

Формы государственного контроля за оборотом наркотиков (зарубежный и национальный опыт)

ДМИТРИЕВА Т.Б. д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Росздрава, зам. председателя Международного комитета по контролю за оборотом наркотиков (МККН), Москва

КЛИМЕНКО Т.В. д.м.н., профессор, рук. отделения ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Росздрава, профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин и криминалистики Российской правовой академии Минюста России, Москва

В настоящее время на международном уровне наблюдается тенденция к ослаблению криминализации наркотиков и критике существующей системы контроля их оборота. В Российской Федерации последние годы также наблюдается консолидация сил, ратующих за легализацию наркотиков и либерализацию позиции государства и общества в отношении контроля за наркооборотом. При этом высказываются традиционные аргументы по поводу защиты элементарных демократических предпосылок правового государства и защиты прав наркопотребителей. История противодействия наркотизму знает несколько основных стратегий (моделей) социального контроля за наркоситуацией: репрессивная, или запретительная; либеральная, или незапретительно-поощрительная; рестриктивная, или сбалансированная за-претительно-ограничительная. При выборе стратегии государственного контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ необходимо учитывать особенности наркоситуации в стране в сопоставлении с имеющимся историческим зарубежным и национальным опытом эффективности применения различных моделей социального контроля за наркооборотом. От того, каким из вариантов антинаркотической политики в ближайшем будущем решит руководствоваться Правительство Российской Федерации, будет зависеть эффективность предпринимаемых мер в отношении противодействия незаконному обороту наркотических средств.

Ключевые слова: потребление наркотиков, незаконный оборот наркотиков, наркотизация, антинаркотическая политика

В последние годы на международном уровне просматривается тенденция к ослаблению криминализации наркотиков и критике существующей системы контроля их оборота. Если в 1986 г. на сессии Европарламента предлагалось отказаться от судебного преследования за потребление конопли, ограничив все штрафные санкции в отношении потребителей конопли простым предупреждением, то уже в сентябре 1992 г. высказывалось предложение о декриминализации всех видов наркотиков. Распространившееся по инициативе городских политиков Франкфурта, Гамбурга, Амстердама, Цюриха и Балтимора движение, которое называют «Инициативой больших городов», предлагает полностью легализовать покупку, хранение и потребление небольших количеств наркотиков, разделить рынок тяжелых и легких наркотиков, обеспечить метадоновым лечением всех нуждающихся в нем, организовать инъекционные комнаты для безопасного употребления наркотиков под контролем медицинских работников [19, 21, 26].

Прямо противоположной позиции придерживаются последователи движения «Европейский город против наркотиков (ECAD)» (Осло, Стокгольм, Хельсинки и другие города), которые высказывают радикальные

взгляды по ужесточению политики контроля за оборотом наркотических средств с применением репрессивных мер в отношении и потребителей наркотиков, и лиц, занимающихся их производством и торговлей [13, 14].

В Российской Федерации последние годы также наблюдается консолидация сил, ратующих за легализацию наркотиков и либерализацию позиции государства и общества в отношении контроля за наркооборотом. При этом высказываются традиционные аргументы по поводу защиты элементарных демократических предпосылок правового государства и защиты прав наркопотребителей. Утверждается, что силовые меры в отношении наркооборота и всех его участников неэффективны и не могут остановить наркопотребление, поскольку стимулируют развитие черного рынка наркотиков и еще более криминализируют и десоциализируют наркопотребителей [19, 20].

Злоупотребление человеком наркотическими средствами и психотропными веществами исчисляется тысячелетием. В зависимости от конкретных исторических условий, уровня наркопотребления в населении и масштабы связанных с этим негативных медицинских и социальных последствий государства придерживались различных стратегий социального

контроля за оборотом наркотиков и предпринимали различные меры по противодействию их незаконному обороту.

Противодействие распространению злоупотребления наркотиками традиционно осуществляется по следующим основным направлениям:

- 1) борьба с нелегальным рынком наркотиков и уменьшение наркопреступности;
- 2) контроль за легальным оборотом наркотиков;
- 3) профилактическая работа с группами риска и населением в целом (первичная и вторичная профилактика);
- 4) лечение лиц с зависимостью от наркотиков (третичная профилактика).

