно-культуральные паттерны потребления алкоголя достаточно устойчивы, несмотря на изменения в экономике, условиях жизни и алкогольной политики. Целью проведения реформы в Финляндии в 1969 году была замена местного интоксикационно-ориентированного паттерна потребления водки на паттерн потребления пива (так называемая экономика замещения). Пиво средней крепости стали продавать во всех продовольственных магазинах, в то время как водку можно было купить только в специальных государственных магазинах. Предполагалось, что доступность слабоалкогольных напитков приведет к снижению потребления крепких алкогольных напитков. Однако вопреки ожиданиям замещение водки пивом не произошло. Финны не отказались от эксплозивного паттерна потребления, а совокупный уровень потребления алкоголя на душу населения вырос более чем в два раза, что привело к пропорциональному росту связанных с алкоголем проблем. После либерализации алкогольной политики в Финляндии отмечалось еще большее распространение традиционного интоксикационно-ориентированного паттерна потребления алкоголя. Так, доля мужчин, напивавшихся до тяжелой степени опьянения минимум раз в неделю с 1968 по 2000 годы выросла с 14% до 30%, а среди женщин этот показатель увеличился с 2% до 13%.

Предполагалось, что новый паттерн потребления алкоголя (более регулярное употребление небольших доз алкоголя) приобретет популярность среди молодежи и постепенно вытеснит традиционный паттерн потребления алкоголя (нерегулярное употребление больших доз алкоголя). Оказалось, что новый паттерн потребления

алкоголя нашел сторонников среди образованных людей среднего возраста, а не среди молодежи. Число абстинентов в Скандинавских странах резко снизилось в 60-е и 70-е годы. Так, в Норвегии с середины 50-х до середины 70-х годов число абстинентов среди мужчин снизилось с 25% до 12%, а среди женщин с 37% до 18%. В Финляндии за этот же период число абстинентов среди мужчин снизилось с 14% до 8%, а среди женщин с 40% до 20%. В других странах Западной Европы также отмечалась тенденция снижения числа абстинентов. Уменьшение числа абстинентов в странах Северной Европы свидетельствует об отходе от темперамских (трезвеннических) идей, т. е. «размоканию» культуры.

Как показывают данные RLMS-HSE, около трети российских женщин и пятой части мужчин старше 16 лет совсем не употребляют алкогольные напитки. При этом доля трезвенников среди женщин в период с 2006 по 2010 гг. выросла с 29 до 34,9%, а среди мужчин — с 17 до 21,8%. Что касается различий по возрасту, то доля трезвенников довольно высока среди людей младше 26 лет (около трети), затем она падает до почти пятой части возрастной группы 26—40 лет, поднимается до четверти в группе людей 41—60 лет и достигает почти половины среди пожилых людей. При этом в период с 2006 по 2010 гг. доля трезвенников среди более молодых возрастов (до 60 лет) постоянно возрастала, а среди пожилых росла до 2008 г., а потом опять уменьшилась. В 2010 г. 70,6% женатых и 57,1% холостых мужчин употребляли алкоголь, среди женщин соответствующие цифры составили соответственно 51,2% и 38,7%. При этом между объемами потребления алкоголя мужа и жены существует тесная взаимосвязь.

Доля пьющих среди лиц с высшим образованием оказалась выше, однако пьют они в меньших объемах (а также другие напитки — больше вина вместо самогона). Средняя частота употребления алкоголя для мужчин и женщин составила соответственно 5,8 и 3 раза в месяц, а женщина — 3 раза. Что касается динамики, то после небольшого роста частоты потребления в середине 1990-х последовал спад в 1998 г., затем постепенный подъем к 2002 г. и медленное снижение к 2010 г. Средняя дневная доза пива в 2010 г. составляла около 1 л для мужчин и 0,6 л для женщин; сухого вина — около 350 мл для мужчин и 250 мл для женщин, крепленого вина — 420 мл для мужчин и 220 мл для женщин, самогона — 300 мл для мужчин и 185 мл для женщин, водки — 290 и 160 мл. Следует обратить внимание на высокую дневную дозу крепких алкогольных напитков, учитывая, что потребление 150 мл и более в течение одной выпивки ассоциируется с высоким риском связанных с алкоголем проблем. Дневная доза пива в пересчете на абсолютный алкоголь существенно ниже, хотя также приближается к рискованному уровню потребления.

3.3.4. Высокая экономическая доступность алкоголя

Одним из факторов высокого уровня алкогольных проблем в России является дешевизна спиртных напитков. Экономическая доступность алкоголя является одним из основных факторов, определяющих уровень спроса на него. Соответственно, повышение цен на алкогольные напитки (посредством повышения ставок акциза) приводит к снижению общего уровня его потребления, частоты употребления, а также количества алкоголя, выпиваемого в течение одной выпивки, т. е. затрагивает все аспекты питьевого поведения. Международный опыт в области алкогольной политики говорит о том, что снижение физической и экономической доступности алкоголя является наиболее эффективной антиалкогольной стратегией. Именно

поэтому снижение доступности алкоголя должно являться целевым показателем адекватной государственной антиалкогольной политики, а степень снижения доступности алкоголя – критерием эффективности этой политики.

Анализ графических данных (рисунок 30) говорит о том, что тренды экономической доступности различных видов алкогольных напитков в России в рассматриваемый период были достаточно схожи. Рост уровня экономической доступности всех видов алкогольных напитков начался в 1999 году. При этом рост уровня экономической доступности пива продолжался вплоть до 2008 года, рост уровня экономической доступности водки продолжался вплоть до 2011 года, а рост уровня экономической доступности вина продолжался вплоть до 2014 года. В итоге, уровень экономической доступности пива в период с 1999 по 2008 годы вырос в 4,3 раза (95,1 по 409,2 литра), уровень экономической доступности водки в период с 1999 по 2011 годы вырос в 3,9 раза (с 23,5 до 91,2 литра), а уровень экономической доступности вина в период с 1999 по 2014 годы вырос в 7,2 раза (с 18 до 128,1 литра).

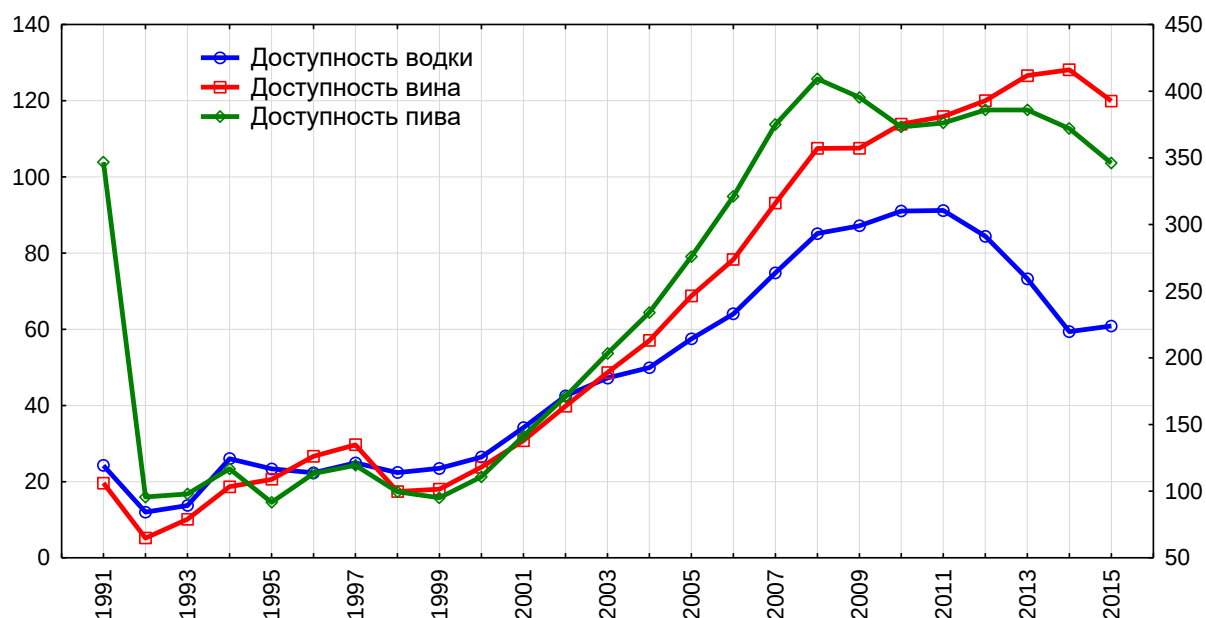


Рисунок 31. Динамика уровня экономической доступности различных видов алкогольных напитков в России в период с 1991 по 2015 гг. Экономическая доступность алкоголя определялась как количество литров алкоголя, которое можно приобрести за среднемесячную зарплату

С помощью модели линейной регрессии было рассчитано, что увеличение экономической доступности водки на 1% сопровождается ростом уровня продажи алкоголя на 0,18%.

Интерпретировать тренды экономической доступности алкоголя в России необходимо в контексте алкогольной политики. В рассматриваемый период главным инструментом, позволявшим контролировать экономическую доступность алкоголя была акцизная политика [10]. В конце 1990-х годов и первом десятилетии 2000-х годов рост уровня экономической доступности алкоголя был обусловлен тем, что уровень доходов населения опережал рост уровня ставок акцизов. Начиная с 2012 г. в России ставки акцизов на алкогольную продукцию стали расти ускоренными темпами [14]. В результате этого, в период с 2011-2014 гг. ставка акциза на водку была повышена в 2,2 раза, что сопровождалось ростом цены на водку в 2,2 раза, что, в свою очередь, привело к снижению ее экономической доступности на 33% (рисунок 31).

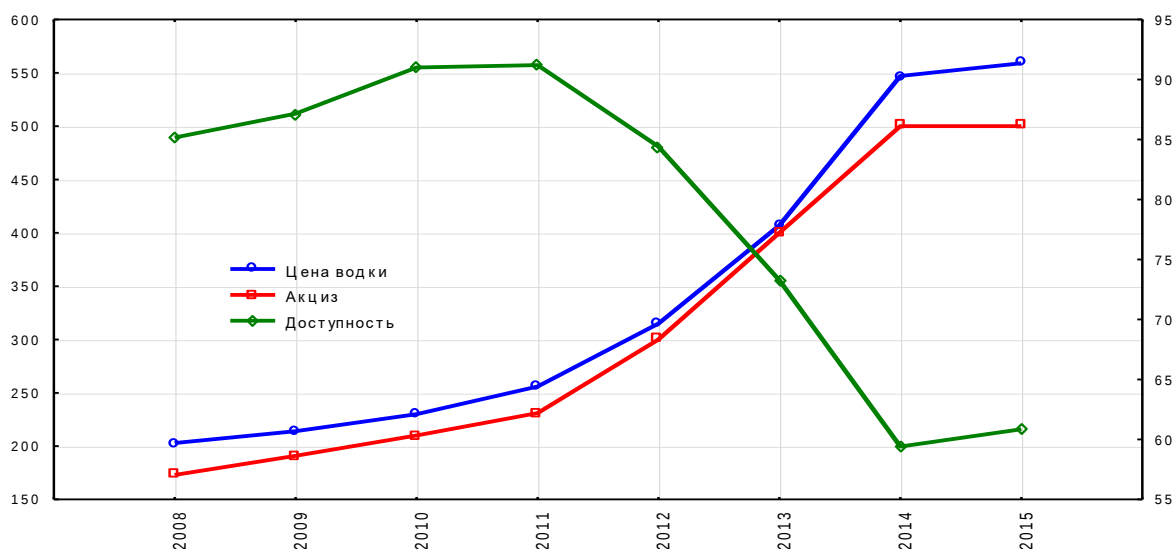


Рисунок 32. Динамика ставки акциза на водку, ее цены и экономической доступности в России в период с 2008 по 2015 гг.

Представленные данные говорят о том, что различные антиалкогольные меры, предпринятые в России в период с 2000 по 2010 гг. были, в основном, направлены на пополнение государственного бюджета за счет торговли алкоголем, а не на снижение уровня его потребления населением. Некоторые из этих мер, например, принятые в 2005 году в России поправки к Федеральному закону №171, совпали по времени со снижением алкогольной смертности. Однако эти изолированные меры не могут считаться адекватной государственной антиалкогольной политикой, поскольку на фоне этих мер произошло резкое увеличение экономической доступности алкоголя. Активная акцизная политика, проводимая правительством России в последующие годы позволила существенно снизить экономическую доступность водки. Рост уровня экономической доступности вина вплоть до 2014 г., по всей видимости, является следствием политики дифференцированного налогообложения с целью создания конкурентных преимуществ алкогольным напиткам с меньшим содержанием спирта.

Несмотря на некоторое снижение в последние годы, уровень экономической доступности алкоголя в России остается очень высоким. Основным препятствием для ценового регулирования уровня доступности алкоголя является теневой алкогольный рынок, объем которого в последние годы стал увеличиваться.

3.3.5. Нелегальный алкогольный рынок

Одним из факторов высокого уровня алкогольных проблем в России является обширный теневой алкогольный рынок. По официальным данным удельный вес нелегального алкоголя достигает 24% от общего уровня потребления [WHO, 2014], а по экспертным оценкам доходит до 50%. По мнению экспертов, значительный теневой сегмент производства и продажи крепкого алкоголя является главной проблемой в области регулирования алкогольного рынка. Общий объем рынка алкоголя в 2014 году составил 1,585 млрд литров (порядка 2,3 трлн руб.), а объем неучтенного алкогольного рынка составил 599 млн литров (порядка 428 млрд руб.), что составляет 37,8% от общего объема рынка алкоголя в натуральном выражении.

По оценкам Счетной Палаты в 2003 г. в стране было произведено 177 млн декалитров водки (5,0 литров чистого алкоголя на человека в год) и 18 — самогона (1,3 литра чистого алкоголя на человека в год), что вместе составляло 86% от уровня официальной продажи крепких алкогольных изделий. По данным Министерства внутренних дел, в 2009 г. было уничтожено 7 млн литров суррогатов, ликвидирован 601 подпольный цех по их производству и найдено 192 тыс. нарушений при производстве и продаже алкогольных изделий.

В структуре неучтенного рынка алкогольной продукции в России в 2014 году преобладали дистиллированные алкогольные напитки, на долю которых приходилось 72,8% рынка в натуральном выражении. Вино и пиво занимали соответственно 11,5% и 4,4% в структуре теневого рынка алкоголя. По мнению экспертов самой крупной категорией неучтенного алкоголя является алкогольная продукция легальных производителей, реализуемая без уплаты налогов. Она составила 26,6% от общего объема и 42,7% от стоимости неучтенного алкогольного рынка.

Вторая по величине категория - поддельный алкоголь, составляющий 23% в натуральном выражении и 22,4% в стоимостном выражении от всего неучтенного рынка алкогольной продукции в России. Нелегальный алкоголь составляет 22,9% всего объема неучтенного алкоголя, и только 10,3% стоимости. Суррогаты занимают четвертое место и составляет 11,3% от неучтенного рынка в натуральном выражении и 3,6% в стоимостном выражении. Объемы контрабанды и трансграничной торговли в последние годы постоянно снижались из-за девальвации рубля. Потребление неучтенного алкоголя в большей степени распространено в небольших городах и сельских районах, из-за слабого контроля в этих регионах.

