

*Наркополитика,
ВИЧ/СПИД и
права человека*

*Наркополитика,
ВИЧ/СПИД и
права человека*

Кася Малиновска-Семпрух, Сара Галлахер,
Вигалий Джума

Международная Ассоциация Обучающих Дебатов
(International Debate Education Association)
Нью-Йорк · Амстердам · Брюссель

ББК67
Н29

Оригинал издания на английском языке опубликован в 2004 г.
Международной дебатной образовательной ассоциацией

Русское издание опубликовано в 2006 г.
Фондом Сорос - Казахстан
Республика Казахстан, г. Алматы
ул. Фурманова, 117-20

© Copyright 2004 International Debate Education Association

Авторское право на публикацию русскоязычного издания, включая все и любые новые материалы, принадлежит Фонду Сорос – Казахстан, 2006 г.

Все права защищены. Данная публикация не может быть воспроизведена, скопирована в базу данных, или передана полностью или частично любым способом и в любом формате без согласия издателя.

ISBN 9965-25-839-2

место для логотипа Фонд Сорос Казахстан

Отпечатано в Республике Казахстан

Сборники материалов Международной дебатной образовательной ассоциации (IDEA) по полемическим вопросам современности

Международная дебатная образовательная ассоциация (IDEA) посвящает свою деятельность созданию открытого демократического общества через обучение учащихся и студентов искусству ведения дебатов. Серия сборников материалов Международной дебатной образовательной ассоциации (IDEA) по полемическим вопросам современности явилась естественным продолжением миссии ассоциации.

Сборники материалов Международной дебатной образовательной ассоциации по полемическим вопросам современности предоставляют учащимся и студентам материалы, которые освещают с противоположных сторон острые и болевые вопросы современного мира, а также включают подробную информацию и первоисточники, что даёт учащимся и студентам возможность рассматривать волнующие наше общество проблемы и поощряет к организации и ведению дебатов.

IDEA – независимая членская организация, в которую входят национальные дебатные программы и ассоциации, а также другие организации и индивидуальные лица, поддерживающие дебаты. IDEA оказывает содействие национальным дебатным ассоциациям и проводит для них международный летний лагерь.

Содержание

❖ Введение	9
❖ Часть 1. Война с наркотиками и распространение ВИЧ	15
1. Здравая наркополитика, <i>Итан А. Надельманн</i>	18
2. Реформа наркополитики в России: поворот вспять? <i>Лев Левинсон</i>	31
3. Законодательство в отношении наркотиков и наркомании, <i>Кишиитоф Краевский</i>	40
4. Роль и влияние закона и правоприменения в снижении вреда и эпидемии ВИЧ/СПИДа, <i>Ханс-Йорг Альбрехт</i>	66
5. Права наркопотребителей и наркозависимых лиц, <i>Виктор Осятыньский</i>	80
6. Снижение вреда и права человека, <i>Роберт Ньюман*</i>	91
❖ Часть 2. Подходы к здравоохранению и правам человека	99
7. Разработка анализа воздействия политик на права человека: формирование и оценка политик здравоохранения, <i>Ларри Гостин и Джонатан Манн</i>	102
8. Понимание феномена употребления веществ среди молодежи и ответные меры: роль здравоохранения и правозащитной деятельности, <i>София Граскин, Карен Глафкер и Эллисон Смит-Эстелл</i>	122
9. Здоровье, ВИЧ-инфекция, права человека и употребление инъекционных наркотиков, <i>Алекс Водак</i>	144
10. Алхимия неравенства: Организация Объединенных Наций, политика в отношении нелегальных наркотиков и глобальная эпидемия ВИЧ, <i>Дэниел Волфе</i>	158
11. Права человека через призму зависимости от потребления наркотиков в Таджикистане, <i>Муртазокол Хидиров, Майя Ан</i>	184
❖ Часть 3. Права человека и ВИЧ в контексте	195
12. Непреднамеренные последствия: наркополитика способствует развитию эпидемии ВИЧ-инфекции в России и Украине <i>Кася Малиновская-Семпрук, Джефф Хувер и Анна Александровна</i>	198
13. Фатальные нарушения: посягательства на права потребителей наркотиков в эпоху ВИЧ/СПИДа, <i>Джоан Чете и Джонатан Коэн</i>	212
14. Информация от активных и бывших потребителей инъекционных наркотиков о поведении, связанном с риском ВИЧ, во время тюремного заключения, <i>Дженнифер Дж. Кларк, Майкл Д. Штайн, Люси Ханна, Минди Собота и Джосая Д. Рич</i>	224
15. Бирма и Комбоджа: права человека, социальная дезорганизация и распространение ВИЧ/СПИДа, <i>Крис Бейфер</i>	235
16. ВИЧ/СПИД и права человека в Казахстане, <i>Андрей Андреев</i>	247

❖ Часть 4. Разработка программ и политик в контексте прав человека	253
17. Размышления о Сонагачи: расширение возможностей как основа программы профилактики ВИЧ среди секс-работниц в Западной Бенгалии (Индия), <i>Питер А. Ньюман</i>	256
18. Иглы, шприцы и права человека, <i>Гжегож Водовский</i>	267
19. Зависимость и метадон: мнение одного американца, <i>Роберт Дж. Ньюман</i>	280
20. Организация сообщества потребителей наркотиков в контексте снижения вреда и войны с наркотиками, <i>Мэтью Кертис</i>	290
21. Роль правоохранительной деятельности в системе снижения вреда, <i>Джонатан П. Колкинс</i>	307
22. Политические основы программ снижения вреда в Кыргызской Республике, <i>Лариса Башмакова</i>	330

Введение

В течение 20 лет борьбы с эпидемией СПИДа во всем мире было зарегистрировано почти 60 миллионов случаев ВИЧ-инфекции. По оценочным данным, только в 2003 году имело место 5 миллионов случаев инфицирования.¹ По прогнозам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), до 2020 года в 45 странах, в наибольшей степени затронутых данной эпидемией, от СПИДа преждевременно умрет 68 миллионов людей.² С самого начала эпидемии ее последствия наиболее явно проявляются в среде тех, кто живет «на дне» общества, в том числе инъекционных потребителей наркотиков.³ Инъекционное потребление наркотиков является одним из основных путей передачи вируса ВИЧ: по данным ЮНЭЙДС, 10% всех новых случаев ВИЧ-инфекции следует отнести именно к нему. Данный процент возрастает до 30% если из общей картины исключить африканские государства. 114 стран сообщает о ВИЧ-инфекции в среде потребителей инъекционных наркотиков, количество которых удвоилось с 1992 года. По крайней мере, в 41 стране частота случаев инфицирования в среде инъекционных потребителей наркотиков превышает 5%. В Канаде и США около 25% новых случаев ВИЧ-инфекции следует отнести именно к данному способу потребления наркотиков. Предполагается, что в России живет один миллион ВИЧ-инфицированных, 75% из которых — потребители инъекционных наркотиков. Аналогичная драматическая ситуация сложилась на Украине, где вирусом ВИЧ заражен 1% населения, причем большинство — это также инъекционные потребители наркотиков. В Польше 56% всех случаев ВИЧ-инфицирования имело место в результате потребления наркотиков этим способом.⁴

Лавинообразное распространение вируса ВИЧ среди потребителей наркотиков является прямым последствием международной политики по контролю над наркотиками. Как пишет польский ученый Кшиштоф Краевский, «распространённое в настоящее время отношение к наркотическим средствам и психотропным веществам, обычно именуемым наркотиками, называется запретительным подходом. Это означает, что наркотики являются нелегальным веществом: оборот ими и их употребление запрещены законом, а на страже соблюдения этого запрета стоят очень строгие уголовные санкции».⁵ Эффективность такой политики в последнее время все более подвергается сомнению: она не только не приводит к планировавшемуся ограничению торговли и потребления наркотиков, не только сформировалась и реализуется в отрыве от теории и практики общественного здоровья, приводит к неисчислимым нарушениям прав человека, но и — все в большей и большей степени — становится причиной распространения ВИЧ/СПИДа во всем мире.

Данный сборник статей посвящен теме непосредственной взаимосвязи между резким увеличением случаев ВИЧ-инфекции, инъекционным потреблением наркотиков и политикой их криминализации (которая в США также называется политикой «нулевой терпимости»). Эти статьи демонстрируют, что данная политика способствует распространению ВИЧ, убедительно доказывая, что — как это не парадоксально — подход, основанный на философии «нулевой терпимости», подвергает угрозе общественное здоровье, которое он, по замыслу ее создателей, должен был защитить в первую очередь. Знакомство с этими статьями убеждает, что прогрессивная, уважающая права человека

наркополитика, основанная на снижении вреда, защищает безопасность и здоровье общества в целом, а не только те социальные группы, ситуация которых в области здоровья наиболее подвержена риску.

Современные правительственные подходы

В основании господствующего в мире подхода к наркотикам лежат три конвенции ООН: Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года, Конвенция 1971 года о психотропных веществах и Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. Две первые конвенции возникли еще перед началом мировой эпидемии СПИДа, и поэтому они ни в коей мере не могут справиться со сложной современной ситуацией. Несмотря на это, данные конвенции накладывают на государства — участники ООН обязательства предпринимать все возможные усилия с целью полного искоренения потребления и торговли наркотиками. Хотя конвенции не определяют, каким именно путем данная цель может быть достигнута, боязнь перед нарушением их постановлений, международное давление и отсутствие знаний о существовании гуманных и эффективных способов решения проблемы подталкивают правительства большинства стран к криминализации хранения наркотиков, инвентария, при помощи которого они применяются и всяческих действий, связанных с этими веществами. Распространено также убеждение, что менее репрессивная политика могла бы привести к резкому приросту потребления нелегальных наркотических веществ.

В течении десятилетий функционирования запретительного похода не удалось прекратить наркооборот, как и в случае аналогичного эксперимента начала двадцатого века, когда полный запрет оборота и потребления алкоголя не оказал значительного влияния на трезвый образ жизни американцев. Как это ни парадоксально, единственными ощутимыми результатами политики нулевой терпимости являются: нарушение прав человека и распространение вируса ВИЧ, а также причинение иного вреда людям наркопотребителям всего мира. Именно поэтому противники запретительного похода считают войну с наркотиками абсолютной неудачей, убеждая, что окончательной целью наркополитики не может являться искоренение в обществе психоактивных веществ (что просто-напросто недостижимо), но она должна стремиться к ограничению индивидуального и общественного вреда, вызываемого их потреблением. Как пишет Итан Эдельман в статье «Здравая наркополитика», успех политики должен измеряться не только снижением уровня потребления наркотиков, но и влиянием, какое она оказывает на права человека, уровень смертности, заболеваемости, преступности и страданий, связанных с потреблением нелегальных веществ.⁶ Рассмотрим в качестве примера США, самого большого поборника беспощадной войны с наркотиками. Хотя потребление наркотиков в этой стране в период с 1979 по 1992 год сократилось почти в два раза (до уровня 12 миллионов), в течение следующего десятилетия, однако, число граждан, потребляющих эти вещества, возросло до 16 миллионов.⁷ Данный пример явно показывает, что строгое соблюдение уголовного законодательства никоим образом не способствует полному триумфу в войне с наркотиками. А при этом беспощадный крестовый поход, на который ежегодно расходуются миллиарды долларов, приносит все более и более жертв. Так происходит потому, что криминализация наркотиков способствует распространению вируса ВИЧ. Во-первых, уголовное законодательство прежде всего ударяет по лицам, потребляющим запрещенные вещества. Во-вторых, как продемонстрировал Ханс-Йорг Альбрехт в статье «Роль и влияние за-

кона и правоприменения в снижении вреда и эпидемии ВИЧ/СПИДа», подход, основанный на соблюдении законодательства, препятствует, а зачастую и делает невозможной реализацию программ снижения вреда и профилактических программ, которые являются необходимыми для ограничения передачи вируса ВИЧ.⁸ Криминализация потребления одурманивающих или психотропных веществ приводит к значительным ограничениям в области применения проверенных методов, таких, например, как метадоновая терапия, помещения для безопасного приема наркотиков или образование ассоциаций лиц, потребляющих данные вещества. Третий способ, каким законодательство по наркотикам приводит к увеличению показателей, связанных с ВИЧ, — это помещение лиц, употребляющих наркотики, в тюрьмы. По мнению Дженнифер Кларк и соавторов статьи «Рискованное поведение в тюрьмах глазами лиц, принимающих наркотики в настоящем и в прошлом», «с 1990 года число приговоренных к лишению свободы выросло до 72%, при этом около 23% взрослых заключенных находится в тюрьмах за наркопреступления».⁹ Проведенные авторами исследования показали, что большая часть лиц, потребляющих наркотики инъекционным путем, в какой-либо момент своей жизни попадает в тюрьму, причем многие из них продолжают принимать одурманивающие вещества и там. 31% инъекционных потребителей наркотиков, уже отсидевших в прошлом, сообщает о том, что во время своего пребывания в тюрьме, потребляли нелегальные вещества.¹⁰ Тюремное заключение не является препятствием при потреблении наркотиков. Наоборот, оно приводит к тому, что наркотики начинают приниматься менее безопасным способом. Хотя вне всяких сомнений использование общего инструментария при уколах в тюрьмах распространено гораздо более широко, чем за их стенами, осознает это только незначительный процент сотрудников тюремных служб. Профилактические услуги и программы снижения вреда на территории тюремных учреждений являются редкостью. В-четвертых, наконец, потребители наркотиков клеймятся государственными органами, органами по социальной помощи и населением в целом. Им часто отказывают в предоставлении основополагающих услуг, полагающихся каждому гражданину. Отчуждение, которое, как правило, выпадает на долю данной социальной группы, не мотивирует ее представителей к пользованию какими-либо институционализированными формами помощи, в результате чего они не проходят медицинское тестирование.

Во многих странах, в том числе в США, на Украине, а также в России (несмотря на недавние изменения в законодательстве) жесткие конвенции ООН по контролю над наркотиками не позволяют осуществлять комплексные профилактические мероприятия и не мотивируют власти к тому, чтобы внедрять эффективные, прагматические и, прежде всего, гуманные постановления, основанные на лучших примерах из области общественного здоровья.¹¹ Игнорирование последствий, оказываемых на здоровье так повсеместным распространением наркотиков, привело к тому, что в этих странах число случаев ВИЧ-инфекции достигло небывалого размера. ЮНЭЙДС уже в течение нескольких лет сообщает о том, что в Восточной Европе и странах бывшего Советского Союза ВИЧ распространяется быстрее, чем где-либо в мире. В России в данный момент официально зарегистрировано более 300 000 случаев ВИЧ-инфекции, из которых 75% — это лица, потребляющие наркотики инъекционным путем. Данный способ потребления наркотиков в странах Восточной Европы и Центральной Азии достигает катастрофических размеров в результате драматической экономической ситуации, возрастающего расслаивания общества и легкого доступа к героину и другим опиатам. Отторгнутые от общества, потребители инъекционных наркотиков редко встречают сочувствие со стороны широкого населения. До сих пор господствует

мнение, что они представляют собой отдельную, изолированную социальную группу, а болезни и смерть, собирающие жнива в их среде, не оказывают никакого влияния на «здоровое» общество.¹² При этом поступают тревожные сообщения о родителях детей из Центральной Азии, которые вынуждены наблюдать, как их дети умирают от передозировки, поскольку страх перед полицией и преследованиями всей семьи не позволил им отвести их в больницу. Подобные опасения и вызываемое ими молчание ускоряют распространения вируса ВИЧ и являются доказательством того, насколько близко наркополитика связана с политикой в области СПИДа.¹³

Права человека и ВИЧ

Опыт последних двадцати лет показал нам, что связь между соблюдением прав человека и распространением вируса ВИЧ является прямо пропорциональной: при повышении уровня дискриминации возрастает риск заражения этим смертельным заболеванием. В высоко индустриализированных странах возникают целые «гетто» крайне уязвимых по отношению к ВИЧ-инфекции маргинализированных социальных групп. Резкое увеличение случаев ВИЧ-инфекции, непропорциональное в соотношении с другими частями мира, затрагивает все в большей степени развивающиеся страны. В последние годы этой взаимосвязи начинает посвящаться все больше внимания: возникло уже несколько международных документов, занимающихся непосредственно правами человека в контексте ВИЧ и СПИДа. На специальном заседании Генеральной Ассамблеи ООН, посвященной ВИЧ и СПИДу (UNGASS) в 2001 году было признано, что основным фактором, приводящим к распространению вируса, являются нарушения прав человека. Эффективность программ снижения вреда по контролю за эпидемией подтверждается в Декларации Обязательств, которая призывает также к введению как можно более широкой гаммы профилактических программ. Статьи, посвященные заболеваниям и правам человека можно также найти во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте о гражданских и политических правах, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах и в Международных руководящих принципах по ВИЧ и СПИДу. До сих пор, однако, незначительное внимание уделяется правам человека в отношении наркопотребителей и влиянию наркополитики на увеличение случаев ВИЧ-инфекции. Явное отсутствие последовательности и внутренняя противоречивость действующей в настоящий момент политики по контролю над наркотиками, определяемой документами ООН (с одной стороны — конвенции по наркотикам, с другой — декларации о правах человека), привели к нарушению прав личности и создали сложности при реализации профилактических мероприятий в различных частях мира. Нельзя избежать злоупотребления властью со стороны полиции в отношении наркопотребителей и прочих уязвимых социальных групп — например, молодежи, лиц, предоставляющие сексуальные услуги, цыган, — если господствует силовой подход к решению проблемы. По мнению Арье Найер, президента Института «Открытого общества»,

«горький опыт всех частей мира научил нас, что соблюдение уголовного законодательства по отношению к наркотикам без выходящей за всяческие границы коррумпции и нарушений прав человека является крайне трудным — если не невозможным... Принимая во внимание условный характер торговли наркотиками и легкость, с какой их можно производить, трудно представить себе эффективные способы соблюдения уголовного законодательства, не пользующиеся такими мето-

дами, как произвольные допросы, заключение, формирование мнения о подозреваемых в осуществлении нелегальных действий на основании их принадлежности к определенной этнической группе, нарушения физической неприкосновенности и иные формы вторжения в личную жизнь... В эпоху ВИЧ и СПИДа в значительной степени возросло значение проблематики прав человека в контексте потребления наркотиков. Ограничение реализации программ снижения вреда, например, заместительной терапии или обмена игл и шприцев во имя соблюдения уголовного законодательства приводит к тому, что права человека становятся вопросом жизни и смерти не только для наркопотребителей, но также и для миллионов других людей, которые могут заразиться вирусом ВИЧ».

Однако права человека наркопотребителей нарушаются не только правоохранительными органами. По определению, на основании произвольно принятой нравственной перспективы, диктуемой международным правом в области наркотиков, ограничивается свобода лиц, принимающих психоактивные вещества, на право принятия решения о собственной жизни и судьбе. «Более точно, — пишет Виктор Осятынский — это было бы право принимать решения о собственном теле... Здесь мы имеем дело с конфликтом между свободой и патернализмом. Патерналистский подход позволяет ограничивать права в интересах одного человека, даже вопреки его воле... Как следует из самого названия, патерналистский подход лучше всего использовать в отношении детей и лиц, неспособных сознательно принимать решения о собственных действиях и их последствиях». Если мы хотим эффективно противодействовать распространению вируса ВИЧ в среде наркопотребителей, реализуемая наркополитика должна руководствоваться прагматизмом и эмпатией. Необходимо предоставить беспрепятственный доступ к лечению, программам снижения вреда и «дестигматизировать» потребителей наркотиков». ¹⁴ Виктор Осятынский обращает внимание на то, что при разработке политики в отношении наркотиков должны соблюдаться предусмотренные законом права наркозависимых, в том числе право на защиту здоровья, предусматривающее и лечение зависимостей.

* * *

Все тексты, собранные в данном сборнике, основываются на международном опыте, который убедительно показал, что в сравнении с тем, что было двадцать лет назад — **сегодня мы уже знаем, что делать, чтобы эффективно справиться с проблемой ВИЧ в мире**. Выбор текстов был продиктован стремлением предоставить читателю прагматические способы развития современной, уважающей права человека наркополитики и привести примеры, которые заслуживают того, чтобы им следовать. К ним относятся, например, «Размышления о Сонагахи — программе профилактики ВИЧ для женщин, предлагающих сексуальные услуги в Западном Бенгале» авторства Питера А. Ньюмана или «Краткая история организаций потребителей наркотиков» Мэтью Куртиса. Целью выбранной нами международной перспективы было продемонстрировать глобальное значение обсуждаемой проблемы.

Начинается третье десятилетие мировой эпидемии СПИДа, которая уже унесла больше человеческих жизней, чем любая другая эпидемия или любая война в истории человечества. Не похоже, чтобы этот кризис в области общественного здоровья был разрешен в ближайшем будущем. Повторят ли Китай, Россия и другие страны судьбу наиболее пострадавших от эпидемии африканских стран, где, при условии проведения рациональной политики, удалось бы спасти миллионы людей? Если международная и внутригосударственная политика и далее будут опираться только лишь на мораль

и утопию, а не на разумное вмешательство, в основании которого лежат общественное здоровье и права человека, то окажется, что два десятилетия траура и страданий, а также 60 миллионов случаев ВИЧ-инфекции ничему нас не научили.

*Кася Малиновска-Семпрук
Директор
Международная программа снижения вреда
Институт «Открытое общество»
Нью-Йорк, США*

*Сара Галлахер
Независимый консультант
США*

*Виталий Джума
Исполнительный директор
Всероссийская сеть снижения вреда
Москва, Россия
Директор*

ПРИМЕЧАНИЯ

^{1, 2, 3, 4, 5} Кшиштоф Краевский, «Закон в отношении наркотиков и наркомании»

^{6, 7, 8} Варшава, 12-13 ноября 2003 г.

^{9, 10, 11}: и далее

¹² Выступление на 14 мировой конференции по СПИДу, Барселона, 9 июля 2002 г.

^{13, 14} Выступление на 12-й конференции, посвященной ретровирусам и оппортунистическим инфекциям, Бостон, США, 22 февраля 2005 г.

Часть 1
**Наркополитика,
ВИЧ/СПИД и
права человека**

Вступление

В первой части данного сборника описываются различные подходы к наркополитике и анализируется их влияние на общественное здоровье; при этом особое внимание уделяется распространению ВИЧ. Наркополитика в ее традиционном понимании криминализирует наркотики и любое поведение, связанное с их потреблением, стремясь к полному искоренению психотропных веществ и последствий, к которым они приводят. Подобный подход, характеризуемый нулевой терпимостью, предполагает, что потребление наркотиков является одной из наиболее серьезных угроз общественному здоровью и безопасности. В борьбе с понимаемой таким образом угрозой используются ограничения и ужесточение правовых положений, которые часто нарушают права человека. Творцы политики нулевой терпимости не видят того, на что обращают внимание авторы некоторых статей, опубликованных в данном разделе: результатом нарушения прав человека является повышенная уязвимость к ВИЧ-инфекции и, следовательно, реализация такой политики представляет собой угрозу для общественного здоровья и безопасности.

Представленные в данной части сборника точки зрения позволяют увидеть взаимосвязь между наркополитикой, правами человека и распространением вируса ВИЧ/СПИДа. Стоит обратить внимание на категории, в рамках которых проводится анализ, поскольку они одновременно являются главными темами происходящих в данный момент дебатов о форме наркополитики. Одной из самых важных тем дискуссии является конфликт между правами личности и широко понимаемым общественным благом. Ключевой вопрос, который задается в первой части и присутствует в каждой из последующих частей данного сборника, следующий: действительно ли эти две равнозначные цели стоят в оппозиции по отношению друг другу и даже являются взаимоисключающими? Намерением авторов статей было привлечь внимание читателей к тому, каким образом ограничительные постановления по наркотикам нарушают права человека, а также заставить их задуматься над тем, в какой степени реализация такой политики сводится к выбору между тем, чьи права уважать, и тем, чьими правами пожертвовать во имя общественного блага.

Часть 1 открывается статьей Итана Надельманна «Здоровая наркополитика». Автор критически анализирует наркополитику США, сводящуюся прежде всего к соблюдению уголовного законодательства, и приходит к выводу о том, что по прошествии десятилетий «война с наркотиками» оказалась неэффективной, поскольку предпочитает риторику реализму, и морализм прагматизму. Проводимые в США кампании, вместо того чтобы способствовать повышению общественной безопасности и улучшению общественного здоровья, привели к противоположным результатам. Потребление крэка и связанное с потреблением других наркотиков распространение вируса ВИЧ приобрели размеры эпидемии. Надельман высказывается в пользу подхода, основывающегося на снижении вреда, который на первое место ставит, вместо опасений морального характера, общественное здоровье. По его убеждению, из числа инновационных программ снижения вреда наиболее важны с точки зрения предотвращения эпидемии ВИЧ предоставление стерильных шприцев, заместительная терапия, помещения для безопасного введения наркотиков, декриминализация хранения и розничной продажи марихуаны (также, в некоторых случаях, хранения небольшого количества «жестких» наркотиков) и включение принципов снижения вреда в локальную стратегию по общественному здоровью.

В следующей статье «Реформа наркополитики в России: поворот вспять?» Лев Левинсон рассказывает о перипетиях реформы наркополитики, проведенной в России

в 2004–2005 гг. Пересмотр норм о преступлениях, связанных с наркотиками, стал лучшим примером взаимодействия неправительственных организаций с властными структурами. Одним из главных результатов реформы стало то, что за 9 месяцев ее действия из тюрем вышли 30 тысяч потребителей наркотиков и еще столько же туда не попали. Однако против новых правовых реалий резко выступили правоохранительные органы, в результате чего реформа скорее всего будет упразднена.

Кшиштоф Краевский в статье «Законодательство в отношении наркотиков и наркомании» подвергает сомнению эффективность запретительной политики: она не только не приводит к планировавшемуся ограничению торговли и потребления наркотиков, не только сформировалась и реализуется в отрыве от теории и практики общественного здоровья, приводит к неисчислимым нарушениям прав человека, но и все в большей и большей степени становится причиной распространения ВИЧ/СПИДа во всем мире.

В статье «Роль и влияние закона и правоприменения в снижении вреда и эпидемии ВИЧ/СПИДа» Ханс-Йорг Альбрехт исследует связи между соблюдением законодательства и распространением вируса ВИЧ в некоторых странах. Рассуждения автора заканчиваются выводом о том, что репрессивной и ограничительной наркополитике, основанной исключительно на соблюдении уголовного законодательства, сопутствует более высокий процент случаев ВИЧ-инфекции, а также проявление ряда других проблем. Автор советует, чтобы отдельные страны таким образом привели в соответствие свое уголовное законодательство и практические способы его реализации, чтобы сделать возможным осуществление мероприятий по снижению вреда, эффективность которых в области сокращения проблем со здоровьем, вызываемых потреблением наркотиков, уже давно доказана.

В статье «Права наркопотребителей и наркозависимых лиц» известный польский правозащитник Виктор Осятынський раскрывает концепцию прав и обращает внимание на то, что при разработке политики в отношении наркотиков должны соблюдаться предусмотренные законом права наркозависимых, в том числе право на защиту здоровья, предусматривающее и лечение зависимостей.

Первая часть данного сборника заканчивается комментарием Роберта Ньюмана «Снижение вреда и права человека», который представляет собой отличный переход ко второй части книги, поскольку наглядно показывает взаимосвязь между правами человека и снижением вреда. Ньюман пользуется сравнением с железнодорожными путями: оба рельса служат осуществлению движения в одну сторону, однако ни один из них не достигнет пункта назначения в одиночку.

Здравая наркополитика

Итан А. Надельманн*

В первую очередь, снизить вред

В 1988 г. Конгресс выпустил резолюцию, в которой была провозглашена цель к 1995 г. сделать Америку страной, «свободной от наркотиков». Политика США в отношении наркотиков в течение многих десятилетий терпела неудачи, предпочитая подобные заявления реальности, а морализаторство прагматизму. Политики публично раскаиваются в своих ошибках молодости, а затем вновь призывают к ужесточению законов о наркотиках. Чиновники, отвечающие за контроль над наркотиками, выступают с заявлениями, не опирающимися на реальные факты или науку. Сегодня ответственными за наркополитику в стране становятся полицейские, военные, политики и блюстители общественной морали, но только не врачи или специалисты в области здравоохранения. Для оценки политики созываются независимые комиссии, а затем их рекомендации признаются рискованными с политической точки зрения и игнорируются. Разработка, осуществление и контроль наркополитики происходит без всякого участия миллионов американцев, интересы которых они затрагивают в наибольшей степени — потребителей наркотиков. Злоупотребление наркотиками — это серьезная проблема как для отдельных граждан, так и для общества в целом, однако «война с наркотиками» принесла больше вреда, чем пользы.

Приверженцы борьбы с наркотиками часто ссылаются на 1980-е годы, когда война с наркотиками приносила реальные плоды. Употребление запрещенных наркотиков среди подростков, достигшее к 1980 г. своего пика, снизилось в течение 12 лет более, чем на 50%. А в 1996 г. во время президентской предвыборной кампании кандидат от республиканцев Боб Доул (Bob Dole) особенно упирал на недавний, произошедший в начале 1990-х гг. рост употребления запрещенных наркотиков среди подростков — в противоположность его снижению в годы правления администраций Рейгана и Буша. Реакция президента Клинтона была весьма сдержанной, отчасти от того, что он разделял мнение, что употребление наркотиков среди подростков является основным критерием оценки успешности и провала наркополитики; он отметил лишь, что соответствующий показатель в настоящее время не достиг и половины уровня, зафиксированного в 1980-м г.

Однако в 1980 г. никто еще даже не слышал об употреблении дешевой формы курительного кокаина под названием крэк или об инфекции ВИЧ/СПИДа, ассоциированной с наркотиками. К 1990-м годам оба эти явления достигли эпидемических масштабов в американских городах, чему немало способствовали прогибиционистская экономика и мораль, безразличная к социальным последствиям войны с наркотиками. В 1980 г. для контроля за наркотиками из федерального бюджета было выделено около 1 миллиарда долларов, в то время как средства, выделенные из бюджетов штатов и местных бюджетов, вероятно, превосходили эту цифру в два-три раза. К 1997 г. объемы финансирования деятельности по контролю за наркотиками из федерального бюджета увеличились до 16 миллиардов, причем две трети выделяемых средств

предназначались для правоохранительных органов. По крайней мере столько же было предоставлено властями штатов и местными властями. В 1980 г. в любой взятый день около 50 000 человек содержались в тюрьмах за нарушение законов о наркотиках. К 1997 г. эта цифра увеличилась в восемь раз, достигнув приблизительно 400 000. Эта ситуация стала результатом наркополитики, излишне опирающейся на «решения», предлагаемые системой уголовного правосудия, которые идеологически неразрывно связаны с подходом, опирающимся на полное воздержание от наркотиков и не допускающим анализа экономической эффективности принимаемых мер.

Теперь попробуем представить себе политику, которая исходит из того, что наркотики никуда не исчезнут, и что нет другого выбора, кроме как научиться жить с ними таким образом, чтобы их употребление наносило как можно меньший вред. Представим политику, которая фокусируется не на снижении употребления запрещенных наркотиков как таковом, а на снижении преступности и страданий, вызванных как злоупотреблением наркотиками, так и прогибиционистскими политиками. И представим наркополитику, основанную не на страхе, предрассудках и невежестве, как та, на которую опирается современный американский подход, а на здравом смысле, науке, идее охраны общественного здоровья и правах человека. Такая политика в Соединенных Штатах возможна, особенно если американцы проявят желание учиться на опыте других стран, где действуют подобные политики.

Позиции других стран

Американцы не возражают против поисков решения национальной проблемы наркотиков за рубежом. К несчастью, они искали их не там, где следовало: в Азии и Латинской Америке, откуда происходит значительная часть мировых поставок героина и кокаина. В течение многих лет попытки США остановить заграничное производство и экспорт наркотиков на американские рынки терпели крах. Опиумный мак, из которого получается героин и морфин, и конопля, из которой изготавливают марихуану и гашиш, произрастают практически по всему миру; кока, из листьев которой производится кокаин, может культивироваться вдали от своей естественной среды произрастания — Андов. Программы по замене культур, цель которых состоит в том, чтобы убедить крестьян в странах Третьего Мира выращивать разрешенные культуры, не способны перебить выгоды, неизбежно вытекающие из запрета на наркотики. Кампании по ликвидации культур иногда приводят к снижению производства наркотиков в той или иной стране, однако в других местах тут же начинают появляться новые поставщики. Международные правоохранительные усилия могут пресечь деятельность организаций, занимающихся наркоторговлей, или перекрыть маршруты поставок наркотиков, однако им редко удается оказать большое влияние на ситуацию на наркорынках США.

Даже если бы заграничные поставки могли быть прекращены, ситуация со злоупотреблением наркотиками и другими веществами в Соединенных Штатах вряд ли разрешилась бы даже отчасти. Большая часть американских проблем с наркотиками и психотропными веществами связана с внутренним производством алкоголя и табака. Немалая, если не большая часть марихуаны, амфетаминов, галлюциногенов и фармацевтических препаратов, используемых не по назначению в стране, производится в США. То же самое относится к клею, бензину и другим растворам, употребляемым детьми, слишком маленькими или слишком бедными, чтобы позволить себе покупать другие психотропные вещества. Нет никаких сомнений, что все эти и новые наркотики быстро заменят импортный героин и кокаин, если их поток иссякнет.

Оказалось бесполезно искать решение проблемы наркотиков в снижении поставок из Латинской Америки и Азии, но в то же время весьма многообещающими кажется подход снижения вреда, распространившийся по всей Европе, Австралии и проникшие даже в некоторые уголки Северной Америки. Этот подход исходит из того, что инициативы по снижению поставок по существу своему ограничены, что деятельность органов уголовного правосудия может обходиться слишком дорого и даже приводить к обратным результатам, а одностороннее стремление создать «общество без наркотиков» является опасным дон-кихотством. Усилия по снижению спроса, направленные на предотвращение злоупотребления наркотиками среди детей и взрослых, несомненно, имеют большое значение, однако то же можно сказать и о снижении вреда, которое помогает смягчить ущерб, наносимый наркотиками людям, неспособным или не желающим прекратить принимать наркотики, и их близким.

Большинство сторонников снижения вреда не приветствуют легализацию наркотиков. Они осознают, что прогибиционизм не привел к снижению уровня злоупотребления наркотиками, что преступность, коррупция, высокие уровни заболеваемости и смертности от наркотиков, в большой степени связаны с политикой запрета, что цена, в которую она обходится людям, растет день ото дня. Однако легализация также рассматривается ими как неоправданный с политической точки зрения шаг, сопряженный с риском роста употребления наркотиков. Таким образом, главная задача состоит в том, чтобы повысить эффективность прогибиционизма, установив фокус на снижение негативных последствий как употребления наркотиков, так и самих политик запрета.

Страны, которые обратились к стратегиям снижения вреда в надежде смягчить связанные с наркотиками проблемы, не так уж сильно отличаются от США. Наркотики, преступность, расовые и другие социально-экономические проблемы неразрывно связаны между собой. Как и в Америке, органы уголовной юстиции продолжают преследовать и заключать в тюрьмы крупных наркоторговцев, а также мелких дилеров, представляющих опасность для общественного порядка. Политики по-прежнему упражняются в риторике войны с наркотиками. Однако, в отличие от наркополитики США, соображения охраны общественного здоровья в этих странах ставятся во главу угла, а органы здравоохранения имеют большое влияние. Врачи пользуются значительно большей свободой при лечении наркозависимости и других проблем, связанных с наркотиками. Полиция относится к продаже и употреблению запрещенных наркотиков примерно так же, как к проституции: ее нельзя искоренить, но можно эффективно регулировать. Моралисты делают упор не столько на порочность, заложенную в природе наркотиков, сколько на необходимость прагматичного и гуманного подхода к употреблению наркотиков и наркозависимости. И политики все чаще позволяют себе высказываться в защиту подходов, альтернативных карательным политикам прогибиционизма.

В число инновационных стратегий снижения вреда входят попытки стабилизировать распространение ВИЧ через обеспечение легкого доступа к стерильным шприцам и сбор использованных шприцев; разрешение врачам назначать метадон для орального употребления при лечении героиновой зависимости, предоставлять героин и другие наркотики наркозависимым, которые иначе будут приобретать их на черном рынке; организацию специальных «помещений для безопасных инъекций», чтобы наркозависимые не собирались в общественных местах или опасных «притонах»; формирование специальных групп для проверки качества и силы MDMA (также известной как «экстази»), и других наркотиков, которые покупают и принимают посетители крупных танцевальных вечеринок (рейвов); попытки добиться декриминали-

зации (но не легализации) хранения и розничной продажи конопли и, в некоторых случаях, хранения «тяжелых» наркотиков в малых количествах; и интеграцию политики и принципов снижения вреда в стратегии охраны общественного порядка. Отдельные регионы США уже начали применять некоторые из этих мер или, по крайней мере, рассматривают возможность их применения, однако они редко осуществляются в тех же масштабах, что в растущем числе зарубежных стран.

Остановить ВИЧ с помощью стерильных шприцев

Именно распространение вируса ВИЧ, вызывающего СПИД среди людей, употребляющих запрещенные инъекционные наркотики, вынудило правительства Европы и Австралии начать экспериментировать с политиками снижения вреда. В начале 1980-х гг. власти здравоохранения осознали, что инфицированные потребители распространяют ВИЧ через совместное использование игл. Голландцы, которые уже сталкивались с эпидемией гепатита, передающегося тем же путем, первыми начали рассказывать потребителям о риске, связанном с совместным использованием шприцев; они также обеспечили потребителям доступ к стерильным шприцам и начали собирать грязные иглы в аптеках, пунктах обмена игл, программах заместительной терапии и медицинских службах. Вскоре голландскому примеру последовали правительства других стран Европы и Австралии. Несколько стран, в которых шприцы продавались только по рецепту, эта практика была отменена. В Германии, Швейцарии и других европейских странах местные власти санкционировали использование специальных обменных аппаратов, чтобы обеспечить потребителям круглосуточный доступ к иглам. В некоторых городах Европы потребители могут обменивать использованные шприцы на чистые в местных полицейских участках, не опасаясь преследования или наказания. Те же самые политики вводятся в исправительных учреждениях, чтобы предотвратить распространение ВИЧ среди заключенных, исходя из того, что полностью искоренить инъекционное употребление наркотиков невозможно даже в тюремных стенах.

Внедрение этих программ не обошлось без противоречий. Консервативные политики утверждали, что программы обмена игл потворствуют противозаконному и аморальному поведению и что правительственная политика должна быть сосредоточена либо на наказании потребителей, либо на попытках принудить их бросить наркотики. Однако к концу 1980-х страны Западной Европы, Океании и Канада сошлись на том, что хотя злоупотребление наркотиками является серьезной проблемой, СПИД — еще страшнее. Замедлить распространение смертельного заболевания, лекарства от которого не существует — такова была первостепенная нравственная обязанность. Значение имели также и финансовые соображения. Программы обмена игл требуют мизерных расходов, по сравнению с затратами на лечение ВИЧ-инфицированных, заразившихся вследствие их отсутствия.

Лишь в Соединенных Штатах подобная логика не восторжествовала, несмотря на то, что на протяжении большей половины 1990-х годов СПИД был главной причиной смерти американцев в возрасте 25–44 лет, а в настоящее время стал второй по частоте причиной смерти в данной возрастной группе. По оценкам Центров контроля заболеваний (ЦКЗ), половина новых случаев ВИЧ в стране связана с употреблением запрещенных наркотиков. Несмотря на это, и Белый Дом, и Конгресс блокируют финансирование обмена игл из бюджета, выделенного для профилактики СПИДа и борьбы со злоупотреблением наркотиков; практически во всех штатах по-прежнему действуют законы, регламентирующие оборот наркотиков и смежные вопросы, ограничивающие прода-

жу инъекционного инструментария в аптеках, и другие акты, ограничивающие доступ к стерильным шприцам. В 1980-х гг. активисты движения против СПИДа, участвующие в акциях гражданского неповиновения, открыли больше программ обмена шприцев, чем правительства штатов и местные правительства. В настоящее время более 100 подобных программ действуют в 28 штатах, в Вашингтоне и в Пуэрто-Рико, однако их деятельность охватывает, по оценкам, лишь 10% потребителей инъекционных наркотиков.

В Соединенных Штатах правительства на всех уровнях отказываются финансировать обмен игл, исходя из политических соображений, несмотря даже на то, что десятки отечественных и зарубежных исследований показывают, что подобные и другие программы распространения игл ведут к снижению уровня совместного использования инъекционного оборудования, налаживанию контакта между труднодоступными потребителями наркотиков и системой общественного здравоохранения, повышают осведомленность потребителей о программах лечения, не повышая при этом уровень употребления запрещенных наркотиков. В 1991 г. Национальная комиссия по СПИДу (National AIDS Commission) назначенная президентом Бушем, охарактеризовала недостаток федеральной поддержки таких программ как «необъяснимое и трагическое» упущение. В 1993 г. ЦКЗ профинансировали проведение обзора исследований в области обмена игл, порекомендовав на основании полученных результатов обеспечить федеральное финансирование программ, однако руководящие чиновники из администрации Клинтона запретили давать позитивную оценку деятельности программ обмена в отчетах Министерства здравоохранения и социальных услуг. В июле 1996 г. Консультативный совет по ВИЧ/СПИДу президента Клинтона раскритиковал администрацию Буша, обвинив ее в неспособности принять во внимание рекомендацию Национальной академии наук санкционировать использование федеральных средств для поддержки программ обмена игл. В феврале 1997 г. к тем же выводам пришла независимая группа экспертов, созданная Национальным институтом здравоохранения. Прошлым летом Американская медицинская ассоциация, Американская ассоциация адвокатов и даже политизированная Конференция мэров городов США одобрили концепцию обмена игл. Осенью к ним присоединился и Всемирный банк.

На сегодняшний день неудачная политика Америки привела, по самым скромным оценкам, к заражению ВИЧ более 10 000 человек. Новые научные открытия и страшные реалии не ослабевающего кризиса СПИДа убедили если не политиков, то, по крайней мере общество, в том, что обмен игл спасает человеческие жизни. Общественные опросы последовательно демонстрируют, что обмен игл поддерживают большинство американцев, прежде всего те из них, кто лучше знаком с этой концепцией. Предрассудки и политическая трусость не являются достойным оправданием для того, чтобы безучастно смотреть, как новые граждане страдают и умирают от СПИДа, когда существуют дешевые, безопасные и легко осуществимые эффективные программы.

Метадон и другие альтернативы

В 1960-х — 1970-х гг. Соединенные Штаты Америки первыми начали применять синтетический опиат метадон для лечения героиновой зависимости, однако сегодня они существенно отстают от многих стран Европы и Австралии в своей деятельности по обеспечению доступности и эффективности метадоновых программ. Метадон является оптимальным из доступных средств снижения незаконного употребления героина и связанных с ним преступностью, заболеваемостью и смертностью. В начале 1990-х гг. Институт медицины (Institute of Medicine) при Национальной академии наук

(National Academy of Sciences) заявил, что из всех форм наркологической помощи «заместительная терапия метадонем была изучена наиболее полно, и ее положительное воздействие неоспоримо... В результате ее применения, употребление любых запрещенных наркотиков, в особенности героина, снижается. Сокращается преступность, число новых случаев ВИЧ и повышается индивидуальная способность функционировать в обществе». Институт даже пошел дальше, заявив: «Нынешняя политика... придаст слишком большое значение защите общества от метадона и уделяет недостаточное внимание защите общества от эпидемии наркозависимости, насилия и инфекционных заболеваний, снижению которых может способствовать метадон».

По сравнению с «уличным» героином метадон — то же самое, что никотиновый пластырь и содержащая никотин жевательная резинка по сравнению с сигаретами — плюс то преимущество, что в отличие от героина, метадон является разрешенным препаратом. При пероральном употреблении метадон оказывает на настроение или способность восприятия воздействие, напоминающее эффект незначительной дозы героина. Его можно принимать в течение нескольких десятилетий с незначительными, или вообще без каких-либо последствий для здоровья, а его чистота и концентрация, в отличие от уличного героина, гарантирована. Как и другие опиаты, при регулярном употреблении метадон может вызывать физическую зависимость, однако она имеет больше общего с «зависимостью» диабетиков от инсулина, чем с зависимостью потребителей героина от вещества, приобретаемого на улице. Пациенты, принимающие метадон, способны управлять машиной, занимать престижные должности, ухаживать за детьми, и успешно делают все это. Если дозы выверены правильно, таких пациентов невозможно отличить от людей, никогда в жизни не пробовавших ни героин, ни метадон.

Так или иначе, общие заблуждения и предрассудки практически полностью воспрепятствовали широкому распространению метадоновой терапии в Соединенных Штатах. Сто пятнадцать тысяч американцев, которые сегодня получают метадон, это ненамного больше, чем двадцать лет назад. На десять героинозависимых приходится всего одно-два места в клиниках лечения метадонем. Метадон подвергается наиболее жесткому контролю в фармакопее, его использование ограничено специальными постановлениями на уровне федерального правительства и штатов. Врачи не имеют права назначать метадон для лечения наркозависимости за рамками специальных программ. Ограничения предусматривают не только меры безопасности, ведение специфической документации и кадровые требования, но также максимальные дозы, критерии приема в программе, продолжительность программ и множество других деталей, однако ни слова не говорится о качестве лечения. Более того, эти ограничения не препятствуют низкокачественному лечению; во многих клиниках пациентам прописываются недостаточные дозы препарата, им проводят предварительную детоксикацию, пациентов исключают из программ за агрессивное поведение — многие практики, принятые в клиниках лечения метадонем, были бы сочтены неэтичными, если бы применялись в любой другой области медицины. Попытки открыть новые клиники в большинстве случаев наталкиваются на противодействие местных жителей, не желающих, чтобы потребители наркотиков собирались в их районе.

Во многих странах Европы и в Австралии лечение метадонем поначалу вызвало даже более активную критику, чем в Соединенных Штатах; некоторые страны, включая Германию, Францию и Грецию, запрещали метадоновую терапию вплоть до 1980-х — 1990-х гг. Однако в странах, начавших применять метадон, врачи пользуются большой свободой и самостоятельностью в решении вопросов о том, как и когда назначать его пациентам, чтобы обеспечить максимальную эффективность терапии. Существу-

ют программы терапии метадонотерапией для наркозависимых, рассчитывающих на полную реабилитацию, и программы для пациентов, желающих снизить уровень употребления героина. Врачи общей практики имеют право назначать препарат, а пациенты могут получить его по специальному рецепту в обычных местных аптеках. Тысячи терапевтов, работающих в разных странах Европы, Австралии, Новой Зеландии и Канаде (прежде всего в Онтарио и Британской Колумбии) в настоящее время применяют заместительную терапию метадонотерапией. В Бельгии, Германии и Австралии метадон распространяется главным образом через аптеки. Интеграция терапии метадонотерапией в основное направление медицины повышает доступность и качество лечения и способствует более эффективному предоставлению сопутствующих услуг. Кроме того, она помогает бороться со стигмой, с которой часто сталкиваются программы терапии метадонотерапией, и общественным неприятием таких программ.

Американские врачи воздерживаются от экспериментов с более гибкими программами лечения, используемыми их европейскими соседями, в связи с целым рядом факторов. По заявлению Управления по борьбе с наркотиками, менее жесткие правила применения метадона будут способствовать развитию незаконных рынков, где метадон продается для немедицинского употребления. Однако, черный рынок, где практически все покупатели — это героиновые зависимые, которые не могут или не желают принять участие в метадонотерапии, является прежде всего продуктом недоступности законного препарата. Некоторые из учреждений, традиционно осуществляющих терапию метадонотерапией, не хотят терять свою монополию на лечение метадонотерапией и неохотно принимают в программы наркозависимых, не способных или не желающих связывать себя обязательством окончательно отказаться от героина. И любые попытки обеспечить большую доступность метадона в США идут вразрез с убеждениями многих американцев, которые отвергают его использование считая это обыкновенной заменой одного наркотика, вызывающего зависимость, на другой, и с подозрением относятся к любым формам лечения, не ставящим своей целью полное воздержание пациента от наркотиков.

Метадон, принимаемый перорально, является наиболее эффективным средством для лечения сотен тысяч героиновых зависимых, однако некоторым больше подходят другие заместители опиатов. В Англии врачи назначают инъекционный метадон почти 10% своих пациентов, для которых важно умеренное ощущение «экстаза» при инъекции или сам ритуал укола. Врачи в Австрии, Швейцарии и Австралии проводят эксперименты с применением орального морфина, пытаясь выяснить, не является ли он более эффективным средством для лечения некоторых потребителей, чем оральный метадон. Некоторые программы лечения в Нидерландах испытывают пероральное применение морфина и паллиума. В Германии, где с самого начала с большой осторожностью относятся к лечению метадонотерапией, тысячи наркозависимых проходят поддерживающую терапию кодаином, которому до сих пор отдают предпочтение многие врачи и пациенты. То же самое относится к бупренорфину во Франции.

В Англии врачи имеют право по своему усмотрению прописывать наркозависимым любые препараты, которые могут помочь им упорядочить свою жизнь и позволяют им воздержаться от контакта с запрещенными наркотиками и наркоторговцами. Уже в 1920-х гг. английские врачи на законных основаниях назначали наркозависимым героин, морфин, амфетамин, кокаин и другие фармацевтические наркотики. Эта практика широко применялась вплоть до 1960-х гг., а затем вновь возродилась в контексте борьбы со СПИДом, и — к растущему разочарованию приверженцев движения за американизацию британских практик назначения медицинских препаратов — активно использовалась на протяжении 1970-х — 1980-х гг., когда незаконное употребление героина в Британии

выросло почти в десять раз. В других европейских странах и в Австралии врачи также пробуют прописывать пациентам героин.

В 1994 г. швейцарское правительство начало общенациональное исследование с целью установить, снижает ли медицинское использование героина, морфина или инъекционного метадона уровни преступности, заболеваемости и распространенности других проблем, связанных с наркотиками. Около 1000 добровольцев из числа потребителей героина, не менее двух раз пробовавших лечиться с помощью метадона или традиционных методов лечения, приняли участие в эксперименте. Вскоре исследование показало, что практически все участники отдавали предпочтение героину, вследствие чего врачи начали прописывать его своим пациентам. В июле прошлого года правительство сообщило о результатах, полученных на тот момент: число уголовных преступлений и число преступников упало на 60%, доходы от противозаконной или незаконной деятельности снизились с 69 до 10%, незаконное употребление героина и кокаина существенно сократилось (хотя употребление алкоголя, конопли и транквилизаторов, например валиум, фактически осталось на прежнем уровне), стабильная занятость повысилась с 14 до 32% процентов, физическое здоровье значительно улучшилось, а большинству участников удалось существенно сократить свои контакты с незаконным рынком сбыта наркотиков. Не было зафиксировано случаев смертельных передозировок наркотиками, а наркотики, предназначенные для медицинского использования, не поступали на черный рынок. Более половины потребителей, выбывших из исследования, обратились к другим методикам лечения наркозависимости, в том числе 83 человека, принявшие участие в терапии, ориентированной на воздержание. Анализ экономической эффективности программы показал, что чистая выгода подобных проектов составляет 30 долларов США на одного пациента в день, главным образом, за счет снижения затрат в секторе криминального правосудия и здравоохранения.

Швейцарское исследование подорвало доверие к некоторым мифам, окружающим героин и потребителей, испытывающих зависимость от этого наркотика. Результаты, полученные на сегодняшний день, свидетельствуют о том, что в условиях относительно неограниченной доступности наркотика, потребители героина готовы добровольно стабилизировать или снизить свой уровень его употребления, а некоторые вообще предпочитают воздержание. Потребители, испытывающие зависимость в течение долгого времени, могут начать вести относительно нормальный, стабильный образ жизни, получив законный доступ к наркотику, которому они отдают предпочтение. Обычные граждане также готовы поддержать подобные инициативы. В ходе референдумов, недавно проведенных в Цюрихе, Базеле и Цуге, значительное большинство проголосовало за продолжение финансирования местных органов, ответственных за эксперимент. А в сентябре прошлого года швейцарские избиратели большинством в 71% голосов отвергли предложение о прекращении правительственных программ по заместительной поддержке героином и другим мерам снижения вреда; во всех 26 кантонах страны против этого выступило большинство избирателей.

Нидерланды готовятся провести собственное исследование в области медицинского использования героина в 1998 г., в Европе, включая Люксембург и Испанию, и в Канаде также рассматривается возможность проведения подобных проектов. В Германии федеральное правительство выступило против испытаний по назначению героина наркозависимым и другим инновационным мерам снижения вреда, однако Лига городов подала прошение о разрешении на их проведение. Как показало исследование, проведенное в начале прошлого года, руководители полиции в 10 из 12 крупнейших городов страны одобрили решение, позволяющее государственным департаментам осуществлять про-

граммы контролируемого распространения героина. Большинство министров здравоохранения австралийских штатов прошлым летом высказались за проведение пробного проекта по медицинскому использованию героина, однако премьер-министр страны Джон Ховард (John Howard) наложил на него запрет. А в Дании опрос, проведенный в сентябре 1996 г., обнаружил, что 66% избирателей поддерживают эксперимент, в ходе которого зарегистрированным наркозависимым будет бесплатно предоставляться героин для употребления в центрах, специально учрежденных для этой цели.

Швейцария, в рамках деятельности по снижению уровней передозировок, опасных инъекционных практик и употребления инъекционных наркотиков в общественных местах, выступила инициатором в организации специальных «помещений для безопасных инъекций», где потребители могут принимать наркотики в безопасных санитарных условиях. В настоящее время в стране существует около десятка таких помещений, и, по первым оценкам, их введение положительно влияет на ситуацию. Во Франкфурте (Германия) открылись три «помещения для безопасных инъекций», в Гамбурге и Саарбрюккене также действуют официально разрешенные учреждения. Как ожидается, подобные помещения вскоре будут открыты и в других городах Европы и Австралии.

Здоровая политика в отношении конопли

По своей популярности в Соединенных Штатах конопля, в форме марихуаны и гашиша с большим отрывом опережает другие запрещенные наркотики. Больше четверти американцев признают, что пробовали ее. Популярность марихуаны достигла своего пика в 1980-е гг., стала стабильно снижаться в начале 1990-х гг., а в настоящее время снова находится на подъеме. Хотя конопля не является совершенно «безопасным» наркотиком, особенно в тех случаях, когда употребляется детьми, в больших количествах или во время вождения автомобиля, совершенно очевидно, что при употреблении в обычных условиях — это наименее опасный из психотропных наркотиков. В 1998 г., рассмотрев доступные факты, судья по административным нарушениям Фрэнсис Янг (Francis Young) пришел к выводу, что «марихуана в естественной форме является одним из наиболее безопасных терапевтически активных веществ, известных человеку».

Как и в случае с обменом игл и терапией метадонем, американские политики игнорируют или отвергают рекомендации правительственных комиссий и научных организаций, касающиеся политики в области марихуаны. В 1972 г. Национальная комиссия по злоупотреблению марихуаной и другими наркотиками под председательством бывшего губернатора от республиканцев Реймонда Шейфера (Raymond Shafer), учрежденная президентом Никсоном, порекомендовала декриминализовать хранение марихуаны в размере до одной унции (*28,35 грамм — примечание редактора*). Никсон не принял эту рекомендацию. В 1982 г. комиссия, назначенная Национальной академией наук, пришла к тем же выводам, что и Комиссия Шейфера.

В период с 1973 по 1978 г., когда отношение к проблеме переменилось, 11 штатов утвердили законопроект о декриминализации, в соответствии с которым хранение наркотиков классифицировалось как мелкое нарушение, хулиганство или гражданское правонарушение, которое каралось штрафом в размере не более 100 долларов США. Как выяснилось, тенденции употребления наркотика в этих штатах и в штатах, сохранивших более жесткие санкции, не отличались. При проведении в 1988 г. научной оценки Акта Москоне (Moscone Act) — калифорнийского закона о декриминализации, принятого в 1976 г. — было подсчитано, что с момента вступления закона в силу штат сэкономил полмиллиарда долларов на затратах на аресты. Несмотря на это,

в 1978 г. общественное мнение снова изменилось. Декриминализация марихуаны не была проведена больше ни в одном штате, а некоторые вновь криминализовали ее.

С 1973 по 1989 гг. годовой показатель арестов за нарушения, связанные с марихуаной, совершенных полицией штатов и местной полицией, колебалось от 360 000 до 460 000 случаев. В 1991 г. этот показатель снизился до 284 700 случаев, однако с тех пор вновь подскочил — больше, чем вдвое. В 1996 г. 641 642 человека были арестованы за нарушение законов о марихуане, из них 85% — за хранение, а не за сбыт наркотика. В 1995 г. администрация Клинтона, озабоченная ростом употребления марихуаны среди подростков, боясь обвинений в терпимости к проблеме наркотиков, запустила кампанию по борьбе с марихуаной. Однако заявления администрации о том, что ей удалось выявить новые риски, связанные с употреблением марихуаны, в том числе якобы обнаруженная ею связь между марихуаной и случаями насилия — при тщательном рассмотрении были полностью опровергнуты.¹ Похоже, что ни Конгресс, ни Белый Дом не поручали изучение вопроса о политике в отношении марихуаны действительно независимой комиссии, поскольку подобные комиссии последовательно приходили к заключениям, неприемлемым с политической точки зрения.

Правительства стран Европы и Австралии, и прежде всего Нидерландов, напротив, пересмотрели свою политику в отношении конопли. В 1976 г. Комиссия Баана в Нидерландах порекомендовала, а голландское правительство одобрило, введение политики разделения рынков «легких» и «тяжелых» наркотиков. Уголовные наказания за торговлю героином и полицейские акции по ее пресечению были ужесточены, в то время как законодательство в отношении марихуаны стало значительно мягче. Сегодня марихуану и гашиш можно купить в сотнях «кофе-шопах» по всей стране. Реклама, открытая выкладка на витринах и продажа марихуаны несовершеннолетним запрещены. Полиция сразу закрывает «кофе-шопы», изобличенные в торговле тяжелыми наркотиками. За хранение конопли практически никого не арестовывают и даже не штрафуют, а правительство собирает налоги с ее продажи.

В настоящее время уровни употребления конопли в большинстве возрастных групп в Нидерландах соответствует ситуации в Соединенных Штатах. Однако вероятность употребления марихуаны среди голландских подростков ниже, чем среди их американских сверстников: с 1992 по 1994 гг. лишь 7,2% голландской молодежи в возрасте 12-15 лет сообщили, что когда-либо пробовали марихуану, в то время как среди американцев, принадлежащих к той же возрастной группе, соответствующий показатель составлял 13,5%. Кроме того, среди голландской молодежи эксперименты с кокаином значительно более редки, что служит подтверждением заявлений официальных лиц об успешности политики по разделению рынков тяжелых и легких наркотиков. Большинство родителей в Голландии считают одержимость американских кампаний по борьбе с марихуаной нелепостью.

С голландскими «кофе-шопами» также связан ряд проблем. Многие жалуются на стремительный рост их числа и на нарушения общественного порядка, спровоцированные иностранной молодежью, стекающей на вечеринки в приграничные города Нидерландов. Все большую озабоченность вызывает также причастность организованных преступных группировок к растущей индустрии внутреннего производства и сбыта конопли. Попытки голландского правительства решить эти проблемы путем более открытого и систематического регулирования поставок в кофе-шопы вместе с рядом других политических инициатив, натолкнулись на давление из-за рубежа, прежде всего из Парижа, Стокгольма, Бонна и Вашингтона. В конце 1995 г. президент Жак Ширак публично раскритиковал Гаагу в связи с ее наркополитикой, угрожая даже приостановить осуществ-

вление Шенгенского соглашения, предусматривающего свободное передвижение через границы стран — членов Европейского Союза (ЕС). Некоторые из политических союзников Ширака окрестили Нидерланды «наркогосударством». В ответ голландские власти представили факты, свидетельствующие об относительном успехе их политик, подчеркнув, что большая часть конфискуемой во Франции конопли поступает из Марокко (которую Ширак не стал критиковать из-за близких отношений, связывающих его правительство с королем Хассаном). Так или иначе, Гаага объявила о снижении числа кофе-шопов и объемов конопли, отпускаемой в них покупателям. Тем не менее, кофе-шопы все еще разрешены в стране, и в нескольких городах они продолжают действовать.

Невзирая на критику, в 1990-х гг. в Европе усилились тенденции к декриминализации конопли. В большинстве стран Западной Европы хранение и даже продажа наркотика в малых количествах уже декриминализованы. Испания декриминализовала личное употребление конопли в 1983 г. В Германии в 1994 г. было опубликовано решение Федерального конституционного суда, которым он санкционировал ограниченную либерализацию политики в отношении конопли. Отношение к проблеме в разных регионах Германии существенно различается: некоторые, например Бавария, упорно придерживаются жесткой карательной политики, однако большинство сегодня одобряют голландский подход. Администрация Коля пока отказывается принять проект департаментов провести легализацию и обеспечить регулирование продажи конопли, однако, по-видимому, она осведомлена о растущей поддержке голландского и швейцарского подходов к решению местных проблем с наркотиками в стране.

В июне 1996 г. парламент Люксембурга проголосовал за декриминализацию конопли и настоятельно потребовал стандартизировать законы о наркотиках в странах Бенилюкса. Бельгийское правительство в настоящее время рассматривает возможность ограниченной декриминализации конопли в сочетании с ужесточением мер по борьбе с организованной преступностью и торговцев героином. В Австралии конопля была декриминализована в Южной Австралии, Австралийской Столичной Территории (Канберра) и Северной Территории, в то время как другие штаты обдумывают этот шаг. Даже во Франции после выпада Ширака три влиятельные национальные комиссии выступили с рекомендациями о декриминализации конопли. Теперь Шираку предстоит соперничать с новым премьер-министром Лионелем Жоспенем, высказавшимся за декриминализацию, перед тем как Социалистическая партия победила на парламентских выборах 1997 г. Общественное мнение явно поколебалось. Как показал недавний опрос, 51% канадцев приветствует декриминализацию марихуаны.

Подействует ли это?

Правительство США пытается блокировать резолюции в поддержку снижения вреда как внутри страны, так и за рубежом, замалчивает результаты научных исследований, пришедших к политически неблагонадежным выводам, и затыкает рот критике национальной политики в отношении наркотиков. В мае 1994 г. Государственный департамент в последний момент добился отмены конференции Всемирного банка по наркоторговле, на которую были приглашены противники американской наркополитики США. В декабре того же года делегация США на международной встрече Программы ООН по контролю за наркотиками отказалась подписывать любые заявления, содержащие словосочетание «снижение вреда». В начале 1995 г. Государственному департаменту удалось вынудить Всемирную организацию здравоохранения отказаться от публикации отчета, подготовка которого была заказана группе специалистов, состоящий из большого чис-

ла ведущих мировых экспертов в области кокаина; дело в том, что отчет содержал научные данные, неоспоримо свидетельствующие о том, что традиционное употребление листьев коки в Андах не вызывает серьезного вреда для потребителей и что большинство потребителей кокаина принимают наркотик в умеренных количествах, не подвергая свое здоровье серьезному неблагоприятному воздействию. На сотнях слушаний в Конгрессе обсуждались многочисленные аспекты проблемы наркотиков, однако европейская политика снижения вреда, описанная выше, изучалась крайне редко. Когда бывший государственный секретарь Джордж Шульц (George Schultz), а затем глава здравоохранения М. Джойслин Елдерс (M. Joyclyn Elders) и мэр Балтимора Курт Шмоке (Kurt Schmoke) указали на неэффективность действующих политик и призвали к новым подходам, первый был осмеян, вторая — уволена, а третий — просто проигнорирован, и все они были незаслуженно причислены к сторонникам полной легализации наркотиков.

Напротив, в Европе общественная дискуссия о политике в отношении наркотиков, основанной на доступной информации, все чаще происходит в правительствах, даже на уровне ЕС. В июне 1995 г. Европейский парламент выпустил отчет, в котором признал, что «спрос на наркотики в наших обществах будет существовать всегда..., и политики, которым мы следовали до сих пор, не смогли предотвратить расцвет торговли запрещенными наркотиками». ЕС призвал серьезно обдумать Франкфуртскую резолюцию — документ, в котором сформулированы основные принципы снижения вреда — которую поддержала транснациональная коалиция, состоящая из 31 города и региона. В октябре 1996 г. Эмма Бонино (Emma Bonino), европейский уполномоченный по политике защиты прав потребителей, выступила за декриминализацию легких наркотиков и проведение широкомасштабной программы по медицинскому использованию тяжелых наркотиков. Ее поддержал и министр Греции по делам Европы Георг Папандреу (George Papandreou). В феврале прошлого года правитель Лихтенштейна, князь Ханс Адам (Hans Adam), высказался за контролируруемую легализацию наркотиков. 20 августа 1994 г. газета Guardian процитировала заявление Реймонда Кендалла (Raymond Kendall), генерального секретаря Интерпола, отметившего: «Ежегодное преследование тысяч граждан, во всех остальных отношениях строго придерживающихся буквы закона, является не только ханжеством, но и нарушением индивидуальных и гражданских прав и прав человека... Употребление наркотиков не должно более рассматриваться как уголовное преступление. Я решительный противник легализации, но я выступаю за декриминализацию наркотиков для потребителя».

Несомненно, разница в позиции США, с одной стороны, и Европы и Австралии, с другой, может быть не настолько велика. Многие европейские лидеры и сегодня вторят антинаркотическим высказываниям Ширака в стиле США. Большинство европейских столиц одобрили Стокгольмскую резолюцию — документ, поддерживающий карательные прогибиционистские политики, разработанные в ответ на Франкфуртскую резолюцию. А голландцы вынуждены противостоять попыткам французов и других стран добиться стандартизации более жестких карательных законов и политик на уровне ЕС.

С другой стороны, поддержка подхода снижения вреда в США растет прежде всего среди работников здравоохранения, а также, в более сдержанной форме, среди политиков в крупных городах и полицейских руководителей. Некоторые из наиболее передовых программ обмена игл и других программ снижения вреда можно обнаружить и в Америке. Положительные результаты опросов по калифорнийскому Проекту 215, предусматривающему легализацию медицинского использования марихуаны, и аризонскому Проекту 200, разрешающему врачам назначать пациентам любые препараты по своему усмотрению и предусматривающему замену тюремного заключения за хра-

нение наркотиков лечением, свидетельствуют о том, что американцы более восприимчивы к политическим реформам, чем утверждают политики.

Однако, в целом, Европа и Австралия опережают США в отношении готовности к открытому обсуждению альтернативных политик, могущих снизить вред от наркотиков как для потребителей, так и для всего общества, и экспериментам по их применению на практике. Во многих городах чиновники здравоохранения работают в тесном сотрудничестве с полицией, политиками, частными врачами и т. д., чтобы обеспечить координацию своей деятельности. Полицейские органы рассматривают наркоторговцев и потребителей наркотиков как часть общества, которую нужно не изолировать, а добиться того, чтобы она причиняла как можно меньше проблем окружающим. Подобная деятельность, включая репрессии, направленные на ликвидацию открытой наркосцены в Цюрихе, Берне и Франкфурте, подготавливается и осуществляется в комплексе с инициативами, направленными на решение проблем здоровья и обеспечения жильем. В США, напротив, политики реагируют на новые подходы не вопросом: «Подействует ли они?», а вопросом: «Достаточно ли они жестки?». Многие законодатели не хотят поддерживать программы лечения, если они не носят карательный и принудительный характер и не проводятся на базе исправительных учреждений, а многие власти органов уголовного правосудия до сих пор считают тюрьмы наиболее быстрым и простым решением проблем с наркотиками.

Уроки Европы и Австралии очевидны. Политики контроля за наркотиками должны фокусироваться на снижении преступности, заболеваемости и смертности, связанных с наркотиками, а не сокращении числа случайных потребителей наркотиков. Первоочередной задачей должно стать сдерживание распространения ВИЧ среди потребителей наркотиков через обеспечение доступности стерильных шприцев и метадона. Американские политики должны изучать такие многообещающие политические подходы, как декриминализация конопли, медицинское применение героина и интеграция принципов снижения вреда в стратегии общественной политики, вместо того, чтобы бездумно игнорировать их. Центральные правительства должны поддерживать, или хотя бы не чинить препятствий попыткам муниципальных чиновников и граждан разработать прагматичные подходы к местным проблемам наркотиков. Если надлежащим образом разъяснить американской общественности суть инновационных подходов и продемонстрировать их эффективность, она, как и граждане в Европе, готова поддержать их. По мере поступления новых фактов, становится все очевидней, какие из них окажутся действенными на практике. Остается лишь набраться политической смелости.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. Lynn Zimmer and John P. Morgan, *Marijuana Myths, Marijuana Facts: A Review of the Scientific Evidence* (Марижуана: мифы и факты. Обзор научных фактов), New York: Lindesmith Center, 1997.

*Итан Надельманн — исполнительный директор Альянса по наркополитике (бывшего Центра Линдесмита), ведущей американской организации, поддерживающей политику в области наркотиков, основанную на здравом смысле, научных фактах, здравоохранении и правах человека. Он также является автором книги *Cops Across Borders: The Internationalization of U.S. Criminal Law Enforcement*.

Печатается с разрешения журнала «ФОРИН АФЕРС» (FOREIGN AFFAIRS) (январь-февраль 1998 г.); 77(1): pp. 111–126. Copyright 1998 by the Council on Foreign Relations, Inc.

Реформа наркополитики в России: поворот вспять?

Лев Левинсон*

6 июля 2005 года Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации принят в первом чтении проект федерального закона «О внесении изменений в статью 228 Уголовного кодекса Российской Федерации» и о признании утратившими силу абзаца второго статьи 3 Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации», внесенный 6 апреля 2005 года Правительством РФ. Законопроект предусматривает изъятие из уголовного законодательства понятия «средняя разовая доза наркотических средств и психотропных веществ», являющегося в настоящее время основой для исчисления крупного и особо крупного размера наркотиков при их обнаружении в незаконном обороте и для соответствующей дифференциации наказания.

С чего начиналась реформа

Понятие «средняя разовая доза» было введено в Уголовный кодекс РФ 8 декабря 2003 г. законом, который фактически создал новую, существенно менее репрессивную версию УК. Пересмотр норм о преступлениях, связанных с наркотиками, стал одним из выдающихся результатов реформы и лучшим примером взаимодействия неправительственных организаций с Президентом, Думой, Правительством, итогом многолетней правозащитной работы по лоббированию гражданского интереса в той области, где политики больше всего боятся слиберальничать и оказаться окрещенными «наркомафией».

Одной из основных проблем УК в его прежней, действовавшей до 12 мая 2004 г. редакции, была неурегулированность вопроса об определении размера наркотиков и, соответственно, квалификации содеянного при задержании с некоторым их количеством. На практике правоохранительные органы и суды руководствовались Сводной таблицей заключений Постоянного комитета по контролю наркотиков (ПККН), печально известной в народе как «таблица Бабаяна» (по имени бессменного председателя этого не совсем понятного учреждения). Таблица представляла собой рекомендательный документ, изданный неким не имеющим государственной регистрации и законодательно утвержденным статусом научно-консультативным органом, в компетенцию которого не входило и не могло входить принятие нормативных актов. Несмотря на это, таблица применялась по всем без исключения уголовным делам (т. е. по сотням тысяч дел ежегодно). Согласно таблице, крупным размером признавалось, например, 0,1 г марихуаны, особо крупным размером – 0,005 г героина. Такой подход к количествам позволял и за 0,005 г и 100 кг героина привлекать по части четвертой статьи 228 УК к равной ответственности – от 7 до 15 лет лишения свободы с конфискацией имущества или без такового. В массовом порядке к длительным срокам лишения свободы приговаривались граждане, приобретшие, хранившие или продавшие, передавшие сотые доли грамма, тогда как «акулы наркобизнеса» оставались вне поля

зрения правоохранительных органов. Ответность за дозу, переданную наркоманом наркоману, и за тонну афганского товара составлялась по одной графе.

Когда пришла пора менять закон

Против многолетней имитации «борьбы с наркотиками», оплаченной сотнями тысяч переломанных молодых жизней, выступали не только правозащитники. Неоднократно озвучивал необходимость пересмотра направленности антинаркотической деятельности и Президент. «Количество задержанных, привлеченных к ответственности вроде бы увеличивается, но среди них – сами наркоманы, — говорил он 2 февраля 2001 г. на коллегии МВД, — Чаше ловят жертв, чем организаторов этих преступлений». Из выступления на встрече с Комиссией по правам человека 10 декабря 2002 г.: «К сожалению, эти репрессии, они адресованы не к наркобаронам, а к наркопотребителям, к наркоманам. А наркоман, он — жертва проблемы, а не носитель проблемы». Когда в 2002 г. в рабочую группу администрации Президента, работавшую под руководством Дмитрия Козака над поправками в УК, были внесены предложения по антинаркотическим статьям, они были поддержаны и вошли в комплексный президентский законопроект. Сама идея исчисления размеров посредством средних разовых доз потребления родилась раньше, в рабочей группе Комитета Госдумы по законодательству, образованной в 2000 г. В группу, возглавлявшуюся депутатом Валерием Воротниковым (группа «Народный депутат»), входили представители всех заинтересованных ведомств, в том числе Верховного Суда, МВД. Все они согласились с необходимостью закрепления порядка определения размеров наркотиков непосредственно в УК, подержав введение в качестве мерил средних разовых доз.

Подготовленный депутатской группой вариант, прежде чем быть предложенным группе Козака, прошел экспертизу в Управлении ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН). Юридический советник УНП ООН Бернар Леруа в письме председателю Комитета по законодательству Павлу Крашенинникову от 22 октября 2002 г. оценил предложенные новеллы весьма высоко: «Мы внимательно изучили документ и приветствуем Ваши планы, соответствующие международным усилиям и направленные на укрепление уголовного законодательства Российской Федерации путем усиления ответственности в отношении крупных наркоторговцев и организованной преступности и одновременное снижение сроков заключения для наркозависимых и для правонарушителей, задержанных с малыми дозами наркотика. Также весьма удачным представляется предложенное определение минимальных размеров обнаруженных в незаконном обороте наркотических средств и психотропных веществ для определения малых, крупных и особо крупных размеров наркотиков».

Таким образом, отменяемое сейчас положение, прежде чем стать законом, было одобрено федеральными ведомствами, президентской рабочей группой, международными экспертами. Правда, на момент внесения президентского законопроекта (12 марта 2003 г.) и принятия его в первом чтении (23 апреля 2003 г.) Госнарконтроля еще не существовало.

Цель — отделить потребителей от сбытчиков

Основной задачей изменения норм УК, наказывающих за наркотики, было проведение, насколько это возможно, водораздела между их потребителями и сбытчиками. Хотя

полномасштабный переход к новой наркополитике требовал бы более радикальных мер, в том числе и в части ревизии уголовного закона, новый текст статьи 228 — действующий на момент написания настоящего обзора более 15 месяцев — свидетельствует о достижении наилучшего результата.

Согласно примечанию 2, включенному в статью 228 законом от 8 декабря 2003 г., «крупным размером в настоящей статье, а также в статьях 2281 и 229 настоящего Кодекса признается количество наркотического средства, психотропного вещества или их аналога, превышающее размеры средней разовой дозы потребления в десять и более раз, а особо крупным размером — в пятьдесят и более раз. Размеры средних разовых доз наркотических средств и психотропных веществ для целей настоящей статьи, а также статей 2281 и 229 настоящего Кодекса утверждаются Правительством Российской Федерации». Незаконное приобретение, хранение, изготовление, переработка, перевозка запрещенных веществ в количестве менее 10 доз признаются, таким образом, не уголовным преступлением, а административным правонарушением и наказываются по КоАП штрафом до 1000 рублей либо административным арестом на срок до 15 суток.

Борьба

Поскольку для издания соответствующего правительственного постановления требовалось время, новая редакция перечисленных статей УК должна была вступить в силу 12 марта 2004 г. — спустя три месяца со дня официального опубликования закона от 8 декабря. Затем, Федеральным законом от 5 марта 2004 г., этот срок был продлен еще на два месяца. Правительством было дано поручение Минздраву, Госнаркоконтролю, МВД и Минюсту подготовить предложения по размерам средних разовых доз. И тогда со всей остротой встал вопрос, какими должны быть дозы. Реальными дозами потребления, или условными? Созданная при Минздраве межведомственная группа обратилась в ПККН, к академику Бабаяну, который, естественно, был противником реформы и не привлекался к работе по пересмотру УК. На заседании ПККН 23 января 2004 г. были приняты предложения по размерам доз, преследующие цель дезавуировать изменения закона: доза героина — 0,0001 г, марихуаны — 0,015 г, гашиша — 0,01 г и прочее в том же роде. Эти предложения были поддержаны Минздравом, МВД, Госнаркоконтролем. Воспротивился лишь Минюст — и Государственно-правовое управление Президента РФ.

Необходимо было срочно представить альтернативный вариант таблицы средних разовых доз по всем веществам списка. Такие предложения должны были быть достаточно авторитетны для лиц, принимающих решения. В начале марта 2004 г. по инициативе фонда «Нет алкоголизму и наркомании» и альянса «Новая наркополитика» был образован Независимый экспертно-правовой совет по проблемам злоупотребления психоактивными веществами (НЭСПАВ), в который вошли известные наркологи, организаторы здравоохранения, юристы, правозащитники. Председателем Совета стал академик Андрей Воробьев, бывший министр здравоохранения России. НЭСПАВ и разработал проект постановления Правительства о размерах средних разовых доз. Предложения НЭСПАВ были поддержаны государственными правозащитниками: Уполномоченным по правам человека в РФ Владимиром Лукиным и председателем действовавшей тогда Комиссии по правам человека при Президенте РФ Эллой Памфиловой.

Дискуссия между сторонниками реформы и ведомствами, почувавшими угрозу «стабильности», вышла за министерские стены. 8 апреля 2004 г. на канале НТВ в ток-шоу

«К барьеру» руководитель альянса «Новая наркополитика» Лев Левинсон выступил против заместителя директора ФСН (так назывался на тот момент Госнаркоконтроль) генерал-лейтенанта Александра Михайлова. «Спор о дозах» окончился победой правозащитников, и не только в эфире (большинство телезрителей проголосовало против продолжения репрессий в отношении наркоманов). 6 мая 2004 г. премьер-министр Михаил Фрадков подписал Постановление N 231 «Об утверждении размеров средних разовых доз наркотических средств и психотропных веществ для целей статей 228, 2281 и 229 Уголовного кодекса Российской Федерации», основанное на проекте НЭС-ПАВ. Визировал проект постановления один лишь Минюст.

Размеры средних разовых доз, применяемые в соответствии с УК и правительственным постановлением от 12 мая 2004 г. (доза героина 0,1 г, марихуаны — 2 г, гашиша — 0,5 г, кокаина — 0,15 г; уголовная ответственность наступает при умножении на 10) в целом соответствуют подходам, условно именуемым европейскими. Но и в Иране, где за наркоторговлю назначается смертная казнь, наркоман может, не опасаясь попасть под уголовную статью, иметь при себе 32 грамма героина. Так что российские дозы, введенные якобы под тлетворным влиянием Сороса, уместно сравнить с количествами, применяемыми исламскими фундаменталистами.

В то же время наказание за сбыт в крупном и особо крупном размере, за предложение наркотиков несовершеннолетним и участие в наркоторговле сотрудников правоохранительных органов в новой редакции УК ужесточено.

30 тысяч осужденных наркопотребителей вышли на волю

Поскольку уголовный закон, смягчающий наказание или иным образом улучшающий положение осужденного, имеет обратную силу, после вступления новых положений в силу подверглись пересмотру десятки тысяч уголовных дел по наркотикам. При этом сокращение репрессии коснулось не только осужденных за хранение и приобретение для личного потребления, но и основной части осужденных за сбыт. По ранее действовавшему порядку особо крупным размером признавалось фактически любое количество героина (от 0,005 г), подавляющее большинство осужденных за его сбыт подпадало под часть четвертую статьи 228, предусматривавшую санкцию от 7 до 15 лет лишения свободы. По новой редакции особо крупным размером признается количество, превышающее 5 г героина, в связи с чем действия осужденных были перекалифицированы на сбыт в небольших размерах со сроком наказания от 3 до 7 лет (по части второй статьи 228 в редакции, действовавшей до 12 мая 2004 г.).

По данным Федеральной службы исполнения наказаний, по состоянию на 1 мая 2004 г. по основной статье, предусматривавшей ответственность за наркотики, — статье 228 УК, отбывали наказание в виде реального лишения свободы 66 768 человек, из них 24 447 — без цели сбыта (часть первая статьи 228), 42 321 — за сбыт, а также приравненные к нему по действовавшей в то время редакции перевозку, изготовление, переработку (часть вторая — четвертая статьи 228). 26 983 человека отбывали наказание по части четвертой (сбыт, перевозка, изготовление, переработка в особо крупном размере).

За пять месяцев действия новой редакции антинаркотических статей УК (с 12 мая по сентябрь 2004 г.) освобождены судом от наказания в виде лишения свободы в соответствии со статьей 10 УК (обратная сила смягчающего закона) 12 027 человек (более 18%), из них 9 812 — по части первой (деяния, не связанные со сбытом) — более 40% отбывавших наказание по этой части, 2 215 — по частям второй — четвертой статьи

228. Срок наказания был сокращен 17 223 осужденным из общего числа лишенных свободы за наркотики (еще около 26%) — в среднем на 1 год 2 месяца. Таким образом, смягчение наказания только за первые три с половиной месяца действия закона затронуло 29 250 человек, или 44% осужденных по статье 228. До конца 2004 г. срок был сокращен еще примерно 10 тысячам заключенных. Несмотря на внушительность этих цифр, смягчение наказания было применено далеко не ко всем, кто имел основания на это претендовать. При переквалификации сбыта (или хранения, приобретения в целях сбыта) с совершенного в особо крупном размере на совершенное в небольшом, судом, рассматривавшим ходатайство в порядке статьи 10 УК, зачастую не пересматривался срок лишения свободы, если он не превышал верхнего предела санкции, предусмотренной новой нормой. В этих случаях некоторая (правда небольшая) часть осужденных успешно обжаловала судебные постановления, добившись пропорционального сокращения срока.

Против реформы выступает Госнаркоконтроль

До издания Постановления Правительства от 6 мая 2004 г. изменение норм УК не беспокоило наркоконтроль, рассчитывавший, что и при наличии неких фиктивных «доз» маховик уголовных дел будет вращаться в прежнем режиме. Когда же 12 мая выяснилось, что новые правила охоты на наркоманов нарушают права охотников, была развернута кампания по возвращению утраченных территорий.

Наркополиция оказалась в сложном положении. С одной стороны, реформа ударила по ведомственным интересам. С другой, инициатором закона был никто иной как Президент России, чьим «собинным другом» считается шеф Госнаркоконтроля Виктор Черкесов. Критиковать закон генерал полиции никак не мог, но и хвалить очень уж не хотелось. Черкесов исчез с небосклона, полтора месяца числился в «отпуске», отмалчивался, но 1 июля 2004 г. в эфире «Эхо Москвы» (куда его удалось завлечь со второй попытки, в конце мая уже анонсированный гость растворился по пути в студию) все-таки не нашел в себе мужества раскритиковать «дозы». «Замысел законодателя, — говорил он, — сводился к тому, чтобы вывести из-под уголовного преследования наркоманов — тех, кто задерживался с небольшим количеством наркотиков, и привлекался к уголовной ответственности по пресловутой 228, части 1. Это совершенно правильное направление. Это полное совпадение со стратегией деятельности федеральной службы».

Однако уже в декабре того же года в интервью «Политическому журналу» осмелевший Черкесов заявлял: «Мы выражали свое недоумение введением понятия «средняя разовая доза» по отношению к наркотикам, которые в рамках международной конвенции запрещены «от нуля»: героин или кокаин в принципе не могут находиться в обороте. Эта юридическо-техническая лазейка в нашем законе фактически легализует их в объеме «средней разовой дозы». <...> Позиции государства в борьбе с наркотиками ослаблены». Кстати, нельзя не заметить, что уровень познаний главного наркоконтролера хорошо иллюстрирует утверждение, что кокаин «в принципе не может находиться в обороте». Кокаин входит в список веществ, разрешенных к медицинскому использованию (Список I Единой конвенции 1961 г., Список II, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 30 июня 1998 г. N 681).

Одновременно заместитель руководителя Федеральной службы Александр Михайлов развернул столь остервенелую кампанию против нового законодательства о нарко-

тиках, что поплатился за излишнюю ретивость должностью, превратившись из заместителя Черкесова в руководителя одного из многочисленных департаментов ФСКН.

Выступать против правительственного постановления о размерах доз было для ФСКН, конечно, более удобным. Хотя, как видно из приведенной выше цитаты, даже Черкесов, не говоря уже о Михайлове, доходил до критики норм закона. Правительство, в свою очередь, заявляло, что лишь исполнило волю законодателя, утвердив дозы потребления.

Несомненно, если бы удалось коренным образом, в духе академика Бабаяна, изменить Постановление N 231, ни наркоконтроль, ни кто бы то ни было еще, не настаивал бы на корректировке примечания к статье 228. Но коль скоро так называемые «фармакологические» дозы изначально не прошли, уменьшить размеры, не меняя правовой основы этой конструкции, было бы достаточно сложно. Во всяком случае, попытку наркоконтроля кавалерийской атакой разрушить постановление Правительство отбило.

Дело несколько осложнялось тем, что уничтожение доз ставило ФСКН в оппозицию не только президентской администрации и Правительству, но и авторитетным международным инстанциям. Посетивший Россию в конце июня 2004 г. директор Управления ООН по наркотикам и преступности Антонио Мария Коста одобрил изменения российской уголовной наркополитики. «Необходимо осознать, что борьба с наркотиками не может сводиться только к правоохранительной деятельности, — заявил он в интервью «Новым Известиям» 28 июня 2004 г. — Речь идет о принятии законодательства, согласно которому наркомана не сажают в тюрьму и заставляют платить административный штраф от 10 до 20 долларов. Это более современный подход в борьбе с наркоманией, принцип которого считать наркомана не преступником, а больным человеком, нуждающимся в лечении». В таких условиях ФСКН предпочитала загребать жар чужими руками.

Действия противников реформ

Сразу же после вступления в силу новых норм с их жесткой критикой выступили депутаты Госдумы и репрессивно настроенная «общественность». С редкой оперативностью, уже 14 мая 2004 г., Государственная Дума подавляющим большинством голосов («за» — 391, «против» — 1, воздержались — 2) приняла обращение к премьер-министру с предложением «в кратчайшие сроки внести соответствующие изменения в указанное постановление». При этом отмечалось, что «размеры средних разовых доз для некоторых наркотических средств и психотропных веществ оказались чрезвычайно завышенными» и что «по мнению многих специалистов, это постановление открывает путь для более свободного и доступного распространения и потребления наркотических средств и психотропных веществ, создавая реальную угрозу здоровью нации».

Среди таких специалистов — бывший в то время главным подростковым наркологом России Алексей Надеждин. «В числе людей, которые лоббировали именно такой вариант постановления, были представители правозащитных организаций, то есть те, кто в первую очередь должен думать о защите прав, в том числе — и права человека на социально здоровое общество», — такую беседу вел с Надеждиным дружественный ФСКН сайт Наркотики. ру. «Давайте не будем говорить здесь о правозащитных организациях, — ответил специалист, — потому что не понятно, чьи права они защищают и на чьи деньги существуют. Как показывает наша история, как правило, правозащитные организации — это мощнейший инструмент в идеологической и политической войне и противоборствах при противоречиях между различными государствами. Еще

раз подчеркну, что принятие данных размеров средних разовых доз наркотических средств и психотропных веществ — это огромная ошибка, которая приведет к массовому распространению наркомании и геноциду населения нашей страны. Я считаю, что размеры средних разовых доз наркотических средств и психотропных веществ должны быть немедленно пересмотрены».

В июне-августе 2004 г. при активной поддержке ФСКН состоялся антинаркотический автопробег «Москва — Владивосток», организованный Душепопечительским центром святого Иоанна Кронштадтского (руководитель — иеромонах Анатолий Берестов). Участниками автопробега было собрано, по их словам, более двухсот тысяч подписей за отмену постановления от 6 мая.

На антинаркотических форумах, совещаниях, брифингах, проходивших в 2004–2005 гг. во многих регионах, новые законоположения подвергались жесткой критике как якобы препятствующее правоохранительной работе. Против уже состоявшегося реформирования УК выступали депутаты, главные наркологи, президентские полпреды и губернаторы. Так, на сентябрьском (2004 г.) совещании органов правопорядка Приволжского округа против постановления о дозах выступил полномочный представитель Президента Сергей Кириенко, а вслед за ним — его подчиненные. «Вообще узаконение наркотиков в любых дозах недопустимо. Все представители правоохранительных органов в один голос сказали, что это полностью разваливает им всю систему работы», — озвучил позицию большинства главный федеральный инспектор по Чувашской Республике Александр Муратов.

Что и кто стоит за отменой реформы

Очевидно, что законопроект, внесенный Правительством и принятый 6 июля 2005 г. в первом чтении, стал следствием лоббистских усилий Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков. Прошедший год отчетливо показал, что 40-тысячное войско наркополицейских не имеет в основе своей деятельности никакой концепции и внятной цели работы, если не считать таковой социалистическое обязательство сократить к 2010 г. масштабы незаконного потребления наркотиков в РФ на 16-20% от уровня 2004 г. Эта цель, заявленная в Федеральной программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 годы» (государственным координатором которой является ФСКН), примечательна, в том числе, и потому, что в той же программе разработчики расписываются в невозможности посчитать наркоманов без миллионной погрешности. Ведомство судорожно ищет, к чему бы приложить руку, изобретает проблемы, чтобы затем успешно их решать, мечтая вернуться к золотым временам, когда можно было строчить липовые отчеты за счет отлавливания «нариков».

Согласно законопроекту предлагается отказаться от понятия «средней разовой дозы» и вернуться к ранее существовавшему порядку, при котором понятия крупного и особо крупного размера определялись в абсолютных цифрах. Разница с положением, существовавшим до 12 мая 2004 г., в том, что тогда, вне правового регулирования, размеры самовольно утверждались ПККН, теперь же в УК будет сохранена существующая бланкетная норма, наделяющая Правительство полномочиями по утверждению размеров. Это, конечно, шаг вперед по сравнению с ситуацией, преодоленной в результате преобразований декабря 2003 — мая 2004 гг. Но если тогда был сделан рывок на километр вперед, теперь, испугавшись собственной смелости, власть отступает — хотя и не на исходные позиции.

Фальсификация: «старая реформа — легализация наркотиков»

Никто из тех, кто вовлечен сегодня в деконструкцию реформы, не хочет честно признать, что отмена доз объясняется исключительно ведомственными интересами (в первую очередь — наркоконтроля, во вторую — милиции), Поэтому и Правительством, и депутатами повторяются лживые доводы, не выдерживающие никакой критики.

Во-первых, утверждается, что, в силу различного воздействия наркотиков на организм человека, нельзя уравнивать, например, 10 разовых доз марихуаны и 10 разовых доз героина. Но такое действительно необходимое разграничение достигается и при использовании понятия средней разовой дозы, что, в основном, удалось осуществить в действующем правительственном Постановлении от 6 мая 2004 г. Для определения дозы героина использовалось низкопороговое количество 0,1 г (при том, что доза «системного» героина намного выше), при расчете же дозы марихуаны брался довольно высокий показатель 2 г.

Во-вторых, указывается на рост передозировок, последовавший после вступления в силу новых норм УК. Такой рост, действительно, наблюдался во второй половине 2004 г. По мнению наркологов, это было связано, прежде всего, с одновременным выбросом из мест лишения свободы примерно 30 тысяч наркозависимых, чьи приговоры были изменены в связи с принятием закона, смягчающего наказание. Известно, что вследствие продолжительной вынужденной ремиссии, освободившиеся из заключения наркоманы зачастую не воспринимают ранее привычное для них количество наркотика, что приводит к тяжелым последствиям. Очевидно, что данный фактор свидетельствует, скорее, о необоснованности лишения свободы людей, нуждающихся в лечении. По имеющейся информации, в первые месяцы 2005 г. ситуация с передозировками стабилизировалась.

Наконец, заявляется, что введение в УК понятия «средняя разовая доза» было воспринято населением чуть ли ни как легализация наркотиков. Руководители наркоконтроля особенно любят повторять, что официальное определение дозы веществ, полностью запрещенных к употреблению, является недопустимым. Это чистая демагогия. Наркотики ни коим образом не легализованы: их потребление и хранение в любом количестве влечет административную ответственность, а наказание за сбыт ужесточено. Что касается установления средних разовых доз, то Правительство определяет не рекомендуемое наркоманам количество, а величину, используемую исключительно для целей Уголовного кодекса.

Проект постановления Правительства, которое, в случае законодательной отмены доз, должно заменить Постановление N 231, в общих чертах уже согласован ведомствами. Судя по всему, новые размеры будут чем-то средним между упраздненной таблицей Бабаяна и применяемыми сегодня. Хотя депутат Евгений Ройзман (вне фракций), лидер екатеринбургской группировки «Город без наркотиков», продолжает отстаивать концепцию, на которой с 1996 г. держалась так называемая «борьба с наркотиками»: особо крупным размером, заявил он 6 июля в прениях по законопроекту, следует считать «то, что может служить предметом сбыта». Руководствуясь принципом «каждый потребитель — он и есть сбытчик», Ройзман, по сути, прикрывает наркобизнес: если любой наркоман — наркоторговец, значит, можно сажать наркоманов и отчитываться ими по графе «в особо крупном размере».

В 2003 г. было выявлено 181 700 наркопреступлений, в 2004 — 150 096. 9 месяцев действия отменяемого теперь закона спасли, как минимум, 31 600 молодых людей от

бессмысленного уголовного преследования. Более того, тем, кто по новым правилам был привлечен к ответственности за сбыт в количестве менее 10 доз, назначается наказание от 4 до 8 лет лишения свободы. Когда особо крупным считался любой размер, за те же количества (менее грамма героина) люди получали от 7 до 15 лет.

Сократилось не только число осужденных, сократились сроки. И вот дружным депутатским голосованием принимается решение, увеличивающее человекоемкость тюрьмы.

Изменения статьи 228 УК знаменовали переход от исключительно карательной политики в отношении людей, принимающих наркотики (каковыми могут быть как наркозависимые, так и несистемные и случайные потребители) к более взвешенной, гуманной и эффективной стратегии. Правоохранительные органы отнеслись к новым правовым реалиям, как к чему-то чужеродному. Поддавшись давлению наркополитии, Правительство, внесшее законопроект, и Дума, поддерживавшая его концепцию, упраздняют реформу, проведенную главой государства.

*Лев Левинсон является экспертом Института прав человека в Москве.

Законодательство в отношении наркотиков и наркомании

Кшиштоф Краевский

1. Дилеммы законодательства в области наркотиков и наркомании

Распространённый в настоящее время подход к наркотическим средствам и психотропным веществам называется запретительным подходом. Это означает, что наркотики являются нелегальным веществом: их оборот и употребление запрещены законом, а на страже соблюдения этого запрета стоят очень строгие уголовные санкции. Это не распространяется только на относительно узкую область применения этих веществ в медицинских и научных целях. Но даже в этой узкой области они подвергаются жесткому контролю и регламентации. Иначе говоря, сущностью запретительного подхода является рассмотрение оборота наркотиками и их употребления в немедицинских целях, прежде всего, как уголовно-правовой и криминально-политической проблемы. Этот подход отличается от подхода, который доминировал во второй половине XIX века, когда употребление и злоупотребление наркотиками (в то время, главным образом, опиумом и морфием), считалось, прежде всего, медицинской проблемой, и признавалась исключительность врачебного вмешательства в эти дела. Иначе говоря, в рамках запретительного подхода наркоманы (т. е. лица, зависимые от наркотиков) и другие пользователи наркотиков (так называемые, экспериментирующие потребители и случайные потребители), считаются, прежде всего, преступниками, заслуживающими определённого наказания, а не больными людьми, нуждающимися в лечении и помощи. Генезис этого изменения подхода и процесса формирования запретительной системы является необычайно интересной исследовательской проблемой для историка или социолога. Однако эта проблема полностью выходит за рамки настоящей работы.

В течение последних тридцати лет можно было наблюдать усиление критики запретительного подхода в отношении наркотиков и наркомании, и появление всё более частых призывов серьёзно задуматься над необходимостью изменения политики в этой области. Антизапретительные аргументы, впрочем, так же как и аргументы против запрета алкоголя, от которого в мире уже отказались – кроме некоторых мусульманских стран, в которых это обусловлено религией и традицией – базируются на трёх основных утверждениях (Nadelmann 1990; Inciardi 1991; Trebach, Inciardi 1993).