Конкретная деятельность в рамках каждого из этих направлений осуществляется в соответствии с государственной наркополитикой. Наркополитика — это стратегия государства, влияющая на уровень потребления наркотиков в обществе с целью сокращения числа наркопотребителей и уменьшения наркопреступности. По сути, это — конфликт между социальными группами, в котором зоной разногласий является право устанавливать законы, регламентирующие оборот наркотиков в стране. Участниками этого конфликта являются правительство, заинтересованные министерства и ведомства, общественные организации и политические партии, а также наркомафия и наркопотребители. Поскольку интересы государства, общества и конкретных граждан часто расходятся или даже являются абсолютно противоположными [8, 17], государственная стратегия по противодействию распространению злоупотребления наркотиками может исходить из интересов государства, общества или из интересов конкретных граждан. Цена решения данного вопроса настолько велика, что его смело можно отнести к блоку проблем, связанных с национальной безопасностью страны [1]. История противодействия наркотизму знает несколько основных стратегий (моделей) социального контроля за наркоситуацией:

- 1) репрессивная, или запретительная;
- 2) либеральная, или незапретительно-поощрительная;
- 3) рестриктивная, или сбалансированная запрети-тельно-ограничительная.

Целью *репрессивной стратегии* антинаркотической политики является формирование активной гражданской позиции неприятия наркотиков и наркобизнеса для максимально полного искоренения этого негативного социального явления. В соответствии с этим идеология репрессивной стратегии заключается в следующем:

- употребление наркотиков неизменно приводит к негативным медицинским и социальным последствиям как для самого наркопотребителя, так и для общества в целом, поэтому должно быть законодательно запрещено;

- необходимы жесткие меры социального контроля за оборотом наркотиков.

Обычно на государственном уровне жесткие репрессивные меры по контролю за наркоситуацией применялись в случаях, когда потребление наркотиков принимало социально значимые для страны масштабы и выходило из-под контроля соответствующих государственных служб. Так, в Японии после окончания Второй мировой войны наблюдалась эпидемия амфетаминовой наркомании. Она возникла в результате утечки запасов амфетамина с японских военных складов. Эпидемия достигла кульминации в 1954 г., когда, по расчетам специалистов, около 2 млн из 100 млн жителей Японии злоупотребляли таблетками амфетамина и метамфетамина и еще более полумиллиона вводили себе амфетамин внутривенно. Это вынудило правительство страны предпринять ряд жестких мер, направленных на сокращение наркотизации населения. В 1954 г. было введено наказание от 3 до 6 мес. лишения свободы за хранение наркотиков для личного потребления, от года до 3 лет — за продажу наркотиков, и до 5 лет — за их нелегальное производство. Одновременно было введено принудительное лечение наркозависимых. В результате этих мер в Японии произошло снижение численности потребителей амфетаминов с 550 тыс. в 1954 г. до 32 тыс. в 1956 г. и до 271 чел. в 1959 г. По расчетам японских специалистов, предпринятые меры коснулись лишь 5—15% от всех наркопотребителей, остальные прекратили злоупотребление амфетаминами вследствие опасения перед неотвратимостью наказания за незаконное употребление наркотиков [13, 14, 27].

Аналогичную модель антинаркотической политики применили и в Китае, где к началу 1950-х годов насчитывалось 20 млн активных потребителей опиума, что составляло 5% населения страны и 27% взрослого мужского населения. Этот ошеломляющий уровень массовой зависимости был самым высоким в мировой истории [28, 32—34]. После образования Китайской Народной Республики в период с 1951 по 1953 гг. был предпринят целый ряд репрессивных мер, в соответствии с которыми те, кто выращивал, производил или продавал опиум, подвергались наказанию в виде принудительного труда, казни, принудительного «лечения» потребителей опиума (заклучавшегося в значительной степени в принудительном отказе) при одновременном жестком контроле за выращиванием, производством и использованием лекарственного опиума для медицинских и научных целей. После предпринятых жестких мер удалось значительно снизить число наркопотребителей и прекратить почти трехсотлетнюю эпидемию употребления опиума в стране. В итоге силовые методы воздействия коснулись только 10% наркопотребителей, которые были

направлены на работу в исправительные лагеря сроком до двух лет, а при отсутствии эффекта — на исправительные работы на несколько лет в особые лагеря. Остальные наркопотребители прекратили употребление наркотиков из-за мощного социального давления [28, 33, 34].