Особую опасность для здоровья и жизни несут так называемые истинные и ложные суррогаты (метанол, изопропанол, бутанол) в виде различных технических жидкостей, не предназначенных для питья. Результаты интервьюирования мужчин в возрасте 25-54 года, проведенное в г. Ижевске в 2003-2005 годы показали, что 7,5% респондентов употребляли суррогаты в течение последнего года, а 2,1% употребляли их ежедневно [9]. Среди респондентов, признавших употребление суррогатов 38% употребляли лосьон после бритья, 17% употребляли алкогольсодержащие медицинские препараты, 45% употребляли комбинацию препаратов (лосьон после бритья, алкогольсодержащие медицинские препараты, технический спирт). Вероятнее всего эти данные существенно занижены, поскольку в выборку редко попадают алкоголики, которые являются основными потребителями суррогатов. По мнению некоторых экспертов виновниками экстремально высокого уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений в России является не самодельный и фальсифицированный алкоголь, поскольку он в большинстве случаев соответствует стандартам качества, а высокий общий уровень потребления алкоголя.

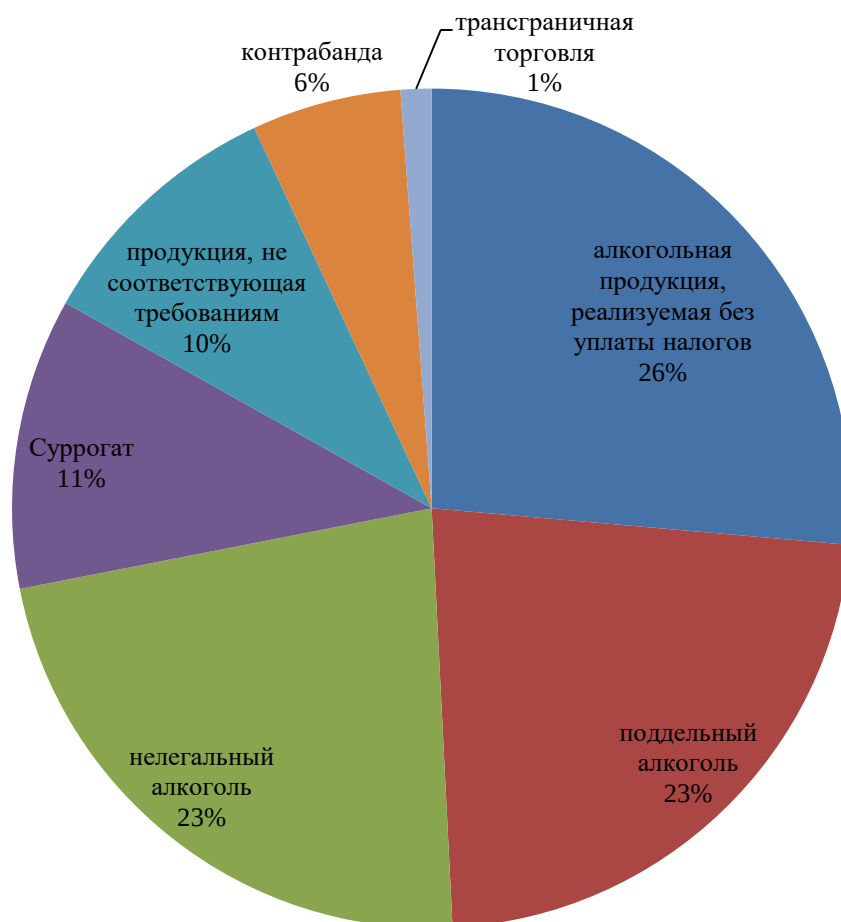


Рисунок 33. Структура теневого рынка алкоголя в России

Высокое содержание этанола является фактором риска острого алкогольного отравления при употреблении суррогатов, поскольку они часто выпиваются в неразбавленном виде. Как показал химический анализ суррогатов в г. Ижевске образцы технического спирта в среднем содержали 94% этанола, а алкогольсодержащие медицинские препараты содержали 66% этанола. Подтверждением негативной роли суррогатов служат результаты исследований проведенных в г. Ижевске, которые показали, что суррогаты вносят значительный вклад в уровень смертности от всех причин. Для лиц, употреблявших суррогаты относительный риск смерти от причин, непосредственно связанных с алкоголем (алкогольный психоз, алкогольная кардиомиопатия, алкогольный цирроз печени, острое алкогольное отравление) составил 25,5, а риск смерти от всех причин составил 5,3 по отношению к тем, кто употреблял лицензированные алкогольные напитки.

Динамика общего уровня потребления алкоголя, уровня официальной продажи алкоголя, а также уровня потребления незарегистрированного алкоголя представлена на рисунке. В 1970-е гг. прошлого века уровень потребления нелегального алкоголя колебался в пределах 4-5 литров на душу населения. Данный показатель несколько снизился в начале 1980-х гг., а затем существенно вырос (с 4,6 до 6,3 литра) в период с 1985 по 1987 гг., что было обусловлено ростом самогонварения как компенсаторная реакция на резкое ограничение доступности водки. Резкий рост уровня потребления незарегистрированного алкоголя (с 6,5 до 11,2 литра) произошел в период с 1991 по 1994 гг. Как уже неоднократно отмечалось, причиной этого роста

была потеря государством контроля за алкогольным рынком. После отмены государственной алкогольной монополии в 1992 году алкогольный рынок России стал фрагментированным. Появилось много частных компаний, которые производили и импортировали алкоголь, не имея лицензий и регистрации. Страну буквально захлестнула волна самодельного и импортного алкоголя низкого качества. В этот период даже государственные торговые предприятия торговали нелегализованным алкоголем. Проверки, проводившиеся в 1994 и 1995 годах показали, что 36,6% алкогольной продукции, реализуемой через государственную торговую сеть было изготовлено нелегально. Снижение контроля со стороны государства привело к ухудшению качества алкогольной продукции. По данным Госкомстата в эти годы от 21,6% до 45,1% всей реализуемой водки не соответствовало стандартам качества. Большое количество фальсифицированной водки, реализуемую через государственную торговую сеть подорвало доверие населения к легальному алкоголю, и явилось дополнительным фактором роста самогонварения. Негативные последствия утраты контроля над алкогольным рынком проявились в виде резкого роста уровня связанной с алкоголем смертности.

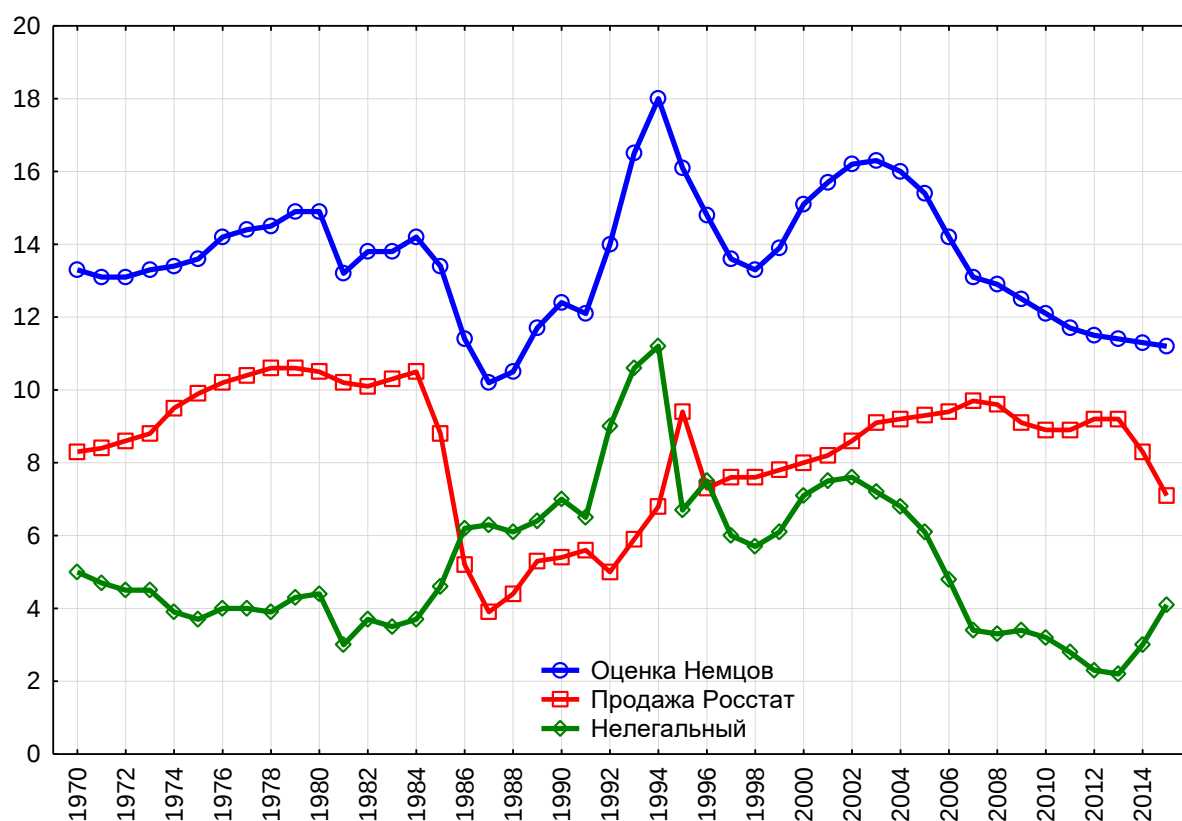


Рисунок 34. Динамика общего уровня потребления алкоголя (оценка Немцова и Шельгина для периода 1970-2013 гг., оценка Разводовского для 2014 и 2015 гг.), уровня официальной продажи алкоголя, а также уровня потребления незарегистрированного алкоголя в России в период с 1970 по 2015 гг.

Последующие колебания уровня потребления незарегистрированного алкоголя соответствовали следующему паттерну: снижение в период с 1995 по 1998 гг.; рост в период с 1999 по 2002 гг.; очередное снижение, продолжавшееся вплоть до 2013 г. с достижением минимального уровня данного показателя за весь рассматриваемый период (2,2 литра). В последние два года отмечался существенный рост уровня потребления нелегального алкоголя. Снижение уровня потребления нелегального

алкоголя, начавшееся в 2003 г. происходило на фоне поэтапного введения законодательных мер, направленных против незаконного производства и реализации алкогольной продукции. Рост уровня потребления нелегального алкоголя в последние два года мог быть спровоцирован экономическим кризисом, снизившим доходы населения и снижением экономической доступности лицензированного алкоголя вследствие роста акцизов. Высокая доступность неучтенного алкоголя, которая в значительной мере обусловлена высоким уровнем коррупции является основным фактором роста теневого рынка алкоголя в последние годы.

На рисунке представлена динамика удельного веса нелегального алкоголя в структуре потребления алкоголя. Данный показатель держался на уровне 30-35% в 1970-е годы прошлого века, затем резко вырос (до 60%) в период антиалкогольной кампании. Своего пика уровень потребления нелегального алкоголя достиг в 1992 г. (64%), после чего стал снижаться, достигнув своего «дна» в 2013 г. (19%).

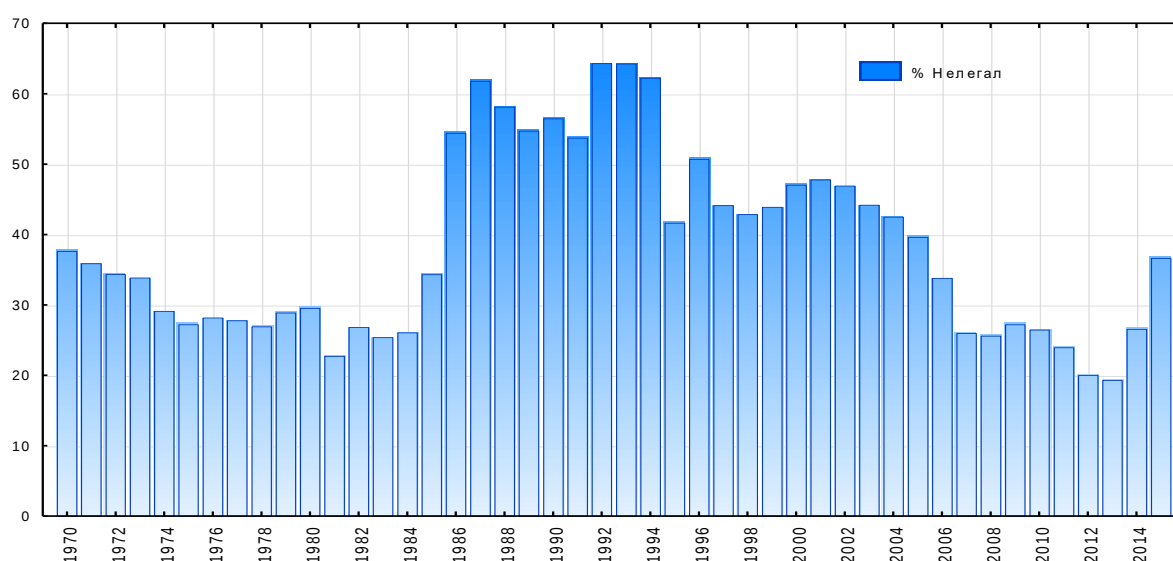


Рисунок 35. Удельный вес нелегального алкоголя в структуре общего уровня потребления алкоголя в России в период с 1970 по 2015 гг.

В разные периоды источники нелегального алкоголя были разными. Основным источником нелегального алкоголя в советский период был самогон, который в значительной степени компенсировал снижение уровня официальной продажи алкоголя в период антиалкогольной кампании. По данным опросов населения, доля потребителей самогона росла вплоть до 2000 г., когда этот показатель достиг своего максимума (19%), после чего стал снижаться. В последние годы значительная часть нелегального алкоголя была представлена неучтенной продукцией, изготовленной на ликероводочных заводах.

Одним из основных факторов высокого уровня потребления незарегистрированного алкоголя в России является его более низкая цена по сравнению с лицензированным алкоголем. По данным McKee и соавторов, проводивших исследование в г. Ижевске, относительная цена суррогатов в эквиваленте чистого алкоголя почти в шесть раз ниже, чем цена легальной водки. Данное обстоятельство объясняет популярность суррогатов среди алкоголиков, имеющих, как правило, ограниченные финансовые возможности. Что касается самогона, то его потребители также являются люди с низкими доходами, для которых мотивацией потребления служит низкая стоимость, которая в случае его

самостоятельного изготовления в 4-5 раза, а в случае приобретения в 2-2,5 раза ниже стоимости лицензированного алкоголя.

Ликвидировать экономическую мотивацию употребления нелегального алкоголя можно лишь существенно снизив цену лицензированного алкоголя. Однако такого рода демпинг увеличит доступность алкоголя не только для тяжело пьющих, но и для остального населения, что неизбежно приведет к росту общего уровня потребления алкоголя и, в конечном итоге, к росту уровня алкогольных проблем. В заключение следует подчеркнуть, что мероприятия по контролю теневого рынка алкоголя, который в значительной мере держится на коррупции, могут быть эффективными только в том случае, если они будут осуществляться в рамках широкой стратегии, направленной на снижение общего уровня потребления алкоголя и профилактику связанных с алкоголем проблем в обществе.

3.4. Алкогольная политика в России

3.4.1. Мировой опыт в области эффективной алкогольной политики

Обращение к международному опыту представляется полезным для идентификации мер алкогольной политики, которые оказались наиболее эффективными в плане снижения уровня потребления алкоголя, а также уровня связанных с алкоголем проблем. В широком смысле под алкогольной политикой подразумевается комплекс мероприятий, направленных на минимизацию вредных последствий употребления алкоголя. Алкогольная политика включает законодательный контроль доступности (государственная монополия, налогообложение), меры связанные со снижением спроса на алкоголь (образование), а также меры, направленные на конкретные связанные с алкоголем проблемы (например, вождение в пьяном виде). Для того чтобы определять приоритеты и направлять практические действия, необходима национальная политика в отношении алкоголя, основанная на фактических данных относительно эффективности различных стратегий, подтвержденных результатами научных исследований. Накопленный международный опыт в области алкогольной политики говорит о том, что меры первичной профилактики алкогольных проблем являются гораздо более эффективными, чем меры борьбы с последствиями употребления алкоголя. При этом одной из наиболее эффективных мер профилактики алкогольных проблем является ограничение физической и экономической доступности алкоголя.