Во-первых, утверждается, что наркотики являются своеобразной культурной «универсалией», выступающей во всех без исключения известных культурах. Такими наркотиками, повсеместно и легально употребляемыми в нашем культурном слое, являются спиртные напитки и табак. Поэтому все попытки их элиминации из общественной жизни, создания «общества свободного от наркотиков» и т. п. считаются заранее об-

речёнными на неудачу. Впрочем, это не должно означать, что нужно смириться с повсеместностью потребления наркотиков, а только то, что запретами и наказаниями в этом случае многого не добьешься.

Во-вторых, утверждается, что функционирующая в отношении наркотиков с большей или меньшей интенсивностью уже около ста лет запретительная политика абсолютно неэффективна. Если основной ее целью признать снижение или, как минимум, предупреждение увеличения размеров употребления наркотиков в немедицинских целях, и тем самым защитить отдельных людей и общества от негативных последствий этого явления, то запретительную политику следует признать большой неудачей. С момента введения запретительной политики мы имеем дело с увеличением размеров явления немедицинского употребления наркотиков, которое принимает огромные размеры в США и в других высокоразвитых странах Западной Европы, а в последние годы в Центральной и Восточной Европе. В этом смысле огромные финансовые, материальные и человеческие средства, поглощаемые так называемой войной с наркотиками (*war on drugs*) дают, в сущности, мизерный эффект. Размеры явления наркомании не только не стали меньше, но этого явления даже не удалось стабилизировать. В этом контексте некоторые документы ООН, планирующие к 2008 году уменьшение в два раза размеров употребления наркотиков в мире, следует признать проявлением полного отсутствия реализма.

В-третьих, утверждается, что запретительная политика вызывает целый ряд необычайно негативных побочных последствий, а общественный и индивидуальный вред, вызванный ею, значительно серьёзнее, чем вред, наносимый наркоманией. Другими словами, утверждается, что лекарство оказалось значительно хуже, чем болезнь, которую оно должно было лечить. По мнению критиков запретительной политики, вредность этого подхода проявляется на трёх основных уровнях. Первый из них – это уровень общества в целом. Запретительная политика ведёт, прежде всего, к неслыханному росту стоимости наркотиков на чёрном рынке. Реальная стоимость производства героина, кокаина, ЛСД, марихуаны – так же как и стоимость производства алкогольных напитков – минимальна. Высокая цена на чёрном рынке является следствием того, что нелегальные производители, контрабандисты или торговцы этими веществами компенсируют с её помощью свой риск, связанный с такой деятельностью. Таким образом, запретительная политика – и это является самым большим парадоксом этого подхода – вместо того, чтобы отпугивать и демотивировать с помощью размеров наказаний, предусмотренных за торговлю наркотиками или их контрабанду, делает эту деятельность для многих людей очень привлекательной. Это касается особенно тех обществ, экономическое положение которых лишает большое количество людей доступа к легальным источникам дохода, содержания и профессиональной карьеры. Очередь желавших занять место убитого колумбийской полицией «кокаинового барона» Пабло Эскобара (Pablo Escobar) в девяностых годах является самой убедительной иллюстрацией этого явления. Однако это также касается «мальков» международного и национального нелегального оборота наркотиками.

В результате, запретительная политика сегодня является основой финансовой мощи организованной преступности и с её точки зрения можно утверждать, что если бы запретительной политики не было, то нужно было бы её побыстрее выдумать. Гигантские прибыли, которые получает всемирный «наркобизнес», дают, в свою очередь, преступным организациям неограниченные возможности коррумпирования полицейских, прокуроров, судей, государственных служащих и политиков. Чикаго времён сухого закона и Аль Капоне являются яркой иллюстрацией этого явления. Во многих

странах, например, в Колумбии, это приводит к ситуации, когда неизвестно, в чьих руках на самом деле находится власть: легального правительства или «наркомафии». Следует также помнить, что размер потенциальной прибыли от торговли наркотиками ведёт к ожесточённой конкуренции между преступными группами, на фоне которой рождается мощная волна самых серьёзных преступлений с применением насилия: от заказных убийств и «войн гангвов» (такие примеры нам известны и в Польше) до кампаний бомбового террора (как это было и по-прежнему есть в Колумбии).

Второй из упомянутых уровней – это вред запретительной политики, наносимый уголовному праву, осуществлению правосудия и гражданским правам. Утверждается, что ввиду специфического характера преступлений, связанных с нелегальным оборотом наркотиками, так называемых преступлений без жертв или «консенсусных преступлений»,¹ нормальные инструменты полицейского воздействия недостаточны для эффективной борьбы с наркопреступностью. Полиция не может рассчитывать на выявление преступления на основании жалобы потерпевшего лица и его показаний в качестве свидетеля, т. к. такого лица в случае таких действий просто нет. Как торговец наркотиками, так и его клиент-наркоман заинтересованы в том, чтобы сохранить свои действия в тайне. Это абсолютно другая ситуация, чем при обычных преступлениях таких, например, как воровство или мошенничество, когда потерпевший заинтересован в сообщении полиции о совершенном преступлении.² Результатом такого положения вещей является необходимость изменения полицией стратегии действий. Что касается обычных преступлений, то действия полиции чаще всего имеют – как это называется – реактивный характер (*reactive policing strategies*), т. е. полиция предпринимает действия в результате жалобы пострадавшего.³ В случае преступлений, связанных с наркотиками, или других преступлений без жертв, полиция в процессе их выявления может рассчитывать практически только на свою активность, что заставляет её прибегать к так называемым действиям «проактивного» характера (*proactive policing strategies*). Поэтому полиция во всём мире неустанно домогается специальных и чрезвычайных полномочий, которые должны облегчить выявление действий, нарушающих запретительную политику, и привлечь их виновников к уголовной ответственности. Среди этих чрезвычайных инструментов чаще всего упоминается более широкая допустимость применения прослушивания, слежки или обыска людей и помещений, полицейских провокаций, контролируемых посылок, коронного свидетеля и т. п. Всеми осуждаются подобные меры, т. к. они несут в себе опасность злоупотребления ими и представляют собой угрозу для гражданских прав и свобод и для гарантий прав подозреваемых и обвиняемых лиц в уголовном процессе. Эта проблема, впрочем, касается не только уголовного права и уголовного процесса, но и многих других областей права. Достаточно вспомнить ослабление защиты банковской тайны, мотивированное необходимостью облегчения борьбы с явлением отмыwania грязных денег, или распространяющееся во многих странах явление проверки сотрудников на наличие наркотиков в организме. Каждый раз мы имеем дело с действиями, которые создают возможность для вмешательства государства в сферу личной свободы и частной жизни граждан, причём, учитывая секретный характер полицейских операций в делах, связанных с наркотиками, возможности контроля (например, судебного) чаще всего серьёзно ограничены. Несмотря на то, что высказываемые в связи с этим некоторыми авторами опасения, связанные с приближением своеобразного варианта «1984 года» или угрозой нового тоталитаризма, кажутся преувеличенными, нельзя не согласиться, что мы имеем дело с множеством действительных и серьёзных проблем.

И, наконец, третий уровень связан с пагубностью запретительной политики в отношении лиц, зависимых от наркотиков, а в более широком значении – потребителей. Утверждается, что запретительная политика усугубляет негативные индивидуальные и общественные последствия употребления наркотиков. Другими словами, согласно тезису известного американского социолога Артура Р. Линдсмита (Arthur R. Lindesmith, Lindesmith 1965), выдвинутому ещё в шестидесятые годы, утверждается, что различные негативные последствия зависимости от наркотиков, имеющие место в наше время особенно отчётливо у потребителей опиатов и проявляющиеся в виде относительно быстрой и глубокой деструкции способности к нормальному исполнению социальных ролей иных, чем роль наркомана, и сопутствующей этому социальной маргинализации (так называемый, «*junkie syndrom*»), являются не только последствием фармакологических свойств наркотиков, но также в значительной степени, если не прежде всего, последствием запретительного подхода. Проблема заключается в том, что запретительная политика превращает употребление наркотиков в нелегальное действие. Это означает, что наркоман, чтобы получить желаемое вещество, должен войти в контакт с нелегальным торговцем. В результате, кроме зависимости от наркотиков, он также зависит от своего «дилера» и жестоких законов, правящих чёрным рынком. Передача наркоманов в руки торговцев приводит к употреблению загрязнённых веществ, состав которых точно не известен, что в свою очередь становится причиной частых отравлений и передозировок. Это также влечёт за собой рискованные методы потребления, которые распространяются в наркоманской субкультуре, прежде всего, внутривенные инъекции нестерильными и совместно используемыми иглами и шприцами, что приводит к многочисленным инфекциям и имеет особое значение в связи с эпидемией ВИЧ. Наркоманы в связи с угрожающей им уголовной ответственностью избегают любых контактов с внешним миром. Это касается не только возможных контактов с полицией и службами правопорядка (что само собой разумеется). Это касается также контактов с людьми или учреждениями, которые могли бы помочь им, позаботиться о них, т. е. всех медицинских и социальных служб, которые часто воспринимаются ими как источник опасности, общение с которыми может привести к уголовной ответственности. И, наконец, наркоманы, которые должны платить за наркотики высокие цены чёрного рынка, чаще всего не имеют никаких легальных источников доходов, поэтому они должны добывать средства на них нелегальным образом, чаще всего, совершая различные преступления, воруя вещи или занимаясь проституцией. Это дополнительно усугубляет их неприспособленность и социальную маргинализацию.

Подводя итог, можно сказать, что запретительная политика, заставляя потребителей наркотиков уходить в глубокое подполье и затрудняя доступ социальных и медицинских служб к субкультуре, усугубляет негативные последствия зависимости от этих веществ. В связи с этим, для контраста очень часто ссылаются на имидж так называемого «социально стабилизированного наркомана» (Frieske, Sobiech 1987), каким был чаще всего средний потребитель морфия до конца пятидесятых годов. Не вникая в нюансы дискуссии на тему контролируемой, случайной или «рекреационной» возможности употребления наркотиков (особенно опиатов), можно утверждать, что криминализация потребителей наркотиков и их наказание, несомненно, усугубляют их проблемы. В этом смысле вторичные негативные последствия запретительной политики в отношении лиц, зависимых от наркотиков, зачастую действительно намного серьёзнее, чем негативные первичные последствия употребления наркотиков, которые запретительная политика хочет предупредить.

2. Альтернативы запретительной политики

В результате критики запретительного подхода в отношении наркотиков и наркомании уже в течение некоторого времени снова и снова появляется постулат отказа от запретительной политики и легализации наркотиков. Следует подчеркнуть, что в отличие от периода шестидесятых годов, когда такой постулат обосновывался – особенно в кругах лиц, так или иначе связанных с движением выражения протеста и контркультуры – свободой личности и её «правом на потребление наркотиков», или «правом на отличие» (*right to be different*), термин, который придумал известный американский радикальный психиатр Томас Шаш (Thomas Szasz) (Szasz 1987), сегодня эти аргументы имеют прагматический характер и базируются на оценке пользы и стоимости запретительной политики. Главными сторонниками ликвидации запретительной политики и передачи проблемы в распоряжение свободного рынка, сил предложения и спроса, сегодня являются неолиберальные и неоконсервативные экономисты, в частности, Милтон Фридман (Milton Friedmann) (Friedmann 1992) и Гари С. Бекер (Gary S. Becker), оба лауреаты Нобелевской премии в области экономики. Однако такую крайнюю постановку вопроса трудно принять, а радикальная легализационная процедура, по крайней мере сегодня, кажется слишком рискованной. Следует помнить, что хотя это и правда, что разные наркотики составляют упомянутую культурную «универсалию», однако они подвергаются в рамках отдельных культур процессам интеграции. С этой точки зрения сравнение героина или кокаина с алкогольными напитками не до конца обоснованно, не только с фармакологической, но также и с социологической точки зрения. Алкоголь в рамках западной культуры является культурно интегрированной субстанцией, что хотя бы в определённой степени ограничивает его вредное индивидуальное и общественное воздействие, а право, в том числе уголовное право, может играть при этом второстепенную роль. Что касается героина, кокаина или даже конопли в западных обществах отсутствуют неформальные, культурные нормы контроля их потребления, которые в свою очередь, имеются в некоторых других культурах. Поэтому, в принципе, можно утверждать, что не только ввиду своих фармакологических свойств, они могут легко выходить из-под контроля но, и должны контролироваться с помощью формальных, правовых механизмов. Впрочем, следует помнить, что даже алкогольные напитки нигде не являются веществом, полностью принадлежащим свободному рынку. Во всех странах мира, в которых они не являются предметом запретительной политики, они являются предметом более или менее ригористической регламентации, которая ограничивает их экономическую и физическую доступность, и с помощью этого размеры потребления.

Фактически, сегодня мы уже чётко осознаём различные негативные последствия запретительной политики, которые являются чем-то несомненным и существование которых не подлежит дискуссии. Однако вместе с тем, несмотря на все симуляции, производимые экономистами, мы не в состоянии по-настоящему предвидеть, что произошло бы после принятия решения о легализации, не приведет ли оно, несмотря ни на что, к существенному росту размеров потребления наркотиков (MacCoun, Reuter 2001). А этого, конечно же, очень не хотелось бы. Результаты эмпирических исследований показывают, что основным фактором, сдерживающим сегодня прием наркотиков, ни в коей мере не является правовой запрет. Большинство из тех, кто не употребляет наркотики, делает так потому, что боится зависимости, ухудшения состояния здоровья или перспектив на будущее и т. п. Это означает, что даже ликвидация уголовно-правового запрета, вероятнее всего, немного бы изменила. По крайней мере - эта перс-

пектива ближайшего будущего. Неизвестно, однако, не имела бы место по прошествии более длительного времени, какая-нибудь форма эрозии внеправовых сдерживающих факторов и, следовательно, увеличение размеров потребления, которое, будучи даже незначительным, могло бы иметь серьёзные последствия. Нельзя забывать, что легализация наркотиков не могла быть полной легализацией для каждого. Она должна была быть сведена к какой-то форме регламентации, предусматривающей хотя бы защиту несовершеннолетних. В такой ситуации нельзя было избежать существования каких-либо форм чёрного рынка. Это означает, что существующие мафиозные структуры, наверняка, предприняли бы попытки приспособиться к новой ситуации, хотя бы пытаясь вернуть убытки, возникшие в связи с возможным снижением цен, путем увеличением своих оборотов, что возможно только при увеличении потребления.

В общем, сегодня можно, в принципе, утверждать, что введение несколько десятков лет тому назад запретительной системы было ошибкой. Это означало шаг в направлении «наименьшего сопротивления»: решения о криминализации всегда принимаются легко, и при этом не обращается внимание на их последствия и возможности практической реализации. Сегодня дело зашло слишком далеко, и необычайно сложно ответить на вопрос, как разрешить создавшуюся ситуацию ответственно и без излишнего риска. Более того, нужно ясно понять, что возможное решение о легализации наркотиков, наверное, ни в одной стране не получит сегодня поддержки ни у большей части общества, ни у парламентского большинства. Это, конечно, не означает, что противники запретительной политики не могут в дальнейшем пытаться убедить большую часть общества и политиков в необходимости такого решения. Однако нужно осознавать, что, как минимум, потребуются десятилетия, чтобы оно получило поддержку большинства. Так что вряд ли это поможет нам решить текущие проблемы и избавиться от негативных последствий запретительной политики уже сейчас.

В связи с этим можно утверждать, что одной из основных проблем предыдущих дискуссий на тему политики в отношении наркотиков и наркомании было то, что доминировали в ней, в сущности, крайние подходы. С одной стороны выступал лагерь однозначных сторонников запретительной политики, который основную проблему видел во вреде наркотиков. Они были твердо убеждены в том, что наркотики и наркомания должны считаться важной моральной проблемой современного мира, которая должна быть решена, прежде всего, с помощью жестоких репрессий и только при вспомогательном использовании средств социальной и оздоровительной политики. Такой подход известный американский специалист в области наркополитики Питер Рейтер (Peter Reuter, Reuter 1992) назвал в своё время «позицией ястреба». С другой стороны выступал лагерь сторонников легализации наркотиков, который основную проблему видел в пагубности запретительной политики. Этот лагерь домогался отказа от запретительной политики. Такой подход Рейтер назвал, в свою очередь, «позицией голубя». Проблема заключается в том, что оба эти подхода были и остаются в каком-то смысле односторонними. С одной стороны, нельзя недооценивать фармакологический вред наркотиков, но также нельзя забывать и о том, что эти вещества земного происхождения, и что они сопутствуют человечеству с самого начала истории. С другой стороны, нельзя закрывать глаза на неэффективность прежних форм запретительной политики и её подтвержденные негативные побочные результаты. Оставить это без внимания также недопустимо, как и недооценить вред наркотиков. Осознание этих фактов может и должно заставить нас задуматься над прежней политикой и начать искать способы, с одной стороны, обеспечить обществу продолжительную защиту от негативных общественных и индивидуальных последствий употребления наркотиков в немеди-

цинских целях, а с другой стороны – свести к минимуму негативные общественные и индивидуальные последствия, которые несут с собой постановку в наркополитике репрессий на первое место.

Существуют ли вообще такие альтернативные стратегии? Вопреки всему, как кажется, да! В сущности, полный отказ от запретительной политики не является сегодня постулатом ни реальным, ни – что самое важное – принципиальным. Дело в том, что запретительная политика может приобретать разные формы. С одной стороны мы можем иметь дело с ригористическим «твёрдым» вариантом запретительной политики «наркоястребов». Этот подход может, однако, иметь также своеобразный «мягкий» вариант, который, прежде всего, пытается избежать крайностей остальных подходов, делать выводы из предыдущих неудач и пытаясь свести к минимуму возможные негативные последствия реализованных ранее решений. Такой компромиссный подход Рейтер называет «позицией совы». Мне кажется, это очень удачная метафора. Известно, что сова в греческой мифологии была символом мудрости. Это означает, что «позиция совы» в политике в отношении наркотиков и наркомании должна базироваться, прежде всего, на аргументах рационального, а не эмоционального характера. К сожалению, эмоциональная аргументация была и остается тем, чем грешат как лагеря сторонников ригористической запретительной политики (так называемые ястребы), так и лагеря приверженцев легализации (так называемые голуби).

В чём в таком случае заключается компромисс или половинчатые решения наркополитики, предлагаемые в рамках позиции «совы»? Суть таких решений в том, что, не отказываясь от самого принципа запретительной политики, т. е. принципиально нелегального статуса наркотических средств и психотропных веществ, совершается попытка в рамках такого подхода найти средство преобразования проблемы употребления наркотиков из криминально-политической в проблему, прежде всего, социальной и оздоровительной политики. Основными инструментами реализации этого постулата являются инструменты декриминализации и депенализации (но не легализации) и, так называемое, снижение вреда (*harm reduction*).

Суть такого подхода базируется на наблюдении, что проблема наркотиков и наркомании состоит из двух отдельных аспектов, которые, обращаясь к экономической терминологии, называются спрос и предложение. Фактически, они друг с другом неразрывно связаны, но аналитическое их обособление имеет очень большое значение для формулирования целей и определения методов подхода к проблеме наркотиков. Предложение – это все те действия, которые связаны с поставкой наркотиков потребителям, т. е. их производство, контрабанда, торговля ими (как оптом, так и в розницу) или любые другие формы введения наркотиков в оборот и передачи их другим людям, а также такие формы хранения, с которыми связано намерение введения их в оборот. В этой сфере, т. е. со стороны предложения, запретительная политика должна быть сохранена, что означает сохранение криминализации действий, заключающихся в создании предложения наркотиков, и преследование их виновников. Это касается, прежде всего, таких средств, как опиаты или кокаин, т. е. так называемых «тяжелых» наркотиков. Можно, однако, до определенной степени пробовать экспериментировать с либерализацией предложения менее вредных средств, т. е. мягких наркотиков, прежде всего из группы конопли. Голландский эксперимент с «кофе-шопами» или планируемая в этой области реформа в Швейцарии могут оказаться очень поучительными примерами, хотя следует помнить, что оба эти эксперимента были проведены в странах достаточно специфических. Поэтому этот опыт не следует генерализировать без соответствующего переосмысления.

Иначе выглядит дело в отношении спроса на наркотики или, иначе говоря, их потребления и потребителей. Речь идёт о таких действиях как приобретение, перевоз, выращивание или хранение, целью которых является только собственное потребление наркотиков, а не их введение в дальнейший оборот. В этой области уже сегодня можно говорить о широкой декриминализации и депенализации, т. е. отказе от применения уголовного права в отношении потребителей. Это необходимо прежде всего потому, что применение уголовных санкций в отношении потребителей наркотиков является особо неэффективным и наносящим вред действием. Следует подчеркнуть, что декриминализация или депенализация не могут и не должны, ни в коем случае, отождествляться с их легализацией, что, к сожалению, часто происходит в СМИ и в высказываниях политиков. Декриминализация потребления означает только то, что потребление наркотиков перестает быть действием, запрещённым под страхом наказания (т. е. в Польше – преступлением или правонарушением), однако, не становится легальным, разрешённым законом действием. Остаётся нелегальным в понимании административного права. Депенализация означает, что при формальном сохранении статуса таких действий, как действий, запрещённых под страхом наказания, имеет место отказ от реализации этой угрозы на практике – принцип дискреционного преследования. Ни в коей мере не означает это предоставления возможности легального доступа к наркотикам.

Это, конечно же, также не означает, что проблема спроса на наркотики, их потребления должна исчезнуть из поля зрения государств и обществ. Наоборот, спрос и потребители (а также потенциальные потребители) должны стать предметом очень интенсивных воздействий, ведь это правда, что снижение спроса – это основной способ решения проблемы наркомании: без спроса даже самое большое предложение не найдёт покупателей. Воздействие на спрос должно происходить с помощью инструментов социальной и оздоровительной политики. Это означает обращение, прежде всего, к профилактическим действиям в отношении потенциальных потребителей и к лечению, реабилитации и всем формам помощи, а также к снижению вреда в отношении тех, кто уже принимает наркотики, прежде всего, лиц, зависимых от наркотиков. Другими словами, как уже говорилось, следует прекратить считать потребление наркотиков уголовно-правовой проблемой. Это должна быть проблема, если не исключительно, то хотя бы прежде всего, социальная и медицинская.

Следует подчеркнуть, что описанная в данной статье программа реформы политики в отношении наркотиков не является чем-то абсолютно надуманным и теоретическим. Развитие событий в мире в последние годы указывает всё более чётко на то, что подход, называемый тут «мягкой» запретительной политикой, представляющей позицию «совы», находит всё больше сторонников. Всё более очевидными в этом плане становятся отличия Соединённых Штатов Америки от Европы. Если в США по-прежнему придерживаются политики «войны с наркотиками» и ригористической запретительной политики, то в отдельных странах Европейского Союза мы имеем дело с попытками стать на путь эксперимента в области декриминализации, депенализации и развития программ снижения вреда (Dorn, Jepsen, Savona 1996).

Можно создать достаточно прозрачную классификацию современных систем правового регулирования проблемы наркотиков и наркомании на базе двух типов критериев (Краевски 2001). Первым таким критерием является измерение, определяемое полюсами ограничение-пермисивность в отношении к криминализации, предусмотренной данным законодательством. Ограничительные системы – это такие системы, которые предусматривают самый широкий диапазон криминализации, как со сторо-

ны предложения, так и со стороны спроса на наркотики. К пермисивным системам⁴ следует отнести законодательства, позволяющие на определённую степень депенализации или декриминализации действий, связанных со спросом на наркотики. Одновременно – как уже было упомянуто – такая декриминализация или депенализация не должны означать и чаще всего не означают какой-либо легализации доступа к наркотикам. Однако возможна определённая декриминализация предложения наркотиков, т. е. их действительная легализация. Это может быть, прежде всего, легализация доступа к наркотикам наркозависимых, производимая путем непосредственного или косвенного разрешения различных форм метадоновой терапии. Это может быть легализация «настоящих» наркотиков для людей, зависимых от этих веществ, или с помощью системы врачебных рецептов (так как это в своё время было в рамках, так называемой «британской системы»), или с помощью других методов повышения их доступности (так как это происходит в проводимом уже несколько лет швейцарском эксперименте с поддержкой героином).

Второй критерий классификации современных законодательств в сфере наркотиков и наркомании – это противоположные полюса репрессивность-установка на лечение. Это измерение касается того, каким образом данное законодательство трактует наркозависимых и наркопотребителей, совершающих преступления. Речь идёт как о запретительных преступлениях,⁵ так и об обычных преступлениях.⁶ К репрессивным системам следовало бы отнести те законодательства, подход которых к совершающим преступления наркозависимым не отличается от подхода к любым другим преступникам, т. е. где предусматривается применение в их отношении нормального уголовного наказания, включая наказание лишением свободы. К системам, для которых приоритетом является лечение, следует отнести те, которые предусматривают возможность применения в отношении таких обвиняемых, хотя бы в определённой степени, вместо уголовного наказания альтернативных лечебных средств. Это чаще всего означает введение положений, дающих возможность наркозависимым, обвиняемым по определённой категории преступлений, или полностью избежать «нормальной» уголовной ответственности, или понести ее в смягченной форме, при условии начала лечения.

Два вышеупомянутых измерения классификации уголовного законодательства в области наркотиков тесно связаны друг с другом. В этом смысле системы более ограничительного характера часто являются системами однозначно репрессивными. Вместе с тем, пермисивные системы часто характеризуются ориентацией на лечение и, таким образом, наиболее полно отвечают пропагандировавшейся выше модели наркополитики. Также можно встретить ограничительные системы, которые уделяют большое внимание лечению. Теоретически также возможны пермисивные системы, одновременно являющиеся репрессивными, хотя на практике это не встречается, поскольку таким системам присуща внутренняя противоречивость. Ранее уже говорилось о том, что Соединённые Штаты Америки сегодня, несомненно, являются государством, наиболее последовательно реализующим ограничительно-репрессивный подход в отношении наркотиков и наркомании.⁷ Западная Европа представляет собой весьма дифференцированную картину. Скандинавские страны (Швеция, Норвегия и Финляндия), а также Франция реализуют традиционный подход, характеризующийся преобладанием элементов ограничения и репрессивности.⁸ Политика многих других стран, однако, идёт в направлении экспериментов не только с многочисленными лечебными альтернативами, но также пермисивностью, т. е. декриминализацией и депенализацией. Кроме наиболее известного в этой области голландского подхода, к которому

скоро присоединится Швейцария, следует упомянуть, прежде всего, такие страны как Испания и Италия, где в течение уже многих лет предвидится значительная декриминализация потребителей наркотиков. К этой группе постепенно в течение последнего десятилетия (но в более скромном объеме) присоединилась Германия, а в последнее время, в результате решительных декриминализационных реформ – Португалия и Бельгия. Таким образом, можно сказать, что вопреки протекающим в других областях процессам европейской интеграции, политика в отношении наркотиков, а точнее – политика в отношении спроса на них, является в Западной Европе предметом большой дифференциации на национальном уровне. В результате Западная Европа становится в последние годы центром творческого поиска альтернатив ригористическому варианту запретительной политики.

3. Положения польского закона о противодействии наркомании и его оценка

3. 1. Депенализация потребителей

После 1990 года, в связи с процессом формирования в Польше «нормального» черного наркотического рынка и ростом масштаба употребления этих веществ, а также в связи с тем, что Польша стала существенным для Европы производителем синтетических веществ и важной транзитной страной контрабанды наркотиков, закон 1985 г. о предотвращении наркомании стал подвергаться все большей критике за свой либеральный характер, предпочтение, отдаваемое профилактике и лечению, и недостаточное внимание, уделяемое репрессиям. Предметом особенно острой критики стал, прежде всего, факт некриминализации хранения наркотиков, который в средствах массовой информации и высказываниях политиков – между прочим, абсолютно несправедливо – отождествляется с разрешением хранить и принимать наркотики. Суть проблемы в том, что в соответствии с законом 1985 года преступлением не являлось не только хранение наркотиков в незначительных размерах для собственного употребления, но также любое хранение наркотических, либо психотропных веществ, в независимости от их объема и связанных с данным хранением намерений. Данная ситуация не имела аналогов в законодательствах других стран. Иными словами, в Польше хранение даже большого количества наркотиков являлось ненаказуемым (что не означает легальным). Если не представлялось возможности доказать факт контрабанды, торговли, либо иных подобных действий, преступник оставался безнаказанным, а вещество можно было только конфисковать. Проблема в том, что с хранением наркотиков могут быть связаны различные намерения. С одной стороны, они могут быть предназначены для собственного употребления, и тогда речь идет об относительно маленьких, так называемых «потребительских дозах». С другой стороны, может иметь место намерение ввести эти вещества в наркооборот или передать их другому лицу или лицам в целях употребления. В первом случае мы имеем дело с хранением больших оптовых партий веществ. Во втором случае может иметь место хранение небольшого количества (например, одной «дозы»), предназначенного для розничной продажи. С точки зрения представленного выше постулата отмены применения уголовного права по отношению к потребителям, только первая ситуация из этих двух – намерение употреблять самому - заслуживает декриминализации. Вторая форма хранения – связанная с намерением ввести в наркооборот либо с намерением передать другому лицу – должна считаться преступлением.

Правовая ситуация, обусловленная законом 1985 года, уже в начале девяностых вызывала многочисленные жалобы, прежде всего со стороны полиции, которая утверждала, что отсутствие криминализации наркотиков осложняет и даже делает невозможным эффективную борьбу с развивающимся явлением транзита наркотиков через территорию Польши в страны Западной Европы, нелегальным производством амфетамина и, прежде всего, нелегальной торговлей наркотиками. Дело в том, что на практике доказать, например, торговлю наркотиками очень сложно. Единственным практически возможным методом доказательства является задержание с поличным, т. е. во время передачи вещества или получения оплаты. Однако это не всегда возможно. А хранение наркотиков доказать легко – достаточно обнаружить вещество при подозреваемом, и улики для подтверждения конкретного намерения уже не нужны. В этом смысле криминализация хранения наркотиков считается в большинстве законодательных системах средством облегчения полиции борьбы с нелегальным сбытом наркотиков, представляя собой случай так называемой «замещающей» криминализации. Следует отдавать отчет, что такое решение не является панацеей, а доказательство хранения также не лишено проблем. Чтобы обнаружить наркотики у совершившего преступление, следует обыскать, его либо помещение, в котором он находится. Очевидно, что такие действия не могут быть предприняты безосновательно, только по подозрению, тем более что закон всегда предусматривает определенные гарантии неприкосновенности граждан, которые полиция не может нарушить. Эти гарантии не могут быть истолкованы слишком узко, для облегчения задачи полиции, поскольку тогда они не будут представлять достаточной защиты от происков полиции и иных ведомств. Тем не менее, постулат криминализации хранения наркотиков, как способ облегчения проведения действий, направленных против торговцев и производителей наркотиков, следует считать обоснованным. Основная проблема в том, чтобы за такое решение не платили, прежде всего, сами наркозависимые, которые в случае криминализации хранения становятся, как правило, очень легкой и, следовательно, основной целью активности полиции.

Решение этой дилеммы законодательствами и правоохранительными органами Западной Европы основывается на криминализации такого хранения, целью которого является введение вещества в наркооборот, либо его передача другому лицу (лицам). В то же время, поскольку доказательство намерений в каждом случае хранения наркотиков зачастую проблематично, для упрощения вводятся определенные презумпции, связанные, прежде всего, с количеством вещества. Если мы имеем дело с хранением небольшого количества наркотиков для собственного употребления, то такое действие не считается преступлением. Но если это большое количество, которое, грубо говоря, свидетельствует о намерении ввести данное вещество в наркооборот, такое хранение уже считается преступлением. Важно при этом то, что большая часть законодательств ввела так называемые «предельные величины», т. е. меры веса, которые обозначают границу между наказуемым и ненаказуемым хранением - во избежание необходимости истолковывать в каждом отдельном случае, что означает «незначительный размер». Такая процедура очень сложна с точки зрения законодательной техники, поскольку для каждого вещества предусмотрена своя предельная величина.

Такое решение не является идеальным и на практике может вызывать различные трудности. Часто его критикуют за то, что оно позволяет торговцам наркотиками избежать уголовной ответственности, поскольку они имеют при себе только допустимые количества вещества. Хотя такие случаи могут иметь место, следует помнить, что в области уголовного права по вопросам наркомании никогда нет идеальных решений, ко-

торые бы решили все проблемы. Всегда будут только лучшие и худшие решения, когда в одном месте выигрываешь ценой проигрыша в чем-либо другом. В данном контексте следует помнить о том, что в целях борьбы с торговлей наркотиками, устранение розничной уличной торговли имеет относительно минимальное значение, приоритетом должно считаться, прежде всего, устранение оптового наркооборота. Только препятствование его осуществлению ведет к серьезному ограничению доходов организованных преступных групп и создает возможность значительно ограничить доступ к наркотикам. При таком обороте, по его природе, мы имеем дело со значительными объемами веществ. А сможет ли полиция препятствовать осуществлению именно таких форм наркооборота – это уже вопрос компетентности полиции. Криминализация хранения только в крупных размерах дает полиции достаточные инструменты действия. В то же время, сами наркоманы остаются за пределами внимания правоохранительных органов, не будучи вынуждены уходить в подполье и имея свободный и неограниченный доступ к социальным и медицинским службам.

Следует подчеркнуть, что принятый Сеймом 24 апреля 1997 г. Закон «О противодействии наркомании»,⁹ удовлетворял, в силу ряда причин, постулаты пермисивного, позвольительного, подхода. В этом смысле закон соответствовал «мягкой» модели запретительной политики и создавал неплохие юридические основы для интерпретации проблемы наркомании, прежде всего, в качестве проблемы социальной политики и политики по здравоохранению, в том числе для беспрепятственного развития стратегии снижения вреда. Главным нововведением, в сравнении с правовой ситуацией, обусловленной действием закона 1985 года, было введение ст. 48 Закона «О криминализации владения наркотическими средствами и психотропными веществами». Это означало выполнение требований полиции облегчить преследование нелегальной торговли наркотиками. Это требование, однако, было удовлетворено таким образом, что ответственность за последствия его введения не должна была возлагаться на потребителей наркотиков. Ст. 48 п. 4 гласит, что: «лицо, хранящее наркотик либо психотропное вещество в незначительном размере для собственного пользования, не подвергается наказанию». То есть закон не предусматривал полной декриминализации хранения в «незначительных размерах». Все формы хранения наркотиков оставались в рамках данного решения запрещенными под угрозой наказания действием, а хранение в «незначительных размерах» являлось обстоятельством, исключающим только наказуемость, но не преступность действия. С точки зрения судебного процесса, это означает, что в соответствии со ст. 17 §1 п. 4 уголовно-процессуального кодекса в таких ситуациях не возбуждается уголовное дело (то есть принимается решение о не возбуждении дела), а уже начатое дело следует приостановить. Данное решение следует отнести, без сомнения, к решениям пермисивного характера, причем пермисивность осуществляется методом смешанного характера, то есть при использовании институтов материального и процессуального уголовного права, методом, означающим особый тип преследования.

Описанное выше решение, в целом, приемлемое, могло ряд сомнений. Прежде всего, появились сомнения относительно его соответствия требованиям ст. 3 п. 2 Конвенции ООН 1988 г. Решение, основанное на том, что хранение небольших объемов наркотиков для личного пользования остается преступлением, совершившее лицо не подлежит наказанию на основании исключительно общей клаузулы, не должно вызывать сомнений с точки зрения его соответствия Конвенции.

Более серьезной проблемой является то, что вопреки более ранним проектам, в окончательном варианте ст. 48 п. 4 была введена ссылка на оценочную категорию -

«в незначительных размерах». Более ранние проекты предусматривали специальное приложение, содержащее конкретные предельные величины, выраженные в мерах веса, для отдельных, наиболее популярных наркотиков. В конце концов, победил аргумент, что использованное в законе решение будет более эластичным, чем четко определенные пороги, что позволит правоохранительным органам – прежде всего, прокуратуре – на более эластичную интерпретацию данного норматива. К сожалению, многое свидетельствует о том, что подобная формулировка оказалась для правоохранительных органов «проклятым даром свободы». Не располагая достаточным опытом, полиция и прокуратура испытывали элементарные проблемы при определении, какое количество какого вещества можно считать «незначительным объемом». Возникли многочисленные практические трудности при применении данного положения, которые привели в последствии к внесению изменений в закон.

3. 2. Лечебная альтернатива наказанию

В законе 1997 года сохранились многие положения, разрешающие профилактические и лечебные мероприятия, а во многих случаях они были значительно расширены. Прежде всего, закон 1997 года не ввел изменений в области допустимости применения принудительного лечения. В ст. 13 сохранен принцип добровольного решения о начале лечения, реабилитации и реадaptации. Не введено также изменений в исключение от принципа добровольного начала, предусмотренное ст. 17 и касающееся направления семейным судом на принудительное лечение и реабилитацию несовершеннолетнего лица с зависимостью. Ст. 56 закона полностью отражает содержание ст. 34 закона 1985 г., что означает дальнейшую реализацию элементов принципа «лечить, а не наказывать». Это означает, что в случае приговора наркозависимого к условному лишению свободы за преступление, связанное с употреблением наркотиков либо психотропных веществ, лечение в период условного наказания носит обязательный характер. В то же время в случае приговора к реальному лишению свободы, закон предусматривает факультативное размещение лица в лечебном заведении перед отбывтием срока. Одновременно закон 1997 года ввел новое положение, а именно ст. 57, в ответ на требования ввести в польское законодательство положения, которые бы явным образом определяли принцип превосходства лечения над репрессией. Данное положение позволяет прокурору приостановить подготовительное производство в случае, если человек начнет лечиться. Возможности использования данного положения достаточно широки; а распространяется оно на преступления, предусматривающие не более, чем 5-летний срок лишения свободы, что охватывает большинство преступлений, типичных для наркозависимых, перечисленных как в законе о противодействии наркомании, так и в уголовном кодексе. После окончания лечения прокурор, принимая во внимание его результаты, продолжает вести дело или обращается к суду с просьбой условно прекратить дело. При чем во втором случае мы имеем дело с расширением допустимости использования данного инструмента, в сравнении с уголовным кодексом. Его можно применять, также как и приостановление производства, в случае, когда преступление предполагает наказание, не превышающее 5 лет лишения свободы. При этом кажется очевидным, что для сохранения смысла данной меры (взамен за лечение смягчение уголовной ответственности), в случае положительного результата лечения обращение в суд с просьбой об условном прекращении дела должно быть де-факто обязательным.

В то же время, можно задуматься, почему законодатель ограничил допустимость применения данного инструмента исключительно этапом подготовительного производства. Как кажется, возможность его применения должна существовать и во время судебного процесса. Зависимое лицо может только на данном этапе принять решение о

лечении, и предоставление такой возможности может оказаться более полезным, чем вынесение приговора и последующее использование ст. 56 закона о противодействии наркомании. Тем более что в случае реального лишения свободы лечение де-факто имеет характер принудительный. То же самое относится к продлению действия данного инструмента на этап исполнения наказания. Формулировка ст. 150 уголовно-исполнительного кодекса, касающаяся перерыва в исполнении наказания, не создает, как кажется, достаточного основания для применения этого инструмента в целях прохождения лечения за пределами места лишения свободы. Принимая во внимание ограниченные возможности такого лечения в условиях тюрьмы, предоставление такой возможности осужденному (например, после отбытия части наказания) было бы с любой точки зрения желательным.

3. 3. Программы снижения вреда

Описывая положения закона о противодействии наркомании, нельзя забывать о том, что впервые в Польше закон создал однозначную правовую основу для существования определенных форм стратегии снижения вреда, прежде всего, заместительной терапии. Ст. 15 п. 1 закона о противодействии наркомании явственно гласит, что наркозависимый может получать лечение в соответствии с программой, предусматривающей применение заместительной терапии. Следствием данного положения является то, что предоставление зависимым лицам метадона в рамках действующей на основании закона программы, не составляет действия, имеющего черты преступления, определенного в ст. 45 или 46 закона, то есть передачи другому лицу наркотика. Кроме общего подтверждения допустимости заместительной терапии, это положение только формально определяет требования в отношении такого лечения. Лечение может проводиться только государственными учреждениями службы здравоохранения после получения разрешения от начальника администрации области (в Польше – воеводы), которое должно быть выдано с согласия министерства, занимающего вопросами здравоохранения. Это означает, что негосударственные медучреждения не могут проводить программы заместительной терапии. Данное ограничение могло иметь смысл в девяностые годы. Сегодня, в связи с последствиями реформы системы здравоохранения, его существование безосновательно. Поэтому в настоящее время вполне справедливо предлагается это ограничение исключить.

Дополнительно, в целях пресечения всех недоразумений, возникавших за последние годы, следовало бы открытым, не вызывающим сомнений, путем разрешить вопрос допустимости заместительной терапии в местах лишения свободы, как в отношении находящихся в предварительном заключении, так и отбывающих наказание. Нет никаких оснований считать, что данный метод лечения может быть доступен только на свободе, но не за решеткой. Проблема является очень важной, поскольку касается лиц, начавших лечение метадонам еще на свободе, и в отношении которых позднее было возбуждено дело за действия, которые они совершили до начала лечения. Помещение их в предварительное заключение с последующим осуждением к лишению свободы без возможности продолжения заместительной терапии является, как правило, сведением на нет результатов проведенного ранее лечения. Поэтому прокуроры в случае таких лиц должны как можно чаще применять ст. 57 закона (приостановление производства на время лечения). Если это невозможно, осужденные должны иметь возможность получать заместительную терапию во время пребывания в предварительном заключении и в месте лишения свободы.

Более подробно заместительная терапия регулируется в Польше распоряжением министра здравоохранения и социальной защиты от 6 сентября 1999 г «по вопросам

заместительной терапии»,¹⁰ изданным на основании положений ст. 15 пкт. 5 закона о противодействии наркомании 1997 г. Это распоряжение было существенным образом изменено распоряжением министра здравоохранения от 19 июня 2004.¹¹ Основное значение имеет §2 пкт. 1 данного распоряжения, где определяются, прежде всего, требования, каким должен соответствовать наркозависимый, чтобы получить разрешение на лечение. К этим требованиям относятся: возраст 18 лет (ранее – 21 год), по крайней мере, трехлетний стаж зависимости, безуспешность предпринимаемых до сих пор попыток лечения традиционными методами. Интересно, что данное положение не определяет точно (как это делают некоторые метадоновые программы в Западной Европе) число таких безуспешных попыток. На основании того, что используется множественное число, можно сделать вывод о том, что, по крайней мере, должно было быть 2 такие попытки. Соблюдение этого требования, как и двух оставшихся, не носит безусловного характера, поскольку §2 п. 2 распоряжения допускает возможность приема участника в виде исключения, если даже он не соответствует критериям, но этого требует его состояние здоровья. В этом случае основной причиной может являться наличие вируса ВИЧ или гепатита С. В первоначальном тексте распоряжения 1999 года сомнение вызывало содержание §2 п. 3, требовавшего обязательного исключения из программы лица, в случае которого три или пять последовательных анализов мочи в течение 6 последних месяцев, подтвердили прием наркотического средства или психотропного вещества, отличного от принимаемого при лечении. Требование, чтобы пациенты сдавали анализы мочи, а также предусмотренные распоряжением последствия положительных результатов означают, что в Польше допускаются исключительно высокопороговые метадоновые программы, что, возможно, и является обоснованным. Сомнения вызывало определение критериев исключения из программы в документе на уровне распоряжения министра, а также обязательный характер этого исключения. С точки зрения врача, это распоряжение означало значительное вмешательство в лечебный процесс, и было трудным для выполнения на практике. Такие вопросы должны решаться на уровне правил отдельных программ, а чаще всего – при использовании индивидуального подхода в конкретных ситуациях и случаях. Поэтому следует с удовлетворением отметить внесение изменений в §2 п. 3 вышеупомянутым распоряжением 2004 г., в результате которых исключение из программы стало факультативным, то есть зависящим исключительно от решения руководителя программы. Необыкновенно существенное изменение в 2004 г было внесено в §5 распоряжения. Положения этого параграфа в настоящее время определяют довольно детально ситуации, в которых вследствие появления временного препятствия, предотвращающего прибытие пациента в медицинское учреждение, проводящее метадоновую программу (в настоящее время это по-прежнему может быть только государственное медучреждение), замещающее вещество может быть принято пациентом по месту жительства без присутствия врача либо медсестры. Это означает, что замещающее средство может выдаваться про запас и «домой». Ранее отсутствие такой возможности приводило к многочисленным проблемам и осложнениям. Сегодня такая возможность предусмотрена на период от 2 до 4 дней, в исключительных случаях – даже до 14 дней.

Стоит вспомнить, что положения закона 1997 года не ограничивали допустимости иных форм стратегии снижения вреда, таких как, например, программы раздачи наркозависимым стерильных шприцев и игл, а также их обмена. В соответствии с содержанием ст. 4б облегчение использования наркотиков (в отличие от их передачи или склонения к их употреблению) было наказуемо только в том случае, если отражало стремление к материальной выгоде или преследовало индивидуальные цели. Это оз-

начает, что уголовная ответственность сотрудников таких программ даже не принимается в расчет и, таким образом, легальность этих программ не может подвергаться сомнению. То же самое можно сказать о допустимости существования так называемых «гигиенических помещений», хотя в последнем случае необходимы еще дополнительные постановления административного характера, однозначно определяющие основания и формы их деятельности.

4. Дополнения к Закону о противодействии наркомании 1997 года и их последствия

Ряд решений Закона «О противодействии наркомании 1997 года», а прежде всего сохранение в основном либерально-лечебного характера польского законодательства в области наркотиков, стало так называемой «песчинкой в глазу» польских «ястребов» политики по наркотикам. Уже 3 июня 1998 года, т. е. через полгода после вступления в силу закона 1997 года (что имело место 15 октября 1997 г.), когда результаты его действия еще практически были не ощутимы, на рассмотрение главы польского сейма был предложен проект дополнений к этому закону. Основным элементом проекта было исключение ст. 48 пкт. 4 Закона, т. е. отказ считать небольшое количество наркотика, предназначенного для собственного использования, достаточным основанием для вынесения наказания. В обосновании этого проекта говорилось: «опыт работы полицейских показал, что наркодилеры часто имеют при себе только небольшое количество этих веществ». Одновременно следует подчеркнуть, что формулировка ст. 48 п. 4 облегчает борьбы с торговцами и дилерами. В связи с этим предлагаемые изменения в Законе «О противодействии наркомании» имеют своей целью повышение ответственности за участие в торговле наркотиками.¹² Не говоря уже о том, насколько «велик» мог быть опыт полиции в течение всего нескольких месяцев действия закона, следует обратить внимание еще на другие «оригинальные» формулировки обоснования, например: «торговцы – зная правовые реалии – старательно выбирают места сделок и также распространяют наркотики среди тех, кого они знают лично или тех, кого им порекомендовали знакомые. Определенная связь между покупателем и торговцем не позволяет на практике привлечь покупателя в качестве свидетеля по уголовному делу. Все дела, которые вела полиция в 1997 году и в которых выдвигались обвинения по ст. 48, касались исключительно лиц, имевших при себе только значительное количество наркотиков».¹³

Одновременно подчеркивалось, что отказ считать небольшое количество наркотика, предназначенное для собственного использования, достаточным основанием для вынесения наказания, не позволяет эффективно бороться со спросом на наркотики, поскольку способствует возникновению терпимого отношения к наркотикам. Сторонники этой точки зрения придерживались мнения, что законодатель должен однозначно подвергнуть наркотики отрицательной оценке, введя реальное наказание за их наличие. Это должно повысить эффективность уголовного права и уголовных санкций при снижении потребления наркотиков посредством более действенного выполнения общепреventивных функций, как в их негативной форме (отпугивание), так и, прежде всего, позитивной (влияние на правовое сознание и нравственность).

В связи с этим следует заметить, что изменение структуры выявленной наркопреступности имело в Польше место еще перед вступлением в силу закона 1997 года. Следовательно, полиция оказалась в состоянии повысить свою эффективность по вы-

явлению нелегального наркооборота в ситуации, когда наличие наркотиков вообще не являлось преступлением. Дело в том, что до 1995 года, несмотря на поступающую информацию о лавинообразном приросте контрабанды наркотиков, их нелегального производства и распространения, что нашло свое отражение в увеличении и усилении наркопреступности, структура выявленной наркопреступности в Польше оставалась неизменной, по сравнению с периодом до 1990 года. Поскольку по-прежнему среди выявленных наркопреступлений преобладало незаконное выращивание мака. Например, в 1992 году было выявлено 1631 такое преступление, что составило 63,9% всех преступлений, выявленных на основании закона 1985 года, в 1993 году – 3577 (64,2%), а в 1994 году – 3040, что составило 77,4% всех преступлений, выявленных на основании закона 1985 года. Однако, еще в 1995 году 2780 таких преступлений равнялось только 64,9% всех наркопреступлений. При этом второе место занимало нелегальное производство наркотиков, хотя доля преступлений подобного типа явно снижалась. Обнаруженные случаи продажи наркотиков в этот период колебались от 9,4% (240 случаев) в 1992 году до 7,3% (288 случаев) в 1994 году от всего числа выявленных наркопреступлений. Такая ситуация объяснялась тем, что полиция была бессильна по отношению к торговцам – по причине некриминализации хранения наркотиков. Справедливо, однако, упоминалось об инертности полиции, которая, ожидая появления новых правовых инструментов, не проявляла свою активность. Обоснованность данной точки зрения подтверждается драматическим изменением структуры выявленной наркопреступности, которое имело место в 1996-1997 годах, т. е. еще перед принятием и вступлением в силу нового закона. В 1996 году процент выявленных случаев нелегального выращивания мака снизился до 38,5% (2634 случая), а в 1997 году до 31,8% (2518 случаев). При этом в этих же годах было выявлено соответственно 3058 (45,1%) и 3507 (44,3%) случаев передачи другому лицу наркотических средств или психотропных веществ, попадающих под ст. 31 или 32 закона 1985 года. Как мне кажется, основная причина таких радикальных изменений структуры выявленной наркопреступности связана с факторами организационного характера, а именно, с созданием в Главном полицейском управлении и в ряде нескольких районных управлениях соответствующих отделов, занимающихся наркопреступностью. Таким образом, полиция преодолела свою инертность и начала более эффективную борьбу с нелегальным наркооборотом. Та же тенденция наблюдалась и в период действия нового закона. В 1998 – 1999 годах доля случаев нелегальной передачи наркотиков, подпадающих под ст. 45 и 46 закона 1997 года возросла, соответственно, до 65,5% (10762 случаев) и 65,9% (10305 случаев). Таким образом, нелегальная передача наркотиков начинает занимать господствующее положение в структуре выявленной наркопреступности. При этом не было необходимости широко прибегать к таким дополнительным формулировкам, как нелегальное хранение наркотических средств или психотропных веществ с целью введения их в оборот. Более того, после вступления в действие нового закона, появилась возможность использования таких дополнительных формулировок. Однако она не привела к революционным изменениям в структуре выявленной наркопреступности. В 1998 году действия, квалифицированные по ст. 48 п. 1-3 закона 1997 года составили только 7,9% (1308 случаев) от числа всех выявленных наркопреступлений, а в 1999 году – 12,1% (1896 случаев).

В связи с вышесказанным, постулаты о внесении изменений в Закон о противодействии наркомании, следует считать типичным примером того, когда с грязной водой выливают и ребенка. Даже если их авторы и руководствовались стремлением облегчить борьбу с нелегальной торговлей наркотиками, можно иметь обоснованные сомнения

в том, что изменения в Законе о противодействии наркомании смогли каким-либо образом способствовать осуществлению этой цели (изменения эти были введены Законом от 26 октября 2000 года «Об изменении закона о противодействии наркомании»¹⁴ и вступили в силу 11 декабря 2000 года). Теми, кто заплатил за эти нововведения были, несомненно, наркозависимые или лица, принимающие наркотики: в возбуждаемых против них делах элементы репрессивного характера стали преобладать над мероприятиями из области социальной политики и политики по здравоохранению – хотя перед этим все божились, что это не является целью предлагаемых нововведений. Дело в том, что проблема толкования уголовным правом хранения наркотиков «в незначительном» размере, является своего рода небезызвестной квадратурой круга. Каждая попытка ее решения означает, что будет отдано предпочтение одной из противостоящих точек зрения наркополитики. Криминализация хранения «в незначительных» размерах может в некоторых ситуациях определенным образом облегчить борьбу с торговлей (хотя и не является волшебным оружием, «дубинкой», при помощи которой удастся победить торговцев¹⁵), но заплатят за это чаще всего наркозависимые и лица, принимающие наркотики. Отсутствие криминализации или ее ограничение послужит на пользу политике в отношении наркопотребителей, хотя заплатить за это, может быть, придется, определенными трудностями в работе полиции – которые однако, не следует преувеличивать.

Отмечая негативные последствия изменений закона 1997 года, следует, прежде всего, подчеркнуть, что в результате криминализации хранения «в незначительном размере» наркопотребители уходят в подполье. В связи с этим становится все более трудным осуществление разумной политики снижения вреда, состоящей из мероприятий в области здравоохранения и социальной помощи. Нельзя, однако, забывать, что именно потребители наркотиков, а не настоящие дилеры являются потенциально самой легкой целью «проактивных» действий полиции. Предыдущая структура выявленной наркопреступности, когда с середины 90-х годов начинают преобладать случаи передачи или хранения наркотика в значительном размере, свидетельствовала о наиболее правильном стремлении полиции бороться с нелегальным сбытом. При этом ст. 48 закона 1997 года действительно была полезна при преследовании наиболее серьезных случаев хранения, которые явно были связаны с нелегальным наркооборотом. Эта ситуация изменилась в худшую сторону. Опыт тех стран, где криминализируются все без исключения случаи хранения наркотиков, показал, что случаи хранения в незначительном размере начинают, несомненно, играть главенствующую роль в структуре выявленной наркопреступности. В их числе, в свою очередь, преобладают случаи «консумпции», а не случаи хранения дилерами. Другими словами, полная криминализация хранения в незначительном размере рано или поздно приводит к тому, что можно назвать «охотой на мальков», что фактически не играет никакой роли в борьбе с нелегальным сбытом наркотиков, но при этом вызывает ряд негативных побочных последствий.

Доступные статистические данные, как кажется, подтверждают такое положение вещей. В результате дополнения к Закону о противодействии наркомании, которое было внесено в 2000 году, прежде всего, резко увеличилось количество зарегистрированных наркопреступлений. В 2001 году было зарегистрировано 29 230 таких действий, что означало увеличение на более чем 30% по сравнению с 2000 годом, когда действовал ещё закон 1997 года в своём первоначальном варианте, и когда было зарегистрировано 19649 таких преступлений. В 2002 году произошло увеличение до 36 178 зарегистрированных наркопреступлений (увеличение на очередные 20%), а в 2003 году – 47 605 (увеличение еще на 31,5%). В общем, в течение трёх лет количество зарегистри-

рованных наркопреступлений выросло почти в полтора раза (увеличение на 142%). Значительная доля этого увеличения, была результатом резкого прироста количества зарегистрированных преступлений, подпадающих под ст. 48 закона 1997 года, в связи с хранением наркотиков. В 2000 году, ещё до вступления в силу дополнения к закону, по данным полиции было зарегистрировано 2 815 таких преступлений. В 2001 году их количество выросло до 6 651, что означало увеличение почти на 140%, таким образом, количество этих преступлений увеличилось более, чем в 2 раза. В 2002 году их количество возросло до 11 960, что опять означает увеличение почти в два раза по отношению к предыдущему году (увеличение на 80%). Итого, в течение двух лет количество зарегистрированных случаев хранения наркотиков увеличилось более, чем в три раза. В результате, случаи хранения наркотиков, что в 2000 году составляли неполные 15% от всех зарегистрированных наркопреступлений, в 2002 году составляли уже 33%, а точнее – 1/3.

Подобная динамика картины выявленной наркопреступности может, конечно, интерпретироваться в качестве доказательства правильности проведённой реформы и успеха в борьбе с торговлей и дилерами. Отсутствие эмпирических исследований, посвящённых этому вопросу, не позволяет однозначно оценить эту проблему. Однако многое указывает на то, что большинство случаев мелкого хранения наркотиков, которые стали выявляться в массовом порядке после 2000 года, это необязательно действия, совершаемые профессиональными дилерами, которых сейчас настиг «карающий меч правосудия». Виновники таких преступлений – это, прежде всего, потребители наркотиков, которые выявляются достаточно случайно в результате разных интенсифицированных действий полиции. Вторую группу составляют наркоманы, которые, как всем известно, часто занимаются мелкой, розничной торговлей наркотиками, чтобы финансировать свои собственные потребности в области приобретения наркотиков. При прежнем правовом положении они оставались, как правило, безнаказанными. Сегодня они несут уголовную ответственность. Фактически, торгующие наркотиками наркоманы являются проблемой для каждой системы отправления правосудия, т. к. не очень понятно как рассматривать совершаемые ими преступления: как типично потребительские или связанные с созданием предложения. Во многих странах побеждает, однако, тенденция рассмотрения этих действий в качестве потребительских действий или, по крайней мере, к ним применяется подход, отличный от подхода к типичным «дилерским» действиям, совершаемым торговцами, не употребляющими наркотики. Дело в том, что заполнение пенитенциарных учреждений наркозависимыми, которые торгуют наркотиками, считается действием, лишённым смысла как с точки зрения воздействия на виновников, так и с точки зрения общего эффекта, когда такие действия оказывают на доступность наркотиков. Влияние таких действий на предложение наркотиков на рынке равно почти нулю.

В польских условиях негативные последствия дополнения к закону 2000 года усугубляются двумя дополнительными обстоятельствами. Прежде всего, следует отметить, что при сегодняшнем правовом положении практически все случаи хранения наркотиков, предназначенных для собственного использования в незначительных количествах, должны быть квалифицированы как менее значительные случаи, определённые в ст. 48 п. 2 закона 1997 года, за которые предусмотрено наказание штрафом или лишением свободы. Такова логика этого положения и трудно себе представить другие, ещё более мелкие случаи хранения, которые могли бы предусматриваться в этом положении. Тем временем доступные данные указывают на то, что это положение на практике применяется относительно редко. В 2001 году количество обвинительных приговоров

по ст. 48 закона 1997 года составило 959. Обвинительных приговоров за менее значительные случаи, определённых в п. 2 этого положения, было 301, т. е. почти 1/3. В 2002 году количество обвинительных приговоров по ст. 48 составило в свою очередь 2 047, из них за менее значительные случаи 626, т. е. также чуть меньше 1/3

Возникает подозрение, что значительная часть действий, совершаемых наркозависимыми и другими потребителями, может быть квалифицирована как правонарушение по ст. 48 п. 1 закона, т. е. фактически как действия наркоторговцев, где верхняя граница законного наказания составляет 3 года лишения свободы! В принципе можно усомниться, заслуживает ли большинство этих людей такого же обращения, как и профессиональные дилеры. Даже при настоящем положении вещей ситуация могла бы выглядеть лучше, если бы прокуроры чаще обращались в таких случаях к возможностям, созданным статьёй 57 закона 1997 года, т. е. приостановления подготовительного производства при условии, что виновник пройдёт курс соответствующего лечения. Отсутствуют, правда, статистические данные, касающиеся использования этого положения на практике. Сигналы, поступающие от практиков, указывают, на то, что, в сущности, положение не работает. Это результат того, что прокурорам не выгодно приостанавливать производство, а потом писать заявления об условном прекращении судебного производства. Проще сразу же составить обвинительный акт, т. к. это означает, что вопрос решён. Не касаясь оценки такого дискреционного применения данного инструмента Закона о противодействии наркомании, это одновременно означает, что в Польше на практике принцип «лечить вместо того, чтобы наказывать» не работает!

В связи с вышесказанным, очень интересны результаты эпидемиологических данных, полученных во время исследований Европейское исследование употребления алкоголя и других веществ в школах (*European School Survey on Alcohol and other Drugs, ESPAD*), проводившихся в Польше уже трижды в 1995, 1999 и 2003 годах Янушем Серославским и Институтом психиатрии и неврологии (Серославски 2003). Они однозначно показывают, какое влияние на общественную действительность, в данном случае явление употребления наркотиков, оказали действия законодателя, направленные на ужесточение закона. Исследования 2003 года показывают, что по оценке опрошенной молодёжи в возрасте от 16 до 24 лет доступность наркотических средств и психотропных веществ, т. е. размеры их предложения, возросла. Речь идёт о проценте респондентов, которые на вопрос о том, трудно ли при желании достать наркотики ответили, что это было бы очень легко. В общем, по оценке польской молодёжи, доступ к наркотикам прост и не требует больших усилий или стараний. Это особенно касается самых популярных наркотиков таких, как марихуана или амфетамин: более половины опрошенных утверждали как в 1997 году, так и в 2003, что эти наркотики легкодоступны. Что касается самых опасных средств, таких как героин или кокаин, оценка легкой доступности была ниже, но в 2003 году около 40% молодых респондентов утверждало, что доступ прост. Но не это самое важное в этих результатах. Особенно бросается в глаза то, что за период между 1997 годом (т. е. ещё до ужесточения Закона «О противодействии наркомании») и 2003 годом (т. е. через три года после вступления новых положений в силу), доступность всех без исключения наркотиков, по оценке опрошенных, увеличилась. В случае некоторых средств, таких как марихуана, амфетамин или ЛСД увеличение, правда, было небольшим, но их доступность и перед этим была очень высокой. Что касается таких средств как экстази, героин, кристаллический кокаин или крэк, то увеличение временами было огромным. Выводы напрашиваются сами. В результате введения дополнений к Закону о противодействии наркомании прирост доступности наркотиков не только не снизился, но даже не был стабилизирован. Такие средства как

экстази, героин или крэк, которые именно на переломе столетий начали широко входить на польский рынок, не встречали на своем пути особых препятствий, а жесточечные законы, которое должно было принципиально улучшить эффективность борьбы с деятельностью наркоторговцев, ни к чему не привело.

Была ли в таком случае достигнута вторая цель, а именно снижение спроса, т. е. уменьшение размеров потребления наркотиков в немедицинских целях? Результаты исследований «ESPAD» указывают на то, что и в этой области дополнение к закону потерпело фиаско. На это указывает сравнение ответов на вопросы о потреблении респондентами когда-либо в жизни некоторых наркотиков, которые были получены в 1995, 1998 и 2003 годах. Тенденции, которые появились в обеих исследуемых возрастных категориях (15-16 и 17-18 лет) несколько отличаются. Дело в том, что в младшей возрастной категории в обоих случаях, а именно, и в случае амфетамина и ЛСД, в 2003 году отмечено определённое снижение размеров потребления. В остальных случаях ситуация была стабильной (экстази), или наблюдалось небольшое увеличение (кокаин), или существенное увеличение (марихуана). А в старшей категории, т. е. 17-18-лет, тенденции к снижению не было вообще, а увеличение размеров потребления таких веществ, как марихуана или амфетамин, было очень значительным.

Комментируя эти результаты, я, прежде всего, хочу подчеркнуть, что нельзя снижение двух веществ, отмеченное в 2003 году в группе подростков 15-16 лет, приписывать действию дополнения к Закону о противодействии наркомании - тем более, что это снижение касалось лиц в возрасте ниже возрастного порога уголовной ответственности. Это или временное колебание, или результат определённых изменений в образцах потребления наркотиков, которые происходят абсолютно независимо от влияния факторов криминально-политического характера. В старшей возрастной категории тенденция увеличения была однозначна и проявилась в отношении всех наркотиков. Таким образом, и в данном случае дополнение к закону и усиление репрессивного характера уголовного права, в сочетании с реальным расширением сферы его применения не достигли намеченных целей. Ни отпугивающее воздействие, ни генеральное превентивное воздействие не привели к существенному уменьшению спроса на наркотики, и тем самым к уменьшению потребления этих веществ. Следует подчеркнуть, что аргумент о том, что с момента введения дополнения к закону для получения желаемых результатов прошло слишком мало времени, весьма натянут. Как правило, принимается, что - особенно если речь идёт об отпугивающем эффекте - влияние ужесточения законодательства происходит наиболее интенсивно непосредственно после вступления в силу новых положений. Со временем их действие ослабевает. Таким образом, также при реализации второй цели, которую ставило перед собой дополнение к Закону «О противодействии наркомании», имело место фиаско.

Отсутствие результатов и ряд негативных побочных последствий исключения ст. 48 пкт. 4 Закона о противодействии наркомании - это не единственный результат изменений, внесенных в закон в 2000 году. В Закон о противодействии наркомании было введено ещё одно существенное изменение, которое, возможно, негативно повлияло на возможности реализации в Польше стратегии снижения вреда. Проблема заключается в новом содержании ст. 45 Закона о противодействии наркомании. Это положение пенализировало ранее только передачу или склонение к употреблению наркотического средства или психотропного вещества. Облегчение их употребления могло быть, максимум, правонарушением, определённым в ст. 46 закона, но при условии, что виновник действовал с целью достижения материальной выгоды. Это означало несомненную легальность программ обмена игл и шприцев. Дополнение к закону из-

менило содержание ст. 45 путём добавления новых формулировок «в виде облегчения или предоставления возможности употребления наркотического средства или психотропного вещества». Таким образом, облегчение или предоставление возможности стало наказуемым также тогда, когда виновник не действует с целью достижения материальной выгоды, что может означать фактическую делегализацию программ обмена игл и шприцев. Трудно сказать, было ли это осознанной целью дополнения к закону или только может служить примером отсутствия мышления у законодателя. В любом случае, в результате, возникла ситуация, которая в течение определённого времени на практике парализовала деятельность пунктов обмена игл и шприцев. Обошлось, правда, без задержания и вынесения обвинительных приговоров работникам этих пунктов. Не дающие покоя действия полиции – ссылающейся вдруг на действующий принцип легализма – во многих случаях результативно отпугнули потенциальных клиентов пунктов. Конечно, нет сомнений, что можно предложить разумную интерпретацию ст. 45 п. 1 в новом звучании, принимая, что это положение своим распоряжением охватывает только такие случаи облегчения или предоставления возможности употребления наркотиков, целью которых не является защита здоровья наркоманов. Иначе говоря, предоставление наркозависимым стерильных игл и шприцев не происходит с целью облегчения приема наркотиков или предоставления им такой возможности, а с целью защиты этих людей, а также всего населения от распространения ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний. Принятие такой интерпретации в течение определённого времени, однако, зависело исключительно от здравого смысла и доброжелательного отношения полиции и прокуратуры.

Эта проблема была разрешена посредством очередного дополнения к закону 1997 года, принятого Сеймом 6 сентября 2001 года.¹⁶ Это дополнение к закону, на ряду с другими изменениями, ввело дополнительный подпункт б к ст. 1 п. 2 Закона «О противодействии наркомании», где определяется, какие виды деятельности включает в себя понятие противодействие наркомании. Добавленный пункт ясно определяет, что это понятие включает также «ограничение вреда здоровью, вызванного употреблением наркотических средств и психотропных веществ». В результате такой формулировки стратегия снижения вреда получила, в некоторой степени, официальный статус в польской наркополитике. Тем самым все положения закона 1997 года в случае каких-либо сомнений должны интерпретироваться в пользу программ снижения вреда. Это касается также ст. 45 закона. В результате содержание ст. 1 п. 2 подпункта б означает, несомненно, что программы обмена игл и шприцев не могут рассматриваться как предоставление возможности или облегчение употребления наркотиков в понимании ст. 45 закона.

Подводя итоги, можно сказать, что дополнение к Закону «О противодействии наркомании», принятое в октябре 2000 года, должно быть оценено как однозначный регресс. В результате польское законодательство в области наркотиков и наркомании двинулось в неправильном направлении. Законодательство, в течение многих лет проявлявшее умеренность и рассудок и признававшее первенство средствам социальной политики и политики по здравоохранению, что выражалось в пермисивном, ориентированном на лечение подходе, пошло в направлении ограничительного подхода. Самым большим парадоксом такого положения вещей является то, что в большинстве европейских стран уже много лет мы имеем дело с медленной эволюцией в прямо противоположном направлении: поиска большей пермисивности и расширения профилактических и лечебных действий. С этой точки зрения существовавшее ранее польское законодательство в значительной степени было примером того, к чему сегодня

стремятся многие страны Европейского Союза. На пороге приёма в Европейский Союз Польша приняла решения, которые нас от того же Союза более отдалили, чем к нему приблизили.

5. Направления дальнейшего развития польского законодательства в области наркотиков и наркомании

Несмотря на то, что определённые негативные последствия дополнения к закону 2000 года, например, угроза возможности продолжать программы обмена игл и шприцев, были нивелированы, и была достигнута существенная либерализация в области метадоновых программ, состояние польского законодательства в области наркотиков и наркомании по-прежнему далеко от постулированной пермисивно-лечебной модели. При таком положении вещей следует однозначно поприветствовать последнюю инициативу Государственного бюро по противодействию наркомании и Министерства здравоохранения, которые подготовили проект нового Закона о противодействии наркомании. Новый закон, прежде всего, должен более точно привести польское законодательство в соответствие с требованиями, вытекающими из факта вступления в Европейский Союз. Кроме новых положений, касающихся целого ряда детальных вопросов технического характера, связанных, в том числе, с вопросами компетенции и контролем за легальным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, этот проект содержит два необычайно важных предложения с точки зрения реализации пермисивного и лечебного подхода к потребителям наркотиков, совершающим преступления. Прежде всего, этот проект содержит предложение восстановить ненаказуемость за хранение небольшого количества наркотиков, предназначенных для собственного использования (ст. 62 п. 3 проекта). Это практически – кроме определённых косметических изменений – возврат к решению, принятому в 1997 году. Предложение, конечно, правильное, хотя можно несколько усомниться в правильности способа его реализации. Уже говорилось, что одной из главных проблем, связанных с применением на практике положения ст. 48 пкт. 4 закона 1997 года, было отсутствие выражаемых в мерах веса предельных значений, обозначающих верхнюю границу понятия «незначительное количество». Точное описание таких предельных значений является сложной процедурой с законодательной точки зрения, т. к. требует отдельного описания этих значений для каждого средства. Это можно сделать в виде соответствующего приложения к закону, однако, это требует предварительного определения этих значений, что всегда вызывает много споров. Однако недавние российские достижения в этой области показали, что это выполнимо. Поэтому жаль, что не были предприняты усилия по разработке такого перечня. Его отсутствие может стать причиной возврата практических сложностей, которые встретились при применении ст. 48 п. 4.

Вторым очень ценным предложением проекта нового закона является исправление и значительное расширение положений, являющихся основой применения принципа «лечить вместо того, чтобы наказывать» (ст. 73-75 проекта). Кроме исправления некоторых очевидных законодательных ошибок, которые вкрались в ст. 57 Закона «О противодействии наркомании 1997 года», проект предлагает смелое расширение инструмента приостановления производства с целью предоставления возможности потребителям наркотиков, совершающим преступления, пройти курс соответствующего

лечения или быть подверженным другим формам воздействия. За это они могут ожидать определенного смягчения уголовной ответственности. Итак, новые положения предлагают, прежде всего - согласно постулатам, описанным ранее в литературе и образцу аналогичных решений других стран – расширение возможности приостановления производства также на период судебного производства. Это должно увеличить число обращений к данному инструменту, который до настоящего момента был мертвым вследствие дискреционного подхода прокуратуры. Более того, эта возможность распространяется также на период исполнения наказания, т. к. проект предусматривает возможность предоставления перерыва в исполнении наказания лишением свободы, с целью прохождения соответствующего лечения вне места заключения. Стоит также отметить, что проект предлагает существенное нововведение в отношении субъектов применения таких инструментов. Дело в том, что инструмент, определённый в предыдущей статье 57 Закона «О противодействии наркомании», мог применяться исключительно в отношении тех лиц, совершивших преступления, которые являлись наркозависимыми. На практике это оставило вне сферы применения этого инструмента тех, кто совершил преступление, не являясь наркозависимым или принимая средства, о зависимости от которых вообще трудно говорить. Это вопрос спорный: заслуживают ли такие лица, совершившие преступления, особого подхода, и должен ли принцип «лечить вместо того, чтобы наказывать» вообще применяться по отношению к ним? Дело в том, что можно не без оснований спросить, какая форма лечения вообще имеется в виду. Вместе с тем, однако, можно также не без основания утверждать, что нарушения закона, которые совершают эти лица, могут по сути быть вызванными употреблением наркотиков, и что в таких случаях можно и следует предпринимать соответствующие попытки профилактического, образовательного и терапевтического воздействия. Поэтому проект закона предусматривает, что положения, касающиеся приостановления производства, могут применяться не только в отношении совершивших преступления лиц, являющихся в понимании закона наркозависимыми, но также и тех, кому угрожает зависимость от наркотиков. Это, несомненно, новаторское положение, которое, однако, уже имеет аналоги в некоторых других странах.

Не подлежит сомнению, что если предложенные положения станут действующим законом, их правильное функционирование на практике будет зависеть от тесного сотрудничества и взаимопонимания между правоохранительными органами и органами юстиции, с одной стороны, и учреждениями и организациями, занимающимися лечением, терапией, реабилитацией и профилактикой наркозависимости, с другой стороны. В польских условиях это не так просто и очевидно. Дело в том, что цели, которые ставят себе в сфере наркополитики эти две группы субъектов: наказание - с одной стороны, и лечение – с другой, часто трудно совместить, более того, считается, что они находятся во взаимном противоречии. Одной из основных проблем современной наркополитики является то, что криминально-политические цели, реализованные путём репрессий, слишком часто одерживают верх над целями социальной политики и политики по здравоохранению, реализованными с помощью терапии и социальной работы. Мне кажется, что во многих странах Европейского Союза предпринимается в последние годы много усилий по успешному совмещению этих двух целей в рамках наркополитики. Результатом этого является также углубление взаимопонимания между различными субъектами, реализующими эту политику. Если предлагаемые Министерством здравоохранения решения примут форму действующего закона, это означало бы, что польское законодательство в области наркотиков и наркомании возобновило движение в направлении, намеченном европейскими тенденциями.

ПРИМЕЧАНИЯ

- ¹ Под «преступлениями без жертв» в криминологии подразумеваются такие преступления, которые происходят в результате соглашения между преступником и жертвой, как это происходит хотя бы в случае сделки между дилером и наркоманом. Конечно, можно утверждать, что наркоман тут является «по сути» жертвой. С чисто правовой точки зрения эта жертва, однако, также является преступником, т. к. ей грозит уголовная ответственность наравне с «настоящим» преступником.
- ² Является очевидным, что во многих случаях пострадавшие не делают этого по различным причинам: недоверие к полиции, страх перед мстью, отсутствие времени, пренебрежение инцидентом и т. п. Однако они всегда могут это сделать. Но ни дилер, ни тот, кто приобретает наркотики, в этом не заинтересованы.
- ³ Например, в Польше около 70% - 80% всех уголовных производств возбуждается в результате обращения в полицию потерпевшего. Дела, возбуждённые в результате активности самой полиции (поимка с поличным, деятельность агентов и т. п.), приводят к раскрытию относительно небольшого процента преступлений.
- ⁴ Термин пермисивность, наверное, не самое удачное определение этого подхода, т. к. он предполагает толерантность и даже одобрение употребления наркотиков. Однако не об этом идёт речь, а только о сужении криминализации и отказе от применения в отношении потребителей наркотиков уголовных санкций, что не является равнозначным толерантности употребления.
- ⁵ Под запретительными преступлениями следует понимать все действия, запрещённые под страхом наказания, которые являются последствием существования запретительной политики, и таким образом, пенализирующие нарушения запрета оборота и употребления наркотиков в немедицинских целях. В польских условиях – это все преступления, определённые в разделе 6 Закона «О противодействии наркомании 1997 года».
- ⁶ Под обычными преступлениями следует понимать преступления, определённые в Уголовном кодексе и других законах, которые могут совершаться всеми. Некоторые из них, такие как кражи, грабежи, мошенничество и т. п., достаточно типичны для лиц, зависимых от наркотиков.
- ⁷ Однако нельзя забывать, что в США эти вопросы регулируются в значительной степени на уровне законодательства штатов, а не федерального законодательства. В связи с этим следует помнить, что во многих штатах США имеют место элементы пермисивизма в отношении конопли, заключающиеся в том, что хранение этого вещества декриминализовано и наказывается только относительно небольшими административными штрафами. В свою очередь уже на протяжении нескольких лет во многих штатах появляются элементы ориентации на лечение в виде «судов по нарушениям законодательства в отношении наркотиков», которые могут назначить потребителям наркотиков альтернативные лечебные методы, а не уголовное наказание.
- ⁸ Следует, однако, помнить, что в скандинавских странах проявляются также элементы ориентации на лечение, поскольку там существует богатая альтернатива наказанию. Однако, уже традиционно, часто при реализации этих средств преобладают элементы принуждения, а не добровольности.
- ⁹ «Вестник законов» № 75, поз. 468 с последующими изменениями.

¹⁰ «Вестник законов» № 77, пол. 873.

¹¹ «Вестник законов» № 128, пол. 1349.

¹² Сейм Республики Польша III созыва, документ 631.

¹³ Последнее утверждение парадоксальным образом подтверждает, что постановления, принятые в ст. 48 закона 1997 года оказались верными: они предоставили полиции средство, облегчающее преследование более серьезных случаев хранения наркотиков, служащих прикрытием для торговли наркотиками, когда это невозможно доказать непосредственно.

¹⁴ Вестник законов № 103 от 27 ноября 2000 г., пол. 1097.

¹⁵ Так это нововведение назвала во время посвященной изменению закона пресс-конференции Президента Республики Польша, состоявшейся 17 XI 2000, министр Барбара Лабуда.

¹⁶ Вестник законов № 125, пол. 1367.

БИБЛИОГРАФИЯ

N. Dorn, J. Jepsen, E. Savona (red): European Drug Policies and Enforcement (Европейская политика в отношении наркотиков и ее выполнение), Houndsmills, London 1996.

M. Friedmann: Der Drogenkrieg ist Verloren. Interview mit dem Amerikanischen Nobelpreisträger Milton Friedmann über eine Legalisierung des Rauschgiftmarktes (Война с наркотиками проиграна. Интервью с американским лауреатом Нобелевской премии Милтоном Фридманом), Der Spiegel nr 14/1992.

K. Frieske, R. Sobiech: Narkomania. Interpretacje problemu społecznego (Наркомания. Понимание общественной проблемы), Warszawa 1987.

J. A. Inciardi: The Drug Legalization Debate (Дебаты о легализации наркотиков), Beverly Hills 1991.

K. Krajewski: Sens i bezsens prohibicji (Смысл и бессмысленность прогибиционизма). Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii, Kraków 2001.

A. R. Lindesmith: The Addict and the Law (Наркозависимые и закон), Bloomington 1965.

R. J. MacCoun, P. Reuter: Drug War Heresies. Learning from Other Vices (Ересь о войне с наркотиками. Слушая другие голоса), Times, & Places, Cambridge 2001.

E. A. Nadelmann: Global Prohibition Regimes: The Evolution of Norm in International Society (Режимы общего прогибиционизма. Эволюция нормы в международном сообществе), International Organization, t. 44 (1990), s. 479 – 526.

P. Reuter: Hawks Ascendant: the Punitive Trend of American Drug Policy (Наследники «ястребов»: тенденции в американской наркополитике), Daedalus, t. 121 (1992), s. 15 – 52.

J. Sieroslawski: Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2003 r. (Употребление алкоголя и наркотиков среди школьников. Отчет о всепольском исследовании 2003 г.), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2003.

Th. Szasz: The Morality of Drug Controls, (Нравственная сторона в контроле за наркотиками) в: R. Hamowy (red) Dealing with Drugs. Consequences of Government Control (Проблема наркотиков: последствия правительственного контроля), San Francisco 1987, s. 327 – 351.

A. S. Trebach, J. A. Inciardi: Legalize It? Debating American Drug Policy (Легализация? Дебаты в американской наркополитике), Washington D. C. 1993.

Роль и влияние закона и правоприменения в снижении вреда и эпидемии ВИЧ/СПИДа

Ханс Йорг Альбрехт*

1. Вступление

Определить роль и влияние закона и правоприменения в снижении риска употребления внутривенных наркотиков и ВИЧ/СПИДа (и других заболеваний, передающихся половым путем) нелегко. Это объясняется сложностями, с которыми приходится сталкиваться при попытках изучить эффекты законодательства и правоприменения. Проведение исследований, посвященных влиянию и последствиям закона и правоприменения осложнено тем фактом, что проверить причинно-следственные, или казуальные отношения между ними непросто. Это, в свою очередь, является следствием проблем при осуществлении экспериментов, в которых группы, подвергающиеся воздействию разных окружений в плане закона и правоприменения и разных правовых политик, набираются по произвольному принципу; кроме того, часть проблем связана, как правило, с очень сложными вопросами, возникающими при изучении казуальных связей между законом, правоприменением и различными политическими целями. Именно поэтому в оценке результатов, вытекающих из различий в законах и правоприменении, огромную роль сыграли и продолжают играть сравнительные исследования.

2. Предполагаемые причинно-следственные связи между законом, правоприменением, употреблением инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИДом

Первым шагом в поисках ответа на вопрос о роли и функциях закона и правоприменения в сдерживании или распространении ВИЧ/СПИДа и других проблем, которые очевидно связаны с употреблением внутривенных наркотиков, несомненно, должно стать определение различных подходов к политике в данной области, обсуждавшихся в течение последних десятилетий. В настоящий момент наиболее очевидное для нас отличие в политике разных стран связано с признанием и осуществлением стратегии снижения вреда, которая в большинстве стран применяется в попытке смягчить угрозы, которые несет с собой распространение ВИЧ. Подход снижения вреда связан с законом и правоприменительными практиками в том плане, что прежде всего именно правовая система определяет возможность разработки и осуществления конкретной стратегии снижения вреда. В целом, законодательство в отношении наркотиков всегда включало уголовные законы, которые в принципе могут оказать влияние на стратегию снижения вреда, криминализуя поведение, предусматриваемое этими политиками. Так,

они могут предусматривать уголовную ответственность за поведение (например, распространение или хранение шприцев), которое с одной стороны может рассматриваться как направленное на снижение риска (поскольку доступность чистых шприцев, несомненно, снижает риск передачи ВИЧ через использованные иглы или шприцы), но с другой стороны — с точки зрения употребления наркотиков — может считаться повышающим риск (так как доступность шприцев очевидно обеспечивает возможность употребления внутривенных наркотиков). Таким образом, правовая система может служить источником серьезных конфликтов, коренящихся в различиях между общими моделями контроля за поведением, где политика и решения принимаются с одной стороны органами криминального правосудия, а с другой — административными органами. В целом, если говорить о политике в отношении наркотиков, необходимо примирить между собой две модели контроля. Это — «игра с нулевым исходом», заложенная в подходе уголовного правосудия к контролю за поведением, и модель, основанная на переговорах, призывах к осмотрительности, уговорах и т. п., которые превалируют в системе здравоохранения или общеадминистративной системе. Исследования в других областях политики выявляют проблемы, которые приходится решать при попытке интегрировать между собой эти «конкурирующие» модели контроля.¹ Основным последствием такого рода политики стало господствующее положение уголовного законодательства в формировании наркополитики. Уголовное право служит для определения границ, в пределах которых могут применяться другие подходы к проблемам, связанным с наркотиками — так как законы о преступлениях, связанных с наркотиками, всегда могут использоваться для оценки любого действия, предпринятого для решения этих проблем. Это особенно четко проявляется в законах, криминализирующих назначение наркотиков в медицинских целях или распространение их через аптеки, или в законах против поощрения и поддержки употребления запрещенных наркотиков, под действие которого подпадает практически любая деятельность в этой области. В стратегическом смысле такие законы используются в случае возникновения противоречий относительно общего курса, который должна принять политика в отношении наркотиков.² Однако с переключением фокуса на снижение вреда область применения подобных «всеохватывающих» законов была несколько ограничена, когда в конце 1980-х — начале 1990-х годов программы обмена игл и специальные учреждения для безопасного употребления наркотиков нашли установленную законом основу своей деятельности во многих юрисдикциях, что освободило их от угрозы уголовного наказания.

Другая возможная причинно-следственная связь между правоприменением, употреблением инъекционных наркотиков и проблемами, связанными с ВИЧ, заложена в агрессивных формах правоприменительной деятельности, если они вынуждают потребителей наркотиков к рискованному поведению при употреблении наркотиков. По общему мнению, это относится к конкретным законодательствам и конкретным законодательным актам, касающимся употребления наркотиков. Подчеркнутое внимание к борьбе с поставками наркотиков оправдывается такими целями, как снижение доступности наркотиков, сохранение высоких цен на наркотики и лишение потенциальных наркоторговцев стимула поставлять наркотики. С другой стороны, политика, нацеленная на потребителей наркотиков и регулирование спроса является выражением противоречивого отношения к употреблению наркотиков и наркозависимости.³ Хотя уголовная система Германии склоняется к принципу, что причинение физического вреда самому себе или попросту аморальное поведение не должны рассматриваться как уголовные правонарушения, т. е. употребление запрещенных наркотиков не является

наказуемым деянием, некоторые признаки позволяют предположить, что потребители наркотиков вновь могут стать непосредственным объектом уголовного права. Поскольку поведение, которое должно рассматриваться как предварительное условие потребления наркотиков — например, хранение или приобретение наркотиков, является наказуемым преступлением, уголовный закон о наркотиках в сущности, несомненно, распространяется на наркозависимых и на лиц, злоупотребляющих наркотиками. Тем не менее, новый (карательный) подход к проблеме употребления наркотиков выражается в позиции, что наркотики опасны лишь потому, что есть люди, желающие употребить их. Этот довод предполагает, что черный рынок зависит от спроса, а потому объектом правоприменительной практики должны стать люди, формирующие спрос и тем самым активно поддерживающие деятельность черного рынка — то есть снижение спроса приведет к снижению предложения. Эта позиция была выражена в предложении назначить двухлетний срок лишения свободы за употребление запрещенных наркотиков (независимо от вида употребляемых наркотиков).⁴ Так, Швеция, Франция, Швейцария и США ввели законодательства, которые криминализуют употребление наркотиков и предусматривают уголовные наказания (и принудительное лечение) для потребителей наркотиков.

В этом случае деятельность по применению законов о наркотиках может осуществляться в рамках попыток разрушить местные наркорынки. Однако при таких (агрессивных) формах правоприменения на потребителей оказывается давление, которое может с одной стороны предотвратить приобретение и употребление наркотиков, с другой же — способствовать повышению риска, связанного с моделями употребления наркотиков, которые развиваются в качестве реакции на такие «разрушительные» правоприменительные практики.

Таким образом, роль и влияние закона и правоприменения в снижении вреда, вызываемого употреблением инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИДа, зависят от того, каким образом закон и правоприменение связаны с употреблением наркотиков с одной стороны, и с риском, возникающим при употреблении внутривенных наркотиков — с другой.

3. Сравнительные и лонгитюдные исследования: роль рестриктивной и либеральной правоприменительной деятельности

Оценочные исследования фокусируются, главным образом, на сравнении между странами с рестриктивными и либеральными правоприменительными политиками, исходя из предположения, что политика, направленная на ограничение употребления наркотиков с помощью жестких правоприменительных мер, находится в тесной связи с более высокой распространенностью ВИЧ. Как упоминалось выше, основной подход, используемый для проверки этой гипотезы, основан на методах сравнительных исследований. Другой вариант — лонгитюдные исследования, отслеживающие развитие моделей передачи ВИЧ в течение некоего периода времени, оценивая изменения в политиках, правовой системе и правоприменительных моделях. Третий тип исследований — это (контрольные) эксперименты по изменению правового окружения через обеспечение доступа к контролируемым веществам или же к различным методам употребления контролируемых или запрещенных наркотиков в условиях, предусматривающих минимизацию или снижение риска.

Сравнительные исследования стремятся с одной стороны выявить страны, где применяются рестриктивные или жесткие законы или правоприменительные модели, а с другой стороны классифицируют эти страны в зависимости от уровней распространенности ВИЧ (речь идет о передаче ВИЧ через употребление наркотиков). С подобными попытками связан ряд интересных проблем: прежде всего, необходимо изучать реально существующие практики правоприменения (которые, несомненно, не совпадают с практиками, предусмотренными «книжным» законом);⁵ во-вторых, необходимо убедиться в том, что передача ВИЧ (или других заболеваний) является результатом совместного использования игл или другими видами рискованного поведения, связанного с наркотиками (например, проституцией), а не других факторов. Описанные методы применялись в Европе, где различия в законах о наркотиках и моделях правоприменения поддаются оценке в формате как сравнительных, так и продольных исследований.

Хотя оценочные исследования всегда являются сравнительными, большинство из них, в частности исследования, резюмирующие существующие знания о применении и результатах наркополитик и мер по решению проблемы наркотиков, представляют собой традиционные сводки о современной ситуации.⁶ Такие исследования предпринимались довольно часто с целью придти к каким-либо выводам о профилактике распространения ВИЧ среди потребителей внутривенных наркотиков, результатах программ заместительной терапии, подходах обмена игл и политиках снижения вреда в целом,⁷ предоставлении героина потребителям,⁸ а также о политиках, не предусматривающих преследования за употребление и т. д. Однако подобный подход к резюмированию и систематизации исследований, с величайшей тщательностью примененный по всем правилам теории мета-анализа, в итоге не учитывает специфику культурного, правового и социального контекста или окружения, в котором осуществлялось каждое из используемых исследований.

При содействии базирующегося в Риме Межрегионального научно-исследовательского института ООН по вопросам преступности и правосудия (ЮНИКРИ) были проведены серии сравнительных исследований, результаты которых опубликованы в 1970-х — 1980-х гг. Эти исследования были посвящены следующим темам: «Изучение злоупотребления наркотиками» (1976 г.),⁹ «Борьба со злоупотреблением наркотиками и преступлениями, связанными с наркотиками» (1984 г.)¹⁰ и «Наркотики и наказание» (1988 г.).¹¹ Проект 1976 г. по изучению злоупотребления наркотиками в разных странах на самом деле был основан на методе, который принято называть «страновыми исследованиями». Выбор этого подхода объяснялся серьезными различиями в качестве и количестве доступных данных по разным странам. Было отмечено, что исследователи с самого начала не имели возможности придерживаться первоначального плана — сравнить уровни и модели злоупотребления наркотиками — поскольку неоднородность официальных баз данных оказалась слишком велика. Речь здесь, очевидно, идет о невозможности ограничить основные параметры оценки рамками единой системы. Сравнение этих разных «страновых исследований» и выводы, сделанные на основе этого сравнения, позволяют авторам утверждать, что кросс-культурный подход дает «поверхностную и искаженную картину». В сущности, это исследование не является сравнительным — скорее, оно представляет собой описание отдельных «случаев», расставленных по порядку и оцениваемых один за другим

Цель исследования 1984 г. состояла в том, чтобы пролить свет на взаимосвязь между жесткостью, или строгостью, уголовных санкций и уровнями преступности, связанной с наркотиками, в разных странах. При таком подходе сравнить разные системы

было, бесспорно, нелегко, если не невозможно. Здесь снова была затронута проблема проведения международных сравнительных исследований, однако авторы не сделали никаких выводов, а просто описали проблемы, возникающие при попытке сравнить разные системы, используя базы данных по этим разным системам. В связи с этим, было решено сузить охват исследования, сфокусировавшись на изучении таких вопросов, как «жесткость» систем, «тяжесть» зависимости и выбор уголовных нарушений, которые считаются наиболее серьезными преступлениями (убийство, изнасилование, грабеж, мошенничество, нанесение телесных повреждений и разного рода имущественные преступления). Жесткость систем и тяжесть зависимости оценивались на основе разных критериев (в первом случае — на основе мер наказаний, предусмотренных уголовным законодательством). Чтобы получить соизмеримые данные по практикам вынесения приговоров нарушителям законов о наркотиках в разных системах использовались вымышленные случаи (и фиксировалась реакция системы на них). Подобное исследование также не может считаться сравнительным, хотя ограничение и выбор переменных, очевидно, были сделаны для того, чтобы обеспечить равнозначность единиц исследования. Однако авторы не объясняют, почему использованные категории следует считать равнозначными. Выводы для политики, следующие из полученных результатов, заключались в существовании непосредственной связи между карательными санкциями и повышенным уровнем преступности, связанным с наркотиками.

Исследование 1988 г. было направлено на получение полной и современной картины существующих карательных санкций за преступления, связанные с наркотиками, и общих тенденций вынесения приговоров лицам, совершающим такие преступления. Для этой цели было проведено исключительно сравнение законодательств в отношении наркотиков для выявления различий и сходных черт в правовых системах, без каких-либо попыток обнаружить связь между этими структурами и их возможным влиянием на политику. Так или иначе, информация о системе назначения наказаний (то есть об осуществлении законов о наркотиках) была собрана лишь в некоторых из стран, охваченных исследованием. Большинство стран, включенных в анализ, не смогли предоставить статистической информации, разбитой по типам преступлений, характеристикам преступников, видам наркотиков и т. д. В связи с этим результатом исследования стало простое перечисление основных тенденций разработки как основных, так и процессуальных законов.

С 1983 г. Группа «Помпиду» (Pompidou Group) осуществляет исследование по злоупотреблению наркотиками, охватывающее несколько городов. Это исследование опирается на сравнительный дизайн и включает различные индикаторы злоупотребления наркотиками. Первый отчет был опубликован в 1987 г., отчет о последующих наблюдениях — в 1994 г.¹² Данное исследование несколько более тщательно продумано в плане сравнительной методологии, поскольку используемые в нем индикаторы основаны на стандартизированных инструментах с одной стороны и на разных подходах к концепции злоупотребления наркотиками — с другой. Здесь однако, и это признают сами авторы, также сложно осуществить основательный и значимый сравнительный анализ ситуации в разных странах и городах,¹³ так как большая часть собранных и использованных в нем данных, группируются вокруг исторических, административных и других схем, имевших разные характеристики в разных странах и потому с трудом поддающихся оценке и контролю. Проблема исторически, культурно и национально структурированных данных и форм поведения рассматривается как проблема интерпретации доступных данных, и лучше всего, по мнению авторов, с ней могут справиться специалисты, близко знакомые с городами, где проводилось сравнительное исследо-

вание. Таким образом, данные, собранные на основе унифицированной и стандартизированной методики интерпретируются с качественной точки зрения, что обеспечивается исследователями, знакомыми с соответствующим городом и имеющими возможность использовать дополнительную (не собирающуюся в ходе исследования) информацию, полученную из других источников. Благодаря этому при анализе учитывается конкретный контекст собранных данных с помощью интервью, основанных на более или менее качественном подходе и посвященным специфическим знаниям и специфической информации о городах, в сочетании с количественными унифицированными процедурами сбора данных в городах, охваченных исследованием. Другой ключевой элемент процесса сравнения данных — четкая определенность процедур сбора данных и четкая формулировка определений, используемых при разработке основных индикаторов и переменных.

Здесь также необходимо упомянуть ежегодные отчеты Европейского центра мониторинга по наркотикам и наркозависимости (European Monitoring Centre on Drugs and Drugs Addiction, EMCDDA), посвященные проблеме наркотиков в Европейском Союзе. Опираясь на количественные данные, собранные с помощью стандартизированного (насколько это возможно) метода, эти отчеты пытаются с качественной стороны оценить такие проблемы, как распространенность употребления наркотиков в странах Европейского Союза, тенденции во времени, возникновение новых моделей употребления наркотиков и доступность различных наркотиков.¹⁴

Исследование 1989 г. «Европейская политика в отношении наркотиков» представляет собой свод существующих знаний и профессиональных представлений о наркополитике европейских государств.¹⁵ Здесь основное внимание уделялось выявлению главных тенденций развития наркополитики и законодательства в отношении наркотиков (включая как фундаментальные законы, так и процессуальное право). Кроме того, помимо чисто эмпирических данных и информации о законах о наркотиках и масштабах проблем, связанных с наркотиками, в исследование были включены также нормативные тенденции, связанные с правовыми дебатами и дискуссиями, касающимися национальных наркополитик. Подобного рода подход был применен позже, в 1990 г., в ходе мелкомасштабного обзора европейских наркополитик, проведенного швейцарскими исследователями. В 1990-х гг., европейская исследовательская деятельность стала развиваться значительно интенсивнее, прежде всего благодаря инициативам, осуществлявшимся через Европейский мониторинговый центр по наркотикам. Так, например, исследование эволюции репрессивной и медицинской систем контроля за наркотиками в европейских странах охватывало Францию, Нидерланды, Швейцарию, Италию, Великобританию.¹⁶ Однако с точки зрения сравнительного метода, цели этого исследования очевидно ограничены обменом информацией и ее обсуждением.