Соединенные Штаты Америки, пережив длительный период начавшейся в 1912 г. в Нью-Йорке эпидемии шприцевой героиновой наркомании, поражавшей в первую очередь молодых людей с асоциальным образом жизни, были вынуждены ужесточить систему контроля за наркотиками. В 1914 г. был принят «The Harrison Act» [35, 37], согласно которому свободно продававшийся до этого героин стал отпускаться только по рецепту врача, за любое нелегальное обращение с наркотиками грозило тюремное заключение, за медицинским использованием наркотиков был установлен жесткий контроль. Открытые за несколько лет до этого по всей стране наркодиспансеры, где наркозависимым выдавался героин либо выписывался на него рецепт, по решению правительства стали закрываться. Последний такой наркодиспансер был закрыт по решению правительства в 1923 г. В результате предпринятых исключительно силовых методов воздействия без каких-либо масштабных реабилитационных мероприятий эпидемия наркомании была ликвидирована и в период с 1923 по 1939 гг. произошло снижение уровня наркопотребителей в 10 раз (на 90%). В последующие годы в большинстве штатов Америки действовали жесткие репрессивные меры в отношении наркопотребителей и наркоторговцев [2, 4, 7, 9, 10, 11, 15].

Аналогичным образом в 20-е годы XX столетия удалось остановить масштабную кокаиновую эпидемию в Германии [29, 31].

В настоящее время основными идеологами применения репрессивного подхода к контролю над оборотом наркотиков является общественная организация «Европейские города против наркотиков».

Либеральная антинаркотическая политика опирается на права и свободы человека и исходит из того, что каждый человек вправе потреблять любые доступные опьяняющие средства, но за последствия этого употребления отвечает только он сам. В основе либеральной антинаркотической политики лежат следующие принципы:

- злоупотребляющий наркотиками является жертвой, поэтому не может быть наказан или порицаем;
- злоупотребление наркотиками является самодеструктивным поведением, поэтому касается только самого больного;
- наркотики менее опасны, чем вред, наносимый репрессивной политикой;

• необходимо обеспечить доступность к чистым наркотикам для устранения вредных последствий злоупотребления содержащими различные примеси уличными наркотиками;

• уровень общей преступности снизится при снижении цен на наркотики;

• злоупотребление наркотиками уменьшится, если будет принято обществом как нормальное социальное явление.

Одним из основателей современной либеральной антинаркотической политики и наиболее известным и признанным в международном масштабе современным идеологом либерализма по отношению к наркотикам был американский социолог Альфред Р. Линдесмит (1905—1991). Он считал контроль за наркотиками гораздо более серьезной проблемой по сравнению с самими наркотиками. Критикуя американскую политику по борьбе с наркотиками в 1950-е годы, А. Линдесмит утверждал, что строгий контроль за наркотиками в США вынуждал наркозависимых обращаться к услугам так называемого черного (нелегального) рынка и как следствие этого преступать закон и торговать наркотиками [19, 36].

Идеи либерализма при формировании государственной формы контроля за оборотом наркотиков обычно появлялись в странах с относительно благополучной наркоситуацией. В период до 1914 г. в США злоупотребление наркотиками не имело социальной значимости и ограничивалось небольшими группами лиц асоциального поведения и богемными салонами. Основным одурманивающим веществом для американцев в тот период был алкоголь. Именно тогда правительство США могло позволить себе поддержать либеральные подходы в отношении наркотиков. Героин, морфин и кокаин продавались в аптеках без рецепта и по доступной цене. В открытых по всей стране наркодиспансерах наркозависимым выдавали необходимую им дозу героина или выписывали соответствующий рецепт. Однако, когда в 1912 г. в США началась эпидемия героиновой наркомании, государственные службы страны были вынуждены перейти к продвижению репрессивных мер в отношении незаконного наркооборота, которые реализовались в течение последующих 50 лет. В середине 1960-х годов в результате разрекламированных либеральных взглядов А. Линдесмита репрессивная американская политика в отношении контроля за наркотиками оказалась в состоянии кризиса. Американские суды стали гораздо мягче относиться к наркоправонарушителям. И уже через несколько лет после этого к концу 1960-х годов в США наблюдалось увеличение числа опийных наркоманов более чем в 10 раз [4, 7, 9, 10, 11].

В Великобритании в первой половине XX века проблема наркоманий также не была актуальна.

