

Реформа системы профилактики наркомании в России

ДУБРОВСКИЙ Р.Г.

к.соц.н, консультант Аппарата антинаркотической комиссии Ленинградской области.

Администрация Ленинградской области, Санкт-Петербург;

191311, Санкт-Петербург, Суворовский пр., дом 67; тел.: +7(812) 274-42-42; e-mail: rg_dubrovskij@lenreg.ru

Государственная система профилактики наркомании в России сегодня переживает очередную попытку реформирования, которая во многом стала следствием справедливой критики как со стороны руководящих органов, так и со стороны рядовых специалистов. Дискуссии о проблемах совершенствования системы профилактики наркомании сфокусированы преимущественно на медицинских, правовых, педагогических, психологических и других ее узкопрофессиональных аспектах. В то же время, без должного внимания остаются вопросы управления, без решения которых успешное функционирование такого сложного вида социальной деятельности, как профилактика наркомании, вряд ли возможно.

Ключевые слова: управление, профилактика наркомании

Введение

Президент Российской Федерации Дмитрий Медведев на прошедшем 8 сентября 2009 г. заседании Совета Безопасности РФ, посвященном борьбе с незаконным оборотом наркотиков, отметил, что "коренного перелома в борьбе с наркотиками пока нет и причины не только в глобальном характере проблемы, но и в самой организации работы, ее недостаточной эффективности <...> Нужны новые современные методы работы в этой сфере". Таким образом, на высшем государственном уровне признано, что широкая распространенность наркомании в стране связана не только с так называемой наркоугрозой, но и с фактическими возможностями государства управления в сфере профилактики наркомании.

В России на протяжении последних десятилетий уже неоднократно предпринимались попытки реформирования системы профилактики наркомании, однако, судя по имеющимся ее недостаткам, эти попытки не были достаточно успешными. Ниже рассмотрены основные элементы системы профилактики наркомании и осуществлена попытка оценки их актуального состояния в современной России.

Теоретические основания профилактики наркомании

Резкий рост уровня злоупотребления психоактивными веществами, который наблюдался в большинстве развитых стран в течение XX века, особенно во второй его половине, протекал на фоне другого общецивилизационного процесса — изменения структуры и тяжести (паттернов) заболеваний и причин смертности. В связи с этим за последние полвека взгляды на этиологию, течение, исходы и профилактику многих заболеваний, в том числе и наркомании, претерпели значительные изменения [2].

Традиционная биомедицинская модель болезни, включившая в себя в качестве одного из основных составляющих эпидемиологию инфекционных заболеваний, рассматривает:

- носителя инфекции (хозяина);
- саму инфекцию (инфекционного агента);
- окружение — весь спектр средовых факторов, определяющих исход взаимодействия хозяина и инфекционного агента.

Необходимо подчеркнуть следующие важные особенности этой модели:

- во-первых, причиной болезни является специфический возбудитель — материальный субстрат, поддающийся объективной идентификации;
- во-вторых, под носителями инфекции подразумеваются конкретные индивиды;
- в-третьих, в качестве средовых факторов, в первую очередь, рассматриваются биологические.

В основании классификации направлений профилактики острых инфекционных заболеваний лежат объективные критерии, указывающие на ее целевые группы. Первичная профилактика направлена на неинфицированных лиц. Вторичная — на инфицированных, нуждающихся в лечении. Третичная — на лиц, прошедших лечение и нуждающихся в реабилитации. Следует подчеркнуть, что традиционная для инфекционной эпидемиологии модель профилактики уделяет минимальное внимание фактору поведения человека как на этапе возникновения, так и на этапе лечения болезни.

В связи с упомянутыми выше изменениями паттернов заболеваемости и смертности, произошедшими в XX веке, возникла необходимость пересмотра и дополнения биомедицинской модели, что связано с рядом причин.

Во-первых, наиболее распространенные заболевания и причины смертности, например сердечно-сосу-

дистая патология, возникают без какого-либо специфического возбудителя и развиваются постепенно, что вызывает трудности в организации выявления ранних предболезненных форм.