Экономическая доступность алкоголя является одним из основных факторов, определяющих уровень спроса на него. Соответственно, повышение цен на алкогольные изделия (посредством повышения ставок акциза) приводит к снижению общего уровня его потребления, частоты употребления, а также количества алкоголя, выпиваемого в течение одной выпивки, т. е. затрагивает все аспекты питьевого поведения. Результаты научных исследований и эмпирические данные свидетельствуют о том, что чем доступнее алкоголь, тем больше его употребляют и тем больший в результате наносится вред. Даже незначительные ограничения доступности алкоголя существенно снижают уровень различного рода проблем, ассоциирующихся со злоупотреблением алкоголя. Наиболее эффективной системой контроля доступности алкоголя является государственная монополия, позволяющая государству регулировать алкогольный рынок. В странах, где сохраняется государственная монополия на продажу алкоголя, его обычно продают в меньшем

количестве торговых точек с более коротким временем продажи, чем в странах, где продажей алкоголя занимаются частные фирмы [9]. Система лицензирования продажи алкогольных напитков также позволяет государству регулировать доступность алкоголя, поскольку оно может ограничивать количество лицензий, обязывать обладателей лицензий соблюдать определенные стандарты и отзываться у них лицензии в качестве штрафной санкции за нарушение закона. Тем не менее, отказ от государственной монополии в пользу системы лицензирования считается ослаблением алкогольной политики, поскольку такая мера может увеличить количество фирм, занимающихся торговлей алкоголем, что, в конечном счете, может привести к увеличению доступности алкоголя [9].

Регулирование физической доступности алкоголя путем регламентации плотности точек продажи алкоголя и ограничение времени продажи алкогольных напитков является эффективной мерой снижения уровня потребления алкоголя населением. Еще одним способом снижения доступности алкоголя является запрет на употребление алкоголя в общественных местах (парки, улицы, больницы, предприятия и организации) и во время проведения массовых мероприятий.

При сохранении неизменными других факторов, таких как уровень доходов населения и цены на прочие товары, повышение цен на алкогольные напитки приводит к уменьшению потребления алкоголя и снижению связанного с ним вреда. Одним из эффективных рычагов воздействия на цену алкогольных напитков является акцизное налогообложение. Анализ накопленных данных свидетельствует о том, что эффект повышения акцизов на алкоголь наиболее ощутим в странах с большим удельным весом лиц, злоупотребляющих алкоголем. При определении величины повышения налогов следует руководствоваться данными об эластичности спроса. При этом целесообразным является применение тактики дифференцированного налогообложения, предполагающей введение пропорционально более высоких налогов на крепкие спиртные напитки или, напротив, налоговых льгот для продукции с меньшим содержанием спирта. Однако повышение налогов не обязательно влечет за собой повышение цены, поскольку производители и розничные продавцы алкогольных напитков могут компенсировать повышение налога и не перекладывать дополнительные издержки на потребителя. Одним из способов решения этой проблемы является законодательное установление минимальной допустимой цены за литр абсолютного алкоголя. Показано, что эта мера приводит к снижению уровня потребления алкоголя и, соответственно, к снижению уровня связанных с алкоголем проблем.

Мероприятия по ограничению физической и экономической доступности алкоголя могут осложняться существованием во многих странах значительного теневого рынка алкоголя. Существует высокая вероятность того, что профилактический эффект повышения цены алкоголя может быть снижен из-за роста производства и потребления незарегистрированного алкоголя. Поэтому повышение налогов должно сопровождаться государственными мерами контроля над теневым рынком алкоголя. Следует отметить, что накопленные к настоящему времени данные позволяют утверждать, что меры, направленные на усиление контроля за нелегальным рынком алкоголя приносят даже более ощутимый профилактический эффект, чем увеличение акцизов на алкоголь. Профилактический эффект этой стратегии особенно заметен в странах с высоким уровнем потребления незарегистрированного алкоголя. В настоящее время считается, что всесторонняя политика в отношении алкоголя должна быть направлена на снижение вреда от

учтенного алкоголя, а также на перевод большего количества неучтенного алкоголя в разряд учтенного.

Введение закона о минимальном возрастном цензе на право приобретения алкогольных напитков является эффективной мерой в области алкогольной политики. Было показано, что установление минимального возраста, позволяющего приобретать алкоголь приводит к снижению уровня «пьяного» дорожно-транспортного травматизма, а также уровня других связанных с алкоголем проблем. Контроль за соблюдением торговыми заведениями требований к минимальному возрасту для приобретения алкоголя осуществляется с использованием приема контрольной закупки, когда в качестве «покупателей» выступают молодые люди.

Как правило, большинство лиц, имеющих алкогольные проблемы, не получают консультаций в учреждениях первичной медицинской помощи. Вместе с тем, фактические данные убедительно свидетельствуют о пользе широкомасштабного внедрения программ раннего выявления лиц, употребляющих алкоголь и предоставления им кратких консультаций в учреждениях первичного медицинского звена, а также в отделениях травматологии и скорой медицинской помощи. Важно также, чтобы акушерские службы обеспечивали всех беременных женщин информацией относительно вредных последствий потребления алкоголя во время беременности.

Ужесточение законодательства, регламентирующего наказание за вождение в пьяном виде, является эффективной стратегией снижения уровня дорожно-транспортного травматизма. Имеющиеся данные подтверждают эффективность такой меры как установление предельно допустимой концентрации алкоголя в крови, вплоть до нулевого уровня. Очевидно, что снижение предельно допустимого содержания алкоголя в крови эффективно лишь в сочетании с другими мерами и в случае строгого контроля за соблюдением законодательства. Наиболее эффективными методами контроля являются неожиданные выборочные проверки водителей на наличие паров алкоголя в выдыхаемом воздухе и устройство пунктов контроля трезвости. Санкции в отношении нарушителей законодательства включают лишение водительского удостоверения, установку на определенное время алкогольного блокиатора на замке зажигания. Законодательные меры должны сопровождаться кампаниями по информированию населения относительно последствий нарушения данного законодательства.

В условиях рыночной экономики способы рекламы алкоголя постоянно совершенствуются. Для этой цели используются традиционные СМИ (такие как телевидение, радио, печатные издания), а также современные технологии (Интернет). Значительная часть индустрии развлечений пропагандирует потребление алкоголя: алкоголь присутствует в фильмах, телешоу, популярных шлягерах и других видах массовой культуры. Стимулирование потребления алкогольных напитков осуществляется также путем увязывания алкогольных брендов со спортивными и культурными мероприятиями, посредством спонсорства и скрытой рекламы. Соответственно, любые меры, направленные против маркетинга алкогольных напитков, должны быть всесторонними и затрагивать все эти элементы. Имеются данные, указывающие на то, что маркетинг может стимулировать потребление алкоголя молодежью. Лонгитудинальные исследования показали, что различные виды рекламы алкоголя, включая прямую рекламу в традиционных средствах массовой информации и скрытую, в виде алкогольных сцен в кинофильмах, способствуют более раннему началу употребления алкоголя подростками. При этом

имеет место кумулятивный эффект рекламы, заключающийся в том, что подростки, подвернувшиеся воздействию рекламы, значительно увеличивают потребление алкоголя в более старшем возрасте. В целом между подверженностью молодых людей воздействию маркетинга алкогольных напитков и вероятностью того, что молодые люди начнут пить или станут пить больше, существует взаимосвязь типа “доза-ответная реакция”.

Во всех антиалкогольных программах подчеркивается необходимость информировать и просвещать общественность относительно ущерба, сопряженного с употреблением алкоголя. Однако фактические данные говорят о том, что при наличии конкурирующей информации в виде алкогольной рекламы и социальных норм, поощряющих употребление алкоголя, эта стратегия не приносит ожидаемого результата. Несмотря на это, многие эксперты в области алкогольной политики считают целесообразным размещение на всех емкостях с алкогольными напитками этикеток с предупреждением об опасности алкоголя для здоровья людей как один из элементов кампании по санитарному просвещению, направленной на уменьшение вредных последствий употребления алкоголя. Очевидно, что для решения проблем, связанных с алкоголем, одной информации и просвещения не достаточно. Тем не менее, несмотря на то, что образовательные программы не оправданы с точки зрения стоимость-эффективность, они привлекают внимание общественности к алкогольной проблеме и должны использоваться в комплексе с другими профилактическими стратегиями.

Обобщая фактические данные относительно эффективности различных мер по снижению ущерба, связанного с употреблением алкоголя можно выделить шесть основных стратегий, которые должна включать комплексная антиалкогольная политика.

- Введение государственной монополии на розничную торговлю алкоголем. В случае если государственная монополия по каким-то причинам применена быть не может, должна быть введена система лицензирования с ограничением плотности торговых точек, а также дней и часов продажи.
- Установление нижнего предела налогообложения за литр абсолютного алкоголя и регулярная коррекция его с учетом инфляции.
- Установление минимального возраста, с которого разрешено приобретать алкогольные напитки на уровне 18-21 год.
- В учреждениях первичного медицинского звена должна быть организована помощь людям, злоупотребляющим алкоголем (короткая интервенция).
- Должна быть установлена предельно допустимая концентрация алкоголя в крови у водителей (не более 0,5 г/л);
- Прямая и косвенная реклама алкоголя должна быть запрещена.

3.4.2. Европейский опыт в области алкогольной политики

За последние пол века страны Европы добились большого прогресса в области контроля за потреблением алкоголя, поэтому европейский опыт может оказаться полезен при разработке национальной антиалкогольной стратегии. Анализ динамики алкогольной ситуации в странах Западной Европы во второй половине 20-го века свидетельствует об унификации и усилении алкогольной политики, а также гомогенизации уровня и паттерна потребления алкоголя. В то же время динамика уровня потребления алкоголя и уровня связанных с алкоголем проблем существенно

различалась в разных странах. В странах Северной и Центральной Европы эти показатели росли, в то время как в странах Южной Европы они снижались. Резкий рост уровня потребления алкоголя, а также уровня связанных с алкоголем проблем в Скандинавских странах был обусловлен либерализацией алкогольной политики. На основании опыта этих стран можно сделать вывод, что экономика замещения крепких «алкогольных напитков» на более легкие не принесла желаемых результатов. Несмотря на снижение доли крепких «алкогольных напитков» в структуре потребления алкоголя совокупный уровень потребления резко вырос, что привело к росту уровня связанных с алкоголем проблем. Подтверждением того, что в области алкогольной политики нет универсальных рецептов является то обстоятельство, что несмотря на схожесть социально-экономических, культуральных и климатических факторов динамика уровня потребления алкоголя в Скандинавских странах существенно различалась.

Одним из факторов роста уровня потребления алкоголя в большинстве стран Западной Европы в 1970-х годах прошлого века являлся рост уровня доходов населения и увеличение покупательской способности. На протяжении последних десятилетий в странах Средиземноморья реальные доходы населения росли, а цены на алкогольные напитки оставались стабильными. Это значит, что уровень потребления алкоголя в этих странах должен был расти так же как и в остальных странах Европы. Снижение уровня потребления алкоголя в странах Южной Европы свидетельствует о существовании других факторов кроме цены и доходов населения, которые влияют на уровень потребления алкоголя. Эконометрический анализ, в который были включены экономические и не экономические факторы показал, что различия в уровне потребления алкоголя между странами в большей степени объясняется не экономическими факторами. Изменение в условиях жизни (модернизация, урбанизация, развитие технологий коммуникаций, развитие индустрии отдыха и туризма) влияет на уровень потребления алкоголя неоднозначно в разных странах. Так, например, быстрая урбанизация в странах Северной и Центральной Европы с начала 50-х годов сопровождалась ростом уровня потребления алкоголя, в то время как в странах Средиземноморья этот показатель снизился. Таким образом, прямая связь между изменениями условий жизни и уровнем потребления алкоголя отсутствует. Вероятно это непрямая связь, опосредованная специфичной для каждой страны историческими и культуральными особенностями. Обеспокоенность негативными последствиями роста потребления алкоголя в странах Южной Европы привело к усилению законодательных мер по ограничению его доступности включающих введение минимального возраста продажи алкоголя, а также запрет употребления алкоголя на рабочем месте. Однако в большей степени снижение уровня потребления алкоголя в странах Южной Европы было обусловлено изменением отношения населения к алкоголю, т. е. возросшей озабоченностью неблагоприятными его последствиями и популяризацией здорового образа жизни. Различия в тенденциях потребления алкоголя в странах Западной Европы свидетельствуют о важности учета национальных факторов при разработке эффективной алкогольной политики.

3.4.3. Современная алкогольная политика в России и ее эффективность

На протяжении долгого времени российское государство не уделяло должного внимания противодействию алкоголизации населения, однако ситуация изменилась в

начале нынешнего века. Развитие событий на российской алкогольной сцене в последние годы показывает, насколько сложна и многообразна проблема потребления алкоголя.

В начале нынешнего века руководство страны впервые после 1985 г. обратило внимание на тяжесть наших алкогольных проблем. Началом новой алкогольной политики можно считать создание Росспиртпрома (РСП) в марте 2000 г., а в декабре того же года – Постановлением главного санитарного врача РФ от 15.12.2000 N 16 «Об усилении госсанэпиднадзора за пивоваренной продукцией». Результатом деятельности РСП было банкротство нескольких сотен предприятий спиртовой и водочной промышленности, а также их продажа крупным игрокам алкогольного рынка. Предполагалось, что мелкие предприятия являются источником нелегального алкоголя, поэтому их ликвидация увеличит продажу легального алкоголя и обеспечит пополнение бюджета. Поскольку РСП не справился с поставленной перед ним задачей, он был заменен Росалкогольрегулированием (РАР) в 2009 году. В январе 2015 года РАР было передано в подчинение министерству финансов, на которое были возложены полномочия формирования алкогольной политики в стране. Многие эксперты связывают с его деятельностью надежды на существенное сокращение производства и оборота нелегальной продукции, хотя и не исключают возможности превращения его в инструмент в реализации лоббистских стратегий.

В 2005 году были внесены поправки в федеральный закон «О государственном регулировании производства этилового спирта, алкоголь и спиртосодержащей продукции» №171 от 22.11.95, в виде двух законов (102-ФЗ и 209-ФЗ), которые серьезным образом повлияли на алкогольную ситуацию в стране. Во-первых, был существенно увеличен уставной капитал для производителей и розничных торговцев алкогольной продукцией, в результате чего многие мелкие производители и торговцы были вытеснены с алкогольного рынка.