Отмечались лишь локальные случаи наркопотребления, не выходящие за рамки бегемотных и асоциальных кругов. Поскольку проблема высокого уровня наркотизации населения в тот период не достигала масштабов эпидемии, идеи либерализма оказались весьма тождественными тогдашнему общественному мнению. В такой достаточно благоприятной наркоситуации правительство тории в 1926 г. приняло «Rollestone Act», по которому разрешалось беспрепятственно приобретать в аптеках, правда по рецепту врача, но по достаточно низким ценам наркотические средства, включая героин и кокаин. «Rollestone Act» с его либеральными установками оставался основным документом в регулировании наркооборота Великобритании вплоть до 1946 г., пока волна героиновой наркомании не докатилась до берегов страны. Считается, что немаловажное значение в пересечении героиновой наркоманий Атлантического океана имела распропагандированная А.Линдесмитом на американском континенте разрешительная «британская система». Это побудило канадских наркоманов перебраться в Англию, что и положило начало британской героиновой эпидемии. Британская ветвь героиновой эпидемии нарастала стремительно, почти в геометрической прогрессии. В течение последующего десятилетия с 1946 по 1968 гг. количество героиновых наркоманов удваивалось каждые 16 мес. Это послужило поводом для отмены в 1968 г. разрешительной «британской системы» [3, 5, 6, 18, 23, 25].

Аналогичные последствия в результате применения либеральных подходов к наркополитике отмечались и в других странах.

В Швеции на фоне подъема ультралиберальной волны в 1965—1967 гг. хранение наркотиков и их употребление стало трактоваться не как «преступление», а как «проступок». Ограниченному кругу врачей было разрешено назначать наркотические препараты (опиаты и психостимуляторы для самостоятельных инъекций) в качестве «поддерживающей терапии». Одновременно были закрыты муниципальные органы по поддержанию трезвости, алкоголизм и наркомания были объявлены заболеваниями, дающими право человеку на больничный лист, а со временем — на преждевременное получение пенсии в полном объеме. Было введено понятие *допустимых доз наркотиков*, которые выводились за пределы законного регулирования. В 1965 г. вне любой ответственности было ношение с собой 1—2 г гашиша, нескольких пакетиков амфетамина с дозами до 0,2 г. В последующие годы допустимая граница наркотиков отодвигалась в сторону увеличения разрешенных доз до 5, 10, 15, а с 1979 г. — до 25 г гашиша и 50 пакетиков с психостимуляторами [30].

Такой же подход был использован в Российской Федерации, когда было принято в 2004 г. Постановление правительства №231 «Об утверждении размеров средних разовых доз наркотических средств».

Либеральные подходы к регулированию наркооборота привели и в Швеции, и в России к тому, что уличная торговля наркотиками фактически была легализована, поскольку большая часть торговцев носила при себе только «допустимые дозы». В результате таких либеральных законодательных инноваций уже в течение первого года после их действия в Швеции наблюдалось удвоение числа наркозависимых с акселерацией тяжелых последствий алкоголизма и наркоманий в обществе [24, 36]. В Российской Федерации только в одном Екатеринбурге за первые 2 мес. действия Постановления смертность от наркотиков увеличилась в 18 раз [26].

В настоящее время либеральная антинаркотическая политика проводится в Нидерландах, Швейцарии, Австралии и ряде штатов США.

В Российской Федерации последние 15 лет в результате отсутствия утвержденной государством антинаркотической концепции на уровне различных ведомств проводилась либеральная антинаркотическая политика.

Антинаркотический либерализм в России впервые был прописан 25.10.1990 г., когда Комитет Конституционного надзора соотнес потребление наркотиков с правами человека, который «ни перед кем не обязан отвечать за свое здоровье». Тогда же из Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) была исключена статья об уголовной ответственности за употребление наркотиков. В 1991 г. были закрыты лечебно-трудовые профилактории (ЛТП), где осуществлялось принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманией, которые нарушили социальные и административные нормы общежития. В 1997 г. алкогольное и наркотическое опьянение во вступившем в силу новом УК РФ оказалось исключенным из перечня отягчающих вину обстоятельств. В 2003 г. специальным Федеральным Законом было отменено принудительное лечение осужденных от наркомании. В 2004 г., как уже упоминалось выше, было принято Постановление правительства №231 «Об утверждении размеров средних разовых доз наркотических средств», в соответствии с которым были увеличены размеры средних разовых доз наркотических средств. После этого, по данным некоторых авторов, смертность от наркотиков возросла в 2 раза (в 2006 г. после многочисленных протестов общественности Постановление №231 утратило силу). Все эти годы в России наркотики оставались легкодоступными для населения. Через средства массовой информации и через рекламу населению прививалось толерантное отношение к наркотикам и их потребителям.