Стремясь придти к основательным выводам о корреляции между формированием и осуществлением наркополитик, о различных индикаторах, используемых при описании масштабов проблем, связанных с наркотиками, а также об успешности достижения целей наркополитики, Ройбанд (Reuband, 1992) сравнил наркополитику и ее результаты в Германии и в Нидерландах.¹⁷ Исследование Ройбанда наиболее тщательно продумано в плане использования разных индикаторов распространенности и тенденций распространения проблем, связанных с наркотиками. Более того, исследование тщательно реконструирует немецкую и голландскую наркополитику и их фактическое осуществление, тем самым формируя контекст, внутри которого могут интерпретироваться индикаторы проблем, связанных с наркотиками.

Не так давно было проведено сравнительное исследование, посвященное ситуации с наркотиками в странах скандинавского региона.¹⁸ Это исследование охватывало политические аспекты, а также распространенность и тенденции распространения употребления наркотиков, однако исследователи не пытались оценить разные и несходные между собой политики скандинавских стран. Основная задача, очевидно, заключалась в том, чтобы описать основные элементы национальных наркополитик, уровень и тенденции распространения употребления наркотиков, а затем сопоставить друг с другом эти описания наркополитик и проблем с наркотиками, выявленных в четырех скандинавских странах. Эти описания используются для тщательного изучения сходных черт и различий, однако данный подход не может быть применен для проверки гипотез о казуальных отношениях между наркополитикой и такими показателями их воздействия, как распространенность и тенденции распространения употребления наркотиков. Однако такого рода подход, без сомнения, весьма перспективен, поскольку он позволяет достичь более глубокого понимания процесса развития наркополитик в отдельно взятых странах и возникновения различий между ними.

Похожее, хотя и более масштабное сравнительное исследование было проведено Ройбандом на основе показателей распространенности и других эмпирических данных, связанных с употреблением наркотиков. Сравнительный анализ данных, собранных в ходе исследования, охватывающего разные страны Европы, позволил сделать следующий вывод: «применение разных политик может быть связано со сходными уровнями распространенности, а применение сходных политики может быть связано с разными уровнями распространенности».¹⁹ Тот же самый вывод относится к корреляции между политиками и уровнями употребления героина и численностью наркозависимых.²⁰

Попытка сравнить североамериканские и европейские наркополитики и их результаты описана в отчете об исследовании Ройтера, Фалько и МакКауном 1993 г. (Reuter/Falco/MacCoun).²¹ Цель этого проекта состояла в том, чтобы сравнить проблему наркотиков и наркополитику в Западной Европе и Северной Америке на основе различных критериев и индикаторов. Исследователи пришли к заключению, что хотя в политическом дискурсе в Северной Америке европейские наркополитики упоминаются достаточно часто, в действительности информация о характере и результатах применяемой в разных странах наркополитики крайне ограничена. Авторы указывают на различия в доступности исследований, посвященных употреблению наркотиков, и проблемы, вытекающие из этих различий. Однако, опираясь на доступную информацию, они описывают волны употребления героина, оказавшие воздействие как на Северную Америку, так и на Европу в период с 1960-х по начало 1980-х гг., и указывают на различия в опыте употребления кокаина и крэка в разных странах. Оценки численности наркозависимых и уровня смертности, связанной с употреблением наркотиков, не выявило существенной корреляции между ними. В заключение рассматриваются процессы осуществления наркополитик. Автор приходит к выводу, что, несмотря на относительно сходную формулировку законов, существуют довольно отчетливые различия в их осуществлении: в проведении арестов, вынесении приговоров и других аспектах (например, тестирование на наркотики) применения законов о наркотиках. В связи с этим авторы заключают, что за единодушием в отношении важности преследования и наказания за поставку наркотиков, стоит расхождение в целях, преследуемых наркополитиками США и Европы. В Европе, утверждают исследователи, несмотря на существенные различия в декларируемой наркополитике, отмечается меньше различий в ее практическом осуществлении; явный приоритет отдается снижению вреда.²² Менее убедительные результаты

были получены в плане относительных показателей. Так или иначе, был сделан вывод, что до последнего времени имел место «недостаточный обмен информацией» между странами, находящимися по разные стороны Атлантики, а также внутри Европы.²³

В 1996 г. было опубликовано исследование, посвященное определению моделей политики в отношении наркотиков, используемых в разных странах Европы.²⁴ Задача проекта состояла в описании различных моделей наркополитики в сравнительной перспективе и разработке типологии наркополитик. Однако его конечная цель не совсем ясна. В нем утверждается, что разработка типологии позволит классифицировать конкретные виды наркополитики или создать единую теорию, а также что подобная типология может послужить (эмпирической) отправной точкой для разработки «сценариев» наркополитики. Кроме того, такая типология должна послужить основой для принятия решений по проблеме наркотиков.²⁵ Но никак не поясняется, как именно будут достигнуты все эти цели — авторы утверждают, что в задачи данного сравнительного исследования не входит оценка выявленных моделей наркополитики. Однако, если задачи исследования ограничены такими соображениями, единственной практической целью сбора информации о разных элементах заграничных наркополитик, может стать описание моделей. В число городов, охваченных исследованием, входили Франкфурт, Гетебург, Лион, Модена, Роттердам, а также кантон Валлис (Швейцария). Как утверждают исследователи, они специально выбрали города, относящиеся к одной (западно-европейской) культуре и имеющие сходные экономические условия, чтобы решить проблему неоднородности экономических, культурных и социальных контекстов. Этого, по их мнению, достаточно для того, чтобы иметь возможность сравнить наркополитики, применяемые в этих городах. Более того, упоминания о европейской культуре и схожих экономических условиях (сходство которых, однако, не уточняется), служит, по словам авторов, «Достаточным основанием для того, чтобы рассматривать это исследование как опирающееся на максимально однородные условия и характеристики». Результаты, основанные в сущности на анализе содержания газет, интервью с ключевыми фигурами, обзоре документов и юридических материалов и визитах на места проведения проектов, позволяют выявить три основные модели наркополитик: модель снижения вреда, терапевтическая модель и, наконец, модель контроля.²⁶

Серия статей объединена общими темами, такими как основные модели контроля над употреблением запрещенных наркотиков.²⁶ Вместе с тем, очевидна необходимость отследить «идеальные формы» моделей контроля за наркотиками, выявив их основные элементы. Проблема такого типа анализа связана с явным недостатком эмпирических данных. В результате удастся установить лишь довольно слабую связь между индикаторами употребления наркотиков и проблем, связанных с наркотиками, с одной стороны, и существованием определенных моделей контроля в ряде стран — с другой.

ВОЗ провела несколько сравнительных исследований, посвященных изучению законодательства, регулирующего лечение наркозависимости и алкоголизма. Используемая в ходе этих исследований сравнительная методология основана на подходе, учитывающем исторический контекст и роль формулировок законов и позволяющем выявить основные тенденции дискурса наркополитики и осуществления законов в отношении наркотиков. В число использованных источников входят тексты национальных законодательств, опубликованные отделом ООН по наркотическим средствам, полные тексты и краткие изложения основных положений законодательств, опубликованные в международном дайджесте законодательства в области здравоохранения, личные беседы со специалистами в исследуемых странах и законодательные документы, хранящиеся в архивах ООН и местных правительств.

Всесторонний сравнительный анализ развития политик в области алкоголя и их воздействия на проблему употребления алкоголя был опубликован в 1981 г. Мякеля и соавт.²⁸ В нем для изучения социального, экономического, культурного и исторического контекста, в котором разрабатываются алкогольные политики в странах, охваченных исследованием, и в котором интерпретировались индикаторы производства и потребления алкоголя, а также для оценки проблем, связанных с алкоголем, был применен макроподход. Преимущества такого подхода к проведению международных сравнительных исследований в области алкоголя связаны с тем фактом, что контроль за алкоголем и за проблемами и моделями поведения, связанными с алкоголем, на самом деле являются исторически, культурно и национально обусловленным социальным феноменом. Данный подход хорошо подходит для объяснения природы подобных феноменов. Исследователи фактически провели анализ и интерпретацию данных по каждой стране на мета-уровне, затем реконструировали на его основе историю развития контроля за алкоголем и проблемами, связанными с алкоголем, выявленными в каждой из стран. В завершение было проведено сравнение этих «историй» на новом мета-уровне анализа. Развитие наркополитик может быть реконструировано с помощью такого же метода, который был применен для изучения политик в отношении алкоголя.²⁹

Однако результаты, которые дают такого рода исследования, конечно, довольно ограничены. Считается, что существует некая главная тенденция, указывающая на отсутствие четкой и последовательной взаимосвязи между законом и правоприменением с одной стороны и распространенностью употребления наркотиков, ВИЧ и других проблем, связанных с употреблением наркотиков — с другой. В Южной Европе, например, где были отмечены длительные периоды либеральной или неагрессивной правоприменительной практики в отношении потребителей, зафиксированы весьма высокие уровни распространенности употребления внутривенных наркотиков и ВИЧ. Швеция и Голландия, которые в восьмидесятые и девяностые годы представляли собой два крайних варианта европейской наркополитики имеют близкие уровни употребления внутривенных наркотиков и показатели ВИЧ и СПИДа, связанных с употреблением наркотиков.³⁰ Те же цифры получил Ройбанд, который пришел к выводу, что уровень употребления наркотиков среди молодых людей и распространенность проблем, связанных с наркотиками, никак не зависят от типа наркополитики, принятой в стране.³¹ Употребление наркотиков и проблемы с наркотиками зависят от других переменных, чем те, которые обычно рассматриваются официальными наркополитиками. Исследование Ройбанда также показывает, что спрос на наркотики и употребление наркотиков не зависят от различий в уголовных законах о наркотиках или от различий в практическом применении этих законов.³² Употребление наркотиков лучше всего объясняется интенсивностью связей с другими потребителями наркотиков, принадлежащих к тем же возрастным и социально-экономическим группам. Волны употребления наркотиков, например, волна употребления конопли в 1960-е гг. и эпидемия героина в 1970-е гг., несомненно, были связаны с возникновением молодежных культур; то же самое относится к росту употребления амфетаминов и экстази в 1990-е гг.

В более поздних исследованиях изучались попытки снизить распространение ВИЧ и сопутствующих проблем в исправительных учреждениях, где употребление внутривенных наркотиков продолжает оставаться проблемой. Отсутствие шприцев и игл в местах лишения свободы — где с 1980-х гг. отбывает заключение все большее число наркопотребителей — вызывает опасения, что тюрьмы могут стать плодородной почвой для распространения всевозможных проблем, связанных с употреблением внут-

ривенных наркотиков. В действительности опыт тюремного заключения является наиболее точным прогностическим фактором ВИЧ-инфекции после проституции и длительности употребления внутривенных наркотиков.³³ В этой связи закон и правоприменение будут иметь определенное значение, поскольку практики назначения наказаний могут предусматривать содержание потребителей в местах лишения свободы или за их пределами. Кроме того, они могут играть роль в создании в тюрьмах условий, допускающих доступ к средствам менее рискованного употребления внутривенных наркотиков (или обеспечивающих абсолютную изоляцию исправительных учреждений от внешнего мира, что, очевидно, неосуществимо на практике). Число оценочных исследований в данной области явно ограничено. Однако анализ результатов исследований показывает, что профилактика ВИЧ может осуществляться с помощью программ обмена игл и консультирования в области ВИЧ в условиях тюрем.³⁴ ВОЗ уже опубликовала основные принципы политик и правовых основ работы в исправительных учреждениях: они предусматривают проведение в них программ консультирования, заместительной терапии метадонном и обмена игл, подобных программам, доступным потребителям наркотиков за пределами тюрем.³⁵

Влияние таких стратегий, как обеспечение законного доступа к метадону или героину по назначению медицинских специалистов, на ВИЧ/СПИД или другие заболевания, связанные с употреблением внутривенных наркотиков, стало объектом исследования, посвященного оценке эффективности программ предоставления метадона и героина. Результаты этого исследования продемонстрировали явные, хотя и не большие, изменения в состоянии здоровья потребителей инъекционного героина, которым на законных основаниях предоставлялся метадон или героин.³⁶ Очевидно, что среди участников программ поддерживающей терапии распространение ВИЧ происходит более медленно. Однако остается неясным, — из-за проблем, возникающих при осуществлении рандомизированных исследований, — с чем именно связаны такие результаты: исключительно с поддержкой героином или метадонном или же с программой в целом — поскольку такие программы, как правило, предусматривают целый комплекс мероприятий, направленных на снижение риска, связанного с совместным использованием игл и т. д.

4. Выводы

На основе результатов, которыми мы располагаем сегодня, нелегко сделать выводы о роли и влиянии закона и правоприменения на проблемы, связанные с употреблением внутривенных наркотиков, и в частности на проблемы, связанные с ВИЧ.

В целом, по-видимому, эти результаты свидетельствуют о том, что репрессивные и рестриктивные наркополитики, основанные на применении уголовного законодательства, усугубляют общие условия употребления внутривенных наркотиков, которые имеют очевидную связь с более высоким риском ВИЧ и другими проблемами. Условия исправительных учреждений, «наркосцены»¹⁷ и местные экономические системы, связанные с наркотиками, где значительную роль в поиске средств для приобретения наркотиков играет проституция, несомненно, оказывают серьезное влияние на распространение ВИЧ и проблем, связанных с употреблением наркотиков. В связи с этим, закон и правоприменение должны быть ориентированы на стратегии, снижающие подобные риски. В частности, потребители внутривенных наркотиков не должны содержаться в тюрьмах (то есть должны быть введены законы, предусматривающие особые оговорки в отношении потребителей при вынесении им приговоров).

Совершенно очевидно, что мы не располагаем данными ни по распространению ВИЧ, ни по распространенности и тенденциям распространения рискованного употребления внутривенных наркотиков, которые дали бы нам основания для надежной оценки масштабов корреляций или относительной прочности казуальных связей между законом, и правоприменением, ВИЧ и т. д. Здесь важное значение могли бы иметь сравнительные исследования, однако форма таких исследований оказывается сложно применима на практике. Кроме того, пока что знания, накопленные в ходе таких исследований, подтверждают мнение о том, что в целом не для объяснения основных моделей употребления наркотиков (включая употребление внутривенных наркотиков), а основных характеристик медицинских проблем, связанных с наркотиками, необходимо исследовать иные факторы, чем закон и правоприменение. Качественные исследования также могут внести ценный вклад в формирование знаний о воздействии закона и правоприменения на поведение потребителей, связанное с наркотиками и сопутствующими проблемами.

С другой стороны, можно с уверенностью заключить, что закон и правоприменение должны предусматривать возможность экспериментов и не допускать подавляющего господства уголовного права — такая позиция создает препятствия для осуществления наркополитики, которые опиралась бы на информацию, позволяющую проводить эксперименты и добиваться изменений.³⁷

БИБЛИОГРАФИЯ

1. See Albrecht, H. -J., Leppä, S. (Eds): *Criminal Law and the Environment* (Уголовное право и окружение). HEUNI: Helsinki 1992
2. See Körner, H. H. : *Das Betäubungsmittelgesetz — ein gesetzgeberischer Flickenteppich* (Закон о наркотических средствах — лоскутный ковер для законодателя). *Strafverteidiger* 1994, pp. 514–519, p. 519
3. Albrecht, H. -J. : *Addiction, Intoxication, Criminal Law and Criminal Justice: An Introduction* (Зависимость, интоксикация, уголовное право и уголовное правосудие: Вступление). In: *European Addiction Research: Special Topic Section: Addiction and the Law*. Guest Ed. H. -J. Albrecht. Karger, Basel u. a. 1998, 85–88.
4. Katholnigg, O. : *Ist die Entkriminalisierung von Betäubungsmittelkonsumenten mit scharfen Maßnahmen zur Eindämmung der Betäubungsmittelnachfrage vereinbar?* (Возможно ли объединить декриминализацию потребителей наркотиков с жесткими мерами по снижению спроса на наркотики?) *Goltdammers Archiv für* 74. *WAR ON DRUGS Strafrecht* 137(1990), pp. 193–200.
5. See eg. Ferret, J. : *L' Autre Europe des Drogues. Politiques des Drogues Dans Cinq Pays d' Europe. Espagne, Portugal, Hongrie, Pologne et Bulgarie* (Наркотики в другой Европе. Политика в отношении наркотиков в 5 странах Европы. Испания, Венгрия, Польша и Болгария). *La Documentation Française: Paris* 2000.
6. For an overview see MacCoun, R., Reuter, P. : *Interpreting Dutch Cannabis Policy: Reasoning by Analogy in the Legalization Debate* (Интеграция голландской политики в отношении конопли: доводы на основе аналогий в дебатах о легализации). *Science* 278(1997), pp. 47–52.
7. Nadelmann, E., McNeely, J., Drucker, E. : *International Perspectives* (Международные перспективы). In: Lowinson, J. H. et al. (Eds): *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. 3rd Ed., Baltimore 1997, pp. 22–39.

8. Krausz, M., Uchtenhagen, A., van den Brink, W. : Medizinisch indizierte Heroinverschreibung in der Behandlung Drogenabhängiger. Klinische Versuche und Stand der Forschung in Europa. (Медицинское назначение героина в лечении наркозависимых. Клинические опыты и положение исследований в Европе) *Sucht* 45(1999), pp. 171–186.
9. Moore, J. J. : Investigating Drug Abuse. A Multi-National Programme of Pilot Studies into the Non-medical Use of Drugs (Изучение злоупотребления наркотиками. Многонациональная программа пилотных исследований в области немедицинского использования наркотиков). Rome 1976.
10. Bruno, F. : Combatting Drug Abuse and Related Crime. Comparative Research on the Effectiveness of Socio-Legal Preventive and Control Measures in Different Countries on the Interaction Between Criminal Behavior and Drug Abuse (Борьба со злоупотреблением наркотиками и преступностью. Сравнительное исследование эффективности социально-юридических мер профилактики и контроля в разных странах — взаимодействие между криминальным поведением и злоупотреблением наркотиками). Rome 1984.
11. Cotic, D. : Drugs and Punishment. An up-to-date interregional survey on drug-related offences (Наркотики и наказание. Новейшее межрегиональное исследование преступлений, связанных с наркотиками). Rome 1988.
12. Pompidou-Group: Multi-city study: Drug Misuse trends in thirteen European cities (Тенденции злоупотребления наркотиками в тринадцати европейских городах). Strasbourg 1994.
13. Pompidou-Group: Opus cited (см. выше), 1994, p. 3.
14. EMCDDA: opus cited (см. выше), 1998, p. 10.
15. Albrecht, H. -J., van Kalmthout, A. : European Drug Policies (Европейская политика в отношении наркотиков). Freiburg 1989.
16. Cesoni, M. L. : Usage de Stupéfiants. Politiques Européennes (Европейские политики). Genève 1996.
17. Reuband, K. -H. : Drogenkonsum und Drogenpolitik. Deutschland und die Niederlande im Vergleich (Потребление наркотиков и политика в отношении наркотиков. Сравнение Германии и Нидерландов). Opladen 1992.
18. Hakkarainen, P., Laursen, L., Tigerstedt, Ch. (Eds.): Discussing Drugs and Control Policy. Comparative Studies on Four Nordic Countries (Обсуждение проблемы наркотиков и политики контроля. Сравнительное исследование четырех скандинавских стран). NAD Publication No. 31, Helsinki 1996.
19. Reuband, K. -H. : Drug Use and Drug Policy in Western Europe. Epidemiological Findings in a Comparative Perspective (Употребление наркотиков и наркополитика в Западной Европе. Эпидемиологические показатели в сравнительной перспективе). *European Addiction Research* 1995, pp. 32–41, p. 36.
20. Reuband, K. -H. : opus cited (см. выше), 1995, p. 38.
21. Reuter, P., Falco, M., MacCoun, R. : Comparing Western European and North American Drug Policies. An International Conference Report (Сравнительный анализ западноевропейской и североамериканской политики в отношении наркотиков). RAND, Santa Monica 1993.
22. Reuter, P. et al. : opus cited (см. выше) 1993, p. 24.
23. Reuter, P. et al. : opus cited (см. выше) 1993, p. 27.
24. Cattacin, S., Lucas, B., Vetter, S. : Drogenpolitische Modelle in Europa. Eine vergleichende Analyse sechs europäischer Realitäten. Zürich 1996. THE WAR ON DRUGS AND THE SPREAD OF HIV (Война с наркотиками и распространение ВИЧ). 75

25. Cattacin, S. et al. : opus cited (см. выше)1996, p. 18.
26. Cattacin, S. et al. : opus cited (см. выше)1996, pp. 218–219, pp. 221–224.
27. See eg. Kaiser, G. : Präventionsmodelle des Betäubungsmittelrechts im internationalen Strafrechtsvergleich (Превентивные модели законодательства в отношении наркотиков в сравнении международного уголовного права). In: Institute of Comparative Law (Ed.): Law in East and West. Waseda University Press: Tokyo 1988, pp. 911–925.
28. Mäkelä, K. et al: Alcohol, Society, and the State: A Comparative Study of Alcohol Control (Алкоголь, общество и государство: сравнительное исследование системы контроля за употреблением алкоголя). Toronto1981; см. также Davies, P, Walsh, D. : Alcohol Problems and Alcohol Control in Europe (Проблемы, связанные с алкоголем, и контроль за употреблением алкоголя в странах Европы). London, New York 1983.
29. See eg. Eisner, M. : Determinants de la Politique Suisse en Matière de Drogue. L' exemple du Programme de Prescription d' Heroine (Детерминанты швейцарской политики в отношении наркотиков. Пример программы назначения героина). *Deviance et Societe* 23(1999), pp. 189–204.
30. Waal, H. : Drug Use Policies and HIV Prevention — Unhappy Bedfellows? (Политики в отношении употребления наркотиков и профилактика ВИЧ — неудачные партнеры?) In: Waal, H. (Ed.): Patterns on the European drug scene. An exploratory of differences. (Модели европейской «наркосцены». Исследование различий) Report based on a COST A6 project. National Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo 1998, pp. 211–218.
31. Reuband, K. -H. : Drug Use and Drug Policy in Western Europe (Употребление наркотиков и политика в отношении наркотиков в Западной Европе). *European Addiction Research Journal* 1(1995), pp. 32–41.
32. Reuband, K. -H. : Drug Policies and Drug Prevalence (Политики в отношении наркотиков и распространенность употребления наркотиков). *European Journal on Criminal Policy and Research* 6(1998), pp. 321–333.
33. Pant, A., Kleiber, D. : HIV und AIDS bei iv Drogenkonsumenten (ВИЧ и СПИД у внутривенных потребителей наркотиков). In: Kreuzer, A. (Ed.): Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts. Beck, München 1998, pp. 489–522, p. 520.
34. Uchtenhagen, A. : HIV Prevention in Prison (Профилактики ВИЧ в исправительных учреждениях). In: Waal, H. (Ed.): Patterns on the European drug scene. An exploratory of differences. Report based on a COST A6 project. National Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo 1998, pp. 219–224.
35. WHO: Global Programme on AIDS. WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prison. (Глобальная программа по СПИДу: Руководящие принципы ВОЗ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и СПИДа в исправительных учреждениях) WHO:Geneva 1993.
36. Uchtenhagen, A. et al. : Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige. Wichtigste Resultate der Schweizerischen Kohortenstudie. (Назначение наркотических средств героинозависимым. Важнейшие результаты швейцарского когортного исследования). Karger: Basel 2000; Krausz, M., Uchtenhagen, A., van den Brink, W. : Medizinisch indizierte Heroinverschreibung in der Behandlung Drogenabhängiger. Klinische Versuche und Stand der Forschung in Europa. *Sucht* 45(1999), pp. 171–186.
37. See Rehm, J, Fischer, B. : Von kontrollierten klinischen Studien zu einer Gestaltung des Behandlungssystems für Suchtkranke. *Sucht* 48(2002), pp. 310–311; the article describes very clearly the importance of a legal framework which allows for permanent experimentation in order to

develop information led drug policies (От контрольных клинических исследований до создания системы лечения наркозависимых). В статье четко описана важность правовой структуры, предусматривающей возможность постоянных экспериментов для разработки политики, опирающейся на объективную информацию.

*Ханс-Йорг Альбрехт является директором Института зарубежного и международного уголовного права имени Макса Планка, Фрайбург, Германия. Он занимается проведением исследований правовой деятельности и эмпирических исследований. В сферу особого интереса Альбрехта входят политики в отношении наркотиков, правосудие по делам несовершеннолетних, системы уголовных санкций и системы назначения наказаний).

Права наркопотребителей и наркозависимых лиц

Виктор Осятынский

В настоящей работе мы поговорим о правах лиц, зависимых от наркотиков, главным образом в контексте политики в отношении наркотиков. Этот контекст определяет структуру моих рассуждений. Проблемы наркотической зависимости находятся на грани прав и общественной политики. Эти понятия не четкие, они часто используются в различных значениях или ими просто-напросто злоупотребляют. Поэтому уже в самом начале следует объяснить их значение. В рамках данной работы я принимаю тезис, что права защищают интересы отдельных людей, в то время как общественная политика защищает интересы общества, служит защите и реализации общественного блага. Права, как правило, выбирают интересы одного человека иногда даже вопреки интересам всех. Общественная политика может поставить общественные интересы выше интересов, хотя не выше права одного человека.

Также следует различать несколько видов прав в зависимости от защиты, которая им полагается.

Сильные или фундаментальные права чаще всего прописаны в конституциях, иногда в актах международного права, равных или превышающих по рангу конституции. Такие права имеют приоритет перед общественными интересами и общественным благом. Они защищены от обычного политического процесса, парламентского большинства, смены правительства и даже предпочтений избирателей. К таким правам относятся, в частности: все личные свободы, право на приватность (неприкосновенность частной жизни), защита от незаконного лишения свободы, защита от жестоких наказаний и запрет применения пыток.

Более слабые права (предусмотренные законом) могут быть подчинены общественному благу. Эти права часто вытекают из законов, являющихся формальной записью определенной общественной политики. Это означает, что эти права могут быть изменены или ограничены посредством политического процесса. К этой категории относятся многие социальные права, в том числе некоторые права на охрану здоровья, полноту которых определяет политика государства по здравоохранению и законы, на основании которых она осуществляется. В Польше такой характер имеет, в частности, доступ к государственной службе здравоохранения, условия и полноту которого, согласно Конституции, должен определять закон (ст. 68. 2. Конституции). Это означает, что закон, т. е. правовая формулировка общественной политики, может определять характер такой защиты, а также границы связанных с этим прав. В таком случае возможность вмешательства государства в частную жизнь людей гораздо больше.

Также существуют **моральные права**, не имеющие правовой защиты, но считающиеся важными и нужными — даже без санкций. Такой характер имеет, например, право на правду и соответствующая ему обязанность говорить правду. Иногда характер моральных прав присваивается новым правам или правам членов новых групп. Это делается с целью обоснования притязаний на лучшее обращение, изменение обществен-

ного сознания и в последствии, санкционирования морального права положениями, гарантирующими ему защиту. С такой ситуацией мы сталкивались, когда речь шла о правах женщин и людей, не принадлежащих к белой расе, национальных и этнических меньшинств, зачатых детей и, в последнее время, гомосексуалов. Подобный характер имеют многие притязания, выдвигаемые в последнее время в качестве прав наркоманов и потребителей наркотиков.

Фундаментальные права лиц, зависимых от наркотиков?

Основной вопрос следующий: можем ли мы говорить о существовании фундаментального права на употребление наркотиков и других прав наркозависимых лиц; таких прав, которые имеют (или должны иметь) конституционную защиту. Насколько я знаю, ни в одной конституции и ни в одной международной конвенции по правам человека такие права непосредственно не сформулированы. Однако, вне всякого сомнения, людям, зависимым от наркотиков, полагаются такие же конституционные права, как и другим людям. При этом имеют значение:

Конституционные права лиц, зависимых от наркотиков (как и всех), на соответствующую правовую защиту, на жизнь, на собственность и т. д. На практике в отношении наркоманов эти права повсеместно нарушаются. Война с наркотиками ведет к многочисленным нарушениям прав человека — от убийств, совершенных полицией в Таиланде, до многолетнего содержания в тюрьме и отказе в соответствующей правовой защите. Многолетнее содержание под стражей за владение наркотиками является «жестоким и ненужным наказанием». В России, где вероятность заражения смертельным видом туберкулеза огромна, это угрожает праву на жизнь.

Фундаментальное право на жизнь, в этом случае на выживание, особенно подвержено опасности в эпоху эпидемии ВИЧ/СПИД.

Право на информацию о действиях общественной власти в области контроля над наркотиками, предупреждения наркомании и предоставления доступа к профилактическим, реабилитационным программам, а также ограничения вреда, связанного с употреблением наркотиков.

Другие фундаментальные права можно только вывести из положений или формулировок конвенций и конституций; можно также обосновать необходимость их признания и уважения. Ценности, которые бы обосновывали такие права, это, прежде всего, приватность, свобода выбора, автономия отдельного человека, а также право выбора образа жизни.

В принципе, это не было бы конкретное притязательное право, а свобода принятия решения о своей собственной жизни и собственной судьбе. Притязание имело бы место только в случае нарушения этой свободы. Это было бы притязание к нарушителю — прекратить нарушения, и к государству — защитить от нарушений.

Более точно, это было бы право принимать решения о собственном теле. Его теоретическое обоснование мы без труда найдем во многих работах, касающихся свобод и прав, начиная с трактата Джона Стюарта Милля (John Stuart Mill) «О свободе». Он считал, что единственной причиной, по которой можно применить государственное насилие в отношении члена цивилизованного общества против его воли — это предупреждение вреда, наносимого другим людям. Его собственное благо — физическое или психическое — не оправдывает насилия, потому что человек является суверенным властителем самого себя, своего тела и разума.

Другим фундаментальным правом является право на достойную жизнь. Уважение достоинства означает, что человек является не средством для осуществления целей других людей (наркотических картелей, а также полиции или властей, реализующих антинаркотическую политику), но должен являться целью их действий. Подчинение произвольной и избирательно применяемой власти полиции, прокуратуры ограничивает человеческое достоинство. В случае законов, пенализирующих владение наркотиками, поле действия такой произвольной власти необыкновенно широко.

Недавно был сформулирован постулат записи конкретных прав в международных документах по правам человека. Например, посредством добавления к Всеобщей декларации прав человека статьи 31, в которой бы говорилось о том, что «каждый имеет право употреблять психотропные вещества по собственному выбору». А также посредством нового истолкования статьи 12 Декларации, в которой говорится об уважении к частной и семейной жизни, неприкосновенности жилища, корреспонденции, чести и репутации, таким образом, чтобы она создавала основание для свободы употребления наркотиков (van Ree 1999, цитата Neil Hunt «Public health or human rights: what comes first?» *International Journal of Drug Policy* 15 (2004), стр. 234). Однако вероятность принятия новой статьи или реинтерпретации Декларации согласно суггестии ван Ри (van Ree) минимальна. Эти «права» остаются, таким образом, во вступительной фазе моральных постулатов, поддержка которых по-прежнему достаточно слаба.

Мы знаем, что фундаментальные права не абсолютны. Существует возможность ограничения таких прав с учетом важных общественных интересов. Такие ограничения не могут быть произвольными, поэтому чаще всего требуется, чтобы они вводились посредством закона, а не административным решением. Они не могут превышать минимального ограничения, необходимого для спасения большего блага, не нарушая при этом самой сущности ограничиваемого права. Кроме того, эти ограничения могут быть введены исключительно для защиты других принципиальных ценностей, таких, как безопасность и общественный порядок, здоровье общества, иногда общественная нравственность.

Несомненно, руководствуясь таким рассуждением, можно ограничить многие права, связанные с употреблением наркотиков. Например, продажа или другие формы доставки наркотиков другим людям. Поскольку таким образом наносится вред другим людям, а именно здесь проходит граница пользования правами и свободами. Не создается впечатление, однако, что общие принципы допустимости ограничения прав могли бы обосновать запрет приема наркотиков в собственных целях. Охрана здоровья пользователя не является достаточным аргументом: ведь ограничение прав можно ввести, принимая во внимание здоровье общества в целом, а не здоровье отдельного человека.

Здесь мы имеем дело с конфликтом между свободой и патернализмом. Патерналистский подход позволяет ограничивать права в интересах одного человека, даже вопреки его воле. Подход, основанный на принципе свободы, признает, что отдельный человек может и должен иметь право на сознательное действие себе во вред, но при этом должен отвечать за последствия такого действия. Как следует из самого названия, патерналистский подход лучше всего использовать в отношении детей и лиц, неспособных сознательно принимать решения о собственных действиях и их последствиях. С этим согласятся и либералы. Таким образом, никто не сомневается в необходимости запретить доступ к наркотикам и другим веществам, изменяющим настроение — детям, молодежи и душевнобольным. Однако либералы считают, что нельзя запретить употреблять, владеть и даже производить для собственных нужд такие вещества взрослым и людям.

Однако следует добавить, что, согласно либеральной теории свободы, личность, принимающая сознательное решение, должна отвечать за последствия своих действий и не должна обременять ими других. Люди учатся правильно поступать не тогда, когда слепо соблюдают советы и запреты, а когда делают свой выбор и несут ответственность за последствия своих решений. Это означает, в частности, что на почве этой теории нет обоснования для притязаний получать бесплатную медицинскую помощь с целью устранения вреда, вызванного таким решением. Наоборот, есть все основания для того, чтобы такая помощь была платной, т. к. именно это и является последствием сознательного решения. Следует добавить, что предоставление медицинского обслуживания по сниженным ценам или бесплатно допустимо, но не почве прав, а на почве общественной политики, в рамках которой общество решает, каким именно образом использовать свои ресурсы.

Очередная проблема касается возможности ограничения права принимать решения о собственной жизни и теле с учетом таких ценностей, как общественный порядок или общественная безопасность. Здесь речь идет, в сущности, о том, могут ли ограничения прав иметь превентивный характер. А может для безопасности и порядка будет лучше, если мы будем нести ответственность за последствия нашего поведения? Хотя бы за загрязнение общественных мест или за нарушение общественного порядка и спокойствия.

Существуют аргументы в пользу того, что правильнее заставлять нести ответственность за последствия такого поведения, а не запрещать профилактические действия, которые могут привести к такому поведению, потому что запреты ничему не учат, а в особенности тогда, когда они нарушаются. Последствия, однако, могут научить ответственной жизни, если только будет указана связь между образом жизни и этими последствиями.

С другой стороны затрагивается существенное общественное благо — спокойствие и порядок. Можно вводить ограничения в ситуациях, когда вероятность нарушения порядка очень высока и нет возможности прекратить это нарушение сразу после его начала. Это в свою очередь требует необходимости создания возможности быстрого вмешательства в случае нарушения порядка кем-то, кто злоупотребил каким-либо веществом. Это был бы аргумент за запрещение веществ, быстро изменяющих настроение, увеличивающих агрессивность, и одновременно организацию контролируемых мест употребления «более легких» веществ, как это происходит, например, в Голландии. Однако, когда в Швейцарии и в других странах оказалось, что не удалось предотвратить нарушение общественного спокойствия и порядка, там были ликвидированы места, в которых легально можно было употреблять наркотики. Такое решение было обосновано защитой общественных интересов и его можно было бы отстоять даже на почве достаточно строгой теории прав.

Эти рассуждения имели теоретический характер, т. к. нигде в мире в настоящее время не применяется либеральная теория свободы владеть наркотиками и употреблять их. На практике эти проблемы являются предметом общественной политики.

Законные права лиц, зависимых от наркотиков

Общественная политика, находящая свое выражение в законодательных актах, также создает индивидуальные права. Из Закона «Об охране здоровья» проистекают много-

численные права лиц, им охваченных. От конституционных прав они отличаются тем, что, во-первых, при самом установлении общественной политики интересы отдельного человека могут быть подчинены общим интересам, а во-вторых, другой закон может эти права ограничить или отобрать. Конечно же, общественная политика не может нарушать фундаментальных конституционных прав, которые определяют границы любой политики.

В дискуссиях на тему политики в отношении наркотиков, в принципе, даже не рассматривается право отдельных людей на неограниченную продажу наркотиков или их производство с целью введения их в оборот. Дискуссии касаются прав на употребление наркотиков и прав на хранение небольшого количества наркотиков для собственного употребления. В контексте законных прав следует поместить также:

Права лиц, зависимых от наркотиков, на охрану здоровья, в том числе на лечение зависимостей.

В этих случаях нельзя говорить о существовании фундаментального субъективного права, но государство обязано создать условия, если бы кто-то захотел — платно или бесплатно, это зависит от выбора политики государства — лечиться. Это означает, в частности, создание условий для лечения, создание лечебно-терапевтических центров, обучение специалистов, а также создание мотивации к лечению. Нарушением этого права можно считать, например, отсутствие лечебных центров в тюрьмах или слишком долгое ожидание начала лечения.

Права наркозависимых (защищающие одновременно интересы всего общества) на средства, которые уменьшают вред, связанный с употреблением наркотиков. (С этим связано право наркозависимых на физическую безопасность и безопасность их здоровья). Вред заключается не только в возможности заражения гепатитом «С» и вирусом ВИЧ. Зачастую этот вред связан с нелегальным приобретением наркотиков неизвестного происхождения, нередко с примесями, неизвестной силы воздействия, что ведет к передозировке. Программы снижения вреда предотвращают такие последствия приема наркотиков, не занимаясь моральной оценкой самих наркотиков и их потребителей.

Государство имеет возможность, но не обязано создавать такие программы. Граждане и их группы должны иметь право на их создание и реализацию без помех со стороны государства, если только такие программы не нарушают прав других людей и важных общественных ценностей. Дискуссия на тему снижения вреда касается, прежде всего, моральных аспектов таких программ, а не их результативности или полезности. Наиболее часто задаваемый вопрос звучит так: не санкционируют ли программы снижения вреда незаконную деятельность и не поддерживают ли наркоманию?

Очевидно, что в условиях легализации и даже декриминализации наркотиков, снижение вреда не вызвало бы вообще никаких сомнений. Ведь такие сомнения не возникают, когда речь идет о снижении вреда, связанного с потреблением спиртных напитков или с управлением транспортными средствами. Более того, подтверждение эффективности снижения вреда было бы сильным аргументом в пользу декриминализации употребления наркотиков, по крайней мере, «мягких» наркотиков.

Права всех лиц (как зависимых от наркотиков, так и не имеющих зависимости) на использование марихуаны и других наркотиков в медицинских целях. Это право кажется очевидным, обоснованным на почве права на охрану здоровья и права избегать ненужных страданий. Оно не фундаментально, т. к. решение назначать или не назначать марихуану, будет принимать врач, а не пациент.

В Соединенных Штатах Америки в настоящее время это является предметом разногласий. С одной стороны, отдельные штаты легализируют медицинское применение

марихуаны. Верховный Суд США признал право пациента и врача обсуждать возможность применения марихуаны в медицинских целях. (Коунэнт против Уолтерса). Федеральный Суд (Райх против Эшкрофта и Санта-Крус против Эшкрофта) постановил, что федеральное правительство не может запретить местное применение марихуаны в медицинских целях, если это не имеет коммерческого характера. С другой стороны Министерство юстиции США многократно отдавало распоряжение задерживать пациентов, больных СПИДом или раком, использующих марихуану в медицинских целях. В октябре 2004 года Палата представителей Конгресса США постановила финансировать базы данных, дающие возможность проследить путь лекарств, которые выписываются каждому гражданину США. Эта информация будет передаваться полиции и прокуратуре каждого штата — без согласия и даже без ведома заинтересованного лица.

Тем временем, по мнению Итана Надельманна, «развитие модели контролируемого употребления марихуаны в лечебных целях может оказаться лучшим способом, по крайней мере, в США, на снижение огромных расходов и вреда, вызванных запретом, без одновременного создания условий для значительного увеличения реального злоупотребления наркотиками». (См. статью «Конец запрета марихуаны» («The End to Marijuana Prohibition») в журнале «Нэшнл Ревью» («National Review») от 12 июля 2004 г.)

Права налогоплательщиков на то, чтобы их налоги расходовались государством эффективно. Это касается оценки любой общественной политики с точки зрения разумности, реализации задуманных целей и непреднамеренных побочных эффектов. Это право, к сожалению, имеет, по-прежнему, характер морального постулата, хотя появляются уже движения, направленные на его санкционирование. Однако пока защиту этого права обеспечивает только политический процесс. Но если бы это право было признано более широко, то на его основании можно было бы подвергнуть сомнению проведение каждой дорогостоящей общественной политики, в особенности, если она не приносит желаемых результатов.

Все эти права должны учитываться при разработке политики в отношении наркотиков. Их соблюдение должно составлять существенный элемент оценки такой политики.

Наркополитика

Нет однозначной политики ни в одной области. В случае каждой общественной политики следует тщательно взвешивать ее пользу и стоимость. Выбирать то, что увеличивает пользу и сводит к минимуму расходы, а также достигать компромиссов. А когда соотношение пользы и расходов изменится — менять политику. При разработке наркополитики следует принимать во внимание такие элементы, как предложение и спрос, факторы, приводящие к зависимости, и возможность лечения, а также мотивацию к лечению, вред, наносимый наркотиками, а также их криминализацией и, наконец, возможности уменьшения этого вреда.

Три модели политики в отношении наркотиков — это запретительная политика, легализация и косвенные стратегии, а именно, декриминализация и ограничение вреда. Принимая во внимание характер и главную тему настоящих рассуждений, наибольшее внимание мы посвятим запретительной политике.

Запретительная политика, наверняка, была бы самой эффективной, т. е. приносила бы наибольшую выгоду при минимальных расходах, если бы она полностью соблюдалась, имела полную культурно-религиозную поддержку и если бы существовали средства обеспечивающие её соблюдение. Возможно, что такие условия существуют в

некоторых исламских обществах. Там, конечно же, не имело бы смысла добиваться ее ликвидации, по крайней мере, до тех пор, пока не изменятся реалия, т. е. не ослабнут культурные, бытовые и моральные запреты, и вместе с тем не начнут поступать в большем количестве и употребляться вещества, находящиеся под запретом.

Неэффективная запретительная политика увеличивает вред, связанный с наркотиками. К «обычному» вреду, являющемуся результатом употребления, добавляется: передозировка неизвестных веществ, купленных нелегально; страх перед лечением и вообще поиском помощи, равнозначным признанию в совершении преступления; преступность, насилие и коррупция аппарата власти, неотъемлемо связанные с наркотическим подпольем; стоимость криминализации, содержания людей в тюрьмах, не говоря уже о не всегда исчисляемой стоимости дальнейшего растления осужденных.

В такой ситуации одна лишь опасность, связанная с употреблением наркотиков, не является достаточным аргументом в пользу запретительной политики. Смотри статью Джона Уолтерса «Не сдадимся» («No Surrender») в журнале «Нэшнл Ревью» («National Review») от 27 сентября 2004 г. В таком случае нужно было бы криминализовать многие другие продукты и действия, с которыми связана опасность (например, в России лишь 1,5% всех преступлений совершается в состоянии наркотического опьянения, в то время как 20% — в состоянии алкогольного опьянения), — и причем криминализовать не только спиртные напитки, сигареты или гамбургеры, но также многие другие виды пищевых продуктов, многие лекарства, многочисленные формы спортивной активности и пользование транспортными средствами. По мнению Надельманна, такой аргумент в пользу запретительной политики не является даже консервативным, а ведет прямо к тоталитарным последствиям.

Неэффективность запретительной политики очевидна на примере страны, которая была ее главным поборником, т. е. Соединенных Штатов Америки. Все больше штатов на референдумах вносит изменения в законодательство, заменяя тюрьму направлением на лечение. В 2003 году 25 штатов приняло положения, элиминирующие ранее действующие, необычайно высокие, минимумы наказания, которые были обязательными для судов при вынесении решений по делам о хранении наркотиков. Также была введена вновь возможность условного освобождения и выбора лечения вместо лишения свободы, в случае некоторых преступлений, связанных с хранением и употреблением наркотиков. (См. статью Фокса Баттерфилда «Испытывая дефицит финансирования, штаты заново оценивают необходимость наказаний долгими сроками тюремного заключения» («With Cash Tight, States Reassess Long Jail Terms.») в газете «Нью-Йорк Таймс» («New York Times») от 10 ноября 2003 г.) Существенным является то, что главным мотивом является неэффективность прежней политики, а не только экономические соображения: ее расточительство и другие затраты. В США эти затраты — это 700 000 людей, арестованных ежегодно за хранение наркотиков, конфискации собственности, нарушение других основных прав человека.

Именно поэтому изменения были произведены такими консервативными штатами, как Канзас, Айова, Миссури и даже Алабама. Поборниками этих изменений не были либеральные мыслители из «Lindesmith Center» или из организаций, борющихся за права наркоманов, а республиканские губернаторы, законодатели и начальники полиции. К их числу, в частности, относятся Норм Маленг (Norm Maleng), консервативный республиканец, исполняющий функции прокурора округа, в котором находится Сиэтл или Джозеф Леман (Joseph Lehman), директор тюремной службы штата Вашингтон. Все они также считают, что деньги, сэкономленные на отказе от взятия под стражу потребителей наркотиков, должны быть предназначены на их лечение.

Они считают, что «война с наркотиками» — это просто плохая общественная политика и нужно ее смягчить или заменить чем-то другим. Другие сторонники изменений, на этот раз именно либералы, пришли к выводу, что в случае неэффективной запретительной политики, мудрая политика общественного здравоохранения добивалась бы легализации наркотиков — хотя бы для того, чтобы уменьшить затраты, являющиеся результатом самой неэффективной запретительной политики.

В ноябре 2001 года в Великобритании группа сторонников реформы права, касающегося наркотиков приняла так называемую «Декларация Эйнджел», которая требовала заменить запретительную политику контролируемой и регулируемой легализацией наркотиков. Декларация предполагала признание права на употребление наркотиков и выражала горячую поддержку стратегии уменьшения вреда, связанного с наркотиками. (Смотри Hunt, стр. 235.)

Легализация не должна означать свободного рынка для производства и распространения наркотиков. Существуют предложения по легализации наркотиков с одновременным тщательным контролем, сводящим к минимуму вред, связанный с их употреблением. Под контролем было бы производство, продажа, реклама, упаковка и дозировка психотропных веществ, а доходы от продажи наркотиков были бы предназначены на уменьшение вреда и лечение наркозависимых.

Однако, сегодня легализацию нельзя примирить с доминирующим моральным принципом, осуждающим наркотики и их употребление. Поэтому большие шансы на успех имеют косвенные стратегии, такие как декриминализация и снижение вреда. Эта проблематика подробно описана в других разделах этой книги.

Международная стратегия в отношении наркотиков

Опыт последних десятилетий показал, что политика в отношении наркотиков должна быть дифференцированной, однако, Соединенные Штаты Америки навязали миру единую политику посредством международных конвенций 1961, 1971 и 1988 годов. Таким образом, США экспортировали собственные неудачи. Но сегодня все чаще встречается мнение, что необходимы децентрализованные решения, учитывающие местные условия и потребности.

Я лично считаю, что каждое государство и каждое общество, в которое начинают поступать наркотики, должно попытаться пресечь это, соорудив своего рода дамбу на их пути. Но если эта преграда будет прервана, то в дальнейшем этой политики придерживаться не стоит. Ее нужно изменить, вводя новые средства, сводящие к минимуму вред, декриминализуя, а может даже, легализуя определенные наркотики, оставляя их под тщательным контролем. Нужно иметь другие, чем у полиции и учреждений общественного контроля, методы определения, проиграна ли война с наркотиками, для того, чтобы изменить стратегию на более эффективную.

Международные конвенции, посвященные наркотикам, 1961, 1971 и 1988 годов не выполняют эти критерии. Они обязывают стороны признать во внутреннем законодательстве преступлением сознательное владение запрещенными веществами. Конвенции появились во времена, когда не было массового распространения гепатита «С», когда вообще не существовала проблема ВИЧ/СПИД, а последняя из них — еще перед тем, как СПИД приобрел форму эпидемии. В связи с этим они не отвечают требованиям времени и необходим их пересмотр. «Несомненно, в намерения создателей

этих конвенций не входило препятствовать противодействию смертельной эпидемии, однако, именно это трагическим образом стало последствием их ратификации». (См. «Защите права инъекционных потребителей наркотиков. Чрезвычайное обращение к государствам — членам ООН» («Asserting the rights of injection drug users: An urgent call to action for U. N. member states. »), Институт «Открытое общество» и Хьюмна Райтс Вотч (Open Society Institute and Human Rights Watch, 2003)

Более того, международные конвенции противоречат основному принципу общественного здравоохранения. Этим принципом является возможность сравнения эффективности различных видов политики. Многие наблюдатели считают, что запретительная политика приводит к большему вреду, чем пользе. К сожалению, этого почти нельзя доказать, т. к. какие-либо сравнительные исследования, охватывающие регулируемые формы поставки наркотиков, запрещены международными конвенциями. Таким образом, создатели Конвенций гарантировали свою непогрешимость. Это является нарушением свободы научных исследований и права на информацию о состоянии здоровья и последствиях общественной политики. Также является препятствием для выполнения основной медицинской обязанности, какой является сбор доказательств в пользу того, какой подход к заболеванию является наиболее результативным. (Смотри Hunt, стр. 233 и 236.)

Последствия политики, введенной в Польше в результате изменения закона в 2000 году

Многие доводы свидетельствуют о ее неэффективности. Ее цель — уменьшение предложения и облегчение преследования торговцев, не была реализована. Она эффективна только для полиции, т. к. увеличивает раскрываемость преступлений. Но после внесения изменений в закон было свыше 30 000 дел, связанных с хранением наркотиков, и только чуть более десяти — за их выращивание. Кроме того, в результате изменений в законе ресурсы начинают расходоваться на преследования преступников, а не на профилактику и лечение. (Таким был главный результат «войны с наркотиками» в США; с этим, как раз, и связано сопротивление могучего лобби полиции, прокуратуры, судов и тюремной службы в отношении постулатов декриминализации марихуаны. (См книгу Майкла Массинга «Доза» — Michael Massing «The Fix», 1998 г.)

Эта политика несет с собой огромные расходы. Вот некоторые из них:

- расходы в размере свыше 300 миллионов злотых в год, из которых можно было бы сэкономить около 200 миллионов. Эта сумма позволила бы включить в метадоновую программу 40 - 80 тысяч человек, т. е. 40-70 процентов всех наркозависимых;
- пенализация огромного количества людей или их деморализация путем отказа от их пенализирования;
- огромная произвольная власть полиции над наркопотребителями (и людьми, которые им помогают);
- возможность нарушать права лиц, зависимых от наркотиков; унижение их достоинства;
- трудности в реализации стратегии снижения вреда;
- трудности в лечении и поиске помощи.

Эта политика также ведет к многочисленным нарушениям прав человека. Такие нарушения являются почти неизбежным результатом попытки следования «драконовским

законам». Такие нарушения затрагивают не только «слабое право» на охрану здоровья, но и многие фундаментальные конституционные права, например, право на достойное обращение и правовую защиту. Эти нарушения прав, являющиеся результатом сегодняшней политики, являются дополнительным аргументом за декриминализацию.

Прежде всего, политика, криминализирующая хранение небольших порций наркотиков для собственного пользования, осложняет борьбу с наркокартелями и бандами, т. к. она ставит по одну сторону правового барьера мелкого потребителя и торговца, который на нем паразитирует. В интересе общества, чтобы жертва торговца (т. е. чаще всего зависимый по его вине пользователь) встала на нашу сторону и была нашим потенциальным союзником в борьбе с акулами.

В свете всего выше сказанного, следует дать определение нескольким принципам, которые должны учитываться при разработке политики в отношении наркотиков.

Хорошая политика:

Помогла бы избежать усугубления вреда и уменьшила бы тот вред, которого не удалось избежать. Программы снижения вреда находят обоснование, как в «слабом», так и в «сильном» понимании прав лиц, зависимых от наркотиков. Такие программы должны поддерживаться государством посредством соответствующей политики и финансирования (хотя, наверное, они не должны полностью финансироваться государством, т. к. при этом им не удалось бы избежать бюрократии). Наверняка была бы необходима легализация метадона, применяемого в медицинских целях, в том числе в негосударственных медицинских учреждениях.

Помогла бы мотивировать людей к изменениям и стремлению лечиться. Такой мотивацией является ответственность за действия, совершаемые в связи с употреблением наркотиков, за личное и материальное положение, за проблемы, которые наркопотребитель сам себе создает. Последствия сделанного выбора должны быть неразрывно связаны с самим выбором (преодоление самообмана наркозависимого). А затем должна быть показана альтернатива — изменение образа жизни, изменение поведения, лечение и т. д. Важно, чтобы всем сторонам удалось избежать «ловушки болезни». Эта болезнь реальна, никто в ней не виноват, но она не освобождает от ответственности за действия, предпринимаемые во время болезни или в связи с ней. Человек, зависимый от наркотиков, должен отвечать за действия после приема вещества так же, как и любой другой человек, потому что без такой ответственности трудно создать мотивацию к изменениям.

В Польше можно было бы чаще пользоваться статьей 57 закона, но в соединении с другими наказуемыми действиями, а не с употреблением наркотиков. В таких случаях можно было бы отложить исполнение наказания при условии изменения образа жизни или прохождения результативного лечения. Однако зачастую наркопотребитель совершает настолько серьезные преступления, что он должен быть наказан лишением свободы. Тогда важно, чтобы он мог получить психологическую помощь и возможность пройти курс лечения в тюрьме.

Такой метод эффективен в случае алкоголизма, когда наказание является последствием поведения, а не употребления, как ни как, легального вещества. Что касается наркотиков, то наказание в настоящее время является следствием употребления, несмотря на его последствия и, таким образом, также употребления, которое не приводит к негативным последствиям для других. Такое наказание, как правило, демобилизует, т. к. порождает чувство ущемленности и несправедливости.

Возможно также, что криминализация хранения как такового могла бы способствовать созданию такой мотивации, но только тогда, когда суды и кураторы знают, как

заменить «пугало» наказания позитивной мотивацией к лечению. Это потребовало бы соответствующего обучения кураторов и судей.

Учитывала бы в социальной политике государства и в бюджете необходимость существования значительно большего, чем в настоящее время, количества лечебных и консультационных центров, в том числе и в тюрьмах, чтобы не нужно было годами ожидать места в программе. Она обеспечивала бы работающим там людям достойные условия работы и вознаграждение, а также стремилась бы к созданию института подлинного кураторства, к обучению полиции, прокуроров, судей и кураторов, а также персонала тюрьмы.

И, наконец, хорошая политика признавала бы, что средства, поглощаемые криминализацией, полицией, тюрьмами и т. д. приносили бы гораздо большую пользу, если бы использовались с целью оказания помощи людям, зависимым от наркотиков, и тем, кому эта зависимость угрожает.

Такая политика соединяла бы в себе эффективное противодействие наркомании и снижение вреда, связанного с употреблением психотропных веществ, помогала бы зависимым от наркотиков начать эффективное лечение, одновременно соблюдая права человека: наркозависимых, наркопотребителей, их семей и всех налогоплательщиков.

Снижение вреда и права человека

Роберт Ньюман*

Вступление

Принимая во внимание индивидуальные и общественные проблемы, связанные с употреблением запрещенных наркотиков, можно говорить о существовании тесной связи между инициативами по снижению вреда и защите прав человека. Связь между ними можно уподобить железнодорожным рельсам, которые проложены в одном направлении: каждый из которых необходим, чтобы двигаться вперед, но по отдельности ни один не может привести к месту назначения. Можно сформулировать эту мысль более убедительно и открыто: если ваша деятельность фокусируется на проблемах потребителей наркотиков, вы не сможете достичь даже самых ограниченных задач по защите прав потребителей, не затрагивая при этом снижения вреда — и наоборот. Обнадеживает то, что, как показывает опыт работы в разных регионах мира, добросовестные и настойчивые усилия по преодолению существующих барьеров могут привести к существенному прогрессу в обоих направлениях, причем это пойдет на пользу не только потребителям наркотиков, их семьям и близким, но и всему обществу.

Основные концепции и заблуждения

В такой сложной области, как наркозависимость, важно с самого начала признать и рассеять некоторые принципиальные заблуждения. Так, широко принято (ошибочное) мнение, что основным мотивом для употребления запрещенных наркотиков является гедонизм — например, желание испытать эйфорию. В действительности, очень многие потребители руководствуются не желанием «получить кайф», а физической «тягой» или потребностью. Эта тяга может быть вызвана частым употреблением вещества, наследственной (т. е. врожденной) предрасположенностью к физической зависимости или — чаще всего — сочетанием и того, и другого.

Использование весьма туманного для большинства понятия физической «тяги» может выглядеть как осознанная попытка со стороны потребителей наркотиков избавиться себя от упреков, сославшись на неспособность контролировать свое поведение, и тем самым снять с себя личную ответственность. Многие могут отвергать концепцию тяги у потребителей запрещенных наркотиков как хитрую увертку, однако, для бесчисленного числа курильщиков она является болезненной, постоянно сопровождающей их реальностью, которую также никогда не сможет постичь человек, который не испытывал непреодолимой потребности достать сигарету в любое время дня или ночи, в любую погоду и за любые деньги, когда закончилась последняя пачка! Можно провести более последовательную параллель, изучив ситуацию с другой зависимостью, распространенной в нашем обществе — зависимостью от алкоголя. Само определение алкоголизма может послужить отрезвляющим напоминанием о сложности проблемы,

которую мы обсуждаем: «Алкоголизмом называют *хроническое заболевание*, при котором алкоголик испытывает непреодолимое влечение к этанолу и употребляет его, не испытывая при этом чувства удовлетворения... Он встречается во всех социально-экономических классах и культурных группах... и хотя окружающие условия влияют на пристрастие к алкоголю, многие лица подвержены риску алкоголизма из-за генетических факторов».¹ Независимо от комплекса этиологических факторов, важно обдумать вопрос о том, *почему* пьют алкоголики. Маловероятно, что они стремятся испытать ощущения, которые можно описать с помощью положительных терминов «эйфория» или «удовлетворение». И, разумеется, никому, кто когда-либо видел алкоголика, неспособного контролировать свою речь, голос, походку, мышление или выделительные функции, не придет в голову, что им руководит стремление испытать эти ощущения!

С заблуждением о том, что наркозависимые руководствуются гедонизмом, связано другое распространенное убеждение, что они не мотивированы на лечение и могут быть привлечены к нему только с помощью принуждения по закону (т. е. под угрозой заключения). Последние три с половиной десятилетия продемонстрировали, что у наркозависимых в разных странах мира есть мотивация к обращению в лечебные учреждения и лечению на добровольной основе. Так, в начале 1970-х гг. в Нью-Йорке около 50 000 опиатовых зависимых обратились за лечением и прошли терапию, основанную на различных методиках воздержания и химиотерапии, которые были доступны в течение нескольких лет. Вскоре после этого в Гонконге была организована сеть, состоящая более чем из 20 клиник лечения метадонем, и в течение одного-двух лет в эти клиники были приняты почти 10 000 пациентов. В Австралии в конце 1980-х гг. и в Германии и Франции в 1990-х гг. десятки тысяч героинозависимых поступили на лечение, как только оно стало доступным.

Столь же неверно утверждение о том, что наркозависимые не заботятся о собственном здоровье и здоровье окружающих людей, с которыми они имеют контакты. Даже те наркозависимые, которые отвергают лечение или для которых лечение недоступно, активно пользуются услугами программ снижения вреда. Это относится к распространению хлорсодержащего раствора и презервативов, обмену игл и шприцев, учреждениям для безопасных инъекций, консультированию и тестированию на ВИЧ и т. д. Так или иначе, противники услуг по снижению вреда *не* могут сказать, что эти услуги не нужны целевой группе или что они не эффективны в снижении смертности и заболеваемости и в сдерживании распространения вируса иммунодефицита человека.

Эффективность: с чем сравнивать?

Главным барьером, препятствующим признанию услуг снижения вреда и лечения для наркозависимых, является стремление к нереалистичным и необоснованным целям. И снова, весьма актуальным и показательным здесь может оказаться пример с алкоголем, где мы видим противоположную ситуацию. В течение многих десятилетий деятельность «Анонимных Алкоголиков» (АА) пользуется одобрением во всем мире, а их программа «Двенадцать шагов» широко приветствуется как средство, помогающее больным людям прекратить (или хотя бы снизить) употребление алкоголя. Один из популярных лозунгов гласит: «алкоголизм — болезнь, которую можно лечить». Тем не менее это мнение *не* распространяется на другие формы зависимости, например, на зависимость от опиатов. Важно понять несоответствие между почти всеобщим *принятием* доводов, лежащих в основе деятельности АА, и столь же распространенного *неприятием* снижения вреда и терапевтических подходов к зависимости от других наркотиков.

Как выясняется, причина диаметрально противоположной точки зрения на алкоголь и наркотики связаны с разными *требованиями к результатам* деятельности по уходу за здоровьем алкоголиков и потребителей наркотиков. В случае алкоголизма стандартом для оценки эффективности мер является принцип, который АА весьма удачно и красноречиво сформулировали как «one day at a time» — «один день за один раз» (т. е., думай только о сегодняшнем дне). Сегодняшний успех в воздержании от спиртного легко может смениться завтрашним рецидивом, однако когда рецидив происходит (и это действительно случается сплошь и рядом), он не сводит на нет важность предоставляемой помощи и не охлаждает рвения специалистов, призывающих алкоголиков к возвращению в АА или другие программы, которым они отдают предпочтение. Кроме того, не менее важное значение имеет непреклонная уверенность сторонников АА, что полностью вылечить алкоголика нельзя никогда!

Подобный подход к алкоголизму, разумеется, в точности отражает тенденции, отмечаемые в лечении абсолютного большинства заболеваний, как физических: диабет, эпилепсия, гипертония, артрит и т. д., так и «душевных»: шизофрения и депрессия. Во всех этих случаях признается, ожидается и принимается тот факт, что заболевание можно лечить — часто весьма эффективно — несмотря на то, что добиться полного выздоровления от этих заболеваний невозможно. Возможность возобновления симптомов заболевания, которая существует всегда, как правило, на протяжении всей жизни пациента, воспринимается как суровая реальность и терапевтическая проблема, а не как повод для нигилистического отказа от попыток помочь больному. «Исцеление» не является целью лечения любого из этих многочисленных заболеваний и, как правило, не считается *обязательным и неотъемлемым критерием* «эффективности».¹ При всем том, прагматизм, реалистичный подход и здравый смысл, очевидные при работе с зависимостью от алкоголя и другими хроническими медицинскими состояниями, необъяснимым образом исчезают, когда речь идет о зависимости от веществ, которые определяются законодательными нормами как «запрещенные».

Факт состоит в том, что зависимость от алкоголя, опиатов или других веществ, на самом деле является таким же хроническим заболеванием, как и другие, таким образом ее лечение должно определяться теми же самыми задачами и критериями эффективности, что и лечение других заболеваний. Как ни печально, на практике это происходит редко. Яркий пример — «заместительное лечение» (в частности метадон): его благотворное влияние как на медицинское, так и на социальное состояние пациентов, с поразительной последовательностью подтверждается документами в течение почти 40 лет во всем мире. Несмотря на это, многие продолжают отрицать успешность метадоновой терапии, приводя следующие аргументы: «Да, но сколько человек может избавиться от зависимости от этого препарата и жить совсем без наркотиков?». В сущности, польза лечения метадонем оценивается исходя из того, что произойдет после ее отмены. Подобный подход выглядит невыносимым абсурдом, когда речь идет о препаратах, применяющихся для лечения гипертонии и эпилепсии; об инсулине — для диабетиков или о леводопе — «единственном и наиболее эффективном препарате для лечения болезни Паркинсона»;² или о противовоспалительных средствах, которые назначаются при хроническом артрите; и т. д. и т. п.

Чтобы понять этот беспрецедентный подход к зависимости и ее лечению, нужно *отказаться* от доводов, которые, на первый взгляд, приносят какую-то логику в такое необъяснимое отклонение от нормы. В частности, *не* верно объяснение, что зависимость — это заболевание, развившееся по вине самого больного. Ведь то же самое можно сказать и о множестве других болезней, на которые и врачи, и общество в целом

реагируют с состраданием и поддержкой. Если потребителя героина можно обвинять в зависимости, то такие же обвинения можно обратить к алкоголику. Однако люди, употребляющие спиртное сверх меры — из потребности или по желанию — как правило, воспринимаются не просто без неприятия, но чуть ли не с симпатией. Более того, не только алкоголики избегают обвинений и враждебности со стороны общества из-за своей «виновности» в возбуждении собственного заболевания. Большинство инсулинозависимых пациентов, страдающих диабетом II типа, могут вести здоровый образ жизни без медицинских препаратов, если будут следить за своей диетой, заниматься физическими упражнениями, прекратят употреблять спиртные напитки, снизят подверженность стрессам и т. д. Тот же самый комплекс очевидных мер приведет к исчезновению (зачастую без помощи медицинских препаратов) признаков и симптомов гипертонии и различных кардиологических заболеваний. И кроме того, разумеется, не стоит забывать о хроническом курильщике — который, как правило, не возбуждает к себе никакой враждебности со стороны медицинского сообщества и не наталкивается ни на какие барьеры в лечении эмфиземы, сердечных заболеваний, рака и многих других последствий никотиновой зависимости.

«Снижение вреда» — понятие, до сих пор вызывающее серьезные споры в области наркозависимости, — может применяться, и применяется, в качестве подхода практически ко всем медицинским заболеваниям, с которыми сталкиваются врачи и общество в целом. Очень редко бывает повод для надежды, что можно *полностью устранить* вред от какого-либо заболевания. Неопровержимый факт заключается в том, что единственной альтернативой снижению вреда является отказ от каких-либо мер в отношении наркозависимых — политика не только бесчеловечная, но и несовместимая с интересами всего сообщества.

Права человека — параллельный путь

Абсолютно тем же отсутствием логики характеризуется такая область, как защита прав человека! Отказ потребителям наркотиков в правах, которыми пользуются остальные члены общества, оказывает серьезное негативное воздействие на *все* общество! Сегодняшние преступники, сегодняшние козлы отпущения, сегодняшние жертвы политики, нацеленной на потребителей запрещенных наркотиков, завтра, несомненно, будут заменены неким другим сегментом общества, который будет вызывать такое же неприятие, осуждение, страх и гнев. И губительное распространение практик, несовместимых с правами человека, это не чисто гипотетическая угроза, в Америке это уже происходит. Так, чтобы сделать возможным преследование людей, принимающих героин, кокаин, амфетамины и другие вещества, необходимо сначала выявить потребителей этих веществ. Для этой цели были приняты такие меры, как задержание и обыск транспорта на общественных дорогах на основе «внешних характеристик» водителей и пассажиров; все афроамериканцы и латиноамериканцы внезапно стали объектом применения подобных мер! Кроме того, общая практика предусматривает, что человек считается виновным до тех пор, пока он не докажет обратное, пройдя токсикологический анализ. Человек должен «пройти тестирование», чтобы доказать свою способность рожать и воспитывать детей, проживать в муниципальных жилищах, играть в школьной футбольной команде (или петь в школьном хоре!) и т. д. В конце концов, никто не свободен от подозрений и все становятся предметами навязчивых мер, направленных на поиск и наказание «виновного».

Несомненно, что действия, которые сегодня декларируются как работа по предотвращению и снижению употребления отдельных наркотиков, считающихся «вред-

ными», легко могут быть применены и к другим практикам, которые общество (или, по крайней мере, общественные лидеры) считают неприемлемым. Все это не ново: эта концепция была увековечена Мартином Нимёллером (Martin Niemöller), протестантским пастором (и бывшим капитаном немецкой подводной лодки!), который весьма яростно, хотя и запоздало, выступил против нацистского режима:

«В Германии сначала пришли за коммунистами, и я молчал, потому что не был коммунистом. Потом пришли за евреями, и я молчал, потому что я не еврей. После этого пришли за профсоюзными деятелями, и я продолжал молчать, потому что не был профсоюзным деятелем. Затем они пришли за католиками, и я молчал, потому что был протестантом. Потом они пришли за мной, и к этому времени говорить было уже некому».³

Однако аргумент против отказа прав наркозависимым заключается не только «все-го лишь» в угрозе того, что подобные нарушения прав могут быть распространены на все группы общества. Существуют и более прямые последствия. Как говорилось ранее, мы знаем, что у значительного числа наркозависимых есть стимул пройти лечение и воспользоваться услугами снижения вреда, и что, когда лечение и услуги доступны, они обязательно их используют. Нам известно также, что такие услуги снижают заболеваемость, смертность, преступность, облегчают физические страдания и т. д. Однако готовность принять помощь имеет границы! Лишь немногие наркозависимые будут стремиться к помощи, если она связана с потерей конфиденциальности (например, с «регистрацией» в официальных учреждениях), лишением автомобильных прав, невозможностью обучения в вузе, постоянным наблюдением или уголовными санкциями в случае продолжения или возобновлении употребления наркотиков. Отвращая потребителей от помощи, такая политика провоцирует все новые и новые медицинские, финансовые и человеческие потери не только среди потребителей, но и среди всех членов общества.

Выводы

Чем же следует руководствоваться при решении проблемы ухода за потребителями наркотиков? Теми же соображениями, которые мы используем, когда имеем дело с любыми другими хроническими заболеваниями, — по той простой причине, что зависимость и является хроническим заболеванием. А какими соображениями должны определяться права человека, которыми должны обладать потребители наркотиков? Абсолютно теми же, которые имеют решающее значение для каждого члена общества. Этот вывод также не должен никого удивлять. Ведь неоспоримый факт заключается в том, что потребители наркотиков являются членами общества; эта группа состоит из столь же разнородных политических, социальных, демографических, экономических, этнических, религиозных и прочих элементов, что и общество в целом.

Исходя из интересов всего общества, отвергать услуги снижения вреда и ограничивать права человека не просто бесчеловечно, но и губительно!

Дополнительные замечания

Некоторые инфекционные заболевания являются исключением из этого правила, но даже в этой области заболевания, представляющие наиболее серьезную угрозу для человечества: СПИД и различные формы гепатита — иллюстрируют парадиг-

му, которую можно сформулировать следующим образом: «поддаются лечению, но не излечению». Хотя другие инфекционные заболевания могут быть излечены при правильном применении необходимых антибиотиков, как правило, они возобновляются при повторном контакте с возбудителем.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Cecil Textbook of Medicine (Учебник медицины, Сесил), 20th edition. JC Bennett and F Plum, eds. WB Saunders; Philadelphia, 1996, p. 47.
2. Goodman and Gilman The Pharmacological Basis of Therapeutics (Фармакологические основы терапии, Гудман и Гилман), 9th edition. JG Hardman and LE Limbird, eds. In chief. McGraw-Hill; New York, 1996, p. 509.
3. Niemöller M. Cited by Golden Gate University at the following website: http://internet.ggu.edu/university_library/if/Niemoller.html; (На основе цитат, приведенных на сайте Университета Голден-Гейт: http://internet.ggu.edu/university_library/if/Niemoller.html)

*Роберт Ньюман является директором Института химической зависимости Барона де Ротшильда (Baron de Rothschild Chemical Dependency Institute) при Медицинском центре Бет-Израэл (Beth Israel Medical Center) и профессором Медицинского колледжа им. Альберта Эйнштейна (Albert Einstein College of Medicine), Нью-Йорк, США.

ПРИМЕЧАНИЯ

- 1 Под «преступлениями без жертв» в криминологии подразумеваются такие преступления, которые происходят в результате соглашения между преступником и жертвой, как это происходит хотя бы в случае сделки между дилером и наркоманом. Конечно, можно утверждать, что по сути наркоман в данной ситуации является жертвой. Чисто с правовой точки зрения эта «жертва», также является преступником, т. к. ей грозит уголовная ответственность наравне с «настоящим» преступником.
- 2 Является очевидным, что во многих случаях пострадавшие не делают этого по различным причинам: недоверие к полиции, страх перед мстью, отсутствие времени, пренебрежение инцидентом и т. п. Однако они всегда могут это сделать. Но ни дилер, ни тот, кто приобретает наркотики, в этом не заинтересованы.
- 3 Например, в Польше около 70% - 80% всех уголовных производств возбуждается в результате обращения в полицию потерпевшего. Дела, возбуждённые в результате активности самой полиции (поймка с поличным, деятельность агентов и т. п.), приводят к раскрытию относительно небольшого процента преступлений.
- 4 Термин пермисивность, наверное, не самое удачное определение этого подхода, т. к. он предполагает толерантность и даже одобрение употребления наркотиков. Однако не об этом идёт речь, а только о сужении криминализации и отказе от применения в отношении потребителей наркотиков уголовных санкций, что не является равнозначным толерантности употребления.
- 5 Под запретительными преступлениями следует понимать все действия, запрещённые под страхом наказания, которые являются последствием существования запретитель-

ной политики, и таким образом пенализирующие нарушения запрета оборота и употребления наркотиков в немедицинских целях. В польских условиях – это все преступления, определённые в разделе 6 Закона «О противодействии наркомании» 1997 года.

- ⁶ Под обычными преступлениями следует понимать преступления, определённые в Уголовном кодексе и других законах, которые могут совершаться всеми. Некоторые из них, такие как кражи, грабежи, мошенничество и т. п., достаточно типичны для лиц, зависимых от наркотиков.
- ⁷ Однако нельзя забывать, что в США эти вопросы регулируются в значительной степени на уровне законодательства штатов, а не федерального законодательства. В связи с этим следует помнить, что во многих штатах США имеют место элементы пермиссивизма в отношении «cannabis», заключающиеся в том, что хранение этого вещества декриминализовано и наказывается только относительно небольшими административными штрафами. В свою очередь, уже на протяжении нескольких лет во многих штатах появляются элементы ориентации на лечение в виде «drug courts», в рамках которых применяются в отношении потребителей наркотиков альтернативные лечебные средства, а не уголовное наказание.
- ⁸ Следует, однако, помнить, что в скандинавских странах проявляются также элементы ориентации на лечение, поскольку там существует богатая альтернатива наказанию. Однако, уже традиционно, часто при реализации этих средств преобладают элементы принуждения, а не добровольности.
- ⁹ «Вестник законов» № 75, поз. 468 с последующими изменениями.
- ¹⁰ «Вестник законов» № 77, пол. 873. 11 «Вестник законов» № 128, пол. 1349.
- ¹² Сейм Республики Польша III созыва, документ 631.
- ¹³ Последнее утверждение парадоксальным образом подтверждает, что постановления, принятые в ст. 48 закона 1997 года, оказались верными. Они предоставили полиции средство, облегчающее преследование более серьезных случаев хранения наркотиков, служащих прикрытием для торговли наркотиками, когда это невозможно доказать непосредственно.
- ¹⁴ Вестник законов № 103 от 27 ноября 2000 г., пол. 1097.
- ¹⁵ Именно так министр Барбара Лабуда назвала это нововведение во время пресс-конференции Президента Республики Польша (от 17 XI 2000), посвященной изменению закона.
- ¹⁶ Вестник законов № 125, пол. 1367.
- ¹⁷ Наркосцена – все, что связано с «хождением» наркотиков на определенной территории

Часть 2
**Подходы к здравоохранению и правам
человека**

Вступление

В статьях, представленных в данной части, политика в отношении наркотиков рассматривается в контексте прав человека. Как показано в текстах первой части, прогибиционистская политика, нарушающая права человека, в конечном итоге приносит больше вреда, чем пользы: в частности, они ведут к повышению уровня передачи ВИЧ/СПИДа. В них утверждается, что для достижения положительных результатов деятельности по охране общественного здоровья необходимо осуществлять политики снижения вреда, которые защищают права человека. Статьи, включенные во вторую часть, посвящены созданию основы для формирования таких политик. Основной вопрос, который обсуждается в эти статьи, можно сформулировать так: можно ли достичь компромисса между индивидуальными правами и общественным здоровьем при разработке и осуществлении политик? Мы можем использовать информацию, содержащуюся в этой части, для оценки программ и политик, которые будут обсуждаться в других частях этой книги.

Авторы статьи под названием «Разработка анализа воздействия политик на права человека: формирование и оценка политики в области здравоохранения», Ларри Гостин и Джонатан Манн, утверждают, что любые типы правительственной политики в отношении наркотиков содержат потенциал нарушения прав человека, поскольку при разработке большинства из них необходимое внимание не уделяется их возможному влиянию на права человека или общественное здоровье. Авторы предлагают применять при создании и осуществлении правительственной политики специальную модель — анализ воздействия этой политики на права человека. Эта модель позволит лицам, формирующим политику в области наркотиков, выявить потенциальные нарушения прав человека и найти способы избежать этих нарушений.

Авторы статьи «Понимание феномена употребления нелегальных веществ среди молодежи и выработка ответных мер» пытаются ответить на вопрос, каково значение правозащитного контекста в разработке политики в отношении наркотиков. София Граскин, Кэрен Плафкер и Эллисон Смит-Эстель также предлагают использовать схему оценки ситуации прав человека при анализе правительственной деятельности по борьбе с употреблением нелегальных веществ. Как и модель Гостина и Манна, предложенная ими схема может помочь нам разобраться в том, каким образом действия правительства могут способствовать росту употребления вредных веществ, и изучить возможную реакцию правительства на то, что его роль в поощрении злоупотребления наркотиками становится очевидной. Кроме того, предлагаемая схема позволит нам узнать, какие новые вопросы, связанные с пробелами в политике и с оценкой существующих программ, возникают в результате применения разработанной ими модели «уязвимости».

Статьи «Здоровье, ВИЧ-инфекция, права человека и употребление инъекционных наркотиков» и «Алхимия неравенства: Организация Объединенных Наций, политика в отношении нелегальных наркотиков и глобальная эпидемия ВИЧ», показывают, что политика контроля за наркотиками, которая нарушает права потребителей наркотиков, не может сдержать распространения ВИЧ. Под маской традиционного подхода к проблемам здравоохранения первой политической реакцией на распространение ВИЧ становится призыв к применению дискриминационных мер (например, к принудительному тестированию, обязательной регистрации потребителей при обращении за медицинскими услугами), направленных на эту популяцию. Современная наркополитика усиливает подобную дискриминацию, провоцируя дальнейшее отчуждение

этих групп. Алекс Водак и Дэниэл Волфе утверждают, что единственный способ обеспечить контроль над распространением ВИЧ среди уязвимых популяций заключается в том, чтобы формировать стратегии профилактики на основе прав человека, тем самым позволив организациям более эффективно взаимодействовать с популяциями, подвергающимися высокому риску.

И, наконец, Мургазокол Хидиров и Майя Ан, авторы последней статьи в данном разделе «Права человека через призму зависимости от потребления наркотиков в Таджикистане», рассказывают о ситуации в этой центральноазиатской стране и об успехах, которые общественное объединение «РАН» вместе с партнерами достигло в адвокации изменений наркотического законодательства.

Разработка анализа воздействия политик на права человека: Формирование и оценка политик здравоохранения

Ларри Гостин и Джонатан Манн*

Резюме:

Правительственная политика в любой области, в частности, в сфере здравоохранения, предусматривает возможность более или менее серьезного нарушения прав человека — через ограничение свобод, дискриминацию отдельных лиц или групп населения или другие механизмы. Хотя в некоторых случаях защита общественного здоровья может оправдывать некоторое ущемление прав человека, можно привести множество примеров, когда права человека нарушаются без всякой необходимости. В этой статье вниманию читателей предлагается «модель анализа воздействия политики на права человека», которая позволит лицам, формирующим политику, и правозащитникам выявить потенциальное негативное влияние политик здравоохранения в плане соблюдения прав человека. Также в ней описаны стратегии, которые могут способствовать улучшению ситуации с соблюдением прав человека.

Политика в области общественного здравоохранения часто разрабатывается без тщательного размышления о том, каковы цели этих политик, приведет ли предусмотренная ими деятельность к достижению этих целей, и окажется ли ожидаемая польза для общественного здоровья более весомой, чем неблагоприятные последствия для ситуации с соблюдением прав человека. В частности, при формировании политики в области здравоохранения редко учитывается ее влияние на права человека или международные нормы, устанавливающие эти права.¹ Осуществление этой политики без ее тщательного рассмотрения с точки зрения прав человека может принести вред людям, на которых они рассчитаны, и сделать ее неэффективной, а может быть и опасной.²

Неспособность внимательно изучать влияние политики здравоохранения на права человека не вызывает большого удивления: лишь немногие чиновники в сфере здравоохранения знакомы с доктринами прав человека, а у тех, кто с ними знаком, не хватает ни навыков, ни знаний для оценки политики с точки зрения прав человека. В то же время правозащитное сообщество редко в письменной форме фиксирует свои принципы или инициирует судебные разбирательства в области здравоохранения.³ Даже такое фундаментальное понятие концепции прав человека, как право на здоровье, не имеет операционного определения, а официального юридического органа, который описывал бы параметры этого права, не существует.⁴ Отсутствие аналитического механизма, который специалисты в области здравоохранения и защиты прав человека могли бы применить для систематической оценки воздействия политик здравоохранения на права человека, затрудняет развитие дисциплины, объединяющей здравоохранение и права человека, и разработку совместной деятельности в данных областях.

В данной статье предлагается модель «анализа воздействия политики на права человека» — инструмент, который поможет оценить влияние политики в области здравоохранения на права человека и человеческое достоинство. Основные этапы, предусмотренные этой моделью, могут помочь людям, работающим в области здравоохранения, разработать эффективные стратегии, основанные на соблюдении прав человека. Оценка воздействия политики на права человека также поможет правозащитным организациям и группам на уровне сообщества в их попытках добиться включения стандартов прав человека в концепции и политики, применяющиеся в системах здравоохранения. Чтобы проиллюстрировать применение анализа воздействия политики на права человека, в данной статье используется опыт работы в области заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП),⁵ вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)⁶ и туберкулеза (ТБ).

Общие характеристики: замечания к процессу сбора информации

Оценка или анализ являются одной из первостепенных функций здравоохранения. Тщательный сбор всей актуальной информации, представленной с точки зрения разных дисциплин (например, эпидемиологии, вирусологии, медицины, сестринского обслуживания, социальных услуг), является обязательным условием эффективной политики здравоохранения. Точно так же для анализа воздействия политики на права человека необходим тщательный и беспристрастный поиск соответствующих фактов.

Организации, которые должны обосновывать стратегии общественного здравоохранения (такие как Министерства здравоохранения, охраны окружающей среды или юстиции), могут приводить казалось бы весьма веские аргументы, основанные на «твердых доказательствах», однако, комплекс «фактов», предоставляемых правительством, часто бывает неполным или односторонним. Должным образом организованный процесс сбора фактов требует обширных консультаций с международными ведомствами, некоммерческими организациями, ассоциациями здравоохранения или другими профессиональными ассоциациями, группами на уровне сообщества и объединениями специалистов по адвокации и лидерами сообщества. Все они помогут создать бесценную картину, которая позволит понять, как политика здравоохранения влияет на права человека в своих сообществах.⁸ Особое значение имеет обсуждение этого вопроса с людьми, непосредственно затронутыми этими политиками, и специалистами, представляющими их интересы. Чтобы получить сбалансированную картину при консультациях с этими источниками необходимо принимать специальные усилия для сбора материалов, представляющих все существующие точки зрения.

Анализ воздействия политики на права человека

Такого рода анализ предусматривает изучение ряда вопросов, которые помогут оценить соотношение между пользой той или иной политики для здравоохранения и ее неблагоприятным влиянием на права человека.

I ЭТАП: Четко определить цель политики в плане здравоохранения

Огромное значение имеет четкое понимание целей, которые должна достигнуть политика в плане здравоохранения. Правительство обязано отчетливо сформулировать

эти цели. Например, заявление, что задача политики состоит в борьбе с туберкулезом, СПИДом или другими распространенными заболеваниями, является слишком неопределенным и общим. Точное концептуальное представление о цели скорее приведет к выработке целесообразных и адекватно сконструированных политик. Примером более четко сформулированных целей политик могут послужить: (1) профилактика передачи ВИЧ через кровь и продукты крови (отбор доноров, скрининг на ВИЧ и термическая обработка продуктов крови для людей с гемофилией); или (2) профилактика передачи туберкулеза (обеспечение соблюдения режима лечения через организацию терапии под непосредственным медицинским наблюдением).

Четкая формулировка целей помогает определить истинные задачи программы; способствует общественному пониманию и облегчает публичное обсуждение допустимых задач в плане здравоохранения; обнаруживает существующие предрассудки, стереотипные установки или иррациональные страхи.

II ЭТАП: Оценить вероятную эффективность политики

Наличие обоснованной и даже очевидной цели не может служить оправданием любой политики. Государственные чиновники обязаны продемонстрировать, что используемые ими средства с достаточной степенью вероятности приведут к достижению заявленной цели.

Этап II требует добросовестного и усердного изучения потенциальной эффективности политики. Для этого необходимо внимательно и непредвзято ознакомиться с фактами и мнением экспертов, а также проконсультироваться с группами, затронутыми политикой.

Можно возразить, что определенные решения в области здравоохранения принимаются в чрезвычайных обстоятельствах, исключающих длительные размышления, совещания и оценку научных фактов. Однако необходимость срочных мер по охране общественного здоровья не освобождает лиц, принимающих решения, от обязанности использовать все доступные данные при вынесении своих суждений. Чрезвычайная ситуация в плане здравоохранения, как и чрезвычайные обстоятельства в других областях, требуют экстренной и тщательной оценки всей доступной информации.⁹

Чтобы должным образом организовать процесс оценки потенциальной эффективности предлагаемой политики здравоохранения, может оказаться полезным обдумать ряд вопросов. Ниже приведены некоторые примеры таких вопросов, опирающиеся на опыт программ скрининга на ЗППП, ВИЧ и туберкулезную бациллу.

(А) Является ли программа скрининга целесообразной и надежной?

Ни один скрининг-тест не обладает 100-процентной точностью (то есть не все люди, имеющие заболевание, будут иметь положительные результаты тестов и не все люди, его не имеющие, получают отрицательные результаты). Помимо характеристик, присущих методам тестирования, существуют другие важные источники потенциальных проблем: (1) субъективная погрешность, включая несовершенные условия производства или хранения лабораторных реагентов; (2) биологические характеристики заболевания (например, в случае ВИЧ-инфекции между моментом инфицирования и появлением поддающихся обнаружению антител существует «окно» продолжительностью в несколько недель); и (3) эпидемиологические характеристики, такие как распространенность заболевания в популяции, в которой проводится тестирование. В целом, учитывая несовершенство самого процесса тестирования, чем ниже распространенность инфекции в популяции, тем ниже вероятность, что положительные результаты теста точно указывают на наличие у пациента соответствующего заболевания. Следовательно, скрининг по-

пуляций с низкой распространенностью ведет к высокой вероятности получения «ложно положительных» результатов тестов. Технические возможности теста не могут быть отделены от конкретного контекста, в котором он проводится.

(Б) *Велика ли вероятность, что программа окажется эффективной?*

Тот факт, что правительство создает интенсивную программу по тестированию, извещению партнеров или изоляции, не всегда означает, что оно «предпринимает реальные шаги» для решения проблемы. Настоящий вопрос состоит в том, ведет ли та или иная политика к эффективной деятельности.

Если говорить о программах скрининга, важно определить предельное значение результатов тестирования. То есть, учитывая то, что уже известно о пациенте и популяции, дает ли тест новую ценную информацию? И более важный вопрос: реагирует ли политика на эту информацию эффективными мерами?

Если правительство, например, проводит широкомасштабную программу скрининга на ЗППП в учреждениях экстренной медицинской помощи, в исправительных учреждениях или публичных домах в целях профилактики ЗППП, необходимо тщательно изучить используемую стратегию, чтобы выяснить, способствует ли она успешному достижению поставленной цели. Если программа не рассчитана на предоставление дополнительных профилактических услуг (таких как обучение и консультирование) и не предусматривает последующих мер, таких как лечение, она сможет лишь выявить случаи инфицирования, но не сможет эффективно противодействовать распространению заболевания. Таким образом, скрининг может являться конструктивной политикой лишь в том случае, если полученная информация явно может использоваться в целях охраны общественного здоровья.

Иногда утверждается, что сбор информации о состоянии здоровья в популяции полезен в любой ситуации. Это не так: хотя благодаря скринингу, можно получить полезные данные. Они могут составлять неполную или искаженную картину, быть недостаточно достоверными или непригодными для того, чтобы делать на их основе общие выводы. Эпидемиологические исследования позволяют получить более достоверное представление о распространенности заболеваний в популяции.

(В) *Существует ли более совершенный подход?*

Необходимо сравнить предлагаемую политику с альтернативными вариантами. Несомненно, изучение широкого спектра более гуманных политик принесет свежий взгляд на проблему. Рассмотрим пример с работниками коммерческого секса и людьми, имеющими многочисленных сексуальных партнеров. Программы, предусматривающие принудительные или карательные меры, ведут к отчуждению этих сообществ, делая их еще более недоступными для организаций, предоставляющих услуги и консультации в области здравоохранения, которые могли бы помочь им изменить высоко рискованное поведение. Вместо того, чтобы применять карательные меры, руководители системы здравоохранения могли бы попытаться предоставить новые возможности женщинам, лишенным средств к существованию, живущим в условиях, оскорбляющих человеческое достоинство, не имеющим возможности отказать партнеру в половом акте или настоять на использовании презервативов. В то же время общественные чиновники могли бы работать над удовлетворением потребностей женщин в плане трудоустройства, жилища, здоровья, а также их социальных потребностей. Все это будет способствовать формированию образа жизни, соответствующего их человеческому достоинству, а не основанного на эксплуатации.¹⁰

Развитие общественной политики предполагает возможности для улучшения здоровья сообщества. Поспешное решение проводить программы всеобщего скрининга, отслеживать контакты или применять принудительные меры, включает в себе нечто большее, чем финансовое бремя и вероятность нарушения прав человека: речь идет еще и о потерянных возможностях. Другими словами, выделяя ресурсы на осуществление одной политики или услуги, правительство может лишиться возможности осуществлять другие, потенциально более эффективные, политики или услуги. Глобальное сообщество не может позволить себе отказаться от экономически эффективных мер, препятствующих распространению заболеваний и повышающих доступ к медицинскому уходу.

Коротко говоря, внимательное изучение этих вопросов может принести пользу, как с точки зрения охраны здоровья, так и с точки зрения прав человека. Повторим эти вопросы: является ли данная форма воздействия приемлемой и целесообразной? Велика ли вероятность, что данная политика выльется в эффективную деятельность? Является ли конкретная данная политика столь же эффективной, как и другие допустимые варианты?

III ЭТАП: Определить, точно ли нацелена политика общественного здравоохранения?

Тщательно продуманная политика нацелена на популяции, испытывающие потребность в воздействии. В идеальном случае стратегии общественного здравоохранения должны быть рассчитаны на тех, кто сможет извлечь из них пользу. Таким образом, каждый тип политики создает некий класс людей, в отношении которых она применяется, и класс людей, которых она не затрагивает. Так, политика скрининга может быть нацелена на конкретную группу, например, на бездомных, потребителей наркотиков, иностранцев, работников коммерческого секса или заключенных. Политика изоляции всех больных ТБ, не прошедших полный курс лечения, может затрагивать, в первую очередь, малоимущих, которые не имеют адекватного доступа к услугам здравоохранения. Политика, которая кажется нейтральной, на практике может оказывать несоразмерное воздействие на отдельные группы общества. Крайне важно понять, что любая политика создает разделение общества на группы, что, в свою очередь, может привести к дискриминации тех групп, которые не пользуются одобрением общества. Осознание этого факта повышает восприимчивость здравоохранительного сообщества к проблемам прав человека и помогает учесть потребности общественного здоровья при подобном разделении. Политики, нацеленные на людей, объединяемых такими характеристиками, как расовая принадлежность, пол, вероисповедание, национальное происхождение, сексуальная ориентация, экономический статус, инвалидность или отсутствие постоянного места жительства, зачастую проистекают из стереотипов, оскорбляющих человеческое достоинство.

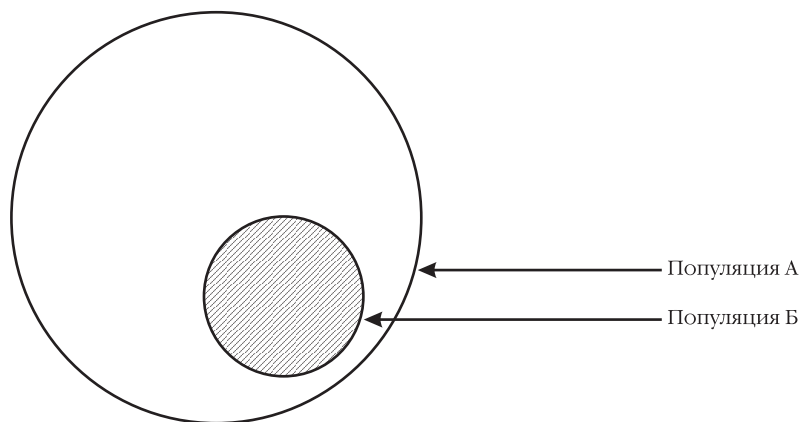
Разумная политика здравоохранения должна избегать как недостаточного, так и избыточного охвата.¹¹ Политика обладает недостаточным охватом, если она охватывает некоторых, но не всех людей, на которых она рассчитана.¹¹ Сам по себе недостаточный охват не всегда является проблемой; правительство может использовать свои ограниченные ресурсы для частичного решения той или иной проблемы, связанной с охраной общественного здоровья. Например, предоставление правительством услуг по профилактике и лечению заболеваний (например, обучение безопасному сексу, распространение презервативов и уход за здоровьем) может быть нацелено только на безнадзорных детей, но не на школьников или взрослых людей. Недостаточный охват

такой политики не всегда является отражением дискриминации: он может просто определять проблемы и приоритеты конкретной страны в плане здравоохранения.

Схема 1. Допустимый неполный охват

Предлагаемая политика: Предоставление всестороннего сексуального просвещения и распространение презервативов только в популяции Б

 - Целевые популяции



Популяция А все подростки, подвергающиеся риску ЗППП и нежелательной беременности, которым может быть полезно сексуальное просвещение и распространение презервативов

Популяция Б все подростки в учреждениях закрытого типа, таких как исправительные учреждения, детские приюты и психиатрические больницы

Такая форма допустимого неполного охвата показана в Схеме 1. Популяция А включает всех подростков, подвергающихся риску ЗППП и нежелательной беременности, которые могут извлечь пользу из сексуального просвещения и консультирования. Популяция Б включает всех подростков, так или иначе связанных с такими учреждениями закрытого типа, как тюрьмы, детские приюты и психиатрические больницы (как подростков, содержащихся в таких учреждениях, так и учащихся школ или представителей более широкого сообщества, когда-либо соприкасавшихся с этими учреждениями). Предлагаемая политика предусматривает всестороннее половое просвещение и распространение презервативов только в популяции Б; эта политика основана на расчете, что родители остальных подростков снабдят их необходимой информацией; когда же необходимые средства будут доступны, программа обучения будет расширена. Хотя этот подход и не идеален, его применение не обязательно поднимает вопрос о дискриминационном характере неполного охвата.¹²

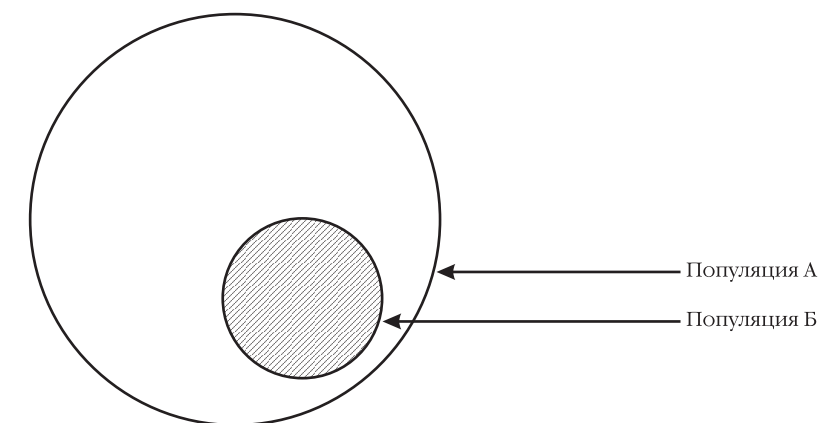
Однако некоторые типы политики, предусматривающие неполный охват, могут маскировать дискриминацию: например, если правительство применяет принудительные меры исключительно к политически бесправным и уязвимым группам, не применяя их ко всем остальным группам, практикующим те же самые формы поведения. Правительство не обязано изобретать политику, рассчитанную на всю популяцию, в которой существует угроза передачи заболевания. Вместо этого, оно может решить бороться с проблемой поэтапно. Однако, если субпопуляция, на которую нацелены принудитель-

ные или карательные меры, выбрана по причинам, прямо никак не связанным с охраной общественного здравоохранения, недостаточный охват недопустим.