Во-вторых, была внедрена Единая государственная автоматизированная информационная система (ЕГАИС) электронной регистрации алкоголя, которая предназначалась для государственного контроля над объемом производства и оборота этилового спирта, а также алкогольной и спиртосодержащей продукции. Однако в условиях полной неготовности, как бизнеса, так и государства ЕГАИС не начала работать. В-третьих, была произведена смена акцизных марок. Первые федеральные марки и только на пол-литровые бутылки водки были напечатаны в конце января 2006 г., а дошли до потребителей позже. Марки на другие напитки и емкости печатались в течение почти всего 2006 г. В результате несколько первых месяцев этого года полки винно-водочных магазинов опустели целиком или частично. Частично за счет того, что с марта 2006 г. на короткий период было разрешено реализовать алкогольную продукцию с марками старого образца. Недостаточная скоординированность действий различных ведомств в процессе реализации этих нововведений привела к временному дефициту легальной водки. Особенно это коснулось российской глубинки, поскольку там снабжением алкоголем населения, в основном, занимались частные предприниматели, которые были вынуждены прекратить свою деятельность. В условиях ажиотажного спроса дефицит алкоголя спровоцировал эпидемию отравлений суррогатами (техническими спиртами, антисептиками, средствами бытовой химии). Тысячи людей (преимущественно тяжело пьющих) в разных регионах России оказались в больницах с диагнозом «токсический гепатит». Вместе с тем, важными шагами правительства, направленными против употребления суррогатов было решение ввести налоги на

производство технического спирта, а также утвердить новый список денатурирующих добавок для спиртосодержащих жидкостей (бензин, керосин, битрекс и кротоновый альдегид), которые обладают неприятным вкусом и запахом. По мнению некоторых экспертов, денатурация способствовала росту числа отравлений, поскольку в условиях дефицита легальной водки потребители суррогатов по привычке продолжали пить технический спирт, не подозревая о том, что он не прошел «жесткую» денатурацию. Существует и альтернативная версия: потребители суррогатов, привыкшие употреблять жидкость технического назначения типа «Кирюша» после денатурации ее пить уже не могли. По этой причине они стали экспериментировать с дезинфицирующими жидкостями на основе технического спирта типа «Экстрасепт-1». Однако кроме спирта в этих жидкостях содержатся диэтилфталат и полигексаметиленгуанидин, которые обладают гепатотоксичным эффектом и вызывают картину острого токсического гепатита. Некоторые специалисты в качестве одной из причин массовых отравлений суррогатами называют введение акцизов на технический спирт. В результате производители так называемой продукции двойного назначения стали использовать в качестве сырья изопропиловый спирт, который по органолептическим свойствам напоминает этиловый, но гораздо токсичнее.

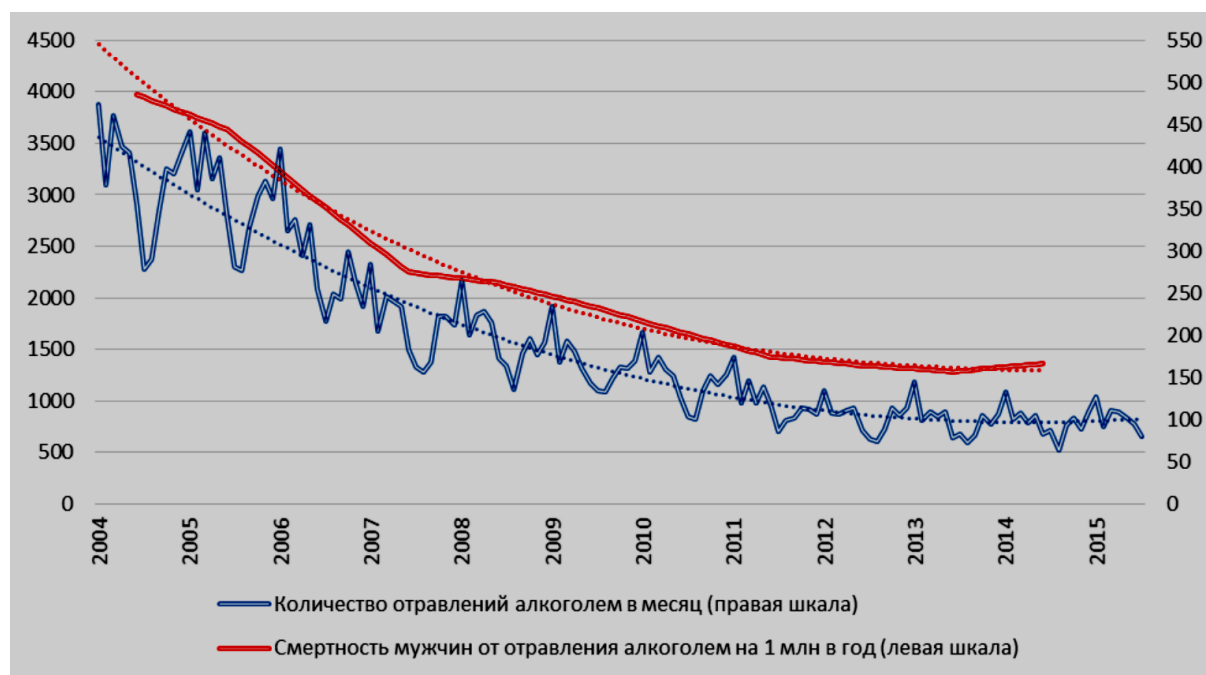
По всей видимости, в разных регионах России были реализованы разные сценарии развития событий, поскольку химические соединения, ответственные за отравления в разных регионах были разные (полигексаметиленгуанидин, изобутил, диэтилфталат). Тем не менее, в отдаленной перспективе, проведенные мероприятия по усилению государственного контроля за алкогольным рынком имели положительный результат. Введение налогообложения на спиртосодержащую продукцию технического назначения привело к ее подорожанию, что автоматически сделало ее менее доступной для потребителей суррогатов. Как прямое следствие этого уровень смертности от острых алкогольных отравлений в 2006-2007 гг. снизился по сравнению с 2005 годом. Введением налогообложения на технический спирт была ликвидирована экономическая база криминального бизнеса, и объем его контрабанды из России резко снизился.

Во второй половине 2006 года к этому добавился уход с алкогольного рынка многих мелких и средних предпринимателей из-за невозможности повысить свой уставной капитал и, как результат, дополнительное снижение потребления, особенно сильное в сельской местности. Весь 2006 г. на алкогольном рынке был хаос, который продолжался в 2007 г., что обусловило дальнейшее снижение потребления алкоголя.

Законы 2005 г. привели к существенному улучшению алкогольной ситуации в стране. Так смертность мужчин от острых алкогольных отравлений за следующие два года (2006–2007) снизилась на 38,2%, общая смертность на 12,1%, а заболеваемость алкогольными психозами на 22,0%. Введение законов ускорило снижение уровня алкогольной заболеваемости и смертности, которое предшествовало их принятию, но этот эффект продолжался 2 года, после чего тренды вернулись к исходным темпам 2004-2005 гг. с последующим замедлением. Эта тенденция хорошо иллюстрируется трендом острых алкогольных отравлений, уровень которых в 2014 г. несколько вырос по сравнению с 2013 г.

После 2008 г. снижение потребления алкоголя и, как следствие, смертности, явилось результатом продолжающихся попыток контролировать алкогольный рынок. Некоторые исследователи считают, что снижение потребления алкоголя, рост ожидаемой продолжительности жизни и снижение смертности отчасти обусловлены

ЕГАИС - единственной в мире технической системой регулирования рынка. По мнению других экспертов, многократные попытки внедрения этой системы, предпринимавшиеся на протяжении последних 10 лет приводили лишь к дестабилизации алкогольного рынка.



Примечание: Синяя линия – месячные данные (Росстат); красная – годовичные показатели; пунктир – полином третьей степени.

Рисунок 36. Смертность мужчин от острых алкогольных отравлений

Нелегальный рынок алкоголя за последние 6 лет увеличился с 40 до 64%, из них 30% реализуется в легальной лицензионной розничной сети, а оставшиеся 34% - в нелегальных торговых точках. Основные нелегальные производства сосредоточены в Кабардино-Балкарии, Северной Осетии, Дагестане и Подмосковье. Большая часть нелегальных производств и торговых точек – это обанкротившиеся предприятия, лишённые лицензий, но именно поэтому неподконтрольные Росалкогольрегулированию (РАР).

В 2009 г. была принята Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов употребления алкогольной продукции и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года. Согласно данному документу, реализация государственной политики по снижению масштабов употребления алкогольной продукции и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года направлена на снижение объемов потребления населением алкогольной продукции, в том числе слабоалкогольных напитков, пива и напитков, изготавливаемых на его основе, улучшение демографической ситуации в стране, увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, формирование стимулов к здоровому образу жизни.

В 2010 г. была введена минимальная розничная цена на водку – 89 рублей за пол-литровую бутылку.

В 2011 г. Спиртные заводы обязали закупить специальное оборудование для переработки отходов производства в корм для скота. Предприятия, не выполнившие

это требование лишались лицензии. В это же году минимальная цена на водку была повышена до 98 руб. за пол-литровую бутылку.

В 2012 г. был введен запрет на продажу всех видов алкогольной продукции с 23 до 8 часов утра. Также был введен запрет на розничную продажу алкоголя в детских, образовательных и медицинских учреждениях, на объектах спорта и прилегающих к ним территориях. Кроме того, был увеличен уставной капитал для производителей алкоголя на 40%, продлен запрет продажи алкогольных напитков в киосках, введено лицензирование перевозки этилового спирта, запрещена реклама пива и вина, повышена минимальная цена на водку (125 руб.).

В 2013 г. был введен запрет на продажу пива в нестационарных торговых объектах, увеличены акцизы на алкоголь, повышена минимальная цена на водку (170 руб.). В 2013 г. минимальная цена на водку была повышена до 220 руб. В 2015 г. минимальная цена на водку была снижена до 220 руб., а также разрешена реклама пива и вина на телевидении. В этом же году был принят план мероприятий («дорожная карта») по стабилизации ситуации и развитию конкуренции на алкогольном рынке.

В заключении следует подчеркнуть, что современная алкогольная политика в России не имеет под собой достаточного научного обоснования и страдает отсутствием системности и последовательности в разработке и реализации. Одной из главных причин такой не системности является сильное влияние лоббистов на разработку мер государственной алкогольной политики. В отличие от предыдущих антиалкогольных кампаний, современная государственная алкогольная политика в большей степени нацелена на повышение налоговых поступлений в государственный бюджет, чем борьбой за оздоровление нации путем уменьшения потребления алкоголя. Тем не менее, в целом экспертное сообщество поддерживает попытку государства усилить контроль за алкогольным рынком с использованием широкого арсенала средств алкогольной политики.

Необходимым условием отрезвления нации является проведение эффективной алкогольной политики. Необходимо на государственном уровне решить три взаимосвязанные проблемы: потребление любого алкоголя мужчинами трудоспособного возраста, доступность спиртного для несовершеннолетних и производство, и потребление нелегальных алкогольных изделий. Алкогольная политика должна быть комплексной, сочетающей запретительные меры и меры просвещения и воспитания. Адекватная алкогольная политика должна учитывать следующие рекомендации:

- Возврат к государственной монополии на производство спирта. Данная мера позволит более эффективно регулировать алкогольный рынок, в том числе за счет уменьшения влияния на разработку и реализацию алкогольной политики лоббистов.
- Должны быть определены четкие краткосрочные и долгосрочные цели политики и механизмы воздействия на алкогольный рынок.
- Главным целевым показателем алкогольной политики должно быть снижение общего уровня потребления алкоголя, в первую очередь за счет крепких алкогольных напитков.
- Существование значительного теневого сегмента производства и продажи алкоголя свидетельствует о неэффективности государственного управления алкогольным рынком и является серьезным препятствием для реализации таких ключевых мер алкогольной политики, как снижение физической и

экономической доступности алкоголя. Поэтому важной задачей алкогольной политики является снижение доли нелегального рынка алкоголя посредством комплекса мер, включающих усиление контроля за производством и продажей алкоголя. Федеральным законодательством предусмотрена административная и уголовная ответственность за правонарушения в сфере производства и оборота алкогольной продукции, однако наказание за такие правонарушения несоизмеримо с прибылью, которую получают недобросовестные участники алкогольного рынка. Поэтому необходимо добиться реализации принципа неотвратимости наказания, а также значительно ужесточить санкции за нарушение алкогольного законодательства. Кроме того, экономическую мотивацию производства и продажи нелегального алкоголя может снизить сбалансированная акцизная политика на крепкий алкоголь.

- Акцизная политика должна быть дифференцированной, пропорциональной содержанию алкоголя в напитке.
- Учитывая низкий профессиональный уровень современной социальной рекламы и пропаганды здорового образа жизни, которую проводит государство, существует насущная необходимость усиления антиалкогольной пропаганды.
- Необходимо повысить социальную ответственность участников алкогольного рынка, включая ответственность производителей (соблюдение качества продукции, уплата налогов, создание рабочих мест, социальная реклама, развитие благотворительности и спорта) и социальная ответственность распространителей (строгое соблюдение законодательства в вопросе запрета продажи алкогольных напитков и пива несовершеннолетним).
- Необходим регулярный мониторинг алкогольной ситуации в стране: выявление самых проблемных регионов и групп населения, источников производства нелегальной алкогольной продукции и пути выхода их на рынок.
- Для успеха алкогольной политики на государственном уровне необходимо разработать и внедрить систему индикаторов ее эффективности.

ГЛАВА 4

ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

Курение табака – одна из наиболее распространённых вредных привычек в мире. Учеными Института измерений и оценок здоровья при университете Вашингтона (США) в 2012 г. было проведено исследование распространенности табакокурения в 187 странах. Как следует из указанного исследования американских ученых «в 2012 году регулярно, то есть каждый день, курили 967 млн человек»¹⁵². Для сравнения в 1980 г. количество постоянных курильщиков равнялось 721 млн человек. Анализ гендерного состава любителей табака показывает, что в настоящее время ежедневно курят 31% взрослых мужчин и 5% женщин. Соответственно, 967 млн человек ежегодно выкуривает 6,25 трлн сигарет (в 1980 г. ежегодно выкуривалось только 4,96 трлн сигарет). Статистика Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) по Российской Федерации демонстрирует, что наша страна находится в списке лидеров по данным показателям.

4.1. Ситуация с потреблением табака в России и его социально-экономические последствия

В 2015 г. ВОЗ было проведено исследование об уровне употребления табака в разных странах мира, которое показало, что по состоянию на 2015 г. в Российской Федерации распространение курения среди мужчин и женщин достигло 59% и 22,8% соответственно. При этом если уровень распространенности курения среди мужчин начиная с 2000-го г. постепенно снижался (2000 г. – 67,2%), то распространённость курения среди женщин наоборот повышалась (2000 г. – 21,8%).

Математическое моделирование перспектив увеличения количества потребителей табака демонстрирует, что при существующих темпах распространения курения в 2020 г. в России потребителями табака будут 56,8% мужчин и 23,4% женщин, а к 2050 г. 54,6% мужчин и 24% женщин.

В целом Минздрав России согласен с приведенной статистикой ВОЗ. По данным ведомства по состоянию на 2015 г. «в России курят свыше 20% женщин. При этом курильщиков среди мужчин гораздо больше — около 60%»¹⁵³.

При этом уже 2016 г. статистика Минздрава России значительным образом улучшилась. Так, «распространенность табакокурения среди взрослого населения снизилась до 32% в 2016 году»¹⁵⁴.

Вместе с тем, следует отметить, что Российская Федерация – один из мировых лидеров по распространенности курения среди подростков. Так, среди российских школьников курят более 3 млн подростков (2,5 млн юношей и 0,5 млн девушек). Российская национальная выборка демонстрирует, что в 13-15 лет число юношей и девушек, потребляющих табак, равняется 25,4 % и 20,9 %, соответственно, к 11-му классу школы этот показатель достигает для юношей - более 60%, для девушек - 40%. Среди учащихся учреждений среднего профессионального образования указанный

¹⁵² Мануков С. Дымящий миллиард // код доступа: <http://expert.ru/2014/01/10/dyimyaschij-milliard/>.

¹⁵³ Минздрав посчитал количество курящих женщин в России // код доступа: <http://www.ntv.ru/novosti/1355537/>.

¹⁵⁴ Минздрав: число курильщиков в России сократилось до 32% // код доступа: https://www.gazeta.ru/social/news/2017/05/04/n_10006715.shtml.

показатель еще выше – 75% юношей и 64% девушек. При этом наиболее ранний возраст приобщения к курению – 8-10 лет¹⁵⁵.