В образовательных учреждениях под видом профилактических программ продолжают внедряться программы скрытой пропаганды наркотиков и связанной с ними субкультуры. Все это в совокупности привело к формированию определенной молодежной культуры с высоким уровнем толерантности к наркотикам и их потребителям. Результатом такого либерального подхода к проблеме наркотизма является наличие в стране, по данным председателя Государственного антинаркотического комитета (ГАК), директора Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации (ФСКН России) В.П. Иванова, около 2,5 млн наркопотребителей [16].

После того, как в результате широко разрекламированной линдесмитовской либеральной антинаркотической политики в США, Великобритании и Швеции наблюдалось значительное увеличение роста наркотизации, во многих странах произошел поворот к более радикальным мерам социального контроля за наркотиками с продвижением *рестриктивной или запретительно-ограничительной антинаркотической политики*. Она представляется наиболее сбалансированной и опирается на следующие принципы:

- злоупотребляющие наркотиками лица представляют социальную опасность и к ним должны применяться соразмерные меры административного и уголовного принуждения;
- применения к наркозависимым только административных мер недостаточно, поэтому должна быть обеспечена высокая доступность всех видов медико-социальной помощи проблемным лицам.

Последние годы именно рестриктивная антинаркотическая политика стала проводиться в большинстве стран мира, в том числе в большинстве стран Западной Европы и в Соединенных Штатах Америки. Это связано с тем, что практически все государства на данный момент присоединились к «Единой конвенции о наркотических средствах» 1961 г., которая регулирует оборот опиатов, кокаина и каннабиноидов. Многие страны мира присоединились также к «Международной конвенции о психотропных веществах» 1971 г., которая касается оборота психостимуляторов и некоторых видов психотропных средств. Принятые международные конвенции по обороту наркотических и психотропных средств отражают продолжительный опыт многих стран мира в их более или менее успешных попытках контроля за наркоситуацией. Современная запретительно-органическая система контроля за оборотом наркотиков наряду с внедрением программ «снижения вреда» от приема наркотиков, в том числе организация заместительной терапии (ЗТ) и открытие инъекционных комнат, предусматривает принудительное или альтернативное лечение лиц, страдающих наркотической зависимостью, строгие меры административного и уго-

ловного преследования в отношении наркоправонарушителей. К примеру, за наркоторговлю в крупных размерах итальянское уголовное законодательство предусматривает наказание до 23 лет лишения свободы (с 1988 г.), в Великобритании за аналогичное правонарушение — от 14 лет до пожизненного заключения, в США — не менее 20 лет лишения свободы (ужесточили с 1986 г.). Для сравнения в Российской Федерации «незаконное приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет с конфискацией имущества или без таковой» (ч. 2 ст. 228 УК РФ).

Анализ уголовного права США (как федерального, так и по отдельным штатам) показывает, что, традиционно позиционируя себя как наиболее гуманную и правозащитную страну, США имеют гораздо более жесткое по сравнению с российским антинаркотическое законодательство. Там уже более 30 лет функционируют наркосуды, организовано недобровольное (альтернативное) лечение от наркомании правонарушителей, действует практически по всем штатам обязательное периодическое тестирование учащихся на факт употребления ими наркотиков, законодательно установлен повсеместный запрет на курение в общественных местах с применением экономических санкций в отношении курильщиков. Сравнительный анализ уголовного законодательства показывает, что по сравнению с УК РФ в американском уголовном праве предусматриваются более серьезные наказания за аналогичные уголовные и административные правонарушения, там предусмотрены более жесткие требования к признанию правонарушителя невменяемым [22]. В законодательствах двух третей штатов сохранена в качестве уголовного наказания смертная казнь. В соответствии с американским законодательством, при совершении лицом нескольких правонарушений предусмотренное по каждому из них уголовное наказание суммируется. В Российской Федерации в аналогичной ситуации используется принцип поглощения меньших наказаний большим.

Наиболее органичной представляется антинаркотическая рестриктивная политика Швеции. Шведская модель контроля наркотиков, реализуемая в стране с 1978 г., подразумевает высокую доступность социальной и медицинской помощи проблемным лицам при одновременном ужесточении наказания за употребление наркотиков и принудительное лечение лиц, страдающих наркотической зависимостью. С 1980 г. была введена новая практика: освобождение от уголовного преследования для каждого наркопотребителя может быть применено только один раз и только при хранении одной дозы наркотика, затем

должны наступать определенные юридические и социальные последствия. Эффективность такого подхода самая высокая при сравнении с другими странами мира. Полицейская наступательная операция 1969 г. впервые в Швеции привела к снижению распространения наркомании. На сегодняшний день на фоне общеевропейской и общемировой тенденции роста всех показателей наркотизма в Швеции в течение последних 5 лет наблюдается снижение уровня потребления наркотиков, который на сегодняшний день является самым низким в Европе.