Схема 2. Недопустимый неполный охват

Предлагаемая политика: изоляция во время активной фазы туберкулеза и терапия под непосредственным медицинским надзором на протяжении всего курса лечения в популяции Б

 - Целевая популяция



Популяция А все пациенты с активным туберкулезом

Популяция Б все пациенты с активным туберкулезом, не имеющие постоянного места жительства

В Схеме 2 приводится пример недопустимого неполного охвата. Популяция А включает всех пациентов, которым поставлен диагноз активный туберкулез. В большинстве своем представители популяции А (но не Б) — это люди со средними или высокими доходами, принадлежащие к доминирующему этническому сообществу. В популяцию Б входят все люди, у которых выявлен активный туберкулез, не имеющие постоянного места жительства и принадлежащие исключительно к низшему социально-экономическому классу, причем более 90% этой популяции составляют этнические меньшинства. Политика изоляции пациентов с активной фазой заболевания и назначении им терапии под непосредственным медицинским надзором в течении всего курса терапии, которая применяется только в отношении популяции Б, не может являться справедливой, поскольку она основана на предвзятом и неоправданном отношении к людям, принадлежащим к этим двум популяциям. Власти здравоохранения исходят из того, что во время активной фазы заболевания представители популяции А будут оставаться в добровольной изоляции в своих домах, и что им можно доверить самостоятельно пройти полный курс приема медицинских средств.

При этом сотрудники здравоохранения считают, что представители популяции Б не пойдут на добровольную изоляцию, не пройдут полный курс терапии и сознательно останутся в густонаселенных районах, подвергая окружающих риску инфицирования. Эти предположения отчасти основаны на обобщенных представлениях о популяциях, разделяющих людей на основании их социально-экономического класса и расовой принадлежности.

Даже если правительственная политика предусматривает предоставление полезных услуг, а не принудительные меры, они все равно могут быть недопустимой из-за недостаточного охвата. Например, предоставление услуг по охране здоровья или проведение клинических испытаний только для мужчин, но не для женщин, может быть отражением пренебрежительного отношения общества к женщинам, а не указывать на оправданные приоритеты страны в плане здравоохранения.

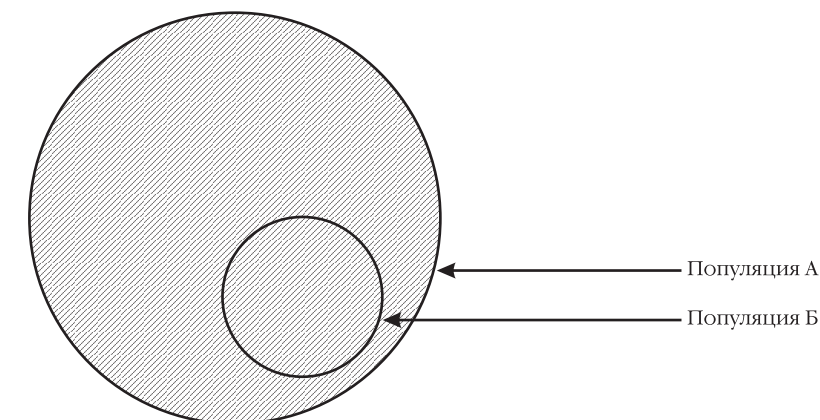
Избыточный охват имеет место, когда политика применяется в отношении большего числа людей, чем необходимо для достижения ее целей. Избыточный охват может быть неэффективным с экономической точки зрения, как, например, в случае с консультированием в области ВИЧ-инфекции всех поступающих в отделения скорой помощи.

Однако, когда речь идет о мерах принуждения, избыточный охват не допустим практически в любой ситуации. Недопустимая в связи с избыточным охватом политика предусматривает применение принудительных мер к группам, которые, *как считается*, подвергаются высокому риску передачи заболевания; однако многие люди, входящие в эти группы, не представляют угрозы для общества. Применение принудительной меры ко всем гомосексуалистам, работникам коммерческого секса, потребителям внутривенных наркотиков или иностранцев из стран с высокими уровнями ВИЧ, основано на ошибочной уверенности, что все члены этих групп вовлечены в незащищенные половые контакты или совместное использование игл.

Схема 3. Избыточный охват

Предлагаемая политика: карантин ВИЧ-положительных пациентов в стране

 - Целевая популяция



Популяция А Все ВИЧ-положительные в стране

Популяция В Все ВИЧ-положительные, вовлеченные в высоко рискованное поведение]

Схема 3, на которой изображена ситуация с карантином ВИЧ-инфицированных на Кубе, иллюстрирует подобный избыточный охват. Популяция А включает всех ВИЧ-инфицированных на Кубе. Популяция В состоит из ВИЧ-инфицированных, вовлеченных в высоко рискованное поведение. Политика карантина нацелена на всех представителей популяции А, хотя вероятность передачи ВИЧ-инфекции существует лишь в малой

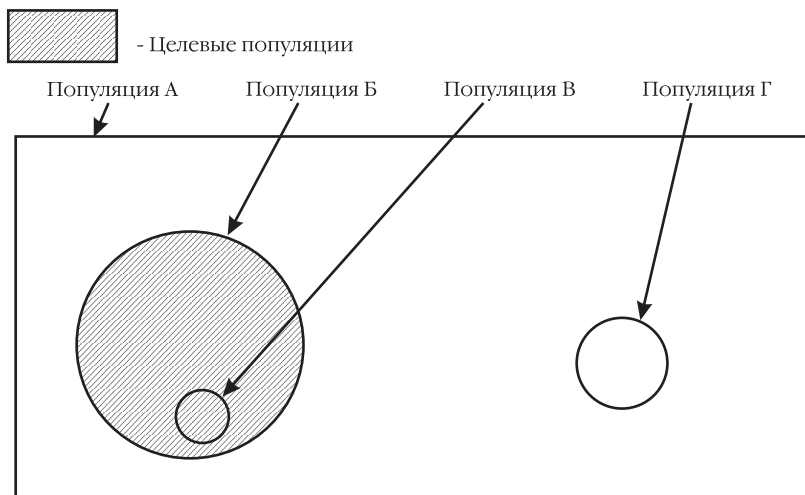
части этой популяции. Такая политика может быть эффективной в плане здравоохранения, однако она ведет к лишению свободы многих людей, не представляющих риска для общества.

Охват политики может быть одновременно и недостаточным, и чрезмерным. Такие типы политики оказывают воздействие на людей, которые не представляют угрозы для общества (избыточный охват), при этом не затрагивая людей, такую угрозу представляющих (недостаточный охват). Например, применения уголовных наказаний для коммерческих секс-работников, но не для их клиентов-мужчин означает одновременно недостаточный и избыточный охват. Охват такой политики едва ли может быть полным, поскольку в качестве ее объекта произвольно выбирается уязвимая популяция, в то время как в рискованное поведение вовлечены еще по крайней мере две группы. (Она также не распространяется на всех тех, кто ведет сексуальную жизнь и не информирует партнеров о своем заболевании). При этом ее охват является избыточным, так как некоторые секс-работники не инфицированы ЗППП, информируют клиентов о потенциальном риске и практикуют безопасный секс.

В Схеме 4 представлен другой пример избыточного и недостаточного охвата.

Схема 4. Недостаточный и избыточный охват

Предлагаемая политика: Предоставление всестороннего сексуального просвещения и распространение презервативов только в популяции Б



Популяция А все иностранцы, приезжающие в страну
 Популяция Б все иностранцы, приезжающие в страну из региона X
 Популяция В все иностранцы, практикующие высоко рискованное поведение, из региона X
 Популяция Г все иностранцы, практикующие высоко рискованное поведение, из других регионов

Популяция А включает всех иностранцев, приезжающих в страну. Популяция Б включает всех иностранцев, въезжающих в страну из Региона X. Популяция В включает всех иностранцев, въезжающих в страну из Региона X, которые практикуют высоко рискованное поведение. Популяция Г включает всех иностранцев, практикующих рискованное поведение, которые приезжают в страну из других регионов. Предлагаемая политика проводить скрининг и отказывать во въезде в страну тем, у кого выявлена ВИЧ-инфекция, применяется только в отношении Популяции Б (иностранцы из Региона X). Эта политика предусматривает избыточный охват, потому что, хотя часть ВИЧ-инфицированных представителей Популяции Б могут практиковать высоко

рискованное поведение, многие представители группы не инфицированы, а многие из инфицированных ведут себя вполне ответственно. В то же время эта политика не применяется в отношении иностранцев из других регионов, помимо X, хотя многие из них инфицированы ВИЧ и могут практиковать высоко рискованное поведение.¹³

IV ЭТАП: Изучить каждую политику в плане возможного неблагоприятного воздействия на права человека

После изучения некоторых важных аспектов процесса принятия решений в области здравоохранения можно перейти к изучению воздействия предлагаемой политики на права человека. Анализ воздействия на права человека предусматривает методичное сопоставление потенциальной пользы политики для общественного здоровья с ее последствиями в отношении прав человека. Даже в продуманной политике может преобладать неблагоприятное воздействие на права человека. Выявление всех потенциальных нарушений прав человека и оценка тех, что скорее всего могут произойти, будут способствовать разумным действиям правительства.

Международный билль о правах человека (International Bill of Human Rights)¹⁴ может рассматриваться как свод основных прав человека. Включенные в него документы перечисляют и описывают права человека, признают обязанности частного лица перед обществом,¹⁵ предусматривают неотъемлемые права, которые не могут нарушаться даже в чрезвычайных ситуациях, и оговаривают критерии ограничения прочих прав.

Некоторые права человека имеют настолько существенное значение для сохранения человеческого достоинства и благополучия, что считаются абсолютными. Эти права не должны нарушаться ни в какой ситуации, даже если в стране официально объявлено чрезвычайное положение и потребности в отношении охраны здоровья приобретают исключительное значение. В число неотъемлемых прав входит свобода от дискриминации; право на жизнь, свобода от пыток и жестокого, бесчеловечного или унижительного обращения или наказания; свобода от рабства или подневольного состояния; свобода от тюремного заключения за невыполнение договорных обязательств; свобода от обратного действия уголовного законодательства; право на признание личности перед законом; свобода мысли, совести и вероисповедания.¹⁷ Таким образом, в данной перспективе, польза, которую может принести здравоохранению политика, ограничивающая эти права, никогда не может перевесить ее негативного воздействия на права человека. Другими словами, тот факт, что политика улучшает состояние общественного здоровья, не может оправдать любые возможные средства достижения поставленных целей.

Другие права в некоторых ситуациях могут ограничиваться. Статья 29 Всеобщей декларации прав человека утверждает, что ограничения этих прав должны быть «установлены законом исключительно в целях обеспечения должного признания и уважения прав и свобод других и удовлетворения справедливых требований морали, общественного порядка и общего благосостояния в демократическом обществе». Коротко говоря, ограничение прав человека должно быть: (1) *предусмотрено законом демократического общества*, т. е. должно быть основано на тщательном рассмотрении законодательства; и (2) *необходимо для достижения важной для общества цели*, т. е. законодательство, предусматривающее ограничение, должно преследовать очевидные общественные интересы, например, безопасность или охрану здоровья. Ограничение прав человека не должно даваться легко. На практике принудительные или карательные политики в большинстве случаев приносят вред, а не благо, здоровью общества.

При необходимости достигнуть важной политической цели могут быть нарушены следующие гражданские и политические права: право на личную свободу и бе-

зопасность; свобода от произвольного ареста, заключения или ссылки; свобода передвижения; свобода от произвольного вмешательства в личную и семейную жизнь, посягательств на неприкосновенность жилища и тайну корреспонденции; свобода объединения и право на мирные собрания; свобода мнения и выражения, включая право свободно искать, получать и передавать информацию. Мелкие нарушения прав человека могут быть оправданы, если они совершаются как вынужденная мера в интересах общественного здоровья в ситуации, когда другого способа достигнуть необходимой цели не существует. Например, обязательная иммунизация населения безопасной и эффективной вакциной может рассматриваться как нарушение права на личную безопасность, однако существенное снижение заболеваемости и смертности может оправдать такое вмешательство.

Экономические, культурные и социальные права не имеют в международном праве такого статуса, какой имеют гражданские и политические права.¹⁶ Права, предусмотренные Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR) включают право на работу (Статья 6), на социальную безопасность (Статья 9), на адекватный уровень жизни, включая питание, одежду и жилье (Статья 11), на максимально достижимые стандарты физического и психического здоровья (Статья 12), на образование (Статья 13), а также право участвовать в научном прогрессе и пользоваться его благами (Статья 15). Экономические, социальные и культурные права не могут быть осуществлены сразу, поэтому Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights) не имеет права требовать соблюдения этих прав. Тем не менее, статья 2 ICESCR обязывает все государства, которые ратифицировали данный пакт «в индивидуальном порядке и в порядке международной помощи и сотрудничества, в частности, в экономической и технической областях, принять в максимальных пределах имеющихся ресурсов меры к тому, чтобы обеспечить постепенно полное осуществление признаваемых в настоящем Пакте прав всеми надлежащими способами, включая, в частности, принятие законодательных мер».

Как измерить негативное воздействие политики здравоохранения на права человека? Здесь следует рассмотреть четыре фактора: (1) характер прав человека; (2) степень посягательства на права; (3) частота и масштабы нарушения; (4) продолжительность нарушения.

Политика, негативно воздействующая на фундаментальные права и свободы, подвергает права человека серьезной опасности. Решение о заключении в тюрьму, изоляции или иной форме ограничения свободы личности оказывает существенное влияние на жизнь человека. И напротив, если требование информировать партнера может рассматриваться как потенциальное нарушение права на неприкосновенность личной жизни, такого рода посягательства на права, как правило, менее существенны, чем лишение свободы.

Второй фактор связан со степенью посягательства на конкретное право. Ни свобода, ни неприкосновенность личной жизни не являются правами абсолютными. Любое общество допускает некоторые нарушения этих прав, например, ограничение индивидуальной свободы в тех случаях, когда пользование этой свободой идет вразрез с основными правами других людей или разоблачение частной информации, когда сохранение конфиденциальности подразумевает угрозу для безопасности окружающих.¹⁸ Однако, вред, который вызывают меры по охране общественного здоровья, нарушает любое из этих прав и может перевешивать их потенциальную пользу.

Например, решение правительства регистрировать пациентов с определенными заболеваниями и обеспечить общественный доступ к данным о них является серьезным посягательством на право инфицированных на конфиденциальность информации. Точно так же, запрещая всем ВИЧ-инфицированным женщинам вынашивать детей из-за риска перинатальной передачи ВИЧ, правительство коренным образом нарушает право на неприкосновенность личной жизни в контексте принятия решений о продолжении рода.

Третий вопрос заключается в том, применяется ли ограничение прав только к нескольким людям или к целой группе или популяции. Решение изолировать человека с активной формой контагиозного туберкулеза, несомненно, оправдано. Однако политика, предусматривающая карантин большой популяции людей, инфицированных бациллой туберкулеза, оказывает серьезное негативное воздействие на права человека. Кубинское правительство, например, стремилось снизить распространение ВИЧ в стране с помощью скрининга и изоляции всех кубинцев, возвращавшихся из-за границы. Правительство может вполне обоснованно заявлять, что благодаря этому оно достигнет крайне важной в плане общественного здравоохранения цели, однако тяжесть и масштабы нарушения прав человека делают подобную политику недопустимой.¹⁹

В-четвертых, необходимо также учитывать продолжительность нарушения прав человека. Изоляция человека с бациллой туберкулеза в активной стадии заболевания необходима в качестве краткосрочной меры. Однако изоляция ВИЧ-инфицированного неприемлема практически ни в какой ситуации; продолжительность этой меры никак не определена, поскольку ВИЧ-инфицированный может передавать вирус другим людям в течение всей своей жизни.²⁰

И, наконец, правовые и этические стандарты четко предусматривают, что программы здравоохранения должны опираться на принцип информированного согласия или согласия на основе полной информации.²¹ Эта доктрина в наибольшей степени применима к биомедицинским исследованиям, однако она может распространяться и на другие программы здравоохранения, включая тестирование и лечение. Принцип 1 Нюрнбергского кодекса²² содержит определение согласия, на которое опираются все более поздние этические руководящие принципы.²³

Абсолютно необходимым условием участия в эксперименте является добровольное согласие. Это означает, что лицо, вовлекаемое в эксперимент в качестве испытуемого, должно иметь законное право давать такое согласие, иметь возможность осуществлять свободный выбор и не испытывать на себе влияние каких-либо элементов насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения, обладать знаниями, достаточными для того, чтобы понять суть эксперимента и принять осознанное решение.

Таким образом, согласие человека на участие в исследовании должно быть правомерным, добровольным, информированным и осознанным.²⁴ Статья 7 Международного пакта «О гражданских и политических правах» запрещает проводить медицинские или научные эксперименты без добровольного согласия человека.

Основания для распространения принципа информированного согласия на лечение и применение других мер здравоохранения можно найти в Статье 9 Международного пакта «О гражданских и политических правах», гарантирующей право на безопасность личности. Безопасность личности можно понимать в том числе и как право человека самостоятельно решать, какую форму лечения он будет проходить.

В основе доктрины информированного согласия лежит уважение к личной независимости. В соответствии с принципом независимости, любой компетентный человек имеет право принимать решения, касающиеся его здоровья и благополучия.²⁵

Концепция информированного согласия имеет огромную важность для сохранения разумной практики здравоохранения. Согласие должно рассматриваться скорее как процесс коммуникации и взаимодействия с пациентом, чем как непреклонное юридическое требование. Процесс согласия предусматривает возможность консультирования и обучения и обеспечивает как добросовестность работников здравоохранения, так и сохранение достоинства пациентов.

Правозащитники и неправительственные организации могут внести бесценный вклад в деятельность всех тех, кто пытается оценить воздействие политики здравоохранения на права человека и обеспечить международные юридические гарантии. Организация сетей, объединяющих специалистов в области прав человека и здравоохранения, может способствовать конструктивным дискуссиям. Это может привести лишь к большему вниманию к правам человека при разработке, осуществлении и применении политики.

У ЭТАП: Определить, является ли данная политика наименее рестриктивной альтернативой для достижения поставленной цели по охране общественного здоровья

Анализ воздействия политики на права человека предполагает выявление соотношения между ее неблагоприятными последствиями и ее преимуществами в отношении здравоохранения. В целом, обширные или глубинные нарушения прав человека могут быть оправданы лишь исключительно в редких случаях, если это вообще возможно. В крайнем случае, подход, использующий эффективные средства достижения исключительно важной в плане здравоохранения цели, иногда может предусматривать ограничение прав человека. И наоборот, правительственная политика, благотворность которой вызывает какие-либо сомнения, имеет меньше веса, чем ее возможное неблагоприятное влияние на права человека.

Важным шагом в анализе воздействия политики является изучение альтернативных политик, которые в меньшей степени ограничивают права человека, при этом обеспечивая охрану здоровья сообщества. Принцип выбора наименее рестриктивной альтернативы предусматривает поиск политики, которая не означает столь серьезного вторжения в сферу прав человека, в то же время позволяя с тем же или большим успехом достигнуть желаемой цели в отношении здравоохранения, что и анализируемая политика. Правозащитное сообщество должно настаивать, чтобы правительство нашло альтернативные варианты, обеспечивающие достижение поставленных целей, не ставя под угрозу права человека и человеческое достоинство.

Власти системы здравоохранения зачастую неправильно истолковывают принцип наименее рестриктивной альтернативы. Этот принцип не требует введения неэффективных или отказа от эффективных типов политики. Вернее будет сказать, что он предусматривает избирательный подход к осуществлению программ, в котором предпочтение отдается программам, учитывающим права человека и при этом являющимся не менее или даже более эффективным средством достижения важной в плане здравоохранения цели. В редких случаях менее агрессивные в отношении прав человека политики одновременно являются и менее эффективными — на такие политики принцип наименее рестриктивной альтернативы не распространяется.

Для выявления наименее рестриктивной альтернативы, сначала следует рассмотреть подходы, основанные не на принуждении, а на каких-либо иных мерах; если этого оказывается недостаточно, можно перейти к постепенному изучению агрессивных с точки зрения прав человека мер. Например, если предоставление услуг или осуществ-

вление социальных программ (например, консультирование, обучение и лечение) не может обеспечить адекватной защиты общественного здоровья, применение более рестриктивных политик может быть оправданным.

Иногда правительства ощущают на себе общественное давление, принуждающее их решать неотложные насущные задачи по охране общественного здоровья с помощью рестриктивных или карательных мер. Так, общественное мнение может склоняться к тому, что иностранцы, потребители наркотиков, гомосексуалисты, секс-работники или другие популяции, не имеющие гражданских прав, представляют угрозу для здоровья. Внимательное изучение широкого спектра менее рестриктивных альтернатив, может помочь выявить политики, не только защищающие права граждан, но и более целесообразные для общества в целом.

Периодически возникают напряженные конфликты между общественным здравоохранением и правами человека, когда представители общественности или политики начинают заявлять о необходимости «жестко взяться» за людей, которые передают заболевание. На практике здравоохранение и права человека обычно находятся в гармонии: охрана прав человека является наиболее твердой гарантией защиты здоровья, в то время как самые эффективные стратегии здравоохранения предусматривают уважение к достоинству, присущему всем членам человеческой семьи. Политика, излишне полагающаяся на принудительные меры, может заставить человека, подвергающегося риску, воздержаться от обращения за тестированием, консультированием или лечением. В этом случае работники здравоохранения потеряют контакт с теми людьми, которые могут распространять заболевание, что в итоге принесет большой вред всему обществу. Кроме того, задачи общественного здравоохранения и прав человека, как правило, синергичны; защита прав человека способствует сотрудничеству и выработке общего представления о необходимости более безопасного поведения, тем самым поддерживая общественное здоровье.

Чтобы более полно исследовать концепцию менее рестриктивной альтернативы, рассмотрим пример большого города, в котором ведется работа по сдерживанию распространения мультирезистентного туберкулеза. Общественное мнение может призывать к гражданскому заключению под стражу или судебному распоряжению о назначении терапии под непосредственным медицинским наблюдением всем людям с активным ТБ. Однако, предоставление пациентам с туберкулезом материального поощрения и услуг, например, скидок на дорожные расходы, обеспечение пищей и жильем и помощь в уходе за детьми, может оказаться более эффективным способом помочь им пройти полный курс приема лекарств, чем принудительное лечение или заключение.²⁶

VI ЭТАП: Если меры принуждения действительно являются наиболее эффективной и наименее рестриктивной альтернативой, их применение должно быть основано на стандарте «существенного риска»

После анализа разнообразных типов общественной политики, органы управления здравоохранения могут прийти к выводу, что принудительный подход является наиболее эффективной и наименее рестриктивной альтернативой. В этом случае решение о том, что некий человек представляет *существенный риск* для общества, должно приниматься *в индивидуальном порядке*.²⁷ Стандарт «существенного риска» допускает принудительные меры только для предотвращения вероятного вреда для здоровья или безопасности окружающих. Чтобы установить наличие существенного риска, необходимо специальное расследование, которое будет проводиться специалистами в области здравоохранения. Цель применения этого принципа состоит в том, чтобы заменить

решения, основанные на иррациональном страхе, неоправданных предположениях, стереотипах или мифах, разумными решениями, опирающимися на научные факты.

Существенный риск должен определяться исходя из изучения каждого конкретного случая на основе индивидуального процесса сбора и обсуждения данных. Всеохватывающие нормы или обобщения на основе принадлежности человека к тому или иному классу в этом случае неприменимы.

Если речь идет об инфекционных заболеваниях, таких как ВИЧ/СПИД или туберкулез, стандарт существенного риска основан на четырех факторах: 1) природа риска (т. е. путь передачи); 2) вероятность риска (т. е. насколько вероятно, что передача произойдет); 3) серьезность вреда (т. е. вреда для человека, если инфекция будет передана); 4) продолжительность риска (т. е. временной период, в течение которого человек может передать инфекцию).

Что касается характера риска, программы здравоохранения должны фокусироваться на путях передачи, подтвержденных эпидемиологическими исследованиями. Например, эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что основные пути передачи ВИЧ-инфекции связаны с сексуальными контактами и совместным использованием загрязненного инъекционного инструментария. Исключение ВИЧ-инфицированных детей из школ из-за якобы возможной передачи инфекции через укусы, порезы или во время активных спортивных игр не будет удовлетворять критериям существенного риска. Также и вероятность, что ВИЧ-инфицированные люди, имеющие дело с продуктами питания, запачкают их кровью, или что пилоты авиалиний могут неожиданно подвергнуться приступу деменции, вызываемой СПИДом, настолько мала, что не может оправдать лишение целой группы лиц их прав и средств к существованию.

Риск для общества должен быть *вероятным*, а не чисто умозрительным или условным. Теоретически, например, человек может передать ВИЧ через укус, хотя реальный риск такой передачи крайне мал (почти равен нулю). Назначение уголовного наказания за такое поведение не является мерой, в достаточной степени оправданной с точки зрения охраны общественного здоровья. *Вред*, вызываемый передачей инфекции, должен быть значительным. Однако, даже серьезный потенциальный вред (например, ВИЧ-инфекция) не может оправдать принудительных мер, если вероятность передачи слишком мала. Принцип «существенного риска» предусматривает, что даже в случае тяжелого или смертельного заболевания, ограничивающие меры не являются оправданными при отсутствии относительно высокой вероятности передачи. Например, некоторые родители не могут понять, почему чиновники запрещают посещать школу детям, зараженными вшами, но допускают в школы ВИЧ-инфицированных детей. В первом случае критерии «существенного риска» удовлетворены, поскольку существует очень высокая вероятность заражения других детей вшами. И, напротив, риск заражения ВИЧ в тех же условиях, крайне мал.

И, наконец, что касается продолжительности риска, человек должен быть *заражен в данный момент*. Стандарт существенного риска допускает применение принудительных мер лишь в тот период, когда человек представляет опасность для общества. Как только этот риск исчезает, вместе с ним пропадают и основания для применения таких мер.

VII ЭТАП: Если меры принуждения действительно необходимы для предотвращения существенного риска, необходимо гарантировать справедливые процедуры в отношении затронутых ими людей

Тот факт, что официальные лица осуществляют программы по охране здоровья не в качестве карательных мер, не меняет того факта, что эти программы ограничивают

свободу личности. Международные стандарты прав человека требуют, чтобы правительства обеспечивали беспристрастные публичные разбирательства, прежде чем лишать человека свободы, возможности передвижения или других основных прав.

Примеры осуществления этого процесса подробно описаны в документах, посвященных психиатрическим заболеваниям. Принципы защиты людей с психиатрическими заболеваниями и улучшения качества психиатрического ухода, разработанные Организацией Объединенных Наций, предусматривают предоставление процессуальных гарантий «отправления правосудия» перед гражданским заключением.²⁸ Как и в случае с психиатрическими заболеваниями политики здравоохранения, лишаящие людей свободы ради защиты общества, должны гарантировать им проведение предусмотренных законом процессов.

Принцип естественного права в интерпретации Европейского суда по правам человека, требует, чтобы слушание осуществлялось беспристрастным органом, независимым от исполнительной ветви и сторон, заинтересованных в деле.²⁹ То есть, решение в спорах выносится независимым судом или трибуналом. Лицо, чья свобода находится под угрозой, обладает правом на заблаговременное уведомление о готовящемся слушании, на адвокатскую защиту и на представление доказательств.

Процессуальные гарантии не являются пустой формальностью. Их цель заключается в организации более тщательного процесса сбора фактов, обеспечении равенства и справедливости в отношении лиц, которым угрожает лишение свободы. Слушания дают чиновникам общественного здравоохранения возможность рассмотреть применяемый подход к решению проблемы здравоохранения и его воздействие на права человека на индивидуальном примере.

Правительство, лишаящее человека свободы или других прав, обязано гарантировать справедливые публичные слушания. Эти материально-правовые и процессуальные требования, предусмотренные правами человека, позволяют правительству продемонстрировать необходимость применения принудительных мер для защиты общества, и обеспечить правосудие в отношении частных лиц.

Заключение

Программы здравоохранения, в которых соблюдаются права человека, способствуют развитию доверия и сотрудничества частных лиц и сообществ с органами здравоохранения. Защита прав человека, прежде всего среди групп, лишенных гражданских прав, повышает их способность защищать собственное здоровье. И, наконец, право на здоровье является основным правом человека, оно связано со многими другими правами и находится в прямой зависимости от них. Анализ воздействия политики на права человека, описанный в этой статье, — это механизм, позволяющий добиться наилучших возможных результатов мероприятий по охране здоровья, одновременно защищая права отдельных лиц и популяций.

Анализ воздействия политики на права человека был разработан в ходе сотрудничества группы друзей и коллег, работающих в Гарвардской школе здравоохранения, включая, помимо авторов, доктора Катарину Томасевски (Katarina Tomasevski), Зиту Лаззарини (Zita Lazzarini) и Софию Граскин (Sofia Gruskin). Цель данной модели состоит в том, чтобы предоставить специалистам общественного здравоохранения, правозащитникам, общественным работникам и всем, кто имеет отношение к политике здравоохранения, систематический подход к изучению правозащитного

аспекта здравоохранительной политики и практики, финансовых решений и программ. Авторы горячо благодарят Джин К. Эллисон (Jean C. Allison) за ее профессиональную помощь при разработке концепции данной статьи и в частности за подготовку схем.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Политики общественного здравоохранения часто разрабатываются в условиях отсутствия четких правил внутригосударственного права. См. Institute of Medicine, *The Future of Public Health* (Будущее общественного здравоохранения), National Academy Press, Washington, DC, 1988; Gostin L, *The Future of Public Health Law*, *American J. of Law & Med.* 1987; 12:461–490.
2. Поступают все новые важные литературные материалы, в которых такие дисциплины как философия права и биомедицинская этика, используются для оценки политик здравоохранения. Здесь важное значение имеет правоведческий анализ, описанный Рональдом Дворкином (Ronald Dworkin) в классической книге «Серьезное отношение к правам» (*Taking Rights Seriously*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1977), и анализ смерти и предсмертного состояния в книге «Империя права» (*The Law's Empire*, Oxford University Press, 1993). См. также, John Rawls, *A Theory of Justice* (Теория правосудия), Harvard University Press, Cambridge, MA, 1971. Некоторые авторы рассматривают биомедицинскую этику и права человека как одно явление. См. Eugene B. Brody, *Biomedical Technology and Human Rights* (Биомедицинская технология и права человека), UNESCO, Paris, 1993. Однако изучение политики здравоохранения с точки зрения правоведения или этики, хотя и имеет большее значение, не может заменить правозащитный анализ. Оценка с точки зрения прав человека уникальна, поскольку она основана на комплексе признанных на международном уровне и осуществимых на практике правовых стандартов. See Philip Alston, ed., *The United Nations and Human Rights: A Critical Appraisal*, Clarendon Press, Oxford, 1992.
3. В важных текстах, посвященных правам человека, редко во всех подробностях обсуждается применение международного права в контексте общественного здравоохранения. См. например, Frank Newman & David Weissbrodt, *International Human Rights* (Международные права человека), Anderson Publishing Co., Cincinnati, 1990). Однако был выпущен ряд прекрасных отчетов о влиянии правозащитной деятельности на ВИЧ-инфекцию. См. Paul Sieghart, *AIDS and Human Rights* (СПИД и права человека), British Medical Foundation, London, 1989; Tomasevski K, Gruskin S, Lazzarini Z, Hendriks A, *AIDS and Human Rights* (СПИД и права человека). In: Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, eds. *AIDS in the World* (СПИД в мире) 1992, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1992, pp. 537–573; *Rights and Humanity, The Rights and Humanity Declaration and Charter on HIV and AIDS* (Декларация движения «Права и гуманность» и Хартия о ВИЧ и СПИДе), The Hague, 1992.
4. Примечательное исключение в этом отношении составляет издание Leary V, “The Right to Health” (Право на здоровье) *Health and Human Rights*, 1994, 1:28. См. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Ninth Session, 22 November–10 December 1993, *Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Day of General Discussion on the Right to Health* (Осуществление международного пакта об экономических, социальных и культурных правах: день общей дискуссии о праве на здоровье) (6 December 1993), E/C. 12/1993/WP. 27.

5. См. например, Allan Brandt, *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880* (Без волшебных пуль: Социальная история венерических заболеваний в Соединенных Штатах Америки с 1880 г.) (Oxford University Press, New York), 1985, rev ed., 1987.
6. См. например, Ronald Bayer, *Private Acts, Social Consequences: AIDS and the Politics of Public Health* (Частные действия, социальные последствия: СПИД и политика здравоохранения) (New Brunswick, N. J., Rutgers University Press), 1991.
7. См. например, Sheila M. Rothman, *Living in the Shadow of Death: Tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History* (Жизнь в тени смерти: Туберкулез и социальный опыт заболеваний в американской истории) (Basic Books, N. Y.), 1994.
8. См. например, Human Rights Watch, *World Report 1994* (Всемирный отчет, 1994 г.), Human Rights Watch 1994, New York; Amnesty International, *Report 1993* (Отчет 1993 г.), London, 1993; Physicians for Human Rights, *Landmines: A Deadly Legacy* (Мины: Смертельное наследие) (Human Rights Watch, N. Y.), 1993; Human Rights Watch & the American Civil Liberties Union, *Human Rights Violations in the United States* (Нарушения прав человека в США) (New York, Human Rights Watch & the American Civil Liberties Union), 1993.
9. Elaine Scarry, *Thinking in an Emergency* (Мышление в чрезвычайной ситуации), Harvard University Press, 1993.
10. Hauserman J, *Ethical and Social Aspects of AIDS in Africa* (Этические и социальные аспекты СПИДа в Африке) (Commonwealth Secretariat, London), 1990.
11. Концепция недостаточного и чрезмерного охвата часто используется в анализе «равенства перед законом» в США в случаях, когда правительство нарушает какое-либо из основных прав (например, право на свободу передвижения) или разбивает общество на классы на основе расовой принадлежности или других характеристик, воспринимающихся как основание для подозрений. См. Laurence Tribe, *American Constitutional Law* (Американское конституционное право) 1446–1451 (Foundation Press, Mineola, N. Y., 2d ed.), 1988.
12. В некоторых обстоятельствах, политика может лишать подростков, не содержащихся в учреждениях закрытого типа, права на образование или права на жизнь. Если такие подростки подвергаются существенному риску приобретения ЗППП и нежелательной беременности, а правительство систематически отказывает им в обучении, необходимым для того, чтобы избежать этого вреда, веские аргументы могут быть почерпнуты в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (International Covenant of Economic, Social and Cultural Rights).
13. Gostin L, Cleary P, Mayer K et al, “Screening and exclusion of international travelers and immigrants for public health purposes: an evaluation of United States policy” (Скрининг и выдворение иностранных приезжих и переселенцев из соображений охраны общественного здоровья: оценка политики США), *NEJM* 1990; 322:1743–1746.
14. Международный билль о правах человека (International Bill of Human Rights) включает Всеобщую декларацию прав человека (Universal Declaration of Human Rights, UDHR), Международный пакт о гражданских и политических правах (International Covenant of Civil and Political Rights, ICCPR), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (International Covenant of Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR) и Факультативный протокол к Международному пакту о гражданских и политических правах (Optional Protocol to the International Covenant on Civil and Political Rights).

15. Статья 29 Всеобщей декларации прав человека гласит: «Каждый имеет обязанности перед обществом, в котором единственно возможно свободное и полноценное развитие его личности».
16. Статья 4(2) Международного пакта о гражданских и политических правах не допускает исключений по статьям 6, 7, 8 (пар. 1 и 2), 11, 15, 16 и 18 даже в случае объявления чрезвычайной ситуации в стране.
17. Alston P, The Committee on Economic, Social and Cultural Rights (Комитет по экономическим, социальным и культурным правам). In: *The United Nations and Human Rights: A Critical Appraisal* (Организация Объединенных Наций и права человека: Критическая оценка) 471–508 (Clarendon Press, Oxford), 1992
18. Ankrah EM, Gostin LO, “Ethical and Legal Considerations of the HIV Epidemic in Africa” (Этические и юридические соображения об эпидемии ВИЧ в Африке). In: *AIDS in Africa* (СПИД в Африке) 547–558, Essex M, Mboup S, Kanki PJ, Kalengay MR, eds. (Raven Press, N. Y.), 1994.
19. Bayer R, Healton C, “Controlling AIDS in Cuba: the logic of quarantine” (Контроль за СПИДом на Кубе: логика карантина) *NEJM* 1989; 320:1022.
20. Wendy E. Parmet, “AIDS and Quarantine: The Revival of an Archaic Doctrine” (СПИД и карантин: восстановление устаревшей доктрины), *Hofstra L. Rev.* 1985;14:53–90.
21. Faden RR, Beauchamp TL, *A History and Theory of Informed Consent* (История и теория согласия на основе полной информации) (Oxford University Press), 1986.
22. Nuremberg Code 1947 (Нюрнбергский кодекс 1947 г.), reprinted from *Trials of War Criminals Before the Nuremberg Military Tribunals Under Control Council Law No. 10*, vol. 2, at 181–82 (1949). Нюрнбергский кодекс был принят во время Нюрнбергского процесса. см *United States v. Karl Brandt, et al*, U. S. Adjutant General’s Department, *Trials of War Criminals Under Control Council Law No. 10* (Oct. 1946–April 1949), vol. 2, *The Medical Case*, (Washington D. C., U. S. Government Printing Office), 1947.
23. См. Хельсинскую декларацию – Declaration of Helsinki IV, I Basic Principles 9, 41st World Medical Assembly (1989); а также Council of International Organizations of Medical Sciences, *International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies* (Международные руководящие принципы обзора эпидемиологических исследований) (CIOMS, Geneva), 1991.
24. Robert J. Levine, *Ethics and Regulation of Clinical Research* (Этика и нормы клинических исследований) 98–99 (Yale University Press, New Haven), 1988.
25. Arnold J. Rosoff, *Informed Consent: A Guide for Health Care Providers* (Согласие на основе полной информации) Aspen Publishers, Rockville, MD), 1981.
26. Dubler NN, Bayer R, Landesman S, White A, *The Tuberculosis Revival Individual Rights and Societal Obligation in a Time of AIDS* (Возвращение туберкулеза: индивидуальные права и общественные обязанности в эпоху СПИДа) United Hospital Fund, N. Y., 1992.
27. Примерно те же стандарты применяются в Соединенных Штатах в соответствии с Актом «Американцы с инвалидностью» (Americans with Disabilities Act). См. Gostin L, “Impact of the ADA on the Health Care System.” (Влияние Акта «Американцы с инвалидностью» на систему здравоохранения) In: *Implementing the Americans with Disabilities Act: Rights and Responsibilities of All Americans* 175–186, Gostin L, Beyer H, eds. (Brookes Publishing, Baltimore, Maryland), 1993.

28. United Nations, Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care (Принципы защиты людей с психическими заболеваниями и повышения качества медицинского лечения психических заболеваний), G. A. Res. 119, U. N. GAOR, 46th Sess, Supp. No. 49, Annex, at 188–92, U. N. Doc. A/46/49 (1991).
29. X v. United Kingdom, European Court of Human Rights, Judgement given November 5, 1981 (X против Соединенного Королевства Великобритании, Европейский суд по правам человека, решение от 4 ноября 1981 г.). См. Publications of the European Court of Human Rights, Series B: Pleadings, Oral Arguments and Documents, vol. 41, 1980–82, Case of X v. the United Kingdom, Council of Europe, 1985.

* Лоуренс Гостин — профессор кафедры права Юридического центра при Университете Джорджтауна (Georgetown University Law Center); профессор кафедры политики здравоохранения Школы гигиены и здравоохранения им. Джонса Хопкинса (Johns Hopkins school of Hygiene and Public Health); директор Программы по законодательству и общественному здравоохранению Джонса Хопкинса/Джорджтауна (Johns Hopkins/Georgetown Program on Law and Public Health).

* Джонатан Манн — профессор Центра здравоохранения и прав человека им. Франсуа-Ксавье Банью (Franzosis-Xavier Bagnould Center for Health and Human Rights) и профессор кафедры эпидемиологии и международного здравоохранения Гарвардской школы здравоохранения (Harvard School of Public Health).

Печатается по изданию Health and Human Rights, 1:1 (1994), с разрешения Центра здравоохранения и защиты прав человека им. Франсуа Ксавье Банью (Franzosis-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights), Гарвардская школа здравоохранения (Harvard School of Public Health).

Copyright (c) 1994, President and Fellows of Harvard College.

Понимание феномена употребления веществ среди молодежи и ответные меры: роль здравоохранения и правозащитной деятельности

София Граскин, Карен Плафкер и

Эллисон Смит-Эстелл*

Резюме

В статье исследуется практическая польза здравоохранительного и правозащитного контекста в формировании представления о причинах и последствиях употребления веществ молодежью и выработке ответных мер для решения этой проблемы. В ней приводятся операционные определения понятий «молодежь» и «вещества», рассматривается нынешняя международная и национальная деятельность, направленная на решение проблемы употребления веществ молодежью, описываются основные положения прав человека и определяются некоторые точки соприкосновения здравоохранения и прав человека. Авторы знакомят читателя с методологией формирования модели уязвимости к употреблению вредных веществ и обсуждают особенности международной и национальной деятельности, направленной на решение этой проблемы.

Если правительство сознает свою обязанность уважать, защищать и соблюдать права человека, уязвимость к употреблению вредных веществ и его последствиям может быть существенно снижена (Am J Public Health. 2001; 91:1954–1963).

Мы считаем, что глобальная война с наркотиками, развернутая в наши дни, вызывает больше вреда, чем само злоупотребление наркотиками. Каждые десять лет ООН принимает новые международные конвенции, которые фокусируются, главным образом, на криминализации и наказаниях, что ограничивает способность отдельных государств разрабатывать эффективные решения проблемам, связанных с наркотиками на местном уровне... Во многих частях света политика войны с наркотиками препятствует деятельности систем здравоохранения, направленной на сдерживание распространения ВИЧ, гепатитов и других инфекционных заболеваний. Права человека нарушаются, случаи насилия учащаются, а тюрьмы наполняются сотнями тысяч людей, нарушивших законы о наркотиках. Скучные ресурсы, которые разумнее было бы направить на охрану здоровья, образование и экономическое развитие, расточаются на меры пресечения, которые обходятся все дороже. Реалистические предложения по снижению преступности, заболеваемости и смертности, связанными с наркотиками, отвергаются в пользу чисто риторических призывов к созданию общества свободного от наркотиков.

Открытое письмо генеральному секретарю ООН Кофи Аннани¹

Внимательное изучение точек пересечения здравоохранения и прав человека может помочь переосмыслить многие серьезные проблемы, связанные со здоровьем, а также, путем расширения правозащитного мышления и практики, выработать обоснованный подход к улучшению качества жизни людей.² Эти точки пересечения позволяют разработать схему для оптимизации как роли здравоохранения и прав человека в концептуализации детерминантов здоровья и выработке систематического подхода к разработке политики и программ, направленных на защиту здоровья и прав человека.

Употребление психоактивных веществ среди молодежи — это всемирная эпидемия. Молодые люди начинают употреблять вещества — по одному или в комбинациях — уже в раннем возрасте; они сообщают о множестве причин, подталкивающих их к употреблению. Несмотря на вред, который могут вызывать и вызывают вещества, эффективная деятельность в ответ на их употребление среди молодежи, прежде всего, на употребление опасными путями, по-прежнему весьма ограничена. Эту статью мы начнем с краткого обсуждения понятий, которые зачастую воспринимаются как не требующие специального определения: Кто такие «молодые люди»? О каких «веществах» идет речь? На каких формах употребления веществ должно быть сосредоточено внимание людей, занимающихся охраной общественного здоровья и защитой прав человека?

После обсуждения этих вопросов мы вкратце знакомим читателя с основными положениями прав человека, в первую очередь тех прав, которыми обладают молодые люди, и обсуждаем вопрос о точках пересечения здравоохранения и прав человека в контексте употребления веществ. Эти определения и описания необходимы в качестве общей концептуальной отправной точки, которая позволит нам представить методологию разработки модели уязвимости к неблагоприятным в плане здоровья факторам, каковым является пагубное употребление веществ. Эта модель позволяет наглядно продемонстрировать связь между пагубным употреблением веществ и тем, насколько полно могут пользоваться правами человека разные сегменты молодежной популяции. Далее, в дополнение к этому наблюдению, обсуждается предположение о том, что соблюдение, защита и осуществление прав всех молодых людей может снизить их уязвимость к факторам, неблагоприятно воздействующим на здоровье, включая пагубное употребление веществ.

Затем мы рассматриваем нынешнюю международную и национальную деятельность, направленную на решение проблемы употребления веществ молодежью и, используя предложенную модель уязвимости, выдвигаем предположение о том, что эта деятельность не только недостаточна для обеспечения соблюдения прав молодых людей, но в некоторых случаях способствует нарушению этих прав. В заключение мы предлагаем некоторые способы, позволяющие разработать и сформировать более эффективные и всесторонние меры в ответ на употребление веществ. Хотя мы глубоко убеждены, что этот подход может применяться для решения самых разнообразных проблем, связанных со здоровьем, употребление веществ среди молодежи используется в качестве примера, потому что оно подчеркивает сложности, выявляемые этой моделью. Кроме того, употребление веществ молодежью, которое отмечается по всему миру, является проблемой, актуальной для всех людей, заинтересованных в политической и программной деятельности, фокусирующихся на проблемах молодежи в целом.

Неоднородность молодежи

Молодежь не является однородной группой. По определению ЮНИСЕФ (UNICEF), в число молодых людей входят все люди в возрасте от 10 до 24 лет.² Они живут как в

индустриальных, так и в развивающихся странах, в городских и сельских районах или где-то между ними. Некоторые посещают школу, другие нет; одни имеют образование, другие нет. Некоторые работают в приемлемых условиях, другие подвергаются эксплуатации, остаются безработными или частично безработными. Они могут жить с родителями или с другими родственниками, или же из-за смертей, переселения, нищеты или насилия в семье — с чужими людьми — взрослыми или их сверстниками. Молодые люди сами могут быть родителями. Нет нужды упоминать о том, что они могут различаться по своему полу, расовой, этнической принадлежности или сексуальной ориентации.

Это вовсе не исчерпывающий список их характеристик, который, помимо прочего, никак не определяет, каким образом эти различные компоненты личной или социальной идентичности проявляются в разных национальных и культурных контекстах. Однако важно осознавать, что зачастую именно эти факторы, каждый по отдельности или в комбинации, повышают или снижают подверженность молодых людей употреблению вредных веществ. Неспособность лиц, формирующих политику, увидеть эту неоднородность молодежи и исключение молодых людей из политических или социально-политических процессов до того времени, пока они не достигнут некоего отдаленного, произвольно определяемого возраста, приводит к недооценке или игнорированию нарушений прав молодых людей, в том числе к дискриминации; дурному обращению дома и на работе; отделению от семьи; отсутствию возможностей образования или приемлемых альтернатив. Все это подготавливает почву для неадекватной и неприемлемой деятельности по профилактике употребления веществ, снижению вреда и лечению зависимости, если она вообще осуществляется.

Определение понятия «вещества»

Приложение к Конвенции ООН о психотропных веществах 1971 г. содержит список химических веществ, включенных в Таблицы I, II, III и IV. Статья 2 той же конвенции дает более непрофессиональное определение наркотиков, над употреблением которых необходимо обеспечить контроль: вещества, обладающие «способностью вызывать состояние зависимости и оказывать стимулирующее или депрессивное воздействие на центральную нервную систему, вызывая галлюцинации или нарушение моторной функции, либо мышления, либо поведения, либо восприятия, либо настроения».⁴ В число веществ, наиболее часто обсуждаемых в международной литературе, входят каннабис, кокаин, опиум, героин, стимуляторы амфетаминовой группы, экстази и различные ингалянты.⁵⁻¹⁰ Несмотря на существование обширного пласта литературы по употреблению табака и алкоголя среди молодежи, данные вещества обычно не упоминаются в глобальных дискуссиях об употреблении веществ.¹¹⁻¹³

Важно до конца проникнуть в процесс объединения этих «веществ» в одну группу или, напротив, их разграничения, который, казалось бы носит совершенно произвольный характер. Этот процесс затрудняет осознание реальных опасностей, связанных с употреблением веществ, мешая понять, как и почему эти опасности могут различаться в зависимости от разных веществ и разных потребителей. Обзор документов^{5,8-11} позволяет выявить некоторые интересные тенденции. Например, каннабис, который, как известно, обладает низкой острой токсичностью, реже вызывает необходимость лечения и приводит к меньшему числу смертей, чем многие другие вещества, часто обсуждается на тех же основаниях, что и более токсичные, вызывающие более сильную психологическую зависимость и потенциально смертельно опасные вещества, такие как кокаин, героин и экстази. С другой стороны, алкоголь зачастую полностью игно-

рируется, хотя он и является наркотиком, которому отдает предпочтение абсолютное большинство молодых людей и который, по сообщениям, вызывает серьезные проблемы с работоспособностью и вред для здоровья чаще, чем другие вещества,⁶ а в некоторых странах с употреблением алкоголя связано большее число смертей и травм среди молодежи, чем с употреблением любых других веществ.

Является ли любая форма употребления веществ пагубной?

Во многих документах и материалах, рассмотренных при составлении этой статьи, слова «употребление» и «злоупотребление» в подавляющем большинстве случаев используются как взаимозаменяемые, независимо (или почти независимо) от разнообразных моделей поведения, состояний и последствий, связанных с употреблением веществ. Формулировки, используемые в 10-м издании «Международной классификации заболеваний» (*International Classification of Diseases, 10th Revision*), несколько более точны, хотя некоторая неясность все же сохраняется: «пагубное употребление» в нем определяется как «модель употребления психоактивных веществ, наносящая ущерб здоровью. Ущерб может быть как физическим, так и психическим». Термины «пагубное употребление» и «злоупотребление психоактивными веществами» используются как взаимозаменяемые.¹⁴

Лица, формирующие политику, исследователи и сторонники контроля за наркотиками не уделяют достаточного внимания вопросу о том, какие именно формы употребления веществ являются недопустимыми как с точки зрения здравоохранения, так и с точки зрения прав человека. В каком-то смысле, практически любое употребление веществ оказывается пагубным, поскольку оно приносит определенный вред. Однако момент, когда работники здравоохранения или активисты правозащитного движения начинают ощущать необходимость заниматься профилактикой употребления, снижением вреда и лечением молодых людей, будет различаться в зависимости от ряда существующих социальных конструкций, в том числе от того, что именно воспринимается как приемлемое поведение или свобода воли, а также от экономических факторов, таких как недостаток ресурсов или конфликт приоритетов.

В этой статье нам хотелось бы осветить два вопроса, касающихся вреда. Первый из них — почему молодые люди вовлекаются в употребление веществ, учитывая, что употребление может быть реакцией на множество самых разных проблем. Хотя некоторые молодые люди, прежде всего, в более развитых странах, а в последнее время все чаще и в менее развитых — употребляют наркотики, алкоголь и табак «по светским соображениям», или ради забавы (таких потребителей в литературе по злоупотреблению наркотиками часто называют «социально интегрированной молодежью»¹¹). Другие молодые люди в том же окружении могут принимать те же самые вещества, чтобы повысить свою трудоспособность, повысить качество выполняемой работы, лучше учиться, справиться с учебными нагрузками, облегчить голод, снизить физическое или эмоциональное напряжение, побороть сонливость или улучшить сон, снизить вес и т. д.^{11, 15-18} Для других употребление веществ может быть стратегией, позволяющей им справиться с последствиями войны, с безработицей, недостатком внимания, насилием, бездомностью или сексуальным насилием.

Второй вопрос касается индивидуального воздействия употребления веществ: как употребление сказывается на здоровье и благополучии молодых потребителей? В этом

случае вред может определяться совершенно по-разному: зависимость, передозировка, ВИЧ-инфекция, сексуальная эксплуатация, неспособность функционировать в обществе или вовлечение в криминальную деятельность.

Эти вопросы имеют большое значение: они привлекают внимание к неадекватности обсуждения этих вопросов при разработке политик и программ без учета разных гипотез и специфических различий. Они также помогают выявить круг вопросов, на которые следует обратить свое внимание работникам здравоохранения и правозащитникам в своей деятельности, направленной на решение проблемы употребления веществ молодежью.

Определение прав человека

Права человека имеют долгую историю, однако о современном правозащитном движении можно сказать, что оно зародилось вместе с ООН, чей устав определяет охрану прав человека как основную функцию этого межправительственного органа.¹⁹ Права человека составляют часть международного права, однако вдохновляющая идея современного правозащитного движения — концепция, что люди «рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах»²⁰ — отражает эволюцию человеческого представления о взаимоотношениях между людьми, и в частности об их отношениях с государством.

Помимо этих многообещающих идей, права человека представляют собой схему, с помощью которой можно сформировать определенное представление о причинах и последствиях различных проблем, связанных с общественным здоровьем и соответствующим образом отреагировать на них. Опирающаяся на многие века философской и политической мысли, Всеобщая декларация прав человека была принята ООН в 1948 г. в качестве универсального общего стандарта, к достижению которого должны стремиться все народы и государства. С тех пор правительства разных стран мира приняли и ратифицировали множество правозащитных документов, дополняющих и уточняющих права, перечисленные во Всеобщей декларации.²¹⁻²⁸ Эти документы, имеющие форму договоров, составляют часть международного права, которая накладывает правовые обязательства на подписавшие их государства.

Права человека включают гражданские и политические права, такие как право не подвергаться пыткам и произвольным казням, право на информацию и право на свободу выражения. Они включают также экономические, социальные и культурные права: право на адекватный уровень жизни, право на здоровье, право на образование. Право на свободу от дискриминации понимается как всеобъемлющее право, относящееся ко всем остальным правам. Суть этих прав — то есть то, как они могут быть переведены с юридического языка в реальность — подробно развивается в разных странах по всему миру.

Этот процесс претворения юридических формулировок в политику и деятельность программ в области здравоохранения на уровне отдельных стран во многих случаях принял форму совместной разработки итоговых документов на серии международных конференций, состоявшихся в течение последнего десятилетия: Всемирная конференция по правам человека, Вена, 1993 г.; Международная конференция по народонаселению и развитию, Каир, 1994 г.; Всемирная встреча руководителей государств по вопросам социального развития, Копенгаген, 1995 г.; 4-я Всемирная женская конференция, Пекин, 1995 г.; Конференция ООН по поселениям, Стамбул, 1996 г.

Соблюдать, защищать и осуществлять

В соответствии с нормами по правам человека, правительства обязаны соблюдать, защищать и соблюдать права, перечисленные в Декларации.^{29, 39} Эти три уровня обязательств распространяются на все права. Обязанность *соблюдать* права человека означает, что правительство должно воздерживаться от прямого нарушения прав. Соблюдение права молодежи на образование, например, означает, что государство не может произвольно запретить молодым людям посещать школу из-за того, что они нарушили закон и были лишены свободы или из-за того, что они проходят лечение в связи с употреблением веществ.

Обязанность *защищать* права человека означает, что правительство должно предотвращать нарушение прав лицами или организациями, не являющимися непосредственными представителями государства, и если ему не удастся предотвратить нарушение, обязано обеспечить существование известных и доступных гражданам юридических механизмов, позволяющих восстановить нарушенные права. Защита права молодых людей на жизнь, например, подразумевает, что правительство должно предотвращать линчевание безнадзорных детей, подозреваемых в употреблении веществ. Если подобные случаи происходят, государство обязано провести полноценное расследование, возбудить дело, обеспечить справедливый суд и наказать виновных.

Обязанность *осуществлять* права человека означает, что правительство должно предпринимать решительные действия, включая административные, законодательные, бюджетные, судебные и другие меры, чтобы обеспечить полную реализацию прав. Предоставление и обеспечение доступа к необходимой информации, работа аутрич и программы услуг, направленные на профилактику, снижение вреда или лечение в области употребления веществ среди молодежи — это один из способов, с помощью которого государство может осуществить право молодых людей на здоровье и информацию.

Все ветви правительства, включая министерство здравоохранения, несут ответственность за соблюдение, защиту и осуществление прав человека в своей деятельности. Таким образом, права должны быть в открытой форме интегрированы в работу системы здравоохранения. Соблюдение государствами своих обязательств в отношении прав человека официально оценивается международными контрольными органами в ходе периодических заседаний. Деятельность по мониторингу и адвокации все чаще осуществляется неправительственными организациями, средствами массовой информации и частными лицами.

Права человека и молодежь

Каждый из основных договоров о правах человека — в том числе Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах, Конвенция по искоренению всех форм дискриминации в отношении женщин, и Конвенции по искоренению всех форм расовой дискриминации — содержит обязательства, применимые к молодым людям.

Более того, в 1990 г. вступил в действие первый документ о правах человека, посвященный непосредственно правам ребенка — Конвенция «О правах ребенка».²⁴ Эта конвенция отличается от более ранних документов по кругу обсуждаемых в ней вопросов и предусматривает новое концептуальное представление о детях и их положении в обществе. В частности, она недвусмысленно утверждает правоспособность детей, не рассматривая их исключительно как объект государственной заботы и опеки.³¹

Конвенция о правах ребенка является чрезвычайно влиятельным документом. Принятая Генеральной ассамблеей ООН и открытая к подписанию представителями правительств в конце 1989 г., конвенция вступила в силу менее через год — быстрее, чем все прочие документы о правах человека. На сегодняшний день ее ратифицировали все правительства мира, за исключением Соединенных Штатов и Сомали.²⁴ Исходя из того, что ребенок определяется в конвенции как любое лицо, не достигшее 18 лет, данный документ обеспечивает дополнительную защиту большей части людей, которых ЮНИСЕФ причисляет к «молодежи».

Здоровье, права человека и употребление веществ

«Во многих странах ведутся споры о том, как следует рассматривать употребление нелегальных наркотиков: как преступление, заболевание, социальное расстройство или нечто среднее. Государственная политика часто основана на двойственном отношении к природе наркозависимости: социальные установки в отношении злоупотребления наркотиками отражают неспособность однозначно ответить на вопрос о том, что вызывает злоупотребление и кто, в конечном счете, несет за нее ответственность». Здравоохранительный и правозащитный контекст возникает из взаимных и динамических отношений, в которых находятся здравоохранение и права человека. Признавая эти отношения, мы получаем мощный инструмент, который может быть использован для прогнозирования и объяснения распространения различных проблем со здоровьем, для оценки существующих политик и программ, а также для концептуализации и осуществления новых программ, защищающих общественное здоровье — программ эффективных и согласующихся с принципами прав человека.

Коротко говоря, нарушение или пренебрежение к правам человека может повысить риск неадекватных результатов мероприятий по охране здоровья. В применении к вопросам, обсуждающимся в этой статье, правовой и здравоохранительный контекст помогает наглядно продемонстрировать, что нарушение или невнимание к правам молодежи может повысить риск употребления веществ, в частности пагубного употребления. Такие нарушения включают, например, неспособность соблюдать, защищать и осуществлять права молодежи на информацию, образование, отдых и адекватный уровень жизни.

При этом важно отметить, что употребление веществ среди молодежи также может негативно повлиять на степень соблюдения, защиты и осуществления их прав. Заболевания и безвременные смерти, которых можно было бы избежать, а также маргинализация, вызванные пагубным употреблением — все это является проявлением нарушения или пренебрежения ко множеству прав, оговоренных в договорах о правах человека, включая право на свободу от дискриминации и право на здоровье.

Также важно отметить, что хотя нарушение или намеренное пренебрежение правами человека не допустимо ни в какой ситуации, можно привести примеры, когда ограничение прав отдельного лица, как ребенка, так и взрослого, признается оправданным и возможным. Например, заключение в исправительное учреждение человека, в ходе судебного разбирательства признанного виновным в некоем преступлении, обычно рассматривается как допустимое ограничение права на свободу передвижения. Подобные ограничения должны соответствовать четким критериям, которые определены международным комплексом норм, охраняющих права человека.³²

Отношения между здравоохранением и правами человека, таким образом, носят динамический и «взаимопод-держивающий» характер. Принимая шаги по соблюдению,

защите и осуществлению прав молодежи, правительство может снизить риск употребления веществ и вред, который оно вызывает.

Моделирование уязвимости

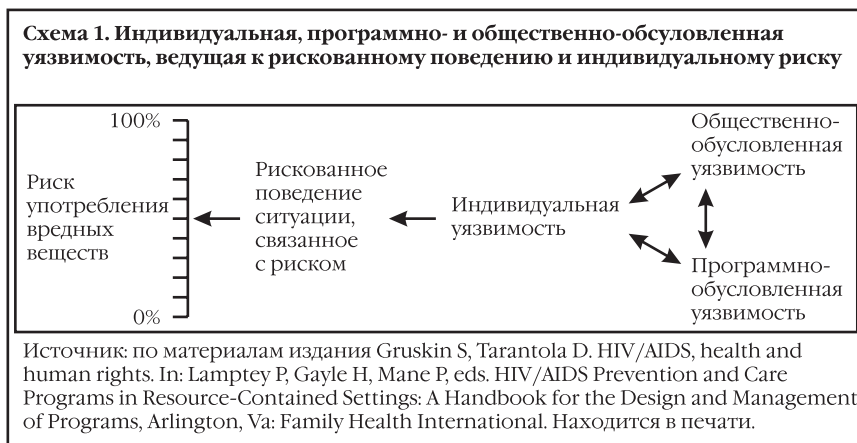
Концепции *риска и рискованного поведения* привлекли к себе пристальное внимание в 1980 г., когда стало очевидно, что заболеваемость и смертность среди молодежи связана с поведением. Литература часто рассматривает индивидуальное поведение как причину проблемы, не уделяя внимания более серьезным и мощным факторам, оказывающим влияние на индивидуальное поведение. Хотя исследования в области рискованного поведения в какой-то момент начали изучать его предпосылки и последствия, в целом, принято полагать, что такое поведение практикуется сознательно и, в случае подростков, находится с общими тенденциями развития личности.³³ Кроме того, было выдвинуто мнение о том, что имеет место также сознательная оценка потребителями альтернативных вариантов.³⁴ Хотя литература подтверждает роль сверстников, родителей, структуры и функций семьи и некоторых учреждений в формировании рискованного поведения, и признает, что разные формы рискованного поведения «имеют общие психологические, социальные или биологические предпосылки»,³⁴ предположение о том, что эти предпосылки могут на самом деле являться серьезными прогностическими факторами пагубного употребления, не было изучено с достаточной тщательностью.

Методология моделирования уязвимости, разработанная исходя из понимания взаимосвязи между правами человека и ВИЧ/СПИДом,³⁵⁻³⁷ адаптирована здесь для исследования отношений между правами человека и употреблением веществ среди молодежи. Эта модель начинается с того самого места, где прекращают действовать традиционные модели риска, развивая концепцию уязвимости для более полного объяснения факторов, ведущих к риску и рискованному поведению, и, тем самым, позволяя выявить необходимые политики и программы для решения этой проблемы. Здравоохранительный и правозащитный контекст может использоваться при разработке ответных мер, которые помогут уничтожить или уменьшить источники уязвимости и, в конечном счете, риска.

Исходя из определения, используемого в литературе по ВИЧ/СПИДу, «уязвимость» следует понимать как ограничение способности человека принимать и осуществлять независимые решения, основанные на доступе к полной информации.³⁷ Большая уязвимость в большинстве случаев приводит к более интенсивной вовлеченности в связанные с риском ситуации и рискованное поведение — и то, и другое повышает риск неблагоприятных в плане здоровья факторов. Концепция уязвимости расширяет традиционный подход, основанный на выявлении и изучении факторов риска, проливая свет на контекст, внутри которого существует индивидуальный опыт и, тем самым, давая возможность более широко осмыслить причины неблагоприятных явлений в отношении здоровья и определить необходимые меры в ответ на эти явления. Компоненты уязвимости (которые обсуждаются ниже), в свою очередь, формируются под влиянием того, насколько полно реализуются права человека.

Использование концепции уязвимости расширяет спектр факторов риска, которые могут рассматриваться как причины того или иного явления, связанного со здоровьем (Схема 1). Эта концепция простирается за пределы традиционных факторов риска, охватывая индивидуальные, программно- и общественно-обусловленные факторы, такие как употребление веществ в семье или сообществе, насилие в семье и другие формы психологического, физического и сексуального давления и эксплуатации; неа-

декватно нацеленные программы ухода и поддержки; уровни образования и бедности; возможности трудоустройства, и отсутствие жилья — для объяснения опасного употребления веществ.



Индивидуальная уязвимость характеризуется личной историей, знаниями и поведением. Поведенческие факторы обусловлены личными характеристиками (эмоциональное или когнитивное развитие, осознание риска и отношение к нему, потеря близких или дурное обращение в семье) и навыками (способность противостоять другим людям или самому себе в отношении ограничения или полного отказа от потребления табака, алкоголя и других веществ).

Программно-обусловленная уязвимость: здесь речь идет о влиянии политик и программ здравоохранения на рискованное поведение и ситуации, создающие риск и, таким образом, на сам риск пагубного употребления веществ. Например, программы профилактики употребления наркотиков, которые не учитывают особенности или неоднородность сообщества молодежи и ее особую уязвимость к употреблению,³⁸ могут рассматриваться как элемент программно-обусловленной уязвимости. Неполноценный правовой статус и недостаточная социальная приемлемость некоторых инициатив профилактики и лечения, например, программы обмена игл, также может вести к повышению уязвимости.

Общественно-обусловленная уязвимость определяется социальными структурами, которые могут влиять — положительно или отрицательно — на ситуации, создающие риск, рискованное поведение и, в конечном счете, на сам риск. Эти структуры включают социально-экономические условия, социальную среду³⁵ и инфраструктуру, причастность к политике и культурные нормы. Например, представители групп населения, которые подвергаются стигматизации — из-за нищеты, принадлежности к этническим группам или географического размещения могут подвергаться повышенному риску опасного употребления из-за своей общественно-обусловленной уязвимости.

Индивидуальный, программно- и общественно-обусловленный типы уязвимости взаимодействуют между собой и усиливают друг друга, повышая вероятность, что молодые люди могут оказаться в ситуациях, связанных с риском (например, отсутствие жилья или сексуальная эксплуатация) или вовлечься в рискованное поведение (например, употребление веществ) и, тем самым, увеличивая риск неблагоприятных явлений в отношении здоровья. Эта модель, например, подчеркивает тот факт, что постоянная маргинализация малоимущих может вылиться в выделение недостаточных ресурсов определенным сообществам, что приведет к неадекватным возможностям в плане трудоустройства и обучения, недостаточному количеству программ профилактики для

молодежи, незнанию или неправильной расстановки приоритетов в отношении потенциальных опасностей, связанных с употреблением веществ, и зависимости от экономической или социальной поддержки со стороны других молодых людей, которые продают или употребляют наркотики.

Именно потому, что каждый из компонентов этой модели усиливает другие ее компоненты, программы, основанные на соблюдении прав и направленные на устранение любого из компонентов, могут иметь положительный мультиплицирующий эффект. Если воздействие осознанно оказывается на несколько компонентов, их потенциальный эффект может быть еще более интенсивным. Таким образом, можно утверждать, что если правительство соблюдает, защищает и осуществляет права человека, способность молодежи справиться с разными источниками уязвимости может повышаться, одновременно снижая риск и вред. Если эта практика дополняется усилиями работников здравоохранения и других специалистов, ее воздействие может быть весьма существенным.

Международная деятельность

Международное сообщество не осуществляло последовательной интеграции прав человека как центрального и неотъемлемого элемента понимания феномена употребления веществ или деятельности по снижению уязвимости, прямого предупреждения употребления, снижения вреда или лечения молодых потребителей. Таким образом, международная и национальная деятельность в данной области остается фрагментированной и, во многих случаях, нарушает права молодежи.

Международная система наркоконтроля регулируется серией международных договоров, требующих, чтобы правительства осуществляли контроль над производством и распространением наркотических и психотропных веществ и принимали меры по борьбе со злоупотреблением наркотиками и незаконной торговле ими.^{4,9,10} Комиссия ООН по наркотическим средствам (КНС) является главным политическим органом, отвечающим за все вопросы международного «контроля за наркотиками». Вся деятельность ООН в области контроля за наркотиками координируется Программой ООН по контролю за наркотиками (UN Drug Control Program), организованной в 1990 г. Эта программа финансируется как из регулярного бюджета ООН, так и из добровольно субсидируемого бюджета и поддерживается, главным образом, за счет взносов национальных правительств.

Система административных мер контроля и уголовных санкций, перечисленных в международных договорах, рассматривается в качестве основы деятельности по профилактике употребления веществ.³⁹ Конвенции 1961 и 1971 гг., отмечают, что государства-участники «могут предусмотреть, либо вместо осуждения или наказания, либо в дополнение к осуждению или наказанию за правонарушение в сфере наркотиков, меры для лечения, воспитания, наблюдения после окончания лечения, восстановления трудоспособности и социальной реинтеграции нарушителя».^{4,9} Похожие формулировки и идеи содержатся и в Конвенции 1988 г.¹⁰ Что касается профилактики, конвенции 1961 г. и 1971 г. предписывают принимать определенные меры против злоупотребления психотропными веществами. Здесь снова язык обеих конвенций пересекается: «Стороны должны принимать все практически осуществимые меры для предупреждения злоупотребления психотропными веществами, а также для раннего выявления, лечения, воспитания, наблюдения после окончания лечения, восстановления трудоспособности и социальной реинтеграции лиц, вовлеченных в злоупотребление, а также координировать свои усилия в этом направлении».^{4,9,10} Можно утверждать, что положения о профи-

лактике пагубного употребления наркотиков сформулированы с большим вниманием к правам человека, чем положения о наказаниях. Однако здесь важно отметить, что уголовные санкции остаются основным механизмом, применяемым как в профилактике, так и в работе с людьми, употребляющими наркотики, в то время как все услуги: лечение, обучение, реабилитация, послелечебный уход и социальная реинтеграция — являются *дополнительными и не обязательными*, несмотря на то, что права человека обязывают правительства поддерживать и защищать права граждан, живущих в их государствах, включая право на здоровье и образование.⁴⁰

Несмотря на факты, свидетельствующие о том, что эффективность многолетних усилий по снижению поставок, на которые были израсходованы серьезные средства, весьма ограничена, фокус на снижении доступности нелегальных наркотиков с помощью правоохранительных мер сохраняется практически повсеместно, притом что подходы, ориентированные на спрос и снижении вреда, остаются практически без внимания.^{41, 42} Водак пишет:

«Последние полвека глобальное производство наркотиков стабильно растет, что сопровождается повышением глобального уровня их потребления (последнее время это особенно ощутимо в развивающихся странах). Эти тенденции имеют место вопреки постоянному усилению силовых мер в области контроля за наркотиками почти во всех странах, укреплению таможенных управлений и полицейских отделов по борьбе с наркотиками, а также существенному увеличению финансирования всех компонентов деятельности по сокращению поставок».⁴²

Выделение средств на деятельность по борьбе с поставками, а не на усилия по снижению спроса, может служить показателем нынешних глобальных приоритетов. В 1996 и 1997 гг. Программа ООН «по контролю за наркотиками» выделила 49% своих средств на деятельность по борьбе с поставками и наркоконтролю во всем мире, в то время как на деятельность по снижению спроса пришлось всего 31% от общего бюджета. На межсекторную деятельность, включая планирование политики, разработку генеральных планов и работу по укреплению соответствующих организаций, были выделены оставшиеся 20% средств.⁴³

Подобный фокус означает пренебрежительное отношение международных ведомств наркоконтроля к правам человека. Во многих регионах финансирование деятельности в области наркотиков осуществляется из международных источников, что определяет процесс формирования приоритетов в странах, использующих эти средства. Мы глубоко убеждены в том, что, фокусируясь на наказании, а не на лечении потребителей веществ, на выявлении производителей и торговцев наркотиков, а не на поддержке молодежи, уязвимой к пагубному употреблению веществ, Программа ООН «по контролю за наркотиками» и другие ведомства наркоконтроля неумышленно поддерживает страны в их пренебрежении своими обязательствами в отношении прав человека.

Нет никаких сомнений, что намерение международного сообщества состоит в снижении употребления веществ в мире. Тем не менее, необходимо тщательнее рассмотреть процессы установки приоритетов и выделения финансовых средств с точки зрения их соответствия принципам прав человека.

Национальная деятельность

Национальная деятельность по решению проблемы употребления вредных веществ так же разнообразна, как и сами страны, ее осуществляющие. Если некоторые страны имеют длинную и относительно успешную историю работы в области употребления и

злоупотребления наркотиками, другие используют относительно недавно появившиеся или неэффективные подходы, включая профилактику и лечение, а также наказание за производство, хранение и торговлю нелегальными веществами.

В Таблицах 1 и 2 представлены некоторые характеристики ситуации в разных точках мира, в котором первичное внимание отводится различиям в нынешних национальных подходах. В Таблице 1 приводится краткое описание основных положений законов и политик, связанных с нелегальными веществами, и их практического осуществления; Таблица 2 содержит краткий обзор подходов к лечению и профилактике. Страны, включенные в таблицу, не должны рассматриваться как представители регионов и континентов; выбор стран позволяет проиллюстрировать все разнообразие подходов к законам и политикам в отношении веществ и обнажает произвольный характер процесса разработки и осуществления деятельности в области употребления веществ.

Некоторые страны вводят все более жесткие меры, в то время как другие проводят радикальные реформы законов о наркотиках. Как показано в Таблице 1, законы некоторых стран признают различия между разными веществами, разными видами деятельности, связанной с употреблением веществ (например, культивацией, личным употреблением и торговлей), и между наказаниями, предусмотренными за разные виды деятельности в отношении разных веществ; в большинстве стран эти различия не учитываются. Законы и назначение наказаний за их нарушение часто носят произвольный характер. Например, недавно из Эфиопии поступило сообщение о том, что человек, признанный виновным в хранении 2 г каннабиса был осужден на один год лишения свободы и штраф в 2000 бирр (250 долларов США), в то время как другой человек, признанный виновным в торговле героином, был приговорен к одному году тюремного заключения и штрафу в 1000 бирр (125 долларов).¹⁸ Многие юридические системы недостаточно развиты, и подозреваемые в употреблении или торговле наркотиками вынуждены проводить долгое время в местах лишения свободы, прежде, чем им предъявляются обвинения, а те, кому обвинения уже предъявлены, могут годами ждать суда. Чрезмерно усердные органы наркоконтроля — также весьма распространенное явление, и во многих странах задокументированы случаи грубого обращения полиции с потребителями наркотиков, а также взяточничества и других форм коррупции.^{5, 18}

Законы и политика в отношении профилактики и лечения

Деятельность по профилактике и лечению наркозависимости во многих странах ограничена. Правительства часто ссылаются на недостаток средств как на основную причину этого. Зачастую советы, комитеты и политики создаются в условиях, когда страна не имеет финансовых ресурсов, необходимых для осуществления практических мер. Национальная политика в области злоупотребления алкоголем и наркотиками в Зимбабве содержит планы введения обучения в области наркотиков на национальном уровне и проведения масштабных программ для учреждений, занимающихся лечением наркозависимости и реабилитацией, но на сегодняшний день ни один из этих планов не был осуществлен. Кенийское законодательство предусматривает, что деньги, конфискованные у осужденных, должны направляться на финансирование программ, предоставляющие услуги по лечению и реабилитации, однако хотя суды и собирают средства, до учреждений они пока не доходят.¹⁸

ТАБЛИЦА 1–Законы и политики в отношении употребления и злоупотребления наркотиками в разных странах	
Бангладеш ⁴⁴	Пожизненное заключение или смертная казнь за хранение кокаина или героина в размере от 25 г, или каннабиса или опиума в размере от 2 кг.
Камерун ¹⁸	Закон не делает различий между каннабисом, кокаином и героином, определяя все их как нелегальные наркотики, употребление которых связано с высоким риском.
Эфиопия ¹⁸	Закон не делает различий между лицами, выращивающими, торгующими и употребляющими наркотики, применяя одни наказания ко всем трем группам; сотрудники полиции сообщают о проволочках в судопроизводстве, осложняющих хранение судебных доказательств, удержание свидетелей и использование скоропортящихся вещественных доказательств – все эти факторы снижают вероятность вынесения справедливого приговора.
Гана ¹⁸	Сообщается, что лица, не имеющие возможности внести залог, проводят в местах лишения свободы до 4 лет в ожидании суда.
Малайзия ⁵¹	Широкие полномочия, которыми обладают правоохранительные органы, позволяют сотрудникам полиции и таможенной службы просматривать все почтово-телеграфные отправления и прослушивать телефонные переговоры, а также дают им право подвергать избиению лиц, подозреваемых в хранении малых количеств нелегальных веществ; обязательная смертная казнь за торговлю опасными наркотиками (суды Малайзии ежегодно приговаривают к смерти более 200 преступников, нарушивших законы о наркотиках)
Нидерланды ⁴⁵	Декриминализация употребления и розничной торговли продуктами каннабиса
Нигерия ¹⁸	Национальное агентство по применению законов о наркотиках имеет право проводить облавы и расследования, контролировать и замораживать личные банковские счета, конфисковывать личное имущество и прослушивать телефонные разговоры.
Сирия ⁴⁶	При отсутствии смягчающих обстоятельств высшая мера наказания за торговлю наркотическими средствами.
США ⁴³	Лишение свободы сроком на пять лет предусматривается за хранение, как 500 г кокаина в порошке, так и 5 г крэка; афро-американские мужчины составляют 12% населения страны и 13% популяции потребителей наркотиков, однако их процент от общей численности осужденных за хранение наркотиков в стране составляет 55%.

ТАБЛИЦА 2—Примеры доступных видов ухода и лечения ля потребителей наркотиков в отдельных странах

Бразилия ⁴⁷	Успешное снижение риска через программы обмена игл
Чешская Республика ⁴⁸	Программы обмена игл и шприцев в 5 городских районах; в средних школах введено интенсивное обучение по вопросам профилактики употребления наркотиков.
Эфиопия ¹⁸	В стране нет медицинских учреждений с отделениями лечения наркозависимости; любой, кто обращается за медицинским уходом в связи с зависимостью от нелегальных наркотиков, подлежит аресту; многие врачи сообщают, что правоохранительные органы оказывают на них давление, требуя сообщать о людях, обращающихся к ним за лечением.
Япония ⁴⁹	Несколько центров, специализирующихся на лечении наркозависимости, для несовершеннолетних и взрослых пациентов; в основном, лечение осуществляется в психиатрических больницах.
Кения ¹⁸	Деньги, конфискованные у осужденных, должны направляться в учреждения, предоставляющие услуги по лечению и реабилитации (на сегодняшний день подобные учреждения не получили никакой части этих средств).
Непал ⁴⁸	Программы обмена игл и шприцев в 2 городских районах.
Нигерия ¹⁸	Лечение включает обследование на физические, психические и социальные «нарушения»: детоксикация, психотерапия и консультирование, ориентированное на воздержание; учебная, социальная и профессиональная реабилитация (сообщается о высоких уровнях неудачного лечения).
Таиланд ³⁹	Информация, повышающая осведомленность о наркотиках, включена в курсы школьного обучения на всех уровнях.
США ^{50, 55}	Хранение, распространение и продажа шприцев по-прежнему считается в стране уголовным преступлением; федеральное правительство продолжает запрещать использование федеральных средств для финансирования программ обмена шприцев (в настоящее время проводится обсуждение законопроекта HR 982, известного под названием «Не допустить иглы наркоманов на улицы», который окончательно запрещает использовать федеральные средства США для «прямой или косвенной» поддержки программ обмена шприцев)
Зимбабве ¹⁸	Планы национального просвещения в области наркотиков и проведения программ лечения наркозависимости и реабилитации (на сегодняшний день ни один из планов не был осуществлен)

Деятельность по профилактике, нацеленная на молодежь, как можно видеть, фокусируется, главным образом, вокруг школ. В Таиланде литература, повышающая осведомленность о наркотиках, интегрирована в школьное расписание на всех уровнях, а в Чешской Республике интенсивная программа обучения осуществляется в средних школах.⁵¹ Хотя такие программы имеют крайнюю важность, они не охватывают тех, кто не посещает школу или не умеет писать.

Общее низкое качество системы общественного здравоохранения во многих странах также способствует ограниченному осуществлению ухода и лечения в области наркозависимости (Таблица 2). Многие страны запустили программы обмена игл и шприцев, чтобы сдержать распространение инфекционных заболеваний, включая ВИЧ/СПИД. Ни в Бразилии, ни в других странах не было отмечено признаков, свидетельствующих о том, что такие программы повышают частоту употребления инъекционных наркотиков и число потребителей.^{52, 53} Несмотря на большое значение и успешность подобной деятельности, некоторые страны наложили запрет на осуществление программ обмена игл. Другие страны, в том числе США, запретили финансирование таких программ на общегосударственном уровне, разрешив принимать самостоятельные решения на местах относительно того, следует ли осуществлять обмен игл.⁵⁴

От теории к практике

Модель уязвимости позволяет применить подход, помогающий проанализировать детерминанты широкого спектра проблем, связанных со здоровьем. Когда речь идет о такой грандиозной проблеме, как употребление веществ, права человека обеспечивают подход, позволяющий обдумать возможные действия, которые политики, работники здравоохранения и другие могут принять для существенного снижения уязвимости. Этот подход позволяет перевести основные абстрактные идеи, заложенные в юридических формулировках и обязательствах, в реалистические и осуществимые на практике стратегии.

Пристальное внимание к правам человека может помочь сформировать иное представление о причинах, а значит, и иные ответные меры, которые будут способствовать снижению общественно-, программно-обусловленной и индивидуальной уязвимости к употреблению веществ, в частности к пагубному употреблению. Открытое внимание к правам человека служит двойной цели: оно способствует соблюдению, защите и осуществлению прав молодежи, а также улучшению и охране их здоровья. Кроме того, оно подчеркивает необходимость продумать не только сиюминутные действия, но и долгосрочные задачи и стратегии. И, наконец, если в первом случае права человека связаны с правительственными обязательствами, то во втором они предлагают стандарты, которые могут определять направление деятельности частного сектора в сфере здравоохранения: речь идет о неправительственных организациях и всех, кто заинтересован в здоровье и благополучии молодежи).

Таблица 3 иллюстрирует, каким образом те, кто занимаются профилактикой, лечением и снижением уязвимости молодежи к употреблению веществ могут интерпретировать свои обязательства в отношении прав человека при работе с молодежью. По горизонтали таблица разбита на столбцы, отражающие правительственные обязательства: соблюдать, защищать и осуществлять права человека — выполнение которых обеспечивает полноценную реализацию этих прав. По вертикали таблица разбита на строки, отражающие разные политики и программы в контексте трех взаимосвязанных и в равной степени важных аспектов индивидуального опыта в сфере употребления веществ.

Данная схема показывает, что обязанности правительства в плане профилактики употребления вредных веществ среди молодежи одновременно взаимосвязаны и стоят особняком от обязанностей, связанных с лечением молодых людей, которые уже употребляют или злоупотребляют наркотиками, а также от обязанностей в отношении снижения уязвимости к употреблению вредных веществ. Мы не собирались рассматривать эти проблемы во всех подробностях — наша цель состояла в том, чтобы привести их в качестве примера вопросов, на которые проливает свет этот подход.

Примеры, приведенные ранее, демонстрируют практичность подобной схемы. Несмотря на научные свидетельства того, что программы снижения игл снижают распространение ВИЧ и не вызывают повышения употребления наркотиков, США запретили использовать федеральные средства для финансирования таких программ.⁵⁵ Этот запрет может повысить уязвимость к неблагоприятным в плане здоровья факторам, и может рассматриваться как нарушение обязательства правительства соблюдать право на здоровье. От врачей в Эфиопии требуют, чтобы они сообщали в полицию о людях, обращающихся за лечением; это давление влияет на способность правительства защищать права человека и, в конечном итоге, может негативно сказаться на здоровье наркозависимых, многие из которых предпочтут не обращаться за лечением, опасаясь заключения под стражу. С другой стороны, Непал предпринял шаги к осуществлению своих обязательств, увеличив число программ обмена игл, действующих в стране.

ТАБЛИЦА 3—Правительственные обязательства в отношении прав человека применительно к употреблению вредных веществ			
	Соблюдать	Защищать	Осуществлять
Профилактика	Правительство не должно нарушать права граждан при разработке и осуществлении политики и программ профилактики употребления наркотиков.	Правительство должно предотвращать нарушение прав граждан органами или лицами, не являющимися представителями государства, при разработке и осуществлении политики и программ профилактики употребления наркотиков.	Правительство должно принимать административные, законодательные, судебные и другие меры для соблюдения и защиты прав граждан в контексте политик и программ профилактики употребления наркотиков, включая предоставление известных и доступных гражданам юридических средств восстановления нарушенных прав.
Лечение	Правительство не должно нарушать права граждан при разработке, осуществлении и оценке политики и программ лечения наркозависимости, обеспечивая достаточную доступность (в том числе материальную), эффективность и высокое качество программ.	Правительство должно предотвращать нарушение прав граждан органами или лицами, не являющимися представителями государства, при разработке, осуществлении и оценке политики и программ лечения наркозависимости или при обеспечении доступности (в том числе материальной), эффективности и высокого качества программ.	Правительство должно принимать административные, законодательные, судебные и другие меры, включая выделение достаточных средств, чтобы обеспечить достаточную доступность (в том числе материальную), эффективность и высокое качество программ лечения наркозависимости, а также предоставлять известные и доступные гражданам юридические средства восстановления нарушенных прав.
Снижение уязвимости	Правительство не должно нарушать гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права граждан, признавая, что пренебрежение или нарушение прав человека оказывает прямое влияние на уязвимость.	Правительство должно предотвращать нарушение прав граждан органами или лицами, не являющимися представителями государства, признавая, что пренебрежение или нарушение прав человека оказывает прямое влияние на уязвимость.	Правительство должно принимать всевозможные административные, законодательные, судебные и другие меры, включая применение механизмов человеческого развития для соблюдения и защиты прав человека, а также предоставлять известные и доступные гражданам юридические средства восстановления нарушенных прав.

Источник. По материалам издания Tarantola and Gruskin.³¹

Эта схема предполагает критически важный подход к оценке процесса разработки и осуществления новых и существующих политик и программ, а также к обсуждению их практического значения, как с точки зрения здравоохранения, так и с точки зрения прав человека. В конечном итоге, подобный анализ может быть расширен для изучения вопроса о том, каким образом подходы, которые считаются передовыми практиками в каждой из областей здравоохранения, могут способствовать укреплению прав человека в контексте каждого уровня правительственных обязательств. Есть надежда, что благодаря этому подходу может быть усилена деятельность по снижению опасно-го употребления веществ на национальном и международном уровне.

Движение вперед

Первым шагом может стать использование подхода, основанного на соблюдении прав человека, для оценки ответственности и обязанностей правительства в отношении охраны общественного здоровья. Предлагаемая схема может применяться, прежде всего, для изучения вопроса о том, каким образом действия (или бездействие) правительства способствуют употреблению веществ или поощряют пагубное употребление среди молодежи. Во-вторых, она может использоваться для исследования вопроса о том, какие действия принимает правительство, когда употребление веществ и роль государства в его поощрении, попадает в зону его внимания. Для этого может быть полезно изучить ратифицированные правительством договоры о правах человека и использовать описанную выше схему, чтобы оценить, в какой мере правительство соблюдает, защищает и осуществляет соответствующие права. После этого можно перейти к анализу того, каким образом степень соблюдения правительством своих обязательств проектируется на модели употребления веществ среди молодежи, и какие меры принимаются для решения проблемы после ее выявления.

Во-вторых, представители правительственного и неправительственного секторов, занимающиеся исследованиями в области употребления веществ молодежью, могут узнать, какие новые вопросы, связанные с употреблением и злоупотреблением веществами среди молодых людей, возникают в результате использования модели уязвимости и предложенной схемы.

В-третьих, органы, формирующие политику в области здравоохранения, предоставляющие услуги или как-либо иначе заинтересованные в вопросе употребления веществ среди молодежи, могут использовать эту схему для оценки существующих политик и программ здравоохранения, особенно тех, которые не посвящены непосредственно охране здоровья, но могут оказывать прямое воздействие на частоту и распределение употребления веществ молодыми людьми (например, обучение, формирование доходов, жилищные вопросы и инфраструктура, сельское строительство) в свете описанных выше обязательств. Такая оценка может послужить инструментом для адвокации, разработки и осуществления новых проектов профилактики в разных секторах, а также для усовершенствования существующих проектов.

И, наконец, выявляя пробелы в соблюдении правительством своих обязательств в отношении прав человека, люди, не являющиеся прямыми представителями государства — то есть все, работающие в неправительственном секторе в качестве специалистов по адвокации, исследователей и поставщиков услуг — могут применить предложенную схему в своей деятельности, чтобы увидеть, каким образом их деятельность может дополнить усилия государства по улучшению и защите здоровья и прав молодежи.

Очевидно, что для того, чтобы усилия по снижению опасного употребления веществ среди молодежи были успешны и чтобы права человека соблюдались и защищались, нужны адекватно действующие правовые системы. Отсутствие соответствующей правовой системы во многих странах подрывает внутреннюю и международную деятельность, направленную на контроль за наркотиками и предоставление услуг по профилактике и лечению. Если хорошие законы существуют, но не применяются или применяются избирательно, граждане могут не чувствовать себя под их защитой, особенно если эти законы касаются проблем, которые многие воспринимают как частное поведение. Правительства при помощи международных ведомств должны не только определять, какие практики являются законными или незаконными — они обязаны также обеспечить четкие механизмы гарантии прав своих граждан в отношении применения этих законов. Такого рода содействие может включать формирование и наращивание институционального потенциала по обеспечению надлежащих правовых процедур и средств правовой защиты.

Заключение

Анализ употребления веществ молодежью с точки зрения прав человека находится в зачаточном состоянии. Решение проблемы употребления веществ требует краткосрочных подходов, включая более эффективные меры контроля за поставками наркотиков и долгосрочных стратегий, таких как обучение принципам профилактики и лечение для наркозависимых. Хотя краткосрочные и долгосрочные подходы часто рассматриваются как независимые друг от друга, противоречащие один другому и вынужденные конкурировать между собой за ресурсы, внимание и доверие, элементы обоих подходов являются частью всестороннего подхода к профилактике пагубного употребления веществ для нынешних и будущих поколений и потому должны рассматриваться как взаимозависимые.⁶ Как долгосрочные, так и краткосрочные подходы к снижению поставок и спроса на наркотики должны быть основаны на неукоснительном соблюдении, защите и осуществлении прав человека. Иначе существует риск, что они будут нарушать права молодых людей — как тех, кто уже употребляют вещества, так и тех, кто уязвим к их употреблению.

Мы старались продемонстрировать, что если права молодых людей соблюдаются, защищаются и осуществляются, их уязвимость и риск употребления веществ, и в частности пагубного употребления, может снижаться. Мы предлагаем не только теоретическую базу для использования прав человека в анализе, но и предлагаем практические средства для его применения политиками, сотрудниками здравоохранения и другими заинтересованными лицами. Мы надеемся, что представленные в этой статье соображения смогут послужить следующим шагом в расширении диалога о новых путях улучшения и охраны здоровья молодежи — путей не только эффективных, но и полностью согласующихся с принципами прав человека (или же эффективных именно за счет своего соответствия этим принципам).

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Public Letter to [United Nations Secretary-General] Kofi Annan. June 1, 1998 (Открытое письмо генеральному секретарю Организации Объединенных Наций Кофи Аннани. 1 июня 1998 г.). Available at: <http://www.lindesmith.org/news/un.html>. Accessed October 5, 2001.

2. Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg H. Health and human rights (Здравоохранение и права человека). *Health Hum Rights*. 1994;1:6–23.
3. Youth Health—For a Change: A UNICEF Notebook on Programming for Young People's Health and Development (Здоровье молодежи — необходимость перемен: Бюллетень ЮНИСЕФ по разработке и осуществлению программ по охране здоровья и развитию молодежи) New York, NY: UNICEF; 1997.
4. Convention on Psychotropic Substances, 1971 (Конвенция о психотропных веществах, 1971 г.). Available at: <http://www.incb.org/e/conv/1971/articles.htm>. Accessed October 8, 2001.
5. World Drug Report Highlights (Основные моменты отчета о ситуации с наркотиками в мире). Vienna, Austria: United National Drug Control Program; 1997.
6. The Social Impact of Drug Abuse (Социальные последствия злоупотребления наркотиками). Vienna, Austria: United Nations Drug Control Program, 1995. Also available (in PDF format) at: <http://www.undcp.org/technical/%26amp;#95;series%26amp;#95;1995-03-01%26amp;#95;1.html>. Accessed October 5, 2001.
7. Youth and Drugs: A Global Overview (Молодежь и наркотики: Глобальный обзор) Report of the Secretariat. New York, NY: United Nations Economic and Social Council; 1999.
8. United Nations Drug Control Program. Drugs and Development (Наркотики и развитие). UNDCP Technical Series 1994/06/01. Available (in PDF format) at: <http://www.odccp.org-20/technical/%26amp;#95;series%26amp;#95;1994-06-01%26amp;#95;1.html>. Accessed October 5, 2001.
9. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г. с поправками, внесенными в соответствии с Протоколом 1972 г. по внесению поправок в Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 г.). Available at: <http://www.incb.org/e/conv/1961/>. Accessed October 8, 2001.
10. United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988 (Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ). Available at: <http://www.incb.org/e/conv/1988/>. Accessed October 8, 2001.
11. Youth and Drugs: A Global Overview (Молодежь и наркотики: Глобальный обзор). Report of the Secretariat. New York, NY: United Nations Economic and Social Council; 1999.
12. Economic and Social Council begins three-day high-level discussion on international cooperation to combat illicit drugs [press release] (Совет по экономическим и социальным вопросам открывает трехдневную дискуссию на высшем уровне, посвященную международному сотрудничеству в деле борьбы с нелегальными наркотиками [пресс-релиз]. New York, NY: United Nations; 1996. ECOSOC/5644.
13. McCarthy M. UN adopts plans to combat worldwide illicit drug use (ООН утверждает планы по борьбе с употреблением нелегальных наркотиков в мире). *Lancet*. 1998;351:1863.
14. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (Международная статистическая классификация заболеваний и сопутствующих проблем со здоровьем, 10-е издание). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
15. Ozaki S. Current status of drug abuse among youth in Japan (Нынешнее положение со злоупотреблением наркотиками среди молодежи в Японии). Paper prepared for: WHO Conference on Youth and Substance Abuse in the Context of Urbanization: February 7–11, 2001; Kobe, Japan.
16. Boonmongkon P, Sanders S, Suttikasem P, Promchitta P, Sopikul K. Urbanization, youth and substance abuse in Thailand: lessons learned and new directions (Урбанизация, молодежь и

- злоупотребление веществами в Таиланде: усвоенные уроки и новые направления). Paper prepared for: WHO Conference on Youth and Substance Abuse in the Context of Urbanization; February 7–11. 2000; Kobe, Japan.
17. United Nations Drug Control Program. Bulletin on narcotics. 1994, Issue 1. (Бюллетень по наркотикам, 1994 г., выпуск 1) Available at: <http://www.undcp.org/bulletin/%26amp;#95;on%26amp;#95;narcotics.html>. Accessed October 5, 2001.
 18. The Drug Nexus in Africa (Развитие ситуации с наркотиками в Африке). Vienna, Austria: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention; March 1999. UNODCCP Studies on Drugs and Crime Monographs.
 19. Charter of the United Nations (Устав Организации Объединенных Наций). Available at: <http://www.un.org/aboutun/charter/index.html>. Accessed October 5, 2001.
 20. Universal Declaration of Human Rights. December 10, 1948 (Всеобщая декларация прав человека. 10 декабря 1948 г.). Available at: <http://www.un.org/overview/rights.html>. Accessed October 5, 2001.
 21. Redress—International Covenant on Civil and Political Rights (Поправки – Международный пакт о гражданских и политических правах). UN GA Res 2200 (XXI). Available at: <http://www.redress.org/unicpr.html>. Accessed October 5, 2001.
 22. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах). UN GA Res 2200 (XXI). Available at: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a%26amp;#95;cescr.htm>. Accessed October 5, 2001.
 23. Convention Against Torture and Other Cruel Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Конвенция против пыток и других видах жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинства обращения или наказания). UN GA Res 39/45. Available at: <http://www.unhch.ch/html/menu3/b/h%26amp;#95;cat39.htm>. Accessed October 5, 2001.
 24. Convention on the Rights of the Child (Конвенция о правах ребенка). UN GA Res 44/25. Available at: <http://www.unhechr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>. Accessed October 5, 2001.
 25. Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации). UN GA Res 2106A(XX). Available at: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d%26amp;#95;icerd.htm>. Accessed October 5, 2001.
 26. African [Banjul] Charter on Human and Peoples' Rights June 27, 1981 (Африканский [банжунский] договор о правах человека, 27 июня 1981 г.). OAU Doc CAB/LEG/67/3 rev 5, 21 ILM 58 (1982). Available at: <http://www.oau-oua.org/oau%26amp;#95;info/charter.htm>. Accessed October 5, 2001.
 27. Council of Europe (1950). European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms and its Nine Protocols ETS No. 005 (Европейская конвенция о защите прав и основных свобод человека и девять протоколов к Конвенции ETS No. 005). Available at: <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/cadreprincipal.htm>. Accessed October 5, 2001.
 28. American Convention on Human Rights (Американская конвенция о правах человека). OAS Treaty Series No. 36. Available at: <http://www.oas.org/>. Accessed October 5, 2001.
 29. Eide A. Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights (Экономические, социальные и культурные права как права человека). In: Eide A, Krouse C, Rosus A, eds. Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook. Dordrecht, the Netherlands: M. Nijhoff; 1995:21–40.
 30. Sullivan DJ. The nature and scope of human rights obligations concerning women's right to health (Характер и охват обязательств в отношении прав человека в контексте права женщин на здоровье). Health Hum Rights. 1995;1:368–398.