Во-вторых, распространенность таких заболеваний подчиняется, в первую очередь, поведенческим и социальным закономерностям. То есть группами риска являются не множество индивидов, связанных с очагом заражения, как в случае с инфекционными болезнями, а социальные группы, имеющие какие-то общие поведенческие признаки. Так, например, общеизвестное утверждение, что педагоги являются группой риска по сердечно-сосудистым заболеваниям, подразумевает, что болезнь не передается от человека к человеку вместе с ее возбудителем, а является результатом хронического эмоционального напряжения, характерного для данной профессиональной группы.

В отношении хронических болезней модель профилактики, основанная на биомедицинском подходе, оказывается малоприменимой, поскольку они не имеют специфического возбудителя, по наличию или отсутствию которого человека можно было бы отнести к определенной целевой группе. Формирование системы профилактики хронических заболеваний требует иной модели, которая бы основывалась на диагностике не возбудителя, а поведенческих нарушений и социальных характеристик, являющихся факторами риска. Такая модель, разработанная для профилактики психических заболеваний, была предложена R.Gordon в 1987 г. и с тех пор широко используется всеми ведущими международными организациями, определяющими глобальную политику в отношении наркотиков [7].

Данная модель позволяет относить людей к различным целевым группам профилактики в зависимости от степени нарушения поведения. Вся подростковая и молодежная субпопуляция как группа риска в широком смысле слова является объектом общей профилактики, направленной на противодействие макросоциальным факторам наркомании. Лица с незначительно выраженными формами какого-либо отклоняющегося поведения либо эпизодически употребляющие психоактивные вещества, при этом не имеющие болезненной симптоматики, попадают в целевую группу выборочной профилактики, которая направлена на коррекцию поведения. Лица, злоупотребляющие наркотическими веществами, но не имеющие клинического статуса больных наркоманией, рассматриваются как объекты симптоматической профилактики, состоящей в долгосрочной социально-психологической работе [4].

В русскоязычной специальной литературе и нормативно-правовой базе указанная международная терминология не получила распространения в силу

доминирования биомедицинской модели в отечественной теоретической и практической медицине, что предопределило ряд ошибочных предпосылок, на которых базируется сегодняшняя государственная политика в отношении наркотиков. Основной из них является выделение наркомании из общего предмета девиантологии, что характерно для клинического подхода, но непригодно в отношении наркомании, поскольку она не имеет специфических причин, а возникает на фоне поведенческих нарушений, которые в разных культурах и в разные исторические периоды могут приводить к различным исходам. Так, например, в некоторых регионах страны, особенно малобюджетных, проблема наркомании может вовсе не быть существенной на фоне, например, употребления подростками дешевого некачественного алкоголя, токсических веществ или широкой распространенности среди них инфекционных заболеваний. В связи с этим, ориентирование государственной политики исключительно на решение проблемы наркомании представляется недостаточно обоснованным. Ощутимого эффекта можно ожидать только от профилактических программ, направленных на комплекс наиболее выраженных форм поведения риска на конкретной территории в определенный период времени [4].

Иначе говоря, теоретические основания российской антинаркотической политики не соответствуют своему назначению, поскольку базируются на биомедицинской модели болезни, которая не позволяет накапливать и использовать эмпирический материал для формирования адекватной системы профилактики наркомании. Отсутствие адекватной теоретической базы приводит к тому, что из отечественной социальной практики выпадают широко используемые в развитых странах направления диагностики и профилактики девиантного поведения в целом и наркомании в частности.

Мониторинг наркоситуации

Главной задачей эпидемиологии является установление количества больных (преваленса) и количества лиц, которым впервые поставлен диагноз (инцидента) в популяции за определенный период. С этой целью в системе здравоохранения ведется статистический учет результатов диагностических мероприятий, осуществляемых в ходе амбулаторного и стационарного приема, диспансеризации и т.д. Однако в силу описанных выше различий между острыми и хроническими болезнями существенно различаются и методы их диагностики.

В отличие от острых, хронические заболевания характеризуются преобладанием ранних и "предболезненных" форм над развернутыми болезненными состояниями. Так, например, доля лиц с выраженными симптомами наркомании в популяции не может пре-

вышать нескольких процентов, тогда как доля лиц в популяции, имеющих опыт разового или эпизодического употребления наркотиков, может измеряться десятками процентов. Диагностика хронических заболеваний должна быть направлена, в первую очередь, именно на ранние и "предболезненные" формы, которые выражаются в определенных поведенческих нарушениях.