Столь высокий уровень курения среди женщин и подростков можно объяснить тем, что производители табачных изделий направили свои основные маркетинговые усилия на молодых женщин и подростков, поскольку уровень курения среди мужчин и так запредельно высок¹⁵⁶.

Однако, нельзя сказать, что население Российской Федерации не осведомлено о негативных последствиях потребления табака. Согласно данным ВОЗ 90,8% населения нашей страны осведомлено, что курение вызывает развитие серьезных болезней¹⁵⁷.

Тем не менее осведомленность о вредных последствиях курения табака не влияет на существенным образом на снижение потребления указанного продукта. Согласно опросу Центра изучения общественного мнения, проведенного в 2016 г., даже введение законодательных ограничений на курение в общественных местах не заставили россиян не только отказаться от вредной привычки, но и сколько-нибудь существенно снизить потребление табака. Ответ «Сейчас курю больше» дали 16% опрошенных, «Курю также, как и год назад» - 54% опрошенных. То есть в общей сумме те, кто либо не сократил потребление табака, либо увеличил его составили 70% респондентов. Только 28% опрошенных указали, что курить стали меньше, чем год назад (в 2015 г. число тех, кто дал указанный вариант ответа составляло 29%)¹⁵⁸.

Между тем, потребление табака признано одним из важнейших факторов демографического и социально-экономического кризисов в Российской Федерации. Курение становится причиной гибели от 330 до 400 тыс. человек ежегодно¹⁵⁹. Оно сокращает продолжительность жизни граждан России в среднем на 10-12 лет¹⁶⁰.

Не секрет, что сердечно-сосудистые заболевания выступают одной из главных причин преждевременной смертности в Российской Федерации. В 2016 г. от болезней систем кровообращения различной этиологии умерло более 900 тыс. человек. Потребление же табака признано одним из ведущих рисков заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями и смертности от патологий сердечно-сосудистой системы. Например, выкуривание пачки сигарет в день повышает риск ишемической болезни сердца в 2-4 раза, риск ишемического инсульта – в 2 раза, риск облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей – в 5 раз. Риск смерти от ишемической болезни сердца у мужчин увеличивался в 5 раз (у женщин – в

¹⁵⁵ «Вредные привычки: Профилактика табакокурения среди молодежи». Методический материал // код доступа: <http://vocmp.oblzdrav.ru/wp-content/uploads/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0-%D1%82%D0%B0%D0%B1%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BA%D1%83%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D1%81%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B8-%D0%BC%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%B6%D0%B81.pdf>.

¹⁵⁶ Perlman F., Bobak M., Gilmore A., and McKee M. 2007. Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy. *Tobacco Control* 16: 299–305.

¹⁵⁷ Курение в России. Страшные цифры // код доступа: <https://meduza.io/feature/2017/01/19/strashnye-tsifry-pro-tabak>.

¹⁵⁸ Курить или не курить: мониторинг // <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115711>.

¹⁵⁹ Герасименко Н. Ф., Заридзе Д. Г., Сахарова Г. М. (ред). *Здоровье или табак: Цифры и факты*. М.: Материалы Форума «Здоровье или табак?», 2007.

¹⁶⁰ Деев А. Д., Школьников В. М. Неоднородность смертности: анализ индивидуальных данных. *Неравенство и смертность в России*. М.: Сигнал. 2000. С. 70–73.

2 раза)¹⁶¹. Доказана связь курения и онкологических заболеваний. Так, курение признано одной из основных причин рака легких, ротоглотки, гортани и пищевода, поджелудочной железы, почек, мочевого пузыря. Некоторые виды рака развиваются с большей частотой на фоне курения пациента. К таким видам рака относят - миелоидная лейкемия, рак придаточных пазух носа, рак печени, желчного пузыря, тонкого кишечника, шейки матки, надпочечников, а также злокачественные опухоли детского возраста.

Следует отметить и крайне негативное влияние курения на плод в случае потребления табака беременной женщиной. Так, в случае, если женщина курит во время беременности, то:

- в 8 раз повышается риск рождения ребенка с недостаточным весом;
- в 2 раза увеличивается риск появления онкологических заболеваний;
- на 80% увеличивается вероятность возникновения у ребенка болезней сердечно-сосудистой системы;
- возможны проявления с рождения астмы, других легочных болезней, отставания в умственном развитии;
- повышается риск приобретения вредных привычек на протяжении жизни.

Наконец, регулярное потребление табака также повышает риск смерти от всех причин в 2 раза. Причем, большинство смертей потребителей табака приходится на людей в трудоспособном возрасте, способных прожить еще 10-30 лет.

То есть потребление табака становится причиной высокой смертности людей в старших трудоспособных возрастах, т. е. наиболее квалифицированную рабочую силу. Как следствие, смертность от курения не только уменьшает численность и квалификацию рабочей силы, но и сокращает число лиц, способных осуществлять активную экономическую деятельность, что ведет к снижению ВВП и сокращению внутреннего рынка, выступающего главным двигателем развития государства.

Курение негативно влияет и на положение домохозяйств. Например, в Германии и США заработная плата курящих работников на 4-8% меньше, чем у их некурящих коллег. Полагаем, что в Российской Федерации указанный показатель не меньше. Кроме того, курящие работники чаще болеют, что делает невыгодным их найм. Более того, расходы на лечение заболеваний, связанных с курением, ложатся на государство. Отечественный ученый С.Л. Плавинский рассчитал, что каждый 14-й рубль, выделяемый на финансирование госпитальной помощи, идет на лечение заболеваний, связанных с курением¹⁶².

В целом же, косвенные потери от курения составляют 207,5 млрд рублей. Это 0,77% ВВП или 21,59% расходов консолидированного бюджета на здравоохранение¹⁶³. По другим подсчетам, потери производительности вследствие преждевременной смертности населения, вызванной курением, составляют не менее 671,6 млрд рублей в год, т. е. более 3% ВВП России¹⁶⁴. Наконец, по словам Министра здравоохранения Российской Федерации В. Сковрцовой, потери экономики

¹⁶¹ Приведенные выше данные заимствованы из: Кавешников В.С., Трубачева И.А., Серебрякова В.Н. Роль табакокурения в формировании современных показателей общественного здоровья // код доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/rol-tabakokureniya-v-formirovani-ov-sovremennyh-pokazateley-obshchestvennogo-zdorovya>.

¹⁶² Плавинский С. Л. Исследование экономических последствий курения. СПб., 2005.

¹⁶³ Бердникова А. В., Засимова Л. С., Колосницына М. Г., Лукиных О. А. Экономические оценки факторов, влияющих на общественное здоровье (на примере курения и избыточного веса). Доклад на X Международной конференции по проблемам экономики и развития общества, 7–11 апреля 2009 г.

¹⁶⁴ Zarubova Ross H., Shariff S., Gilmore A. Экономика налогообложения табачных изделий в России. Paris: Международный союз борьбы с туберкулезом и заболеваниями легких, 2009.

Российской Федерации от временной нетрудоспособности, инвалидности и преждевременной смертности населения, вызванных потреблением табака, следует оценить в 6,5% ВВП. Именно эти средства, как предполагалось, и должен был сохранить Федеральный закон от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»¹⁶⁵.

4.2. Нормативное правовое регулирование антитабачной политики в России

Однако, Федеральный закон от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» был отнюдь не первым нормативным правовым актом, призванным установить принципы антитабачной политики в Российской Федерации. Еще 10 июля 2001 года вступил в действие Федеральный закон № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака» (далее – Федеральный закон № 87-ФЗ).

Именно он заложил основы антитабачной политики в Российской Федерации. Несмотря на его неэффективность, именно благодаря ему было введено требование максимальных показателей содержания вредных веществ в сигаретах; маркировки пачек с табачными изделиями надписью о вреде курения; запрета продажи табачных изделий несовершеннолетним гражданам; ограничения рекламы табачной продукции; курения табака в общественных местах (на рабочих местах, в городском, пригородном транспорте и на воздушном транспорте, в закрытых спортивных сооружениях, организациях здравоохранения, организациях культуры, на территориях и в помещениях образовательных организаций, в помещениях, занимаемых органами государственной власти); обязанности органов государственной власти вести пропаганду знаний о вреде курения табака¹⁶⁶.

11 мая 2008 г. Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака (далее – Конвенция). Конвенция устанавливает международные стандарты и руководящие принципы борьбы с табаком как в сфере спроса на табак, так и в сфере предложения табака на международной арене.

В рамках сокращения спроса на табак Конвенция требует от стран-участниц:

- установления ценовых и налоговых мер, стимулирующих отказ населения страны-участницы от потребления табака;
- обеспечения защиты населения страны-участницы от табачного дыма;
- установления норм для табачного дыма;
- раскрытия производителями табачных изделий состава производимого ими товара;
- маркировки табачных изделий информацией об опасности потребления табака;
- реализации масштабных программ профилактики потребления табака и антитабачной пропаганды;
- установления запрета на рекламу табачных изделий;
- борьбы с незаконной продажей табачных изделий;

¹⁶⁵ Принятие антитабачного закона сохранит ежегодно 6,5% ВВП России // код доступа: <http://www.garant.ru/news/421793/>.

¹⁶⁶ См.: Федеральный закон от 10 июля 2001 г. N 87-ФЗ "Об ограничении курения табака" (с изменениями и дополнениями // код доступа: http://base.garant.ru/183519/#block_2#ixzz4o28gUIEg.

- борьбы с продажей табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними¹⁶⁷.

Ратификация в 2008 г. Российской Федерацией Конвенции потребовало от законодателя приведения в соответствие российского законодательства к нормам Конвенции. Итогом этой работы стала разработка и принятие Федерального закона от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (далее – Федеральный закон № 15-ФЗ), который в настоящее время выступает базисом нормативного правового регулирования в сфере антитабачной политики.

Федеральным законом № 15-ФЗ вводится запрет на в государственных учреждениях, вузах, школах, больницах, на стадионах, в подъездах, на балконах, если это мешает соседям, парках, скверах, поездах, на вокзалах, у метро, в барах, ресторанах, поездах дальнего следования, платформах, электричках, общежитиях и гостиницах, а также в присутствии детей.

Одновременно им введены запреты на продажу табачных изделий на расстоянии менее 100 метров по прямой линии от границ территорий образовательных организаций и продажу табачных изделий несовершеннолетним и торговли ими несовершеннолетним.

Одновременно введен запрет на рекламу сигарет и открытую их продажу в магазинах (отныне покупателю доступен только преysкурant с названиями сигарет и их ценой).

Для организаций, оказывающих услуги по демонстрации аудиовизуальных произведений искусства, в том числе теле- и видеофильмов, теле-, видео- и кинохроникальных программ, в которых демонстрируется процесс потребления табака и/или демонстрируются табачные изделия, введено требование обязательной трансляции социальной рекламы о вреде табака перед началом или во время демонстрации программы.

Кроме того, для производителей табачных изделий введено требование об обязательной маркировке пачек сигарет изображениями, демонстрирующими последствия курения.

В целях реализации норм Федерального закона № 15-ФЗ законодателем внесены изменения в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, предусматривающие систему штрафов и санкций для нарушителей закона. Например, курение в неположенном месте наказывается штрафом в размере до 1 тыс. рублей (в случае курения на детской площадке – до 3 тыс. рублей). Продажа табачной продукции несовершеннолетнему обойдется гражданину от 3-х до 5 тыс. рублей, а юридическому лицу – от 100 тыс. до 150 тыс. рублей. За нарушение запрета рекламы табачных изделий юридическому лицу придется перечислить государству сумму до 600 тыс. рублей.

Также в качестве антитабачной меры, что также предусмотрено Конвенцией, Правительством Российской Федерации было избрано повышение акцизов на табак и табачные изделия.

Если в 2015 и 2016 годах акциз на табак составлял 1,8 тыс. рублей и 2 тыс. рублей. Сигарет: в 2015 г. - не менее 1,33 тыс. рублей за 1 тыс. штук, в 2016 г.- 1,68 тыс. рублей за 1000 штук. Сигары: в 2015 г. - 128 рублей, в 2016 г. - 141 рубль.

¹⁶⁷ Подробнее см.: Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака // http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/4/9789244591017_rus.pdf.

Сигариллы: в 2015 г. – 1,92 тыс. рублей за 1 тыс. штук, в 2016 г. – 2,112 рублей за 1 тыс. штук.

То в 2017 г. акцизная ставка на табак выросла до 2 520 рублей, сигареты и папиросы – 1,562 тыс. рублей за 1000 штук + 14,5% расчетной стоимости; сигары - до 171 руб. за 1 шт.; сигареллы – до 2,207 тыс. рублей за 1000 штук.

Одновременно, с 2017 г. стали подакцизными товарами: электронные сигареты (само устройство (ставка – 40 рублей за штуку) и жидкость для электронных систем доставки никотина (ставка – 10 рублей за 1 мл)) и используемый в кальянах нагреваемый табак (ставка - 4 800 рублей за 1 кг).

Рост акцизов на табак уже привел к сокращению рынка табачной продукции. Данные двух крупнейших производителей России – компаний Philip Morris International (PMI) и JTI – свидетельствуют, что в 2016 г. падение рынка составило 6,2–6,3% (в численном выражении – около 294 млрд сигарет в год), а годом ранее падение достигло порядка 10%¹⁶⁸.

Однако, сопровождается ли падение предложения на рынке табачной продукции соответствующим снижением спроса на нее?

4.3. Перспективы снижения потребления табачной продукции в России

Принимаемые в течение последних лет меры положительным образом сказались на сокращении количества потребителей табака в России. Статистические данные свидетельствуют, что в течение 2009-2016 гг. количество курильщиков в населении России в процентном отношении снизилось на 6% (с 39% от общей численности населения страны до 33%). Одновременно наблюдалось снижение распространенности курения среди подростков в возрасте до 15 лет. В период 2006-2014 гг. в когорте мальчиков данный показатель снизился с 27% до 17%, в когорте девочек – с 21% до 10%. Среди подростков в возрасте 13 лет показатель потребителей табака снизился: для мальчиков – с 16% до 9%, для девочек – с 15% до 7%¹⁶⁹.

С целью продолжить положительную динамику, наметив меры для снижения количества потребителей табака в общей структуре населения России до показателя 25% к 2025 г, Минздравом России был разработан проект «Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017-2022 годы и дальнейшую перспективу» (далее – проект Концепции). Проект Концепции при его обнародовании встретил неоднозначную реакцию со стороны общественности, поскольку ряд мер, предлагаемых в ней, носил явно неоднозначный характер.

Наибольшую критику встретила мера, согласно которой к 2033 г. необходимо реализовать запрет на продажу табачной продукции всем лицам, родившимся после 2014 г.

Активное обсуждение данной нормы заставило обратить внимание на проект Концепции Минюст России, вынесший по итогам его изучения вердикт о

¹⁶⁸ Дальнейший рост цен на сигареты несет в себе скрытую угрозу // код доступа: <https://www.vz.ru/economy/2016/11/17/844164.html>.

¹⁶⁹ Рекомендации Общественной палаты Российской Федерации по итогам общественных слушаний на тему: «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017 – 2022 годы и дальнейшую перспективу» 16 марта 2017 г. Проект // код доступа: https://cdnimg.rg.ru/pril/article/137/92/61/rekomendacii_antitabak_1.docx.

противоречии указанного положения проекта Конституции Российской Федерации и Гражданскому кодексу Российской Федерации¹⁷⁰.