31. Tarantola D, Gruskin S. Children confronting HIV/AIDS: charting the confluence of rights and health (Дети, страдающие ВИЧ/СПИДом: точка пересечения прав и здравоохранения). *Health Hum Rights*. 1998;3:62–65.
32. Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provision in the International Covenant on Civil and Political Rights. (Сиракузские принципы положений об ограничении и ущемлении прав и свобод в пакте о гражданских и политических правах) New York, NY: United Nations Economic and Social Council: 1984. UN Doc. E/CN. 4/1984/4.
33. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action (Поведенческий риск среди подростков: психологическая модель для понимания и деятельности). *J Adolesc Health*. 1991;12:597–605.
34. Igra V, Irwin C. Theories of adolescent risk-taking behavior (Теории рискованного поведения среди подростков) In: DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, eds. *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York: Plenum Press: 1996.
35. Tarantola D. Risk and vulnerability reduction in the HIV/AIDS pandemic (Снижение риска и уязвимости в контексте пандемии ВИЧ/СПИДа). *Curr Issues Public Health*. 1995;1:176–179.
36. Expanding the Global Response to HIV AIDS Through Focused Action Reducing Risk and Vulnerability: Definitions, Rationale and Pathways (Расширение глобальной деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом через специализированные акции, направленные на снижение риска и уязвимости: Определения, Обоснования и направления). Geneva, Switzerland: UNAIDS; 1998.
37. Gruskin S, Tarantola D. HIV/AIDS, health and human rights (ВИЧ/СПИД, здоровье и права человека). In: Lamptey P, Gayle H, Mane P, eds. *HIV AIDS Prevention and Care Programs in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*. Arlington Va: Family Health International. In press.
38. Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Luxembourg (Заключительные наблюдения Комитета по правам ребенка: Люксембург) Geneva, Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights: June 24, 1998: paragraph 28. CRC/C/15/Add. 92.
39. Commentary on the Convention on Psychotropic Substances (Комментарии к Конвенции о психотропных веществах) Cited by: Tomasevski K. Health In: Schachter O, Joyner C, eds. *United Nations Legal Order*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1995:859–906.
40. Tomasevski K. Health (Здоровье). In: Schachter O, Joyner C, eds. *United Nations Legal Order*. Cambridge, England: Cambridge University Press: 1995:859–906.
41. Drucker E. Drug prohibition and public health: 25 years of evidence (Протибиционизм в отношении наркотиков и общественное здравоохранение: данные за 25 лет). *Public Health Rep*. 1999;114:99–1110.
42. Wodak A. Health, HIV infection, human rights, and injecting drug use (Здоровье, ВИЧ-инфекция, права человека и употребление инъекционных наркотиков) *Health Hum Rights*. 1998;2(4):25–41.
43. World Drug Report Fact Sheet (Информационный бюллетень к Отчету о ситуации с наркотиками в мире). Vienna, Austria: United Nations Drug Control Program; 1997.
44. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention Bulletin on narcotics 1992. Issue 1. (Управление Организации Объединенных Наций по контролю за наркотиками и профилактике преступности. Бюллетень по наркотикам 1992 г. Выпуск 1). Available at <http://www.undcp.org/bulletin%26amp;#95;on%26amp;#95;narcotic.html>. Accessed October 5, 2001.

45. Grieg A. The War on Drugs and a Harm Reduction Response (Война с наркотиками и деятельность по снижению вреда). Participant manual. Harm Reduction Training Institute Overview Course. New York, NY: Harm Reduction Training Institute; 1998.
46. Drucker E, Hantman JA. Harm reduction drug policies and practice: international developments and domestic initiatives. Overview of a symposium (Политики и практика снижения вреда: международные достижения и отечественные инициативы. Обзор симпозиума). March 22, 1995. *Bull N Y Acad Med.* 1995;72(2):335–338.
47. Resnicow K, Drucker E. Reducing the harm of a failed drug control policy (Снижения вреда, вызванного провалом политики контроля за наркотиками). *Am Psychol.* 1999;54:842–843.
48. The Lindsmith Center—Drug Policy Foundation. Focal point; needle exchange/syringe availability (Координационный совет: обмен игл, шприцев). 2001 Available at: <http://www.lindsmith.org/library/local9.html>. Accessed October 8, 2001.
49. Bangladesh Narcotics Control Act, 1990 (Акт о контроле за наркотиками Народной Республики Бангладеш, 1990 г.). Available at: <http://www.undcp.org/legislation.html>. Accessed October 8, 2001.
50. Van Vliet H. Separation of drug markets and the normalization of drug problems in the Netherlands: an example for other nations? (Разделение рынков сбыта наркотиков и нормализация проблем, связанных с наркотиками в Нидерландах: пример для других стран?) *J Drug Issues* 1990;20:463–471.
51. Syrian Arab Republic Narcotic Drugs Law. April 12, 1993 (Закон о наркотических веществах Сирийской Арабской Республики. 12 апреля 1993 г.). Available at: <http://www.undcp.org/legislation.html>. Accessed October 8, 2001.
52. United Nations Drug Control Program Bulletin on narcotics. 1993. Issue 1 (Программа Организации Объединенных Наций по контролю за наркотиками. Бюллетень по наркотикам 1993 г. Выпуск 1). Available at: <http://www.undcp.org/bulletin/%26amp;#95;on%26amp;#95;narcotics.html>. Accessed October 5, 2001.
53. United Nations Drug Control Program Bulletin on narcotics. 1996. Issue 1 (Программа Организации Объединенных Наций по наркотикам. Бюллетень по наркотикам 1996 г. Выпуск 1). Available at: http://www.undcp.org/bulletin_narcotics.html. Accessed October 5, 2001.
54. United Nations Drug Control Program. Bulletin on narcotics. 1989. Issue 1 (Программа Организации Объединенных Наций по наркотикам. Бюллетень по наркотикам 1989 г. Выпуск 1). Available at: http://www.undcp.org/bulletinon_narcotics.html. Accessed October 5, 2001.
55. Needle exchange programs: part of a comprehensive HIV prevention strategy (Программы обмена игл: часть всесторонней стратегии профилактики ВИЧ). US Dept of Health and Human Services [act sheet. Available at: <http://www.hhs.gov/news/press/1998pres/980420b.html>. Accessed October 8, 2001.

* София Граскин работает в Программе международного здравоохранения и защиты прав человека (Program on International Health and Human Rights), Центр прав человека им. Франсуа Ксавье Банью (Franz-Xavier Bagnoid Center for Human Rights_.

* Эллисон Смит-Эстель является докторантом Факультета здоровья населения и международного здоровья (Department of Population and International Health) Гарвардской школы здравоохранения (Harvard School of Public Health), Бостон, штат Массачусетс.

* Карен Плафкер работает в Программе здравоохранения Института «Открытое общество» (Public Health Program Open Society Institute), Нью-Йорк, штат Нью-Йорк.

American Journal of Public Health December 91, no. 12 (2001): 1954–63. Печатается с разрешения AJPH.

Здоровье, ВИЧ-инфекция, права человека и употребление инъекционных наркотиков

Алекс Водак

Впервые эпидемия СПИДа была зафиксирована в 1980-е гг. Вскоре выяснилось, что СПИД является результатом передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) через кровь или сексуальные контакты. В ответ на эпидемию некоторые призвали принять драконовские меры по отношению к популяциям, которые, как считалось, подвергаются наиболее высокому риску, утверждая, что это является традиционным подходом здравоохранения к борьбе с эпидемиями, распространяемыми опасными болезнетворными микроорганизмами. Этот аргумент показался убедительным лишь немногим. Вскоре был разработан альтернативный подход, основанный на идее, что лишь максимально активные попытки защитить всеобщие права человека, и в первую очередь права наиболее уязвимых членов общества, может помочь установить контроль над эпидемией ВИЧ. Хотя вначале некоторые считали, что этот подход алогичен, вскоре он получил широкое признание как наиболее разумная стратегия.

Почти во всех странах популяции, подвергающиеся наиболее высокому риску ВИЧ, в том числе мужчины, имеющие секс с мужчинами, работники коммерческого секса и потребители инъекционных наркотиков, в течение долгого времени являлись объектом дискриминации. Сегодня большое количество эмпирических данных, поступающих из многочисленных стран, демонстрирует, что стратегии профилактики, основанные на соблюдении прав человека, позволяют властям более эффективно заниматься проблемами популяций, подвергающихся высокому риску, тем самым снижая уровень поведенческого риска и сдерживая распространение ВИЧ.¹ Обеспечение прав человека для всех, особенно для маргинальных популяций, стало центральным вопросом для тех, кого волнует защита нынешнего и будущего поколений от колоссальных медицинских, социальных и экономических потерь, от вырвавшейся из-под контроля эпидемии ВИЧ. В этой статье высказывается мнение, что часто практикуемый отказ потребителям наркотиков в основных правах человека и слабый контроль за распространением ВИЧ среди потребителей, а также от потребителей в другие группы населения, тесно связаны с практически универсальным фокусом на снижении доступности нелегальных наркотиков с помощью правоохранительных мер, в то время как подход снижения вреда в конечном счете оказывается более ценным.

ПИН и уязвимость перед инфекцией ВИЧ

ВИЧ-инфекция не только переменяла отношение к употреблению инъекционных наркотиков, но и привела к трансформации самого употребления. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) стали одной из самых маргинализованных групп, особенно в тех странах, где государственная наркополитика почти полностью основана

на мерах по сокращению поставок нелегальных наркотиков. В связи с этим для оценки прошлой, нынешней и предлагаемой деятельности национальных правительств и международных организаций по контролю над распространением ВИЧ большое значение имеет оценка внимания, которое уделяется правам ПИН.

Десятилетие назад казалось, что проблемы употребления нелегальных наркотиков, да и сама практика инъекций наркотиками были распространены только в развитых индустриальных странах мира. Точно также и ВИЧ-инфекция среди потребителей инъекционных наркотиков казалась проблемой исключительно индустриального мира. Теперь это не так. Например, в 1988 г. эпидемия ВИЧ среди ПИН начала стремительно распространяться в Таиланде, где месячная заболеваемость ВИЧ-инфекцией в данной популяции достигла небывалого 4-процентного уровня. Позже, эпидемия ВИЧ, подогреваемая гетеросексуальным распространением вируса, охватила население страны в целом. Эпидемия ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков вспыхнула и в соседних странах: в Бирме, (Северо-Восточной) Индии, (Юго-Западном) Китае, во Вьетнаме и Малайзии.² Теперь кажется неоспоримым тот факт, что употребление инъекционных наркотиков более распространено в значительном числе развивающихся стран, чем считалось прежде, и что ВИЧ распространяется среди потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров со скоростью, вызывающей серьезную тревогу.

Опыт многих регионов мира демонстрирует, что при стремительном распространении ВИЧ-инфекции среди ПИН через совместное использование нестерильного инъекционного инструментария начинают появляться случаи заражения и через сексуальные контакты между ПИН и их половыми партнерами. В США около трети новых случаев СПИДа, связанных с гетеросексуальной передачей, произошли через сексуальные контакты между ВИЧ-инфицированными ПИН и их половыми партнерами, не употребляющими наркотики.³ Таким образом, соблюдение прав ПИН является вопросом, который выходит за пределы данной популяции и затрагивает общество в целом. Более того, поскольку популяции потребителей в одной стране могут находиться в тесном контакте с потребителями, проживающими в других странах, этот вопрос имеет не только национальное, но и международное значение.

Во второй половине двадцатого века политика в отношении наркотиков все в большей степени определялась деятельностью, направленной на снижение поставок нелегальных наркотиков. Несмотря на это, глобальное производство наркотиков стабильно росло, что сопровождалось повышением уровня их потребления, в последнее время особенно ощутимым в развивающихся странах.^{4,5} Эти тенденции имеют место вопреки тому, что почти во всех странах постоянно усиливалась деятельность по применению законов о нелегальных наркотиках, увеличивались таможенные управления и полицейские отделы по борьбе с наркотиками, ужесточались наказания за преступления, связанные с наркотиками и существенно повышалось финансирование всех компонентов деятельности по сокращению поставок.⁶

В популяциях ПИН часто отмечаются чрезвычайно тяжелые проблемы со здоровьем — уровни заболеваемости и смертности в этих группах намного выше, чем среди мужчин и женщин того же возраста, не употребляющих наркотики. ВИЧ-инфекция, которая в настоящее время представляет собой наиболее серьезную проблему для здоровья потребителей инъекционных наркотиков, как выяснилось, свирепствует в данной популяции в нескольких частях мира, в особенности на северном побережье Средиземного моря, и в Северо-Восточной части США, объединяющего три штата: Нью-Йорк, Нью-Джерси и Коннектикут, в густонаселенном Юго-Восточном регионе

Азии, в Юго-Восточной Бразилии. Распространенность ВИЧ в популяциях потребителей инъекционных наркотиков в этих регионах часто превышает 50%, в особенности в крупных городах.⁷ По оценкам, в настоящее время численность потребителей инъекционных наркотиков составляет более 5 миллионов человек в более чем 120 странах.^{8,9}

Производство наркотиков в мире и наркорынки

Рынок нелегальных наркотиков имеет одновременно динамичный и непостоянный характер.^{10, 11} Каждые несколько лет нам с энтузиазмом сообщают о спаде глобального производства нелегальных наркотиков. Чаще всего такие спады оказываются лишь временными и местными и являются результатом таких факторов, как неблагоприятные погодные условия в конкретных областях выращивания наркотических культур.¹²

В течение последних десяти лет химические наркотики (такие как амфетамины) начали вытеснять или заменять наркотики, изготавливаемые на основе растений (такие как героин и кокаин), в связи с более короткими линиями поставки и, следовательно, большими возможностями скрыть свою деятельность. Поступает все больше данных, свидетельствующих о том, что ВИЧ-инфекция также следует по маршрутам доставки наркотиков. Правоохранительная деятельность в области нелегальных наркотиков, как правило, приводит к дестабилизации маршрутов наркоторговли, подвергая новые популяции риску употребления инъекционных наркотиков и ВИЧ. Как ни печально, устойчивое сокращение глобальных поставок нелегальных наркотиков с помощью правоохранительной деятельности, по-видимому, является неосуществимой задачей.^{13, 14, 15}

Последние десять лет все более доступными становятся технологические достижения в области связи и транспорта. Кроме того, наблюдается ощутимая глобализация капитала, труда, товаров и услуг. Чтобы снизить таможенные барьеры и другие преграды, препятствующие торговле, были сформированы наднациональные торговые блоки, такие как Европейский Союз, Северо-Американская Ассоциация свободной торговли (North American Free Trade Association, NAFTA) и Организация тихоокеанского экономического сотрудничества (Asia Pacific Economic Cooperation, АРЕС). Подобные изменения все больше и больше облегчают деятельность индустрии торговли нелегальными наркотиками.¹⁶ Стремительное повышение качества транспортного обслуживания и инфраструктуры в странах развивающегося мира также способствует распространению в них нелегальных наркотиков. Также есть данные о том, что в наркоторговлю все чаще вовлекаются антиправительственные военизированные группы.¹⁷ Серьезные навыки, приобретенные такими организациями при транспортировке по всему миру огнестрельного оружия, денег и лиц, скрывающихся от правосудия, при их использовании в наркобизнесе могут принести доходы, необходимые для финансирования вооруженных выступлений.

Потребление наркотиков в мире

До 1980-х гг. культивация и производство нелегальных наркотиков были почти полностью сосредоточены в развивающихся странах, в то время как потребление практически было ограничено индустриальными странами. Эти границы становятся все более размытыми. Во многих индустриальных странах уровень потребления нелегальных наркотиков остается стабильным или даже падает, по мере того как спрос удовлетво-

ряется. Напротив, во многих развивающихся странах потребление нелегальных наркотиков стремительно растет.

Рост доходов в некоторых развивающихся странах впервые сделал нелегальные наркотики доступной роскошью для многих групп населения. Стремительная урбанизация населения во многих развивающихся странах в последние годы, вероятно, также способствовала росту поставок и спроса на нелегальные наркотики. Ввиду все более широкого распространения рыночной экономики во всем мире отмечается все большее расхождение уровней доходов и благосостояния, как внутри стран, так и между разными государствами. Во многих странах наиболее неблагополучные в социально-экономическом отношении популяции, не имеющие возможности получить образование, законные доходы или работу, все чаще обращаются к употреблению и торговле нелегальными наркотиками, отчасти, чтобы выбраться из состояния нестерпимой нищеты и безнадежности, отчасти же, чтобы обеспечить себе источник доходов и занятость, поскольку законные альтернативы оказываются им недоступны.

В последние несколько десятилетий среди потребителей наркотиков в развивающихся странах отмечается тенденция переходить с неинъекционных способов употребления наркотиков на инъекции. Такому переходу способствует и основной упор правоохранительной деятельности. Наркотики, которые можно курить, например, конопля и опиум, значительно больше по своим объемам и обладают более сильным запахом, а потому легче поддаются обнаружению, чем инъекционные наркотики, такие как героин, кокаин и амфетамины. Точно так же иглу и шприцы для инъекций намного легче спрятать, чем трубки для курения. Еще двадцать лет назад, во время ужесточения деятельности правоохранительных органов, эта ситуация была охарактеризована как «про-героиновый эффект политики по борьбе с опиатами».¹⁸ В индустриальных странах, таких как США, Нидерланды и Великобритания — в каждой из стран по разным причинам — неинъекционные способы употребления наркотиков стали вытеснять инъекции.¹⁹ Такие способы, как курение, интраназальное, оральное или ингаляционное употребление связаны со значительно меньшим риском смертельной передозировки и не содержат практически никакого риска заражения инфекциями, передающимися через кровь (такими как ВИЧ, гепатиты В и С) при условии, что потребитель не возвращается к инъекциям.

Осложнения при употреблении инъекционных наркотиков

Осложнения при употреблении инъекционных наркотиков в последние годы стали значительно более серьезными. По неизвестным причинам во многих индустриальных странах вырос уровень смертности от передозировок наркотиками.²⁰ Соответствующие данные из развивающихся стран поступают в минимальном объеме. Некоторые страны, прежде всего те, где ВИЧ-инфекция среди потребителей наркотиков находится под крайне слабым контролем, столкнулись с проблемой развития мультирезистентного туберкулеза. В настоящее время употребление инъекционных наркотиков является причиной примерно 5-10% случаев заражения ВИЧ-инфекцией во всем мире.²¹ Хотя доля связанных с сексуальной передачей случаев ВИЧ выше, на состояние общественного здоровья, в целом, более отрицательное влияние имеет ВИЧ-инфекция, связанная с совместным использованием инъекционного инструментария, нежели последствия ВИЧ, вызванной небезопасным сексом. ПИН зачастую являются неблагоприятными

гополучными членами своих сообществ, обладающими ограниченной способностью приспособиться к разрушительным условиям этого угрожающего их жизни заболевания. В странах, где ВИЧ широко распространен среди потребителей инъекционных наркотиков, обычно происходит стремительное распространение вируса в обществе в целом, особенно если популяция потребителей тесно связано с индустрией коммерческого секса.²²

В последние несколько лет люди стали лучше понимать, что случаи ВИЧ составляют лишь небольшую долю передающихся через кровь вирусных инфекций, связанных с совместным использованием инъекционного инструментария наркотиков. В целом, гепатиты В и С в популяциях ПИН распространены намного больше, чем ВИЧ-инфекция.²³ В мире отмечены удивительно сходные уровни распространенности и заболеваемости гепатитом С (ВГС) среди потребителей инъекционных наркотиков. Примерно три четверти потребителей, принимающих инъекционные наркотики не менее пяти лет, оказываются положительными при тестировании на антитела к ВГС. Хотя, по сравнению с ВИЧ-инфицированными, серьезные осложнения развиваются у меньшего числа ВГС-положительных и развитие их происходит намного позже, бремя заболеваний, связанное с ВГС, среди потребителей инъекционных наркотиков в большинстве стран значительно, а во многих, по-видимому, даже превосходит бремя заболеваний, связанное с ВИЧ.

Неуклонный рост прогибиционизма

Прогибиционизм представляет собой попытку искоренить или сократить культивацию, производство, хранение и употребление определенных психотропных препаратов, перечисленных в национальных законах или международных договорах. Последние десятилетия власти также предпринимают попытки ограничить потоки денежных средств внутри стран и через национальные границы, осуществляемые наркоторговцами.

Международное движение по борьбе с нелегальными наркотиками началось с международной встречи, состоявшейся в Шанхае в 1909 г. Позже, в 1925 г. при содействии Лиги Наций международная встреча, посвященная этой теме состоялась в Женеве. Была разработана и введена в силу серия международных договоров, объединенных в Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 г. (с поправками, внесенными в 1972 г.). В рамках процесса институционализации международного сотрудничества в области сокращения поставок наркотиков были учреждены такие международные организации, как Программа «ООН по контролю за наркотиками» (United Nations International Drug Control Program, UNDCP). Вследствие развития сети законов и международных механизмов, регулирующих употребление нелегальных наркотиков, эта проблема почти полностью перешла в ведение правоохранительных органов.²⁴ Программам здравоохранения в данной области стало уделяться минимальное внимание, несмотря на поступление все более обширных и убедительных данных об их эффективности и рентабельности.

За последнее десятилетие был предпринят ряд попыток увеличить акцент на деятельности по снижению спроса на наркотики. Подход «снижение вреда» открыто принят в ряде стран, иногда скупое одобрение этого подхода выражает даже UNDCP. За последние несколько лет международные организации, работающие в сфере здравоохранения, такие как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS,

ЮНЭЙДС) также все активнее признают эффективность программ снижения вреда в плане охраны общественного здоровья.

Медицинские, социальные и экономические последствия прогибиционизма

Несмотря на растущее внимание к деятельности по снижению поставок нелегальных наркотиков, отмечается рост объема потребляемых наркотиков и числа людей, принимающих наркотики, а также расширение спектра доступных наркотиков.²⁵ Ужесточение правоохранительной деятельности по борьбе с нелегальными наркотиками могло привести к повышению прибылей, а также цен на наркотики, а значит и к привлечению большего числа наркоторговцев, которые, в свою очередь, стали искать новые рынки для расширения своей деятельности. Кроме того, прогибиционизм вполне может оказать обратный эффект на глобальный наркорынок. Вследствие выхода колумбийских «картелей» на рынок торговли кокаином в Соединенных Штатах, власти США, как утверждается, предприняли жесткие акции по борьбе с южноамериканской индустрией производства конопли.²⁶ Относительно менее вредные способы употребления, например, пережевывание листьев коки, в большой степени были вытеснены более опасными способами, такими как инъекции кокаином или ингаляционное употребление паров кокаина. Нет убедительных свидетельств того, что правоохранительная деятельность вызвала существенное и стабильное снижение уровня употребления наркотиков или проблем, связанных с наркотиками, хотя в некоторых странах или регионах могут отмечаться временные улучшения.²⁷

Применение здравоохранительных мер по сдерживанию распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (таких как программы заместительной терапии метадонот и обмена шприцев) во многих странах осложняется или откладывается из-за прочно укоренившейся веры в эффективность жесткой правоохранительной деятельности по борьбе с нелегальными наркотиками, а также из-за страха, что поддержка снижения вреда может снизить эффективность работы по снижению поставок. Страны, придающие основное значение снижению поставок — такие как США — в большинстве случаев сталкиваются с более обширным распространением ВИЧ среди ПИН.²⁸ Прогибиционизм усугубляет медицинские, социальные и экономические последствия употребления наркотиков: он не только не смог ограничить число людей, принимающих наркотики, но и увеличил негативное воздействие употребления наркотиков как на отдельных людей, так и на общество в целом.

Также сложно отрицать связь между активными попытками сократить поставки наркотиков и коррупцией в системе уголовного правосудия. Доверие к правоохранительной деятельности по борьбе с нелегальными наркотиками зачастую оказывается связано с ростом имущественных преступлений и высокой численностью потребителей наркотиков, оказывающихся в тюрьмах, что угрожает ухудшением физического и психологического здоровья уязвимых популяций.

Попытки снизить культивацию, производство, транспортировку, распространение, продажу и употребление нелегальных наркотиков и прервать поток доходов от торговли нелегальными наркотиками оказались очень дорогостоящими и неэффективными.²⁹ Необходимо также учитывать утраченные возможности добиться улучшения ситуации (например, усилия по повышению уровня занятости и образования социально неблагополучных популяций или по более эффективному использованию запущенных районов).

Снижение вреда

Некоторые страны отреагировали на угрозу ВИЧ-инфекции среди ПИН с помощью прагматического подхода, который принято называть «снижением вреда». Снижение вреда основано на признании того факта, что употребление нелегальных наркотиков глубоко укоренилось во многих, если не в большинстве стран. Стратегия снижения вреда первоочередной целью считает сокращение вредных медицинских, социальных и экономических последствий употребления нелегальных наркотиков и рассматривает снижение поставок наркотиков всего лишь как один из возможных путей достигнуть этой цели. Традиционные подходы, напротив, обычно стремятся сократить число людей, принимающих нелегальные наркотики, даже если это может привести к повышению неблагоприятных последствий, как для отдельных потребителей, так и для общества в целом. Хотя некоторые считают снижение вреда недавним нововведением, его принципы открыто применяются во многих политических и программных подходах к работе в области психотропных наркотиков и проблем здравоохранения на протяжении нескольких десятилетий. Даже сам термин «снижение вреда» восходит ко времени, предшествующему эпохе ВИЧ, и упоминается в некоторых официальных публикациях ВОЗ.³⁰

Меры, применяющиеся для контроля над эпидемией ВИЧ-инфекции среди ПИН и передачи вируса от ПИН в широкие слои населения, как правило, основаны на той или иной форме подхода снижения вреда. Сюда входит развернутое и реалистическое обучение для потребителей наркотиков, разработанное и осуществляемое при участии целевой популяции, развитие сообщества ПИН, включая организации потребителей, пользующиеся правительственным финансированием, программы обмена игл и заместительной терапии метадонном. Страны, в которых были официально введены и осуществлены программы снижения вреда, в целом, сталкиваются с незначительными сложностями в обеспечении контроля над эпидемией ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.³¹ В число таких стран входят Австралия, Нидерланды, Новая Зеландия и Швейцария. Однако эти достижения стали возможны только благодаря решению пойти вразрез с духом — если не с буквой — прогибиционизма. Например, странам, принявшим снижение вреда, удалось убедить полицию в огромной важности сдерживания ВИЧ среди ПИН для блага всего общества. Таким образом, полиция согласилась не вмешиваться в деятельность программ обмена игл и заместительной терапии, позволив им эффективно заниматься своим делом. Страны, открыто выступившие против снижения вреда — США, Малайзия и (первоначально) Таиланд — в целом столкнулись со значительно более обширным распространением ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и, впоследствии, его проникновением в популяции людей, не принимающих наркотики.³²

Права человека, употребление инъекционных наркотиков и прогибиционизм

Политика и практика прогибиционизма в отношении наркотиков могут ставить под угрозу многие права, предусмотренные Всеобщей декларацией прав человека 1948 г. Это относится к праву на жизнь, свободу, образование, равенство перед законом, свободу передвижения, свободу вероисповедания, объединение и информацию.³³

Право на здоровье подрывается подходами, которые снижают эффективность мер по охране здоровья потребителей инъекционных наркотиков, их семей и сообществ. Попытки внедрить эффективные стратегии профилактики, основанные на концеп-

ции снижении вреда и общественного здравоохранения, такие как программы обмена игл и поддержки метадоном, во многих странах наталкиваются на противодействие, поскольку считается, что они противоречат национальной прогибиционистской наркополитике. Таким образом, прогибиционизм, который ослабляет контроль за ВИЧ и снижает эффективность других мер по охране общественного здоровья вполне может рассматриваться как политика, создающая препятствия для соблюдения прав человека.

Право потребителей нелегальных наркотиков на свободу также ставится под угрозу в связи с весьма распространенной практикой произвольных арестов и лишения свободы. Эта угроза распространяется даже на тех, кто никогда не совершал актов насилия или имущественных преступлений. Большинство потребителей время от времени оказываются вовлечены в покупку или продажу нелегальных наркотиков, поскольку они не имеют законных источников для пополнения своих запасов. Продажа нелегальных наркотиков предоставляет источник, как самих наркотиков, так и доходов, позволяющих им приобретать наркотики для себя. Таким образом, они оказываются объектами деятельности системы уголовного правосудия и попадают в места лишения свободы, где подвергаются повышенной вероятности приобретения ВИЧ-инфекции или риску другого ущерба их физическому или психологическому здоровью.

Потребители наркотиков имеют право на информацию, в том числе право получать информацию о проблемах, связанных со здоровьем, от властей без предубеждения. На практике это редко происходит. Предоставляемая широкой общественности информация о наркотиках систематически искажается. Гранты на исследования, предусматривающие изучение потенциальных преимуществ использования наркотиков, которые в настоящее время запрещены (например, конопли) имеют мало шансов получить финансирование; при этом исследователи, заинтересованные в сборе информации о возможных токсических эффектах наркотиков имеют доступ к щедрым грантам. Просвещение в области наркотиков зачастую направлено на отпугивание потенциальных потребителей через преувеличение их неблагоприятного воздействия на здоровье.

Потребители часто лишены доступа к информации о реальных способах снижения вреда от нелегальных наркотиков, поскольку предоставление такой информации рассматривается как поощрение употребления; при этом потребители все равно продолжают принимать наркотики.

Право на равенство перед законом является, наверное, объектом наиболее вопиющего нарушения прав человека, когда речь идет о ПИН. В некоторых странах принцип презумпции невиновности, который в обычной ситуации рассматривается как краеугольный камень справедливой правовой системы, не распространяется на потребителей наркотиков. В США для того, чтобы доказать употребление нелегальных наркотиков матерью во время беременности, используется кровь из пуповины или первородный кал новорожденного. Однако никто не предпринимает попыток тестировать матерей на употребление разрешенных наркотиков, таких как алкоголь или табак, хотя многие данные свидетельствуют о том, что эти вещества наносят серьезный вред плоду. В США отмечается поразительное несоответствие в наказаниях, предусмотренных за употребление кокаина в форме порошка и «крэка» (которые по-разному употребляются разными расовыми этническими группами).³⁴

Право потребителей нелегальных наркотиков на свободное объединение повсеместно отрицалось вплоть до 1980-х гг. К этому времени департаменты здравоохранения в некоторых странах осознали, что организации на уровне сообщества могут помочь контролировать распространению ВИЧ. Хотя в течение последнего десятилетия объединения потребителей начали появляться лишь в нескольких странах, таких

как Нидерланды, Великобритания и Австралия, для большинства стран, с большим энтузиазмом продолжающих применять прогибиционизм, они по-прежнему остаются чем-то абсолютно недопустимым. Способность таких объединений эффективно функционировать зависит от степени готовности общества конструктивно решать такие проблемы. В странах, где доминируют репрессивные политики, они могут обеспечивать правоохранительным органам выгодную возможность осуществлять аресты потребителей наркотиков. Таким образом, прогибиционизм вполне может считаться несовместимым с правом потребителей на свободу объединения.

Потребителям практически полностью отказано в праве на достойный уровень жизни, включая доступ к продуктам питания, одежде и жилищу, праве на необходимую медицинскую помощь и лечение и праве на социальную защиту — даже в тех странах, которые принято считать «просвещенными». Потребители нелегальных наркотиков часто живут в нищенских условиях. В некоторых странах, в рамках расширения правоохранительной деятельности по контролю за употреблением наркотиков, закон требует, чтобы работники здравоохранения извещали власти о пациентах, проблемы которых, по их мнению, являются результатом употребления наркотиков. Контроль за нелегальными наркотиками с помощью правоохранительных органов и обеспечение контроля над распространением ВИЧ-инфекции в данной популяции зачастую являются взаимоисключающими целями.

Генеральная ассамблея ООН также утвердила Декларацию прав инвалидов, к которым, в принципе, можно причислить потребителей наркотиков.³⁵ Декларация отмечает необходимость защиты прав и обеспечения благосостояния и реабилитации физически или психически неблагополучных лиц. Понятие «инвалид» определяется Декларацией как «любое лицо, полностью или частично неспособное обеспечить для себя условия, необходимые для нормальной частной и общественной жизни в результате врожденного или приобретенного недостатка в своих физических или психических способностях». Вопрос о том, следует ли считать инвалидом человека, страдающего зависимостью от алкоголя или наркотиков, обсуждается довольно часто. В одном знаменитом деле (которое разбиралось в Верховном суде США), бывший военнослужащий, с позором уволенный из Вооруженных Сил США за алкоголизм, подал иск против своего бывшего работодателя за то, что тот отказался предоставить ему пособие на обучение, доступное другим уволенным военнослужащим, заявив, что он подвергся дискриминации из-за своего заболевания.³⁶ Правительство США позволяет некоторым лицам, страдающим алкоголизмом или наркозависимостью, получать социальные услуги на основании их нетрудоспособности.

Хотя экономические и социальные права могут постепенно увеличиваться, во многих странах отмечается недостаточный прогресс в этой области, поскольку многие правительства, напротив, сокращают ресурсы и средства, необходимые для обеспечения этих прав. При обсуждении вопроса о контроле за наркотиками часто вскрывается дискриминационное отношение к потребителям. Еще десять лет назад почти повсеместно применялся термин «наркоман». Этот термин до сих пор распространен во многих странах, однако в последнее время он стал вытесняться термином «потребитель наркотиков», прежде всего в тех странах, которые приняли снижение вреда. В Нидерландах, по многочисленным сообщениям, в официальных документах используется термин «голландские граждане, принимающие наркотики».

Когда в начале 1980-х гг. впервые было признано наличие эпидемии ВИЧ, власти индустриальных стран были вынуждены пересмотреть свою давнюю приверженность политике, которая маргинализирует потребителей и загоняет их «в подполье». Такие

страны, как Нидерланды и Австралия, осознали, что оптимальный контроль за эпидемией невозможен, если одна из наиболее важных целевых популяций будет оставаться за пределами общества. Так был инициирован процесс, направленный на интеграцию потребителей наркотиков в жизнь основной части общества. Это не могло не привести к некоторым любопытным противоречиям. В Австралии, например, некоторые правительственные СПИД-сервисные проекты потребовали, чтобы их сотрудники, ответственные за обучение потребителей, являлись членами целевых популяций. В результате некоторые из сотрудников проектов, нацеленных на потребителей наркотиков, публично заявили, что они соответствуют критериям приема на работу в данные проекты, так как вовлечены в практики, которые в то время считались противоречащими закону.

Закат прогибационизма: от полной нетерпимости к умеренной толерантности?

1990-е гг. были отмечены замечательными успехами подхода снижения вреда в контроле над ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Первые свидетельства этих успехов были отмечены в индустриальных странах, однако некоторые признаки успеха в настоящее время можно обнаружить и в развивающихся странах.^{38, 39}

Этот опыт заставил некоторых задуматься о том, что снижение вреда может быть доведено до логического конца лишь при изменении правовой среды. В 1994 г. в Швейцарии был проведен эксперимент по законному предоставлению героина потребителям, имеющим неудачный опыт лечения наркозависимости; эксперимент дал весьма воодушевляющие результаты. Среди 1146 пациентов, за которыми велось наблюдение в течение 18 месяцев, не было отмечено ни одного случая смертельной передозировки, всего три случая заражения ВИЧ-инфекцией, четыре — гепатитом В и пять — гепатитом С. 40 Нидерланды также стали одной из первых стран, применивших этот подход: недавно в стране было принято решение провести испытание по предоставлению героина потребителям. В настоящее время возможность осуществления подобных испытаний рассматривается также в Испании и Канаде. В Соединенных Штатах в ноябре 1996 г. 53% избирателей, принявших участие в референдуме, который проводился одновременно с президентскими и парламентскими выборами, поддержали медицинское использование конопли в Калифорнии (Предложение № 215), а 66% поддержали применение более радикальных мер по реформе наркополитики в Аризоне (Предложение № 200). 41 Это свидетельствует о том, что избиратели могут быть значительно лучше подготовлены к обсуждению возможных реформ, чем избранные ими лидеры.

Практически все страны оказались в сложной паутине национальных и региональных законов и обязательств по выполнению международных договоров о контроле за наркотиками. Несомненно, что те немногие государства, вступившие на путь реформирования, в ближайшие годы продолжат этот процесс, тщательно и осторожно взвешивая каждый новый шаг, и их достижения и ошибки послужат моделью для дальнейшей деятельности.

Выводы

Последние десятилетия потребление наркотиков в мире существенно возросло — с точки зрения увеличения числа стран, где отмечено употребление нелегальных нар-

котиков, роста числа людей, принимающих наркотики, расширения спектра доступных наркотиков. С повышением уровня смертности от передозировок проблемы, связанные с наркотиками, стали вызывать все большую озабоченность. Проникновение ВИЧ-инфекции в популяции потребителей инъекционных наркотиков существенно отражается на состоянии их здоровья.

Растет уверенность в том, что исключительно жесткая полицейская деятельность по борьбе с нелегальными наркотиками приводит к разрушительному провалу. В большинстве случаев такая деятельность оказывается дорогостоящей и неэффективной и часто ведет к обратным результатам. Несмотря на это, уголовные санкции по-прежнему доминируют в национальной и международной политике, направленной на решение проблемы нелегальных наркотиков. Правоохранительная деятельность в данной области привела к росту числа людей, подверженных риску заражения ВИЧ через инъекционное употребление наркотиков, заставив многих потребителей отказаться от менее опасных способов употребления наркотиков более низкой концентрации, прошедших через менее совершенные процессы очистки. Вместо этого они перешли к употреблению нелегальных наркотиков в более концентрированной и очищенной форме, способы употребления которых, как уже известно, связаны с повышенным риском передачи ВИЧ. Упорное следование политике, опирающейся на полицейскую деятельность, также препятствует эффективным мерам общественного здравоохранения снижения вреда, направленным на сдерживание распространения ВИЧ, таким как программы обмена игл и поддержки метадоном. Распространение ВИЧ вдоль маршрутов наркоторговли в Азии и Латинской Америке и нестабильность этих маршрутов, вызванная давлением правоохранительных органов, также указывает на связь между эпидемией ВИЧ и прогибиционизмом. Поддержка реформы наркополитики во многих странах растет по мере того, как все более отчетливыми становятся проблемы, связанные с излишней верой в жесткую правоохранительную деятельность по борьбе с нелегальными наркотиками.

Уголовные наказания как основная реакция на употребление нелегальных наркотиков неизбежно приводят к нарушениям прав человека, которыми наделены ПИН. Это влечет за собой неблагоприятные последствия для здоровья этой популяции, поскольку значительно сложнее предоставлять услуги и вести пропаганду здоровья в группах, подвергающихся стигматизации и скрывающихся «в подполье». Защита прав человека является необходимым условием улучшения состояния здоровья отдельных потребителей, а также общественного здоровья общин, в которых они живут.

Опыт контроля за ВИЧ-инфекцией в разных группах риска во многих странах демонстрирует, что наиболее эффективные результаты, как правило, достигаются в тех случаях, когда целевые популяции принимают участие в выборе и осуществлении мер профилактики, направленных на них. Обеспечить вовлечение групп риска в контроль над ВИЧ крайне сложно, если представители этих групп не считаются полноценными гражданами, наделенными теми же правами, что и все остальные граждане.

Чтобы значительно улучшить состояние здоровья потребителей и усилить контроль над ВИЧ в данной популяции, необходим ряд серьезных реформ. Употребление нелегальных наркотиков должно восприниматься прежде всего не как правоохранительная проблема, а как проблема здравоохранения. Необходимо признать тот факт, что потребители наркотиков обладают теми же правами, что и другие граждане. Политика в отношении здравоохранения должна формироваться на базе фактической информации, а не исходя из международных договоров, заключенных несколько десятилетий назад. Результаты недавнего исследования в Швейцарии предполагают, что

медицинское назначение отдельным лицам наркотиков, которые в настоящее время запрещены, может стать эффективным способом улучшить показатели общественного здоровья и благосостояния, в том числе снижение распространения вирусных инфекций, передающихся через кровь. Для того, чтобы улучшить здоровье отдельных потребителей и общества в целом, необходимо признать права потребителей инъекционных наркотиков.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. D. C. Des Jarlais, P. Friedman, H. Hagan, S. R. Friedman, "The Protective Effect of AIDS-Related Behavioral Change Among Injection Drug Users: a Cross National Study," (Защитный эффект изменения поведения, связанного со СПИДом, среди потребителей инъекционных наркотиков: Кросс-национальное исследование) *American Journal of Public Health* 86(1996):1780–1785.
2. Asian Harm Reduction Network, *The Hidden Epidemic. A Situation Assessment of Drug Use in Southeast and East Asia in the Context of HIV Vulnerability* (Скрытая эпидемия. Оценка ситуации с употреблением наркотиков в Юго-Восточной и Восточной Азии в контексте уязвимости перед ВИЧ), prepared for the UNAIDS/Asia Pacific Inter-country Team (Fairfield, Australia: The Macfarlane Burnet Centre for Medical Research, 1997).
3. Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Surveillance Report* (Отчет об эпидемиологическом надзоре за ВИЧ/СПИДом) 9(1) (1997): 10.
4. Bureau of International Narcotic Matters, U. S. Department of State, *International Narcotics Control Strategy Report* (Отчет по Международной стратегии контроля за наркотиками) (Washington, D. C. : Government Printing Office, 1993).
5. International Narcotics Control Board, *International Narcotics Control Board Report for 1993* (Отчет Международного совета по контролю за наркотиками, 1993 г.), UN Doc. E/INCB/1993/1.
6. E. Nadelmann, "Drug Prohibition in the United States: Costs, Consequences and Alternatives," (Прогибационизм в отношении наркотиков в Соединенных Штатах Америки: затраты, последствия и альтернативы) *Science* 245(4921) (1989):939–947.
7. S. Strathdee, E. van Ameijden, F. Mesquita, A. Wodak, et al., "Can Epidemics of HIV Among Injecting Drug Users Be Prevented?" (Можно ли предотвратить эпидемию ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков) *AIDS* (forthcoming).
8. J. M. Mann, D. J. M. Tarantola, T. W. Netter (eds), *AIDS in the World: A Global Report* (СПИД в мире: Глобальный отчет) (Cambridge: Harvard University Press, 1992).
9. G. V. Stimson, M. Adekan, T. Rhodes, "The Diffusion of Drug Injecting in Developing Countries," (Распространение употребления инъекционных наркотиков в развивающихся странах) *The International Journal of Drug Policy* 7(4) (1996):245–255.
10. K. J. Riley, *Snow Job? The War Against International Cocaine Trafficking* (Снежная работа! Война с международной торговлей кокаином) (New Brunswick: Transaction Publishers, 1996).
11. Одним из наиболее опутимых изменений на глобальном рынке нелегальных наркотиков за последние годы стало распространение культивации опиума в новых регионах. Впервые с 1990 г. опиум начал культивироваться в Южной Америке. Производство героина стабильно растет в Колумбии. В последнее время опиум также стал культивироваться в Китае — впервые с 1949 г. Также в настоящее время опиумный мак выращивается в некоторых центрально-азиатских республиках бывшего Советского Союза

12. Bureau of International Narcotic Matters, see note 4 (см. Пункт 4).
13. K. J. Riley, see note 10 (см. Пункт 10).
14. A. Wodak, R. Owens, *Drug Prohibition: a Call for Change* (Протибационизм в отношении наркотиков: призыв к переменам) (Sydney: UNSW Press, 1995).
15. Parliamentary Joint Committee on the National Crime Authority, *Drugs, Crime and Society* (Наркотики, преступность и общество) (Canberra: Australian Government Publishing Service, 1989).
16. Center for Strategic and International Studies. *The Transnational Drug Challenge and the New World Order: New Threats and New Opportunities* (Транснациональная проблема наркотиков и порядок нового мира: новые угрозы и новые возможности) (Washington, D. C. 1993).
17. Anonymous, *Observatoire Géopolitique des Drogues: Etats des Drogues, Drogues des Etats* (Paris: Hachette, 1994). (Геополитический обзор наркотиков: государство наркотиков, наркотики государства)
18. J. Westermeyer, "The Pro-Heroin Effects of Anti-Opium Laws in Asia," («Про-героиновые» эффекты законов по борьбе с опиумом в Азии) *Archives of General Psychiatry* 33 (1976):1135–1139.
19. A. Wodak, N. Crofts, "Once More Unto the Breach: Controlled Hepatitis C in Injecting Drug Users" (Вновь напролом: контроль за гепатитом С среди потребителей инъекционных наркотиков) (editorial), *Addiction* 91(2) (1996): 181–184.
20. A. Uchtenhagen, A. Dobler-Mikola, F. Gutzwiller, "Medical Prescription of Narcotics. Background and Intermediate Results of a Swiss National Project," (Назначение наркотиков под медицинским контролем. Исходные и промежуточные результаты швейцарского национального проекта) *European Addiction Research* 2 (1996):201–207.
21. J. M. Mann et al., see note 8 (см. Пункт 8).
22. B. G. Weniger, K. Limpakarnjanarat, K. Ungchusak, et. al., "The Epidemiology of HIV Infection and AIDS in Thailand," (Эпидемиология ВИЧ-инфекции и СПИДа в Таиланде) *AIDS* 5 (suppl. 2) (1991):S71–S85.
23. R. S. Garfein, D. Vlahov, N. Galai, M. C. Doherty, K. E. Nelson, "Viral Infections in Short-Term Injection Drug Users: The Prevalence of the Hepatitis C, B Human Immunodeficiency and Human T- Lymphotropic Viruses," (Вирусные инфекции среди начинающих потребителей наркотиков: распространенность вирусов гепатита С и В, вируса иммунодефицита человека и Т-лимфотропного вируса) *American Journal of Public Health* 86(5) (1996):655–661.
24. International Narcotic Control Board, see note 5 (см. Пункт 5).
25. UN Commission on Narcotic Drugs, *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking: an Interim Report* (Экономические и социальные последствия злоупотребления наркотиками и незаконной торговли наркотиками: Промежуточный отчет). (Vienna: United Nations Economic and Social Council, 1995).
26. K. J. Riley, see note 10 (см. Пункт 10).
27. E. Nadelmann, "Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition," (Серьезные размышления об альтернативах протибационизму в отношении наркотиков) *Daedulus* 121(3) (1992).
28. A. Wodak, P. Lurie, "A Tale of Two Countries: Attempts to Control HIV Among Injecting Drug Users in Australia and the United States," (История о двух странах: Попытки контролировать ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Австралии и Соединенных Штатах) *Journal of Drug Issues* 27(1) (1997):117–134.
29. C. P. Rydell, S. S. Everingham, *Controlling Cocaine. Supply Versus Demand Programs* (Контроль за кокаином. Программы по снижению поставок или программы по снижению спроса) (Santa Monica: Drug Policy Research Centre, RAND, 1994).

30. A. Wodak, W. Saunders, "Harm Reduction Means What I Choose It to Mean" (Снижение вреда значит то, что я захочу) (editorial), *Drug and Alcohol Review* 14 (1995):269–271; WHO Expert Committee on Drug Dependence, WHO Technical Report Series, 28th Report (Geneva: World Health Organization, 1993).
31. D. C. Des Jarlais, H. Hagan, S. R. Friedman, P. Friedmann, D. Goldberg, M. Frischer, S. Green, K. Tunving, B. Ljunberg, A. Wodak, et al., "Maintaining Low HIV Seroprevalence in Populations of Injecting Drug Users," (Сохранение низкой распространенности ВИЧ в популяциях потребителей инъекционных наркотиков) *Journal of the American Medical Association* 274(15) (1995):1226:1231.
32. P. Lurie, E. Drucker, "An Opportunity Lost: HIV Infections Associated with the Lack of a National Needle-Exchange Programme in the USA," (Утраченная возможность: ВИЧ-инфекция связанная с отсутствием в США Национальной программы обмена игл) *Lancet* 349(9052) (1997):604–608.
33. Universal Declaration of Human Rights, adopted and proclaimed by UN General Assembly Resolution (Всеобщая декларация прав человека, принятая и провозглашенная резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН) 217A(III) (December 10, 1948).
34. E. Nadelmann, "Commonsense Drug Policy," (Разумная политика в отношении наркотиков) *Foreign Affairs* 77(1) (1998): 111–126.
35. Declaration on the Rights of Disabled Persons (Декларация прав инвалидов), G. A. Res 3447 (xxx), 30 UN GAOR Supp. (No. 34) at 88, UN Doc. A/10034 (1975).
36. Traynor V. Turnage, Administrator, Veteran's Administration, et al., n.o. 86–622, Supreme Court of the United States, 485 U. S. 535, 1988.
37. R. G. A. Feachem, *Valuing the Past ... Investing in the Future. Evaluation of the National HIV/AIDS Strategy 1993–94 to 1995–96* (Оценивая прошлое... работая на будущее. Оценка национальной стратегии в области ВИЧ/СПИДа на 1993-94 гг. и 1995-96 гг.) (Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health, Australian Government Publishing Service, 1995).
38. G. V. Stimson, "Has the United Kingdom Averted an Epidemic of HIV–I Infection Amongst Drug Injectors?" (Остановила ли Великобритания эпидемию ВИЧ-1 среди потребителей инъекционных наркотиков?) (editorial), *Addiction* 91(8) (1996):1085–1088.
39. A. Peak, S. Rana, S. Kari Maharjan, D. Jolley, N. Crofts, "Declining Risk for HIV Among Injecting Drug Users in Kathmandu, Nepal: the Impact of a Harm–Reduction Programme," (Снижение риска ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Катманду, Непал: воздействие программы снижения вреда) *AIDS* 9(9) (1995):1067–1070.
40. A. Uchtenhagen et al., see note 20 (см. Пункт 20).
41. E. Nadelman, see note 34 (см. Пункт 34).

*Алекс Водак, доктор медицинских наук, работает директором Службы по лечению наркозависимости и алкоголизма (Alcohol and Drug Service), Больницы св. Винсента (St. Vincent's Hospital Sydney Limited) в Сиднее.

Печатается по изданию «Health and Human Rights, 2:4 (1998)», с разрешения Центра здравоохранения и защиты прав человека им. Франсуа Ксавье Банью (Franzosis-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights) при Гарвардской школе здравоохранения (Harvard School of Public Health).

Copyright (c) 1998, President and Fellows of Harvard College.

Алхимия неравенства: Организация Объединенных Наций, политика в отношении нелегальных наркотиков и глобальная эпидемия ВИЧ

Дэниел Волфе*

Существуют общие истины, которые люди, преданные идее профилактики ВИЧ, повторяют как мантры. Одна из них заключается в том, что последние два десятилетия развития ВИЧ-инфекции дали миру несколько четких уроков о том, как можно успешно сдерживать распространение этого вируса. Мы говорим, что эффективная профилактика ВИЧ включает не только предоставление таких средств, как презервативы и иглы, которые позволяют предотвратить передачу ВИЧ, но также механизмы, позволяющие вовлечь в профилактическую деятельность людей, непосредственно затронутых эпидемией — будь то секс-работники в Таиланде, гомосексуалы в США или женщины в Уганде или Бразилии. Мы говорим, что сообщества уже сделали первый шаг, но необходима межсекторная деятельность, в которую будут включены правительственный и частный секторы, что также необходима «благоприятная среда», позволяющая людям с ВИЧ работать без страха перед дискриминацией и предусматривающая адекватную финансовую и политическую поддержку. Мы делаем особый упор на то, что лечение и профилактика дополняют друг друга, а не конкурируют между собой. В рамках тенденции, в соответствии с которой мы наблюдаем усиление господства корпоративных благотворительных учреждений (Фонд Билла и Мелинды Гейтс) и «партнерств, объединяющих частный и общественный сектор» (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией) в формировании направлений деятельности в области СПИДа, мы подчеркиваем важность «научно обоснованных» подходов, «доказанной эффективности» и «дополнительных преимуществ». Мы надеемся, что обращение к науке и принципам свободного рынка поможет нам преодолеть моралистические установки, сделавшие предметом многолетних конфликтов презервативы, чистые иглы, метадон и программы по их предоставлению.

Все эти утверждения — сколь бы справедливы они ни были — должны быть сопоставлены с другими, не так часто обсуждаемыми истинами. Как и с работой Исаака Ньютона, чьи невероятные просветительские открытия совпали с экспериментами по алхимии, которые он проводил в частной лаборатории, профилактика ВИЧ в некотором смысле делится на две части: она провозглашает научные принципы, при этом не подвергая сомнению некоторые далеко не рациональные убеждения. В самом деле, вопреки всем разговорам о подходах, опирающихся на реальные данные, здесь действует потайная алхимия — процесс, в ходе которого некоторые люди с ВИЧ или люди, подвергающиеся риску ВИЧ, превращаются в нечто меньшее, чем человек, в нечто заслуживающее меньшее, чем права человека. Стигматизация людей со СПИДом вызывает всяческое осуждение, когда она проявляется в чистом виде, как, например, в случае

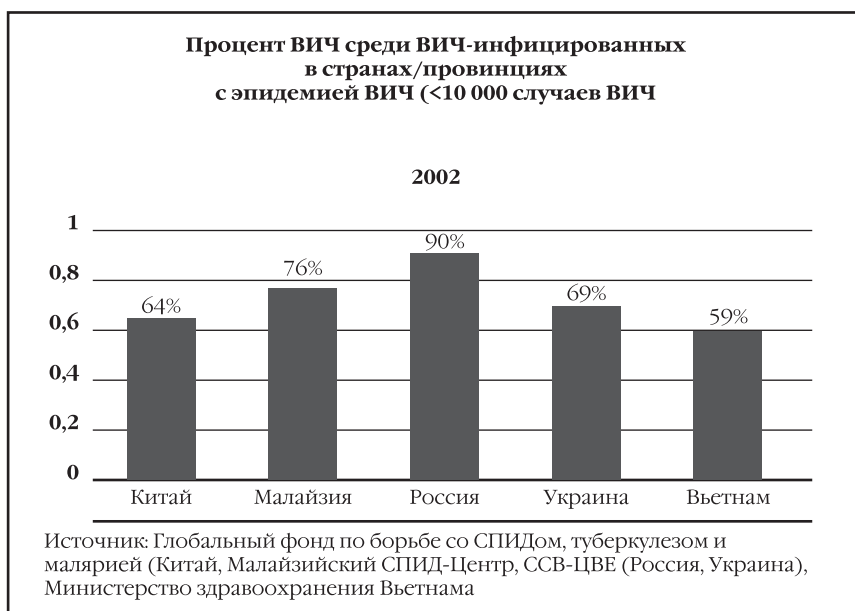
когда Гугу Дламини была до смерти забита камнями в Квазулу-Натал после того, как в 1998 г. был раскрыт ее ВИЧ-статус. В меньшей степени исследованы более тонкие случаи насилия, часто происходящие в кулуарах национальных правительств или многосторонних учреждений, имеющих свои штаб-квартиры в Нью-Йорке или Женеве, где отдельные люди приговариваются к смерти лишь потому, что считаются недостойными особого внимания.

Если говорить о СПИДе, рост случаев которого неизменно переплетается с ростом экономики, характеризующейся все более интенсивным процессом глобализации, расстояние между информационным-финансовым капиталом мира и качеством жизни людей, наиболее тяжело страдающих от эпидемии, весьма показательно для понимания, каким образом потери, связанные с ВИЧ — и даже принадлежность ВИЧ-инфицированных к человеческому роду — могут укрываться от глаз общества. Принимая во внимание высокий уровень ВИЧ-инфекции среди афроамериканцев, живущих меньше чем в двадцати милях от Нью-Йоркской фондовой биржи, или тот факт, что ВИЧ-инфекция стремительно распространяется среди потребителей наркотиков в одном районе Санкт-Петербурга, в то время как в другом делаются активные зарубежные инвестиции, это расстояние легче понять как экономическое, а не географическое. Социолог Мануэл Кастеллс, описывая рост финансовых и информационных сетей, объединяющих новую элиту в разных городах и государствах, отметил параллельное возникновение, как он выразился, «черных дыр» - регионов, не имеющих доступа к ключевым узлам этих сетей. Страдающие от резкой нехватки правительственных услуг из-за того, что государство перенаправляет средства на обслуживание новых экономических приоритетов, люди, живущие в таких регионах - в отдельных районах или целых провинциях, странах или континентах - обращаются к неформальным или «порочным» экономическим возможностям (Castells 1991): торговле оружием или наркотиками, контрабанде, продаже сексуальных услуг, крови, детей или даже органов. Антрополог Ричард Паркер (Richard Parker, 2000) отметил, что следом за развитием подпольной экономики часто начинается эпидемия ВИЧ и ЗППП. Не менее важно, что на людей, вовлеченных в «порочную» экономическую деятельность часто наклеивается ярлык морально извращенных, подозрительных или криминальных элементов, которые считаются скорее угрозой, чем частью общества, каким его воображает система «общественного здравоохранения».

В этой статье исследуется один небольшой аспект алхимии, которая превращает потребителей инъекционных наркотиков в существ, менее значительных, чем человек. В частности она фокусируется на политике ООН в отношении нелегальных наркотиков и ВИЧ-инфекции, вызванной употреблением нелегальных наркотиков и предполагает, что внутренние противоречия в подходе ООН вполне могут ускорить глобальное распространение ВИЧ. Прошло много времени с тех пор, как стали очевидны масштабы и скорость передачи ВИЧ через употребление инъекционных наркотиков, а ООН по-прежнему продолжает следовать параллельным и противоречащим друг другу политическим рекомендациям в отношении потребителей наркотиков и профилактики ВИЧ. Это несоответствие отзывается на уровне правительств стран, где органы контроля за наркотиками и профилактики ВИЧ редко общаются друг с другом, независимо планируют свою деятельность и часто преследуют несовместимые цели.

Неспособность прояснить и скоординировать стратегию ответа на эпидемию, подогреваемую употреблением инъекционных наркотиков уже обошлась дорого, и эта цена будет лишь расти. В то время как потребители наркотиков обычно воспринимаются правоохранительными органами как девиантное меньшинство, специалисты по

политике в области ВИЧ во многих странах мира должны начать рассматривать потребителей наркотиков как часть большинства, которая нуждается в лечении и поддержке. Пять стран бывшего Советского Союза и Азии — общая численность населения которых превышает полтора миллиарда человек — уже сообщают об эпидемии (>50 000 зарегистрированных случаев на страну), в которой большинство случаев связаны с употреблением инъекционных наркотиков. Как и свойственно эпидемиям ВИЧ, распространяющегося через инъекции, эпидемии в России, Китае, Малайзии, Украине и Вьетнаме развиваются гораздо более высокими темпами, чем эпидемии, связанные с сексуальной передачей. В России, где уровень ВИЧ растет быстрее, чем в любой другой стране мира, уже проживает больше ВИЧ-инфицированных людей, чем во всей Северной Америке (UNAIDS 2002; US-Russia Working Group 2003). Около 90% случаев ВИЧ связано с употреблением инъекционных наркотиков и практически все случаи заражения произошли в течение последних шести лет (СЕЕHRN 2002). В Китае, где первые случаи ВИЧ были зафиксированы в 1985 г., по оценкам правительства, число ВИЧ-инфицированных составляет один миллион, причем 64% из них были инфицированы через употребление инъекционных наркотиков. Независимые наблюдатели предполагают, что их реальное число может быть намного выше за счет практик забора крови, при использовании которых были заражены сотни тысяч жителей центральных провинций страны (Human Rights Watch 2003).



Если нынешние тенденции сохранятся, высока вероятность, что десятки новых стран — в том числе стран, где зафиксировано всего несколько случаев СПИДа и стран, которым удалось снизить заболеваемость среди людей, не употребляющих наркотики, — вскоре присоединятся к списку государств, в которых свирепствует серьезная эпидемия, вызванная употреблением инъекционных наркотиков. ПИН составляют большинство ВИЧ-инфицированных в Таджикистане, Казахстане, Узбекистане, Иране, Индонезии и Непале — все эти страны сообщают о стремительном развитии эпидемии (СЕЕHRN 2002; Reid and Costigan 2002; UNAIDS 2002). ПИН составляют большинство ВИЧ-инфицированных в Западной Европе, Северной Африке и на Среднем Востоке. Число стран, сообщающих о ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, увеличилось более чем вдвое за последнее десятилетие — с 52 в 1992 г. до 114

на сегодняшний день (Strathdee and Poundstone 2003). По оценкам ЮНЭЙДС (UNAIDS, 2002); за пределами Африки каждый третий случай ВИЧ связан с заражением через загрязненные иглы.

Хорошая новость, часто говорим мы себе, заключается в том, что программы, направленные на уменьшение уровня ВИЧ и другого вреда среди ПИН — в частности, предоставление стерильного инъекционного инструментария и заместительная терапия метадон — оказались легко осуществимыми и высоко эффективными в ходе испытаний, проводившихся во многих странах: от Австралии до США, Таиланда и Беларуси. Плохая же новость состоит в том, что научные доказательства эффективности пока что плохо совместимы с идеологией. Спустя много лет после того как образцовое исследование продемонстрировало, насколько быстро эпидемия ВИЧ может распространяться через употребление инъекционных наркотиков и что научно обоснованные подходы могут эффективно сдерживать ее бурный рост, большинство стран, где отмечена эпидемия, связанная с инъекциями, продолжают ставить применение уголовных законов и попытки добиться полного воздержания от наркотиков выше охраны общественного здоровья. Если современные эпидемиологические тенденции являются сколько-нибудь верным показателем, результатом этого может стать самая большая трагедия утраченных возможностей в новом тысячелетии: создание кризисной ситуации с ВИЧ в странах Азии и бывшего Советского Союза, которая будет стоить миллионов жизней и которая могла бы быть предупреждена.

Организация Разъединенных Наций: конкурирующие подходы к наркополитике

Неловкость, которую вызывает у большинства слушателей фраза «права человека для потребителей наркотиков» и ее отсутствие практически во всех планах ООН или национальных правительств, определяющих рекомендации по политике в отношении ВИЧ, указывает на то, что общие заявления о правах людей, живущих с ВИЧ, практически заменили собой специфический анализ проблем, связанных с ПИН. Исторически защита прав человека имела меньшее значение в формировании национальной и международной деятельности в ответ на растущую проблему употребления инъекционных наркотиков и связанной с ним ВИЧ-инфекции, чем два других аспекта. Первым из них является правоохранный аспект. Правоохранительная деятельность направлена на отслеживание, ограничение или искоренение нелегальных наркотиков — и лиц, их покупающих или продающих — из социального обращения. В рамках правоохранительной системы первостепенное внимание уделяется поставкам или спросу на наркотики, потребители наркотиков воспринимаются как участники противозаконных моделей обмена и подвергаются соответствующим мерам. Делая упор на криминализацию и сдерживание, эта система считает полицейскую деятельность, прекращение наркоторговли и исправительные учреждения, такие как тюрьмы, основными видами противодействия. Даже при наличии здесь лечения, оно предлагается в форме наказания: это лечение принудительное, лишенное практически всех услуг по поддержке, кроме таких «услуг», как жесткая дисциплина и принудительный труд без вознаграждения, и предусматривающее суровые санкции в случае рецидива. Неудивительно, что опыт рецидива переживает абсолютное большинство.

Второй подход возник из передовых практик общественного здравоохранения или, точнее, той части системы здравоохранения, которая признает, что потребители

наркотиков являются полноценной частью общества. В соответствии с принципами эпидемиологии, этот подход фокусируется скорее на риске, чем на самих наркотиках, учитывая, как неблагоприятное воздействие употребления на здоровье, так и разные группы людей, подвергающихся этому воздействию. Сюда входят потребители наркотиков, а также их сексуальные партнеры, их дети, более дальние родственники или общины. В отличие от правоохранительного подхода, данный подход признает, что разные нелегальные наркотики несут разные риски, выявляет факторы, способствующие повышению риска от наркотиков и соответствующих заболеваний, и стремится определить средства и программы, которые могут наиболее эффективно сдерживать неблагоприятные последствия для здоровья среди максимального числа людей. Сюда входят программы воздействия для потребителей, находящихся за пределами исправительных или наркологических систем, для потребителей, вернувшихся к наркотикам после периода воздержания. Во всех странах большинство потребителей наркотиков остаются за пределами лечебных или исправительных учреждений.

Системы уголовного правоприменения и общественного здравоохранения, используемые для формирования политики в области наркотиков, не равны в оказываемым им поддержке и внимании. Значительно более крупные средства направляются на правоохранительный подход, который, в свою очередь, прямо или косвенно формирует способность работников здравоохранения, неправительственных организаций и лечебных программ предоставлять услуги потребителям наркотиков, не подвергаясь подозрениям в нарушении общественного порядка, преступлении моральных норм или поощрении антиобщественного поведения. Стратегии здравоохранения, не требующие от потребителей отказаться от притязаний на независимость, для того чтобы получить помощь и признающие, что воздержание не является единственным приемлемым исходом, например, программы обмена игл, заместительного лечения зависимости от опиоидов или профилактики передозировок, зачастую считаются противозаконными и не получают финансирования или же пользуются недостаточной поддержкой на национальном уровне. Многие правительства поддерживают подобные проекты в состоянии вечных «пилотных программ», на целые годы откладывая введение всесторонних подходов, которые могут сдержать передачу ВИЧ, связанную с инъекциями.

Правоохранительный подход часто находится в непростых отношениях с подходом, основанным на здравоохранении, как на национальном уровне, так и внутри международных учреждений. Трения между ними особенно очевидны и нуждаются в особенно тщательном рассмотрении в работе института Организации Объединенных Наций, который определяет международную деятельность как в области нелегальных наркотиков, так и в области ВИЧ/СПИДа.

Конвенции ООН о контроле за наркотиками в теории и на практике

Необычный политический статус проблемы злоупотребления наркотиками четко проявляется в том, что она относится к немногим вопросам общественного здравоохранения, которые регулируются международными соглашениями. Эти соглашения указывают подписавшим их сторонам, каким образом они должны реагировать на эту проблему. Во многих источниках (см. Malinowska-Sempruch, Hoover, et al. в этом издании), указаны три протокола Организации Объединенных Наций, известных как

конвенции ООН о наркотиках: Единая конвенция о наркотических веществах 1961 г. с поправками, внесенными в 1972 г., Конвенция о психотропных веществах 1971 г. и Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ. Эти конвенции определяют формирование глобальной, а во многих случаях и национальных систем контроля за нелегальными наркотиками. Разрешение на законное производство веществ, предусмотренное соглашениями, а также мониторинг деятельности по предотвращению их поступления на незаконные рынки находится в ведении «квази-юридического» органа, известного как Международный комитет по контролю за наркотиками (МККН), группы, состоящей из 13 представителей правоохранительных органов, психиатров, фармакологов и других специалистов, уполномоченных Конвенцией 1961 г. (с поправками, внесенными в 1972 г.) оценивать, насколько точно страны соблюдают предписанные нормы (INCB 2003).

Теоретически конвенции написаны достаточно гибким языком, чтобы предусмотреть широкий спектр подходов к употреблению нелегальных наркотиков, основанных на здравоохранении, и позволить странам применять эти подходы в соответствии с национальными реалиями (BewleyTaylor 2002; Room 2003). Конвенция 1971 г. требует, чтобы стороны не только предпринимали действия, препятствующие употреблению наркотиков, но и принимали все возможные практические меры «для выявления на ранних этапах, лечения, обучения, последующего ухода, реабилитации и социальной интеграции» людей, употребляющих нелегальные наркотики (United Nations 1971). Требуя криминализации хранения наркотиков для личного употребления, Конвенция 1988 г. не уточняет, какие наказания должны назначаться за это преступление, что позволяет предположить, что консультирование или вынос предупреждения, не фиксируемого в полицейских досье будет соответствовать букве закона (Krajewski 1999; Room 2003). Кроме того, Конвенция 1988 г. утверждает первостепенную роль усилий по минимизации человеческих страданий, связанных с наркотиками, и подтверждает, что лечение, обучение, последующий уход и реабилитация являются приемлемыми альтернативами наказанию (United Nations 1988).

На практике, однако, органы, в обязанности которых входит интерпретация конвенций, обычно делают упор на жестких мерах и защите «статус кво». В своих годовых отчетах МККН, члены которого назначены с целью «служить интересам международного сообщества», с острой критикой обрушиваются на страны, которые, по их мнению, прикладывают слишком мало усилий к регулированию производства наркотиков или их использования не по назначению; качество и доступность лечения, напротив, практически не контролируются и остаются без внимания (INCB 2000; INCB 2001). Например, западноевропейские меры по снижению уголовных наказаний за употребление конопли, которые сейчас применяются в Испании, Португалии, Нидерландах, отдельных районах Лондона, были раскритикованы МККН, как несущие неверную идею и «ставящие под угрозу все усилия по искоренению наркотиков, включая усилия, предпринимаемые за пределами Европы» (INCB 2000). Совет также энергично возражает против распространения политик и идей, «поощряющих злоупотребление наркотиками», куда, по его мнению, входит публикация исследований о благоприятном воздействии конопли в медицинских журналах, распространение популярных песен о наркотиках и даже использование конопли при приготовлении пищевых продуктов или напитков, поскольку, по мнению Совета, ошибочно полагать, что данное растение может быть «съедобным или питательным» (INCB 1997). Члены МККН зашли еще дальше, предположив, что политики, которые проводят кампании за более либеральные наркополитики могут быть подвергнуты уголовному преследова-

нию за нарушение положений конвенций, запрещающих побуждение или подстрекательство к употреблению нелегальных наркотиков (INCB 1997).

Язык является крайне важным орудием превращения людей, употребляющих наркотики, в «недочеловеков», и поэтому МККН тщательно подбирает слова. Члены Совета говорят только о злоупотреблении наркотиков, подчеркивая, что любое употребление нелегальных наркотиков в силу своего юридического статуса является злоупотреблением де-факто. Говоря о людях, страдающих наркозависимостью, они используют термин «потери», подразумевая, что активные потребители наркотиков в сущности не отличаются от мертвецов. Они осуждают «нормализацию» любых нелегальных наркотиков, тем самым поддерживая мнение, что лица, злоупотребляющие наркотиками, должны автоматически рассматриваться как отклонение от нормы (INCB 2000). Осознавая спорность этих утверждений, члены Совета заранее бросают вызов специалистам, которые могут придерживаться иного мнения, ставя в кавычки такие словосочетания, как «медицинская марихуана» и «снижение вреда» (INCB 1997; INCB 2002). Они связывают между собой политические предложения, которые в контексте зачастую имеют мало общего, в единое угрожающее целое, которое они называют снижением вреда: обмен шприцев они обычно объединяют с помещениями для безопасных инъекций, более безопасные инъекции - с декриминализацией наркотиков, а декриминализацию - с легализацией и подстрекательством к злоупотреблению наркотиками (INCB 1997; Schaepe 1999; INCB 2000; Room 2003).

Если члены МККН формально представляют только себя самих, то правительства предпочитают высказываться через Комиссию по наркотическим средствам (КНС), выбранный орган, отвечающий за руководство наркополитикой ООН. В комиссию входят европейские государства, отказавшиеся от отдельных законов против личного употребления наркотиков, а потому в ходе дебатов на ежегодных заседаниях КНС начала звучать теоретическая поддержка менее карательных подходов. На практике, однако, те доноры КНС, кто приветствует подход «нулевой» терпимости, в том числе США и Швеция, добились того, что конвенции интерпретируются в наиболее жестком ключе (Fazeu 2003). Односторонность США или таких стран, как Россия, особенно ярко проявляется на заседаниях КНС, где обязательным условием принятия решения является консенсус и возражения со стороны одного государства-члена Комиссии может застопорить продолжение ее работы на много дней (Fazeu 2003). Результатом является укрепление статус кво. Хотя к списку веществ, перечисленных в конвенциях, добавились новые наркотики, сами конвенции остались без изменений.

Орган, ответственный за координацию программ снижения поставок и спроса на наркотики — Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) 1 — ежегодно распоряжается миллионами долларов и располагает широким спектром ученых, военных и полицейских специалистов для помощи в международной деятельности по борьбе с наркотиками. Среди важных инициатив в этом направлении оказывалась помощь в подготовке проектов сильных законов об отмывании денег и конфискации имущества, содействие вооружению отрядов по борьбе с наркотиками, создание специальных судов для разбора дел о торговле и употреблении наркотиков, подготовка и снаряжение охраны на железнодорожных станциях и национальных границах и пропаганду эффективного применения собак-ищек (Lubin, Klaitz et al. 2002). УНП ООН также поддерживает широкий спектр мер по снижению спроса, включая обучающие материалы о наркотиках, тренинги и поддержку обучающихся из числа представителей сообщества, а также содействие альтернативному развитию, направленное на перевод крестьян с культивации опиумного мака или коки на другие культуры. Однако

бюджет на снижение поставок традиционно примерно в три раза превышает бюджет на снижение спроса (CND 1999), и более 1 миллиарда долларов правительство США выделяет отдельно на операции по борьбе с наркотиками, включая орошение полей токсичные гербицидами и вооружение местных правоохранительных отрядов высокотехнологичными средствами обнаружения и уничтожения (ONDCP 2003; TNI 2003). Это привело к тому, что во многих случаях такие действия воспринимаются как альтернатива, которая не может быть отвергнута. В Центральной Азии ООН также оказывала поддержку программе экспериментальных исследований по разработке нового грибка, который мог уничтожить опиумные культуры в Афганистане (Lubin, Klaitz et al. 2002).

Но для оценки усилий по контролю за наркотиками подобные научные инновации не были применены. УНП ООН отменило внутреннюю оценку программ в 1997 г. (Lubin, Klaitz et al. 2002). Вопросники, предназначенные для местных правительств, фокусируются на тенденциях и мерах, предпринимаемых для повышения уровней изъятия наркотиков или повышения контроля над отмыванием денег, а не оценке связи между ними (Transnational Institute 2003). Сами ведомства ООН по контролю за наркотиками признают, что производство опиума и коки существенно повысилось со времени принятия Конвенции 1998 г. (UNODCCP 2002). Усилия по снижению выращивания культур постоянно компенсируются технологическими разработками, позволяющими получать большее количество наркотиков из собранных растений (ODC 2003). Точно также доступные данные не подтверждают эффективность деятельности по снижению спроса, например, поддерживаемого ООН Международного дня борьбы с наркотиками, который в таких странах, как Китай и Таиланд, отмечается рекордными объемами конфискации наркотиков, массовыми арестами и публичными казнями (Nakachol 1997; AP 2001; AP 2002).

Тем не менее, политические предпочтения КНС, МККН и УНП ООН убедили государства-члены ООН в том, что единственным эффективным ответом на употребление наркотиков может быть карательная деятельность. В 1994 г. специальная консультационная группа ООН по политике в отношении наркотиков подготовила проект для Специальной сессии Генеральной ассамблеи (UNGASS) по наркотикам, который многие считали возможностью рассмотреть альтернативные подходы к профилактике и лечению, а также пересмотреть адекватность определений, встречающихся в конвенциях ООН о наркотиках. Когда же этот проект прошел через перемалывающие механизмы ООНовских совещаний, предлагаемые изменения были заменены успокаивающими фразами. Генеральный секретарь сообщил, что специальная сессия «смогла убедиться в важности международных договоров о контроле за наркотиками... и подтверждает их актуальность и правильность» (United Nations 1996). В 1998 г. UNGASS проходила под лозунгом, предложенным директором УНП ООН Пино Арлакки: «Мир без наркотиков — мы можем этого добиться!». В ходе сессии с участников были взяты обязательства по ликвидации или существенному снижению торговли и употребления наркотиков к 2008 г. (INCB 1997; UN General Assembly 1998). Хотя детали относительно путей достижения этой цели были оставлены на усмотрение отдельных стран, наблюдатели были обеспокоены тем, что в последовавшем за сессией отчете УНП ООН упоминались «успехи», достигнутые маоистским Китаем и Ираном во главе с Хомейни — и при этом умалчивалось, что деятельность в этих странах включала судебные процессы, проведенные без должных разбирательств, и массовые казни (Trebach 2002).

Конвенции ООН о наркотиках и снижение вреда, связанного с наркотиками

Влияние конвенций ООН и широко распространенная практика лишения свободы и неприятие инноваций, оправдываемые буквой этих документов, нуждаются в особом рассмотрении в свете эпидемии ВИЧ. Специалисты по адвокации все чаще ставят под сомнение адекватность конвенций, регулирующих международное противодействие проблеме наркотиков, в которых совершенно не отражена эпидемия ВИЧ, отмечая, что первые две конвенции были составлены до возникновения эпидемии, тогда как третья не отражает роли употребления инъекционных наркотиков в развитии эпидемии (Malinowska-Sempruch, Hoover et al. 2003; Rossi 2003).

Юридические аналитики как внутри, так и вне системы ООН отмечают, что меры по сдерживанию распространения ВИЧ-инфекции, связанной с наркотиками, включая распространение чистых шприцев, могут интерпретироваться как законная деятельность в соответствии с теми же самыми конвенциями, которые призывают к облегчению человеческих страданий, выводят соответствующие медицинские программы из-под действия уголовных законов и поясняют, что снижение спроса должно быть направлено, как на профилактику употребления наркотиков, так и на снижение неблагоприятных последствий их употребления (Bewley-Taylor 2002; INCB 2002; Fazey 2003). Такого рода интерпретации, однако, регулярно отвергаются МККН, который уже в 1993 г. счел, что, исходя из целей деятельности по снижению спроса, снижение вреда является «стратегией третичной профилактики» (INCB 1993), а в 2000 г. выразил сожаление в связи с тем, что снижение вреда «отвлекло внимание (а в некоторых случаях и средства) правительств от важной деятельности по снижению спроса, включая первичную профилактику или лечение, ориентированное на воздержание» (INCB 2002). Метадон по-прежнему относится к Списку I («особенно серьезный риск для общественного здоровья и ограниченная терапевтическая польза либо отсутствие таковой»), в который он был внесен в 1961 г., несмотря на то что многие серьезные исследования продемонстрировали его положительное воздействие на снижение частоты инъекций, передачи ВИЧ и именно тех видов криминальной деятельности, в подавлении которых больше всего заинтересован МККН. Комитет настроен резко против медицинского назначения героина в Швейцарии, а также угрожал лишить Австралию возможности культивировать опиум для медицинского использования, узнав о ее планах организовать помещения для безопасных инъекций, чтобы снизить риск ВИЧ и гепатита С (Fazey 2003). Дания решила отложить свои планы по организации подобных помещений после того, как подверглась резкой критике МККН. В 1999 г. секретарь МККН Герберт Шепе (Herbert Schaepe) пошел еще дальше, сравнив помещения для безопасных инъекций с опиумными притонами и заявив, что осуществление подобных программ может рассматриваться как поощрение уголовных преступлений, таких как хранение наркотиков и наркоторговля (Schaepe 1999; Room 2003).

В сентябре 2002 г. МККН обратился к консультантам УНП ООН по юридическим вопросам с просьбой рассмотреть вопрос о том, согласуются ли меры снижения вреда с конвенциями. Последние выявили три важных положения конвенций, которые могут допускать такие меры, как программы лечения метадонном, помещения для безопасных инъекций и обмен шприцев. Во-первых, все эти меры могут рассматриваться как медицинская помощь, таким образом, вписываясь в положения конвенций. Во-вторых, конвенции призывают к снижению употребления наркотиков и его неблагоприятных

последствий, каковым несомненно является ВИЧ, тем самым потенциально оправдывая применение мер, направленных на снижение ВИЧ-инфекции. И, наконец, конвенции запрещают *злонамеренное* поощрение или подстрекательство к употреблению наркотиков в то время как нельзя утверждать, что какие-либо меры снижения вреда применяются с намерением спровоцировать повышение употребления наркотиков (INCB 2002). Три месяца спустя президент МККН Филипп Эмафо (Philip Emafo) заявил в официальной публикации УНП ООН, что «выдача игл» и «предоставление наркоманам помещений, где они могут делать себе инъекции», равносильно подстрекательству к злоупотреблению наркотиками и противоречит конвенциям (Rahmy 2002).

Неадекватность конвенций в решении проблемы ВИЧ-инфекции, связанной с наркотиками, подвигло органы ООН и независимых наблюдателей выпустить резолюции с выражением своей озабоченности и начать выступать за смену курса. В 2001 г. ООН выпустила общесистемный документ с целью «гармонизировать» позицию ООН в отношении профилактики ВИЧ для потребителей наркотиков. В нем четко утверждалось, что программы обмена шприцев и заместительной терапии опиоидами являются приемлемыми элементами комплекса мероприятий по профилактике наркозависимости (UN 2001), и впоследствии УНП ООН начало оказывать ограниченную поддержку и тем, и другим программам. В марте 2002 г. КНС сама выпустила резолюцию, выражавшую «тревогу» в отношении ВИЧ и призывающую государства-члены Комиссии принять во внимание проблему ВИЧ и гепатита С, и помнить о необходимости обеспечить доступ как к лечению ВИЧ, так и к стерильному инъекционному инструментарию при разработке программ по снижению спроса на наркотики (CND 2002). Годом позже, непосредственно перед заседанием КНС в апреле 2003 г., на котором отмечалась середина периода между UNGASS по наркотикам 1998 года и 2008 годом — годом, когда должны быть достигнуты цели по значительному и измеримому снижению уровня употребления наркотиков, Греция воспользовалась своим положением председателя Европейского Союза, чтобы организовать встречу на высшем уровне по международной наркополитике. Участники конференции, включая представителей европейского и греческого парламента, НПО, Европейской Комиссии, исследователей, ученых и сотрудников УНП ООН, подтвердили практичность конвенций ООН о наркотиках, отметив при этом, что они могут быть дополнены положениями, выражающими открытую поддержку снижения вреда и утверждающими, что потребители наркотиков являются не преступниками, а людьми, нуждающимися в помощи и лечения (Hellenic Presidency of the European Union 2003).

Ни одна из этих резолюций или небольших шагов к политическим переменам не имеет силы закона. Не обладали они, по-видимому, и большой силой убеждения. В апреле 2003 г. состоялось заседание КНС, цель которого состояла в оценке прогресса, достигнутого в плане обеспечения мира без наркотиков и обсуждении новых стратегий, включая предложения утвердить заместительную терапию опиоидами и ликвидировать юридические барьеры, ограничивающие доступность чистых игл. Возражения со стороны США, а также России, Украины, Малайзии и ряда арабских государств, привели к отмене или отсрочке рассмотрения всех предложений, содержащих формулировки, связанные со снижением вреда. Когда были приняты окончательные резолюции из них были исключены любые упоминания о заместительной терапии или легализации обмена шприцев (CND 2003). Отдельная резолюция Комиссии содержала призыв к тому, чтобы все государства-члены ООН продемонстрировали более сплоченное сотрудничество с МККН и проявили большее понимание к деятельности Комитета (CND 2003).

Сам МККН также подвержен изменениям. В апреле 2001 г., в связи с недовольством, вызванным, по словам наблюдателей, излишним пристрастием США к международным договорам, таким как Киотский протокол, так и к войне с наркотиками, члены ООН проголосовали против включения представителей США в Комиссию по правам человека (Human Rights Commission) и Международный комитет по контролю за наркотиками. Позже США повысили свои вклады в УНП ООН на 45%, став самым крупным источником финансовой поддержки деятельности ООН в области контроля за наркотиками, и успешно выставила своего кандидата в качестве замены выбывшего делегата из Перу. В долгосрочной перспективе изменения в геополитической динамике могут подорвать доминирование подхода полной нетерпимости к наркотикам. Отчет МККН, который должен быть выпущен в марте 2004 г., как ожидается, будет более толерантен к обмену шприцев и заместительному лечению.

Интерпретация Конвенций ООН о наркотиках на национальном уровне

Независимо от того, являются ли они на самом деле поводом или удобной отговоркой, конвенции ООН по наркотикам используются национальными правительствами для того, чтобы оправдать жесткие карательные юридические меры и свою неспособность обеспечить предоставление услуг ПИН.

Россия, резко ужесточившая наказания за хранение любых наркотиков незадолго до UNGASS по наркотикам в 1998 г., использует конвенции ООН для обоснования своей политики «тотального запрета» (см. Malinowska-Sempruch, Hoover et al. 2003). Фармаколог Эдуард Бабаян, российский представитель в КНС с почти тридцатилетним стажем и действующий член МККН (INCB 2003), является автором таблицы, используемой российскими правоохранительными органами для отнесения обнаруженных количеств героина к «крупным» или «особо крупным» размерам. Таблица предусматривает лишение свободы сроком до семи лет за хранение менее одной сотой одной дозы (0, 005 г) (Levinson 2003). Бабаян также неоднократно обращался в МККН и КНС с просьбой поддержать решение российского правительства сохранить юридический запрет метадона в России (Levinson 2003). Точно также опрос, проведенный ООН среди правительственных чиновников в семи азиатских государствах, где зафиксирована эпидемия употребления инъекционных наркотиков, показал, что в число причин, которые приводятся в качестве объяснения отсутствия заместительного лечения героиновой зависимости, входит уверенность, что метадон противоречит духу или даже букве конвенций (UNAIDS/UNODCCP 2000). Хотя некоторые правительства государств-членов ООН настойчиво продвигают заместительную терапию метадоном, медицинское назначение героина или помещения для безопасных инъекций, все они, включая Австралию, Германию, Великобританию и Нидерланды входят в условную группу «Западно-европейских и других правительств» (Western European and Other Governments, WEO), которая предоставляет значительную часть финансовой поддержки ООН и потому могут чувствовать себя менее уязвимыми для цензуры. Так или иначе, в своих комментариях МККН четко и настойчиво призывает к противодействию подобным мерам во всех странах.

Правительства также используют сотрудничество с органами наркоконтроля ООН, чтобы обеспечить тайную или открытую поддержку более широких политических репрессий. Правительство Мьянмы, после зверского подавления демократического

движения, побудившего многие страны прервать всякие отношения с режимом, громкогласно сообщило об открытии офиса управления ООН по контролю за наркотиками и дальнейшем сотрудничестве с ООН, после чего, дабы увековечить это сотрудничество, организовало выставку в огромном Музее искоренения наркотиков, открытом в честь Международного дня по борьбе с наркотиками (Myanmar Central Committee for Drug Abuse Control 2003). Талибский режим в Афганистане обратился в органы наркоконтроля ООН за содействием и получил соответствующие заверения, хотя события 11 сентября 2001 г. и их последствия вынудило ООН отложить осуществление сотрудничества (Armenta and Jelsma 2001). Совсем недавно, после кампании 2003 г., в ходе которой были совершены массовые аресты и, как выяснилось позже, 2600 человек были казнены без суда, встреча тайского представителя и директора УНП ООН Антонио Мариа Косты дала многочисленным бангкокским газетам возможность возвестить о поддержке ООН успешной деятельности Таиланда по борьбе с наркотиками (Thai Press Reports 2003; Xinhua News Agency 2003).

Национальная политика в странах, где зафиксированы эпидемии, связанные с инъекциями, будь то Китай или Украина, Россия, Малайзия или Вьетнам, обычно обнаруживает удивительную согласованность с законом и порядком, предусмотренным политикой ООН в отношении наркоконтроля. Что особенно важно при рассмотрении моделей передачи ВИЧ, все страны с эпидемией, связанной с инъекциями, санкционируют лишение свободы или помещение в учреждения закрытого типа за приобретение наркотиков даже в малых количествах (например, в количествах, необходимых для личного употребления). Эта практика фактически усиливает распространения ВИЧ-инфекции, объединяя инфицированных людей с неинфицированными в условиях, где употребление наркотиков и секс весьма распространены, но недоступны средства защиты от передачи ВИЧ, такие как презервативы, стерильный инъекционный инструментарий или заместительное лечение опиоидами (Malinowska-Sempruch 2001; Beyrer, Jittiwutikarn et al. 2003). Во всех странах, где отмечается эпидемия, связанная с инъекциями, размывается грань, отделяющая общественное здравоохранение от правоохранительной деятельности: принятие решений о лечении наркозависимости передается в ведение полиции, врачей принуждают к сотрудничеству с правоохранительными органами, потребители подвергаются массовым арестам или тестированию на ВИЧ без их согласия, а на употребление наркотиков (а заодно и на потребителей) наклеивается ярлык социального зла, которое должно быть с корнем вырвано из общества. Что характерно, заместительная терапия метадоном недоступна — разве что в форме пилотных программ — ни в одной из стран, где зафиксирована такая эпидемия. Ни одно национальное правительство не направляет средства на предоставление чистых игл, за исключением правительства Вьетнама, вклады которого, тем не менее, весьма невелики и практически сводятся на нет законами, криминализирующими хранение игл (Harring 1991; VCHR 2000; CEEHRN 2002; DLHPRN 2002; Human Rights Watch 2003; Kuppusamy 2003; Voice of Vietnam 2003).

Инициативы ООН в области ВИЧ: наркополитика в контексте общественного здравоохранения

Даже если органы наркоконтроля ООН вынуждают правительства принимать строгие карательные шаги для борьбы с нелегальными наркотиками, другие ведомства ООН оценивают эту проблему через призму здравоохранения. Наиболее важными из них

являются те органы ООН, которые в наибольшей степени озабочены профилактикой ВИЧ среди ПИН: Всемирная организация здравоохранения и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Делая упор на риски, связанные с употреблением наркотиков, а не на его юридический статус как таковой, ВОЗ и ЮНЭЙДС в меньшей степени фокусируются на проблеме употребления наркотиков для развлечения, и в большей — на инъекциях наркотиками и обмене сексуальных услуг на наркотики, так как именно они заключают в себе опасность передачи ВИЧ, гепатита С и других инфекционных заболеваний. Опираясь на социологическую литературу, они высказываются в поддержку широкого спектра программ воздействия, включая программы снижения вреда, как средства сдерживать распространение заболевания. Подчеркивая уязвимость, а не уголовный аспект, они признают важность привлечения групп риска, включая активных потребителей наркотиков, к формированию и осуществлению гуманной политики. «Опыт говорит нам о том, что сотрудничество с потребителями наркотиков оказывается более эффективным, чем их преследование», — отметил директор ЮНЭЙДС Питер Пиот в своем обращении к КНС в апреле 2003 г. (Piot 2003). В опубликованных отчетах и выступлениях по всему миру представители ЮНЭЙДС зачастую, вооружившись результатами исследований из соответствующего региона, рформулируют свое отношение очень просто: «снижение вреда эффективно» (Cravero 2002; Hankins 2002).

Неясно, насколько ВОЗ и ЮНЭЙДС чувствуют себя обязанными применять эти принципы на практике: например, ни та, ни другая структура не высказывали возражений против чрезмерной криминализации потребителей наркотиков органами ООН по контролю за наркотиками; они не созывали экспертных групп, которые могли бы прояснить формулировки, касающиеся снижения вреда, выявить кажущиеся или реальные противоречия между снижением вреда и конвенциями ООН и предложить стратегии для разрешения этих противоречий. Что еще важнее, ни ВОЗ, ни ЮНЭЙДС не работают с международными донорами или правительствами-реципиентами над формированием единой программы снижения вреда в национальном масштабе.

Противоречия в политических рекомендациях ООН

Кажущаяся гармония создается на уровне риторики по всей системе ООН. Так, все ведомства и организации ООН поддерживают «всеобъемлющие» программы для людей, употребляющих нелегальные вещества и призывают к «большей политической приверженности» решению проблемы. На практике, однако, расхождения в акцентах деятельности органов наркоконтроля ООН (например, МККН и КНС) и органов здравоохранения (например, ВОЗ и ЮНЭЙДС) приводят к резким несостыковкам в политических рекомендациях. УНП ООН, которое является коспонсором ЮНЭЙДС с 1999 г. и одновременно входит в аппарат наркоконтроля, вынуждена метаться между ними.

Ниже перечислены сферы наиболее острых противоречий:

- **Заместительная терапия.** КНС и МККН рассматривают метадон, который используется в наиболее доступной и наиболее тщательно изученной форме заместительной терапии, как вещество, относящееся к Списку I, обладающему высоким потенциалом вызывать злоупотребление и ограниченными возможностями медицинского применения. Усилия УНП ООН по сокращению спроса исторически не предусматривали поддержки заместительной терапии опиоида-

ми, хотя в нескольких странах это ведомство все-таки начало оказывать крайне ограниченную поддержку программам заместительной терапии. Представители органов здравоохранения ООН, напротив, регулярно выступают за применение заместительной терапии под должным медицинским контролем как часть эффективной деятельности по борьбе с ВИЧ.

- **Снижение вреда.** Представители органов наркоконтроля ООН говорят о снижении вреда так, как будто оно связано с легализацией наркотиков, напоминают правительствам, что снижение вреда не может служить заменой снижения спроса на наркотики, или же — в случае УНП ООН — вообще избегают упоминания о нем. Органы здравоохранения ООН подчеркивают, что снижение вреда является научно проверенным подходом, который способствует сдерживанию распространения ВИЧ, однако еще не внедрен национальными правительствами в должных масштабах.
- **Обмен шприцев.** Поддержав повышение доступа к стерильному инъекционному инструментарию в резолюции 2002 г., год спустя КНС под давлением США отвергла резолюцию о ликвидации юридических барьеров, препятствующих осуществлению программы предоставления стерильных шприцев, в 2003 г. УНП ООН в течение нескольких лет вообще не могла финансировать обмен шприцев из-за возражений США (Fazey 2003), а сегодня выделяет на это крайне ограниченные средства. Президент МККН заявил, что выдача шприцев равноценна поощрению употребления нелегальных наркотиков. ЮНЭЙДС и ВОЗ, напротив, проявляют последовательную поддержку программам по предоставлению стерильного инъекционного инструментария для снижения уровня ВИЧ-инфекции.
- **Международные обязательства.** Органы наркоконтроля постоянно ссылаются на UNGASS по наркотикам, участники которой договорились существенно снизить или ликвидировать употребление наркотиков к 2008 г., как доказательство единодушия международного сообщества в вопросе о контроле за наркотиками. Органы здравоохранения, в свою очередь, ссылаются на UNGASS 2001 г. по ВИЧ/СПИДу, на которой все члены правительств стран ООН одобрили особые меры по снижению передачи ВИЧ, включая предоставление стерильного инъекционного инструментария и другие методы снижения вреда.