До появления выраженных болезненных ощущений и состояний человек, как правило, не обращается за медицинской или иной профессиональной помощью. Вследствие этого лица с ранними формами тех или иных хронических заболеваний редко попадают в поле зрения системы здравоохранения. Поэтому эпидемиология хронических заболеваний должна базироваться на изучении не клинической выборки (лиц, обратившихся за медицинской помощью), а популяции в целом. Это обстоятельство предопределяет использование социально-эпидемиологической методологии при изучении потребления психоактивных веществ [5].

Задача организации системы профилактики наркомании на территории предполагает регулярное изучение наркопотребления по одной и той же методике. Такие исследования получили название *мониторинг наркоситуации*. В его основе лежит социологический опрос групп населения, в которых вероятность употребления наркотиков наиболее высока и на которые будет направлено профилактическое воздействие.

Сложность проведения мониторинга наркоситуации в России связана не столько с выбором исследовательских процедур (в развитых странах уже имеется достаточный опыт, который можно заимствовать), сколько с организационными вопросами. Организация системы мониторинга наркоситуации в стране по своей сложности в какой-то мере сходна с организацией переписи населения и возможна только при условии централизованной координации исследовательских мероприятий на федеральном уровне. Для осуществления такой координации необходимы разработка и принятие федерального регламента, на котором могли бы основываться региональные и местные власти при проведении мониторинга наркоситуации на своем уровне [5]. Отсутствие централизованной системы координации привело к тому, что в различных регионах страны используются различные подходы, ставятся различные задачи и получаются зачастую несопоставимые между собой результаты. Следовательно, их обобщение и оценка наркоситуации на уровне страны на сегодняшний день крайне затруднены.

Несмотря на декларирование профилактической направленности государственной политики в отношении наркомании, на сегодняшний день в стране фактически отсутствует возможность систематической диагностики ее

"предболезненных" форм и, следовательно, своевременной реализации профилактических мер. Популярными сегодня попытки использования иммуно-ферментных экспресс-тестов на наркотики в ходе диспансеризации и прочих медицинских осмотров не могут заменить собой системы диагностики "предболезненных" форм и решить задачу установления масштабов и причин наркопотребления в популяции.

Следует также обратить внимание на морально-этический аспект мониторинга наркоситуации. Поскольку участие в социологических опросах, как и в медицинских обследованиях, является добровольным, в основании изучения наркопотребления лежит условие безопасности респондента, т.е. гарантия отсутствия формальных или неформальных санкций за откровенные ответы о своем опыте использования психоактивных веществ. Важным мотивирующим фактором к участию в опросе является чувство причастности респондента к значимому для общества делу, которое целенаправленно формируется у него интервьюером. Другими словами, систематическое изучение наркоситуации возможно только при условии формирования доверительных отношений между потребителями наркотиков и обществом, что противоречит сегодняшней ригористичной позиции государства.

Роль некоммерческих организаций и бизнес-сообщества

Совершенствование существующей системы профилактики наркомании подразумевает формирование партнерских отношений государства с некоммерческими организациями и бизнес-сообществом. Необходимость привлечения профессиональных некоммерческих организаций к реализации сложных социальных проектов, к которым относится и профилактика наркомании, подтверждается как зарубежной, так и отечественной практикой и связана со следующими причинами:

- ряд важных направлений профилактики наркомании не предусмотрен действующими нормативными документами, в рамках которых функционируют государственные организации. Так, например, психологическая помощь, аутрич-работа и в значительной степени реабилитация наркозависимых во многих странах реализуется, главным образом, некоммерческими организациями;
- цикл планирования и реализации деятельности некоммерческих организаций несравненно короче, чем государственных, что позволяет им более быстро и гибко реагировать на изменяющиеся условия и своевременно реализовывать актуальные краткосрочные задачи;
- профессиональный уровень и опыт практической работы специалистов некоммерческих организаций зачастую выше, чем государственных. Особенно

это касается организаций, в которых по совместительству работают наиболее успешные и активные сотрудники государственных научных учреждений.