Помимо напряженности наркоситуации на форму антинаркотической политики в конкретной стране и в конкретных исторических условиях влиял также и собственный опыт страны по злоупотреблению наркотиками. Страны, не имеющие значительного опыта по злоупотреблению наркотиками населением, обычно бывают более терпимыми и к факту самого наркопотребления, и к связанным с этим явлением медицинским и социальным последствиям.

Амфетамин, появившийся в 1935 г. в клинической практике Соединенных Штатов в качестве лекарства от простуды, вскоре стал широко использоваться в Швеции при лечении лиц с алкогольной зависимостью. Когда большинство зависимых от алкоголя прекратило потребление алкоголя и стало злоупотреблять амфетамином, профессор Каролинского университета Леонард Гольберг добился в 1958 г. отнесения амфетамина к разряду наркотиков. Швеция тогда оказалась первой страной в мире, которая ввела такую меру контроля над амфетамином.

Аналогичная ситуация сложилась и в отношении каннабиноидов. Государства Западной Европы и американского континента, имеющие сравнительно краткосрочный опыт злоупотребления населением препаратами конопли (каннабиноидами), более терпимы к этому явлению, в то время как страны Арабского мира, имеющие значительно более продолжительный опыт, придерживаются гораздо более рестриктивной политики в вопросах регулирования оборота конопли на их территориях. Правительство Египта, на территории которого каннабиноиды потреблялись столетиями, в 1924 г. предложило установить международный контроль за их распространением и в 1925 г., преодолев непонимание и несогласие правительств других стран, не имеющих такого опыта, добилось в решении этого вопроса успеха.

Анализ динамики наркопотребления в мире показывает, что в результате применения рестриктивных подходов к регулированию оборота наркотиков и психотропных веществ в странах Западной Европы и Северной Америки последние годы наблюдается стабилизация всех показателей, отражающих потребление опиатов, кокаина и амфетаминов [39]. В отличие

от других наркотиков, уровень потребления каннабиноидов практически по всем регионам мира растет в геометрической прогрессии [12, 39]. Это может быть связано с тем, что большинство стран мира именно в отношении каннабиноидов придерживается чрезвычайно либеральных подходов. В США в штате Орегон в 1973 г. перестали считать уголовно наказуемым деянием хранение марихуаны. Уже в течение первого года после этого число наркопотребителей увеличилось на 6%, причем среди лиц молодого возраста это увеличение составило 12%. В штате Аляска в 1987 г. было легализовано ношение с собой 85 г марихуаны. Уже через год 72% учащихся употребляли каннабис. В Баварии в 1995 г. допустимая доза гашиша была увеличена с 5 г до 7,5 г активного вещества тетрагидроканнабинола (ТГК). На практике это означало, что обладание около 100 г гашиша с высоким содержанием ТГК или 250 г с низким содержанием ТГК не преследуется по закону [38]. В Дании, где в настоящее время разрешено иметь при себе до 10 г гашиша, и в Голландии, где при себе можно иметь до 5 г гашиша, самый высокий уровень преступности в Западной Европе.

Голландия, применяя достаточно серьезные карательные санкции в отношении производителей экстази и амфетаминов, проводит одну из самых либеральных политик в отношении оборота каннабиноидов. Только в Амстердаме открыто от 300 до 350 кофеен для продажи препаратов конопли. Разрекламированная по всему миру голландская либеральная политика в отношении каннабиноидов привела к развитию так называемого наркотуризма, когда Голландия стала своеобразной «меккой» для наркопотребителей всего мира. В связи с такой ситуацией и под давлением других стран Голландия была вынуждена предпринять определенные ограничительные санкции в отношении продажи каннабиноидов. В 1995 г. было принято решение о снижении количества конопли, отпускаемой в кофейнях в одни руки, с 30 до 5 г. Вследствие предпринятых мер по-прежнему сохраняется возможность покупать каннабиноиды для личного потребления, но накопить его с целью потребления за рубежом невозможно.

Таким образом, исторический анализ формирования стратегии государственного контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ в различные исторические периоды и в различных странах мира показывает, что на форму антинаркотической политики влияет много факторов:

- 1) напряженность наркоситуации в стране;
- 2) опыт страны по злоупотреблению наркотиками;
- 3) толерантность общества к проблеме злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами.