Противоречия в действии: тайский пример

Трения между правоохранительной системой и системой здравоохранения в отношении деятельности в области употребления наркотиков проявляются даже в странах, которые ООН высоко превозносит за их усилия по профилактике ВИЧ. Таиланд, например, регулярно приводят в пример как одну из стран мира, которая успешно отреагировала на эпидемию СПИДа (UNAIDS 2001; Ainsworth, Beyrer et al. 2003; UNICEF 2003). Однако пример Таиланда также демонстрирует, что «успех» профилактической деятельности вполне может не распространяться на людей, имеющих опыт употребления наркотиков. Тайское правительство повсюду хвалят за «программу 100-процентного распространения презервативов», которая помогла стабилизировать растущий уровень ВИЧ-инфекции в начале 1990-х гг. Эта программа предусматривала контроль качества при производстве презервативов, ежегодное бесплатное распространение шестидесяти миллионов презервативов

ПРОТИВОРЕЧИЯ В ПОДХОДАХ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ	
Наркоконтроль против Здравоохранения	
Мир без наркотиков – Мы можем добиться этого! Пино Арлакки, директор Управления ООН по контролю за наркотиками и профилактике преступности, 1998 г. (UN Office for Drug Control and Crime Prevention, 1998)	Полная и немедленная ликвидация употребления инъекционных наркотиков... едва ли является осуществимой целью. ВОЗ, Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков, 1997 г. (WHO, Principles for Preventing HIV Infection among Drug Users, 1997)
Дискуссия о помещениях для инъекций наркотиками и некоторых других мерах снижения вреда отвлекла внимание (а в некоторых случаях и средства) правительств от важной деятельности по снижению спроса. Годовой отчет МККН, 2000 г. (INCB Annual Report, 2000)	Перевод широко принятой теории снижения вреда в реальную практику снижения вреда откладывается из-за недостатка социальной и политической воли. Кэтрин Хэнкинс, первый помощник директора ЮНЭЙДС, 2002 г. (UNAIDS, 2002)
Термин «употребление» или «потребление» должен применяться лишь тогда, когда речь идет об употреблении или потреблении препаратов для медицинских или научных целей... Таким образом, лица, злоупотребляющие наркотиками, по определению не являются потребителями. Годовой отчет МККН, 2001 г. (INCB Annual Report, 2001)	Без вовлечения самих потребителей наркотиков невозможно обеспечить устойчивых перемен в поведении и профилактику ВИЧ в данной группе. Крайне важно осуществлять деятельность по профилактике ВИЧ на основе принципа поддержки равных равными, предусматривающем вовлечение людей из сообщества потребителей. УНП ООН, «Усвоенные уроки», 2001 г. (UNODC, Lessons Learned, 2001)
Поощрение употребления нелегальных наркотиков через выдачу игл... для меня равносильно подстрекательству к злоупотреблению наркотиками, что противоречит Конвенции. Президент МККН Филип О. Эмафо, 2002 г. (INCB President Philip O. Emafo, 2002)	Работая с людьми, употребляющими инъекционные наркотиков, важно сфокусироваться на снижении вреда и реабилитации... [а также] принять многосторонний подход, включающий обмен игл и шприцев... и заместительную терапию. Инновационные подходы к профилактике ВИЧ, сборник передовых практик ЮНЭЙДС, 2000 г. (Innovative Approaches to HIV Prevention, UNAIDS Best Practice Collection, 2000)
Основываясь на уверенности в том, что осознанное употребление наркотиков в немедицинских целях ведет к разрушению сознания и тела, шведская политика контроля за наркотиками ставит своей задачей создание общества, свободного от порока злоупотребления наркотиками. Для достижения этой конечной цели – общества без наркотиков – применяются разнообразные меры: ... профилактика, лечение и репрессивные меры. Посол Х. С. Окун, докладчик МККН, 1998 г. (Ambassador HS Okun, Rapporteur of the INCB, 1998)	Законы и политики, препятствующие доступу потребителей наркотиков к услугам, должны быть изменены. Практики, порождающие страх и предусматривающие наказание людей, уязвимых для ВИЧ-инфекции, должны быть преобразованы. Стигма и дискриминация, которые загоняют потребителей «в подполье» и подрывают деятельность по профилактике, должны быть ликвидированы. Кэтлин Краверо, заместитель директора, ЮНЭЙДС, 2003 г. (Kathleen Cravero, Deputy Director, UNAIDS, 2003)
УНП ООН пока что не выработало официальной позиции в отношении снижения вреда. (Сессия UNDCP по юридическим вопросам, 2002 г.) (UNDCP Legal Affairs Section, 2002)	Организация Объединенных Наций полностью одобряет фундаментальные принципы снижения вреда: обеспечение доступа к потребителям наркотиков, предоставление стерильного инъекционного инструментария и дезинфицирующих материалов и заместительное лечение. Кэтрин Хэнкинс, первый помощник директора ЮНЭЙДС, 2002 г. (Catherine Hankins, Associate Director, UNAIDS, 2002)

и работу со всеми губернаторами провинций, начальниками полиции и начальниками медицинских служб, направленной на обеспечение приверженности программе на национальном уровне. Дополненная такими мерами, как предоставление альтернативных профессиональных возможностей молодым женщинам из групп риска, программа способствовала резкому повышению использования презервативов, быстрому спаду половой передачи ВИЧ и других ИППП, снижению распространенности ВИЧ в целых пять раз (Nelson, Eiumtrakul et al. 2002). Таиланд также стал первой из развивающихся стран, осуществивших эффективную инициативу перинатальной профилактики, в рамках которой более двух третей ВИЧ-положительных женщин, получающих пренатальный уход, и девять из десяти новорожденных прошли короткий курс терапии зидовудином для предотвращения ВИЧ (Amornwichee, Teeraratkul et al. 2002).

Однако вместо активных программ профилактики ВИЧ для потребителей наркотиков тайское правительство применило к ним «драконовские» меры. В феврале 2003 г., партия власти «Thai Rak Thai» («Тайцы любят тайцев») начала «войну» с растущей проблемой употребления метамфетамина, которая предусматривала введение квот на аресты для полиции провинций, массовые облавы на людей, подозреваемых в торговле и злоупотреблении наркотиками. К апрелю тайские газеты сообщали, что полиция, вооруженная правительственными «черными списками» и получающая процент от стоимости конфискованного имущества, заключила в исправительные учреждения более 40 000 наркоторговцев. По сообщениям, менее чем за три месяца около 290 000 тайцев были отправлены на принудительное лечение; полиция заставляла посетителей ночных клубов и баров проходить анализ мочи (Macan-Markar 2003). Вскоре телевидение транслировало уже не только изображение изъятых наркотиков и денег, но и портреты огромного числа тайцев, по последним подсчетам более 2700 человек, застреленных в ходе облав. Официальные чиновники приняли на себя ответственность менее чем за шестьдесят из этих смертей, утверждая, что большинство связаны с междоусобицами между наркоторговцами, которые убивали друг друга, боясь уличающих свидетельских показаний. Тайские и международные правозащитники заявляют, что эти убийства, совершенные с аккуратностью и точностью, свойственной профессиональным снайперам, в некоторых случаях непосредственно, когда жертвы возвращались с допросов в полицию, представляли собой систематические казни без суда (Macan-Markar 2003).

Хотя тайские власти объявили эту войну с наркотиками «блестящим успехом» (Agence France Presse 2003), она оказала непосредственное негативное воздействие на программы, обслуживающие потребителей наркотиков, включая проекты профилактики ВИЧ и исследования. Исследование, проведенное специалистами Университета Чианг-Май, показало, что 37% потребителей, посещавших реабилитационные клиники, перестали приходить в них после начала правительственной кампании и, весьма вероятно, вернулись к инъекциям, связанным с риском ВИЧ-инфекции (Razak, Jittiwutikarn et al. 2003). Программы, предоставляющие потребителям информацию о снижении риска на юге страны, сообщили, что многие клиенты слишком боятся быть опознаны полицией, чтобы продолжать участие в них (Suwannawong and Kaplan 2003). Боязнь оказаться внесенным в «черные списки» и подвергнуться огульному аресту, также вызвала рост обращений в реабилитационные центры людей, не употребляющих наркотики, в том числе родителей, желающих очистить свое имя, и тех, кто был внесен в списки без всякой причины.

В контексте профилактики ВИЧ среди ПИН в Таиланде война наркотиков стала последним из многочисленных шагов в неверном направлении. Пилотная программа обмена игл на севере страны была прервана. Долгосрочное лечение метадоном, не-

смотря на испытания, продемонстрировавшие его эффективность более десяти лет назад (Vanichseni, Wongsuwan et al. 1991), по-прежнему остается противозаконным и недоступно в большинстве регионов, за исключением Бангкока. Упомянутая выше программа предоставления презервативов не осуществлялась в тюрьмах, где численность заключенных резко увеличилась в связи с пятикратным ростом арестов за преступления, связанные с наркотиками в 1992-1999 г.; при этом исследования указывают на высокие уровни ВИЧ-инфекции и большое число случаев сероконверсии ВИЧ в местах лишения свободы (Beuger, Jittiwutikarn et al. 2003). Количество метамфетамина, хранение которого влечет за собой уголовное обвинение, было снижено в три раза в период с 1999 по 2001 г. До середины 2003 г. тайская политика по предоставлению антиретровирусной (АРВ) терапии открыто запрещала потребителям инъекционных наркотиков проходить ее. Хотя правительство согласилось изменить эту политику, ПИН по-прежнему сталкиваются со значительной дискриминацией в учреждениях здравоохранения и избегают обращений в них, опасаясь, что о них будет сообщено полиции (Karlan 2003).

В то же время признаков снижения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков не наблюдается. Если заболеваемость среди военнослужащих, беременных женщин и пациентов клиник лечения ИППП резко упала по сравнению с 1995 г., никакого снижения среди тайских ПИН не было отмечено. В 1995 г. считалось, что доля ВИЧ-инфицированных ПИН составляет 32%. К 2001 г. этот показатель повысился до 50% (Reid and Costigan 2002). Исследование среди новобранцев в северной части страны обнаружило, что процент ВИЧ-инфицированных, когда-либо принимавших наркотики, повысился с 1% в 1991 г. до более, чем 25% в 1998 г. (Nelson, Eiumtrakul et al. 2002).

Хотя премьер-министр Таксин (Thaksin) публично объявил об окончании войны с наркотиками на церемонии празднования дня рождения монарха страны в начале декабря 2003 г., аресты и принудительное тестирование на наркотики, как сообщается, не прекратились. Цена, которую приходится платить потребителям наркотиков, может включать их жизни — через казни или получение ВИЧ в исправительных учреждениях.

Лечение ВИЧ, потребители наркотиков и ООН

Заявление ВОЗ о «чрезвычайной ситуации в отношении лечения» на специальной сессии Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций в сентябре 2003 г. и объявление о плане предоставить лечение ВИЧ-инфекции 3 миллионам людей во всем мире к 2005 г., поставила точку в практически утерявших всякую актуальность дебатах о том, что является приоритетом международной деятельности в области ВИЧ: профилактика или лечение ВИЧ. Хотя достигнуто единодушие в том, что профилактика и лечение ВИЧ могут и должны дополнять друг друга, без ответа остается вопрос, каким образом осуществлять тройную комбинированную антиретровирусную (АРВ) терапию по стандартам медицинского ухода в странах, которые с трудом могут ее себе позволить. Создание Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, снижение цен на фирменные препараты комбинированной терапии через Программу расширенного доступа ООН, производство препаратов-дженериков и предоставление терапии всего за 300 долларов США в год, а также повышение вклада государств-доноров в расширение масштабов деятельности по лечению — все эти меры являются импульсом для осуществления АРВ-терапии в условиях ограниченных ресурсов, о котором еще десять лет назад можно было лишь мечтать. В странах, где отмечена эпидемия,

связанная с инъекциями, необходимо срочно внести изменения в механизм решения проблемы предоставления лечения ВИЧ нуждающимся в нем людям.

Специальные рекомендации по разработке политики относительно наиболее эффективных способов лечения ВИЧ-положительных ПИН имеют особое значение в странах с эпидемией, связанной с инъекциями, где двойственное отношение к употреблению наркотиков, по-видимому, оказывает влияние на национальную приверженность лечению ВИЧ в целом. Хотя сегодня лечение ВИЧ проводится в слишком ограниченных масштабах, чтобы сделать какие-либо четкие выводы — из более чем 3, 5 миллионов ВИЧ-инфицированных, которые, по оценкам, проживают в этих странах, менее 1500 получают тройную комбинированную терапию. Предварительные данные предполагают, что опыт употребления наркотиков открыто или только на практике используется для исключения ПИН из программ АРВ. В России, где на долю ПИН в 2002 г. приходилось более 90% от общего числа случаев ВИЧ, СПИД-сервисные программы в Санкт-Петербурге и Москве сообщили, что среди пациентов, проходящих тройную комбинированную терапию, не было ни одного ПИН (СЕЕHRN 2002). В ведущей клинике лечения ВИЧ в Куалу-Лумпур, бывшие ПИН, на долю которых приходится 75% случаев ВИЧ в стране, составляют лишь 20% пациентов, получающих АРВ; активных потребителей среди них нет вообще (Kamarulzaman 2003). В Китае в 2003 г. правительство предоставило 3000 своим гражданам двойную комбинированную терапию и даже этот режим лечения — ниже установленного стандарта — был доступен только в провинции Хэннань, где случаи инфицирования были связаны прежде всего с методами забора крови, а не с употреблением наркотиков. В Юньнани, эпицентре китайской эпидемии употребления инъекционных наркотиков, 300 пациентов получают тройную комбинированную АРВ-терапию — через исследовательские проекты под финансированием США — и лечение оппортунистических инфекций также резко ограничено: клиники лечения СПИДа закрыты на всякий замок и места в них пустуют (Human Rights Watch 2003). В Украине, где на долю ПИН в 2002 г. приходилось 69% зарегистрированных случаев ВИЧ, потребители составляли лишь 20% пациентов, получающих тройную комбинированную АРВ-терапию, в то время как СПИД-центры, по сообщениям, отводили им последние места в очереди за препаратами (СЕЕHRN 2002). Вьетнам объявил о своих планах в 2003 г. обеспечить предоставление медицинских средств по сниженным ценам: двойная комбинированная терапия местного производства, которая стоит дороже тройной комбинированной терапии в соседнем Таиланде (Saigon Times 2003).

Органы наркоконтроля ООН никак не прокомментировали эти очевидные несоответствия в лечении, также сохраняя молчание в вопросе о том, является ли лечение ВИЧ частью лечения или последующего медицинского ухода, предусмотренного для потребителей наркотиков конвенциями ООН. Такая позиция хорошо согласуется с их еще более последовательным молчанием в вопросе о качестве лечения наркозависимости, которое должно предоставляться в соответствии с конвенциями. Органы здравоохранения ООН вполне определенно высказываются об эффективности лечения ВИЧ для потребителей и их праве на это лечение, однако проявляют куда меньшую твердость в попытках обеспечить, чтобы оно осуществлялось на практике. Проект руководящих принципов ВОЗ по антиретровирусному лечению, например, недвусмысленно утверждает, что лечение должно быть доступно для всех, включая потребителей инъекционных наркотиков (WHO 2002). В то же время в ходе исследований доступности лечения, проведенных ООН, не было предпринято никаких систематических усилий определить, какое влияние на доступ к АРВ оказывают пути передачи ВИЧ. Этические

и экономические анализы предоставления АРВ часто фокусируются на вопросах socioeconomic status, как определяющего фактора доступа к лечению, но редко затрагивают вопросы, связанные с отношением общества к ПИН или мнением об их ценности (UNAIDS/World Bank 1998). Принимая во внимание высокую и постоянно растущую долю случаев ВИЧ, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, - это очень серьезный пробел.

Точно также международные деятели, определяющие политику в данной области, уделяют мало внимания изучению вопроса о том, что потребности ПИН могут предусматривать необходимость переосмысления самой природы лечения ВИЧ и путей его предоставления. Успех Бразилии в предоставлении бесплатных АРВ ПИН наравне с другими гражданами страны вызвал одобрение во всем мире, однако существует весьма ограниченное число руководящих принципов ООН, определяющих наиболее эффективные механизмы повышения соблюдения режимов лечения ВИЧ среди ПИН, и оценивающих возможность применения этих механизмов в других условиях. Данные свидетельствуют о том, что метадоновая поддерживающая терапия снижает частоту инъекций и связанного с ними риска приобретения таких патогенов, как вирус гепатита С, ускоряющего развитие ВИЧ в СПИД, а также снижает уровень поведения, связанного с риском приобретения ВИЧ (Wong, Lee et al. 2003). Всемирная организация здравоохранения пока что не внесла метадон, бупренорфин, ЛААМ (L-альфа-ацетилметадон) и другие препараты, применяемые в заместительной терапии, в свой список основных медицинских средств (WHO 1998), а информация о производстве и стоимости заместительной терапии оказалась недоступна при проведении недавних исследований источников и стоимости препаратов лечения ВИЧ, которые ВОЗ проводила совместно с ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС и «Врачами без границ» (UNICEF, UNAIDS et al. 2002). Переосмысление заместительной терапии как элемента лечения ВИЧ и включение заместительных препаратов в список основных медицинских средств, как минимум, заставит заново изучить парадокс двойственного отношения ВОЗ, которая с одной стороны поддерживает заместительное лечение, но не имеет достаточной мотивации инициировать исключение метадона из числа препаратов Списка I, определенных в конвенциях ООН о наркотиках. Пока этот шаг не будет предпринят, странам, не желающим предпринимать позитивных действий для решения вопросов, связанных с ПИН, будет слишком легко оправдывать свое противодействие соблюдением предписаний ООН.

Пока неясно, смогут ли государства-доноры, многие из которых так и не сформировали эффективных политик в отношении доступа к лечению для своих ПИН, уделить этим проблемам достаточное внимание, чтобы обеспечить связь между финансированием и разрешением этих крайне важных вопросов, связанных с равенством. Даже при анализе лечения ВИЧ, осуществляемого рабочими группами с фокусом на страны или регионы, где отмечены эпидемии, связанные с инъекциями — независимо от того, проводят его правительственные или неправительственные организации — специфические вопросы лечения ПИН ставятся на второй план по сравнению с более общими призывами к расширению АРВ-терапии (Human Rights Watch 2003; US-Russia Working Group 2003). Группы, базирующиеся в США, также работают в стране, где запрещено федеральное финансирование обмена игл и существует система медицинского образования, которая, по-прежнему, демонстрирует глубоко укоренившееся предубеждение против ПИН как ВИЧ-положительных, так и ВИЧ-отрицательных (Elovich and Wolfe 2003). Как бы то ни было, крайне важно, чтобы такая необъективность доноров не передалась странам, чью деятельность в области лечения они поддерживают.

Численность инфицированных ПИН в странах Азии и бывшего Советского Союза вскоре принудит общественность решать вопрос как профилактики, так и лечения ВИЧ среди потребителей наркотиков. Ответы могут быть найдены в таких странах, как Бразилия, которой удалось преодолеть изначальное неприятие обмена игл и обеспечить федеральную поддержку в разных регионах страны, и которая с самого начала включила ПИН в число людей, имеющих доступ к бесплатному лечению. Необходимые средства, однако, вероятно могут быть изысканы в Западной Европе и США. Миллионы людей, живущих с ВИЧ, могут надеяться лишь на то, что двойственное отношение стран-доноров к потребителям инъекционных наркотиков не будет выражаться в уходе от сложных вопросов, поднимаемых странами, где эпидемия, связанная с инъекциями, достигла беспрецедентных масштабов.

Система ООН также не должна откладывать переход от нынешних противоречивых политик в отношении нелегальных наркотиков и ВИЧ к надлежащей скоординированной деятельности по поддержке полного комплекса профилактических мер. Внесение в конвенции ООН о наркотиках поправок, утверждающих, что снижение вреда является стратегией, совместимой с контролем за наркотиками, это важный шаг — пусть и дорогостоящий и требующий много времени. В то же время огромную пользу могло бы принести официальное заявление Комиссии ООН по правам человека, утверждающее право потребителей наркотиков на профилактику ВИЧ, а также четкие заявления со стороны КНС о необходимости устранения юридических барьеров, препятствующих осуществлению обмена шприцев и заместительного лечения. Большое значение имеет перевод метадона в категорию препаратов, использование которых не регулируется менее строго, а также внесение его в список основных медицинских средств ВОЗ. Необходимо потребовать от МККН, чтобы он предоставил юридические обоснования своих заявлений о неприемлемости снижения вреда. Важно также расширить деятельность МККН в области мониторинга, включив в нее анализ лечения наркозависимости, а не только отслеживание употребления нелегальных наркотиков. Пока эти шаги не будут предприняты, согласованный подход ООН может существовать лишь на бумаге.

Значительная часть деятельности, необходимой ПИН, чтобы защититься от ВИЧ, должна осуществляться на национальном уровне. Однако общая истина — и истина весьма важная — гласит, что международные, национальные и местные органы должны совместно работать над проблемой эпидемии ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов. Без общего внимания к этим вопросам и утверждения соответствующих руководящих принципов, международные доноры и национальные правительства могут создать во многих странах структуру СПИД-сервиса, не допускающую к уходу большинство людей, инфицированных ВИЧ, и не предусматривающую осуществления некоторых, тщательнейшим образом изученных, и насуточно необходимых мер профилактики ВИЧ.

ПРИМЕЧАНИЕ

1. Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) прежде называлось Управлением ООН по контролю за наркотиками и профилактике преступности (UN Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP)). В рамках деятельности Управления осуществляется Программа ООН по контролю за наркотиками (United Nations Drug Control Programme, UNDCP). Чтобы избежать путаницы в этой статье используется название УНП ООН, за исключением тех случаев, когда в тексте приводятся цитаты из документов, опубликованных до смены названия.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Agence France Presse (2003). Majority of drug producers, traffickers arrested: Thai government (Большинство производителей наркотиков и наркоторговцев арестовано: Тайское правительство). Bangkok, May 20.
- Ainsworth, M., C. Beyrer, et al. (2003). "AIDS and public policy: the lessons and challenges of "success" in Thailand." (СПИД и общественная политика: уроки и проблемы "успеха" в Таиланде) *Health Policy* 64(1): 13–37.
- Amornwichee, P., A. Teeraratkul, et al. (2002). "Preventing mother-to-child HIV transmission: the first year of Thailand's national program." (Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку: первый год тайландской национальной программы) *Journal of the American Medical Association* 288(2): 245–8.
- AP (2001). China marks U. N. anti-drug day with executions, public rallies (Китай отмечает день борьбы с наркотиками ООН казнями и общественными митингами). Associated Press. Beijing, June 26.
- AP (2002). China executes 64 to mark U. N. anti-drug day (Китай казнит 64 человека в ознаменование Дня борьбы с наркотиками ООН). Associated Press. Shanghai. June 26.
- Bewley-Taylor, D. R. (2002). "Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities." (Вопросы к конвенциям ООН о контроле за наркотиками: проблемы и возможности) *International Journal of Drug Policy* 14: 171–179.
- Beyrer, C., J. Jittiwutikarn, et al. (2003). "Drug Use, Increasing Incarceration Rates, and Prison Associated HIV Risks in Thailand." (Употребление наркотиков, повышенные уровни заключения и риск ВИЧ, связанный с исправительными учреждениями, в Таиланде) *AIDS and Behavior* 7(2): 153–161.
- Castells, M. (1991). *The informational city: a new framework for social change* (Информационный город: новая схема социальных изменений). Toronto, Centre for Urban and Community Studies University of Toronto.
- CEEHRN (2002). *Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: Results of a Region-wide Survey* (Потребители инъекционных наркотиков, лечение ВИЧ/СПИДа и первичных уход в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза: результаты исследований на уровне региона). Vilnius, Central and Eastern European Harm Reduction Network.
- CND (1999). E/CN.7/1999/13. Programme, sector, execution modality and location by cost and volume changes, 1998–1999 (Программы, сектор, методы осуществления и расположение: изменения стоимости и объема, 1998–1999 гг.). Vienna, Commission on Narcotic Drugs.
- CND (2002). Res. 45/1 Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse (Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита в контексте злоупотребления наркотиками). Vienna, Commission on Narcotic Drugs.
- CND (2003). E/CN.7/2003/L.23/Rev.1 Joint Ministerial Statement and further measures to implement the action plans emanating from the twentieth special session of the General Assembly (Совместное министерское заявление и дальнейшие меры по выполнению планов действий, разработанных на двадцатой специальной сессии Генеральной Ассамблеи). Vienna, Commission on Narcotic Drugs.

- CND (2003). Res. 46/2 Strengthening strategies regarding the prevention of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse (Укрепление стратегий в отношении профилактики вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита в контексте злоупотребления наркотиками). Vienna, Commission on Narcotic Drugs.
- Cravero, K. (2002). Address to the Commission on Narcotic Drugs (Обращение к Комиссии по наркотическим препаратам). Commission on Narcotic Drugs, Vienna.
- DLHPRN (2002). Drug Policy and Health in Ukraine (Политика в отношении наркотиков и здравоохранения в Украине). Drug Law Health and Policy Resource Network. New York, Open Society Institute.
- Elovich, R. and D. Wolfe (2003). Working with Active Substance Abusers. Handbook for HIV Physicians (Работа с активными потребителями нелегальных веществ. Руководство для специалистов по лечению ВИЧ). R. Finkelstein, ed. New York, New York Academy of Medicine.
- Fazey, C. (2003). "The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme: politics, policies and prospect for change." (Комиссия по наркотическим препаратам и Международная программа Организации Объединенных Наций по борьбе с наркотиками: политика, политики и возможность изменений) *International Journal of Drug Policy* 14: 155–169.
- Hankins, C. (2002). Opening Ceremony Address (Выступление на церемонии открытия 13-й Международной конференции по снижению вреда, связанного с наркотиками). 13th International Conference on Drug Related Harm, Ljubljana, Slovenia.
- Harring, S. (1991). "Death, Drugs and Development: Malaysia's Mandatory Death Penalty for Traffickers and the International War on Drugs." (Смертность, наркотики и развитие: Смертная казнь за наркоторговлю в Малайзии и Международная война с наркотиками) *Columbia Journal of Transnational Law* 29(2): 368–405.
- Hellenic Presidency of the European Union (2003). Report on the High Level Conference on Drugs (Отчет о конференции по наркотикам на высшем уровне). Athens, Hellenic Presidency of the European Union.
- Human Rights Watch (2003). Locked Doors: The Human Rights of People with HIV/AIDS in China (Запертые двери: Права человека и люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, в Китае). New York, Human Rights Watch.
- INCB (1993). E/INCB/1993/1. Report of the International Narcotics Control Board for 1993 (Отчет международного совета по контролю за наркотиками за 1993 г.). Vienna, International Narcotics Control Board.
- INCB (1997). E/INCB/1997/1. Preventing drug abuse in an environment of illicit drug promotion (Профилактика злоупотребления наркотиками в условиях пропаганды нелегальных наркотиков). Report of the INCB for 1997. Vienna, International Narcotics Control Board.
- INCB (2000). Current membership of the International Narcotics Control Board (Нынешний состав Международного совета по контролю за наркотиками). Vienna, International Narcotics Control Board.
- INCB (2000). E/INCB/2000/1. Report of the INCB for 2000 (Отчет МККН за 2000 г.). Vienna, International Narcotics Control Board.

- INCB (2002). E/INCB/2002/W. 13. SS. 5. Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches (Гибкость положений договоров в отношении подходов снижения вреда). Vienna, International Narcotics Control Board.
- INCB (2002). E/INCB/2002/1 Report of the INCB for 2002 (Отчет МККН за 2002 г.). Vienna, International Narcotics Control Board.
- INCB (2003). Role of the INCB (Роль МККН), International Narcotics Control Board. www.incb.org. Accessed September 27, 2003.
- Kamarulzaman, A. (2003). Personal communication (Из личных бесед). June 2003. Kuala Lumpur.
- Kaplan, K. (2003). Personal Communication (Из личных бесед). August 2003.
- Krajewski, K. (1999). "How flexible are the United Nations drug conventions?" (Насколько гибки конвенции о наркотиках Организации Объединенных Наций) *International Journal of Drug Policy* 10: 329–338.
- Kuppusamy, V. (2003). Malaysia's war on social ills draws skepticism (Война Малайзии с социальными пороками вызывает скептицизм). *South China Morning Post*. Hong Kong: 8.
- Levinson, L. (2003). Russian Drug Policy: Need for a Change. Stating the Problem and Revealing the Actual Picture. Mobilizing Allies in Fight For Human Rights & Harm Reduction (Conference) (Российская наркополитика: Необходимость изменений. Постановка проблемы и выявление реальной картины. Мобилизация союзников в борьбе за права человека и снижение вреда (Конференция) Budapest, Hungary. June 1, 2003.
- Lubin, N., A. Klaitz, et al. (2002). Narcotics Interdiction in Afghanistan and Central Asia: Challenges for International Assistance (Запрет на наркотики в Афганистане и Центральной Азии: Препятствия для международного содействия). New York, Open Society Institute.
- Macan-Markar, M. (2003). Thailand: 'Victory' in Anti-Drug War Comes With High Cost (Таиланд: «Победа в войне с наркотиками обходится дорогой ценой»). *Inter Press Service*. Bangkok.
- Malinowska-Sempruch, K. (2001). "Harm Reduction Policies Needed to Stem the Spread of HIV in Prisons in Eastern Europe and the former Soviet Union." (Политики снижения вреда, необходимые для стабилизации распространения ВИЧ в тюрьмах стран Восточной Европы и бывшего Советского Союза) *IHRD News* (Winter 2001).
- Malinowska-Sempruch, K., J. Hoover, et al. (2003). Unintended Consequences: Drug Policies Fuel the HIV Epidemic in Russia and Ukraine (Нежелательные последствия: Наркополитики подогревают эпидемию ВИЧ в России и Украине). New York, Open Society Institute.
- Myanmar Central Committee for Drug Abuse Control (2003). The war on drugs: Myanmar's efforts for the eradication of narcotic drugs (Война с наркотиками: попытки Мьянмы по искоренению наркотических препаратов), Myanmar Central Committee for Drug Abuse Control, http://myanmar-narcotic.net/heroine/Drug_Museum/Museum.html. Accessed September 27, 2003.
- Nakachol, K. (1997). Drug Bonfire Marks International Day Against Drugs (Охота на ведьм в Международный день борьбы с наркотиками). *Bangkok Post*. Bangkok: 1.
- Nelson, K. E., S. Eiumtrakul, et al. (2002). "HIV infection in young men in northern Thailand, 1991–1998: increasing role of injection drug use." (ВИЧ-инфекция среди молодых людей в Северном Таиланде, 1991–1998 г. : повышение значения употребления инъекционных наркотиков) *J Acquir Immune Defic Syndr* 29(1): 62–8.

- ONDCP, U. (2003). 2003 National Drug Control Strategy (Национальная стратегия контроля за наркотиками 2003 г.). Washington, DC, United States Office of National Drug Control Program.
- Piot, P. (2003). Speech to the Commission on Narcotic Drugs (Выступление в Комиссии по наркотическим препаратам). Commission on Narcotic Drugs, Vienna.
- Rahmy, C. (2002). "Interview with Dr. Philip O. Emafo." (Интервью с доктором Филипом О. Эмафо) United Nations Office on Drugs and Crime UPDATE 2: 6–7.
- Razak, M., J. Jittiwutikarn, et al. (2003). "HIV Prevalence and Risks Among Injection and Noninjection Drug Users in Northern Thailand: Need for Comprehensive HIV Prevention Programs." (Распространение и риск ВИЧ среди потребителей инъекционных и неинъекционных наркотиков в Северном Таиланде: Необходимость комплексных программ профилактики ВИЧ) *J Acquir Immune Defic Syndr* 33: 259–266.
- Reid, G. and G. Costigan (2002). Revisiting "The Hidden Epidemic": A Situation Assessment of Drug Use in Asia in the context of HIV/AIDS (Вновь о «скрытой эпидемии»: Оценка ситуации с употреблением наркотиков в Азии в контексте ВИЧ/СПИДа). Fairfield, Australia, The Centre for Harm Reduction at The Burnet Institute.
- Room, R. (2003). Impact and implications of the international drug control treaties on IDU and HIV/AIDS prevention and policy (Воздействие и последствия международных конвенций о наркотиках на профилактику и политику в отношении употребления инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИДа). Toronto, Health Canada.
- Room, R. (2003). Impact and implications of the international drug control treaties on IDU and HIV/AIDS prevention and policy. Reducing the risk, harms and costs of HIV/AIDS and injection drug use (IDU): A synthesis of the evidence base for development of policies and programs (Воздействие и последствия международных конвенций о наркотиках на профилактику и политику в отношении употребления инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИДа. Снижение риска, вреда и последствий ВИЧ/СПИДа и употребления инъекционных наркотиков: синтез базы данных для разработки политик и программ) J. Rehm, B. Fischer and H. Emma. Toronto, Health Canada.
- Rossi, C. (2003). A Critical Reading of the Reports of the International Narcotics Control Board and of the US Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs (Критические замечания к отчетам Международного совета по контролю за наркотиками и Бюро по международному контролю за наркотиками и правоохранительной деятельности США). World Drugs Report. New York, International Antiprohibitionist League.
- Saigon Times (2003). Local HIV/AIDS Drug Maker to Reduce Price (Местные производители препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа готовятся снизить цены). Saigon Times. Saigon: 1.
- Schaepre, H. (1999). INCB position on shooting galleries (Позиция МККН в отношении притонов). L. t. F. J. M. George. New South Wales. 2003.
- Schaepre, H. (1999). INCB position on shooting galleries: Letter to Father John (Позиция МККН в отношении притонов: Письмо Преподобному Джону), M. George. www.endeavourforum.org.au/march2001-08a.htm. New South Wales. Accessed July 20, 2003.
- Strathdee, S. and K. Poundstone (2003). The International Epidemiology and Burden of Disease of Injection Drug Use and HIV/AIDS. Reducing the risks, harms and costs of HIV/AIDS and injection drug use (IDU): A synthesis of the evidence base for development of policies

- and programs (Международная эпидемиология и распространенность употребления инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИДа: Снижение риска, вреда и последствий ВИЧ/СПИДа и употребления инъекционных наркотиков). J. Rehm, B. Fischer and H. Emma. Toronto, Health Canada.
- Suwannawong, P. and K. Kaplan (2003). Personal communication (Из личных бесед). August 2003.
- Thai Press Reports (2003). UNODC Praises Thailand's Success in Narcotics Suppression (УНПО ООН восхваляет Таиланд за успех в борьбе с наркотиками). Global News Wire-Financial Times. Bangkok. May 14.
- TNI (2003). "An Agenda for Vienna Change of Course." (График смены политического курса в Вене) Transnational Institute Briefing Series (2003/3).
- Trebach, A. (2002). "World Drug Report 2002 (book review)." (Отчет о мировой ситуации с наркотиками за 2002 г. (обзор) International Journal of Drug Policy(13): 233–238.
- UNAIDS (2001). AIDS Epidemic Update—December 2001 (Последний отчет об эпидемии СПИДа – декабрь 2001 г.). Geneva, The Joint United Nations Programme on AIDS.
- UNAIDS (2002). Report on the Global HIV/AIDS Epidemic (Отчет о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа). Geneva, The Joint United Nations Programme on AIDS.
- UNAIDS/UNODCCP (2000). Drug Use and HIV Vulnerability (Употребление наркотиков и уязвимость перед ВИЧ), Geneva/Vienna, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS/ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
- UNAIDS/World Bank (1998). Background materials and outputs from an on line conference. Antiretroviral Treatment in Developing Countries: Questions of Economics, Equity and Ethics (Общие материалы и издания интернет-конференции. Антиретровирусное лечение в развивающихся странах: Вопросы экономики, равенства и этики) (www.worldbank.org/aids-econ/arv/index.htm).
- UNICEF (2003). Former Prime Minister of Thailand leads the fight against HIV/AIDS (Press Release) (Бывший премьер-министр Таиланда ведет борьбу против ВИЧ/СПИДа (Пресс-релиз). New York, UNICEF.
- UNICEF, UNAIDS, et al. (2002). Sources and prices of selected drugs and diagnostics for people living with HIV/AIDS (Источники и цены отдельных препаратов и диагностического оборудования для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом). Copenhagen/Geneva/Paris, A joint project of UNICEF, UNAIDS, WHO, MSF.
- United Nations (1971). Convention on Psychotropic Substances, 1971 (Конвенция о психотропных веществах, 1971 г.). Geneva, United Nations.
- United Nations (1988). United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988 (Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ), International Narcotics Control Board. 2003.
- United Nations (1996). Preparations for and possible outcome of a special session of the General Assembly on international drug control (Подготовка к возможным результатам специальной сессии Генеральной ассамблеи по международному контролю за наркотиками), Report of the Secretary General: A/51/469.
- UNODC (2003). Global Illicit Drug Trends (Глобальные тенденции употребления нелегальных наркотиков). Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.

- UNODCCP (2002). *Global Illicit Drug Trends* (Глобальные тенденции употребления нелегальных наркотиков). New York, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
- US-Russia Working Group (2003). *On the Frontline of an Epidemic* (На пороге эпидемии). New York/Moscow, Transatlantic Partners Against AIDS/East-West Institute.
- Vanichseni, S., B. Wongsuwan, et al. (1991). "A controlled trial of methadone maintenance in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV." (Контролируемое испытание заместительной терапии метадонном в популяции потребителей внутривенных наркотиков в Бангкоке: значение для профилактики ВИЧ) *Int J Addict* 26(12): 1313–20.
- VCHR (2000). *Notes on Criminal Penalties for Drug Users in Vietnam* (Замечания об уголовных наказаниях для потребителей наркотиков во Вьетнаме). Boissy Saint Leger, Vietnam Committee on Human Rights.
- Vichai, P. and A. Aramrattana (2003). *Results of Rapid Assessment of Drug Users Entering Thai Treatment Facilities* (Результаты экспресс-оценки потребителей наркотиков, поступающих в тайские лечебные учреждения). Bangkok, ONCB Thailand.
- Voice of Vietnam (2003). HCM City maximizes drug control effort (Хошимин максимизирует усилия по контролю за наркотиками). *Voice of Vietnam*. www.vov.org. July 20, 2003. Accessed September 20, 2003.
- WHO (1998). *Tenth WHO Model List of Essential Drugs* (Десятый примерный список основных препаратов ВОЗ). Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002). *Scaling up retroviral therapy in resource-limited settings: Guidelines for a public health approach* (Расширение ретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов: Руководящие принципы для подхода, основанного на здравоохранении). Geneva, World Health Organization: 1–58.
- Wong, K. H., S. S. Lee, et al. (2003). "Adherence to methadone is associated with a lower level of HIV-related risk behaviors in drug users." (Приверженность терапии метадонном в связи с более низким уровнем поведения, связанного с риском ВИЧ среди потребителей наркотиков) *J Subst Abuse Treat* 24(3): 233–9.
- Xinhua News Agency (2003). UNODC praises Thailand's success in narcotic suppression (УНП ООН восхваляет Таиланд за успех в борьбе с наркотиками). *Xinhua News Agency*. Bangkok.

*Дэниел Волфе — вольный слушатель Центра истории и этики здравоохранения при Колумбийском университете, Нью-Йорк, и бывший заведующий отделом внешних сношений ГМНС, старейшей и самой крупной СПИД-сервисной организации в США.

Права человека через призму зависимости от потребления наркотиков в Таджикистане

Муртазокол Хидиров, Майя Ан*

1. Введение

Опыт многих стран показывает, что инъекционное потребление наркотиков является одним из основных источников распространения ВИЧ/СПИД. В Таджикистане первый случай ВИЧ-инфекции был официально зарегистрирован в 1991 году. За период 1991 года по сентябрь 2005 года в стране официально зарегистрировано 454 случаев ВИЧ-инфекции (по неофициальным источникам около 8000 человек). При этом 69,8% инфицированы вследствие использования общего инструментария при инъекционном употреблении наркотиков.¹

Особенности географии и истории делают Таджикистан привлекательным для наркоторговли. Таджикистан граничит со странами так называемого «Золотого полумесяца» (Афганистан и Китай). Как известно, Афганистан в конце двадцатого и в начале двадцать первого века стал одним из ведущих стран в мире по выращиванию опиумного мака и производству героина. Для трафика своей продукции в Россию и далее в Европу были выбраны территории Центрально-Азиатских Стран, бывших республик СССР. Этому способствовали политический и экономический кризис в Центрально-Азиатских Странах, после распада СССР, когда границы между ними и Афганистаном стали практически прозрачными. В особенности это коснулось Таджикистана, имеющая большую протяженность границы с Исламским государством Афганистан (1 344,15 км). Это позволило криминальным структурам проложить маршруты трафика наркотиков из Афганистана через Таджикистан. Этому свидетельствует количество изъятых наркотиков у дилеров, занимавшихся перевозкой, хранением и продажей наркотиков, которое увеличивалось из года в год. Например, в 1991 году было изъято всего 10 кг наркотиков, в 1996 году - 3565 кг и в 2004 году - 8000,02 кг.

При этом имея общую границу с Китаем протяженностью 519,19 км, страна имеет доступ к странам «Золотого Треугольника» (Мьянме, Лаосу, Таиланду), которые являются одним из мировых лидеров нелегального производства опиатов. Несмотря на недостаточность финансирования деятельности по контролю за незаконным оборотом наркотиков, данная работа в Таджикистане имеет свои положительные результаты. В 1998 году в Таджикистане было задержано 1285 человек за контрабанду наркотиков и изъято 2951 кг наркотических средств (включая 1190 кг опия, 1050 кг марихуаны и гашиша, а также 271 кг героина).²

Несмотря на улучшение целого ряда экономических показателей по итогам 2004 года, экономическая ситуация в Таджикистане в 2005 году остается довольно сложной. Согласно данным Всемирного Банка, по размеру ВВП (внутренний валовой продукт) на

душу населения, Таджикистан находится на последнем месте среди стран СНГ, где размер ВВП на душу населения не превышает 330 долларов в год. Республика Таджикистан по ВВП на душу населения до сих пор не достигла уровня 1991 года (462,6 \$). Согласно Докладу о Развитии Человека за 2003 год, подготовленному независимыми международными экспертами по заказу ПРООН, по индексу развития человеческого потенциала (ИРЧП) Таджикистан занимает 113 место (среди стран СНГ - это последнее место). Анализ данных Межгосударственного Статистического Комитета СНГ за 2004 год показывает, что самая низкая заработная плата отмечена в Республике Таджикистан – 57 Сомони (19\$).³ На конец 2004 года, минимальная месячная заработная плата государственных рабочих и служащих составляла 12 Сомони или около 3,3 долларов США.⁴ За последние пять лет, официальная безработица выросла с 1,7% до 3,2%. Низкий экономический уровень также негативно сказывается на системе здравоохранения. В настоящий момент таджикский сектор здравоохранения из-за нехватки финансовых средств не имеет возможности проводить эффективную работу по профилактике и лечению ВИЧ/СПИД.

Ситуация на рынке труда в Таджикистане характеризуется тенденцией снижения занятости в государственном секторе (с 59,7% в 1991 году до 27,8% в 2004 году), общего снижения уровня занятости в экономике, снижения занятости в промышленности (с 21% до 8,2% - Госкомстат, 2003 г.). Развал системы государственной поддержки социально уязвимых, в том числе незанятых слоев населения, произошедшие в результате почти десятикратного снижения уровня фискальных доходов государственного бюджета за последнюю декаду 1990-ых годов с 1,5 млрд. долларов США до 200 млн. долларов США.⁵ Резкий спонтанный рост объемов трудовой миграции из Таджикистана, в особенности нерегулируемой и сезонной, оцениваемый примерно до 800 тыс., согласно данных Международной организации по Миграции. В результате значительного оттока мужчин происходит изменение половозрастной структуры населения и рост гендерных диспропорций, воспитание детей без присмотра отцов и т. д., которые остро воздействуют в настоящее время и будут воздействовать в долгосрочном плане на мероприятия по профилактике зависимости от потребления наркотиков, а также профилактики и лечению ВИЧ/СПИД.

В то время как никто не оспаривает важность жестких тактик борьбы с незаконным оборотом и распространением наркотиков, данные тактики зачастую неэффективны в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИД. Они скорее всего способствуют росту числа инъекционных потребителей наркотиков и случаев заражения ВИЧ инфекцией. На конец 2004 года в наркологических учреждениях число официально зарегистрированных зависимых потребителей наркотиков составляло 7045 человек.

Кроме этого, коррумпированность структур, участвующих в борьбе с незаконным оборотом наркотиков также является немаловажным фактором негативно влияющим на права и гражданские свободы лиц, употребляющих наркотики. Согласно Ойнихол Бобоназаровой, советника по юридическим вопросам и защите прав человека при Миссии Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ) в Таджикистане, очень часто существующие программы по противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков возглавляются правительственными чиновниками и сотрудниками правоохранительных органов, которые сами принимают непосредственное участие в незаконном обороте наркотиков. Относительно вопроса нарушения основных прав и свобод человека в контексте государственной политики по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, Госпожа Бобоназарова считает, что антинаркотические усилия правительственных и международных программ не всегда принимают во внимание политические и социальные последствия «войны с наркотиками», включая ее влияние на ситуацию по соблюдению и защите прав человека в Таджикистане.

Для эффективного решения борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИД важно, чтобы страна имела в наличии комплексную программу по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, профилактике и лечению наркомании и ВИЧ/СПИД, разработанную с учетом международных принципов прав человека. Учитывая, что проблема наркомании и ВИЧ/СПИД в Таджикистане как и в других странах Центральной Азии отрицательно воспринимается населением, потребители наркотиков уходят в подполье. Зачастую потребители наркотиков испытывают дискриминацию со стороны органов здравоохранения и правоохранительных органов. Во многих странах постсоветского пространства, включая Таджикистан, традиционно считалось, что чем жестче меры по борьбе с наркоманией, тем меньше количество преступлений, связанных с наркотиками. Однако, данные статистики не имеют доказательств какой-либо корреляции между репрессивными методами в борьбе с наркоманией и снижением уровня преступлений. Тем не менее, до тех пор пока в обществе отсутствует толерантное отношение к зависимым потребителям наркотиков и их постоянная стигматизация как изгоев общества, все попытки снизить уровень распространения наркомании будут невозможны.

Понимая, что для разрешения сложившейся ситуации необходим комплексный и много-секторальный подход, в 2000 году в Таджикистане при поддержке Фонда «Сороса» было создано общественное объединение (НПО) «РАН» («РАН» - это аббревиатура из таджикского языка «раххой аз нашъаманди» в переводе означает избавление от наркотической зависимости). С первых дней своего существования «РАН» оказывает активное содействие уменьшению роста числа лиц, употребляемых наркотиками, профилактике потребления наркотиков, защите прав стигматизированных групп населения и оказанию юридической помощи защите прав потребителей наркотиков. Одним из достижений «РАН» в области защиты прав потребителей наркотиков было успешное адвокатирование изменений в Уголовном Кодексе Республики Таджикистан (УК РТ).

Данная статья описывает опыт «РАН» в реализации проекта «Стигма, правовая помощь, профилактика ВИЧ/СПИД», в рамках которого проводилась адвокация внесения изменений в Уголовный Кодекс Республики. Проект реализовывался в период с 2003 по 2004 годы. В дополнении, статья проводит анализ партнерского подхода между неправительственной организацией и государственными структурами как инструмент адвокации. В целом, опыт «РАН» свидетельствует об эффективности и необходимости работы в тандеме с государственными учреждениями. Так как данное партнерство позволяет неправительственным организациям получить непосредственный выход на тех государственных чиновников, которые разрабатывают государственные политики или принимают ключевые решения по вопросам, затрагивающим интересы целевой группы неправительственных организаций.

2. Потребление наркотиков и распространение ВИЧ/СПИД в Таджикистане

В советский период в горных районах на севере страны осуществлялись заготовки эфедры, которая затем направлялась на фармацевтические фабрики в другие республики для производства эфедрина, хотя в настоящее время промышленная заготовка эфедры не проводится. Незаконная культивация наркотикосодержащих растений в Таджикистане имела место в некоторых сельских районах. Незаконные посевы опийного мака в основном осуществлялись на территориях Айнинского и Пенджикентского районов в северной части страны. Отдельные посевы индийской конопли встреча-

лись повсеместно. Некоторые любители выращивали коноплю в домашних условиях для личного потребления. В целом за последние 5-6 лет незаконное культивирование, как опийного мака, так и конопли сократилось, что может быть связано с поступлением относительно дешёвых наркотиков из Афганистана.

Употребление наркотиков на территории нынешнего Таджикистана имеет давние традиции. Здесь издавна были известны такие наркотикосодержащие растения, как опийный мак и индийская конопля. Во многих районах Таджикистана свободно произрастала конопля, в том числе сорта с высоким содержанием тетрагидроканнабинолов. Профессор М. Г. Гулямов в учебнике «Психиатрия» писал: «В дореволюционном Туркестане гашишизм был наиболее распространённой формой наркомании.⁷ Об этом свидетельствуют существовавшие в те времена многочисленные сложные по составу продукты, содержащие гашиш и применявшиеся не только мужчинами, но женщинами и даже детьми, в так называемых «лечебных целях» (гульканд – конфеты, веселящие пилюли; равгани кайф – веселящее масло). Во многих населённых пунктах Средней Азии, в лавочке или чайхане можно было приобрести анашу: её продавали и ею любезно угощали друг друга так же, как и европейцы папиросами. Популярность анаши была не меньшей, чем алкоголь в Европе. Редко можно было встретить коренного жителя, который хотя бы раз в жизни не испытал на себе действие анаши». По некоторым свидетельствам, вплоть до 60-х годов XX века гашиш можно было купить на продуктовых рынках в некоторых населённых пунктах Таджикистана.

После принятия мер, предусмотренных Конвенцией ООН 1961 года (Единая Конвенция о Наркотических Средствах), традиционное употребление производных каннабиса стало постепенно снижаться. Однако, в то же время, оно стало все больше распространяться среди молодежи, как в сельской местности, так и в городах. В жилых кварталах городов существовали более или менее устойчивые группы молодых людей, среди которых было распространено употребление гашиша. Во время гражданской войны 1992-1997 годов гашиш широко употреблялся членами вооружённых формирований обеих сторон.

Традиционное употребление опиума среди местного населения было менее распространено. Опиий-сырец употреблялся путём курения или перорально (внутрь). Местное население издавна использовало опиум для лечения самых различных болезней: различных болей, простуды с кашлем и т. д. Этот наркотик под местным названием «чакида» используется в сельских районах по сей день. Внутривенное употребление опиума стало распространяться во второй половине XX века. Вероятно, важную роль в этом сыграл тот факт, что после окончания второй мировой войны многие её участники, получившие когда-то тяжёлые ранения, во время лечения пристрастились к инъекционному введению морфина. Усиление преследования со стороны правоохранительных органов привело к тому, что стали формироваться подпольные достаточно устойчивые группы потребителей наркотиков.

С 1996 года на рынке появился героин, в настоящее время потребители наркотиков в Таджикистане предпочитают потребление героина. Героин в Таджикистане потребляется путем курения. Самым массовым методом потребления героина является инъекционное, около 70% потребителей наркотиков используют героин инъекционным путем. В основном инъекционные потребители находятся в глубоком подполье, могут в темное время суток выходить на поиски героина, собираются на «ямах», где могут практиковать совместное использование шприцев и игл. Согласно отчету совместной рабочей группы ЮНЭЙДС и ВОЗ по изучению ситуации ВИЧ/СПИД и ИППП, в 2004 в Таджикистане насчитывалось 30000 инъекционных потребителей наркотиков.⁸ От

15 до 18 тысяч потребителей наркотиков проживают в столице страны Душанбе, при этом из них 4,5 тысяч употребляют наркотики инъекционно (данные 1999 года). В 2001 году в среднем количество носителей ВИЧ среди инъекционных потребителей наркотиков составляло 38,5 на 1000 человек. Почти 95% инъекционных потребителей наркотиков используют один и тот же шприц и иглу.

2. 1. Эпидемиологические данные по ВИЧ/СПИД

В Таджикистане первый случай ВИЧ-инфекции официально был зарегистрирован в 1991 году. За период 1991 года по сентябрь 2005 года в Таджикистане зарегистрировано 385 случаев ВИЧ-инфекции. Из общего числа ВИЧ инфицированных 80,8% составляют мужчины, 19,2% женщины. При этом 69,8% инфицированы вследствие использования общего инструментария при инъекционном потреблении наркотиков, половой путь передачи составляет 8,1%, при переливании крови заражены 1,5% и у 32% ВИЧ –инфицированных не выявлены пути передачи ВИЧ.⁹ По данным международных организаций оценочное число ВИЧ инфицированных в Таджикистане составляет 8000 человек.

К сожалению, длительное время в Таджикистане отсутствовали тест-системы для диагностики ВИЧ в регионах, поэтому выявление ВИЧ инфицированных происходило только в тех регионах, которые имели в наличии тест-системы.

Согласно результатам опроса НПО «РАН», проведенного среди клиентов организации в 2003 году, основными причинами заражения ВИЧ/СПИД среди инъекционных наркоманов являются следующие факторы: широкое распространение совместного использования инъекционного оборудования при употреблении наркотиков; редкое использование дезинфицирующих средств; а также редкое использование презервативов при половых контактах с потребителями наркотиков, в том числе с секс клиентами.¹⁰ Непонимание со стороны общества проблем наркомании, а также отсутствие знаний о ВИЧ/СПИД способствуют росту эпидемии ВИЧ/СПИД среди потребителей наркотиков.

3. Права человека и основные законодательные акты в области контроля над наркотиками в Таджикистане

В Таджикистане проблемами оборота и потребления наркотиков, а также противодействия их незаконному обороту занимаются Агентство по Контролю за Наркотиками при Президенте Республики Таджикистан, Министерство Внутренних Дел, имеющее в своей структуре специальное Управление по Борьбе с Незаконным Оборотом Наркотиков, и Министерство Безопасности. Кроме того, на границах страны препятствуют контрабанде наркотиков Комитет по Охране Государственной Границы и Таможенный Комитет, созданные при Правительстве Республики Таджикистан.

В основе государственной наркологической политики заложены международные принципы, отраженные в международных конвенциях. В 1996 году Таджикистан присоединился к следующим конвенциям: Единая Конвенция о Наркотических Средствах 1961 года, Конвенция о Психотропных Веществах 1971 года, Конвенция ООН по борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. Начиная с 1996 года, национальное законодательство в области оборота наркотиков приводится в соответствии с нормами международных договоров. Ужесточение мер по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров нашло отражение в Уголовном Кодексе принятом 1 сентября

1998 года. Преступления, связанные с наркотиками, в основном описываются в Главе 22 «Преступления против здоровья населения»:

- статья 200 - незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или прекурсоров с целью сбыта;
- статья 201 - незаконное обращение с наркотическими средствами, психотропными веществами или прекурсорами;
- статья 202 - хищение наркотических средств, психотропных веществ или прекурсоров;
- статья 203 - вовлечение в потребление наркотических средств, психотропных веществ или прекурсоров;
- статья 204 - незаконное культивирование, запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества;
- статья 205 - организация или содержание притонов для потребления наркотических средств, психотропных веществ или прекурсоров;
- статья 289 - контрабанда.

Постановлением Маджлиси Оли (Парламент) Республики Таджикистан от 10 января 1999 года был принят Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», где были определены наиболее общие принципы всех направлений программ контроля за законным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Данный закон устанавливает государственную монополию на деятельность в сфере оборота наркотических средств. Статья 15 данного Закона гласит: «в Республике Таджикистан потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача запрещается, при этом назначение наркотических средств и психотропных веществ осуществляется в порядке, определяемом Министерством Здравоохранения Республики Таджикистан». Любые действия с наркотиками, выходящие за рамки существующего закона, наказываются в соответствии с уголовным законодательством.

Хотя, наказание за немедицинское потребление наркотиков не предусмотрено ни в Уголовном Кодексе, ни в Кодексе об Административных Правонарушениях, тем не менее, фактически, потребители наркотиков привлекаются к уголовной ответственности за незаконное приобретение и хранение наркотиков без цели сбыта. Следует отметить, что уголовная ответственность наступает согласно «Перечню Наркотических Средств и Психотропных Веществ» с указанием их количеств, относящихся к небольшим, крупным и особо крупным размерам. Данный перечень описывает наркотические средства и психотропные вещества, распространенные в Таджикистане, а также размеры, влияющие на квалификацию преступных действий, при их обнаружении в незаконном обороте.

До недавнего времени, лица, занимающиеся незаконным оборотом наркотиков в особо крупных размерах (героин – более 1,5 гр., опий более 10 гр., и гашиш более 100 гр.), привлекались к высшей мере наказания. Существует также Закон «О принудительном лечении больных алкоголизмом и наркоманией», принятый в 1991 году, согласно которому лица, страдающие наркоманией и уклоняющиеся от лечения, должны были направляться на принудительное лечение в специализированные лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) системы Министерства Внутренних Дел. Однако, из-за гражданской войны в Таджикистане произошла реорганизация системы исправительно-трудовых учреждений республики и ликвидация специализированных ЛТП, упомянутый закон остался не реализованным, а вопрос о принудительном лечении наркоманов нерешённым.

Согласно отчету от 2004 года Бюро по развитию демократии, прав человека и трудящихся, госдепартамента США,¹¹ тюремная система Таджикистана оставляет желать лучшего. Наблюдаются случаи нарушения прав человека, такие как длительное содер-

жание под стражей, использование пыток при допросах. Условия содержания заключенных не соответствуют международным стандартам. Жизнь примерно 7000-10000 заключенных находится под угрозой из-за антисанитарии и переполнения тюрем. Если учитывать, что потребители наркотиков составляют основной контингент тюремных учреждений, то можно с уверенностью сделать вывод, что права потребителей наркотиков повсеместно ущемляются не только «на воле», но и в тюрьмах.

4. Лечение и реабилитация зависимых потребителей наркотиков

Согласно Закона Республики Таджикистан «О наркологической помощи» (№67, от 8 декабря 2003 года),¹² лечение зависимых потребителей наркотиков в Таджикистане является исключительно компетенцией Наркологических учреждений системы Министерства Здравоохранения. К сожалению, закон не предусматривает участие НПО в лечении зависимых потребителей наркотиков. В идеале, услуги наркологической помощи должны предоставляться бесплатно, однако при обращении зависимых за медицинской помощью у них требуют оплату за лечение, в связи с чем доступ к услугам наркологической службы остается ограниченным. Жители некоторых регионов страны практически лишены доступа к лечению. Закон «О платной медицине», принятый в 1998 году, также усугубляет ситуацию с доступом к услугам здравоохранения зависимыми потребителями наркотиков. Оснащение и лекарственное обеспечение больниц неудовлетворительно, лечение сводится к проведению детоксикации без психокоррекции (только в республиканском клиническом центре наркологии им. М. Г. Гулямова и в г. Худжанде имеются краткосрочные (1 месячные) дневные реабилитационные центры с психокоррекцией), что в свою очередь приводит к низкой результативности лечения и пустой трате финансовых средств. В стране также наблюдается нехватка специалистов наркологов. Некоторые меры в последнее время предпринимаются, но пока они являются недостаточными.

Наряду с нарушением прав к доступу медицинского обслуживания, хотя Закон «О наркологической Помощи» гарантирует анонимность, тем не менее потребители наркотиков дискриминируются по факту анонимности. На сегодняшний день отсутствуют гарантии конфиденциальности информации при регистрации потребителей наркотиков в наркологических службах.

5. Адвокация «РАН» по изменению сроков наказания и доз наркотических средств в Уголовном Кодексе РТ

Потребители наркотиков очень часто привлекаются к уголовной ответственности при обнаружении у них наркотиков в малых дозах. Согласно статистическим данным Министерства Внутренних Дел Республики Таджикистан, в период с 2000 по 2004 годы, из общего количества уголовных дел, возбужденных в течении этого периода, около 65% уголовных дел были возбуждены по основным пяти статьям УК, описывающие преступления, связанные с наркотиками. Исследования, проведенные «РАН», также указывают на большое количество потребителей наркотиков, привлекаемых к уголовной ответственности при нахождении у них малых доз наркотиков, например героина до 0,015 гр.¹³ Данная статистика подтолкнула не только представителей «РАН», но также и представителей правоохранительных и государственных структур начать конструктивный диалог о путях изменения сроков наказания и минимальных доз наркотиков.

Кроме этого, благодаря данному исследованию, сотрудники «РАН» смогли определить наиболее существенные проблемы в нарушении прав потребителей наркотиков в Таджикистане со стороны работников правоохранительных органов, органов здравоохранения и учреждений социальной защиты. Так например, потребители наркотиков зачастую подвергаются незаконному аресту при обнаружении минимальной дозы наркотиков. Несмотря на то, что Конституция РТ, статья 19 гласит, что граждане республики имеют право на справедливое судебное разбирательство, на судебное представительство, а также защиту от незаконного заключения под стражей, данные права потребителей наркотиков очень часто нарушаются.¹⁴

Несмотря на то, что согласно Конституции РТ граждане имеют право на бесплатное медицинское обслуживание, тем не менее, потребители наркотиков должны платить огромные суммы для получения медицинской помощи. Так, в среднем потребитель наркотиков должен заплатить 300 долларов, для того чтобы пройти курс детоксикации, что является достаточно огромной суммой, учитывая, что средняя месячная заработная плата составляет 2,2 доллара. В общей своей массе потребители наркотиков не получают даже и этой минимальной зарплаты, так как многие из них не имеют работы.

Для решения этих проблем в 2003 году общественное объединение «РАН» инициировало проект «Стигма, правовая помощь, профилактика ВИЧ/СПИД» при содействии Международной программы снижения вреда. В реализации проекта сотрудники «РАН» преследовали несколько целей, а именно: предоставление бесплатных юридических консультаций, содействие в разрешении жилищных проблем, восстановление утраченных удостоверений личности, а также проведение адвокации по внесению изменений и дополнений в Уголовный Кодекс РТ, законы «О здравоохранении» и «О наркологической помощи». Одним из главных достижений проекта является успешное адвокати-рование, которое привело к внесению значительных изменений в Уголовный Кодекс Республики касательно сроков наказания в зависимости от количества наркотиков, обнаруженных при задержании. В Уголовном Кодексе РТ в редакции от 17 мая 2004 года после внесения изменений и дополнений, значительно увеличено количество наркотиков, при обнаружении которых наступает уголовная ответственность. В таблице 1 приведены новые данные по сравнению с Уголовным Кодексом РТ от 1998 года.

Таблица 1. Сравнительный анализ сроков наказания в зависимости от количества наркотических веществ обнаруженных при задержании				
	Уголовный Кодекс РТ от 1998		Уголовный Кодекс РТ от 2004	
	Количество	Мера наказания	Количество	Мера наказания
Героин	0,015-0,15 гр	Лишение свободы на срок от пяти до десяти лет с конфискацией имущества	0. 5-10 гр	Лишение свободы на срок до пяти лет
Опий-сырец	0,15-1 гр		5-100 гр	
Гашиш	0,1-10 гр		100-200 гр	
Героин	0,15-1,5 гр	Лишение свободы на срок от двенадцати до пятнадцати лет с конфискацией имущества	10-100 гр	Лишение свободы на срок от пяти до восьми лет с конфискацией имущества
Опий-сырец	1-10 гр		100-1000 гр	
Гашиш	10-100 гр		200-1000 гр	
Героин	Более 1,5 гр	Лишение свободы на срок от пятнадцати до двадцати лет с конфискацией имущества либо смертная казнь	100-1000 гр	Лишение свободы на срок от восьми до двенадцати лет с конфискацией имущества или без такового. Смертная казнь отменена.
Опий-сырец	Более 10 гр		1 кг – 10 кг	
Гашиш	Более 100 гр		1 кг – 10 кг	

По сравнению с предыдущей версией, новый кодекс имеет более рациональный подход к определению количества наркотиков при вынесении приговора. Необходимо также отметить, что новый Уголовный Кодекс не содержит ссылки на применение смертной казни как высшей меры наказания за преступления, связанные с наркотиками. Данная поправка к закону является следствием подписания Таджикистаном моратория на смертную казнь, подписанного в июле 2004 года.

5. 1. Основные этапы реализации проекта по адвокации

Успех адвокации очень часто зависит от готовности и личной заинтересованности всех сторон, вовлеченных в реализацию проекта, а также правильный выбор потенциальных партнеров. В случае с «РАН», организации удалось развить партнерские связи с такими учреждениями как: Министерство Юстиции, Агентство по Контролю за Наркотиками при Президенте РТ, Верховный Суд и членами Правительства. Для выбора потенциальных партнеров, «РАН» проводил предварительные встречи с представителями различных государственных структур, лишь после этого «РАН» определил круг потенциальных сторонников, которые могли бы быть привлечены в работу проекта по адвокации. Для того чтобы углубить знания по ВИЧ/СПИД и наркомании, сотрудники «РАН» проводили семинары и круглые столы с приглашением представителей потенциальных сторонников проекта. В общем количестве было проведено десять семинаров и два круглых стола, которые способствовали изменению отношения сотрудников правоохранительных органов, а также государственных служащих к проблеме наркомании и потребителей наркотиков.

Имея доступ к Агентству по Контролю за наркотиками, представители «РАН» также имели возможность принять активное участие в работе Рабочей Группы, созданной при Парламенте страны в начале 2004 года. Основной задачей Рабочей Группы было изучение законодательства по контролю и регулированию наркотиков. Результатом работы Рабочей Группы, явился документ - предложение по изменению Уголовного Кодекса, который в последствии был рассмотрен и принят Парламентом страны. Характерным в данном примере является участие представителей неправительственной организации в работе правительственной группы, что в свою очередь говорит об изменении отношения государственных структур к роли гражданского сектора в процессе принятия решения на государственном уровне.

Помимо этого успех данного проекта, как отмечают сами сотрудники организации, состоял в проведении широкой кампании по информированности общественности и государственных служащих о ВИЧ/СПИД и проблемах зависимости посредством проведения семинаров, тренингов и круглых столов. Примечательным является тот факт, что «РАН» сознательно отказался от привлечении средств массовой информации к данной инициативе, так как в целом на момент реализации проекта в обществе все еще преобладало негативное отношение к потребителям наркотиков.

6. Анализ опыта «РАН» в реализации проекта

Проект достиг успехов в изменении законодательства о хранении наркотических средств. На сегодняшний день «РАН» поддерживает тесный контакт с юристами, которые привлекались в работе над проектом. Кроме этого, благодаря проекту, «РАН» наладил контакты с такими учреждениями как Министерство Юстиции, Министерство Внутренних Дел, Агентство по Контролю за Наркотиками. Опыт работы в проекте

«Стигма, правовая помощь, профилактика ВИЧ/СПИД» также позволил «РАН» наметить следующие шаги для будущих проектов, направленных на адвокати́рование прав потребителей наркотиков. Согласно опыта данной организации, одним из барьеров в реализации не только проекта по адвокации, но и других инициатив является высокая частота смена кадров в государственных учреждениях. Сложности возникают тогда, когда на смену сотрудникам, уходящим из организации, с которыми была проведена определенная информационно-образовательная работа, приходят новые люди незнакомые с проблемой. В этих случаях неправительственным организациям приходится начинать всю работу с нуля. В целом, опыт «РАН» показывает, что для успешного достижения целей адвокации любая организация должна предпринять следующие шаги:

- проведение оценки нужд целевой группы;
- проведение работы по выявлению потенциальных заинтересованных сторон для последующего привлечения в качестве ключевых партнеров в реализации проекта;
- необходимость информационно-образовательных сессий и семинаров для заинтересованных сторон;
- вовлечение средств массовой информации, при этом необходимо учитывать местные особенности, такие как: осведомленность общества о проблеме, отношение к целевой группе проекта и т. д.

Не менее важный компонент успеха - это обеспечение принципа долгосрочности и непрерывности в проведении адвокации, а также обеспечение финансовой устойчивости. Зачастую организации не принимают во внимание данные принципы, что приводит к низкой результативности проектов. Опыт совместной работы неправительственных организаций и государственных структур, наработанный в процессе реализации проектов, остается не востребован именно в виду отсутствия финансовой устойчивости.

7. Заключение

Изменения в Уголовном Кодексе, которые произошли благодаря проекту «РАН», позволят снизить риск необоснованных задержаний правоохранительными органами, насилие и жестокие меры, применяемые к потребителям наркотиков со стороны силовых структур. Тем не менее, следующим шагом в адвокати́ровании прав потребителей наркотиков является инициатива государственных органов в разработке нормативных актов, регулирующие деятельность правоохранительных органов, судебной системы и системы исправительных наказаний, которые бы закрепили основные гражданские и личностные права для всех граждан, включая потребителей наркотиков.

Несмотря на успех данного проекта, на данный момент необходимо провести дополнительные исследования для того, чтобы определить, в какой степени изменение уголовного кодекса имело влияние на жизнь потребителей наркотиков. В дополнении, необходимо также изучить, насколько правоохранительная система инициировала реформу существующих практик и практикующих политик, необходимых для обеспечения основных прав человека в Таджикистане.

* Муртазокол Хидиров — доктор, кандидат медицинских наук, директор общественного объединения «РАН», Душанбе, Таджикистан, руководитель Таджикской ассоциации снижения вреда

* Майя Ан являлась инициатором программы Снижения Вреда при Фонде Сороса Кыргызстан. Она в настоящий момент является стипендиатом Американской Ассоциации Универси-

тетов для Женщин и проводит исследование по взаимоотношению между экономическим развитием и технологическим прогрессом в университете Дрехел в Филадельфии (США).

ПРИМЕЧАНИЯ

- ¹ ПРООН. ВИЧ/СПИД в Центральной Европе и Содружестве Независимых Государств. Пересмотр фактов об эпидемии и вариантов политик. ПРООН. Братислава, 2004. [HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Reversing the Epidemic Facts and Policy Options.] стр. 31 ЮНАЙДС
- ² Олкотт Марта Брилл, Зварт-Удалова Наталия. Наркотрафик на Великом Шелковом Пути: безопасность в Центральной Азии. Москва: Московский Центр Карнеги, 2000.
- ³ Межгосударственный статистический комитет СНГ, анализ данных за 2004 г.
- ⁴ Госдепартамент США. Бюро по развитию демократии, прав человека и трудящихся. Отчет о практике прав человека в Таджикистане. 2004. (U. S. Department of State. Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor. Country Reports on Human Rights Practices. 2004) [<http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2004/41712.htm>]
- ⁵ Всемирный Банк, Международный Валютный Фонд. Страновые отчеты по Республике Таджикистан за 2001 год
- ⁶ Международная Программа Снижения Вреда. Новости Снижения Вреда. Информационный Бюллетень. Институт Открытого Общества Нью-Йорк. Весна 2003, 4, номер 1.
- ⁷ Гулямов, М. Г. Психиатрия. Учебник для медицинских ВУЗов. Душанбе, 1993 год.
- ⁸ Программы ООН по СПИДу (UNAIDS) и Всемирной Организации Здравоохранения (WHO) по изучению ситуации ВИЧ/СПИД и инфекций передающих половым путем. Эпидемиологические данные о распространении ВИЧ/СПИД и ИПП. 2004. [UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections] [http://www.hivinsite.org/pdf/UNAIDS/Tajikistan_en.pdf]
- ⁹ ПРООН. ВИЧ/СПИД в Центральной Европе и Содружестве Независимых Государств. Пересмотр фактов об эпидемии и вариантов политик. ПРООН. Братислава, 2004. [HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Reversing the Epidemic Facts and Policy Options.] стр. 31 ЮНЭЙДС
- ¹⁰ Общественное Объединение «РАН». Исследование по изучению степени нарушения прав клиентов проекта «Снижения Вреда в городе Душанбе. 2003.
- ¹¹ Госдепартамент США. Бюро по развитию демократии, прав человека и трудящихся. Отчет о практике прав человека в Таджикистане. 2004. (U. S. Department of State. Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor. Country Reports on Human Rights Practices. 2004) [<http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2004/41712.htm>]
- ¹² Закон Республики Таджикистан «О наркологической помощи», №67, 8 декабря 2003 года.
- ¹³ Общественное Объединение «РАН». Исследование по изучению степени нарушения прав клиентов проекта «Снижения Вреда» в городе Душанбе. 2003.
- ¹⁴ Конституция Республики Таджикистан

Часть 3
**Права человека и ВИЧ
в контексте**

Вступление

Включенные в эту часть тексты содержат конкретные примеры, демонстрирующие, каким образом наркополитики, основанные на правоохранительной деятельности, или политики «нулевой терпимости», нарушают права человека и способствуют распространению ВИЧ/СПИДа в уязвимых популяциях. Эти примеры показывают, что от нарушений прав человека на международном, государственном или местном уровне, страдает как здоровье отдельных людей, так и здоровье всего общества. В третьей части книги затрагиваются два важных вопроса, связанные с правами человека и распространением вируса ВИЧ. Во-первых, репрессивные законы в отношении наркотиков, как правило, нацелены на и без того уязвимые популяции и группы высокого риска, а именно на потребителей наркотиков, секс-работников или заключенных, еще сильнее увеличивая риск передачи ВИЧ, которому они подвергаются. Во-вторых, распространение ВИЧ быстрее происходит в социо-экономической среде, в которой часто имеют место нарушения прав человека (напр., в зонах гражданских волнений). Надеемся, что описание провала политики «нулевой терпимости» поможет подтолкнуть читателя к поискам альтернативных путей, примеры которых он найдет в последней части этой книги.

Первая статья «Непреднамеренные последствия: наркополитика способствует росту эпидемии ВИЧ/СПИД в России и Украине» авторов Каси Малиновской-Семпрух, Джеффа Хувера и Анны Александровой, рассказывает о влиянии конвенций ООН по наркотикам на политику, разрабатываемую государствами — членами ООН. Рассматривая примеры России и Украины, авторы приходят к выводу, что в своем стремлении соблюдать договоры ООН эти страны осуществляют запретительные анти-наркотические политики, нарушающие права человека и усугубляющие эпидемию ВИЧ в этих регионах. Авторы призывают ООН реализовать такую наркополитику, которая бы принимала во внимание глобальные перспективы общественного здоровья, и приводят рекомендации, которые могут помочь отдельным странам при создании и реализации программ гуманного характера, которые одновременно соответствовали бы положениям деклараций ООН о защите прав человека.

Авторы второй статьи, «Фатальные нарушения: посягательства на права потребителей наркотиков в эпоху ВИЧ/СПИДа», Джоан Чете и Джонатан Коэн показывают, что нарушение прав человека полицией увеличивает уязвимость потребителей наркотиков к ВИЧ и является препятствием для любых систематических усилий, направленных на обеспечение контроля над эпидемией ВИЧ. Потребители инъекционных наркотиков постоянно сталкиваются с нарушениями процессуальных норм, подвергаются незаконным обыскам и конфискациям, становятся жертвой расовой и этнической дискриминации и испытывают на себе негативное отношение общества. Авторы утверждают, что перечисленные действия не только нарушают права человека, но также лишают тех, кто принимает психотропные вещества, доступа к спасающей жизнь профилактике ВИЧ и прочим услугам в области здравоохранения, поскольку они опасаются преследований со стороны полиции. Описанная ими ситуация указывает на прямую связь между наркополитикой, нарушающей права человека, и неспособностью системы здравоохранения эффективно заниматься профилактикой ВИЧ.

В следующей статье, «Информация от активных и бывших потребителей инъекционных наркотиков о поведении, связанном с риском ВИЧ, во время тюремного заключения», Дженнифер Кларк и соавторы исследуют поведение, связанное с передачей ВИЧ при употреблении наркотиков, среди заключенных исправительных уч-

реждений. Они отмечают, что в результате проводимой в США «войны с наркотиками», фокусирующейся, прежде всего, на полицейских мерах, большинство инъекционных потребителей наркотиков рано или поздно отбывает тюремное наказание. Хотя места заключения и могут «забрать» этих людей с улицы, они, однако, не могут помешать им потреблять нелегальные вещества. В связи с легким доступом к наркотикам и распространности совместного использования игл в тюрьмах, распространенность ВИЧ в пенитенциарной системе в 10,8 раз выше, чем в широких слоях населения

В статье «Бирма и Камбоджа: права человека, социальная дезорганизация и распространение ВИЧ/СПИДа» рассматривается более широкий социально-политический контекст употребления наркотиков и эпидемии СПИДа. Крис Бейрер утверждает, специализированные программы воздействия не могут быть эффективными в условиях социальной нестабильности и несоблюдения прав человека. Автор считает, что социальные потрясения в Камбодже и Бирме могут сделать эти страны особенно уязвимыми к распространению ВИЧ. Гражданский конфликт в Бирме привел к распаду семей и повсеместной практике предоставления женщинами сексуальных услуг. Результатом многолетней войны в Камбодже стала нехватка специалистов в области здравоохранения (в результате массовых убийств, совершенных Красными кхмерами) и растущая необходимость в переливании крови пострадавшим от противопехотных мин. Опираясь на доводы Бейрера, можно заключить, что для обеспечения эффективного воздействия программ профилактики ВИЧ на общественное здоровье, необходимо изучать и улучшать существующую ситуацию с правами человека.

Автор статьи «ВИЧ/СПИД и права человека в Казахстане» Андрей Андреев указывает на то, что несовершенство законодательства в этой стране не лучшим образом влияет на соблюдение прав человека и эпидемиологическую ситуацию в целом. Автор считает, что Казахстану еще много предстоит поработать с точки зрения комплексного подхода по изменению законодательных норм и регулирования механизмов его реализации.

Непреднамеренные последствия: нарко- политика способствует развитию эпидемии ВИЧ- инфекции в России и Украине

Кася Малиновская-Семпрух,
Джефф Хувер и Анна Александрова*

Организация Объединенных Наций (ООН) традиционно играет ведущую роль в определении и защите прав человека во всем мире. Деятельность ее ведомств по защите интересов неимущих, бесправных и угнетенных людей оценивается очень высоко, в большинстве случаев заслуженно, поскольку она поощряет правительства государств-членов к обеспечению гарантий прав человека и их защите в тех случаях, когда они подвергаются посягательству.

Однако, позитивные тенденции часто сопровождаются негативными и ООН не является исключением. Государства-члены ООН подписывают договоры, обязывающие их гарантировать защиту прав человека, однако многие из них при этом принимают меры, нарушающие эти права, пытаясь соблюдать положения других международных соглашений. В большинстве случаев такие противоречия возникают ненамеренно, однако их последствия от этого не становятся менее тяжелыми: представители маргинальных и уязвимых групп бедствуют и еще сильнее отчуждаются от общества. Национальные правительства, создающие эту ситуацию, остаются безнаказанными, ссылаясь на то, что их деятельность санкционирована ООН.

Один из наиболее вопиющих примеров нарушения прав человека, вдохновленного ООН, связан с потребителями наркотиков и другими людьми, живущими с ВИЧ или подвергающимся серьезному риску приобретения ВИЧ, в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Выступая за неукоснительное соблюдение конвенций ООН о контроле за наркотиками, Комиссия ООН по наркотическим средствам (КНС) и другие агентства ООН существенно усугубляют эпидемию ВИЧ в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Эта связь стала очевидной в последние пять лет, когда в России и Украине — странах, сильнее всего пострадавших от эпидемии в данном регионе, число ВИЧ-инфицированных, увеличилось более, чем на 500%.

Конвенции о контроле за наркотиками направлены как на снижение спроса, так и на снижение поставок запрещенных наркотиков; последнее является абсолютно приоритетной задачей для многих из наиболее влиятельных членов ООН. Эти соглашения, которые в большинстве случаев не оговаривают конкретных методов обеспечения «контроля» за наркотиками и не поясняют, каким образом общество должно справиться с бесчисленными проблемами, связанными с употреблением наркотиков и наркозависимостью, предусматривают абсолютное неприятие любых мер, которые могут рассматриваться как санкционирующие употребление наркотиков. Пытаясь

соблюдать жесткие договоры ООН, правительства этих двух стран так же, как и других стран региона, осуществляют репрессивные антинаркотические политики. Многие из таких политик не только нарушают основные принципы прав человека, но также приводят к катастрофическим последствиям в области общественного здоровья тех наций, где главной движущей силой эпидемии является потребление инъекционных наркотиков.

Россия и Украина - страны с самой высокой численностью населения в регионе - печально выделяются самыми высокими темпами роста потребления наркотиков и распространения ВИЧ-инфекции в мире.¹ По оценкам около 1,5 миллиона россиян² и 400 000 украинцев³ живут с ВИЧ-инфекцией и не менее 80% официально зарегистрированных случаев ВИЧ в этих странах связано с употреблением инъекционных наркотиков⁴. Такие же вспышки эпидемии ВИЧ легко могут произойти и в других странах, где отмечен рост употребления инъекционных наркотиков, таких как Пакистан, Иран и страны Центральной Азии.

Твердо придерживаясь конвенций ООН, в которых основной акцент делается на снижение спроса на наркотики, правительства России и Украины выделяют большую часть своих ресурсов на работу правоохранительных органов, в частности милиции. Такой ограниченный подход ограничивает, как с финансовой, так и с юридической точки зрения, руководителей здравоохранения в проведении эффективной политики по профилактике ВИЧ-инфекции и лечению наркотической зависимости, снижая, таким образом, возможности доступа потребителей наркотиков к информации и другим ресурсам по охране здоровья. Кроме того, совместное использование игл и шприцев и другое опасное поведение подвергают потребителей наркотиков наибольшему риску заражения ВИЧ и другими парентеральными инфекциями. Более того, они будут оставаться маргинальными группами общества, предметом повсеместной дискриминации и стигматизации, испытывать частый отказ в оказании базовой медицинской помощи и других социальных услуг. Ввиду проведения такой узкой политики и ее последствий, маловероятно, что национальные правительства смогут добиться поставленных целей эффективной политики в области ВИЧ-инфекции, по поводу которой была достигнута договоренность на Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу. Это является ярким примером того, как ведомства ООН и правительства государств-членов могут действовать наперекор целям и намерениям друг друга.

Общие сведения

Три конвенции ООН формируют основу для координации международных усилий по контролю за наркотиками. Их влияние невозможно преувеличить: предполагается, что все страны, которые ратифицировали и подписали конвенции (в том числе, все страны Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза) включают эти положения в свое местное законодательство. Вне всякого сомнения, в намерения политиков ООН и руководителей национальных правительств не входило препятствовать усилиям, направленным на адекватную борьбу с эпидемиями. Однако, это оказалось непредвиденным последствием в эпоху ВИЧ и СПИДа, особенно в тех странах, где употребление инъекционных наркотиков играет существенную роль в передаче ВИЧ. Большая доля вины за космические темпы роста ВИЧ лежит на существующих конвенциях по борьбе с наркотиками и на устаревших, лишенных гибкости, способах их осуществления правительствами.

Первый из договоров вступил в силу в 1961 г. Речь идет о Единой конвенции о наркотических средствах. Она посвящена, главным образом, ограничению доступа к наркотикам, которые определяются в ней как «опасные» и оговаривается, что препараты, включенные в Таблицу 1, относятся к наиболее ограничительной категории и могут использоваться только в «медицинских и научных целях». В число наркотиков, включенных в Таблицу 1, входят кокаин и опиаты, в том числе морфин, героин и метадон. Десять лет спустя Конвенция «О психотропных веществах 1971 г.» дала более широкое определение «злоупотребления наркотиками», включив в число наркотиков, использование которых должно быть ограничено, например, метамфетамины. Третий важный договор о наркотиках — Конвенция «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ» 1998 г. — считается самым строгим из трех документов. Ссылаясь на предыдущие конвенции, она настаивает на том, что каждая из подписавших стран «должна принимать такие меры, которые могут потребоваться с тем, чтобы признать уголовным преступлением [намеренное хранение запрещенных наркотиков] согласно своему законодательству».⁵ Поскольку формулировка «принимать такие меры, которые могут потребоваться», является довольно расплывчатой, при разработке местного законодательства национальные правительства могут интерпретировать ее по-разному. В результате многие правительства проявляют готовность пойти наиболее легким путем, который в большинстве случаев включает в себя грубую репрессивную политику борьбы с наркотиками — политики, потенциально вредной для всех граждан, а не только для потребителей наркотиков.

Правительства утверждают, что они вынуждены принимать такие меры для того, чтобы соблюдать конвенции и соответствующие резолюции, принятые на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (UNGASS) 1998 г., посвященной проблеме наркотиков в мире. На этой встрече страны-участники еще подтвердили классификации конвенций и договорились работать над достижением «существенных и измеримых результатов» в снижении потребления запрещенных наркотиков к 2008 г. (официальной целью считается снижение потребления на 50%). Большинство независимых наблюдателей выступило с критикой установленного срока, назвав его нереалистичным, а нереалистичные цели неизбежно ведут к «драконовским» стратегиям, заранее обреченным на провал.

Наблюдаются существенные расхождения в интерпретации положений конвенций и формулировке политик. Так, например, несмотря на то, что конвенции, казалось бы, разрешают весьма незначительные исключения в отношении Списка I, метадон широко используется для заместительной терапии во многих, подписавших конвенции странах, как основное средство, применяемое для лечения героиновой зависимости. В других странах метадон считается незаконным в любых обстоятельствах, включая заместительную терапию, и политики оправдывают этот запрет, ссылаясь на положения конвенций.

Подобные противоречия становятся особенно очевидными, если сравнить политику в отношении метадона с политикой в отношении морфина. Последний также включен в Таблицу 1, однако почти во всех странах мира разрешается использовать его в качестве обезболивающего средства. Хотя метадон, как и морфин, продемонстрировал «легитимность» своего медицинского применения,⁶ в некоторых странах медицинским работникам запрещено назначать его. Такое расхождение является отражением дискриминации в отношении потребителей наркотиков.

На самом деле, в конвенциях ООН и политической декларации UNGASS содержатся некоторые фразы, которые могут быть рассматриваться как проявление сочувствия к потребителям наркотиков. Даже КНС признает возможность нарушения прав человека

в результате принятия агрессивных мер контроля за наркотиками: в марте 2002 г. Комиссия приняла резолюцию, посвященную ВИЧ-инфекции и употреблению наркотиков, которая «поощряет осуществление и укрепление усилий стран-участников по повышению осведомленности о связях между употреблением наркотиков и распространением ВИЧ, гепатита С и других вирусов, передающихся через кровь», и «поощряет [их] к дальнейшему рассмотрению потенциального влияния на распространение [этих заболеваний] при разработке, осуществлении и оценке политики и программ, направленных на снижение спроса и поставок незаконных наркотиков...»⁷

Резолюции и политические декларации не закреплены в международном праве, а в соглашениях, имеющих юридическую силу, такие открытые формулировки отсутствуют. Поэтому сами соглашения остаются устаревшими. Первые два были задуманы и приняты прежде, когда ВИЧ еще не был обнаружен. Третье соглашение вступило в силу уже в эпоху СПИДа, однако, прежде чем употребление инъекционных наркотиков приобрело масштабы эпидемии во многих частях света. К настоящему времени ни КНС, ни UNODC (прежде известное под названием Управление ООН по контролю за наркотиками и профилактике преступности — UN Office for Drug Control and Crime Prevention, или UNDCCP) не предлагают пересмотреть и внести поправки ни в одну из конвенций, так чтобы они лучше отражали несметное число экономических, культурных, социальных и медицинских проблем, которые могут помешать большинству стран достигнуть цели по сокращению числа ПИН. Без таких поправок конвенции, имеющие юридическую силу, остаются враждебными по отношению к потребителям наркотиков.

Фокус на снижении спроса

В своем стремлении снизить спрос на наркотики и достигнуть целей, оговоренных конвенциями ООН, правительства имеют не очень большой выбор средств. При отсутствии целенаправленного руководства, предложений или помощи со стороны работающих в области противодействия незаконного оборота наркотиков агентств ООН, наиболее поверхностным и привлекательным подходом является сломить потребителей наркотиков напрямую и попытаться лишить их возможности «создавать спрос» на наркотики. Некоторые из стран-участниц приняли законы и осуществляют политику так называемой нулевой толерантности, предполагающую суровое наказание потребителей наркотиков и служащую средством устрашения для других. Часто для выполнения квот власти организуют массивные облавы на потребителей наркотиков и иногда ограничивают (или прекращают) деятельность организаций, которые, помогая потребителям наркотиков, не требуют от них бросить употребление наркотиков.

Такая политика обычно находит поддержку со стороны общественности, которая в большинстве стран относится к потребителям наркотиков, в лучшем случае, как к нарушителям общественного покоя, а в худшем, как к опасным преступникам. Однако ни в одной стране суровая антинаркотическая политика не привела к снижению спроса на наркотики, и ничего не было сделано для разрешения экономических, социальных или медицинских проблем, связанных с употреблением незаконных наркотиков. Заключение в тюрьму не может быть решением проблемы, особенно если в заключении доступ к наркотикам легче, чем за стенами тюрем. (В России, например, 8 процентов заключенных, опрошенных в 2000 году организацией «Врачи без Границ», признали факт употребления инъекционных наркотиков в тюрьме.⁸ Считается, что в настоящее время этот процент значительно выше). Потребители наркотиков, которым удается избежать ареста, вынуждены еще больше уходить в подполье, и вероятность получе-

ния ими доступа к медицинским и социальным услугам, включая те, которые помогут мотивированным потребителям бросить наркотики, снижается из-за страха насилия или тюремного заключения.

Эти тенденции не предвещают ничего хорошего усилиям, направленным на снижение передачи ВИЧ-инфекции или улучшение здоровья населения в целом. Вместо этого потребители наркотиков сталкиваются с возросшей дискриминацией или с отсутствием какой-либо мотивации для защиты собственного здоровья или здоровья тех, кто находится рядом с ними. Именно в таких условиях, когда надежда на лучшее будущее и сострадание со стороны общества весьма ограничены, распространение употребления наркотиков и ВИЧ-инфекции протекает особенно быстро.

Текущая наркополитика России и Украины способствует нарушениям прав человека и росту употребления наркотиков

Падение России и Украины в смертельную спираль употребления наркотиков и ВИЧ-инфекции уже произошло. В обеих странах стремительный рост числа потребителей наркотиков и случаев ВИЧ-инфекции проходил с середины 1990-х в тандеме друг с другом - это тесно связанные эпидемии-близнецы. В это же самое время, каждая страна также проводила анализ своего антинаркотического законодательства и политики, как составной части усилий по подавлению потребления наркотиков и успешного достижения целей конвенций ООН по искоренению наркотиков. Такой пересмотр считается необходимым, поскольку обеими конституциями и России, и Украины признается приоритетность международных соглашений. Министр внутренних дел России Борис Грызлов во время своего выступления на заседании Думы в октябре 2001 года сделал необыкновенно откровенный комментарий, сказав, что «полный запрет на незаконные действия, связанные с наркотиками, в Российской Федерации - это не наша личная инициатива или прихоть, а четкое выполнение требований Конвенций Организации Объединенных Наций 1961, 1971 и 1988 годов».⁹

Несмотря на наличие некоторых заметных различий в наказаниях и в том, как, в конечном счете, выполняется законодательство, современные российские и украинские уголовные кодексы имеют много общего, ибо они разделяют наследство, доставшееся им от юридической системы Советского Союза. Некоторые из соответствующих законов и связанных с ними уголовно-правовых процедур приводятся ниже:

- **Производство, сбыт хранение и транспортировка** незаконных наркотиков запрещена в обеих странах. Российские законы о наркотиках, которые были существенно переработаны в 1998 году, являются более суровым и по отношению к правонарушителям: уголовная ответственность распространяется на меньшее количество наркотиков, чем в Украине, а правонарушители могут получить более длительный срок лишения свободы.
- В обеих странах **лицо, обвиняемое в хранении незаконных наркотиков**, может избежать уголовной ответственности при добровольной сдаче наркотиков и «активном участии в расследовании правонарушений, связанных с наркотиками».
- Лица, обвиняемые в нарушении законодательства по противодействию незаконному обороту наркотиков, после отбытия своего срока наказания в местах лишения свободы являются предметом «**административного надзора**».
- **Предварительное заключение** для лиц, обвиняемых в правонарушениях, связанных с наркотиками, при определенных обстоятельствах остается приемлемым и общепринятым. Политики обеих стран пытаются, с различной степенью успешности, сократить число задержанных с помощью внедрения новых кон-

цепций, например, поручительство или освобождение до суда под залог. Недавно в России ответственность за принятие решений о задержании была передана из прокуратуры в суд, который был проинструктирован использовать предварительное заключение только в исключительных случаях.

Эти законы и политика нередко весьма вольно интерпретируются правоохранительными органами (особенно милицией), которые используют их как лицензию на проявление агрессии, арест и сохранение административного давления на подозреваемых в употреблении наркотиков. В результате, число потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в тюрьмах катастрофически возросло за последние 5 лет; и это произошло не только потому, что потребителей наркотиков стало в принципе больше, но и потому, что у них выше вероятность оказаться в заключении. Печально известные, вселяющие ужас условия содержания в российских переполненных тюрьмах продолжают ухудшаться, создавая дополнительные риски для здоровья среди заключенных потребителей наркотиков. Только немногие из них имеют доступ даже к самой элементарной медицинской помощи, не говоря уже об услугах снижения вреда таких, как раздача презервативов и чистых шприцев, при том, что ВИЧ и туберкулез в некоторых тюрьмах просто свирепствуют. Официальные правительственные цифры указывают на то, что в настоящее время в российских тюрьмах более 36000 заключенных являются ВИЧ-инфицированными.¹⁰ На самом деле же эта цифра, скорее всего, выше в 10 раз. Предполагается, что около 10 процентов от одного миллиона заключенных пенитенциарной системы России больны туберкулезом, и у трети из них штамм множественной лекарственной резистентности.¹¹ Все чаще тюремное заключение для многих ПИН означает смертный приговор.

Такая ужасающая статистика объясняет, почему перспектива тюремного заключения вселяет в ПИН ужас. Проводимая и в России, и в Украине политика в отношении потребностей, связанных со здоровьем тех, кому удастся избежать заключения, в лучшем случае, неоднородна. Положительной стороной в обеих странах является то, что покупка и хранение игл и шприцев являются законными; так, украинский закон «О профилактике ВИЧ/СПИДа» фактически гарантирует доступ к стерильному инъекционному инструментарию¹² и его можно купить в большей части аптек. Более всесторонние услуги по снижению вреда обычно предоставляются в проектах по обмену шприцев, которые реализуются местными неправительственными организациями (НПО) и некоторыми правительственными учреждениями, обычно при поддержке международных НПО и благотворительных агентств из Западной Европы. Численность таких проектов ограничена, причем расширение спектра их услуг и повышение охвата зачастую еще больше затрудняется, как местной администрацией и милицией, которые полагают, что обмен шприцев пропагандирует употребление героина, так и местными жителями, которые боятся роста преступности и праздношатающихся молодых людей. В результате потенциальные клиенты часто не приходят в эти проекты.

Те, кто ищет лечения с целью избавления от опиатной зависимости, узнают, что это трудно сделать из-за того, что конвенции ООН классифицируют метадон как незаконное наркотическое средство. Эта классификация требует от стран-участниц существенного ограничения в использовании этого наркотика. Косная интерпретация этих конвенций делает невозможным введение программ заместительной терапии, которые продемонстрировали свою эффективность в Западной Европе и других странах, где метадон является признанным средством лечения героиновой зависимости. (Во многих этих странах лечение метадоном начиналось 20 лет тому назад с проведения пилотных проектов и клинических испытаний).

Помимо этого явного отказа в праве на здоровье, в России и Украине ПИН сталкиваются с дополнительными нарушениями прав человека в рамках существующего законодательства или широко применяемых практик. Так, например, хотя обязательное тестирование на ВИЧ является противозаконным в обеих странах, ПИН и секс-работники в Украине по-прежнему часто подвергаются тестированию без согласия при поступлении в лечебные учреждения или следственные изоляторы. Кроме того, существующая политика в России и Украине требует от наркологических клиник официальной регистрации ПИН в случае их обращения за помощью (хотя некоторые учреждения отказываются это делать); аналогичная ситуация имеет место при обращении в СПИД центр: все обратившиеся за лечением должны быть официально зарегистрированы органами общественного здравоохранения. Подобные методы нарушают права людей на анонимность и личную жизнь. В обеих странах действуют противоречивые законы, которые накладывают уголовную ответственность на всех ВИЧ инфицированных, в том числе и ПИН, за сознательное подвергание опасности или инфицирование вирусом другого человека.

Такие законы могут выглядеть вполне логичными на бумаге, однако их сложно применять последовательно или справедливо из-за стигмы, связанной с ВИЧ/СПИДом и наиболее уязвимыми популяциями.

Еще одна связанная с нарушением прав человека проблема заключается в том, что по сравнению с другими, у ПИН больше вероятность стать предметом незаконных преследований или насилия со стороны правоохранительных органов, включая несанкционированный обыск, провокацию на уголовно наказуемое деяние, преследование по расовому признаку и другие разнообразные нарушения. Жертвы редко заявляют о случаях насилия, потому что тем самым могут привлечь к себе внимание, что повлечет за собой дополнительное жестокое обращение.

Пока ни в России, ни в Украине государственная политика не смогла противостоять всплеску употребления наркотиков. Некоторые факторы выходят за пределы этой эпидемии, большинство из них связано с продолжающимся постсоветским переходом к демократическим, капиталистическим обществам. Для большинства населения переходный период является очень мучительным из-за падения уровня жизни, усугубления социального неравенства, и развала системы общественного здравоохранения и социальной поддержки.

Обе страны расположены на главных перевалочных пунктах маршрутов перевозок наркотиков из Афганистана, где производится большая часть опия всего мира, в Западную Европу. За последние годы поток наркотиков существенно вырос, и правоохранительные органы добились незначительных успехов в борьбе с организованными преступными группами, которые контролируют большую часть поставок наркотиков в регион. Коррупция, отсутствие адекватного финансирования, неспособность противостоять значительным размерам и экономической мощи наркоторговли мешают усилиям руководителей, направленных на обуздание поставок наркотиков. По словам Джеймса Волфенсона, президента Всемирного Банка, в 2002 году производство опия в Афганистане достигло рекордной отметки, в результате чего доходы от его производства в этой стране превысили всю предоставляемую в настоящий момент зарубежную помощь.¹³ Три четверти афганского опия поступает в Европу, обычно через Россию и Украину. В результате наркотики имеются в относительном изобилии и стоят дешевле, чем когда-либо, особенно в крупных городах на пути их транспортировки. Различия в региональных показателях означают, что в городских районах, таких как Самара в России и Одесса в Украине, показатели употребления наркотиков могут быть в 4 раза выше, чем в среднем по стране.