Необходимость привлечения финансирования со стороны бизнес-сообщества связана с тем, что система государственного бюджетного финансирования зачастую не позволяет своевременно и в необходимом объеме финансировать деятельность некоммерческих организаций. Для представителей бизнес-сообщества, в свою очередь, участие в социально значимых проектах в качестве благотворителя является одним из путей улучшения своей репутации и, следовательно, активом, способным создавать дополнительную акционерную стоимость.

Основным механизмом привлечения некоммерческих организаций и бизнес-структур является форма частно-государственного партнерства, в рамках которого между территориальной администрацией, представителями бизнес-сообщества и некоммерческими организациями заключается соглашение о сотрудничестве на взаимовыгодных условиях. Их взаимоотношения можно описать следующим образом:

1. Поддержка бизнес-сообщества со стороны государства:

- административное и информационное обеспечение PR-кампаний для организаций, осуществляющих благотворительную деятельность;
- налоговые льготы для организаций, осуществляющих благотворительную деятельность;

2. Финансирование бизнес-структурами программ, осуществляемых некоммерческими организациями в рамках профилактики наркомании на условиях контроля целевого использования средств, который включает в себя:

- обоснование актуальности программ и необходимости их финансирования;
- систему учета расходования финансовых средств;
- критерии оценки эффективности программы;

3. Выполнение некоммерческими организациями работ по профилактике наркомании, не предусмотренных существующими нормативными документами, в рамках которых функционируют государственные организации.

Возможность финансирования деятельности некоммерческих организаций в сфере общественного здоровья со стороны бизнес-сообщества позволила бы распределить ответственность за здоровье общества между различными его институтами. Это, в свою очередь, позволило бы преодолеть распространенный миф о "непатриотичности" некоммерческих организаций, которые в существующих условиях зачастую имеют возможность получать адекватное финансирование только из зарубежных благотворительных фондов. Вместе с тем, сегодня Россия имеет одно из самых низких в мире значений индекса экономической свободы, что свидетельствует о значительном давлении государства на бизнес, коррупции, незащищен-

ности собственности, жесткой налоговой политике и других обстоятельствах, которые не способствуют установлению партнерских отношений между государством и бизнес-сообществом.

Нормативно-правовое регулирование профилактики наркомании

Организация системы профилактики наркомании предполагает разработку, совершенствование и приведение в соответствие один с другим ряда нормативно-правовых актов. Приведенный ниже их перечень описывает уровни управления системой профилактики наркомании и построен таким образом, что каждый из них определяет содержание нижних уровней и обеспечивает выполнение верхних.

Концепция: целостная система понятий, отражающая содержание профилактики наркомании.

Законы: закрепление правового статуса понятий, определяемых концепцией.

Методические рекомендации: описание деятельности субъектов профилактики наркомании и системы взаимодействия между ними с целью реализации концепции в рамках действующего законодательства.

Целевые антинаркотические программы: целевое распределение финансирования и координация деятельности субъектов профилактики наркомании на определенной территории (в муниципальном образовании, регионе или стране) в определенный период.

Решения государственного антинаркотического комитета и территориальных межведомственных комиссий: текущее обеспечение реализации целевых антинаркотических программ.

Нормативно-правовая база предназначена для осуществления управления системой профилактики наркомании:

- планирования профилактической деятельности — постановки целей и задач профилактики наркомании, а также программы действий по их достижению, исходя из теоретической базы и актуальной наркоситуации;

- описания ее организационно-функциональной структуры — субъектов профилактики наркомании, распределения задач и функций между ними;

- контроля отклонений фактических показателей деятельности субъектов профилактики наркомании от плановых — анализа причин указанных отклонений и их преодоления.

В конечном счете, управление системой профилактики наркомании направлено на оптимальное распределение ресурсов между всеми ее субъектами для достижения поставленных целей.

Основным документом, позволяющим управлять системой профилактики наркомании, является целевая антинаркотическая программа. Процесс управления профилактической деятельностью на территории осуществляется путем контроля соответствия содер-

жания целевой антинаркотической программы определенным методическим требованиям [6]. Наличие соответствия свидетельствует о высоком качестве подготовки целевой программы, обоснованности лежащих в ее основании управленческих решений и оптимальности финансируемых ею мероприятий. Отклонения содержания программы от методических требований указывают на недостатки деятельности органов исполнительной власти, ответственных за реализацию профилактики наркомании.