При этом выявляется отчетливая закономерность: чем напряженнее наркоситуация в стране, тем более репрессивные меры контроля за оборотом наркотиков применялись; при относительно благоприятной наркоситуации государства позволяли себе более либеральные формы антинаркотической политики. В свою очередь, форма социального контроля за оборотом наркотиков влияла на уровень наркопотребления в стране: последовательная рестриктивная антинаркотическая политика позволила странам Западной Европы и США последние 15 лет стабилизировать уровень потребления опиатов, кокаина и амфетаминов, в то время как существенно более либеральные подходы к государственному регулированию каннабиноидов сопровождаются прогрессивным ростом числа потребителей препаратов конопли по всем регионам мира. Поэтому при выборе стратегии государственного контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ необходимо учитывать особенности наркоситуации в стране в сопоставлении с имеющимся историческим зарубежным и национальным опытом эффективности применения различных моделей социального контроля за наркооборотом. От того, каким из вариантов антинаркотической политики в ближайшем будущем решит руководствоваться Правительство Российской Федерации, будет зависеть эффективность принимаемых мер в отношении противодействия незаконному обороту наркотических средств.

Список литературы

1. Борович И.И. <http://www.ecad.ru>
2. Борьба администрации США с наркоманией // Борьба с преступностью за рубежом. — М., 1993. №6. — С. 14.
3. Борьба полиции и таможи Великобритании с нелегальным ввозом наркотиков // Проблемы преступности в капиталистических странах. — М., 1986. — №3. — С. 37—38.
4. Борьба с наркоманией по уголовному законодательству США, Великобритании, Франции, ФРГ // Законодательство зарубежных стран. Обзорная информация. — М., 1989. — Вып. 1.
5. Борьба с незаконным распространением наркотиков в странах Западной Европы // Проблемы преступности в капиталистических странах. — М., 1986. — №3. — С. 20—23.
6. Борьба с распространением наркотиков в Великобритании // Проблема преступности в капиталистических странах. — М., 1980. — №3. — С. 9—10.
7. Борьба с распространением наркотиков в США // Борьба с преступностью за рубежом. — М., 1992. — №4. — С. 10.
8. Газимагомедов Г.Г., Рац С.В. К вопросу о конфликтной природе социальной безопасности // Конфликт — политика — общество: Сб. науч. статей кафедры конфликтологии СПб. гос. ун-та. — СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2007. — С. 300—315.
9. Генеральная стратегия департамента по борьбе с распространением наркотиков (США) // Борьба с преступностью за рубежом. — М., 1994. — №1. — С. 12—25.
10. Гиленсен В.М. Система федеральных полицейских органов США, осуществляющих борьбу с наркоманией. — М., 1983.
11. Дейвид Масто. Опиум, кокаин и марихуана в истории США // В мире науки. — М., 1991. — №9. — С. 6—16.
12. Дудин И.И. Зависимость от каннабиноидов в структуре сочетанной психической патологии (клинический, клинко-эпидемиологический и социально-демографический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2009. — 30 с.
13. Зазулин Г.В. Наркоэпидемия. Политика. Менеджмент. — СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2003. — 288 с.
14. Зазулин Г.В. Либеральный виток в наркополитике России длиной в 12 лет // Санкт-Петербургский университет. Специальный выпуск (3604). — 2002. — 26 июня.
15. Злоупотребление наркотическими средствами в США и мероприятия по борьбе с ними // Проблема преступности в капиталистических странах. — М., 1995. — №8. — С. 24—29.
16. Иванов В.П. О наркоситуации в Российской Федерации: новые вызовы и угрозы. Источник: http://www.narkotiki.ru/gnk_6614.html.
17. Карпенко А.Д. Структура социального конфликта в практическом измерении // Конфликт — политика — общество: Сб. науч. статей кафедры конфликтологии СПб. гос. ун-та. — СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2007. — С. 300—315.
18. К вопросу о легализации в Великобритании некоторых видов наркотиков // Борьба с преступностью за рубежом. — М., 1995. — №2. — С. 7—12.
19. Кристи Нильмс, Бруун Кетиль. Удобный врач: Политика борьбы с наркотиками в Скандинавии // Центр содействия реформе уголовного правосудия. — 2004. — 271 с.
20. Ли В.А., Ли К.В. Наркотики: трагедия для родителей, беда для общества (Краткая грамматика профилактики подростковой наркомании). — М.: Информэлектро, 2001. — 152 с.
21. Линдсмит А.Р. Наркоман и закон. — 1964.
22. Мотов В.В. Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и психиатрии и права. — М., 2008. — 248 с.
23. Новая волна наркомании в Великобритании // Проблемы преступности в капиталистических странах. — М., 1980. — №6. — С. 8—9.
24. О борьбе с алкоголизмом и наркоманией в Швеции // Борьба с преступностью за рубежом. — М., 1993. — №3. — С. 3.
25. Распространение наркомании в Великобритании // Проблема преступности в капиталистических странах. — М., 1983. — №6. — С. 8.
26. Санников А. Лоббист ЮЮ — лоббист наркомафии. Только факты / www.vadimsch, 19 апреля 2009 г.
27. Шнайдер Б. Золотой треугольник / Пер. с чеш. / Отв. ред. В.И. Корнеев. — М., 1989.
28. Bai Y.T. The anti-opium campaign movement in the early 1950s // CPC History. — 2001. — Vol. 10. — P. 38—41.
29. Bejerot Nils. Drug Abuse and Drug Policy. — Munksgaard; Copengagen, 1975.
30. Cohen, Henderson, Aiello, & Zheng, 1996.
31. Horney Cross, 1961.
32. McCoy C.B., Lai S., Metsch L.R., Wang X., Li C., Yang M., Li Y.L. No pain no gain: establishing the Kunming, China, drug rehabilitation center // J. of Drug Issues. — 1997. — Vol. 27. — P. 73—85.
33. McCoy C.B., McCoy H.V., Lai S., Yu Z., Wang X., Meng J. Reawakening the dragon. changing patterns of opiate use in Asia, with particular emphasis on China's Yunnan province // Substance Use and Misuse. — 2001. — Vol. 36. — P. 49—69.
34. McCoy A. The politics of heroin: CIA complicity in the global drug trade: Afghanistan, Southeast Asia, Central America, Colombia. — Chicago: Lawrence Hill Books, 2003.
35. Harrison Act // Public Law №223, 63rd Cong., approved December 17, 1914.
36. Hartelius Jonas. Narkotikatpidemier. — Stockholm, SCI, 2005.
37. Opiate Addiction, 1947.
38. Papendorf Knut. Forfatningsdomstolens hasjdom. Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskab, 1995. — s. 50—55.
39. United Nations: Office on Drugs and Crime. — World Drug Report, 2008. — 303 s.