Вместе с тем, ряд медицинских специалистов высказались в пользу подобного запрета. Например, ведущий научный сотрудник Государственного научного центра профилактической медицины Минздрава России Маринэ Гамбарян заявила, что «к 2033 году запрет продаж табачной продукции лицам, родившимся после 2014 года, не будет казаться чрезвычайной мерой, а вполне логичным развитием событий». И более того, уже сейчас «подобные меры реализуются в Тасмании, одном из штатов Австралии, а также активно продвигаются в Шотландии и в Великобритании, Сингапуре, Новой Зеландии»¹⁷¹.

Следует также отметить, что указанная скандальная мера в значительной степени способствовала тому, что от взгляда публики утаились две другие меры, которые в проекте Концепции отсутствовали, но реализация которых в значительной мере будет способствовать снижению количества потребителей табака в России – борьба с ростом потребления гражданами имитирующих курение электронных устройств («вейпов»), а также разработка системы стандартов реабилитационных мер для тех, кто высказывает желание отказаться от курения¹⁷².

В отношении электронных устройств, имитирующих курение, его сторонниками распространяется мнение, что использование «вейпов» намного безопаснее, чем курение сигарет. В качестве аргумента ими выдвигается тезис о том, что «вейпы» не содержат главное действующее вещество табака – никотин – которое и оказывает наиболее разрушительное воздействие на организм человека. Однако в 2016 г. группа ученых из Университета Беркли (США) провела исследование, позволившее установить следующее.

В жидкостях для заправки электронных сигарет содержатся пропиленгликоль и глицерин. При их нагревании высвобождаются обладающие токсическими свойствами акролеин и формальдегид. Первый из них не только раздражает слизистые оболочки глаз и дыхательных путей, вызывая слезотечение, но и обладает мутагенными свойствами. Второй помимо перечисленного, также разрушает центральную нервную систему.

Проведенный американскими учеными анализ показал, что около 20 затяжек «вейпа» по содержанию акролеина эквивалентны одной сигарете.

Кроме того, в паре «вейпа» было обнаружено 31 вредное химическое соединение, в том числе вероятные канцерогены – окись пропилен и глицидол¹⁷³.

Также следует учитывать, что жидкость для «вейпинга» для удешевления зачастую изготавливается из низкосортного сырья, что маскируется различными химическими веществами, которые придают продукту необходимые товарные

¹⁷⁰ Россияне поддержали идею запрета продажи сигарет родившимся после 2014 года // код доступа: <https://ria.ru/society/20170126/1486503083.html>.

¹⁷¹ Цит. по: В Минздраве уверены в оправданности новых положений антитабачной концепции // код доступа: <http://tass.ru/obschestvo/3928187>.

¹⁷² Необходимо отметить, что в рамках обсуждения проекта «Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017-2022 годы и дальнейшую перспективу», которое состоялось в Общественной палате Российской Федерации 16 марта 2017 г. именно эти две меры были названы в качестве приоритетных при доработке проекта концепции. См.: Рекомендации Общественной палаты Российской Федерации по итогам общественных слушаний на тему: «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017 – 2022 годы и дальнейшую перспективу» 16 марта 2017 г. Проект // код доступа: https://cdnimg.rg.ru/pril/article/137/92/61/rekomendacii_antitabak_1.docx.

¹⁷³ Более подробно: All e-cigarettes emit harmful chemicals, but some emit more than others // код доступа: https://www.eurekalert.org/pub_releases/2016-07/dbnl-aee072216.php.

свойства, в том числе вкус и аромат. Влияние этих химических веществ на организм человека также до конца не изучены.

Иными словами, безопасность «вейпинга» как для самих потребителей, так и для окружающих их людей достаточно сомнительна.

Понимая опасность распространения «вейпинга»¹⁷⁴, в том числе среди несовершеннолетних, а также в целях ликвидации законодательного пробела, поскольку «вейп» и «вейпинг» не подпадают под действие Федерального закона № 15-ФЗ, Московской городской Думой был подготовлен и внесен в Государственную Думу Российской Федерации проект федерального закона «О государственном регулировании ограничения потребления испарительных смесей, используемых в устройствах, имитирующих курение табака». Нормы указанного законопроекта практически уравнивают потребление табака, парение «вейпа» и курение кальяна.

Необходимо отметить, что именно «вейпинг» его сторонниками рассматривается в качестве эффективного метода отказа от «табакокурения». Однако это не так. Курение – потребление никотина и его производных: анабазина, анатабина и норникотина – по своему воздействию схоже с потреблением наркотиков (героина и кокаина). Как и в случае наркотиков курение поставляет в организм вещества подобные веществам, вырабатываемым головным мозгом, – эндорфинам и энкефалинам. В результате человек испытывает приятные ощущения. Как следствие сначала возникает психическая зависимость – от двойной дозы эндорфинов (вырабатываемых собственным мозгом и поступающих с сигаретой), а затем и физическая – когда мозг перестает вырабатывать эндорфины самостоятельно. В результате человек вынужден курить для того, чтобы только восстановить нормальное самочувствие. Как следствие, при отказе от курения у заядлого потребителя табака развивается синдром отмены (абстинентный синдром) схожий по симптомам с синдромом отказа от наркотиков. В результате, по статистике только 5% потребителей табака отказываются от потребления табака самостоятельно. Большая часть остальных возвращается к курению в течение первого года¹⁷⁵.

Следствие этого активизация работы как общественных организаций, так и государственных учреждений в целях предоставления помощи желающим отказаться от пагубной привычки.

Так, ярким примером деятельности общественных организаций можно назвать работу общества «Анонимных курильщиков», которая строится на форматировании знаменитой программы «12 шагов», используемой для избавления от алкогольной и наркотической зависимостей, под цели отказа от курения¹⁷⁶. В свою очередь государственные органы создали Консультативный телефонный центр, который не только информирует обратившихся о пагубном воздействии табачного дыма на организм, но и предоставляет поддержку при отказе от табакокурения, обучает

¹⁷⁴ О росте числа любителей «вейпинга» можно судить по росту объемов продаж самих устройств, имитирующих курение, а также аксессуаров к ним. В пояснительной записке к проекту федерального закона «О государственном регулировании ограничения потребления испарительных смесей, используемых в устройствах, имитирующих курение табака» указывается, что «Согласно данным статистики, совокупный объем продаж устройств, имитирующих курение табака, в России в 2014 году превысил 110 млн долларов США (4,3 млрд рублей по среднегодовому курсу). Это в два раза больше, чем в 2013 году (кроме того, в 2015-2017 годах ожидается ежегодный рост продаж на 50-60 процентов)». См.: О проекте федерального закона "О государственном регулировании ограничения потребления испарительных смесей, используемых в устройствах, имитирующих курение табака" // код доступа: <http://docs.cntd.ru/document/441807950>.

¹⁷⁵ Минздрав предупреждает, но его плохо слышат. Эксперты считают курение не дурной привычкой, а зависимостью сродни героиновой // код доступа: <https://rg.ru/2011/05/31/kurenje-site.html>.

¹⁷⁶ Более подробно см.: <http://www.ak-moscow.ru/>.

навыкам самопомощи при появлении симптомов отмены, а также разрабатывает индивидуальные меры профилактики рецидивов табакокурения¹⁷⁷.

Реализуемые в настоящий момент в Российской Федерации меры хотя и являются необходимыми, но все-таки недостаточны. Распространенность курения в значительной степени определяется уровнем терпимости общества к вредной привычке. К сожалению, в России уровень терпимости общества к потребителям табака все еще остается на достаточно высоком уровне. Как следствие сохраняются психологические установки об относительной безопасности курения, и рассмотрение его как «маленькой слабости» человека. Вместе с тем, необходимо отметить, что указанные психологические установки и стереотипы закладываются еще в детстве. На ребенка пример курящего родителя или значимого взрослого имеет намного большее влияние, чем государственная пропаганда опасности потребления табака с участием СМИ или ограничительные меры законодателя. Как следствие, «пойматься на никотинонаркотический «крючок» очень легко. Мало кто из пробующих затянуться из любопытства планирует «дымить» в дальнейшем, но, по статистике, 8 из 10 новичков все же становятся заядлыми курильщиками. Задача государственной важности заключается в том, чтобы вырастить целые поколения людей, которым табак был бы неинтересен»¹⁷⁸. Но для того, чтобы последнее стало возможным необходим подход к табакокурению как, прежде всего, социально-психологической проблеме и, соответственно, ее решение лежит в области социальной психологии, а не в сферах экономики или юриспруденции.

¹⁷⁷ Более подробно см.: <http://www.takzdorovo.ru/privychki/kurenie/kyda-obratitsia-kyrilshiky/>.

¹⁷⁸ Заведующая кабинетом организации и координации профилактической работы Краевого центра медицинской профилактики Владивостокского клинико-диагностического центра Галина Халиман. Из выступления в ходе круглого стола «Табак – угроза для развития». 31.05.2017 г. // код доступа: <http://vladmedicina.ru/articles/vladivostok/2017-05-29-tabak-ugroza-dlya.htm>.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Российская Федерация нуждается в политике трезвости, инновационном подходе решения проблем аддиктивного поведения представителей всех возрастов, начиная с подросткового, связанных с последствиями потребления алкоголя, табака, наркотиков и других химических веществ наркотического действия. В значительной мере плачевное состояние демографии, экономики, социальной сферы можно объяснить тем пагубным воздействием, которое на российское общество оказывают табак, алкоголь и наркотики, превратившиеся в социальные эпидемии. Как указывалось выше потери от распространения вредных привычек исчисляются миллиардами рублей и сотнями тысяч человеческих жизней. В этих условиях государство делает много для купирования негативных последствий распространения потребления веществ наркотического действия. Однако этих усилий явно недостаточно. Более того, сосредоточены они, как правило, на запретительных мерах, которые, хотя и являются необходимыми, но явно недостаточны для эффективной борьбы за здоровое будущее страны.

В этих условиях необходима комплексная системная работа по формированию здорового поколения граждан Российской Федерации построенная на научных принципах и соединяющая запретительные и профилактические (предупредительные) меры. Однако, как показано в докладе, если запретительные меры реализованы в Российской Федерации на достаточном уровне (необходимо только добиться, чтобы они соблюдались), то реализация профилактических мер страдает отсутствием системности, комплексности и согласованности между основными заинтересованными сторонами.

Не меньшее внимание следует уделять и оценке программ, реализуемых в рамках профилактической работы. Подход к вредным привычкам как исключительно медицинским проблемам, которые следует лечить медицинскими средствами, способствует тому, что в реабилитационных программах практически отсутствует внимание к глубинным психологическим механизмам приобретения зависимостей. А ведь именно в них и заключён секрет полного избавления от тяги к веществам наркотического действия и воспитания здорового поколения, для которого табак, алкоголь и наркотики будут отнюдь не «запретным плодом», приобщение к которому рассматривается в качестве доказательства «взрослости», а исключительно интоксикантом, калечащим организм и отнимающим у него жизненные силы, которые должны быть направлены на созидание и развитие себя как личности.

Для этого необходимо выстраивание общественных механизмов, пресекающих приобщение человека к вредным привычкам. Ведь каждый человек – по природе трезвенник, и только под влиянием социально-психологических воздействий социальной среды (особенно СМИ) он превращается в потребителя веществ наркотического действия. Создание подобных механизмов – задача гражданского общества, которое в значительной степени должно быть заинтересовано в формировании трезвой здоровой России, состоящей из умных, полных физических и творческих сил граждан, сознающих свою ответственность за себя, свою семью и страну.

Таким образом, для борьбы с социальными эпидемиями, в которые превратились табакокурение, алкоголизм и наркомания, необходимо выстраивание сети взаимодействия между государством и институтами гражданского общества на основе признания потребления веществ наркотического действия в качестве

абсолютного зла, которое не может быть ничем оправдано. В этом смысле с одной стороны государству следует отказаться от идеологемы прибыльности производства алкоголя и табака, поскольку извлечение прибыли в краткосрочной перспективе, в долгосрочной перспективе оборачивается многократными потерями. С другой стороны, институты гражданского общества должны принять и всячески пропагандировать точку зрения, что здоровье человека – это не только его личное дело, а его личная ответственность перед собой, семьёй и обществом, которое противостоя деградации и распаду, стремится к самосохранению и устойчивому развитию. А последнее невозможно, если составные части этого общества поражены социальным вирусом вредных привычек.

В каждой главе доклада обозначены современное положение дел и конкретные предложения по исправлению ситуации. Одновременно с этим сформулированы перспективные приоритеты дальнейшего совершенствования антиалкогольной, антитабачной, антинаркотической политики. К таким приоритетам относятся следующие направления деятельности:

- Переориентация государственно-общественных подходов с антиалкогольных, антитабачных, антинаркотических принципов профилактики на политику трезвости, принципы трезвого просвещения.
- Разработка и реализация национальной программы (стандарта) профилактики потребления веществ наркотического действия и формирования культуры трезвого здорового образа жизни.
- Повышение в обществе статуса и роли специалистов в сфере первичной профилактики потребления веществ наркотического действия и формирования культуры трезвого здорового поведения граждан.
- Создание дополнительных форм взаимодействия и развитие существующих подходов к взаимодействию органов государственной власти с институтами гражданского общества, в т.ч. профилактическими некоммерческими организациями в части повышения уровня компетенций последних.
- Разработка и внедрение в жизнь Концепции участия российского общества в формировании культуры трезвости и профилактике потребления табака, алкоголя и наркотиков до 2030 года.
- Развитие практик общественно-государственного (частно-государственного) партнёрства в области политики здоровьесбережения на местном и региональном уровнях.
- Развитие информационной, организационно-методической и экспертно-аналитической координации действий профилактических некоммерческих организаций.
- Формирование независимого общественного информационно-аналитического центра по мониторингу распространения веществ наркотического действия и реализации политики здоровьесбережения в национальных интересах, осуществляющего регулярный мониторинг, экспертизу и аналитику табачно-алкогольно-наркотической ситуации в стране.
- В сфере образования наряду с существующими антиалкогольными, антитабачными, антинаркотическими методами профилактики вести дальнейшую разработку и внедрение методов и форм трезвого просвещения, формирования трезвых убеждений, положительных образов, стереотипов поведения и здоровьесберегающих ценностей личности.

- Создание федерального общественного совета по вопросам антиалкогольной, антитабачной, антинаркотической работы и политики трезвости, в состав которого войдут органы государственной власти (профильные ведомства), профилактических некоммерческих организаций и заинтересованных сторон в целях выработки системной общественно-государственной политики.
- Дальнейшее усиление государственной политики в области снижения предложения на вещества наркотического действия: ограничительные меры снижению доступности табачных и алкогольных изделий по времени, месту, формату продажи, повышение акцизов, создание альтернативных видов экономической деятельности.
- Повышение значимости государственной политики в области снижения спроса на вещества наркотического действия: формирование мотивации населения на ведение трезвого здорового образа жизни, ограничение маркетинга (рекламы, спонсорства, продвижения положительного образа), просвещение населения посредством более активного вовлечения в процесс институтов гражданского общества, ценовые меры.
- Разработка и реализация нормативно-правовых механизмов повышения социальной ответственности табачного и алкогольного бизнеса, определяющих фиксированный уровень отчислений с прибыли на профилактику потребления веществ наркотического действия и формирование культуры трезвого здорового образа жизни и создающих открытую систему контроля и распределения средств с участием институтов гражданского общества.
- Разработка и реализация открытой, внятной и достоверной системы индикаторов эффективности антиалкогольной, антитабачной, антинаркотической политики и формирования культуры трезвого здорового образа жизни.
- Предоставить органам государственной власти субъектов России и местного самоуправления право устанавливать дополнительные ограничения времени, условий и мест розничной продажи алкогольных и табачных изделий, в т.ч. право ограничения оборота алкогольных и табачных изделий, произведённых как на территории субъекта, так и в других субъектах.
- Создание условий для выделения в средствах массовой информации регламентированного эфирного времени для просвещения населения о профилактике химических зависимостей.
- Уделить внимание разработке и апробации социальных технологий профилактики химических зависимостей на рабочих местах, усиления профилактики в образовательных учреждениях, в т.ч. посредством создания всероссийского движения добровольцев по профилактике и формированию трезвого здорового образа жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Введение. Концептуальный общественный подход к исследованию наркотизации.