Об актуальном состоянии нормативно-правовой базы профилактики наркомании можно судить по некоторым итогам государственной антинаркотической политики.

1. Несмотря на выраженный интерес к проблеме здоровья подрастающих поколений первых лиц государства, политиков и чиновников различного уровня, до сих пор не существует утвержденной концепции профилактики наркомании. Понятие *профилактика наркомании* (в современном понимании) не содержится ни в каких нормативных документах. Таким образом, профилактическая деятельность в России до сих пор не имеет надежного правового статуса.

2. Ни одна из государственных структур, связанных с планированием и реализацией профилактики наркомании, не имеет обоснованных методических рекомендаций, регулирующих деятельность и межведомственное взаимодействие в этой сфере.

3. Региональные целевые антинаркотические программы практически утратили свое предназначение (состоящее в целевом надведомственном планировании) и на сегодняшний день ориентированы исключительно на обоснование финансовых затрат, а не целей профилактической работы, на достижение которых эти затраты должны быть направлены.

4. Наиболее явно проблемы в организации системы профилактики наркомании выражаются в изолированности ее исполнительского уровня от управленческого. Специалисты, на которых возложена ответственность за непосредственное взаимодействие с целевыми группами профилактики (врачи, учителя, психологи, воспитатели, служащие администраций муниципальных образований и т.д.), вынуждены действовать без соответствующего методического и административного обеспечения, что приводит к резкому снижению эффективности их деятельности и росту нецелевых расходов в этой и без того слабо финансируемой сфере.

Заключение

Профилактика наркомании является, пожалуй, самой мифологизированной сферой государственной социальной политики. Причем иррациональность суждений здесь в равной степени характерна как для обывательского, так и для профессионального сознания, что выражается в поиске и пристрастном отстаивании "простых решений", зачастую противоречащих не только имеющимся научным знаниям, но и здравому смыслу. Подмена реальной профилактической работы псевдодеятельностью политиков и неспециализированных государственных структур в очередной раз привела страну к необходимости реформирования системы профилактики наркомании.

Результативная антинаркотическая государственная политика может быть основана только на приоритете принципов управления над идеологией, использовании актуальных научных знаний, а не мифов, а также мерах по обеспечению эффективной деятельности государственных институтов и организаций, участвующих в планировании и реализации профилактики наркомании в стране.

Список литературы

1. Гишинский Я., Гурвич И., Русакова М., Симпура Ю., Хлопушин Р. Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность. — СПб., 2001 — 200 с.
2. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. — СПб.: СПбГУ, 1999. — 1023 с.
3. Гурвич И.Н. Употребление психоактивных веществ в России: методические и организационные проблемы установления уровня и оценки динамики // Петербургская социология сегодня. Сборник научных трудов Социологического института РАН. — СПб.: Нестор-История, 2009. — С. 360—373.
4. Дубровский Р.Г., Теплицкий В.Г. Проект концепции координации системы профилактики наркомании в Российской Федерации // Наркология. — 2009. — №12. — С. 26—37.
5. Дубровский Р.Г., Теплицкий В.Г. Организация мониторинга наркоситуации // Наркология. — 2009. — №10. — С. 43—49.
6. Дубровский Р.Г., Теплицкий В.Г. Разработка и оценка эффективности целевых антинаркотических программ. Методическое пособие // Наркология. — 2010. — №1. — С. 18—25.
7. Gordon R. An operational classification of disease prevention // Preventing mental disorders: A research perspective / J.A.Steinberg, M.M.Silverman (Eds.) / — Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 1987. — P. 20—26.

REFORMING OF THE STATE SYSTEM OF DRUG ABUSE PREVENTION IN RUSSIA

DUBROVSKIY R.G.

PhD. in sociology, consultant of the anti-drug commission of Leningrad region Administration, St.Petersburg;
e-mail: rg_dubrovskij@lenreg.ru

The state system of drug abuse prevention in Russia is currently experiencing yet another attempt to reform, which largely is a consequence of equitable criticism both at the official level and by the ordinary specialists. Discussions on problems of improving the system of drug prevention are focused primarily on medical, legal, educational, psychological and other functional aspects thereof. At the same time, no adequate attention was paid to the issues of management, without which the successful operating of such a complex social project as drug prevention is hardly possible.

Key words: managing, prophylaxis