**THE FORMS OF STATE CONTROL OVER DRUGS TRAFFICKING
(FOREIGN AND NATIONAL EXPERIENCES)****DMITRIEVA T.B.**

Dr.Med.Sci., Professor, Academician, Russian Academy of Medical Sciences
Director, Serbsky State Research Center for Social and Forensic Psychiatry;
Vice-President, International Committee on Drug Control, Moscow

KLIMENKO T.V.

Dr.Med.Sci., Professor, Head office, Serbsky State Research Center for Social and Forensic Psychiatry;
professor, Department of criminal law and criminology courses,
Russian Legal Academy, The Ministry of Justice of the Russian Federation, Moscow

Currently at the international level we can observe a tendency to weaken the criminalization of drugs and criticism the existing system of control of their turnover. In recent years, in the Russian Federation a consolidation of forces has also been observed that works for drug legalization and liberalization of the position of the state and society in attitude to the control of drug trafficking. In addition there are the traditional arguments about the protection of the basic preconditions for democratic rule of law and protection of the rights of drug users. Since the interests of the state, society and citizens can have differences or even be completely contradictory, national strategy to combat the spread of drug abuse may be based on the interests of the state, society or the interests of citizens. Price of this issue solution is so great that it can be safely attributed to the problems related to national security. The history of the drug opposition has a few basic strategies (models) of the social drugs control: 1) repressive or prohibitive, and 2) the liberal or unprohibitive-encouraging, 3) restrictive or prohibitive balanced-restrictive. When choosing a strategy of state control over the trafficking of drugs and psychotropic substances we should take into account the peculiarities of the drugs in the country compared with the available historical and national experiences, overseas effectiveness of different models of social control of drugs trafficking. The effectiveness of measures to combat illegal drugs trafficking will depend on by what kind of anti-drug policy the Government of the Russian Federation decides to be guided in the near future.

Key words: anti-drug policy, drug use, drug trafficking, narcotization, repressive (prohibitive) anti-drug policy, liberal (unprohibitive-encouraging) anti-drug policy, restrictive (prohibitive balanced-restrictive) anti-drug policy, measures to combat illegal drugs trafficking.