Глава 1. Перспективный взгляд на проблему химических и нехимических зависимостей.

1. Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности / Отв. ред. Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев. М.: ЛЕНАНД, 2008. 376 с.
2. Бартенев А. Г. Наркотизм в молодёжной среде: идеологическая база наркопотребления, дифференцированность наркотических практик // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: социальные науки. – 2008. – №2. – С. 77 - 84.
3. Вяземский Т.И. Вырождение и алкоголизм (речь прив. доц. И. М. ун-та Т.И. Вяземского, произнесенная 11 марта 1912 г. на годичном собрании Кружка деятелей по борьбе со школьным алкоголизмом). Москва, 1913. 16 с.
4. Габиани А.А. Кто такие наркоманы? // Социологические исследования. – 1992. – № 2. – С. 78 - 83.
5. Габиани, А. А. На краю пропасти: наркомания и наркоманы. М.: Мысль, 1990. 222 с.
6. Герасименко Н. Ф., Заридзе Д. Г., Сахарова Г. М. Здоровье или табак (цифры и факты). Москва, 2007. 80 с.
7. Гернет М. Н. Избранные произведения. М.: Юридическая литература. 1974. 639 с.
8. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя / Всемирная организация здравоохранения, 2010.
9. URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/ru/index.html
10. Головин А. А. Пособие добровольца за трезвый здоровый образ жизни (думающего, понимающего и делающего). – М.: Википринт, 2017. – 84 с.
11. Горячева Н. В. Модель потребления алкоголя в России // Социологический журнал. – 2003. – № 4. – С. 101 - 107.
12. Григорец Ф. И. Наркотизация молодежи: характеристика, причины, профилактика (на материалах Приморского края): монография. Владивосток: Изд-во «48 часов» (ИП Ковальков А.Н.), 2012. 148 с.
13. Данишевский К. Д. Табакокурение в России: Кто виноват и что делать? // Наркология. – 2008. – №6. – С. 77 - 86.
14. Дёмин А. К., Дёмина И. А., Дёмин А. А. и др. Россия: дело табак. Расследование массового убийства. Первое специальное независимое расследование социально опасного бизнеса в национальных интересах: малоизвестные факты, анализ, рекомендации. Москва: Российская ассоциация общественного здоровья, 2012. 555 с.
15. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г. / Всемирная организация здравоохранения, Женева. URL:
16. http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/ru/index.html.
17. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2008 год // Организация объединённых наций. Нью-Йорк, 2009.

18. Дроздов И. В. Геннадий Шичко и его метод. М.: Философская книга, 2012. 256 с.
19. Журавлева Л. А. Факторы и условия наркотизации молодежи // Социологические исследования. – 2000. – №6. – С. 43 - 48.
20. Заиграев Г. Г. Алкоголизм и пьянство в России. Пути выхода из кризисной ситуации // Социологические исследования. – 2009. - №8. – С. 74 - 84.
21. Заиграев Г. Г. Борьба с алкоголизмом: проблемы, пути решения. М.: Мысль, 1986. 157 с.
22. Здоровый образ жизни и борьба с социальными болезнями. М.: Институт социологии АН РАН, 1988. 192 с.
23. Карпов А. М. Здравствуйте, если хотите. Образовательно-воспитательные основы интеграции медицины, экологии, образа жизни и власти. Казань, 2008. 224 с.
24. Карпов А. М., Корченков В. В., Шакирзянов Г. З. Гражданская самозащита от алкоголизации и наркотизации: Учебное пособие. Казань, 2011. 78 с.
25. Конвенция о психотропных веществах 1971 года / Организация объединённых наций, Нью-Йорк. URL: http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_ru.pdf.
26. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года // Одобрена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р.
27. Культура здоровья и трезвости в молодёжной среде. Сост. А. А. Карпачёв, А. А. Головин, - М.: Википринт, 2016. - 48 с.
28. Немцов А. В. Алкогольная история России: Новейшая история. М. Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. 320 С.
29. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации / Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
30. Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака / Федеральный закон от 23 февраля 2013 года №23-ФЗ.
31. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения, 2006.
32. URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/ru.
33. Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. М.: Институт социологии РАН, 2011. 102 с.
34. «Практически не пьём...», или Отсроченное пьянство (о пивном алкоголизме). Н. Бойко. 2-е изд., перераб. и доп. М.: МОФ «Родная страна». 136 с.
35. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. URL: http://www.who.int/fctc/text_download/ru/index.html.
36. Регламентация профилактической антинаркотической работы в образовательной среде // Не будь зависим – 2012 – № 6 – С. 53.
37. Святая Русь. Большая Энциклопедия Русского Народа. Русское хозяйство. М.: Институт русской цивилизации, 2006. 1136 с.
38. Скрытые искусители или снасти на потребителя (В плену информационных технологий). М.: Издательство Душепопечительского Православного Центра св. прав. Иоанна Кронштадского, 2007. 472 с.
39. Собриология. Наука об отрезвлении общества. / Под ред. проф. А. Н. Маюрова. Н. Новгород: ИП Гладкова О. В., 2011. 503 с.

40. Социальные отклонения. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрид. Лит., 1989. – 368 с.
41. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года // Утверждена указом Президента Российской Федерации № 690 от 9 июня 2010 года.
42. Стратегия государственной молодежной политики в Российской Федерации // Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2006 г. № 1760-р.
43. Шичко Г. А.. Вторая сигнальная система и ее физиологические механизмы. (Вторая сигнальная система и рефлекторная деятельность), Медицина, Ленинградское отделение. Ленинград, 1969г. – 216 с.
44. Шичко Г. А. Разработка индивидуального психофизиологического подхода к избавлению от алкоголизма (заключительный отчет) / Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины АМН СССР. Ленинград, 1981. 176 с.
45. Шичко-Дроздова Л. П. Слово есть Бог: Страницы жизни Геннадия Шичко. СПб.: ЛИО «Редактор», 2003. 56 с.
46. Шоломович А. С. Наследственность и физическое вырождение. Казань, 1915. 57 с.
47. Углов Ф. Г. Правда и ложь о разрешённых наркотиках. М.: Форум, 2004. 204 с.
48. Углов Ф. Г. Самоубийцы. Санкт-Петербург, 1995. 96 с.
49. Фекьяер Ханс Олаф Алкоголь и иные наркотики: магические или химические вещества? М.: Философская книга, 2012. 160 с.
50. Morel B.A. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales: de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades. Paris, 1857.
51. Morel B.A. Traité des maladies mentales. Paris, 1860.
52. Summary – 2011 ESPAD report. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012. 22 p.

Глава 2. Наркопотребление в России: демографические и социально-экономические последствия.

1. Иванов В. И. Виктор Иванов: 90% наркотиков в России имеют зарубежное происхождение // код доступа: <https://ria.ru/interview/20150626/1088210959.html>
2. Иванова М. А., Павлова Т.М., Воробьев М. В. Эпидемиологическая ситуация по наркомании в Российской Федерации в 2000-2010 гг. // Здравоохранение Российской Федерации», 2012, №4, с. 42-44
3. Клевакин. А. Н., Гурбан И. А. Оценка социально-экономических последствий наркомании в Уральском федеральном округе // http://economyofregion.uralces.ru/Data/Issues/ER2013/June_2013/ERJune2013_34_42.pdf
4. Коршунов В. А. Эпидемиологические закономерности распространения наркопотребления и наркозависимости и направления по оптимизации мер профилактики // код доступа: <http://rosrid.ru/dissertation/viewFullText/RKEBZV3RUBZK3CBFX2S22RHE>

5. Кошкина Е.А. Современное состояние проблемы распространенности наркомании и алкоголизма в России // код доступа: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2014/III/Koshkina.pdf>
6. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах: статистический сборник / М., НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2016.
7. Павлова С. А., Горбач Н. А, Килин А.З., Коновалова О. В. Социально-экономические последствия наркотизма. Методология исследования // код доступа: <https://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=31129>
8. Позднякова М. Е. Особенности наркотизации населения в современной России // код доступа: http://www.narkotiki.ru/5_5495.htm
9. Храпов А. «Более 1,5% населения России употребляет наркотики» // код доступа: <https://www.gazeta.ru/social/2017/02/07/10514285.shtml>
10. Шереги Ф. Э. Наркотизация в молодежной среде // код доступа: <http://www.socioprognoz.ru/files/File/2012/Narkotiki.pdf>

Глава 3. Потребление алкоголя и последствия алкоголизации населения.

1. Андреев Е. М., Вишневский А. Г. 40 лет снижения продолжительности жизни россиян, Ч. I // Демоскоп Weekly. 2004. №169-170.
2. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. - М.: «Медицина». – 1986.
3. Иванова А. Е., Семенова В. Г., Гаврилова Н. С., Евдокушкина Г. П., Гаврилов Л. А. Российская смертность в 1965-2002 гг.: основные проблемы и резервы снижения // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2004. №1. С. 20–30.
4. Колосницына М., Доржиев Х., Хоркина Н., Ситдилов М. Меры антиалкогольной политики – работают ли в России? // Демоскоп Weekly. № 665-666. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/index.php>
5. Космарская Т. Проблемы государственного регулирования рынка алкогольной продукции // Вопросы экономики. – 1998. – №5. – Р. 139–145.
6. Немцов А. В. Алкогольная история России: новейший период. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 320 с.
7. Немцов А. В., Разводовский Ю. Е. Алкогольная ситуация в России и её отражение в кривом зеркале. // Собриология. – 2015. – №3. – С. 70–73.
8. Немцов А. В., Терехин А. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. – 2007. – №12. – Р. 29–36.
9. Немцов А. В., Давыдов К. В., Разводовский Ю. Е. Сравнительный анализ алкогольной ситуации в Беларуси и России. // Наркология. – 2009. – Т.85, №1. – С. 52–61.
10. Немцов А. В., Шелыгин К. В. Потребление алкоголя в России: 1956-2012 гг. // Вопросы наркологии. – 2014. – №5. – Р. 3–12.
11. Немцов А. В., Шелыгин К. В. Антиалкогольные законы 2005 г. и снижение потребления алкоголя в России // Вопросы наркологии. – 2015. – №1. – Р. 83–93.
12. Немцов А. В., Разводовский Ю. Е. Алкогольная ситуация в России, 1980–2005. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №2. – С. 52–60.

13. Школьников В., Андреев Е., Макки М., Леон Д. Рост продолжительности жизни в России 2000-х годов // Демографическое обозрение. – 2014. – Т.1. №2. – С. 5–37.
14. Немцов А. В., Давыдов К. В., Разводовский Ю. Е. Сравнительный анализ алкогольной ситуации в Беларуси и России. // Наркология. 2009. Т. 85, №3 1. С. 52–61.
15. Прыжов И. История кабаков в России в связи с историей русского народа.– М., 1991.
16. Разводовский Ю. Е., Немцов А. В. Алкогольная составляющая снижения смертности в России после 2003 г. // Вопросы Наркологии. 2016. № 3. С. 63–70.
17. Разводовский Ю. Е. Алкогольные и прочие отравления в России: анализ временных серий. // Собириология. 2015. №1. С. 57–65.
18. Разводовский Ю. Е. Экономическая доступность алкоголя и уровень его продажи в России и Беларуси. 2016. №4. С. 56-65.
19. Разводовский Ю. Е. Алкогольная политика в Беларуси на современном этапе. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2011. №3. С. 38–45.
20. Немцов А. В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России в контексте алкогольной политики. // Собириология. 2016. №4. С. 66 – 74.
21. Разводовский Ю. Е. Комплексный анализ алкогольной ситуации в Беларуси. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2010. № 2. С.10–16.
22. Разводовский Ю. Е. Алкоголизм: медицинские и социальные аспекты. / Ю.Е. Разводовский. – Berlin: LAPLambertAcademicPublishingGmb&Co. KG, 2012. – 294 с.
23. Разводовский Ю. Е. Алкогольная политика в Европейской перспективе. / Ю.Е. Разводовский // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2005. – №1. – С. 21–24.
24. Разводовский Ю. Е. Алкогольная политика. / Ю.Е. Разводовский // Медицинские Новости. – 2002. – №11. – С. 15–20.
25. Разводовский Ю. Е. Незарегистрированное потребление алкоголя в странах Центральной и Восточной Европы. // Медицинские Новости. – 2010. – №5-6. – С. 92-96.
26. Разводовский Ю. Е. Медико-социальные аспекты алкоголизма. – Гродно, 2005. – 128 с.
27. Разводовский Ю. Е. Экономическая доступность и объемы реализации алкоголя в Республике Беларусь. // Вопросы Наркологии. – 2012. – № 1. – С.30–40.
28. Разводовский Ю. Е. Эффективные стратегии алкогольной политики. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – № 3. – С.37–42.
29. Разводовский Ю. Е. Финансовая доступность алкоголя и уровень его продажи в Беларуси. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. – № 4. – С.63–69.
30. Разводовский Ю. Е. Комплексный анализ алкогольной ситуации в Беларуси. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – № 2. – С.10–16.
31. Разводовский Ю. Е. Некоммерческий алкоголь в Беларуси. – Гродно, 2010. – 53 с.
32. Разводовский Ю. Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – № 1. – С.35–42.

33. Разводовский Ю. Е. Крепленые плодово-ягодные вина как фактор алкоголизации населения. // Собириология. – 2016. – № 3. –55–60.
34. Русинова Н. Л., Панова Л. В., Сафронов В. В. Продолжительность жизни в регионах России: значение экономических факторов и социальной среды. Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. Т.10,№1. С. 140–161.
35. Семенова В. Г. Обратный эпидемиологический переход в России. М.: ЦСП, 2005. 235 с.
36. Такала И. Р. Веселие Руси. История алкогольной проблемы в России. - С.-Петербург. 2002.
37. Школьников В., Андреев Е., Макки М., Леон Д. Рост продолжительности жизни в России 2000-х годов // Демографическое обозрение. 2014. Т.1,№2. С. 5–37.

Глава 4. Потребление табака и его последствия.