По некоторым данным, в России может насчитываться около 4 миллионов активных потребителей наркотиков¹⁴ и, возможно, 1 миллион - в Украине,¹⁵ что представляет собой практически самый высокий в мире процент от общего населения. Региональные усилия по противодействию торговле наркотиками производят непреднамеренный эффект, увеличивая долю потребителей инъекционных наркотиков. Когда предложение падает, а цены растут, потребители часто переходят от курения к инъекционному употреблению, поскольку последний метод является более дешевым. Это изменение является опасной тенденцией: оно повышает как риск заражения ВИЧ, так и передозировки наркотиками, последнее нередко заканчивается смертельным исходом, потому что люди боятся обращаться за медицинской помощью к медицинским работникам и сотрудникам правоохранительных органов, потенциально склонных к осуждению. Более того, если потребители начинают делать инъекции, они часто уже не возвращаются к другим, менее вредным способам употребления даже в тех случаях, когда цены падают и чистота наркотиков улучшается.

Стигматизация потребителей наркотиков встречается практически повсеместно во всем регионе, особенно учитывая, что национальные правительства и средства массовой информации высказывают категорическое неодобрение такого поведения независимо от обстоятельств, основной акцент делается на деструктивных элементах — таких, как связанная с наркотиками преступность, передозировки, пренебрежительное отношение к обществу в целом — и используют прежнюю карательную философию «обвинения жертвы». Немногие организации или политики выявили или изучили связь между зависимостью от незаконных наркотиков и аналогичной заметной зависимостью от официально разрешенных веществ (например, никотина и алкоголя), которая рассматривается с точки зрения здоровья и, как правило, не подвергается осуждению в аморальности, равно как и от тех, кто пытается бороться с алкогольной зависимостью. От потребителей наркотиков нельзя ожидать принятия действий по охране собственного здоровья или здоровья тех, кто находится рядом с ними, без поддержки и помощи со стороны работников медицинских учреждений и от общества в целом. В России и Украине, как и во многих других странах, отсутствие сочувствия и понимания является основной причиной, по которой эпидемия употребления наркотиков остается необузданной.

Продолжающаяся дискриминация потребителей наркотиков и других людей, подвергающихся наиболее высокому риску ВИЧ, также может привести к созданию больших групп, находящихся в крайне неблагоприятных социальных условиях. Такие соображения редко учитываются лицами, формирующими политику. В результате эти люди практически не будут иметь возможности улучшить качество своей жизни или жизни своих сообществ. Последствия формирования такого крупного и постоянно увеличивающегося «низшего класса» могут быть весьма отрицательными не только для людей, принадлежащих к нему. Разочарование и отчуждение часто ведут к социальным волнениям, затрагивающим общество на всех уровнях, накладывая дополнительное бремя на правительство, пытающееся сохранить общественный порядок и обеспечить оказание услуг, в которых нуждаются его граждане.

Надвигающаяся катастрофа: ВИЧ и разрушение нации

Признаки, предупреждающие о массовой двойной эпидемии употребления наркотиков и ВИЧ-инфекции, стали очевидными уже в конце 1990-х гг, однако, очень немногие наблюдатели могли предположить, что распространение ВИЧ так быстро достигнет катас-

трофического уровня. Хотя абсолютное число ВИЧ-инфицированных остается ниже, чем во многих странах южной части африканского континента, по данным ЮНЭЙДС на конец 2002 г., «прискорбное первенство в отношении темпов роста эпидемии ВИЧ/СПИДа в мире по-прежнему принадлежит Восточной Европе и Центральной Азии».¹⁶

В июле 2003 г. общее число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди россиян составляло около 240 000, что почти в 3 раза выше уровня, зафиксированного в 2000 г.,¹⁷ однако, даже правительственные чиновники признают, что эта цифра значительно занижена. Как Российский Федеральный центр СПИД, так и ЮНЭЙДС полагают, что в стране с 144-миллионным населением в настоящее время инфицировано не менее одного миллиона человек.¹⁸ По данным Отчета Национального совета США по внешней разведке (US National Intelligence Council), опубликованного в 2002 г., в следующем десятилетии число ВИЧ-инфицированных в России может достичь 8 миллионов, что составляет 10% рабочей силы. Таким образом, распространенность ВИЧ в стране достигнет 11% от общей численности населения.¹⁹

В Украине наблюдается сходная ситуация и тенденции: распространенность ВИЧ в стране уже превысила 1% от общей численности населения, составляющей 49 миллионов человек.²⁰ В опубликованном в феврале 2003 г. отчете Александр Яременко, руководитель Украинского Института социальных исследований, отметил, что, судя по доступным данным, в Украине «к 2010 г. около 1,44 миллионов человек будет инфицировано ВИЧ/СПИДом».²¹ Уникальность эпидемии в России и Украине состоит в том, что большая часть случаев инфицирования по-прежнему связана с употреблением инъекционных наркотиков. Однако уже стало очевидно, что все большее число случаев будут передаваться другими путями, оказывая более непосредственное воздействие на широкие слои населения. По данным исследования, опубликованного в медицинском издании «Lancet» в марте 2003 г., в последнее время число зарегистрированных в регионе случаев гетеросексуальной передачи ВИЧ-инфекции увеличилось.²² Наибольшему риску в связи с подобными тенденциями развития эпидемии подвергаются такие группы, как сексуальные партнеры ПИН, секс-работники и заключенные. Велика вероятность того, что представители этих групп так же, как ПИН, в большинстве своем могут подвергаться маргинализации, преследованиям со стороны властей и не будут иметь возможности получить медицинскую помощь. Правительство практически проводит деятельность по профилактике или проводит ее неэффективно в большой степени из-за того, что эта деятельность не нацелена на группы риска, которые могли бы получить реальную пользу от практической уличной социальной работы (работы «аутрич») и программ обучения.

Растущие уровни смертности не только способствуют сокращению численности населения, но могут иметь серьезные экономические последствия и оказывать негативное влияние на государственную безопасность. По последним прогнозам, «умеренная» эпидемия ВИЧ будет препятствовать росту российской экономики вплоть до 2025 г.; более серьезная эпидемия «средних масштабов» приведет к 40-процентному спаду экономического роста за тот же период.²³

Россия, выделяющаяся в регионе своей военной и политической мощью, может столкнуться с серьезными сложностями в попытках сохранить свои вооруженные силы в нынешнем объеме, поскольку рост уровня ВИЧ-инфекции среди молодежи ведет к снижению числа здоровых призывников. Эта тенденция, вероятнее всего, заставит российские власти почувствовать себя более уязвимыми в контексте хаоса, царящего в этой части мира, и заставит их во имя национальной безопасности ввести более жесткий контроль и более строгие запреты, которые будут противоречить принципам прав человека.

Новый подход к политике в отношении наркотиков

В таких странах, как Россия и Украина, которые едва начинают задумываться над проблемой борьбы с эпидемией ВИЧ, масштаб этой проблемы может подавлять политическую волю, необходимую для начала активных действий. Подобное бездействие может считаться политически допустимым, пока от эпидемии страдают в основном бесправные, не пользующиеся авторитетом сообщества, такие как потребители наркотиков. Как только ВИЧ проникает в широкие слои населения, общественность начинает требовать от своего правительства действий и отчета за свои действия. Однако к этому времени момент, когда еще можно предотвратить эпидемию, подобную тем, которые бушуют в ряде африканских стран южнее Сахары, может быть уже упущен.

Крайне важно начать принимать меры по снижению распространения ВИЧ и лечению ВИЧ-инфицированных уже сейчас, однако, Россия и Украина не смогут достичь этой цели собственными силами. Международное сообщество должно стимулировать и поддерживать их усилия, разработать реалистические стратегии, краеугольным камнем которых являются права человека. Настаивая, что страны-участники должны неукоснительно соблюдать стандарты и цели борьбы с наркотиками, которые основаны на принципе «всех под одну гребенку», ведомства ООН ограничивают способность стран осуществлять адекватные политики, исходящие из особенностей конкретных эпидемий, которые могут спасти множество жизней.

Также очевидно, что конвенции ООН по наркотикам и то, как некоторые страны интерпретируют их положения, противоречат приоритетам и рекомендациям, изложенным в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, которая была подписана всеми участниками (в том числе Россией и Украиной) на Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в июне 2001 года.²⁴ Страны, которые делают акцент на слепую приверженность целям конвенций (стратегия, которую поощряют КНС), столкнутся с невозможностью разрабатывать эффективные программы в области ВИЧ, которые бы отвечали стандартам Декларации. Вне всякого сомнения, они не смогут достичь ключевых целей, особенно тех, которые связаны с ВИЧ и правами человека, уязвимостью и доступом к уходу и лечению.

Когда на чашу весов положены жизни людей, нельзя использовать устаревшие концепции, несостоятельность которых доказана опытом. Неадекватные рассуждения КНС о глобальной эпидемии ВИЧ-инфекции свидетельствуют о том, что Комиссия рассматривает употребление наркотиков, как изолированную проблему, которая может решаться в отрыве от множества других проблем, прежде всего с помощью правоохранительных мер. Это предположение ложно и обманчиво. Употребление наркотиков является сложной социальной проблемой, на которую едва ли можно повлиять исключительно с помощью закона и угнетения. Некоторые неизбежно продолжат добывать и принимать наркотики, независимо от предусмотренных за это наказаний и риска для их здоровья. Безоговорочная демонизация их поведения приводит лишь к еще большему отчуждению их от общества и к лишению их доступа к необходимым услугам защиты собственного здоровья и здоровья окружающих. Кроме того, она ограничивает их возможность принять меры для изменения поведения, из-за которых они подвергаются нападкам.

КНС и другие ведомства ООН, работающие в области наркотиков, утверждают, что имеют достаточные моральные основания для своей деятельности, поскольку их усилия направлены на то, чтобы уберечь людей от разрушений, вызываемых употреблением наркотиков. Возможно, их намерения действительно благородны; употребление наркотиков, бесспорно, имеет негативные последствия, начиная с личных трагедий,

например, передозировок и заканчивая отмыванием денег, связанных с торговлей незаконными наркотиками. Однако подход этих ведомств глубоко ущербен, поскольку он не учитывает последствия кампаний по искоренению наркотиков в том виде, в каком они интерпретируются и осуществляются сегодня. Конвенции о наркотиках накладывают на национальные правительства обязательства, выполнить которые не представляется возможным. Их руководители часто чувствуют, что у них не остается иного выбора, как принять репрессивные политики для борьбы со спросом на наркотики, независимо от того, какие потери понесут в результате не только потребители наркотиков, но и общество в целом.

Политики борьбы с наркотиками, ведущие к повышению передачи ВИЧ, никак не совместимы с самой сутью тех принципов, которые лежат в основе общественного здравоохранения и имеют неблагоприятные последствия для таких стран, как Россия и Украина, которые не имеют достаточной квалификации и средств, чтобы противодействовать растущей эпидемии ВИЧ-инфекции. Международные ведомства и национальные правительства должны мобилизовать политическую волю для разработки и осуществления гуманных политик, начав с пересмотра конвенций ООН о наркотиках и реформирования своих национальных законов о наркотиках и ВИЧ.

Для того, чтобы избежать неблагоприятного воздействия на социальное благосостояние, общественное здоровье и права человека, правительства России и Украины должны пересмотреть свою интерпретацию международных соглашений. Необходимо внести изменения в политику по следующим направлениям:

- *Политики наркоконтроля.* Потребители наркотиков и люди, отстаивающие их интересы, должны быть вовлечены в процесс принятия решений на всех уровнях при разработке национальных и международных политик в отношении употребления наркотиков. Так, в конвенции ООН и национальные законодательства должны быть включены положения, оговаривающие законный статус обмена игл и использования метадона в медицинских целях. Конвенции должны открыто призывать национальные правительства рассматривать употребление наркотиков, прежде всего, как проблему здравоохранения, а не охраны закона и порядка. Правительственные политики должны быть сформулированы таким образом, чтобы соответствовать этому подходу.
- *Дискриминация и законодательство.* Во всех странах следует внести изменения в законы о дискриминации и равенстве перед законом, которые будут гарантировать людям, живущим с ВИЧ, и представителям маргинальных групп, таких как потребители наркотиков, гражданские свободы и права человека. Законы, которые нарушают права ВИЧ-инфицированных и представителей групп риска, должны быть аннулированы или переработаны таким образом, чтобы лучше отражать проблемы в области охраны здоровья и гарантировать соблюдения прав человека для всех граждан. Здравоохранение и правоохранительные органы должны играть ведущую роль в ликвидации дискриминации, официальной и де-факто. Власти не должны более попустительствовать или игнорировать оскорбительные и принудительные практики, такие как физические нападения, произвольный обыск и задержание без обвинения и другие нарушения, предусмотренные законом процедур. ВИЧ-инфицированные, в том числе ПИН, должны привлекаться ко всем затрагивающим их интересы дискуссиям о политике в области охраны здоровья и законодательства.
- *Снижение вреда.* Правительство должно играть активную роль в создании и поддержке большой, стратегически расположенной сети программ снижения вреда,

которые оказывают услуги для ПИН, включая обмен шприцев, обучение в области путей распространения ВИЧ, раздачу презервативов и обеспечение доступа к жизненно важным программам лечения, таким как заместительная терапия метадонном. Аналогичные услуги должны быть доступны и во всех исправительных учреждениях.

- **Обучение.** Простая, прямая и четко изложенная информация о передаче ВИЧ должна быть доступна всем гражданам, и прежде всего тем, кто подвергается наиболее высокому риску. Точно также, необходимо просвещать общество в целом о реалиях употребления наркотиков и наркозависимости в рамках деятельности по снижению стигмы.

Безусловно, тем, кто делал ставку в своей карьере на борьбу с наркотиками во всем мире, кто всегда выступал за идеи и стратегии, провозглашенные действующими международными документами и национальными планами действий, будет нелегко отказаться от их давно уже принятой политики в области наркотиков. Однако также очевидно и то, что эти стратегии имеют серьезные недостатки, наносящие вред тем людям, которых они должны защищать. Поэтому пересмотр конвенций ООН и их переработка в соответствии с принципами глобального здравоохранения станет знаком признания смертельной угрозы одной из самых крупных мировых эпидемий и, несомненно, послужит признаком силы, а не слабости.

ССЫЛКИ:

1. UNAIDS, AIDS Epidemic Update (Отчет об эпидемии СПИДом), December 2002. В отчете отмечается: «В последние годы в Российской Федерации зафиксирован исключительно быстрый рост случаев ВИЧ-инфекции. Менее, чем за восемь лет, эпидемия ВИЧ/СПИДа была обнаружена более, чем в 30 городах и в 86 из 89 регионов страны».
2. CanWest News Service as reported in the Edmonton Journal, “HIV/AIDS Spreads Rapidly in Russia” (ВИЧ/СПИД стремительно распространяется в России), April 19, 2003.
3. Олександр Яременко, директор Украинского института социальных исследований, привел эти цифры в речи на конференции, состоявшейся в ноябре 2002 г. в Крыму. Эти оценки основаны на данных исследования, проведенного институтом по заказу Британского совета. Эти данные также приводятся в публикации “Every 10th Ukrainian Lives with HIV” (Каждый 10-й житель Украины ВИЧ-инфицирован), November 11, 2002: NEWSru. com, online in Russian.
4. UNAIDS, AIDS Epidemic Update (Отчет об эпидемии СПИДа), December 2002.
5. United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (December 20, 1988), Article 3 (Конвенция Организации объединенных наций «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ» (20 декабря 1988 г.), статья 3), E/CONF. 82/15.
6. По данным статьи “Подходы снижения вреда к употреблению инъекционных наркотиков” (Harm Reduction Approaches to Injecting Drug Use), размещенном на веб-сайте Всемирной организации здравоохранения: “Хотя первостепенной целью заместительного лечения наркозависимости является воздержание от употребления запрещенных наркотиков, многие пациенты не могут добиться полного воздержания, несмотря на улучшение состояния здоровья и благополучие. Однако существуют четкие свидетельства, что поддержка метадонном существенно снижает распространенность небезопасных практик, связанных с употреблением инъекционных наркотиков».

- зопасных инъекционных практик среди лиц, проходящих лечение, а следовательно и риск ВИЧ-инфекции.”, Online: <http://www.who.int/hiv/topics/harm/reduction/en/>
7. CND 1223rd Meeting, Res. 45/1, “Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse”, (Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита в контексте злоупотребления наркотиками), March 15, 2002.
 8. Mark Schoofs, “Jailed Drug Users Are at the Epicenter of Russia’s Growing AIDS Scourge” (Заключенные потребители наркотиков находятся в эпицентре растущей эпидемии СПИДа в России), Wall Street Journal, June 25, 2002.
 9. Выдержки из выступления министра внутренних дел Российской Федерации Бориса Грызлова перед Городской Думой 17 октября 2001 г. Доступна на веб-сайте российского Министерства внутренних дел: http://www.mvdinform.ru/index.php?section=reaction_t
 10. Council of the Baltic Sea States’ Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region (Совет Специальной группы государств Балтии по контролю за инфекционными заболеваниями в Балтийском регионе). Дополнительная информация доступна на <http://www.baltichealth.org/cparticle65128-7717a.html>.
 11. Nina Schwalbe, “TB is the Largest Killer of Those with HIV” (Туберкулез — главный убийца людей с ВИЧ), письмо в Wall Street Journal, July 18, 2002.
 12. Law “On Prevention of AIDS and Social Protection of the Population” (Закон “О предупреждении СПИДа и социальной защите населения”), (1992), N11, Article 4.
 13. Faisal Islam, “World Bank Chief Issues Opium Alert” (Глава Всемирного банка дает сигнал тревоги в связи с ситуацией с употреблением опиума), The Observer, March 16, 2003.
 14. Mark Schoofs, “Jailed Drug Users Are at the Epicenter of Russia’s Growing AIDS Scourge” (Заключенные потребители наркотиков находятся в эпицентре растущей эпидемии СПИДа в России), Wall Street Journal, June 25, 2002.
 15. Радио Свобода “Новости дня”, 26 июня 2001 г. Оценка предоставлена Министерством здравоохранения Украины.
 16. UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2002, *supra* note 9.
 17. AIDS Foundation East-West, based on data from the Russian Federal AIDS Center, July 2003 (СПИД Фонд Восток-Запад, по данным Российского федерального центра СПИД, июль 2003 г.).
 18. CanWest News Service as reported in the Edmonton Journal, “HIV/AIDS Spreads Rapidly in Russia” (ВИЧ/СПИДа стремительно распространяется в России), April 19, 2003.
 19. “The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China” (Следующая волна ВИЧ/СПИДа: Нигерия, Эфиопия, Россия, Индия и Китай), U. S. National Intelligence Council Report, September 2002.
 20. UNAIDS, Ukraine Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, 2002 update (Украинский информационный бюллетень по ВИЧ/СПИДу и инфекциям, передающимся половым путем, 2002 г., последняя версия). Online: http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact_sheets/pdfs/Ukraine_en.pdf
 21. Olena Horodetska, “AIDS Epidemic May Break Ukraine’s Health System” (Эпидемия СПИДа может разрушить систему здравоохранения Украины), Reuters Foundation AlertNet, February 19, 2003.

22. Francoise Hamers and Angela Downs, “HIV Rising in the East” (Рост ВИЧ на Востоке), *Lancet*, March 22, 2003.
23. Nicolas Eberstadt, “The Future of AIDS” (Будущее СПИДа), *Foreign Affairs*, November 2002—December 2002.
24. См. пункты 58, 62 и 96 Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (Declaration of Commitment on HIV/AIDS), подписанной на Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН (UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS) в июне 2001 г.

*Кася Малиновска-Семпрух — директор Международной программы снижения вреда (International Harm Reduction Program) Института «Открытое общество».

Джефф Хувер — издатель и автор, работает в Нью-Йорке; также выполняет функции веб-редактора в Отделе внешних связей Института «Открытое общество».

Анна Александрова (магистр права) — учащаяся кафедры права и политологии в России, работает в области профилактики ВИЧ/СПИДа в регионе ССВ/ННГ с 1997 г.

Фатальные нарушения: посягательства на права потребителей наркотиков в эпоху ВИЧ/СПИДа

Джоан Чете и Джонатан Коэн*

Вступление

Эпидемия ВИЧ/СПИДа приобрела значительно более серьезные масштабы, чем можно было предполагать в то время, когда был только открыт вирус, ее вызывающий. По некоторым оценкам, сотни миллионов человек могут умереть, прежде чем над эпидемией удастся установить контроль. В большинстве частей мира, группы, затронутые ВИЧ/СПИДом, например, секс-работники, мужчины, имеющие секс с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков, заключенные и переселенцы — это люди, которые начали подвергаться социальной маргинализации и дискриминации задолго до начала эпохи СПИДа. Уже в начале эпидемии стало очевидно, что дискриминация и другие нарушения, с которыми сталкиваются люди, подвергающиеся наиболее высокому риску ВИЧ, затрудняют деятельность правительства и частного сектора, направленную на обеспечение контроля над заболеванием.

Для потребителей инъекционных наркотиков стигма и дискриминация часто принимают форму интенсивной криминализации и демонизации. Во многих странах мира законы о наркотических средствах, глубокое общественное неприятие по отношению к потребителям наркотиков стимулируется законами о наркотических средствах, которые невозможно осуществить на практике, не нарушая права потребителей инъекционных наркотиков. Страны, признающие, что зависимость от наркотических средств является заболеванием и пытающиеся лечить ее с помощью гуманных подходов, основанных на здравоохранении, а не бороться с ней карательными мерами, к сожалению, остаются в меньшинстве. Данная статья посвящена нарушениям прав человека, с которыми сталкиваются потребители наркотиков: центральное внимание в ней уделяется конкретным нарушениям международных норм, защищающих права человека, а также деятельности, которая может способствовать предотвращению таких нарушений.

Предыстория

Высокий процент новых случаев ВИЧ, ежегодно регистрируемых во всем мире, связан с употреблением инъекционных наркотиков; в некоторых регионах, эти показатели достигают крайне высоких уровней. В одних только странах бывшего Советского Союза и Восточной Европы, по оценкам, проживает 4 миллиона потребителей инъекционных наркотиков, а во многих странах потребители инъекционных наркотиков составляют более 70% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.¹ Неудивительно, что данный

регион обогнал все прочие части мира по темпам развития эпидемии СПИДа; распространение ВИЧ потребителей инъекционных наркотиков может происходить крайне быстро. Всего два года назад поступили сообщения о том, что 90% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в России являются потребителями инъекционных наркотиков.² По данным отчета, подготовленного в сентябре 2003 г., доля новых случаев ВИЧ в России среди потребителей наркотиков составляет 36% — тревожный знак, свидетельствующий о том, что эпидемия проникла и в широкие слои населения.³ В Соединенных Штатах в 2002 г. около 28% новых случаев ВИЧ были прямо или косвенно связаны с употреблением инъекционных наркотиков.⁴ В Китае употребление инъекционных наркотиков, по оценкам, является основным путем передачи ВИЧ.⁵

Испытанные и доступные с материальной точки зрения услуги по снижению вреда, в том числе передачи ВИЧ, хорошо известны. Программы обмена шприцев и заместительной терапии метадонотерапией или бупренорфином являются центральным элементом деятельности по профилактике ВИЧ в странах Западной Европы и некоторых других странах, практикующих гуманное обращение с потребителями наркотиков. Специалисты в области здравоохранения в целом сходятся на том, что такие программы являются крайне эффективным, в том числе с экономической точки зрения, средством профилактики ВИЧ и предупреждения иного вреда, связанного с наркотиками. Даже в США, где действует официальный запрет на федеральное финансирование обмена шприцев, из федерального бюджета были выделены средства для проведения восьми исследований, продемонстрировавших, что обмен шприцев эффективно снижает вред, связанный с наркотиками, ни в какой форме не поощряя употребление наркотиков.

Несмотря на это, во всем мире доступ потребителей наркотиков к подобным услугам весьма ограничен. В широко цитируемом отчете, выпущенном в мае 2003 г., Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ (Global HIV Prevention Working Group) подсчитала, что только 11% потребителей инъекционных наркотиков в СНГ и Восточной Европе имеют доступ к таким программам снижения вреда, как обмен шприцев.⁶ Исследование Сети снижения вреда Центральной и Восточной Европы 2002 г., охватившее двадцать семь стран, показало, что из одиннадцати стран Восточной Европы и СНГ, где потребители наркотиков составляют более двух третей людей со СПИДом, в семи заместительная терапия запрещена. В связи с этим возникает вопрос о том, является ли недостаточно эффективным использование этих жизненно важных услуг в странах, где они предоставляются, следствием нарушений прав человека, с которыми сталкиваются потребители наркотиков, и является ли отсутствие таких услуг в других странах результатом стигматизации потребителей.

Нарушение прав потребителей инъекционных наркотиков

Разнообразие нарушений, совершаемых безнаказанно

Потребители наркотиков сталкиваются с многочисленными и разнообразными нарушениями прав человека, некоторые из которых проистекают из законов, не признающих их прав, другие — из неприятия потребителей обществом, третьи связаны и с тем, и с другим. Во многих странах закон предусматривает возможность ареста потребителей за хранение или употребление наркотиков в очень маленьких количествах. Когда потребители оказываются под арестом, зависимость от наркотиков может использоваться, чтобы вынудить у них ложные показания — иногда способы, применяемые для

этого, могут быть приравнены к пыткам. Потребители наркотиков являются подходящей мишенью для предъявления ложных обвинений. Чаще, чем другим задержанным, им отказывают во многих элементах правовых процедур, в том числе в доступе к государственному адвокату. В 2002 г. правозащитная организация «Хьюман Райтс Вотч» (Human Rights Watch) провела беседы с большим числом потребителей наркотиков, рассказавших о собственном опыте подобных нарушений в Казахстане. В Шымкенте Абделькасим Бекжанов, которому тогда был сорок один год, рассказал нам, что после ареста подвергся избиению со стороны милиции, однако решил не подавать жалобы после того, как сотрудники милиции стали давать ему героин.

«Деревянной дубинкой били. Ноги вот так заставляли расставлять широко. У меня синяки были, хотел жалобу прокурору написать, а мне говорят: «Все равно никуда не денешься». Потом героин стали приносить, чтобы я не жаловался, чтобы не больно было, чтобы с иглы не соскочил. Я и заткнулся».⁷

Некоторые казахстанские потребители также рассказали, что их заставляли брать на себя ограбления и другие преступления. Бывший потребитель, Нурали Аманжолов, в настоящее время президент организации, оказывающей поддержку людям со СПИДом, в Казахстане, рассказал «Хьюман Райтс Вотч»:

«Когда наркомана побьют и он на все согласен, ему предлагают конкретное преступление. Если он возьмет на себя, скажем, ограбление, по которому уже отсидел, — говорят: «Возьми еще и то-то». На суде он будет готов взять еще больше, потому что к тому времени его еще пару дней крепко поколотят». Годом больше или меньше — разница для него небольшая».⁸

Во многих странах коррупция, которая глубоко укоренилась в полицейских органах и исправительных учреждениях, вовлеченных в «войну с наркотиками», делает реформу правоохранительной практики далекой мечтой. Президент Института «Открытое общество» Арье Найер отмечает, что коррупция в рядах людей, чья задача состоит в практическом применении репрессивных законов о наркотиках во многих странах, практически неизбежна:

«Горький опыт работы во всех частях мира научил нас, что проводить в жизнь уголовные законы по борьбе с наркотиками без обширной коррупции и серьезных нарушений прав человека крайне сложно, а может быть даже и невозможно. Коррупция непосредственно связана с усилиями по обеспечению соблюдения таких законов. Из-за риска связанного с правоохранительной деятельностью, наркоторговцы поднимают цены на свой товар, вследствие чего деньги, которые обращаются в наркоторговле, становятся соблазнительным объектом для взяточничества и вымогательства. Кроме того, существует связь между нарушением прав человека и коррупцией. Поглощенные охотой за наживой, сотрудники правоохранительных органов особенно склонны совершать такие нарушения».⁹

Работа «Хьюман Райтс Вотч» в Казахстане, Бангладеш и других регионах подтверждает это наблюдение. В Казахстане многие потребители инъекционных наркотиков сообщили, что, по мнению милиции, потребители наркотиков легко могут достать крупные денежные суммы, и поэтому сотрудники милиции часто предлагают добиться для них смягчения приговоров или других послаблений за взятки.¹⁰ В Бангладеш сочетание относительной безнаказанности низкооплачиваемой полиции и общего негативного отношения общества к потребителям наркотиков создает идеальные условия для вымогательств со стороны полиции. Многие потребители рассказывали, что

полицейские угрожали им насилием или длительным заключением, если они не дадут им взятки.¹¹ Коррупционность полиции и ее участие в наркоторговле, очевидно, делают создание менее карательного и репрессивного законодательства в отношении наркотиков мало реалистичной задачей.

Существуют и более явные примеры нарушений прав человека в отношении потребителей наркотиков, которые часто совершаются под предлогом непримиримой борьбы с наркодилерами. В феврале 2003 г. премьер-министр Таиланда объявил о начале «войны с наркотиками», в результате которой 2200 мнимых торговцев наркотиками были убиты без суда.¹³ Многие из них, скорее всего, были простыми потребителями, непричастными к торговле. Министр внутренних дел Таиланда Нурмухаммад Мата не пытался представить намерения правительства в ложном свете: приводятся следующие его высказывания в отношении наркоторговцев: «Либо они окажутся за решеткой, либо исчезнут без следа. Кому есть дело до них. Они разрушают нашу страну».¹³ Как утверждают местные активисты правозащитного движения, по имеющимся сведениям, центральное правительство применяло крайние меры давления на местных чиновников, требуя от них составлять списки преступников, нарушивших законы о наркотиках, и принуждая их в кратчайшие сроки «позаботиться» о людях, попавших в эти списки. ООН по-прежнему высоко превозносит Таиланд за достигнутые им успехи в борьбе со СПИДом и выступает за то, чтобы именно столица Таиланда Бангкок стала местом проведения Международной конференции по СПИДу в 2004 г.¹⁴ «Хьюман Райтс Вотч» также недавно задокументировала случаи бесчеловечного обращения с потребителями наркотиков в Китае, где в разгар тщательно замалчиваемой эпидемии СПИДа в стране реакцией на наркозависимость стали принудительный труд и «социальное перевоспитание».¹⁵

Одним из явных последствий «драконовских» антинаркотических законов и преследований наркопотребителей правоохранительными органами стало то, что во многих странах большая доля потребителей содержится в государственных исправительных учреждениях, и в некоторых странах высокий процент заключенных в тюрьмах и следственных изоляторах составляют потребители наркотиков.

Доступ к услугам по профилактике ВИЧ

Даже если нарушения в отношении потребителей инъекционных наркотиков не принимают такую крайнюю форму, как в Таиланде или Китае, они, несомненно, создают серьезное препятствие для предоставления услуг по профилактике ВИЧ потребителям наркотиков. Зачастую потребители наркотиков, подвергающиеся социальной стигме, не проявляют большой охоты пользоваться такими услугами, как обмен игл, предоставляемых им государственными учреждениями или даже организациями частного сектора. В некоторых странах нарушению прав, прежде всего, со стороны правоохранительных органов - подвергаются даже сами работники программ обмена игл, а услуги по снижению вреда и заместительному лечению, как упоминалось выше, остаются нелегальными во многих юрисдикциях.

«Хьюман Райтс Вотч» задокументировала примеры, когда обмены шприцев и другие службы не закрывались официально, однако полицейское преследование или угроза полицейского преследования весьма эффективно удерживала потребителей инъекционных наркотиков от использования предоставляемых им жизненно важных услуг. В Канаде - стране, в целом имеющей позитивный опыт поддержки программ снижения вреда, - жесткие меры, предпринимаемые полицией, и регулярные нарушения прав потребителей наркотиков в бедных районах Ванкувера иногда приводят к нежеланию потребителей пользоваться услугами обмена игл.¹⁶ В Бангладеш периодические

аресты аутрич-работников в программах обмена игл в последние годы существенно подорвали работу тех немногих служб, к которым имеют доступ потребители наркотиков.¹⁷ Один потребитель рассказал нам, что такие аресты отпугивают потребителей, не оставляя им иного выбора, кроме совместного использования игл.

В некоторых странах бывшего Советского Союза услуги по снижению вреда становятся все более доступными, однако определенные препятствия сохраняются. В Казахстане работники программ обмена игл рассказали «Хьюман Райтс Вотч», что даже в тех случаях, когда милиция не использует пункты обмена шприцев для выслеживания потребителей наркотиков, страх перед возможными милицейскими облавами, направленными на выполнение плана арестов, периодически приводит к снижению уровня использования услуг, предоставляемых в этих пунктах. К тому же и сами работники пунктов подвергаются преследованиям: в 2002 г. в Алматы милиционеры задержали одного из волонтеров, обнаружив у него буклет, посвященный практикам безопасного употребления инъекционных наркотиков.¹⁸ В России отмечается не менее мрачная ситуация. Федеральный закон «О наркотиках и психотропных веществах» 1998 г. используется сотрудниками правоохранительных органов, чтобы преследовать и задерживать потребителей наркотиков в самых разных ситуациях. По некоторым сведениям, многие потребители избегают пользоваться услугами программ обмена шприцев или центров консультирования по вопросам употребления наркотиков, опасаясь милицейского преследования или ареста.¹⁹

В США, несмотря на то, что само правительство располагает данными, свидетельствующими об эффективности обмена шприцев, соответствующие программы проводятся в относительно скромных масштабах, без поддержки федерального правительства, а во многих штатах вообще запрещены законом. Кроме того, даже там, где программы обмена игл разрешены, действуют законы, которые криминализуют хранение шприцев, что является непреодолимым барьером для безбоязненного использования их услуг потребителями инъекционных наркотиков. В 2003 г. «Хьюман Райтс Вотч» провела исследование в Калифорнии; в этом штате округам разрешено самостоятельно принимать решение о легальности обмена шприцев, что привело к принятию множества, противоречащих друг другу законов и норм, регулирующих эти крайне важные услуги, включая полный запрет в ряде округов. Даже в тех округах, где обмен шприцев легален, потребители наркотиков рассказывают, что зачастую они попадают в замкнутый круг, сталкиваясь с необходимостью выбирать между арестом и защитой от ВИЧ, которую обеспечивает обмен игл. Как рассказал один из опрошенных:

«Многие страшно напуганы, чтобы приходить сюда. Это грустно, из-за этого они говорят: «Да к черту его, этот обмен игл», они и думать перестают о том, чтобы остаться в программе... все потому, что они не хотят прийти сюда, чтобы их тут гоняли. И вот они снова и снова пользуются одними и теми же [шприцами]».²⁰

Как и в пяти других штатах США, в Калифорнии запрещена продажа шприцев в аптеках без медицинского рецепта, хотя введение свободной продажи инструментария повысило доступ потребителей к шприцам в других регионах США.

Коротко говоря, права потребителей инъекционных наркотиков регулярно нарушаются во имя войны с наркотиками - зачастую безнаказанно и нередко при открытой поддержке со стороны общества. «Драконовские» законы о наркотиках и стигматизация потребителей несовместимы с попытками сдержать глобальную эпидемию ВИЧ/СПИДа и реализовать право потребителей наркотиков на защиту своего здоровья и здоровья окружающих от смертельного заболевания.

Международные нормы прав человека и нарушения в отношении потребителей наркотиков

Как и в случае с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, комплекс международных норм, защищающих права человека, никак не выделяет потребителей инъекционных наркотиков в группу, нуждающуюся в особой защите прав, и вообще не упоминает об их существовании. Однако широкий спектр нарушений прав, с которыми сталкиваются потребители наркотиков фактически во всех частях земного шара, может рассматриваться как несоблюдение существующих прав человека, которыми должны обладать все люди.

Так, в соответствии с Международным пактом о гражданских и политических правах (International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR) 1966 г. — договором, ратифицированным многими странами — все люди должны быть защищены от произвольных арестов или заключений. Статья 9 ICCPR предусматривает также, что любой человек, подвергшийся аресту или задержанию в соответствии с законом, должен быть проинформирован о вменяемых ему обвинениях и имеет право на быстрое отправление правосудия. Статья 10 требует гуманно обращаться с задержанными и заключенными, специально оговаривая, что малолетние лица, содержащиеся под стражей, должны содержаться отдельно от совершеннолетних, а осужденные — отдельно от подследственных. Стандарты обращения с заключенными более подробно описаны в Минимальных стандартных правилах обращения с заключенными 1957 г., которые предусматривают обеспечение отдельных помещений для сна, достаточную освещенность, доступ к воде, спортивное оборудование и адекватные санитарно-гигиенические условия, питание и медицинский уход. Статья 22, например, требует переводить больных заключенных, нуждающихся в услугах специалиста в специальные заведения, и предусматривает обеспечение постоянного доступа для всех заключенных к квалифицированному медицинскому персоналу, включая психиатров. В отношении потребителей все эти стандарты часто нарушаются.

Преследование полицией может являться нарушением права на личную безопасность, гарантированного Статьей 9 ICCPR. Некоторые злоупотребления в отношении потребителей инъекционных наркотиков, задокументированные «Хьюман Райтс Вотч» и другими организациями, могут рассматриваться как пытки, запрещенные Статьей 7 ICCPR, а также Конвенцией против пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания 1987 г., еще одного документа, ратифицированного многими странами. Эта конвенция обязывает все государства-участники запретить пытки на уровне внутреннего уголовного законодательства (статья 4) и обеспечить, чтобы информация о запрещении пыток в полной мере включалась в программы подготовки персонала правоохранительных органов (статья 10). Статья 11 требует, чтобы каждое государство-участник «систематически рассматривал правила... допроса, а также содержания под стражей и обращения с лицами, подвергнутыми любой форме ареста, задержания или тюремного заключения... с тем, чтобы не допускать каких-либо случаев пыток».

Право на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» гарантируется Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах (International Covenant of Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR) 1966 г. Отказ в праве на здоровье является широко распространенным нарушением прав человека, с которым сталкиваются потребители инъекционных наркотиков. Политики и

практики, ограничивающие их доступ к услугам снижения вреда и гуманному лечению зависимости, снижают их возможность реализовать свое право на здоровье. Право на здоровье предусматривает право получать услуги в области здоровья без страха наказания, которое невозможно обеспечить при нынешних законах о наркотиках, действующих во многих странах. Как заявил Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам (U. N. Committee on Economic, Social and Cultural Rights), политика, которая «может повлечь... ненужную заболеваемость и смертность, которую можно было бы предотвратить» является нарушением обязанности правительства соблюдать право на здоровье. Политика, затрудняющая доступ к чистым шприцам и метадону, подпадает под это определение комитета.

Кроме того, запрет на доступ к чистым шприцам или заместительной терапии является дискриминацией потребителей наркотиков как класса лиц с четко выраженным расстройством или потерей трудоспособности. Если бы закон отказал в доступе к шприцам или препаратам инсулинозависимым пациентам, это была бы та же самая форма дискриминации, однако никто не считал бы ее приемлемой. Право на здоровье, присущее всем людям, должно осуществляться в недискриминационной форме; все люди имеют право на свободу от дискриминации по инвалидности или физическим расстройствам.

Права потребителей на адекватное жилье (статья 11 ICESCR), свободу от дискриминации на рабочем месте (статья 7 ICESCR и антидискриминационные положения многих документов), недискриминационный доступ к учебным заведениям (статья 13 ICESCR) и системам социального обеспечения, включая социальное страхование (статья 9 ICESCR) также регулярно нарушаются во многих странах. Стигма и дискриминация потребителей наркотиков, практикующиеся во многих частях мира, являются явными нарушениями многих норм прав человека.

Влияние договоров ООН о наркотиках

Ситуация с правами потребителей наркотиков в контексте международного права осложнена существованием договоров ООН о международном контроле за наркотическими средствами, которые имеют силу международного права и во многих отношениях снижают возможность защиты прав потребителей наркотиков. Политические соображения, оправдывающие криминализацию потребителей и отдающие ей предпочтение перед предоставлением им гуманитарных услуг по охране здоровья, опираются на три конвенции Организации объединенных наций. Конвенции, ратифицированные в 1961 г. (Единая конвенция о наркотических средствах), 1971 г. (Конвенция о психотропных веществах) и 1988 г. (Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ) формируют основу международной координации политик контроля за наркотическими средствами. Эти договоры ратифицированы многими государствами, в том числе всеми странами Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза, а также Соединенными Штатами. Две конвенции были разработаны и приняты еще до возникновения эпидемии ВИЧ/СПИДа, а третья — до эпидемического роста употребления инъекционных наркотиков в мире. Несомненно, в намерения политиков ООН и руководителей национальных правительств не входило препятствовать усилиям, направленным на эффективную борьбу с эпидемией, однако, как ни печально, именно это и стало частью их наследия.

Институт «Открытое общество», который возглавил движение по внедрению снижения вреда во многих странах Восточной Европы и СНГ, пришел к выводу, что космический уровень ВИЧ в этом регионе в большой степени связан с методами, приме-

няемыми правительствами для соблюдения устаревших и закостеневших положений договоров ООН.²¹ Например, в Конвенции 1961 г. метадон классифицируется как наркотик Списка I и, соответственно, доступ к нему должен быть строго ограничен. Некоторые страны используют это положение, чтобы оправдать запрет на использование метадона во всех обстоятельствах, фактически отказывая потребителям инъекционного героина в одном из наиболее эффективных средств снизить вред от употребления наркотиков и делая нелегальным одно из наиболее эффективных средств борьбы с эпидемией СПИДа, связанной с инъекциями.

Конвенция 1988 г. обязывает страны-участники «принимать такие меры, которые могут потребоваться с тем, чтобы признать уголовным преступлением [намеренное хранение запрещенных наркотиков] согласно своему законодательству». Поскольку эта формулировка довольно расплывчата, национальные правительства используют ее, чтобы оправдать широкий спектр репрессивных антинаркотических политик, способствующих маргинализации потребителей наркотиков, и отказ им в жизненно важных услугах по охране здоровья и снижению вреда.²² На Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 1988 г., посвященной запрещенным наркотиками, государства-члены подтвердили положения трех конвенций и договорились работать над достижением «существенных и измеримых результатов» в снижении потребления запрещенных наркотиков к 2008 г. (официальной целью считается снижение уровня потребления на 50%). Большинство независимых наблюдателей выступило с критикой установленного срока, назвав его нереалистичным. Попытка достигнуть этой цели может привести к принятию в ряде стран «драконовских» мер, заранее обреченных на провал, как в отношении снижения употребления запрещенных наркотиков, так и в отношении сдерживания распространения ВИЧ/СПИДа. Комиссия ООН по наркотическим средствам и Управление ООН по наркотикам и преступности никогда не выдвигали идею о пересмотре и внесении поправок в эти конвенции, чтобы они лучше отражали реалии эпохи ВИЧ/СПИДа, а также результаты, достигнутые мерами по снижению вреда.

В последующих документах и официальных заявлениях ООН содержатся некоторые формулировки, которые могут рассматриваться как проявление сочувствия к потребителям наркотиков. Декларация, принятая в июне 2001 г. на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, призывает к проведению «деятельности по снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков», хотя некоторые государства-участники, в частности США, выдвинули свои возражения против прежних формулировок, в которых потребители инъекционных наркотиков причислялись к популяциям, особенно нуждающимся в услугах и медицинском уходе. Международные руководящие принципы ООН по ВИЧ/СПИДу и правам человека 1998 г. призывают страны пересмотреть законы с целью обеспечить легализацию и расширение обмена шприцев, а также внести поправки в законы, криминализирующие хранение и распространение шприцев, однако этот документ не имеет юридической силы норм международного права.

Рекомендации к действию

Обеспечение более надежной защиты прав потребителей инъекционных наркотиков — задача непростая. Неприятие общества по отношению к потребителям наркотиков настолько глубоко, что считается допустимым отказывать потребителям в праве на защиту от ВИЧ. Этот факт выглядит особенно шокирующим, если принять во внимание крупные успехи программ снижения вреда в тех странах, где им разрешено действо-

вать. Потребители наркотиков оказались жертвами жестокой политики моральной предвзятости, которая выражается в отношении: «потребители заслуживают того, что имеют», раз они не способны контролировать себя. И на этом отношении Иоснованы подходы, ориентированные на воздержании и опирающиеся на правоохранительную деятельность, во многих странах. Политическое влияние религиозных фундаменталистов во многих странах, включая США, укрепляет поддержку этих подходов, очевидно идущих вразрез с научными фактами.

Права человека потребителей наркотиков страдают также и в результате попыток политиков отрицать существование ВИЧ/СПИДа во многих частях мира. В тех случаях, когда правительство замалчивает или занижает масштабы ВИЧ/СПИДа в своей стране, возникает острая необходимость в защите прав потребителей наркотиков и организации совместной работы по борьбе с ВИЧ/СПИДом, основанной на взаимном уважении. Правительства Китая и многих стран бывшего Советского Союза, например, не позволяют проводить эпидемиологические исследования в достаточных масштабах, чтобы выявить истинные уровни распространенности ВИЧ. Некоторые государства, в частности многие страны Среднего Востока, предпочитают отрицать существование высоких уровней употребления инъекционных наркотиков в их популяциях.

Как и всегда в случае защиты прав человека, существует острая потребность в политической смелости. Ниже приводятся некоторые шаги, которые должны быть приняты для противодействия глубоко укоренившимся и широко распространенным нарушениям прав, с которыми сталкиваются потребители наркотиков:

Распространение информации о связи между нарушениями прав человека и снижением вреда: Успехи, достигнутые услугами по снижению вреда широко изучены, однако многие политики не уделяют им достаточного внимания. Связь между нарушениями прав человека, эффективностью и успешностью снижения вреда воспринимается как нечто, куда менее очевидное. Услуги снижения вреда представляют собой удачное сочетание программ, эффективных как с точки зрения здравоохранения, так и с экономической точки зрения, и подхода, основанного на уважении к правам человека. Необходимо представлять отчеты, включая экономический анализ, о том, каким образом эти услуги помогают сдерживать ВИЧ и снижать вред, связанный с наркотиками, при этом не нарушая права человека, в такой форме, чтобы они были понятны, как лицам, формирующим политику в данной области, так и широкой обществу.

Лидерство на высшем уровне: В истории ВИЧ/СПИДа множество важных побед было одержано организациями гражданского общества, включая организации людей, живущих со СПИДом. Однако опыт работы в разных странах последовательно демонстрирует, что честное признание всех граней эпидемии ВИЧ/СПИДа, включая ее связь с употреблением инъекционных наркотиков, поистине бесценно для создания условий, в которых программы могут действовать эффективно и достигать обширного охвата. Нет ничего удивительного в том, что политики не желают ассоциироваться с потребителями наркотиков, заключенными, секс-работниками и другими группами, находящимися на передовой линии эпидемии. Однако перед лицом катастрофы, которую несет с собой СПИД, политикам необходимо преодолеть свою трусость и публично признать, что потребители инъекционных наркотиков могут помочь решить проблему СПИДа, если официальные чиновники станут работать с ними на основаниях взаимного уважения.

Международные договоры и заявления органов ООН: Постыдно, что ООН замалчивает вопрос о правах потребителей наркотиков, в частности их права защищать

свое здоровье и здоровье окружающих их людей от ВИЧ/СПИДа и других проблем, угрожающих их жизни. Более чем постыдно, что договоры ООН активно пропагандируют подходы, игнорирующие необходимость защиты прав потребителей. Сейчас, когда ВИЧ/СПИД прокладывает свой смертельный путь по всему миру, ООН должна признать негативные последствия трех конвенций о наркотиках и принять меры по ликвидации этих последствий. Генеральная Ассамблея ООН должна санкционировать пересмотр этих документов, направленный на достижение окончательного согласия в отношении международной стратегии контроля за наркотиками, в котором снижению вреда, связанного с наркотиками, будет отведено одно из первых мест. Ведомства ООН и коспонсоры ЮНЭЙДС (Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу), включая Управление ООН по наркотикам и преступности в Вене, должны взять на себя лидерство в процессе адаптации этих устаревших конвенций к целям и реалиям двадцать первого века. Они должны публично заявить о фатальных последствиях, которые может повлечь за собой отсутствие поддержки мер снижения вреда, и вложить средства в работу по мобилизации стран-участников, которые должны на словах и на деле поддержать эти жизненно важные услуги. ООН должна использовать все свои ресурсы для того, чтобы возглавить отказ глобального сообщества от репрессивной и неэффективной «войны» с наркотиками.

Выводы

С самого начала была установлена особая связь между ВИЧ/СПИДом и правами человека, или их нарушениями. Любое заболевание, которое получило бы название «иммунодефицит, связанный с гееями», не могло не содержать потенциала нарушений прав человека. История ВИЧ/СПИДа во всем мире в большой степени формировалась под влиянием того факта, что люди, первыми и наиболее тяжело пострадавшие от заболевания: секс-работники, потребители инъекционных наркотиков, заключенные и сезонные рабочие - в целом, никогда не пользовались популярностью в политических кругах и во многих случаях не имели своих организаций или сетей взаимной поддержки. То, что именно правозащитная деятельность может помочь мобилизовать общественную поддержку или политическую энергию на высшем уровне для борьбы с заболеванием, охватившем эти популяции, было очевидно с самого начала.

Как ни удивительно, можно отметить стойкую приверженность идее, что защита прав людей, затронутых ВИЧ/СПИДом, является важным элементом борьбы с эпидемией, однако, эта приверженность существует лишь на словах. Шокирующая и прискорбная реальность состоит в том, что вот уже третье десятилетие чудовищных разрушений, которое несет с собой СПИД, подобные призывы остаются пустой риторикой, особенно когда речь идет о правах потребителей инъекционных наркотиков. Задача активистов правозащитного движения и снижения вреда заключается в том, чтобы заполнить брешь между риторикой и реальной ситуацией со СПИДом и правами человека. Если бы неправительственные активисты могли выполнить эту задачу собственными силами, этой брешки уже не существовало бы. Те, кто каждый день своими глазами видят, как услуги по снижению вреда спасают человеческие жизни и какие плоды приносит работа с потребителями наркотиков на основании взаимного уважения, не нуждаются в дополнительном убеждении. Однако необходимы действия правительства, которые невозможны без определенной политической смелости. Остается лишь надеяться, что политические лидеры успеют понять, что посягательства на права человека ведут лишь к росту ВИЧ/СПИДа, прежде, чем будет слишком поздно.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. Central and Eastern European Harm Reduction Network, Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union (Потребители инъекционных наркотиков, лечение и первичный уход в области ВИЧ/СПИДа в странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза), (Vilnius: CEE-HRN, 2002), p. 6.
2. Там же.
3. Transatlantic Partners Against AIDS and EastWest Institute, “On the Frontline of an Epidemic: The Need to Urgency in Russia’s Fight Against AIDS” (На пороге эпидемии: неотложные потребности борьбы со СПИДом в России), New York, September 2003, p. 4.
4. U. S. Centers for Disease Control and Prevention, HIV/AIDS Surveillance Report: U. S. HIV and AIDS cases reported through December 2001 (Отчет об эпиднадзоре за ВИЧ/СПИДом: случаи ВИЧ и СПИДа в США, зафиксированные на декабрь 2001 г.), (vol. 13, no. 2), tables 5, 6, 9, 10.
5. См. краткое описание основных данных в Хьюман Райтс Вотч, Locked doors: The human rights of people living with HIV/AIDS in China (Запертые двери: права людей, живущих с ВИЧ, в Китае), (New York, September 2003), p. x.
6. Global HIV Prevention Working Group, “Global HIV Prevention: Closing the Gap” (Глобальная профилактика ВИЧ: Заполняя пробелы), May 2003, p. x. Available online at http://www.unaids.org/publications/Prevention130503_en.pdf (retrieved September 23, 2003).
7. Human Rights Watch interview, Southern Kazakhstan Regional Drug Center, Shymkent, Kazakhstan, August 23, 2002 (Опрос организации «Хьюман Райтс Вотч», Областной наркологический центр Южного Казахстана, Шымкент, Казахстан, 23 августа 2002 г.).
8. Human Rights Watch interview, Temirtau, Kazakhstan, August 18, 2002 (Опрос организации «Хьюман Райтс Вотч», Темиртау, Казахстан, 18 августа 2002 г.).
9. Aryeh Neier, “Focus on human rights” (Права человека в фокусе), Harm Reduction News, vol. 4, no. 1, Spring 2003 p. 1.
10. Human Rights Watch, Fanning the flames: How human rights abuses are fueling the AIDS epidemic in Kazakhstan (Игра с огнем: Как нарушение прав человека подогревает эпидемию СПИДа в Казахстане), (New York: Human Rights Watch, 2003), pp. 22–24.
11. Human Rights Watch, Ravaging the vulnerable: Abuses against persons at high risk of HIV infection in Bangladesh (Уничтожение уязвимых; насилие против людей, подвергающихся высокому риску ВИЧ-инфекции в Бангладеш), (New York, August 2003), pp. 44–45.
12. Brad Adams, “Thailand’s crackdown: Drug ‘war’ kills democracy too” (Крутые меры в Таиланде: “Война” с наркотиками поражает и демократию), International Herald Tribune, April 24, 2003, p. 8. См. также Aryeh Neier, “The world’s other tyrants still at work” (Иные тираны мира продолжают действовать), New York Times (op-ed), April 7, 2003; Guy Dinmore and Amy Kazmin, “US protests to Thailand over drug war killings” (ООН протестует против убийств в ходе войны с наркотиками в Таиланде), Financial Times, May 8, 2003.
13. Adams, Там же.
14. Ushani Agalawatta, “UN fetes Thai AIDS fight but group protests latest policy” (ООН высоко превозносит Таиланд за борьбу со СПИДом, но население выражает протест против нынешней политики), Inter Press Service, September 20, 2003. Available online at <http://www.ipnews.net/interna.asp?idnews=20193>. Retrieved September 23, 2003.
15. Human Rights Watch, Locked doors: The human rights of people living with AIDS in China (За-

- пертые двери: Права людей, живущих со СПИДом, в Китае), New York, September 2003).
16. Frances Bula, “Vancouver police thwart attempt to help addicts: Closing a sidewalk needle exchange shakes coalition of civic agencies” (Полиция Ванкувера пресекает попытки помочь наркозависимым: закрытие уличного пункта обмена игл вызывает шок у гражданских организаций), Vancouver Sun, June 6, 2002; Human Rights Watch, *Abusing the user: Police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver* (New York, May 2003).
 17. *Ravaging the vulnerable* (Уничтожение уязвимых), p. 46.
 18. *Fanning the flames* (Игра с огнем), pp. 32–33.
 19. *Transatlantic Partners Against AIDS*, p. 14.
 20. Human Rights Watch, *Injecting reason: Human rights and HIV prevention for injection drug users—California, a case study* (Причины инъекционного употребления наркотиков: Права человека и профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков — Калифорния, анализ примеров), (New York, September 2003), p. 24.
 21. K. Malinowska-Sempruch, J. Hoover and A. Alexandrova. *Unintended consequences: Drug policies fuel the HIV epidemic in Russia and Ukraine* (Непредвиденные последствия: Наркополитики подогревают эпидемию ВИЧ в России и Украине), (New York: Open Society Institute, 2003).
 22. Там же.

*Джоан Чете — директор Программы по ВИЧ/СПИДу организации «Хьюман Райтс Вотч». Работала в программах здравоохранения в Африке более десяти лет, до этого выполняла функции руководителя отдела планирования политики и программ ЮНИСЕФ.

Джонатан Коэн работает исследователем в Программе по ВИЧ/СПИДу организации «Хьюман Райтс Вотч». Ранее работал секретарем Верховного суда Канады, где задокументировал множество дел о нарушении прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа.

Информация от активных и бывших потребителей инъекционных наркотиков о поведении, связанном с риском ВИЧ, во время тюремного заключения

Дженнифер Дж. Кларк (доктор медицины)*, Майкл Д. Штайн (доктор медицины)* **, Люси Ханна (магистр естественных наук)*, Минди Собота (магистр философии)* и Джосая Д. Рич (доктор медицины, магистр философии)*

В американских тюрьмах растет число заключенных, осужденных за преступления, связанные с наркотиками. Эта популяция подвергается высокому риску ВИЧ-инфекции и может продолжать практиковать поведение, связанное с риском передачи ВИЧ, в местах лишения свободы. Мы обнаружили, что 31% потребителей инъекционных наркотиков, имеющих опыт тюремного заключения, употребляли запрещенные наркотики во время своего пребывания в исправительных учреждениях, причем около половины из них употребляли инъекционные наркотики. Была выявлена связь между принадлежностью к мужскому полу и числом сроков заключения с одной стороны и употреблением наркотиков в тюрьмах — с другой. Соединенные Штаты должны рассмотреть возможность проведения программ воздействия, нацеленных на заключенных, употребляющих наркотики, таких как программы обмена игл и заместительной терапии метадонем, которые осуществляются в некоторых европейских тюрьмах.

Вступление

Совместное использование игл среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) связано с риском приобретения ВИЧ-инфекции и является важным фактором риска распространения ВИЧ-инфекции среди совершеннолетних заключенных исправительных учреждений.¹⁻³ Большинство ПИН в какой-то момент попадают в исправительные учреждения, и многие ПИН продолжают употреблять запрещенные наркотики и в местах лишения свободы.⁴⁻⁹

Исследования сероконверсии показали, что исправительные учреждения являются местом, где ВИЧ может передаваться через совместное использование игл или небезопасное сексуальное поведение.⁶⁻¹⁰ Среди людей, употребляющих запрещенные наркотики в исправительных учреждениях, зафиксированы высокие уровни совместного использования игл.^{5, 6, 11, 12} В местах лишения свободы появляются новые случаи ВИЧ и, как выяснилось, опыт тюремного заключения является независимым фактором риска

ВИЧ-инфекции среди ПИН. Распространенность ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе в 10,8 раз выше, чем в широких слоях населения.¹³⁻¹⁵

Как показывают национальные данные, популяции исправительных учреждений США увеличиваются и в настоящее время около 2,4% населения США находятся под надзором системы уголовного правосудия: содержатся в исправительных учреждениях (ожидают суда или отбывают приговор) или же проживают на свободе в режиме условно-досрочного освобождения.¹⁶ По сравнению с 1990 г. число заключенных в стране выросло на 72%, причем около 23% совершеннолетних заключенных отбывают наказание за преступления, связанные с наркотиками (хранение, торговля и так далее). 13-17 От 0,6% до 43,1% заключенных в разных исправительных учреждениях разных регионов США имеют опыт употребления.¹³

Несмотря на большое разнообразие практик, связанных с риском ВИЧ, которые имеют место в исправительных учреждениях, в особенности среди людей, имеющих опыт употребления инъекционных наркотиков, недавних американских исследований, посвященных поведению ПИН в местах лишения свободы, не существует. В данном исследовании мы описываем поведение, связанное с риском ВИЧ в период заключения, как с сексуальным риском, так и с риском, возникающим при употреблении запрещенных наркотиков и использовании игл — в когорте потребителей инъекционных наркотиков.

Методы

С июля 1997 г. по май 1998 г. мы производили набор участников в исследование, посвященное уровню использования услуг по охране здоровья среди потребителей инъекционных наркотиков (ProMethIUS). Участники набирались из числа клиентов программы обмена игл (ПОИ) в городе Провиденс (штат Род-Айленд) и «Codac, Inc.» — самой крупной программы заместительной терапии метадонном в Род-Айленде (ПЗТМ). Исследование подробно описано в ряде источников.¹⁸ Критерии приема в исследовании ограничивали круг участников до лиц не моложе 18 лет, владеющих английским языком, не беременных и имеющих опыт употребления инъекционных наркотиков. Участники, набранные из «Codac», проходили курс заместительной терапии в течение не менее 6 месяцев до приема в исследование. Проект исследования был утвержден больницей «Rhode Island Hospital IRB»; от всех участников было получено информированное согласие.

Из-за анонимного характера программ обмена игл, мы приглашали клиентов ПОИ в отдельном пункте исследования. При посещении пункта все клиенты ПОИ предъявляли карточки участников исследования (выданные им координатором ПОИ), проходили токсикологический анализ мочи (для подтверждения употребления героина или кокаина), тестирование на ВИЧ с использованием Orasure, анализ слюны, а также проходили личное интервью с одним из работников исследования.¹⁹ Участники, набранные из ПЗТМ, проходили аналогичное интервью и тестирование с использованием системы «Orasure» в помещении «Codac». Вопросник, использовавшийся в интервью, включал следующие разделы: демографические характеристики, использование услуг по охране здоровья, связанное с риском ВИЧ поведение и опыт заключения. Лица, заполнившие форму оценки исследования, получали 40 долларов США. Информация собиралась в отдельных помещениях четырьмя опытными работницами исследования.

При анализе полученных данных непрерывные переменные сводились к среднему значению, а категориальные переменные — к количественному значению, или

проценту. Одномерные анализы проводились с использованием «Хи-квадрат-тестов» (особой техники, используемой для интерпретации данных) и «Mests», в зависимости от условий. Чтобы определить независимые связи поведения, связанные с риском ВИЧ, и демографическими характеристиками или числом сроков заключения использовался анализ множественной логистической регрессии.

Результаты

Из 472 участников исследования 383 (81%) сообщили, что отбывали заключение один или более раз (Таблица I). Участники, не имевшие опыта заключения, и участники, таковой опыт имевшие, демонстрировали сходные показатели в отношении места набора в исследовании, этнической принадлежности и уровней образования. Группа участников, имевших опыт заключения, дольше употребляла наркотики (среднее число лет употребления наркотиков 17,9 по сравнению с 12,8), была старше (38 лет по сравнению с 35 лет), и имела более высокий процент мужчин (65% по сравнению с 35%), чем группа участников, не имевших опыта заключения. Также среди участников с опытом заключения был отмечен более высокий уровень ВИЧ-инфекции (12% по сравнению с 6%; $p = 0,09$).

	Никогда не отбывали заключение (n=89)	Когда-либо отбывали заключение (n=383)	Величина P	Отношение шансов (95% ДИ)
Число лет употребления наркотиков	12,8	17,9	<0,001	
Средний возраст	35,0	38,3	0,005	
Место набора				
Метадон	49 (55%)	226 (59%)	0,55	0,87 (0,55–1,38)
Обмен игл	40 (45%)	157 (41%)		
Пол				
Мужской	31 (35%)	250 (65%)	<0,001	0,28 (0,18–0,46)
Женский	58 (65%)	133 (35%)		
Расовая/этническая принадлежность				
Представители европеидной расы	72 (81%)	291 (76%)	0,53	1,34 (0,75–2,39) ^a
Афро-американцы	11 (12%)	50 (13%)		
Другие	6 (7%)	42 (11%)		
Образование				
< Среднего	30 (34%)	144 (38%)	0,69	0,84 (0,52–1,37) ^b
Среднее	33 (37%)	142 (37%)		
> Среднего	26 (29%)	97 (25%)		
ВИЧ				
Положительные	5 (6%)	47 (12%)	0,09	2,33 (0,90–6,04)
Отрицательные	83 (94%)	335 (88%)		

^aСоотношение шансов рассчитывалось, исходя из сравнения лиц с образованием < среднего и лиц с образованием > среднего. ^bСоотношение шансов рассчитывалось, исходя из сравнения представителей европеидной расы и других рас.

Демографические характеристики и поведение, связанное с риском ВИЧ, в группе участников, имевших опыт заключения, анализировались с разбивкой по полу (Таблица II). Популяция преимущественно состояла из мужчин (65%). Значимых различий в отношении мест набора в исследовании, уровней образования, ВИЧ-статуса, среднего возраста или средней продолжительности употребления наркотиков между группами мужчин и женщин выявлено не было. Вероятность отбывания наказания не более одного раза оказалась значительно выше среди женщин (32% по сравнению с 16%; $p < 0,001$). Также были выявлены значимые различия в уровнях поведения, связанного с ВИЧ, между группами мужчин и женщин.

	Всего (n=383)	Муж. (n=250)	Жен. (n=133)	Величина P	Отношение шансов (95% ДИ)
Число лет употребления наркотиков	16,3	16,3	16,3	0,96	
Средний возраст	37,1	36,9	37,6	0,48	
Пункт					
Метадон	224	119 (48%)	67 (50%)	0,67	0,90 (0,59–1,36)
Обмен шприцев	159	131 (52%)	66 (50%)		
Число сроков заключения					
1	81	39 (16%)	42 (32%)	<0,001	0,40 (0,24–0,66) ^a
2–4	160	105 (42%)	55 (41%)		
5–10	92	69 (28%)	23 (17%)		
>11	50	37 (15%)	13 (10%)		
Образование					
Ниже среднего	144	97 (30%)	47 (35%)	0,76	1,16 (0,75–1,80) ^b
Среднее	142	92 (37%)	50 (38%)		
Выше среднего	97	61 (24%)	36 (27%)		
ВИЧ					
Положительные	47	31 (12%)	16 (12%)	1,0	0,96 (0,51–1,83)
Отрицательные	335	218 (88%)	117 (88%)		
Рискованное поведение					
Употребление наркотиков в тюрьмах	119	94 (38%)	25 (19%)	<0,001	0,39 (0,23–0,64)
Иньекции в тюрьмах	58	50 (20%)	8 (5%)	<0,001	0,26 (0,12–0,56)
Татуировки в тюрьмах	42	37 (15%)	5 (4%)	<0,001	0,22 (0,09–0,59)
Секс в тюрьмах	12	6 (2%)	6 (5%)	0,35	1,94(0,61–6,13)

^aСоотношение шансов рассчитывалось, исходя из сравнения представителей европеоидной расы и других рас.

^bСоотношение шансов рассчитывалось, исходя из сравнения лиц с образованием < среднего и лиц с образованием > среднего.

В целом, 31% когорты употребляли наркотики в исправительных учреждениях: об употреблении наркотиков в период заключения сообщили 38% мужчин и 19% женщин (Таблица II). На вопрос о том, употребляли ли они инъекционные наркотики в период заключения, 15% (то есть 49% употреблявших запрещенные наркотики) группы ответили утвердительно: об инъекциях в тюрьмах сообщили 20% мужчин и 6% женщин.

Таблица III. Демографические характеристики и рискованное поведение: разбивка по числу сроков заключения				
	Отбывавшие один срок заключения (n=81)	Отбывавшие более одного срока заключения (n=302)	Величина <i>P</i>	Отношение шансов (95% ДИ)
Пункт				
Метадон	47 (21%)	177 (79%)	0,8	0,92 (0,56–1,50)
Обмен шприцев	34 (21%)	125 (79%)		
Пол				
Мужской	39 (48%)	211 (70%)	<0,001	0,40 (0,24–0,66)
Женский	42 (52%)	91 (30%)		
Расовая/этническая принадлежность				
Представители европеоидной расы	7 (9%)	43 (14%)	0,30	1,67 (0,89–3,13)a
Афро-американцы	67 (83%)	224 (74%)		
Другие	7 (9%)	35 (12%)		
Образование				
Ниже среднего	30 (34%)	144 (38%)	0,69	0,85 (0,51–1,42)b
Среднее	33 (37%)	142 (37%)		
Выше среднего	26 (29%)	97 (25%)		
ВИЧ				
Положительные	4 (5%)	43 (14%)	0,02	3,21 (1,12–9,22)
Отрицательные	77 (95%)	258 (86%)		
Рискованное поведение				
Употребление наркотиков в тюрьмах	11 (14%)	108 (33%)	<0,001	3,56 (1,81–7,01)
Иньекции в тюрьмах	4 (5%)	54 (18%)	0,003	4,19 (1,47–11,95)
Татуировки в тюрьмах	3 (4%)	39 (13%)	0,02	0,26 (0,08–0,86)
Секс в тюрьмах	1 (1%)	11 (4%)	0,47	3,03 (0,39–23,86)

^aСоотношение шансов рассчитывалось, исходя из сравнения представителей европеоидной расы и других рас.

^bСоотношение шансов рассчитывалось, исходя из сравнения лиц с образованием < среднего и лиц с образованием > среднего.

Татуировки и сексуальная активность в исправительных учреждениях были значительно менее распространены: об этих практиках сообщали всего 11 и 3% соответственно (Таблица II). Мужчины значительно чаще сообщали о татуировках, чем женщины (15% по сравнению с 4%; $p < 0,001$), в то время как существенных различий в уровнях сексуальной активности среди мужчин и среди женщин выявлено не было (5% по сравнению с 2%; $p = 0,41$).

Полученные данные были также разбиты по числу сроков заключения (Таблица III). Среди женщин процент отбывавших заключение один раз был значительно выше, чем среди мужчин. И, напротив, 42% мужчин по сравнению с 27% женщин отбывали заключение пять или более раз. Об употреблении каких-либо запрещенных наркотиков чаще сообщали участники, отбывавшие заключение более одного раза (14% по сравнению с 33%); примерно такая же разница была выявлена в сообщениях об употреблении инъекционных наркотиков (5% по сравнению с 18%). О татуировках и сексуальной активности также чаще сообщали участники, отбывавшие заключение более одного раза.

Распространенность ВИЧ-инфекции была выше среди отбывавших заключение более одного раза, чем среди отбывавших заключение только один раз (14% по сравнению с 5%; $p = 0.02$), в то время как общая распространенность ВИЧ составляла 12%.

Существенных различий в распространенности употребления наркотиков в исправительных учреждениях между группами участников с разным ВИЧ-статусом выявлено не было (32% среди инфицированных по сравнению с 31% среди неинфицированных). То же самое относится и к употреблению инъекционных наркотиков (19% среди ВИЧ-серопозитивных и 15% среди ВИЧ-серонегативных; $p = 0.39$).

Значимая связь была выявлена между принадлежностью к мужскому полу и большим числом сроков заключения с одной стороны и употреблением наркотиков в исправительных учреждениях — с другой. При разбивке по числу сроков заключения, вероятность употребления наркотиков тем или иным путем оказалась в 2,3 (95% ДИ 1,4–3,8) раза выше, а вероятность употребления инъекционных наркотиков в 3,4 раза (95% ДИ 1,6–7,6) выше среди мужчин, чем среди женщин. При разбивке по полу вероятность употребления наркотиков тем или иным путем оказалась в 3,1 (95% ДИ 1,6–6,2) раза выше, а вероятность употребления инъекционных наркотиков в 3,4 (95% ДИ 1,1–9,9) раза выше среди отбывавших заключение более одного раза, чем среди отбывавших заключение только один раз.

Выводы

Высокий процент (81%) ПИН когда-либо отбывали заключение, что соответствует результатам других исследований в когортах американских ПИН.¹³

Уровни рискованного поведения, связанного с употреблением инъекционных наркотиков, среди заключенных, принимавших участие в нашем исследовании, были близки к уровням, зафиксированным в Канаде, Европе и других американских когортах. В своем исследовании среди ПИН в Берлине (Германия) Мюллер получил следующие результаты: 68% ПИН когда-либо отбывали срок в тюремном заключении; 48% сообщали об употреблении инъекционных наркотиков в местах лишения свободы; 75% из них совместно использовали иглы; распространенность ВИЧ достигала 18%.¹¹ Более низкие уровни употребления инъекционных наркотиков в местах лишения свободы были зафиксированы в Квебеке (Канада).³ Канадское исследование обнаружило, что 9% мужчин и 11% женщин-ПИН употребляли инъекционные наркотики в тюрьмах. В выборках из Эдинбурга (Шотландия) 80% мужчин и 59% женщин-ПИН имели опыт заключения, что соответствует результатам нашего исследования.²⁰ В Эдинбурге 19% отбывавших заключение в течение последних 6 месяцев делали инъекции в местах лишения свободы, а вероятность ВИЧ-положительного статуса среди отбывавших заключение более одного раза была в 4,6 раз выше (серораспространенность — 19,7%). По данным американского исследования среди заключенных в Теннесси, 28% заключенных сообщали об употреблении инъекционных наркотиков в период заключения.⁷ Уровень, зафиксированный нашим исследованием, ниже, однако исследование в Теннесси проводилось на раннем этапе эпидемии ВИЧ/СПИДа до того, как стали проводиться широкомасштабные программы просвещения в области риска, связанного с совместным использованием игл.

Разница в уровнях употребления инъекционных наркотиков, о которых сообщают разные исследования, может быть результатом неравномерного доступа к наркотикам и инъекционному оборудованию, а также может отражать различия в продолжительности сроков заключения. Так или иначе, употребление инъекционных наркотиков

в исправительных учреждениях, несомненно, достигает опасно высоких уровней. Это заключение открывает весьма мрачные перспективы, учитывая высокие уровни ВИЧ-инфекции, выявленные в исправительных учреждениях, в особенности среди заключенных, имеющих опыт употребления инъекционных наркотиков, хотя уровни передачи ВИЧ среди заключенных через сексуальные контакты или совместное использование игл, в США, по сообщениям, остаются низкими.²¹⁻²³

Хотя мы не задавали нашим участникам вопросов о совместном использовании игл в местах лишения свободы, мы предполагаем, что эта практика весьма распространена, поскольку доступ к иглам в американских исправительных учреждениях явно ограничен. К тому же большая часть исследований, о которых упоминалось выше, показывают, что большинство людей, употребляющих инъекционные наркотики в заключении, практикуют совместное использование игл.^{3, 4, 6, 9, 24}

Мы были удивлены, обнаружив, что всего 3,1% исследуемой популяции сообщали о сексуальных контактах в местах лишения свободы. Столь низкий уровень соответствует результатам некоторых из европейских исследований, однако исследование в Теннесси выявило значительно более высокие показатели: 18% участников этого исследования сообщали о сексуальной активности в период заключения.⁷ В исследовании Карвелла и соавт. (Carvell et al.), 9,5% заключенных мужского пола сообщали о сексуальной активности в период заключения.⁴ Можно привести несколько возможных объяснений низкого уровня сексуальной активности, зафиксированного нашим исследованием. Во-первых, он может отражать реальный уровень сексуальной активности среди заключенных. Во-вторых, участники могли занижать сведения о сексуальной активности, хотя наша когорта сообщала о высоких уровнях употребления наркотиков и недавних сексуальных контактах (в таблицах эти данные не отображены). Неточности в сообщениях могли быть связаны с половой разницей участников и интервьюеров — все интервьюеры в нашем исследовании были женщинами. И, наконец, возможно, что для людей, имеющих опыт употребления инъекционных наркотиков, характерны более низкие уровни сексуальной активности в период заключения, чем для людей, не имеющих такого опыта, которые принимали участие в других исследованиях.

Гендерные различия в сообщениях об опыте заключения и употребления наркотиков в исправительных учреждениях соответствуют результатам предшествующих исследований и могут рассматриваться как отражение различия в рискованном поведении, характерном для женщин и мужчин. Кроме того, тот факт, что 38% мужчин и 19% женщин сообщают об употреблении наркотиков в исправительных учреждениях может отражать разницу в доступности наркотиков в разных учреждениях, степени тяжести наркозависимости или же различия в рискованном поведении до или во время заключения.

Была выявлена связь между большим числом сроков заключения и более высокими уровнями употребления инъекционных наркотиков в тюрьмах. Число сроков заключения может служить индикатором рискованного поведения и степени тяжести наркозависимости или общей длительности периода времени, проведенного в заключении. Более длительное пребывание в исправительном учреждении, как правило, повышает вероятность употребления наркотиков в период заключения. Кроме того, большее число сроков заключения может вести к более частому возникновению абстинентного синдрома, а значит и более высокой вероятности употребления наркотиков в период заключения.

Несколько факторов ограничивают точность полученных нами результатов. Во-первых, исследование было основано на самоотчетах, и мы не располагаем данными о продолжительности заключения. Например, одни участники дважды отбывали трехдневные сроки заключения, в то время как другие отбывали один пятилетний и один

двухлетний срок: при анализе и те, и другие рассматривались как отбывавшие два срока заключения, в то время как их общее время пребывания в местах лишения свободы существенно различалось (6 дней и 7 лет). Точно также, мы не проводили проверки сведений о заключении, хотя наши участники не имели никаких причин сообщать об опыте заключения, если они его не имели. Это одна из причин, почему при анализе опыта заключения мы решили разбить наших участников на группы отбывавших заключения один раз и отбывавших заключение более одного раза. Кроме того, мы не расспрашивали наших участников о частоте употребления наркотиков в период заключения. Также необходимо учесть, что популяция, в которой мы проводили исследование, может отличаться от популяций потребителей инъекционных наркотиков и от местных ПИН, не являвшихся клиентами программы обмена шприцев или заместительной терапии. И наконец, мы не собирали данных о временных соотношениях заключения и употребления наркотиков. Другими словами, нам неизвестно, начал ли кто-либо из участников употреблять наркотики именно в период заключения. В одном шотландском исследовании специалисты обнаружили, что 6% заключенных впервые попробовали инъекционные наркотики в период заключения.²⁵

Несмотря на усилия, предпринимаемые исправительными учреждениями, употребление запрещенных наркотиков продолжается и в период заключения. Было выявлено несколько факторов, влияющих на употребление наркотиков и совместное использование игл в местах лишения свободы: 1) прием метадона, прерванный при поступлении в исправительное учреждение; 2) более старший возраст; 3) большее число сроков заключения; 4) более долгосрочное заключение; 5) мужской пол.²⁵ Потребители инъекционных наркотиков могут изменять свое поведение и снижать уровни совместного использования игл и передачи ВИЧ — как за пределами, так и внутри исправительных учреждений,^{26, 27} однако, точно так же ПИН могут и повышать уровень совместного использования игл в исправительных учреждениях.^{11, 28}

В 1994 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) призвала к внедрению программ обмена игл в исправительных учреждениях для снижения распространения ВИЧ.²⁹ Совет Европы (1986 г.) и ВОЗ также заявили о том, что необходимо рассмотреть возможность выдачи презервативов и одноразовых игл и шприцев заключенным, содержащимся в исправительных учреждениях.²⁹ Эти рекомендации не были выполнены в широком масштабе. Более приемлемыми могут оказаться другие программы, такие как заместительная терапия метадонем и реабилитация от наркозависимости.³⁰ Эти возможности нуждаются в дополнительных исследованиях, учитывая высокий риск передачи и высокую распространенность ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях.

БЛАГОДАРНОСТИ

Исследование осуществлялось при поддержке NIDA RO1-DA-10567.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Schoenbaum EE, Hartel D, Selwyn PA, Klein RS, Davenny K, Rogers M, Feiner C, Friedland G: Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users (Факторы риска вируса иммунодефицита человека среди потребителей внутривенных наркотиков). *N Eng J Med* 1989; 321:874–879

2. Des Jarlais DC, Friedman SR, Choopanya K, Vanichseni S, Ward TP: Internal epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users (Внутренняя эпидемиология ВИЧ и СПИД-а среди потребителей инъекционных наркотиков). *AIDS* 1992; 6:1053–1058
3. Dufour A, Alary M, Poulin C, Allard F, Noel L, Trottier G, Lepine D, Hankins C: Prevalence and risk behaviors for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City (Распространенность и поведенческий риск ВИЧ-инфекции среди заключенных провинциальной тюрьмы в Квебеке). *AIDS* 1996; 10:1009–1015
4. Carvell ALM, Hart GJ: Risk behaviors for HIV infection among drug users in prison (Поведенческий риск ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в исправительных учреждениях). *BMJ* 1990; 300:1383–1384
5. Stark K, Muller R, Wirth D, Bienzle U, Pauli G, Guggenmoos-Holzmann I: Determinants of HIV infection and recent risk behavior among injecting drug users in Berlin by site of recruitment (Детерминанты ВИЧ-инфекции и недавнего рискованного поведения среди потребителей инъекционных наркотиков в Берлине: разбивка по пунктам набора в исследование). *Addiction* 1995; 90:1367–1375
6. Taylor A, Goldberg D, Emslie J, Wrench J, Gruer L, Cameron S, Black J, Davis B, McGregor J, Follett E: Outbreak of HIV in a Scottish prison (Вспышка ВИЧ в шотландских исправительных учреждениях). *BMJ* 1984; 310:289–292
7. Decker MD, Vaughn WK, Brodie JS, Hutcheson RH Jr, Schaffner W: Seroepidemiology of hepatitis B in Tennessee prisoners (Сероэпидемиология гепатита В среди заключенных в штате Теннесси). *J Inf Dis* 1984; 150:450–459
8. Bird AG, Gore SM, Burns SM, Duggie JG: Study of infection with HIV and related risk factors in young offenders' institution (Изучение случаев ВИЧ и соответствующие факторы риска в учреждениях для малолетних преступников). *BMJ* 1993; 307:228–231
9. Lamothe F, Bruneau J, Coates R, Rankin JG, Soto J, Arshinoff R, Brabant M, Vincelette J, Fauvel M: Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection in injection drug users in Montreal and Toronto: A collaborative study (Серораспространенность и факторы риска ВИЧ-1 среди потребителей инъекционных наркотиков в Монреале и Торонто: совместное исследование). *Can Med Assoc J* 1993; 149:945–951
10. Mutter RC, Grimes RM, Labarthe D: Evidence of intraprisson spread of HIV infection (Свидетельства распространения ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях). *Arch Intern Med* 1994; 154:793–795
11. Müller R, Stark K, Guggenmoos-Holzmann I, Wirth D, Bienzle U: Imprisonment: A risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users (Лишение свободы: программы обучения и профилактики для потребителей внутривенных наркотиков, направленные на противодействие факторам риска ВИЧ-инфекции). *AIDS* 1995; 9:183–190
12. Dye S, Isaacs C: Intravenous drug misuse among prison inmates: Implications for the spread of HIV (Злоупотребление внутривенными наркотиками среди заключенных исправительных учреждений: возможность распространения ВИЧ), *BMJ* 1991; 302:1506
13. Polonsky S, Kerr S, Harris B, Gaiter J, Fichtner RR, Kennedy MG: HIV prevention in prisons and jails: Obstacles and opportunities (Профилактика ВИЧ в исправительных учреждениях: препятствия и возможности). *Public Health Rep* 1994; 109:615–625
14. Vlahov D, Brewer F, Munoz A, Hall D, Taylor E, Polk BF: Temporal trends of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection among inmates entering a statewide prison

- system, (Временные тенденции распространения вируса иммунодефицита человека первого типа (ВИЧ-1) среди заключенных, поступающих в национальную пенитенциарную систему) 1985–1987. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1989; 2:283–290
15. Vlahov D, Brewer TF, Castro KG, Narkunas JP, Salive ME, Ullrich J, Munoz A: Prevalence of antibody to HIV–1 among entrants to US correctional facilities (Распространенность антител к ВИЧ-1 среди поступающих в исправительные учреждения в США). *JAMA* 1991; 265:1129–1132
16. CDC: HIV prevention in US correctional system, (Профилактика ВИЧ в исправительной системе США) 1991. *JAMA* 1992; 268:23–24
17. Gilliard D, Beck A: Bureau of justice statistics. Prison and Jail Inmates at Midyear 1997 (Бюро судебной статистики: Ситуация в исправительных учреждениях к середине 1997 года). Washington, DC: U. S. Department of Justice; 1998
18. Stein MD, Hanna L, Natarajan R, Clarke J, Marisi M, Sobota M, Rich J: Alcohol use patterns predict high risk HIV behaviors among active injection drug users (Модели употребления алкоголя служат прогностическим фактором поведения, связанного с высоким риском ВИЧ, среди активных потребителей инъекционных наркотиков). *J Sub Abuse Treatment* 2000;18:359–363
19. Gallo D, George JR, Fitchen JH, Goldstein A, Hindahl MS: Evaluation of a system using oral mucosal transudate for HIV–1 antibody screening and confirmatory testing (Оценка системы использования слезистого трансудата для скрининга на антитела к ВИЧ-1 и контрольного тестирования). *JAMA* 1997; 277:254–258
20. Davies AG, Dominy NJ, Peters A, Bath GE, Burns SM, Richardson AM: HIV in injecting drug users in Edinburgh: Prevalence and correlates (ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Эдинбурге: распространенность и корреляты). *J AIDS* 1995; 8:399–405
21. Brewer TF, Vlahov D, Taylor E, Hall D, Munoz A, Polk BF: Transmission of HIV–1 within a statewide prison system (Передача ВИЧ-1 в государственной пенитенциарной системе). *AIDS* 1988; 2:363–367
22. Horsburgh CR, Jarvis JQ, McArthur T, Ignacio T, Stock P: Seroconversion to human immunodeficiency virus in prison inmates (Сероконверсия вируса иммунодефицита человека среди заключенных исправительных учреждений). *Am J Public Health* 1990; 80:209–210
23. Kelley PW, Redfield RR, Ward DL, Burke DS, Miller RN: Prevalence and incidence of HTLV–III infection in a prison (Распространенность и заболеваемость вирусом HTLV–III в исправительных учреждениях). *JAMA* 1986; 256:2198–2199
24. Power KG, Markova I, Rowlands A, McKee KJ, Anslow PJ, Kilfedder C: Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons (Употребление внутривенных наркотиков и передача ВИЧ среди заключенных шотландских исправительных учреждений). *Br J Addiction* 1992; 87:35–45
25. Bird AG, Gore SM, Cameron S, Ross AJ, Goldberg DJ: Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison (Анонимный эпиднадзор за ВИЧ с выявлением факторов риска в крупнейших исправительных учреждениях Шотландии), Barlinnie. *AIDS* 1995; 9:801–808
26. Booth RE, Watters JK: How effective are risk-reduction interventions targeting injection drug users? (Насколько эффективны программы снижения риска, нацеленные на потребителей инъекционных наркотиков?) *AIDS* 1994; 8:1515–1524

27. Shewan D, Reid M, Macpherson A, Davies JB: HIV infection in prisons: Most drug injectors stop injecting on entry to prison (ВИЧ-инфекция в исправительных учреждениях: большинство потребителей инъекционных наркотиков прекращают инъекции при поступлении в тюрьмы). *BMJ* 1995; 310:1264–1265
28. Shewan D, Gemmell M, Davies JB: Behavioral change among drug injectors in Scottish prisons (Изменения в поведении потребителей инъекционных наркотиков в шотландских исправительных учреждениях), см. *Sci Med* 1994; 39:1585–1586
29. WHO: Global program on AIDS: WHO guidelines on HIV & AIDS in prisons (Глобальная программа по СПИДу: руководящие принципы ВОЗ по ВИЧ и СПИДу в исправительных учреждениях). *World Health Organization/Global Program on AIDS*, Geneva; 1993
30. Dolan K, Wall W, Wodak A: Methadone maintenance reduce injecting in prison (Поддержка метадонном снижает употребление инъекционных наркотиков в тюрьмах). *BMJ* 1996; 312:1163

*Факультеты медицины и общественного здоровья Школы медицины при Университете Брауна (Brown University School of Medicine), Провиденс, штат Род-Айленд.

**Письма следует направлять по адресу: Division of General Internal Medicine, Rhode Island Hospital, 593 Eddy Street, Providence, Rhode Island 02903; e-mail: michael-stein@brown.edu.

Печатается по изданию *Substance Abuse* 22, no. 4 (2001): 209–16 с разрешения издательства.

Бирма и Камбоджа: права человека, социальная дезорганизация и распространение ВИЧ/СПИДа

Крис Бейрер*

Правозащитная деятельность в области СПИДа, которая развивается в том же направлении, что и правозащитное движение в целом, сфокусирована, главным образом, на действиях правительства, явно и преднамеренно ставящих под угрозу неприкосновенность личной жизни, свободу и защиту от дискриминации. Правительство зачастую пренебрегает своими обязательствами, проистекающими из права человека на охрану здоровья и социальную помощь или из необходимости обеспечить возможность более полной реализации прав человека через международное сотрудничество.¹

Лозунг первых кампаний профилактики СПИДа в Соединенных Штатах гласил: «СПИД не выбирает!». К несчастью, это верно лишь отчасти. На самом деле, СПИД *выбирает*. Сегодня уже очевидно, что ВИЧ быстрее всего распространяется в условиях беспорядочной социальной жизни, повальной нищеты и частых нарушений прав человека.² Это касается прежде всего беднейших стран, раздираемых внутренними конфликтами, однако может относиться и к некоторым богатым государствам, например, к Соединенным Штатам, где ВИЧ продолжает распространяться в зонах нищеты и социальной дезорганизации.³

В дискуссиях по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом и правами человека, в центре внимания, как правило, оказывается защита отдельных людей или групп, затронутых заболеванием, от нарушения прав.^{4,5} Отношения между политическими и социальными условиями, в которых часто имеют место нарушения, и распространением ВИЧ, куда менее изучено. Существуют ли свидетельства, позволяющие предположить, что социальная дезорганизация, возникающая в результате гражданских волнений, может повысить уязвимость отдельных стран или групп к распространению ВИЧ/СПИДа?⁶ Если они существуют, значит для обеспечения контроля над эпидемией программам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом может быть полезно направить свои силы на изменение существующей ситуации с правами человека в странах, раздираемых национальными, этническими или политическими конфликтами. Уклонение от этих вопросов может привести к провалу программ, работающих в области ВИЧ/СПИДа.

Стратегии исследований и профилактики ВИЧ/СПИДа сосредоточены, главным образом, на поведении индивидуумов и подверженности групп риску приобретения ВИЧ.^{7,8} Классической единицей анализа является индивидуум и риск приобретения ВИЧ-инфекции, которому он подвергается. Тенденции, характерные для групп риска, выводятся из различных видов поведения, связанных с сероконверсией ВИЧ, а затем переносятся на более обширные популяции. Этот подход имеет как сильные стороны (строгость, четкость, простота анализа), так и очевидные недостатки. Эпидемиология должна направлять деятельность по профилактике и находиться в ее центре. Если политические и социальные факторы препятствуют усилиям по профилактике или

способствуют распространению ВИЧ, значит они должны быть включены в исследовательскую деятельность и программы воздействия. Однако эти факторы редко рассматриваются в медицинской литературе, посвященной общественному здоровью.⁹

Юго-Восточная Азия

Юго-Восточная Азия — один из регионов, наиболее тяжело пострадавших от пандемии ВИЧ, несмотря на относительно недавнее проникновение вируса в регион.¹⁰ До конца 1980-х гг. в Таиланде, Бирме и Малайзии было зафиксировано лишь несколько случаев заболевания. Однако к 1990–1991 гг. в Таиланде было отмечено бурное распространение ВИЧ в гетеросексуальной популяции, а в Бирме — не менее опустошительная эпидемия ВИЧ в обширной популяции потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).¹¹ Начиная примерно с 1992–1993 гг., подобное повышение уровня ВИЧ произошло среди секс-работников и их клиентов в Камбодже.¹² В 1996 г., число случаев ВИЧ в Таиланде достигло, по оценкам, 750 000–900 000 случаев, в Бирме — порядка 500 000, а в Камбодже (население которой составляет всего семь миллионов) — 50 000–90 000 случаев.¹³ Меры, принятые в ответ на эпидемию в Таиланде, весьма впечатляют, и их эффективность подробно и многократно задокументирована.^{14, 15} Данные свидетельствуют о существенном снижении новых случаев ВИЧ, уровня заболеваний, передающихся половым путем, и поведения, связанного с риском ВИЧ.¹⁶ Однако подобных огромных успехов не достигли ни Бирма, ни Камбоджа — страны, соседствующие с Таиландом с западной и восточной стороны. Чтобы понять непрекращающееся распространение ВИЧ в этих двух странах, необходим анализ политических, социальных факторов и ситуация с правами человека. В обеих странах нарушения прав человека играют ключевую роль в стремительном распространении ВИЧ.

Бирма: непрекращающийся конфликт

Бирма находится в состоянии вялотекущей гражданской войны, которая практически не прерывается с тех пор, как в 1949 г. была провозглашена независимость страны от Британии. В 1962 г. через государственный переворот в стране был введен военный режим. «Бирманский путь к социализму», провозглашенный генералом Не Вином, привел к изоляции и обеднению Бирмы, разрушив систему здравоохранения некогда самой развитой в медицинском плане страны в Азии.¹⁷ ООН неоднократно критиковала военную хунту за распространенные нарушения прав человека и жесткое ограничение гражданских свобод. В стране неоднократно происходили гражданские и студенческие восстания против режима Не Вина и сменившего его Государственного совета восстановления закона и порядка, которые неизменно жестоко подавлялись правительством.¹⁸ Последнее крупное восстание

1988 г., однако, привело к проведению в 1990 г. всеобщих выборов, на которых с огромным перевесом победила Национальная лига демократии, во главе с лауреатом нобелевской премии мира Аун Сан Су Чжи. Однако хунта отказалась признать итоги выборов, и многие из избранных лидеров были посажены в тюрьмы, изгнаны из страны или лишены возможности говорить какими-либо иными способами.¹⁹ Несмотря на подписание в 1995–1996 гг. нескольких соглашений о прекращении огня с этническими группами, сражающимися против хунты, Бирма остается в состоянии войны. Ситуация с правами человека в 1996–1997 гг. продолжает ухудшаться.²⁰

Первые программы скрининга на ВИЧ в Бирме были запущены в 1985 г.²¹ Ни одного случая ВИЧ не было зафиксировано вплоть до 1988 г., когда в Рангуне были обнаружены первые ВИЧ-инфицированные потребители инъекционных наркотиков.²² Хотя информация неадекватно задокументирована и мало изучена, мы располагаем достаточно точными данными, чтобы предположить, что с тех пор ВИЧ распространился как в городских, так и в сельских областях, проникнув в большинство бирманских этнических групп и в популяции, которые, как считалось до недавнего времени, подвергаются относительно низкому риску ВИЧ, например, пациентов женских консультаций и добровольных доноров крови.²³ Опираясь на данные дозорного эпиднадзора за ВИЧ, Национальная программа Мьянмы по СПИДу (НПС) в 1995 г. оценила число случаев ВИЧ в стране в 350 000–400 000; Всемирная организация здравоохранения считает, что эта цифра должна быть немного выше (перепись населения не проводилась в Бирме со времени провозглашения независимости: общая численность населения на 1995 г. обычно оценивалась в 43 миллиона человек).^{24, 25}

Как и почему произошла эта катастрофа? Бирма — один из крупнейших производителей запрещенных опиатов в мире, она экспортирует до 40–60% мирового героина.²⁶ С 1988 г., когда к власти пришел Государственный совет восстановления закона и порядка, Бирма также стала одним из крупных потребителем героина.²⁷ В настоящее время, по оценкам НПС, около 1–2% совершеннолетних мужчин и 0,5% совершеннолетних женщин, проживающих в стране, употребляют героин.²⁸ Более ранние оценки НПС, которые были сочтены военными цензорами излишне политически щепетильными, показали, что 4% совершеннолетних мужчин вовлечены в употребление наркотиков. Программа ООН по контролю за наркотиками подсчитала, что в начале 1994 г. от 60 до 70% всех ПИН в Бирме инфицированы ВИЧ.²⁹ В нескольких крупных городах Бирмы были зафиксированы высокие уровни распространенности ВИЧ среди ПИН: 74% в Рангуне, 84% в Мандалае и 91% в Мьиткине, столице штата Качин на границе с Китаем.³⁰

Относительная дешевизна, высокая чистота и широкая доступность героина в Бирме привела к развитию культуры употребления этого наркотика в «чайных домах». В служебных комнатах таких чайных домов работают профессиональные специалисты по инъекциям, которые обслуживают до 50 наркозависимых, приходящих к ним за своей ежедневной дозой. Иглы используются многократно, пока не станут настолько тупыми, что перестают протыкать кожу. В сельских районах ПИН изготавливают инъекционное оборудование собственными руками — такие изделия зачастую используются совместно.³¹ Использование или хранение игл и шприцев запрещено и порой чревато весьма суровыми наказаниями,³² такими, как тюремное заключение, принудительный труд и детоксикация через полное лишение доступа к наркотикам без медицинского вмешательства. «Лечение» наркозависимости основано на тюремной модели, предусматривающей заключение без права обжалования приговора за хранение наркотиков; метадон заключенным недоступен.³³

Распространение ВИЧ среди ПИН выходит за географические границы страны. В китайской провинции Юньнань, граничащей с бирманскими штатами Качин и Шан, зафиксирована самая высокая распространенность ВИЧ в Китае.³⁴ В приграничном районе Китая Жуйли напротив Качина, в 1994 г. 62% ПИН были инфицированы ВИЧ. Большинство этих потребителей наркотиков принадлежали к качинам или ва — основным этническим группам на бирманской стороне границы.³⁵ Похожая ситуация наблюдается и на границе Бирмы с Индией. Штат Манипур переживает одну из наиболее бурных эпидемий ВИЧ в Индии.³⁶ В Бирме штат Чин начал проводить тестирова-

ние ВИЧ лишь в конце 1995 г., однако эти объединенные приграничные эпидемии употребления героина и ВИЧ представляют угрозу для здоровья на уровне региона.