1. Бердникова А. В., Засимова Л. С., Колосницына М. Г., Лукиных О. А. Экономические оценки факторов, влияющих на общественное здоровье (на примере курения и избыточного веса). Доклад на X Международной конференции по проблемам экономики и развития общества, 7–11 апреля 2009 г.
2. Деев А. Д., Школьников В. М. Неоднородность смертности: анализ индивидуальных данных. Неравенство и смертность в России. М.: Сигналъ. 2000. С. 70–73.
3. Кавешников В. С., Трубачева И. А., Серебрякова В. Н. Роль табакокурения в формировании современных показателей общественного здоровья.
4. Курить или не курить: мониторинг // <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115711>
5. Герасименко Н. Ф., Заридзе Д. Г., Сахарова Г. М. (ред). Здоровье или табак: Цифры и факты. М.: Материалы Форума «Здоровье или табак?», 2007.
6. Мануков С. Дымящий миллиард // код доступа: <http://expert.ru/2014/01/10/dyimyaschij-milliard/>
7. Плавинский С. Л. Исследование экономических последствий курения. СПб., 2005.
8. Perlman F., Bobak M., Gilmore A., and McKee M. 2007. Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy. Tobacco Control 16: 299–305.
9. Zarubova Ross H., Shariff S., Gilmore A. Экономика налогообложения табачных изделий в России. Paris: Международный союз борьбы с туберкулезом и заболеваниями легких, 2009.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Перечень ключевых экспертных документов, международных и российских нормативных правовых актов, регулирующих антитабачную, антиалкогольную и антинаркотическую политику

Сокращения:	ООН – Организация Объединённых Наций; ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения; ФСКН – Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков; РФ – Российская Федерация.		
Отрасль/Акт	Антитабачная политика	Антиалкогольная политика	Антинаркотическая политика
Международные документы (являются в основном рекомендательными)	▪ Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (ВОЗ, 2003) ▪ Комплекс мер по борьбе с табачной эпидемией (ВОЗ, 2008) ▪ Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии (ВОЗ, 2013, 2015) ▪ Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг.: оставить табак в прошлом (ВОЗ, 2015)	▪ Доклады Комитета экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя (ВОЗ, 1967, 1980, 1993, 2006) ▪ Европейская хартия по алкоголю (Принята Европейской конференцией “Здоровье, общество и алкоголь”, Париж, Франция, 12–14 декабря 1995 г.) ▪ Декларация «Алкоголь и молодёжь» (принята Европейской конференции ВОЗ на уровне министров “Молодежь и алкоголь”, Стокгольм, Швеция, 21 февраля 2001 г.) ▪ Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ (ВОЗ, 2006) ▪ Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя (ВОЗ, 2010) ▪ Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. (ВОЗ, 2012) ▪ Глобальный доклад «Алкоголь и здоровье» (ВОЗ, 2011, 2014) ▪ Успехи и упущенные возможности в сфере охраны общественного здоровья. Тенденции в потреблении алкоголя и связываемой с ним смертности в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг. (ВОЗ, 2016)	▪ Единая конвенция о наркотических средствах (ООН, 1961 г.) ▪ Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками. Инструментарий ГПО (ООН, 2003) ▪ Всемирный доклад о наркотиках (ООН, 2014, 2016) ▪ Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками (ООН, 2014)

Российские нормативные правовые акты	▪ Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы (утв. распоряжением Правительства РФ от 23 сентября 2010 г. N 1563-р) ▪ Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» от 23.02.2013 N 15-ФЗ	▪ Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» от 22.11.1995 N 171-ФЗ ▪ Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года (одобрена распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р) ▪ План мероприятий («дорожная карта») по стабилизации ситуации и развитию конкуренции на алкогольном рынке (утверждена распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2015 г. № 2413-р) ▪ Концепция по информированию населения российской федерации о вреде злоупотребления алкоголем (утверждена приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 июня 2016 г. № 448)	▪ Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 N 3-ФЗ ▪ Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года (утв. указом Президента РФ от 09.06.2010 N 690) ▪ Государственная программа Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков» (утв. постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 299) ▪ Государственная межведомственная программа «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» (неутверждённый проект, разработанный ФСКН в 2013 г.).
Прочие экспертные документы (рекомендательные)	▪ Доклад «Табачная эпидемия в России: причины, последствия, пути преодоления» (Комиссия Общественной палаты РФ по социальной и демографической политике, 2009). ▪ Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации (страновой отчёт, 2009).	▪ Программа первоочередных мер государственной антиалкогольной политики (Общественный совет Центрального федерального округа, 2006) ▪ Доклад «Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия» (Комиссия Общественной палаты РФ по социальной и демографической политике, 2009) ▪ Концепция Русской Православной Церкви по утверждению трезвости и профилактике алкоголизма (2014).	

Смежные документы	▪ Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам (ВОЗ, 1994; изд-во Медицина, 1996) ▪ Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ ▪ Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. N 1662-р) ▪ Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года (утв. указом Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537) ▪ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ ▪ Концепция профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде (утв. Министерством образования и науки РФ от 5 сентября 2011 г.) ▪ Концепция общественной безопасности в Российской Федерации (утв. Президентом РФ 14.11.2013 N Пр-2685) ▪ Медицинская профилактика наркологических заболеваний: клинические рекомендации (2015). ▪ Межведомственная стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года (проект документа по состоянию на 01.03.2017 г.) ▪ Концепция Русской Православной Церкви по утверждению трезвости и профилактике алкоголизма (принята на заседании Священного Синода от 25 июля 2014 года).
-------------------	---

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Абсурдизмы о веществах наркотического действия (заблуждения и мифы об интоксикации алкоголем, табаком, наркотиками)¹⁷⁹

Направления	Заблуждения и мифы об интоксикации алкоголем	Заблуждения и мифы об интоксикации табаком	Заблуждения и мифы об интоксикации наркотиками
1. Исторические, идеологические	1.1. Потребление алкоголя, пьянство – давняя русская традиция (или потребление алкоголя на свадьбе и поминках, на радостях и с горя – это национальная традиция). 1.2. Пили во все времена, поэтому проблему не решить. 1.3. Ведь давали перед боем солдатам спирт («боевые» сто грамм), поэтому и побеждали.	1.1. Ислам разрешает курение табака. 1.2. Потребление табака в России имеет глубокие историческое корни.	1.1. Свободные люди имеют право на самостоятельное решение: употреблять или не употреблять наркотики (это их личное дело). 1.2. Предки выращивали коноплю, мак и др. растения, что свидетельствует о давней природе потребления наркотиков.
2. Медицинские	2.1. Алкоголь – пищевой продукт. 2.2. Алкоголь улучшает аппетит, способствует пищеварению. 2.3. Алкоголь согревает и помогает на холоде. 2.4. Алкоголь – профилактическое средство борьбы с простудными заболеваниями. 2.5. Алкоголь помогает излечению, входя в различные лекартвенные средства. 2.6. Алкоголь повышает потенцию.	2.1. Табак – пищевой продукт. 2.2. Курение помогает сосредоточиться. 2.3. Курение успокаивает, снимает стресс. 2.4. Курение способствует похудению. 2.5. Выхлопные газы вреднее табака.	2.1. Есть безопасные наркотики, их принимать можно. 2.2. Можно принимать наркотики и не быть зависимым от них. 2.3. Вред от наркотиков весьма преувеличен. 2.4. «Чистые» наркотики (или растительные наркотики) безвредны. 2.5. Курить траву (марихуану, коноплю,

¹⁷⁹ Абсурдизм - (лат. absurdus - нелепый, глупый, несообразный) – идеологическое направление, выдумывающее и распространяющее всевозможные нелепости.

В таблице приведены наиболее употребляемые абсурдизмы (заблуждения, мифы) об интоксикации алкоголем, табаком, наркотиками, проявляющиеся в общественном сознании и продвигаемые через СМИ. Все перечисленные абсурдизмы опровергнуты научно, являются антинаучными и антиобщественными «словесными вирусами»: устойчивыми постоянно тиражируемыми словосочетаниями, вызывающие в общественном сознании и сознании отдельного индивида ложные мысли, образы, эмоции, желания и действия. Материал собран и подготовлен из открытых источников с целью структурирования информации.

	2.7. Алкоголь повышает аппетит, способствует обмену веществ. 2.8. Алкоголь увеличивает творческие способности. 2.9. Алкоголь защищает от радиации. 2.10. Алкоголь вырабатывается организмом, поэтому это естественный продукт. 2.11. Алкоголь уменьшает боль и даёт чувство облегчения при болезненных состояниях. 2.12. Вопрос не в употреблении, а в злоупотреблении алкоголем. 2.13. Алкогольное вино содержит много полезных веществ и полезно (в т.ч. для сердечно-сосудистой системы, предупреждая инфаркт). 2.14. На примере некоторых долго живущих и пьющих людей обосновывать пользу алкоголя. 2.15. Алкоголь (вино) на Кавказе способствует долголетию. 2.16. Алкоголь повышает работоспособность. 2.17. Алкоголь держится в организме недолго, не более суток (можно поспать и алкоголь «выветрится» и т. д.). 2.18. Алкоголь расширяет сосуды, что способствует кровообращению. 2.19. Алкоголь способствует крепкому сну. 2.20. Алкоголь помогает общению противоположных полов. 2.21. Алкоголь увеличивает количество и качество грудного молока. 2.22. Алкоголь способствует похудению, т. к. некалориен.	2.6. Вейпы, трубки, жевательный табак более безвредны чем курение сигарет. 2.7. От табачной зависимости легко избавиться. 2.8. Освободиться от курения во время беременности вредно. 2.9. Кальян – это не табак. Курение кальяна безопаснее, т.к. дым фильтруется жидкостью.	гашиш и др.) – не означает быть наркоманом.
3. Социальные	3.1. Человек сам виноват в том, что он курит, потребляет алкоголь, наркотики. 3.2. Нужно курить, потреблять алкоголь и наркотики в меру.		

	3.3. Если ограничивать производство и продажу алкоголя, то население перетравится суррогатами. 3.4. Если ограничивать производство и продажу алкоголя, то будет расти наркомания. 3.5. Нужно научить всех пить «умеренно» и «культурно», тогда алголизация исчезнет сама собой. 3.6. Множество публикаций научно подтверждают пользу алкоголя. 3.7. Пиво менее вредно, чем водка (или любое другое сравнение алкогольных изделий между собой). 3.8. Сорокоградусную водку изобрёл учёный Д.И. Менделеев. 3.9. Есть подтверждение пользы ядов в малых дозах (несколько грамм в сутки), поэтому и малые дозы алкоголя полезны. 3.10. Алкоголь снимает напряжение, стресс. 3.11. Все трезвые люди - больные люди, не потребляющие алкоголь по состоянию здоровья. 3.12. Всё зло, причиняемое спиртными изделиями, по вине алкоголиков. 3.13. Спорт победит пьянство и алкоголизм. 3.14. «Качественный» алкоголь не наносит вреда. 3.15. Алкоголь помог многим известным людям достичь успеха в жизни. 3.16. Алкоголь 3.17. Число смертей, прямо или косвенно связанных с потреблением алкоголя, значительно преувеличено.	3.1. Есть свобода выбора в отношении того, курить или нет. Вы ещё скажите, что чай и кофе – наркотики. 3.2. Табачный дым безвреден для окружающих людей. 3.3. Число смертей, вызываемых потреблением табака, значительно преувеличено. 3.4. Табачная продукция может быть «качественной» и безвредной. 3.5. При большом стаже курения нельзя прекращать потребление табака.	3.1. В жизни надо всё попробовать, в т.ч. и наркотики. 3.2. Наркотики делятся на лёгкие и тяжёлые. 3.3. Есть люди, которые принимают наркотики много лет и прекрасно живут. 3.4. Наркомания – это неизлечимая болезнь, которую при жизни не победить. 3.5. Наркотики создают позитивное настроение, делают жизнь ярче и веселее. 3.6. Наркотики способствуют вдохновению и творческому озарению. 3.7. Употребление наркотиков может быть контролируемым. 3.8. Наркотики помогли многим известным людям достичь успеха в жизни. 3.9. Один раз попробовать наркотик не страшно. 3.10. Наркотики увеличивают сексуальность.
4. Политические	4.1. У северных этносов и русского народа отсутствует фермент алкогольдегидрогиназа, поэтому они более склонны к алкоголизму и менее защищены перед алкоголем.	4.1. Табачная индустрия даёт рабочие места и является социально ответственным бизнесом. 4.2. Табачный бизнес выгоден	4.1. Легализация наркотиков способствует искоренению наркомании. 4.2. Легализация наркотиков снижает уровень преступности, связанной с их потреблением.

	4.2. Запретительные антиалкогольные меры не приводят ни к каким положительным результатам (или антиалкогольная кампания 1985-87 гг. только ухудшила ситуацию). 4.3. Южные страны (Франция, Италия и др.) пьют веками и процветают. 4.4. Алкогольная индустрия даёт рабочие места и является социально ответственным бизнесом. 4.5. Проведение антиалкогольной политики связано с политическими рисками, что может привести к дестабилизации общественной стабильности. 4.6. Решение алкогольной проблемы - в направлении средств на массовый спорт.	государству и обществу. 4.3. Проведение антитабачной политики связано с политическими рисками (как внутри страны, так и международными), что может привести к дестабилизации общественной стабильности.	4.3. Контролируемое государством назначение наркотиков наркоманам предотвратит распространение наркомании. 4.4. Если бы от наркотиков был только вред, их бы не употребляли миллионы людей.
5. Экономические	5.1. Народ потребляет алкоголь, табак, наркотики, потому что плохо живёт (низкий уровень жизни).		
	5.2. Производство и продажа алкоголя выгодны государству и обществу (алкоголь даёт большой доход бюджету). 5.3. Бюджетные алкогольные поступления покрывают все социальные болезни от алкоголя.	5.1. Бюджетные табачные поступления покрывают все социальные болезни от табака.	

ДЕКЛАРАЦИЯ ОБ ОТСУТСТВИИ КОНФЛИКТА ИНТЕРЕСОВ

Доклад подготовлен экспертами-представителями институтов гражданского общества, занимающихся профилактикой потребления веществ наркотического действия на средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с Распоряжением Президента Российской Федерации от 05.04.2016 №68-рп.

Авторский коллектив заявляет о полной независимости от алкогольной, табачной, наркотической индустрии и её союзников, организаций, финансируемых алкогольной, табачной, наркотической индустрией и её союзниками, отсутствии сотрудничества в какой-либо форме, связей, материальной или иной заинтересованности, конфликта интересов в пользу алкогольной, табачной, наркотической индустрии и её союзников.

Краткие сведения об авторах:

Головин Андрей Аркадьевич, генеральный директор Союза некоммерческих организаций в сфере профилактики и охраны здоровья «Евразийская ассоциация здоровья», исполнительный директор Автономной некоммерческой организации «Центр межрегиональных программ и проектов», член экспертных рабочих групп по профилактике наркотизации при Общественной палате РФ, Государственной Думе РФ, Совете Федерации РФ, автор ряда методических и просветительских пособий, социальных технологий в сфере профилактики и охраны здоровья.

Аршин Константин Валерьевич, руководитель информационно-аналитического сектора Автономной некоммерческой организации «Центр экспертизы и общественного мониторинга», экс-консультант Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков, канд. филос. наук.

Карпачёв Александр Александрович, председатель Региональной общественной организации по пропаганде здорового образа жизни «Союз борьбы за народную трезвость», пропагандист и организатор общественных движений СССР и России за трезвый здоровый образ жизни, разработчик семинара «Формирование трезвых убеждений» и «Избавление от алкогольной и табачной зависимости на основе метода Г. А. Шичко».

Разводовский Юрий Евгеньевич, ассистент кафедры патологической физиологии им. Д. А. Маслакова Гродненского государственного медицинского университета, главный редактор журнала «Собриология», член редакционной коллегии журналов Суицидология, European Journal of Medicine, Substance Use & Misuse, Periodic Review Drinking and Culture, Journal of Sociolomic, Journal of Addiction Medicine and Therapeutic Science, Journal of Addiction and Therapy, канд. мед. наук.

Иванов Владимир Александрович, научный руководитель проекта «Чувство покоя», член экспертного совета Комитета по безопасности Государственной Думы РФ (1999-2011 гг.), участник общественных движений СССР и России за трезвый здоровый образ жизни с 1987 года, разработчик технологии устранения психической зависимости от наркотиков, алкоголя, табака и др. нехимических зависимостей.

СОСТОЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ В РОССИИ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

**Экспертный доклад
институтов гражданского общества
о причинах, последствиях, потенциале
для защиты здоровья личности, общества, государства**

При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с Распоряжением Президента Российской Федерации от 05.04.2016 №68-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации».

Компьютерная верстка – Стебленко О. С.
Технический редактор Журавлёв Д. Ю.
Подписано в печать 22.06.2017. Формат 210х297.
Печ. л. 11. Тираж 150 экз.
Отпечатано в типографии РА «Википринт» (ИП Журавлёв Д. Ю.)
115487, г. Москва, ул. Нагатинская, д. 28, корп. 2