Политический кризис в Бирме оказал влияние на распространение ВИЧ и в некоторых других отношениях. Непрерывная гражданская война в этнических районах Бирмы, в частности в крупном штате Шан, привела к массовым нарушениям прав человека в отношении этнических шанов, включая военное использование граждан как мужского, так и женского пола — для принудительного труда (чаще всего для работы носильщиков).^{37, 38} Жестокое обращение и высокая смертность (вызванная плохим питанием, истощением, избиениями и инфекционными заболеваниями, особенно малярией и диспептическими заболеваниями) подневольных носильщиков вынудила многих шанских мужчин и женщин искать убежища и работы в Таиланде. В результате исчезновения мужчин, примкнувших к мятежным группировкам или забранных на принудительные работы, многие шанские женщины остались без мужей, братьев и отцов. Часто поступают сообщения об изнасилованиях, совершенных служащими войск Государственного совета восстановления закона и порядка,³⁹ кроме того шанские женщины и девушки часто привлекаются в тайскую секс-индустрию.⁴⁰ В публичных домах Северного Таиланда шаны составляют до 40% секс-работников.⁴¹ По сообщениям, уровни распространенности ВИЧ среди таких женщин, составляют от 40 до 60%.⁴² Находясь в Таиланде в статусе нелегальных иммигрантов, они живут в крайне неблагоприятных условиях; страх перед арестом и депортацией может усиливать их нежелание обращаться за медицинской помощью и обучением в области ЗППП и ВИЧ. Многие из них безграмотны: большинство не обладают свободным знанием тайского языка. Задokumentированы случаи нарушения прав человека, включая рабство, изнасилование, физическое насилие - в отношении шанских женщин в Таиланде.⁴³ Несмотря на это, они продолжают приезжать в Таиланд, как и остальные 500 000 бирманских нелегальных работников, что отражает уровень нищеты и насилия в их стране.⁴⁴ Хотя низкий уровень образования и отсутствие доступа к кампаниям по профилактике ВИЧ способствует высокому риску ВИЧ, ключевая причина их уязвимости и подверженности вирусу может быть объяснена социальным хаосом, царящим в их родной стране.

В результате арестов, заключений или эмиграции страна потеряла многих специалистов здравоохранения, что стало еще одним последствием политической ситуации, серьезно влияющим на деятельность в ответ на эпидемию ВИЧ. Особенно сильно пострадали люди с высшим образованием, поскольку студенты (прежде всего медики и санитары) были главными приверженцами демократического движения 1988 г.⁴⁵ Активистов этого движения в огромных количествах заключали в тюрьмы, многие были убиты, а те, кому удалось избежать ареста, были вынуждены бежать в Таиланд и Индию, где остаются и сегодня.

То, что хунта контролирует все обучающие материалы и средства массовой информации, еще один фактор, способствующий высоким уровням ВИЧ-инфекции. Кампании в СМИ, которые проводятся под контролем Государственного совета восстановления закона и порядка, включают некоторые элементы просвещения в области СПИДа. Однако, в целом, они сводятся к плакатам, предупреждающим, что «СПИД убивает». Профилактические меры и идеи снижения вреда фактически отсутствуют. Все обучающие и печатные материалы, включая информацию о профилактике ВИЧ/СПИДа, запрещены в обширной бирманской пенитенциарной системе. Госсовет восстановления закона и порядка не разрешает неправительственным организациям (НПО) — местным или зарубежным — действовать без его разрешения. Нехватка НПО существенно осложняет контроль и уход в области ВИЧ/СПИДа в Бирме. Последнее

время тот факт, что повышение возможностей групп риска и затронутых сообществ является центральным элементом контроля за ВИЧ/СПИДом, воспринимается как нечто неоспоримое,⁴⁶ однако расширение возможностей представляет угрозу для тоталитарных режимов, каковым является Госсовет восстановления закона и порядка. В случае Бирмы это имеет особое значение, поскольку расширение возможностей местных сообществ было одной из ключевых идей бирманского демократического движения, нанесшего решительное поражение хунте на выборах 1990 г.

Хотя для того, чтобы справиться с растущим бременем ВИЧ/СПИДа, Бирме как «наименее развитой» стране, несомненно, будет необходимо международное содействие, политический кризис в стране, вероятно, и дальше будет оставаться серьезным препятствием для профилактики и ухода в области ВИЧ/СПИДа. Попытки справиться с эпидемией в Бирме «вслепую» — в политическом плане — едва ли увенчаются успехом, учитывая политические, социальные и экономические источники этой трагедии.

Камбоджа: цена социального хаоса

В Камбодже отмечена одна из наиболее стремительно развивающихся эпидемий ВИЧ/СПИДа в Азии.⁴⁷ Эпидемия, по-видимому, развивается главным образом через сексуальную передачу вируса, а также распространяется через кровь, продукты крови и медицинские процедуры.⁴⁸ По оценкам Камбоджийского национального комитета профилактики СПИДа, около 2% камбоджийских совершеннолетних инфицированы ВИЧ.⁴⁹ Распространенность ВИЧ среди доноров крови в Пномпени выросла с 0,076% в 1991 г. до 3,62% в 1994 г.⁵⁰

Несмотря на самые активные усилия, которые когда-либо предпринимала ООН, и значительную поддержку со стороны международных доноров и НПО, Камбоджа по-прежнему находится в состоянии войны.⁵¹ Поражение, нанесенное Полпоту вьетнамцами в 1978 г., привело к восстанию красных кхмеров, которые по сей день угрожают камбоджийскому правительству. В настоящее время более двух третей правительственных доходов расходуются на войну.⁵² Кроме того, страна вынуждена добиваться возвращения почти 400 000 беженцев: некоторые из них не могут вернуться домой из-за боев, некоторые из-за мин, некоторые из-за того и другого вместе. В стране по-прежнему происходят нарушения прав человека, включая убийства лидеров оппозиции, журналистов и общественных активистов. В условиях нищеты, массовых внутренних перемещений, распада социальных институтов и разрушения родовых связей, ВИЧ распространяется поистине стремительно.

Каждый месяц до 400 жителей Камбоджи получают увечья или гибнут от взрывов противопехотных мин, которых в Камбодже по расчетам, от 6 до 10 миллионов.⁵³ Лица, получившие увечья, нуждаются в неотложной хирургии и часто в переливании крови. Однако запасы крови далеко не безопасны и не всегда полностью протестированы; немалая часть этих запасов приобретает у профессиональных доноров, принадлежащих к группам высокого риска.⁵⁴ Риск существенно возрастает в связи с тем, что лишь немногие жители страны имеют медицинское образование, с тех пор как красные кхмеры уничтожили большое число специалистов здравоохранения в 1975–1978 гг.⁵⁵ Камбоджа, как и Бирма, потеряла большое количество людей, которые сегодня так необходимы стране для реконструкции и восстановления, а также для предоставления профилактики, лечения и ухода в области ВИЧ.

Кроме того, по сообщениям, все большие масштабы приобретает вовлечение кхмерских женщин и девушек в секс-индустрию.^{56, 57} В этой популяции отмечается вы-

сокая распространенность ВИЧ и низкий уровень использования презервативов. По данным Камбоджийской специальной группы по правам человека стремительно растут и уровни принудительной проституции, физического насилия, изнасилований и убийств таких женщин.

Некоторые данные свидетельствуют о том, что присутствие в стране Переходной администрации ООН в Камбодже (United Nations Transitional Authority in Cambodia, UNTAC) способствовало распространению эпидемии ВИЧ. Местные власти не замедлили обвинить UNTAC в росте ВИЧ-инфекции, хотя это явно чрезмерное упрощение реальной ситуации. Однако нет никаких сомнений, что многочисленные международные войска миротворцев (состоящие, главным образом, из молодых людей) существенно увеличили спрос на сексуальные услуги. Наличные средства, начавшие поступать от них в местные хозяйства после многие лет нищеты и изоляции, безусловно, для многих женщин (а также владельцев и менеджеров публичных домов и торговцев людьми) стали серьезным стимулом, заставившим их обратиться к секс-бизнесу. НПО, работавшие с женщинами, вовлеченными в секс-бизнес, до и во время периода UNTAC, сообщают, что в среднем число клиентов, обслуживаемых секс-работниками за ночь, во время миссии ООН увеличилось вдвое — с 5 до 10 человек.⁵⁸

Несомненно, что некоторые солдаты из этих стран попали в Камбоджу, уже будучи ВИЧ-инфицированными, однако некоторые получили ВИЧ в Камбодже. Исследования среди вернувшихся солдат UNTAC в Уругвае и США выявили у большинства из них ВИЧ подтипа E, который встречается, главным образом, в Юго-Восточной и Центральной Азии.^{59, 60}

Результаты для кхмеров были катастрофическими. Культура кхмеров, в целом, не принимает обратно в общество женщин, которые были секс-работницами. Большое число женщин, которые были вовлечены в торговлю во время миссии UNTAC, сегодня практически не имеют иного выбора, кроме как продолжать заниматься секс-бизнесом. С активизацией азиатского бизнеса в Камбоджи, солдат в стране заменила волна новых клиентов. Сегодня в большинстве районов города, где сосредоточена коммерческая сексуальная деятельность, имеются надписи на китайском, японском, корейском и тайском языках.⁶¹

Эта тенденция не ограничивается Пномпенем, столицей страны. По оценкам сотрудников гуманитарной организации «Врачи без границ», работающих с секс-работниками в речном портовом городе Симрипе (население 12 000 человек), каждый день сексуальные услуги продают около 400 женщин. Уровень использования презервативов остается низким, и большинство женщин не имеют иного выбора, кроме как обслуживать клиентов, которые отказываются пользоваться презервативами. В Симрипе также действует Международный Красный Крест, который оказывает помощь более чем 38 000 возвращающихся на родину беженцев. В стране проживает множество внутренне перемещенных лиц, уже не имеющих надежд на возвращение домой к своим прежним занятиям. Женщины и девушки этой популяции являются легкой добычей для торговцев, продающих их в публичные дома. По сообщениям персонала Красного Креста, профилактика ВИЧ занимает одно из последних мест в списке приоритетов провинций страны. В порядке убывания, эти приоритеты звучат так: поиск пищи, поиск жилья, защита от мин, поиск работы в по-прежнему хрупкой экономике и завершение войны. Профилактика ВИЧ (например, покупка презервативов) может казаться роскошью на фоне этого страшного списка основных неудовлетворенных потребностей.

Заключение

Бирма и Камбоджа не имеют общих границ, и в их новейшей истории существует множество различий. Однако они имеют общую политическую культуру, которая характеризуется насилием и коррупцией государства, хроническим состоянием гражданской войны и стремительными и недавними эпидемиями ВИЧ-инфекции.

Хотя факторы риска, связанного с сексуальной активностью, поведением и употреблением наркотиков, играют важную роль в эпидемиологии и профилактике ВИЧ, политическим и социальным реалиям, подталкивающим распространение ВИЧ и затрудняющим обеспечение контроля над эпидемией, уделяется куда меньшее внимание. Без определенной социальной стабильности и соблюдения прав человека, специализированные программы воздействия (напр., пропаганда использования презервативов) не могут быть эффективны.

Помимо прямых потерь среди гражданского населения во время войны, социальная дезорганизация, вызванная гражданскими волнениями, может оказаться плодородной почвой для более сложных последствий для общественного здоровья. В число стран, где политические репрессии, социальные беспорядки и гражданские волнения способствовали распространению ВИЧ, входят Уганда, Демократическая Республика Конго (бывший Заир), Кения, Руанда, Бурунди и Гаити. Теперь к этой неблагоприятной группе относятся еще и Бирма с Камбоджей. Связь между ВИЧ, политической нестабильностью и нарушениями прав человека в этих условиях не вызывает большого удивления: в этих странах социальные ресурсы, необходимые для здравоохранения, ограничены даже в мирное время. Кроме того, правительства в этих странах зачастую некомпетентны или коррумпированы (или и то и другое вместе), и преследование меньшинств, интеллектуалов, журналистов и образованной элиты является в них общепринятой практикой. Однако, в обильной литературе, посвященной ВИЧ/СПИДу, эти политические реалии слишком редко обсуждаются в дискуссиях об эпидемиологии, национальной уязвимости и барьерах, препятствующих деятельности по профилактике.⁶² Куда чаще исследования сообщают, что в некоей африканской стране, раздираемой военными конфликтами, распространению ВИЧ способствует отсутствие традиции обрезания у мужчин. Они значительно реже сообщают о том, что правительственная цензура разрушает свободную прессу, что широко распространено изнасилование женщин, и виновные часто остаются безнаказанными или что коррумпированность или некомпетентность чиновников ведет к расточению средств, выделяемых донорами на программы здравоохранения. Оценка риска в литературе, посвященной вопросам здравоохранения, как правило, сводится лишь к изучению индивидуального поведения, даже в тех случаях, когда социальные системы являются очевидным барьером для снижения риска.

Программы помощи развивающимся странам и технической поддержки помогают бедным государствам бороться с ВИЧ/СПИДом. Однако те же самые программы поддерживают проблемные режимы и их лидеров, главным образом, обеспечивая международную легитимность режима, находящегося у власти. Поддержка таких режимов неизбежно ведет к сохранению политической и социальной ситуации, провоцирующей вспышки ВИЧ. Бирманская хунта, которая активно стремится обеспечить себе международную легитимность, недавно попыталась привлечь внимание ООН к своей деятельности по защите прав человека, среди прочего, указав на ряд международных агентств и ООН, работающих вместе с ней над осуществлением программ ВИЧ/СПИДа.⁶³ Исследователи и специалисты по профилактике могут добиваться бес-

печения этических стандартов для собственных проектов в таких странах как Бирма, однако на кон поставлены более важные вопросы, затрагивающие этику и права человека. Как отметила Аун Сан Су Чжи, поддержка подобного режима, в какой бы форме она не осуществлялась, неэтична сама по себе.

Сообщество здравоохранения озабочено проблемой прав человека, однако его деятельность по решению этой проблемы традиционно фокусируется на вопросах этики тестирования и консультирования в области ВИЧ, процедурах информированного согласия, дискриминации и конфиденциальности, принудительной или фактической изоляции и заключения ВИЧ-инфицированных, доступа к уходу и прав участников исследований. Всем этим вопросам посвящен большой пласт литературы.⁶⁴ Однако без изучения более обширного правозащитного контекста программ здравоохранения, эти вопросы остаются слишком узкими, чтобы их решение могло иметь хотя бы незначительный реальный эффект. В Бирме гражданам отказывают в свободе слова, праве на объединения, праве на свободную прессу, праве голосовать, праве создавать независимые неправительственные организации; им запрещено критиковать хунту и ее политику.⁶⁵ Задокументированы случаи произвольных арестов, лишения свободы, пыток и казней без суда, совершаемых нынешним бирманским режимом.⁶⁶ Можно ли добиться существенных результатов в защите прав людей со СПИДом, не принимая в расчет общую ситуацию с правами человека при данном режиме? Можно сформулировать вопрос иначе: можно ли ожидать, что политический строй с такими законами и политикой будет уважать права человека как в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, так и в отношении всех остальных — или проводить эффективные программы в области ВИЧ/СПИДа?

Если мы занимаемся такими проблемами, как распространение ВИЧ/СПИДа в странах с нестабильной обстановкой, нам может потребоваться новая парадигма понимания взаимоотношений между программами здравоохранения и политическими реалиями.⁶⁷ Хотя гуманитарная помощь и жесткие этические стандарты международного вмешательства должны оставаться приоритетами, необходимо обеспечить более глубокую интеграцию прав человека и политических реалий в дискуссии и анализ в области здравоохранения. На Азиатско-тихоокеанской встрече по СПИДу 1996 г., прозвучал призыв к деполитизации СПИДа. Возможно, необходимо как раз противоположное: признать и попытаться адекватно отреагировать на то критическое воздействие, которое политическая и социальная реальность оказывает на динамику этого и других заболеваний. Для многих стран наиболее эффективной программой профилактики ВИЧ может стать соблюдение прав человека, которое приходит вместе с миром.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. J. Mann, D. Tarantola, T. Netter (eds.), *AIDS in the World, A Global Report* (СПИД в мире, глобальный отчет), Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992).
2. R. Cohen, L. S. Wiseberg, *Double jeopardy—Threat to Life and Human Rights. Discrimination Against Persons with AIDS* (Двойная опасность — угроза для жизни и прав человека: Дискриминация женщин), (Cambridge, MA: Human Rights Internet, Harvard Law School, 1990).
3. J. A. Kelly, D. A. Murphy, C. D. Washington, et al., “The Effects of HIV/ AIDS Intervention Groups for High-Risk Women in Urban Clinics” (Эффекты деятельности групп воздействия в области ВИЧ/СПИДа среди женщин из групп высокого риска в городских клиниках), *American Journal of Public Health* 84 (1994):1918–1922.

4. Panos Institute, *The 3rd Epidemic. Repercussions of the Fear of AIDS* (Третья эпидемия. Последствия страха перед СПИДом), (London: The Panos Institute, 1990).
5. С. MacKinnon, "Crimes of War, Crimes of Peace" (Преступления войны, преступления мира) in: *On Human Rights, The Oxford Amnesty Lectures 1993* (New York: Basic Books, 1993).
6. Panos Institute, см. пункт 4.
7. С. Beyrer, S. Eiumtrakul, D. Celentano, et al., "Same-Sex Behavior, Sexually Transmitted Diseases, and HIV Risks Among Young Northern Thai Men" (Гомосексуальное поведение, заболевания, передающиеся половым путем и риск ВИЧ среди молодежи в Северном Таиланде), *AIDS* 9 (1995):171–176.
8. С. Beyrer, С. Khamboonruang, С. Natpratan, et al., "Incident HIV and STDs in Direct and Indirect Commercial Sex Workers (CSWs) in Thailand" (Заболееваемость ВИЧ и ЗППП среди лиц, прямо и косвенно вовлеченных в секс-бизнес в Таиланде), Tenth International AIDS Conference, Yokohama, Japan, August 7–12, 1994.
9. Там же.
10. А. R. Soerono, "The HIV/AIDS Situation in the World, and in South-East Asia" (Ситуация с ВИЧ/СПИДом в мире и Юго-Восточной Азии), presentation at the Technical Consultation on Information Regarding Population Movements & HIV/AIDS, Bangkok, Thailand, May 24–26, 1995.
11. В. G. Weniger, Y. Takebe, С. Y. Ou, S. Yamazaki, "The Molecular Epidemiology of HIV in Asia" (Молекулярная эпидемиология ВИЧ в Азии), *AIDS* 8 (1994):suppl. 2.
12. Р. Tia, et al., "The Epidemiology of HIV in Cambodia" (Эпидемиология ВИЧ в Камбодже), Tenth International Conference on AIDS, Yokohama, Japan, August 7–12, 1994. Abstract PC0621.
13. Там же.
14. К. E. Nelson, С. Beyrer, S. Eiumtrakul, С. Khamboonruang, N. Wright, "HIV prevalence and reduction in risk behavior among young men in northern Thailand" (Распространенность ВИЧ и снижение поведенческого риска среди молодежи в Северном Таиланде), oral presentation at the Third International Conference on AIDS in Asia and the Pacific, Chiang Mai, Thailand, September 17–21, 1995. Abstract B307.
15. R. Hanenberg, W. Rojanapithayakorn, P. Kunasol, D. Sokal, "Impact of Thailand's HIV-Control Programme as Indicated by the Decline of Sexually Transmitted Diseases" (Воздействие программы контроля за ВИЧ в Таиланде на основе спада распространенности заболеваний, передающихся половым путем), *Lancet* 344 (1994):243–45.
16. Там же.
17. В. Lintner, *Burma in Revolt; Opium and Insurgency Since 1948* (Волнения в Бирме; Опий и беспорядки с 1948 г.), (Bangkok: White Lotus, 1995).
18. Там же.
19. Report on the Situation of Human Rights in Myanmar, prepared by the Special Rapporteur, Mr. Yozo Yokota, in accordance with UNHR Commission resolution 1995/72. (Отчет о ситуации в области прав человека в Мьянме, подготовленный специальным докладчиком Ёдзо Ёкота, в соответствии с Резолюцией 1995/72 Комиссии ООН по правам человека) (Geneva, United Nations) February 5, 1996.
20. Там же.

21. S. Soe, P. P. Win, A. K. Zaw, et. al., "Some Characteristics of Hospitalized HIV Seropositive Patients in Myanmar" (Некоторые характеристики госпитализированных ВИЧ-серопозитивных пациентов в Мьянме), *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine & Public Health* 24 (March 1993):1.
22. M. T. Htoon, H. H. Lwin, K. O. San, et al., "HIV/AIDS Situation in Myanmar" (Ситуация с ВИЧ/СПИДом в Мьянме), *AIDS* 8 (1994):suppl. 2.
23. Out of Control; the HIV/AIDS Epidemic in Burma, Special Report, The Southeast Asian Information Network. (Вне контроля; эпидемия ВИЧ/СПИДа в Бирме. Специальный отчет Информационной сети Юго-Восточной Азии). Chiang Mai, Thailand, December 1995.
24. Annual Report of the AIDS Prevention and Control Programme, Myanmar 1991 (Годовой отчет о программе профилактики и контроля СПИДа, Мьянма, 1991 г.). Yangon: Disease Control Programme, Department of Health, 1995.
25. A. R. Soerono, см. пункт 10.
26. Editorial, "Burma's Heroin Deal" (Торговля героином в Бирме), *Boston Globe* {November 27, 1995}.
27. G. Stimson, "HIV Infection and Injecting Drug Use in the Union of Myanmar" (ВИЧ-инфекция и употребление инъекционных наркотиков в Союзе Мьянма), *United Nations International Drug Control Programme*, Vienna, February 9, 1994.
28. Department of Health, Myanmar, см. пункт 24.
29. G. Stimson, см. пункт 27.
30. Там же.
31. Southeast Asian Information Network, см. пункт 23.
32. G. Stimson, см. пункт 27.
33. Southeast Asian Information Network, см. пункт 23.
34. Y. Zeng, "The Working Situation of Controlling and Preventing AIDS in China" (Рабочая ситуация в области контроля и профилактики СПИДа в Китае), presentation at the 1995 China International Symposium on AIDS, Beijing, China, December 1–4, 1995.
35. W. Zunyou, R. Detels, Z. Jiangpeng, et al., "Risk Factors for Intravenous Drug Use and Sharing of Equipment Among Young Male Drug Users in Southwest China" (Факторы риска употребления внутривенных наркотиков и совместного использования оборудования среди молодых мужчин, употребляющих наркотики, в Юго-Западном Китае), presentation at the 1995 China International Symposium on AIDS, Beijing, China, December 1–4, 1995.
36. B. G. Weniger et al., см. пункт 11.
37. Human Rights Watch/Asia, "Human Rights in Burma in 1991," Vol. 4 No. 24, September 1992.
38. Amnesty International, "Myanmar: Conditions in Prisons and Labor Camps" (Мьянма: Условия в тюрьмах и трудовых лагерях), *Amnesty Special Announcements* 16/22/95, September 1995.
39. Y. Yokota, см. пункт 19.
40. Asia Watch, *A Modern Form of Slavery, Trafficking of Burmese Women and Girls into Brothels in Thailand* (Современная форма рабства и торговли бирманскими женщинами и девушками в публичных домах Таиланда), (New York: Human Rights Watch, 1993).

41. J. Pollock, EMPOWER, personal communication (из личных бесед), Chiang Mai, Thailand, December 1995.
42. J. Gray, "The Social and Sexual Mobility of Young Women in Rural Northern Thailand-Khon Muang and Hilltribes" (Социальная и сексуальная гибкость молодых женщин в сельских областях Таиланда: Хон-Муанг и горские племена) paper presented at the first Workshop on Sociocultural Dimensions of HIV/AIDS Control and Care, Chiang Mai, Thailand, January 1994.
43. Asia Watch, см. пункт 40.
44. Royal Thai Ministry of the Interior, 1994. Quoted by G. Risser, "Population Movements in South-East Asia" (Народные движения в Юго-Восточной Азии), Asian Research Center for Migration, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
45. B. Lintner, см. пункт 17.
46. J. Mann et al., см. пункт 1.
47. T. Brown, "HIV and AIDS in Asia: Japan Conference Review" (ВИЧ и СПИД в Азии: обзор материалов конференции в Японии), AIDS Care 7(1) (1995):71–76.
48. T. Sirisanthana, "Focus on Southeast Asia" (Юго-Восточная Азия в фокусе), AIDS in Developing Countries 2 (1995):87–90.
49. R. Kongkea, "AIDS Victims on the Rise" (Новая волна жертв СПИДа) Phnom Penh Post (April 3, 1996).
50. P. Tia, см. пункт 12.
51. M. Bedford, "Cambodia—Still Waiting for Peace" (Камбоджа — в ожидании мира) Indochina Interchange (Boston: Oxfam, 1995).
52. Там же.
53. Courtesy of Land Mines Advisory Group (Консультативная группа по обезвреживанию противопехотных мин), Phnom Penh, April 1996.
54. Cambodian Women's Development Association, personal communication (из личных бесед), Phnom Penh, April 1996.
55. D. P. Chandler, A History of Cambodia (История Камбоджи), 2d ed., (Boulder: Westview, 1993).
56. B. Chanthou, "Grim Picture of Women's Lot" (Мрачная картина женской участи) Phnom. Penh Post (June 1, 1995).
57. A. Sherry, M. Lee, M. Vatikiotis, "For Lust or Money" (По желанию или за деньги), The Far Eastern Economic Review, Hong Kong, December 14, 1995.
58. Cambodian Women's Development Association, personal communication (Камбоджийская женская ассоциация развития, из личных бесед), Phnom Penh, April 1996.
59. A. W. Artenstein, J. Coppola, A. E. Brown, et al., "Multiple Introductions of HIV-1 Subtype E into the Western Hemisphere" (Множественное проникновение подтипа E ВИЧ-1 в Западное полушарие), Lancet 346 (1995):1198–1199.
60. S. K. Brodine, J. R. Mascola, P. J. Weiss, et al., "Detection of Diverse HIV-1 Subtypes in the United States" (Выявление различных подтипов ВИЧ-1 в Соединенных Штатах), Lancet 346 (1995):1199–1200.
61. A. Sherry et al., см. пункт 57.
62. J. Mann et al., см. пункт 1.
63. State Law and Order Restoration Council response to the report of the Special Rapporteur, Mr. Yozo Yokota, in accordance with Commission resolution 1995/72 (Ответ Государств-

твенного совета по восстановлению закона и порядка на отчет специального докладчика Ёдзо Ёкота, в соответствии с резолюцией 1995/72 Комиссии ООН по правам человека). (Geneva, United Nations) February 5, 1996.

64. N. J. Nusbaum, “Public Health and the Law: HIV Antibody Status and Employment Discrimination,” (Здравоохранение и закон: Статус антител к ВИЧ и дискриминация при трудоустройстве), *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2 (1989):103–06.
65. Human Rights Watch/Asia, см. пункт 37.
66. Y. Yokota, см. пункт 19, и Amnesty International, см. пункт 38.
67. J. Mann, “Human Rights and New Public Health” (Права человека и новое общественное здравоохранение), *Health and Human Rights* 1(3) (1995):229–233.

*Крис Бейрер, доктор медицины, доктор философии — директор Международной программы тренинга в области СПИДа им. Фогарти (Fogarty International AIDS Training Program), Школа гигиены и здравоохранения при Университете им. Джонса Хопкинса Johns Hopkins (University School of Hygiene and Public Health).

Печатается по изданию *Health and Human Rights*, 2:4 (1998), с разрешения Центра здравоохранения и прав человека им. Франсуа Ксавье Банью (Franzoi-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights), Гарвардская школа здравоохранения (Harvard School of Public Health).

Copyright (c) 1998, President and Fellows of Harvard College.

ВИЧ/СПИД и права человека в Казахстане

Андрей Андреев*

ВИЧ/СПИД имеет множество как социальных, психологических и эмоциональных, так и правовых последствий. Последствия эти имеют значение не только для самих ВИЧ инфицированных и больных СПИДом, но и для всего их близкого окружения: семей, друзей, соседей, врачей, коллег по работе и учебе, а также для всех людей, обеспокоенных распространением этой инфекции. ВИЧ/СПИД ставит перед людьми сложные проблемы практически во всех областях. Многие люди считают, что ВИЧ-инфекция распространяется только среди потребителей инъекционных наркотиков. Многие считают виновниками ВИЧ-инфекции гомосексуалистов и работников коммерческого секса. Многие в своих суждениях о больных СПИДом склонны проявлять негативное отношение не к самой болезни, а к инфицированным ею людям. От непонимания, как самой этимологии болезни, так и способов ее распространения, люди, заразившиеся ВИЧ/СПИД, часто подвергаются дискриминации, как со стороны общества, так и со стороны государства. Дискриминация, отсутствие признания прав человека не только причиняют излишние личные страдания и вызывают сомнения в своем достоинстве у людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, но и сильнее способствуют распространению болезни. Это связано, в первую очередь, с тем, что дискриминация, нарушение прав и свобод способствуют закрытости людей. Закрытость при этом проявляется во всем: в общении, лечении, других взаимоотношениях, что делает закрытым психологическую и социальную адаптацию, лечение, возможность получить иную помощь и поддержку. В свою очередь такая закрытость ведет к отсутствию полной и достоверной информации о проблеме, отсутствию доступных и недорогих лекарств, невозможности эффективного планирования государственных программ помощи и профилактики. Кроме того, не обеспечение прав людей, живущих с ВИЧ или пострадавших в результате эпидемии, ставит под угрозу не только их благополучие, но и саму жизнь. Страх и предрассудок о низкой морали ВИЧ-инфицированных вызывают дискриминацию больных людей. Дискриминация ВИЧ-инфицированных усиливает уязвимость людей к этой инфекции, усугубляет последствия инфекции в результате изоляции людей и лишения их возможности получить уход и поддержку. ВИЧ/СПИД у многих людей ассоциируется со смертью, а потому вызывает страх заражения этой инфекцией.

Само понятие дискриминация обозначает умаление (ограничение) или лишение прав и свобод физических лиц по каким либо признакам (признаку пола, национальной принадлежности, социального происхождения, политических взглядов, болезни, внешних особенностей и иных обстоятельств). В Конституции Республики Казахстан принята специальная норма, которая запрещает дискриминацию в любых ее формах. Однако, как эта норма реализуется на практике, очень часто не выдерживает никакой критики. Это касается и вопросов, связанных с ВИЧ/СПИД.

Основным нормативным правовым актом, регламентирующим правовое положение лиц, живущих с ВИЧ и больных СПИДом, является Закон Республики Казахстан от

5 октября 1994 г. «О профилактике заболевания СПИД». Интересно, что в данном законе даже не содержится определения понятия «ВИЧ-инфекция», понятие же «СПИД» определяется следующим образом: СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита - особо опасное инфекционное заболевание, связанное с заражением вирусом иммунодефицита человека. Несмотря на то, что понятия ВИЧ нет ни в законе, ни в названии самого государственного учреждения, в чьи функции входит работа с данной проблемой, в подготавливаемых Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИД эпидемиологических ситуациях по ВИЧ/СПИД есть четкая градация между ВИЧ и СПИД, которая неукоснительно соблюдается. Конечно, для специалистов, работающих в данной области, понятия ВИЧ и СПИД стоят отдельно, однако, терминология законодательства уже привносит многие проблемы при толковании норм права.

Конечно, большинство статей Закона на сегодняшний день не отображают действительного положения дел и не соответствуют как международным нормам права, так и положениям, содержащимся в нормативных правовых актах внутреннего законодательства Республики Казахстан. Такое положение дел является, по крайней мере, странным, т. к. в соответствии с иерархией, закрепленной Законом от 24 марта 1998 г. «О нормативных правовых актах», законы находятся на более высокой ступени, нежели постановления Правительства или приказы министерств и ведомств, а значит и нормы закона должны автоматически отменять нормы права иных нижестоящих нормативных правовых актов.

Законом Республики Казахстан от 5 октября 1994 г. «О профилактике заболевания СПИД» предусмотрено обязательное и добровольное обследование на СПИД. Статья 6 Закона устанавливает обязанности граждан Республики Казахстан, иностранных граждан и лиц без гражданства проходить медицинское обследование на СПИД. Так, граждане Республики Казахстан, иностранные граждане и лица без гражданства обязаны проходить медицинское освидетельствование при наличии достаточных оснований полагать, что эти лица могут быть заражены вирусом иммунодефицита человека. *Однако законодательством не определены основания, наличие которых предполагает обязательное медицинское освидетельствование на СПИД.* Согласно вышеуказанному Закону иностранные граждане, проживающие на территории республики, в случае уклонения от освидетельствования или профилактического наблюдения, а также заражения вирусом иммунодефицита человека или заболевания СПИД выдворяются за пределы Республики Казахстан. **В соответствии с Правилами оказания медико-санитарной помощи иностранцам и лицам без гражданства, беженцам, постоянно проживающим или временно пребывающим на территории Республики Казахстан, утвержденными приказом Председателя Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 15 января 2000 года** любой иностранец и лицо без гражданства, беженец при наличии у них заразных заболеваний, туберкулеза, лепры, СПИДа, венерических заболеваний и карантинных инфекций обязан соблюдать медицинские предписания и по требованию государственных медицинских организаций проходить обследование и лечение. В случаях уклонения эти лица подвергаются принудительному освидетельствованию и лечению (СПИД, туберкулез, карантинные заболевания), а при отказе депортируются из республики. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 19 июня 2001 года N 836 Утверждены Правила определения квоты и выдачи разрешений работодателям на привлечение иностранной рабочей силы в Республику Казахстан. Согласно пункту 24 к списку привлекаемой иностранной рабочей силы прилагаются, в том числе, медицинские справки исследования на ВИЧ, *то есть в случае привлечения иностранных граждан в качестве*

рабочей силы обследование их на наличие ВИЧ-инфекции является обязательным. В то же время в соответствии со статьей 9 Соглашения о сотрудничестве в решении проблем ВИЧ-инфекции (г. Москва, 25 ноября 1998 года) стороны гарантируют гражданам государств-участников Содружества беспрепятственный, без предъявления сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции, въезд на территорию Стороны.

Законом «О профилактике заболевания СПИД» закреплено, что основания и порядок направления граждан на обследование и лечение регламентируются Законом Республики Казахстан «Об охране здоровья народа в Республике Казахстан». *Однако, действующий Закон Республики Казахстан от 19 мая 1997 года «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» не предусматривает указанных положений.*

В 2002 году Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2002 года были утверждены Правила медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека», в соответствии с которыми в Республике Казахстан проводятся следующие виды обследований:

добровольное - анонимное или конфиденциальное на основе полной информации;

обязательное - конфиденциальное с согласия обследуемого, полученного на основе полной информации. Обязательному обследованию подлежат доноры крови и других биологических жидкостей, органов и тканей - при каждом взятии;

принудительное - обследование на ВИЧ по постановлению уполномоченного правоохранительного органа. Здесь же указано, что принудительное обследование на ВИЧ осуществляется в соответствии с **законодательством** Республики Казахстан. Однако законодательство не содержит нормативных правовых актов, регламентирующих принудительное обследование на ВИЧ.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2000 года N 468 был утвержден перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Так, в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих наряду с туберкулезом, венерическими заболеваниями (сифилис, гонорея), чумой включены инфицированные вирусом иммунодефицита человека, больные синдромом приобретенного иммунодефицита. *При этом если в остальных случаях названы виды заболеваний, то в данном случае были перечислены категории граждан: инфицированные вирусом иммунодефицита человека, больные синдромом приобретенного иммунодефицита. Такое изложение существенно нарушает права лиц, живущих с ВИЧ или больных СПИДом, поскольку говорится не об опасности заболевания, а об опасности для окружающих людей, страдающих данными заболеваниями.*

Действующее законодательство Республики Казахстан сохранило нормы, предусматривающие ответственность за уклонение от медицинского обследования и лечения лиц, находящихся в контакте с ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом, венерическими болезнями, туберкулезом, а также лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача. Существование данной нормы подтверждает наличие обязательного обследования на ВИЧ не только доноров. В соответствии со статьей 326 Кодекса Республики Казахстан об административных правонарушениях от 30 января 2001 г. N 155-II:

1. Уклонение от медицинского обследования и лечения лиц, находящихся в контакте с ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом, венерическими болезнями, туберкулезом, продолжающееся после письменного предупреждения, сделанного учреждением здравоохранения, влечет штраф в размере до пяти месячных расчетных показателей.

2. Уклонение от медицинского обследования и лечения лиц, в отношении которых имеются достаточные данные о том, что они без назначения врача употребляют наркотические средства или психотропные вещества, - влечет штраф в размере до десяти месячных расчетных показателей.

В соответствии со статьей 19 Закона Республики Казахстан от 19 мая 1997 года «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» по представлению органов и организаций здравоохранения для своевременного выявления и лечения лиц, заболевших венерическими заболеваниями и СПИДом, местными исполнительными органами создаются специальные центры, лаборатории, кабинеты, в том числе для конфиденциального лечения, больницы и диспансеры. При этом лица, уклоняющиеся от явки на обследование и лечение, а также распространяющие венерические болезни и СПИД, несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Законом Республики Казахстан от 5 октября 1994 г. N 176-ХІІІ О профилактике заболевания СПИД (ст. 7) установлено, что граждане Республики Казахстан и лица без гражданства в случае заражения вирусом иммунодефицита человека имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение, амбулаторную и стационарную помощь в государственных учреждениях здравоохранения и возмещение расходов, связанных с проездом к месту лечения и обратно за счет учреждений здравоохранения по месту жительства. Приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 декабря 2004 года N 891 «Об утверждении Перечня видов заболеваний и отдельных категорий населения», при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированные продукты детского и лечебного питания отпускаются по рецептам бесплатно предусмотрено проведение антиретровирусной терапии при лечении ВИЧ и СПИДа. **Постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2004 года N 1348 «Об утверждении Перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 2005 год» предусмотрено оказание всех видов медицинской помощи (даже дорогостоящих) больным инфекционными, а также социально-значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.** Несмотря на это, очень часто медицинские работники отказывают ВИЧ-инфицированным гражданам в предоставлении медицинской помощи только из-за диагноза. К примеру, на территории города Алматы только один родильный дом принимает ВИЧ-инфицированных рожениц. Кроме того, имеется много случаев отказа при предоставлении помощи ВИЧ-инфицированным гражданам гинекологами, стоматологами, хирургами и другими специалистами. Не регламентирован вопрос оплаты проезда ВИЧ-инфицированным к месту лечения и обратно.

Необходимо отметить, что в казахстанском законодательстве полностью отсутствует ответственность за отказ ВИЧ-инфицированным гражданам в работе, жилье, социальном обеспечении, образовании и других жизненно важных сферах, хотя любое подобное намерение, а также ограничение их участия в общественной деятельности, ограничения при приеме в учебные заведения и на военную службу – все это должно расцениваться как дискриминация, подлежащая наказанию.

В заключении хотелось бы отметить, что на момент написания данной статьи Республика Казахстан не ратифицировала ни одного основополагающего международного документа по правам человека, включая пакты 1966 года.

Несовершенство законодательства, противоречие норм права между собой, разница между нормами законодательства и практикой их применения, отсылочные и неподкрепленные нормы права, отсроченная ратификация международных документов по правам человека – все это оказывает не лучшее воздействие на эпидемиологическую

ситуацию в Республике Казахстан и не способствует приостановлению распространения инфекции и полноценной защите прав людей, живущих с ВИЧ. В то же самое время, если на 1 декабря 2000 года в республике было зарегистрировано 1275 ВИЧ-инфицированных (из них 34 больных СПИДом), то на 1 сентября 2005 г. уже 5274 ВИЧ-инфицированных (из них 299 больных СПИДом). И это по официальным данным. По словам же медицинских работников, включая высших должностных лиц, чтобы получить истинную картину об эпидемии, официальные данные необходимо умножить не менее чем в 10 раз.

Исходя из изложенного видно, что Казахстану предстоит еще много поработать в данном направлении. И это касается не только лечения, просвещения и образования, но и комплексного подхода по изменению законодательных норм и регулирования механизмов его реализации.

* Андрей Андреев — юрист, с 1995 г. возглавляет общественное объединение юристов «Правовая инициатива», с 2000 г. работает в области разработки и продвижения законодательства в области защиты прав и интересов лиц, живущих с ВИЧ, является тренером по правовым программам, в том числе обучение по правам человека и организационного развития, эксперт по оценке проектов, деятельности и программ.

Часть 4
**Разработка программ и
политики в контексте
прав человека**

Вступление

Последняя часть данной книги представляет собой обзор конкретных программ, в рамках которых высшая цель - эффективное предотвращение распространения вируса ВИЧ, дополняется мероприятиями из области общественного здоровья и прав человека. Большая часть эффективных стратегий возникла на местах, в среде, наиболее затронутой вирусом, а не в правительственных кабинетах творцов политики или специальных комитетов по стратегическому планированию. Программы, представленные в данной части — подход, основанный на рабочих правах лиц, продающих сексуальные услуги, обмен игл и шприцев, метадоновая терапия и организация среды лиц, принимающих наркотики — как раз являются результатом целенаправленных действий определенных сообществ на местах. Хотя в представленных подходах имеется много общих элементов, читателю следует обратить внимание на локальный контекст при формировании конкретных программ действий. Различные сообщества потребителей наркотиков — в различных странах или в различных слоях населения — могут обладать разными потребностями. Все четыре статьи посвящены подходу, основанному на снижении вреда, и представляют конкретные примеры реализации этого подхода на практике.

В «Размышлениях о Сонагачи» Питер Ньюман описывает подход к профилактике ВИЧ, опирающийся на профессиональные права секс-работников, который был применен в Индии. К концу 1990-х гг. секс-работники составляли примерно 80-95% от общего числа людей, живущих с ВИЧ, в крупных индийских городах. Учитывая социально-политическую и личную уязвимость секс-работников, этот подход направлен на расширение возможностей секс-работников через деятельность на индивидуальном, групповом и структурном уровнях. Результаты весьма вдохновляют: в Калькутте, где проводится проект «Сонагачи», отмечаются значительно более низкие уровни ВИЧ-инфекции среди секс-работников, чем в других городах Индии.

Важное место среди программ снижения вреда занимает обмен инъекционного инструментария. В статье «Иглы, шприцы и права человека» Гжегож Водовски представляет основополагающие предпосылки и цели реализации подобных программ. Отталкиваясь от теории и описывая конкретный ущерб, причиняемый употреблением общих игл и шприцев, автор переходит к описанию реализации программ обмена на практике. Он показывает, как положительные результаты проведения таких программ (например, профилактика случаев ВИЧ-инфекции и заражения гепатитом), так и логически обосновывает существование подобных программ. Водовски описывает основные способы проведения программ обмена, а также проблемы, с этим связанные, используя пример Польши и, в частности, ситуацию программы, реализованной в городе Краков.

Другим вариантом стратегии снижения вреда, представленным в этой части, является заместительная терапия метадонном. Роберт Ньюман в своей статье «Зависимость и метадон: мнение одного американца» рассматривает историю лечения метадонном в США. Он отмечает, что даже после тридцати пяти лет успешного применения этой терапии большинство политиков и медицинских профессионалов не признает ее эффективности. Подавляющее число американских потребителей героина не имеют доступа к лечению метадонном.

Следующая статья «Организация сообщества потребителей наркотиков в контексте снижения вреда и война с наркотиками», написанная Мэтью Кертисом, посвящена роли, которую могут играть потребители инъекционных наркотиков в реформировании и создании наркополитики и программ. Кертис рассматривает историческую перспективу успехов групп потребителей, которым удалось собрать вместе разные за-

интересованные стороны — политиков, полицию и самих потребителей, чтобы совместными усилиями создать эффективные программы снижения вреда. Автор полагает, что привлечение потребителей наркотиков и групп потребителей является залогом прогресса в области профилактики ВИЧ и соблюдения прав человека.

В статье «Роль правоохранительной деятельности в контексте снижения вреда» Джонатан Колкинс утверждает, что сторонники снижения вреда в целом игнорируют роль правоохранительных органов в данной системе. Тем самым, они упускают мощное орудие, способствующее снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков: коррупции, насилия и страданий семей потребителей. Автор предлагает несколько стратегий, с помощью которых правоохранительные меры могут заполнить пробелы, оставленные методами снижения вреда. Сюда входит: партнерство между правоохранительными органами и программами, основанными на других подходах, ограничение поставок наркотиков и снижение затрат на контроль и связанного с ним вреда. К сожалению, Колкинс не включает в свою модель вопрос о защите прав человека. Прочитав все статьи, включенные в данную антологию, покажется ли вам, что предложенная Колкинсом схема может объединить цели правоохранительной деятельности и снижения вреда в единый конструктивный подход?

Последняя статья в этой части «Политические основы программ снижения вреда в Кыргызской Республике» дает контекст работы программ. В своих рекомендациях автор Лариса Башмакова указывает на необходимость расширить действующие программы снижения вреда, распространить их опыт на все регионы страны и повысить роль местных органов государственной власти в их осуществлении.

Размышления о Сонагачи: Расширение возможностей как основа программы профилактики ВИЧ среди секс-работниц в Западной Бенгалии, Индия

Питер А. Ньюман*

По числу людей с диагнозом ВИЧ/СПИД, Индия уступает лишь Южной Африке: по оценкам, в стране проживает 4 миллиона ВИЧ-инфицированных (UNAIDS, 2002b). Несмотря на это, общий уровень серораспространенности ВИЧ в Индии остается относительно низким — по оценкам, около 1% (UNAIDS, 2002b). Однако, учитывая, что годовая заболеваемость ЗППП достигает 5% (NACO, 2002), потенциальный рост эпидемии ВИЧ может быть очень высоким (National Intelligence Council, 2002; UNAIDS, 2002a). В связи с этим Индия была причислена к пятерке стран мира, в которых ВИЧ/СПИД представляет реальную угрозу для национальной безопасности (Gellman, 2000; National Intelligence Council, 2002).

Первые случаи ВИЧ/СПИДа были зафиксированы около 1986 г., в основном, среди секс-работниц на юге страны (Simoes et al., 1987). ВИЧ быстро распространялся среди секс-работников в крупных индийских городах: к концу 1990-х гг., секс-работники составляли, по оценкам, от 80% до 95% от общего числа ВИЧ-серопозитивных людей в большинстве крупных городов Индии (Gangakhedkar, 1998; Venkataramana & Sarada, 2001). В настоящее время серораспространенность ВИЧ в этой популяции составляет 50%; более высокие уровни отмечены среди секс-работников в Дели, Пуне и Ченнае (Gangakhedkar, 1998; NACO, 1999; UNAIDS, 2002b). Однако в Калькутте, которая является преддверьем «Золотого треугольника» и точкой пересечения многих национальных маршрутов наркоторговли и в которой находится крупный район красных фонарей, серораспространенность ВИЧ среди секс-работников оценивается всего в 11,9% (UNAIDS, 2002b). Столь резкий контраст, по-видимому, является результатом образцовой профилактической программы, запущенной в Калькутте в 1991 г., — проекта «Сонагачи».

Проект «Сонагачи» признан во всем мире — среди прочих проект был одобрен и получил финансирование от ВОЗ, также освещался в газете «New York Times» (Dugger, 1999), за свой инновационный подход к снижению вреда (см. например, Jana, 1996; Jana et al., 1998). Краеугольным камнем проекта являются права секс-работников. Секс-бизнес рассматривается как полноценная профессия, ничем не отличающаяся от всех остальных, а секс-работники — как люди, предоставляющие обществу важные услуги. Будучи профессиональными работниками, они заслуживают защиты от насилия, преследования, ЗППП и другого риска для здоровья и обеспечения безопасных условий труда. Создание проекта «Сонагачи» — дело рук доктора Смараджита Джаны (Smrajit Jana), чья подготовка в качестве врача по гигиене труда помогла ему выработать свое понимание изначальной схемы программы.

История о том, как такой простой, и вместе с тем совершенно революционный — для Индии, но также и для многих развитых стран — тезис о правах работников был воплощен на практике в форме проекта «Сонагачи», может послужить ценным уроком для охраны здоровья секс-работников в других обществах, в особенности перед лицом пандемии ВИЧ/СПИДа.

Секс-бизнес

Понимание секс-бизнеса как профессии является обязательным условием для принятия подхода к профилактике ВИЧ среди секс-работников, в основе которого лежат права человека. Статус секс-бизнеса, однако, является сложным и неоднозначным вопросом, не в самую последнюю очередь в связи с традиционными религиозными, юридическими и этическими нормами, предписывающими противодействие секс-бизнесу. Также стоит отметить, что некоторые авторы-феминисты (е. г., Brown, 1999; Pateman, 1999) предлагали вполне убедительные аргументы против того, чтобы рассматривать секс-бизнес как одну из профессий. В силу образования в области клинической социальной работы и психологии здоровья и опыта непосредственной работы с клиентами, получившими травмы в результате сексуального злоупотребления и насилия, у меня сложилось двойственное отношение к идее приравнивания секс-бизнеса к другим профессиям. Тем не менее, видя опустошения, чинимые ВИЧ/СПИДом в течение последних двух десятилетий как в развитых, так и в развивающихся странах, и наблюдая за многочисленными подходами к профилактике, я начал придавать серьезное значение подходу, известному под названием «снижение вреда». Именно в контексте снижения вреда, как подхода к профилактике ВИЧ, я и рассматриваю проект «Сонагачи» и его концепцию равенства между секс-бизнесом и другими профессиями. Более того, в течение двух лет мои функции в этом проекте заключались в проведении и осуществлении надзора за исследованием «Сонагачи» как программы профилактики ВИЧ; моя основная задача состояла в оценке эффективности этой программы.

Снижение вреда

В течение последних 20 лет происходило развитие концепции снижения вреда как подхода к профилактике ВИЧ. Изначально этот подход фокусируется на минимизации риска ВИЧ и связанного с ним вреда среди потребителей наркотиков (Des Jarlais, 1995; Springer, 1991). Не требуя от потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) немедленно прекратить принимать наркотики, чтобы снизить вероятность риска приобретения ВИЧ-инфекции, особенно учитывая нехватку программ лечения наркозависимости, подход снижения вреда предполагает необходимость обучать ПИН тому, как передается ВИЧ и как избежать его передачи. Употребление инъекционных наркотиков как таковое не ведет к ВИЧ-инфекции; способом передачи вируса является совместное использование грязных игл и других предметов инъекционного инструментария. Научив ПИН дезинфицировать свои инструменты, раздавая им хлорсодержащий раствор и обеспечивая доступность чистых шприцев, некоторые города по всему миру смогли добиться снижения новых случаев ВИЧ среди ПИН (Des Jarlais, 1995; Paone et al., 1995). Подход снижения вреда также предусматривает, что следующим шагом к минимизации вреда должно стать обеспечение доступа к программам лечения наркозависимости и привлечения ПИН к использованию услуг, предоставляемых такими программами.

Таким образом, не навязывая равенства «употребление инъекционных наркотиков = СПИД» и «прекращение употребления = профилактика СПИДа» в качестве единственно верных, этот подход предоставляет потребителю возможность изменить свое поведение, спустившись на одну ступеньку вниз по лестнице потенциального вреда. Потребители наркотиков могут продолжать употреблять инъекционные наркотики более безопасными способами, позволяющимикратно снизить риск инфицирования ВИЧ (и гепатитом С). Разумеется, употребление инъекционных наркотиков связано и с другими формами риска, на которые нельзя напрямую воздействовать с помощью использования чистых шприцев, однако чистые шприцы играют важную роль в минимизации передачи ВИЧ, вызывающей высокую заболеваемость и смертность.

Формально «Сонагачи» не является программой снижения вреда; скорее она опирается на принципы расширения возможностей и социальной справедливости. Концепция снижения вреда, в целом, по-прежнему связана, главным образом, с употреблением запрещенных наркотиков. Однако нет никаких причин, почему снижение вреда не может быть применено к другим популяциям и к другим видам риска для здоровья, например к сексуальной передаче ВИЧ. Важно, что парадигмы расширения возможностей и снижения вреда не являются взаимоисключающими; на самом деле, они могут дополнять друг друга. Одной из центральных идей снижения вреда и залогом ее эффективности является уважение к праву человека на свободное волеизъявление. Именно это право лежит в основе расширения возможностей. Человек, наделенный возможностью самостоятельно принимать решения, в значительно большей степени способен защищать свое здоровье и избежать инфицирования ВИЧ, тем самым осуществив стратегию снижения вреда.

Первостепенную важность во многих моделях профилактики ВИЧ, большинство из которых фокусируются на изменении поведения на индивидуальном уровне, имеет основополагающая, хотя и не всегда общепризнанная, идея о том, что самоуважение, чувство собственного достоинства и воля к жизни человека являются достаточной мотивацией для того, чтобы предпринимать усилия по защите своего здоровья от ВИЧ. «Сонагачи» занимается предоставлением презервативов и проводит обучение в области ВИЧ/СПИДа, однако эта программа предусматривает также работу по формированию самоуважения и чувства собственного достоинства и предоставлению средств, необходимых для повышения уверенности в своих силах. В соответствии с принципами снижения вреда, проект «Сонагачи» стремится снизить непосредственный вред, который приносят секс-работникам ВИЧ и ЗППП, наделяя их возможностями, необходимыми для защиты своего здоровья от ВИЧ. Отношение к секс-бизнесу как к профессии никак не противоречит созданию дополнительных возможностей получить средства к существованию из альтернативных источников для тех секс-работников, которые хотят и могут ими воспользоваться. И, напротив, было бы лицемерно и нецелесообразно с одной стороны говорить женщинам, что мы дорожим ими и заботимся о них, и с другой — убеждать их в том, что они избрали постыдный и недопустимый способ зарабатывания денег, или концентрировать все свои усилия на ликвидации секс-бизнеса.

Что касается меня лично, рассмотрение «Сонагачи» в контексте снижения вреда позволило мне отбросить некоторые сомнения, которые вызывает у меня идея безоговорочного приравнивания секс-бизнеса к другим профессиям. Вдобавок, будучи белым мужчиной, приехавшим из Соединенных Штатов для работы, главным образом, с индийскими женщинами в солидной местной программе профилактики, я предпочел с самого начала занять позицию человека, слушающего и понимающего, отказавшись от самонадеянной позиции человека, советующего или оценивающего.

Метод «Сонагачи»

Проект «Сонагачи» направлен на расширение возможностей секс-работников через одновременную работу на индивидуальном, групповом и структурном уровнях. Хотя отдельные женщины рассматриваются как потенциальные субъекты изменений своей жизни и своего сообщества, программа также предусматривает изменения на структурном уровне, которые должны способствовать развитию и расширению возможностей на индивидуальном и групповом уровне. Разные уровни расширения возможностей поддерживают и усиливают друг друга, когда сами секс-работники принимают на себя более важные функции и большую ответственность в управлении программой и принятии решений.

Расширение возможностей на индивидуальном уровне

Красугольным камнем «Сонагачи» являются «учителя», или обучающие, из числа секс-работников (равных). Сначала женщинам, которые, по мнению работников проекта, имеют задатки лидеров и зачастую лучше образованы, чем их товарищи, предлагается принять участие в учебных семинарах. Семинары охватывают вопросы, связанные с ВИЧ, ЗППП и их профилактикой, использованием презервативов, базовым уходом в области ЗППП и ВИЧ в контексте подхода к секс-бизнесу как к профессии. Команда обучающих из числа равных участвует в учебных семинарах, которые, кроме всего прочего, включают специальные упражнения, помогающие сформировать самоуважение и обеспечить сплоченность группы — факторы, имеющие, по крайней мере, не меньшее значение, чем знания. Затем обучающие из числа равных занимаются уличной работой аутрич среди представителей своих сообществ, предоставляя другим секс-работникам базовое обучение и развивая их навыки. Обучающие из числа равных отчитываются в своей деятельности перед лидерами команды «Сонагачи», которые обеспечивают обратную связь, постоянный тренинг, поддержку и контроль качества проводимой работы. Постепенно к участию в семинарах по обучению равных равными привлекаются новые женщины, проявляющие те же качества, что и изначальные лидеры из числа секс-работников, которые, в свою очередь, проникают в новые «закоулки» районов красных фонарей.

Одним из важнейших процессов метода обучения равных равными является «моделирование» или создание прецедента. Многие женщины, не имеющие школьного образования и остающиеся безграмотными, получают основную информацию о здоровье и благополучии. Многие секс-работники, как и остальная часть индийского общества, имеют искаженное представление о ВИЧ и путях его передачи (например, сексуальный контакт с девственницей может излечить мужчину от ВИЧ; риск при бытовых контактах). По крайней мере, не меньшее значение, чем точная информация, имеет то, что секс-работники видят, как женщины, ничем не отличающиеся от них самих, становятся лидерами, учатся читать и писать, как им доверяют ответственную работу и как они возвращаются домой с зарплатой, полученной от признанной неправительственной организации (НПО). Внушение надежды и помощь в осознании своего потенциала через процесс моделирования — это мощные механизмы расширения возможностей. В ходе этого процесса женщинам внушается чувство, что кто-то ценит их по достоинству; это является открытием для тех, кто считали, что их положение в обществе не может измениться и в большой степени рассматривали себя всего лишь как инструмент для удовлетворения чужих потребностей. В самом деле, на ранних этапах деятельность по профилактике ВИЧ в США фокусировалась на роли секс-работ-

ниц, если не женщин в целом, как вектора передачи вируса (мужчинам) — секс-работницы не воспринимались как полноценные и важные сами по себе потребители услуг общественного здравоохранения (ACT UP/NY, 1991; Patton, 1994).

Другой важный компонент метода «Сонагачи» — «консциентизация» или осознание — процесс, описанный и пропагандируемый Паоло Фрейре (Paolo Freire, 1968/1993). Консциентизация — это осознание человеком себя самого как части некоего контекста и системы, а не как жертвы собственной судьбы, никак не связанной со структурным контекстом (Reed et al., 1997). Более того, человек не является неизменяемой частью некоей неподвижной системы — и сам он и система поддаются воздействию. Консциентизация предусматривает принятие этой психологической схемы и совершение неких действий («практики») для изменения как своего положения в системе, так и самой системы. Через обучение, моделирование, развитие самоуважения и внушение надежды и позитивных ожиданий (таких как «я могу научиться читать» или «мои дети смогут ходить в школу»), секс-работники получают содействие в своем продвижении по пути расширения возможностей.

Через расширение возможностей на индивидуальном уровне женщины не только начинают понимать природу и передачу ВИЧ, но и приобретают более сильную мотивацию и потенциал для использования презервативов, иногда, несмотря на активное нежелание клиентов-мужчин. В соответствии с принципом консциентизации, способность женщины к осознанию своего права и возможности использования повышается — женщина перестает воспринимать ВИЧ как «естественную» или заслуженную участь секс-работника.

Расширение возможностей на уровне группы

Помимо формирования чувства собственного достоинства и самоуважения у секс-работников как людей, занимающихся важным трудом и являющихся не пассивным объектом, а субъектом изменений — процесс последовательной дестигматизации секс-бизнеса может осуществляться на уровне группы. В целом, стигма несовместима с профилактикой ВИЧ, так как она, несомненно, ведет к сужению возможностей. Стигма действует как сдерживающий фактор, не позволяющий секс-работникам (или любой другой стигматизированной группе) собираться в общественных местах или отстаивать свои права, поскольку, таким образом они привлекают к себе повышенное внимание именно в том качестве, в котором они подвергаются стигматизации, что, в свою очередь, может привести к растущему неодобрению, или даже к насилию со стороны окружающих.

Расширение возможностей на групповом уровне предусматривает обеспечение сплоченности группы и выработку чувства солидарности с другими секс-работниками. Развивая способность идентифицировать себя как члена группы, пусть и бесправной группы, и испытывая от этого гордость, человек начинает осознавать себя как участника законной борьбы за права человека и социальную справедливость. «Сонагачи» организовал несколько крупных мероприятий на стадионах города, на которых секс-работники со всей Индии собрались для пропаганды борьбы за свои законные права и социальную справедливость. Такого рода встречи являются огромным достижением и предметом большой гордости и секс-работников, и персонала программы «Сонагачи», и служат мощным орудием против стигмы.

Расширение возможностей на уровне группы также является залогом профилактики ВИЧ среди секс-работников. Даже при адекватных знаниях о ВИЧ и путях его передачи и растущем чувстве самоуважения, секс-работники всегда подвергаются соблазну отка-

заться от использования презервативов по экономическим соображениям. Некоторые клиенты предлагают как минимум двойную плату за сексуальный контакт без презерватива. Если женщина отказывается не использовать презерватив, она подвергает риску свой бизнес, так как клиент может обратиться с тем же предложением к другой секс-работнице, пока не найдет ту, которая согласится. В этом случае первая работница может потерять клиента и важный источник доходов. Чтобы обучение и профилактика ВИЧ действовали на практике, секс-работники должны объединиться в единый фронт, который сделает использование презервативов своего рода данностью. В результате использование презервативов не будет вступать в противоречие с экономическим выживанием, а перейдет в плоскость физического здоровья и экономического благополучия.

Расширение возможностей на структурном уровне

Не меньшую силу, чем процессы расширения возможностей на индивидуальном и групповом уровне, имеют различные влиятельные и обладающие прочным положением заинтересованные стороны, считающие, что они могут извлечь выгоду из сложившегося статус-кво секс-работников в Калькутте. Как и в других странах мира, большинство секс-работников получают меньше половины денег, которые приносит секс-бизнес, а зачастую — намного меньше. Некоторые секс-работницы в Индии («чалтри») вовлечены в особую форму подневольной работы, и зарабатываемых ими средств хватает лишь на жилье и питание, поскольку они вынуждены отдавать долги хозяйке публичного дома, чтобы купить себе свободу. Индустрия секс-бизнеса приносит доходы многочисленным заинтересованным сторонам: распорядительницам публичных домов, домовладельцам, сдающим помещения и другое имущество под публичный дом, клиентам-мужчинам, полиции (которая часто получает взятки в форме процента от прибыли), местным политикам (которые могут получать деньги опосредованно), местным преступным синдикатам, контролирующим разные аспекты секс-бизнеса и получающим плату за защиту. Наивно было бы ожидать, что отдельный человек или группа, ограниченная в своих правах и возможностях из-за нищеты, социальной принадлежности, сексизма и стигмы, сможет разрушить всю эту мощную структуру только за счет процессов расширения возможностей на индивидуальном или групповом уровне. Поэтому в дополнение к процессу обучения равных равными и создания групповой солидарности, «Сонагачи» проводит систематическую программу социальной адвокации и структурных изменений.

Вначале доктор Джана, будучи уважаемым врачом, воспользовался помощью своих коллег в местном правительстве и инфраструктуре здравоохранения, чтобы обеспечить ограниченную поддержку своей концепции непринудительных подходов к профилактике ЗППП/ВИЧ, основанных на модели профессионального здоровья. Доктор Джана открыл клинику для секс-работников, служащие которой проявляли уважение к достоинству женщин-пациентов, с чем многие из них сталкивались впервые. Он призывал секс-работников проходить тестирование на ВИЧ, избегая при этом принудительных методов, которые прежде были опробованы в Калькутте и не увенчались успехом. Когда информация о клинике распространилась, секс-работницы стали приводить в нее своих подруг и коллег и даже детей. Интересно, что многие из женщин утверждали, что желание обеспечить лучшую жизнь своим детям, было основным мотивом, заставившим их заниматься секс-бизнесом. Доктор Джана использовал свои связи в правительстве и системе здравоохранения, чтобы обеспечить доверие к программе и добиться ее поддержки. Со временем он передал свой статус представителям бесправной группы, чтобы дать им возможность проявить инициативу и доказать свои

способности. Едва ли кто-либо из секс-работников изначально имел связи или пользовались авторитетом, необходимыми для создания и развития подобной программы. Когда мне приходилось работать в Калькутте и встречаться с доктором Джаной в 2000 и 2001 гг., я никогда не видел, чтобы он посещал пресс-конференцию или встречался с должностными лицами в сопровождении менее, чем трех-пяти секс-работников, сформировавших каркас и ставших голосом проекта «Сонагачи».

Важным ключом к развитию процесса расширения возможностей является передача власти и ответственности от более благополучных членов общества, которые обычно являются инициаторами программ, своим первоначальным клиентам. Доктор Джана не случайно провел несколько лет в Дакке (Бангладеш), работая там над осуществлением подобной программы — управление и администрирование проекта «Сонагачи» в Калькутте, в большой степени, которая реализуется сотрудниками и волонтерами, многие из которых являются активными или бывшими секс-работниками.

Еще одним аспектом расширения возможностей на структурном уровне являются встречи с местными политиками, полицией и содержательницами публичных домов, организованные сотрудниками программы «Сонагачи», некоторые из которых имеют высшее образование и происходят из высших классов индийского общества. В число таких сотрудников входят бывшие секс-работники, которые приводят на встречи активных секс-работников. Важной составляющей успеха «Сонагачи» стало обеспечение поддержки со стороны содержательниц публичных домов — женщин, находящихся ближе всех к секс-работникам на иерархической лестнице и потому ответственным за многие важные решения в жизни секс-работников. В плане профилактики ВИЧ эти решения связаны, в первую очередь, с использованием презервативов. На начальных этапах программы команда сотрудников программы и секс-работников предлагали обучение в области ВИЧ/СПИДа содержательницам публичных домов, разъясняя им, что работа со здоровыми неинфицированными ВИЧ секс-работницами соответствует их собственным экономическим интересам. В настоящее время эта схема воспроизводится в других регионах. Незначительные затраты на презервативы в конце концов увеличат прибыль, получаемую содержательницами публичных домов. Так называемые «мадам», являются ключевым элементом успеха «Сонагачи». Многие из них сами вовлечены в секс-бизнес, поэтому программа предусматривает развитие чувства солидарности с содержательницами публичных домов и расширение их возможностей. Цель, по крайней мере, изначальная, заключается не в том, чтобы узурпировать их власть, но в том, чтобы с уважением относиться к их авторитету и чувству здравого смысла.

С развитием программы, команды сотрудников программы и секс-работников также провели встречу с местной полицией, чтобы обеспечить поддержку и с этой стороны. Чтобы привлечь полицию на свою сторону, «Сонагачи» использовал комбинацию обучения, признания авторитета полиции и угроз: ни одно полицейское управление не захочет, чтобы толпа, состоящая из сотен или тысяч секс-работников собралась у ее дверей с акцией протеста. Я был свидетелем успеха этих стратегий во время проведения программы, производящей «Сонагачи» в нескольких районах Северной Бенгалии, в рамках нашего исследовательского проекта. Команда программы нашла ключ к общению с местными властями в соединении обучения с одной стороны и угрозы привести группу из нескольких десятков секс-работников из «большого города» в сельское поселение с другой. Реакция местных властей преимущественно сельской Северной Бенгалии поначалу была смешанной. Один из мэров после нескольких обучающих визитов команды программы, поддержал идею создания клиники для секс-работников в его поселении. В этом случае угрозы были неуместны, поскольку этот местный чинов-

ник был серьезно заинтересован в любых мерах, которые могли обеспечить здоровье и благосостояние своего сообщества. В других сообществах и с другими политиками комбинация мягкого внешнего давления и привлечение местных содержательниц публичных домов оказались более оправданным методом развертывания программы воздействия наподобие «Сонагачи».

Еще один элемент расширения возможностей на структурном уровне был развит на более поздней стадии проекта «Сонагачи» в Калькутте. После нескольких лет работы аутрич сегодня в городе существует группа мужчин, являющихся основными или «постоянными» клиентами («бабус») некоторых секс-работниц (не все секс-работницы имеют таких клиентов), которые принимают активное участие в пропаганде использования презервативов и обеспечения безопасности и уважения к секс-работникам. Это направление деятельности «Сонагачи», как и многие другие, изначально не рассматривалось как часть некоего плана, который должен был обеспечить успех проекта; точнее будет сказать, что в ходе процесса расширения возможностей, небольшая горстка мужчин заинтересовалась программой и начала объединять вокруг себя клиентов-мужчин.

Все эти элементы работы на структурном уровне предоставляют местным секс-работникам новые возможности, внушая им надежду на будущее. Повышенная правоохранительная деятельность и жестокость полиции в отношении секс-работников способны подорвать их моральный настрой и отпугнуть от участия в таких программах. Однако если начало программы сопровождается пусть даже незначительным снижением этих отталкивающих элементов, добиться позитивных изменений становится значительно проще. Постепенно, как наглядно продемонстрировал пример «Сонагачи» в Калькутте, секс-работники сами становятся основной движущей силой адвокации. Таким образом, с самого начала программы и в течение всего периода ее развития, индивидуальный, групповой и структурный уровни расширения возможностей поддерживали и усиливали друг друга, а использование различных компонентов и методов определялось стадией развития программы и региональным социо-культурным контекстом. Сначала требовалось активное участие сторонних лидеров и специалистов; с развитием программы начальные лидеры должны были уступить свою власть и ответственность за принятие решений секс-работникам, поскольку роль последних в осуществлении и определении направления программы возросла.

Выводы

«Сонагачи» - весьма успешная и устойчивая двенадцатилетняя программа профилактики ВИЧ, результатом которой стали значительно более низкие уровни ВИЧ-инфекции среди секс-работников в Калькутте по сравнению с большинством других крупных индийских городов. Тем не менее, важно признать, что при развитии этого низового социального движения, которое удалось запустить доктору Джама, на начальных этапах программы не существовало какого-либо четкого плана мероприятий, проекта или графика работы. Принципы расширения возможностей, которые реализовывались в многомерном спектре - на индивидуальном, групповом и структурном уровнях - и лежащая в основе проекта идея о том, что секс-бизнес является полноценной профессией, могут быть использованы и в других регионах, однако конкретные аспекты развития программ в большой степени зависят от местных условий. Разные сообщества секс-работников в разных, или даже в одной стране могут отчаянно нуждаться в развитии проекта, подобного «Сонагачи». Важными компонентами успеха «Сонагачи» являются формирование доверительных отношений и налаживание связей между секс-работни-

ками, между сотрудниками программ, а также между секс-работниками и сотрудниками программ, и готовность передать большую ответственность и возможности принимать собственные решения людям, изначально являвшимся лишь объектом этих программ.

Сегодня, после десяти с лишним лет развития «Сонагачи», программа основала кредитный союз для секс-работников. Как ни парадоксально, секс-бизнес в Индии по-прежнему остается нелегальным; несмотря на это, профессиональный кредитный союз предоставляет секс-работникам дешевые ссуды, благодаря которым они могут открыть собственные малые предприятия или оплатить непредвиденные расходы. Исследовательская программа на базе нашего университета использовала такой кредитный союз для оплаты работы членов индийской команды, задействованной в нашем совместном проекте. И снова, нельзя сказать, чтобы в 1991 г. кто-либо из работников программы предвидел создание подобного союза в рамках «Сонагачи». И когда эта программа воспроизводится в других городах Индии и Бангладеш, создание кредитного союза не рассматривается как нечто обязательное. Так или иначе, в Калькутте, он является мощным механизмом, поддерживающим профилактику ВИЧ и процесс расширения возможностей. Учитывая, что для многих женщин основная мотивация связана со стремлением поддержать своих детей и обеспечить им лучшую жизнь, даже женщина, лучше других образованная в вопросах ВИЧ и его передачи, может подвергаться серьезному соблазну отказаться от использования презервативов, чтобы получить больше денег, если ее ребенок болен. Теперь в подобных случаях женщина может занять деньги в союзе или скопить на будущее. Экономическая самодостаточность — еще одна важная составляющая процесса расширения возможностей. Кроме того, хотя «Сонагачи» активно пропагандирует идею о том, что секс-бизнес является полноценной работой, а секс-работники — важными членами общества, женщинам предоставляется возможность найти в себе и развить другие таланты, что полностью соответствует подходу снижения вреда. Если секс-работница хочет открыть малый бизнес, например, плести корзины, она может получить ссуду на условиях, куда более близких к нормальным, доступным другим индийским гражданам условиям займа, чем ростовщические кредиты, предлагаемые им преступными синдикатами.

И, наконец, еще один важный аспект расширения возможностей, который часто упускается из внимания — это празднества, которые являются своего рода поощрением за достигнутые успехи. В последние пять лет собственную жизнь получила культурная ветвь деятельности «Сонагачи». На празднике Комал Гандхар (Komal Gandhar) секс-работники приветствуют друг друга песнями и плясками. Несколько сотрудников «Сонагачи» и секс-работников приняли участие в международной встрече секс-работников в Таиланде, где они дали представление и приняли участие в семинарах, выступили за защиту профессиональных прав секс-работников.

Проект «Сонагачи», который предлагает секс-работникам возможность отказаться от позиции бесправных людей, подвергающихся стигматизации, и стать полноправными деятелями, формирующими часть международного правозащитного движения, представляет собой один из оазисов надежды во всемирной борьбе с пандемией ВИЧ/СПИДа. Возможно, один из наиболее важных уроков «Сонагачи» в плане профилактики ВИЧ, в первую очередь среди женщин, секс-работников или других бесправных сообществ, заключается в том, что рискованное поведение (например, незащищенный секс) является лишь верхушкой айсберга. Будучи успешной программой профилактики ВИЧ среди секс-работниц, действующей уже более десяти лет, «Сонагачи» продолжает работать над удовлетворением многочисленных потребностей секс-работников, как видят их они сами. Предотвращение инфицирования ВИЧ становится скорее подзадачей,

чем главным и абсолютным приоритетом программы. Предупреждение ВИЧ традиционно является приоритетом здравоохранения; «Сонагачи» может выйти за эти рамки, предусматривая более широкую перспективу, охватывающую не только физическое здоровье, но и права человека и психологическое и экономическое благополучие.

ПРИМЕЧАНИЯ

Эта работа была бы невозможна без концептуальных разработок и достижений доктора Смараджита Джана (Smarajit Jana), Мринал Канти Дутта (Mrinal Kanti Dutta), Ишика Басу (Ishika Basu), доктора Амритаджита Саха (Amritajit Saha), Нандинии Баннерджи (Nandinee Bannerjee), доктора Сойбала Джана (Soybal Jana), а также многочисленных врачей-инфекционистов и активных и бывших секс-работников, принимающих участие в проекте «Сонагачи», которые радушно приняли меня в свою команду. Мне хотелось бы также поблагодарить доктора Мари Джан Тотерман-Борус (Mary Jan Totherdam-Borus) и Всемирный СПИД фонд (World AIDS foundation) за поддержку.

БИБЛИОГРАФИЯ

- ACT UP/New York Women and AIDS Book Group. (1991). *Women, AIDS, and activism* (Женщины, СПИД и активизм). Boston: South End Press.
- Brown, A. D. (1999). Beyond prostitution: Justice, feminism and social change (За пределами проституции: правосудие, феминизм и социальные изменения). *Canadian woman studies*, 19 (1–2), 163–169.
- Des Jarlais, D. C. (1995). Harm reduction—a framework for incorporating science into drug policy (Снижение вреда — схема включения науки в наркополитику). *American Journal of Public Health*, 85(1), 10.
- Dugger, C. W. (1999, January 4). Calcutta's Prostitutes Lead the Fight on AIDS (Калькуттские проститутки ведут борьбу со СПИДом), *The New York Times*, A1, A8.
- Freire, P. (1993). *Pedagogy of the oppressed* (Педагогика угнетенных). New York: Continuum. (Original work published 1968)
- Gangakhedkar, R. R. (1998). 12th International Conference on AIDS: Epidemiology, behavioural science, and prevention review (12-я Международная конференция по СПИДу: эпидемиология, бихевиористика и профилактика). *AIDS Research Review*, 1, 16–20.
- Gellman, B. (2000). AIDS is declared threat to national security; White House fears epidemic could destabilize world (СПИД провозглашается угрозой для национальной безопасности; Белый Дом опасается, что эпидемия может дестабилизировать ситуацию в мире). *The Washington Post*, April 30, A1.
- Jana, S. (1996). Herpes, cytomegalovirus, and other STDs in high risk group (Герпес, цитомегаловирус и другие ЗППП в группах высокого риска). *Indian journal of Sexually Transmitted Disease*, 17, 11–14.
- Jana, S., Bandyopadhyay, N., Mukherjee, S., Dutta, N., Basu, I. & Saha, A. (1998). STD/HIV intervention with sex workers in West Bengal, India (Программы в области ЗППП/ВИЧ среди секс-работников в Западной Бенгалии, Индия). *AIDS*, 12 (Suppl. B), 5101–108.
- NACO (National AIDS Control Organization, India). (1999). *Surveillance HIV infection: AIDS cases in India as of May 1999* (Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией: случаи СПИДа в Индии на май 1999 г.). India.

- National AIDS Control Organization (India). (2002). HIV estimates for year 2001 (Оценки распространенности ВИЧ на 2001 г.) [Online]. Available: <http://naco.nic.in/vsnaco/indianscene/esthiv.htm>.
- National Intelligence Council. (2002). The next wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China (Следующая волна ВИЧ/СПИДа: Нигерия, Эфиопия, Россия, Индия и Китай), ICA 2002–04D [Online]. Available: <http://www.fas.org/irp/nic/hiv-aids.html>
- Paone, D., Des Jarlais, D. C., Gangloff, R., Millikan, J. & Friedman, S. R. (1995). Syringe exchange: HIV prevention, key findings, and future directions (Обмен шприцев: профилактика ВИЧ, ключевые открытия и будущие направления). *International Journal of the Addictions*, 30(12), 1647–1683.
- Pateman, C. (1999). What's wrong with prostitution? (Что не так с проституцией?) *Women's Studies Quarterly*, 27(1–2), 53–64. Patton, C. (1994). Last served? Gendering the HIV pandemic. London: Taylor & Francis.
- Reed, B., Newman, P., Suarez, Z., & Lewis, E. (1997). Interpersonal practice beyond diversity, towards social justice: The importance of critical consciousness (Практика межличностных отношений: от несходства к социальному правосудию. Роль критического самосознания). In C. Garvin & B. Seabury (Eds.), *Interpersonal Practice in Social Work*. Boston: Allyn & Bacon, 44–78.
- Simoes, E. A., Babu, P. G., John, T. J., Nirmala, S., Solomon, S., Lakshminarayana, C. S., & Quinn, T. C. (1987). Evidence for HTLV-III infections in Tamil Nadu (India) (Свидетельства распространенности HTLV-II в Тамилнаде, Индия). *Indian Journal of Medical Research*, 85, 335–338.
- Springer, E. (1991). Effective AIDS prevention with active drug users: The harm reduction model (Эффективная профилактика СПИДа среди активных потребителей наркотиков: Модель снижения вреда). *Journal of Chemical Dependency Treatment: Special Issue: Counseling Chemically Dependent People With HIV Illness*, 4(2), 141–157.
- UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS). (2002a). AIDS epidemic in Asia may become the largest in the world, says UNAIDS (Эпидемия СПИДа в Азии может стать самой масштабной эпидемией в мире, утверждает ЮНЭЙДС) [Online]. Available: http://www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc02/WEFaestsia-071002_en.html
- UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS). (2002b). Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections: 2002 updates (Эпидемиологический бюллетень по ВИЧ/СПИДу и инфекциям, передающимся половым путем: отчеты за 2002 г.) [Online]. Available: http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact_sheets/pdfs/India_en.pdf
- Venkataramana, C. B., & Sarada, P. V. (2001). Extent and speed of spread of HIV infection in India through the commercial sex networks: A perspective (Масштабы и скорость распространения ВИЧ-инфекции через сети коммерческого секса в Индии: перспективы). *Tropical Medicine and International Health*, 6(12), 1040–1061.

*Питер А. Ньюман, доктор философии, доцент факультета социальной работы Университета Торонто. *Women's Studies Quarterly* 31, no. 1 & 2(Spring/Summer 2003): 168–79. Copyright (c) 2003 by Peter A. Newman

ИГЛЫ, ШПРИЦЫ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

Гжегож Водовский

Некоторое время тому назад выгуливая собаку, я наткнулся на молодого человека, лежавшего на тротуаре с окровавленным коленом, которое, по всей видимости, он разбил в результате несчастного случая. Он был определенно пьян, но боль настолько его отрезвила, что он пытался остановить кровотечение. Его странное состояние и покрасневшие глаза свидетельствовали о том, что он пользовался не только алкоголем. Я решил вызвать неотложку: через разорванную штанину было видно, что рана серьезная. Заметив мое намерение, молодой человек стал просить не вызывать скорую. Он был по-настоящему испуган: он боялся, что дело может дойти до вмешательства полиции, последствия чего могут сказаться не только на разбитом колене. Мне трудно было дать гарантию, что таких последствий не будет, и в результате он остался лежать там с разбитым коленом, не желая рисковать и встречаться с полицией.

Наркотики - бессмысленная война

Самые драматические последствия употребления наркотиков скорее связаны с общественными условностями и юридическими нормативами, а не являются следствием их фармакологических особенностей. Кстати, поэтому больше людей умирает от нелегального героина, чем от легального метадона. Снижение вреда — это стратегия, направленная на стирание границ и достижение ситуации, при которой лицо с зависимостью не будет подвергаться дополнительным репрессиям. Данная позиция основана также на уважении к правам человека и прагматическом подходе к проблеме употребления наркотиков. Несмотря на огромные финансовые затраты на борьбу с наркоманией во второй половине XX века, эффективность кампании оказалась недостаточной и, как прежде, не привела к ожидаемым результатам, т. е. к снижению числа лиц, употребляющих наркотики. Бесспорным является факт, что масштаб употребления наркотиков сегодня несоизмеримо больше, чем 20 лет назад. Мы являемся свидетелями того, как лица, употребляющие нелегальные наркотики, оказываются на перифериях общества, подвергаются криминализации, заражаются вирусом ВИЧ, умирают в результате передозировок и состава наркотиков. Провозглашение лозунгов типа «общество, свободное от наркотиков» оказывается мало подходящим к окружающей нас действительности. Казалось бы, сомневаться в этом уже не приходится.

Снижение вреда

Снижение вреда сводится, прежде всего, к действиям, направленным на устранение вредных последствий употребления наркотиков, а не к противодействию их употреблению. Решение принимать наркотики считается личным выбором человека. Тем не

менее, такой выбор должен быть ответственным. Это означает, между прочим, что молодежь вместо проповедей взрослых должна получить полную информацию на тему последствий действия отдельных наркотиков с упором на различия в их действии и проблемах, какие могут появиться в будущем при употреблении данного вещества. Лица, употребляющие героин, в любом случае должны, в случае необходимости, иметь доступ к заместительной терапии и чистым шприцам.

Масштабы

Какое число людей употребляет героин или иные опиаты? Сколько среди них зависимых лиц? Трудно найти достаточно достоверную статистику, поскольку употребление нелегальных наркотиков — это скрытое явление. Европейский Центр мониторинга наркотиков и наркозависимости (European Monitoring Centre on Drug and Drug Addiction) предоставляет нам статистические данные по лицам с зависимостью от опиатов, в том числе, от героина на территории Европейского Союза. Наиболее высокие показатели отмечены в таких странах, как Португалия, Италия, Люксембург и Великобритания, где на 1000 жителей в возрасте 16–65 лет приходится от 6 до 9 лиц, имеющих проблемы со злоупотреблением наркотиков. Немного лучше выглядит ситуация в Австрии, Германии и Голландии, где этот показатель составляет от 2 до 3 человек.¹ Предполагается, что в Польше около 30 тысяч зависимых от опиатов — часть из которых до сих употребляет польский героин («компот»), а все большее количество людей употребляет коричневый героин.

Последствия уколов

Кроме риска сильной зависимости, наиболее серьезные последствия приема героина связаны с инъекционным употреблением наркотиков. Вследствие использования зараженных игл и шприцев среди наркоманов распространяются такие инфекционные заболевания, как ВИЧ/СПИД и гепатит В и С.² Заражения, связанные с употреблением наркотиков, являются одной из основных причин эпидемии ВИЧ во многих странах мира, в т. ч. в Польше.³ Прежде всего, это последствия приема наркотиков в негигиенических условиях.

Следующей серьезной угрозой является риск смертельной передозировки. Из числа алкалоидов опиатов, в основном героин приводит к смертельным отравлениям, причиной которых является прием слишком большой дозы наркотика. Данный наркотик отличается по качеству — содержание алкалоидов зависит от производителя и сети нелегальных распространителей, которые часто не знают, что продают своим клиентам.

Фактором, имеющим огромное значение в жизни зависимого лица в обществе, являются юридические нормативы в отношении наркотиков, которые на практике часто означают наказание за хранение дозы для собственного употребления. Зависимость между уголовными санкциями за хранение и оборот наркотиками и стилем жизни зависимых лиц более чем очевидна. Как только наказания становятся более суровыми — среда наркоманов становится более криминогенной. В то же время нельзя однозначно утверждать, что наказание за хранение наркотиков группы лиц, зависимых от героина, имеет профилактический эффект. Спрос на наркотики в этой группе определяется как «неэластичный» и, по мнению многих специалистов, его не ликвидируют даже самые суровые санкции.⁴

Снижение вреда на практике

В течение многих лет ведется работа по снижению вреда, в особенности на западе Европы. В общих чертах, в рамках концепции снижения вреда помощь наркозависимым может быть предоставлена без условия соблюдения воздержания. В Польше это сравнительно новое направление - по крайней мере в сравнении с многолетней историей реабилитационных программ. Примером мероприятий по снижению вреда в нашей стране являются программы заместительной метадоновой терапии, а также программы обмена игл и шприцев. Последние будут детально описаны в последующей части данного документа.

Трудности противоречия

Перед тем, как перейти к описанию опыта реализации программ обмена игл и шприцев в нашей стране, следует посвятить несколько слов трудностям, с которыми они сталкиваются, а также задуматься над причинами задержки их развития, что имеет место, несмотря на очевидную потребность их проведения.

Программы обмена игл и шприцев, также как и иные мероприятия, направленные на ограничение вреда, связанного с употреблением наркотиков, до сих пор вызывают противоречивые настроения в нашем обществе. Голоса «против» используют, главным образом, аргумент помощи в употреблении нелегальных наркотиков: ведь чистая игла и шприц облегчают прием, нелегальное приобретение и владение наркотиками, с которыми мы как, общество, уже многие годы боремся. В общественном сознании такая помощь часто воспринимается, как неэтичная, противоречащая действиям, направленным против наркомании, а иногда и закону.⁵

Сотрудники программ обмена игл не редко подвергаются критике и насмешкам со стороны посторонних лиц, прохожих на улице. Классическим примером является претензия о раздаче наркоманам медицинского инструментария, которого так не хватает во многих больницах, хотя неприязнь проявляется в нашей стране в незначительной степени и не приобретает каких-либо крайних форм. Несколько лет назад, например, в Санкт-Петербурге в России был сожжен специальный автобус, в котором производился обмен инъекционного инструментария для наркоманов.

Значительная часть лиц, занимающихся помощью зависимым (в том числе специалисты по лечению зависимостей) считают такую форму воздействия, как программы обмена, лишней и даже вредной. Они утверждают, что программы обмена пропагандируют употребление наркотиков и отталкивают от лечения, а также способствуют переходу на инъекционный способ употребления наркотиков. В 1999 г. участники программы обмена, реализуемой краковской организацией MONAR, приняли участие в широко проводимых европейскими проектами исследованиях,⁶ под надзором Медицинского центра «Бет-Израэл» в Нью-Йорке - и никто из респондентов не подтвердил подобных опасений. Не было ни одного лица, которое бы перед началом программы не принимало наркотиков внутривенно.

А все-таки изменение подхода?

В последние годы общественная позиция несколько изменилась, и все более явно проявляется положительное отношение общества к проведению программ обмена. Для многих неоспоримым фактом является то, что эти программы, обеспечивая нар-

команам более легкий доступ к стерильным иглам и шприцам, ограничивают число заражений заболеваниями, переносимыми с кровью, в том числе ВИЧ/СПИД.⁷ Осознание огромных затрат на лечение больных СПИДом оказывает влияние на изменение отношения к программам снижения вреда. Часто подчеркивается также роль этих программ в облегчении контактов зависимых со специализированными медицинскими учреждениями, терапевтическими центрами, что в последствии может оказать влияние на их решение о лечении и реабилитации.

Немного истории

Начиная с конца восьмидесятых наблюдается прирост распространения ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, в основном производные опиаатов. Многие специалисты соглашаются, что в связи с этим необходимо изменить формулировки прежней стратегии действий. Профилактика и лечение, направленные на воздержание, должны быть дополнены стратегией снижения вреда.⁸

Программы обмена игл и шприцев в Польше уже имеют долгую историю, хотя трудно найти местности где они получили бы очень широкое распространение. Проводимые с 1989 г. в очень ограниченном виде, как скромное дополнение к деятельности некоторых консультационных центров, они никогда не играли принципиальной роли и никогда не окружались чрезмерной заботой со стороны руководства этих учреждений. В течение многих лет предлагаемый ими медицинский инструментарий оставлял желать лучшего: шприцы не самого лучшего качества, не приспособленные к нуждам клиентов размеры игл — все это не вызывало у клиентов интереса. Учреждения, не располагая значительными средствами, предназначенными на покупку игл и шприцев, предлагали клиентам инструментарий, полученный в санэпидстанции, часто с просроченным сроком годности. Кроме того, редко когда сотрудники этих программ были заинтересованы выходом за пределы учреждения и такой организацией работы, которая позволила бы наладить более широкие контакты. Так или иначе, согласно статистическим данным, под конец восьмидесятых и в первой половине девяностых в Польше было роздано около 1 миллиона игл и шприцев.⁹ Такой результат можно бы было признать удовлетворительным в случае отдельного города, а не 40-миллионной страны.

Перелом наступил только во второй половине 90-х гг., когда такие организации, как Институт «Открытое общество» в сотрудничестве с Линдесмит-Центром начали поддерживать программы снижения вреда в Польше и оказывать им финансовую поддержку. Кроме того, Государственное бюро по противодействию наркомании предприняло действия по поддержке такого рода начинаний.

ВИЧ/СПИД

Огромное значение для проведения и развития программ снижения вреда в Польше имеет, конечно, факт распространения эпидемии ВИЧ, которая вначале коснулась в нашей стране лиц, употребляющих внутривенные наркотики. Заболевание СПИДом, вызванное присутствием в человеческом организме вируса ВИЧ, приводит к деградации иммунной системы и, в последствии, к истощению и смерти. В настоящее время есть страны (в основном в Восточной Европе и Центральной Азии), где около девяноста процентов зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции приходятся на лица, употребляющие инъекционные наркотики. В Польше этот процент ниже, хотя и превышает 50 процентов.

Такая картина имеет место в результате совместного использования наркоманами игл и шприцев, а также предметов, применяемых при приготовлении наркотиков.

Общее число ВИЧ инфицированных	9208
В том числе лиц, инфицированных в результате употребления наркотиков	5176
Процент инфицированных в результате употребления наркотиков от общего числа инфицированных	56%
Число случаев заболеваний СПИДом	1545
Число людей, умерших от СПИДа	732

Таблица 1. Эпидемиологические данные по ВИЧ и СПИДу в Польше (данные от начала эпидемии – 1985 г.) до конца января 2005 г. :1

Чем отличается наркоман от больного сахарным диабетом?

Зададим себе вопрос: почему наркозависимые заражаются вирусом ВИЧ через грязные иглы и шприцы? Почему они не могут купить чистый инструментарий в аптеке? На этот вопрос нет простого ответа, поскольку он требует краткого анализа ситуации с точки зрения зависимого от нелегальных наркотиков человека, с учетом его образа мышления и социального положения. Хотя и есть доля правды в утверждении, что кто-то подвергает себя заражению, поскольку не заботится о своем здоровье, согласиться с этим было бы значительным упрощением. Никто сознательно не хочет быть больным или немощным. Отсутствие заботы о собственном здоровье является следствием уровня знаний об опасностях для здоровья и связано с социальным положением человека, доступностью учреждений и средств, обеспечивающих соответствующую профилактику и лечение.

Отсутствие заботы о собственном здоровье также берет начало в общественных стереотипах, в которые верит наркопотребитель: понятие «наклонной плоскости», по которой скатывается наркоман, существует не только в сознании тех, кто его окружает. Он сам также убежден в том, что у него нет возможности повлиять на ход событий. Отсутствие необходимых условий, большое количество инъекций, пребывание в состоянии наркотического голода - все это часто используется для оправдания пренебрежительного отношения к собственному здоровью. Если тебя еще и лишают ответственности за свои действия - не остается ничего другого, как оправдать ожидания. Теперь все вокруг правы.

Контактный закон

Специалисты программ обмена считают основной задачей охват как можно большего числа лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем. Это означает, что такие программы проводятся за пределами центров для людей с зависимостями. Объектами их деятельности являются места встреч наркоманов и места торговли наркотиками. Часто их поиски приводят к «базе», то есть квартире, где изготавливаются наркотики.¹¹ Учитывая, что хранение наркотиков (даже в незначительном размере) в Польше является нелегальным — это задача не из легких. Чем строже меры наказания за хранение наркотиков, тем труднее достучаться до потенциальных клиентов, которые по очевидным причинам не афишируют свои проблемы.¹² А ведь установление как можно боль-

шего числа контактов (и их последующее укрепление) оказывает решающее влияние на проводимую таким образом профилактику ВИЧ/СПИДа. Без сомнения, такая стратегия не является сегодня легкой и требует больших знаний о среде наркозависимых и их обычаях, а прежде всего - доверия с их стороны.

Как найти всех?

Программы обмена в определенном смысле оказывает влияние также на тех, с кем организаторы и работники не поддерживают непосредственных контактов. Не смотря на то, что такой результат трудно с точностью исследовать и описать, он не вызывает сомнения. Лица, употребляющие нелегальные наркотики, поддерживают друг с другом отношения, встречаясь в различных местах, обмениваются информацией о том, что происходит в их среде, о наркотиках и о дилерах, т. е. есть существует вероятность того, что может возникнуть разговор о других моментах, связанных с употреблением наркотиков, например, об иглах и шприцах. Мы не можем добиться контакта с каждым непосредственно: обычно не хватает средств, не каждый желает тесно общаться с представителями программ обмена. Но само существование программы обращает внимание на определенное явление: информация о существовании такой программы поступает ко всем интересующимся наркотиками и делает свое дело. Город, в котором проводится программа обмена игл и шприцев, уже отличается от города, в котором таких программ нет.

Опосредованный обмен

Иногда программы проводят распространение инъекционного инструментария опосредованным способом или через так называемый вторичный обмен. В рамках данного метода лицо, участвующее в программе обмена, становится как бы ее работником, поскольку получает большое количество игл и шприцев, передает их другим зависимым — чаще всего друзьям и знакомым. Бывают проекты, в которых подобного рода действия проводятся в широком масштабе и являются их основным направлением. В таких случаях люди, занимающиеся посредничеством в распространении игл и шприцев (одновременно являясь целевыми клиентами программы), могут получать вознаграждение за проделанную работу. Опосредованный обмен является ценным способом распространения инъекционного инструментария, поскольку при его помощи можно установить контакт с теми, кто не общается непосредственно с уличными работниками и не питает доверия к сотрудникам программ обмена. Некоторые из них не стремятся и даже опасаются открытого контакта с работником программы обмена, поскольку за программами может наблюдать полиция, которая ищет возможность проконтролировать или даже обыскать клиента программы.¹³

Программа обмена, проводимая организацией MONAR в Кракове, стремится к установлению контактов с частью клиентов опосредованным методом. Доля такого рода контактов значительна, хотя и не составляет основного направления распространения бесплатных игл и шприцев.

Метод опосредованного (вторичного) обмена был успешно введен и оказался несоизмеримо более эффективным в некоторых штатах США, где владение чистой иглой и шприцем без рецепта врача является нелегальным. Поэтому программы, реализуемые в общественных местах, где правовая среда не способствует их деятельности, могут использовать модель опосредованного контакта с клиентом.

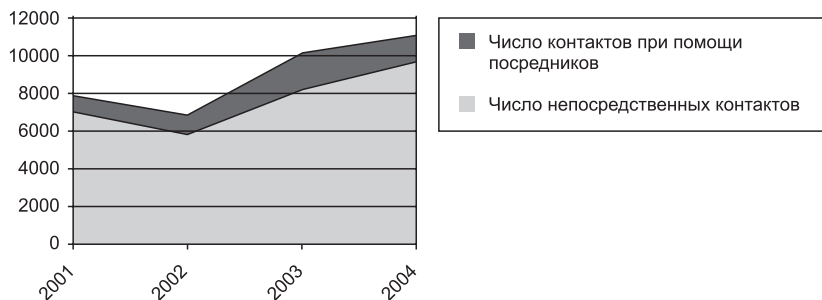


График 1. Программа обмена в Кракове: Доля контактов через посредников в общем числе контактов с клиентами программы обмена в 2001-2004 гг.

Человек или автомат?

В некоторых странах, например в Австралии, нашли применение автоматы, которые находясь в различных районах города, помогают тем, кто принимает наркотики внутривенным путем. Они определенно являются успешной формой распространения игл и шприцев: в любое время дня и ночи, в одном и том же месте зависимый человек может получить все необходимое в данный момент, чтобы сделать инъекцию. Снижение вреда, проводимое при помощи автоматов по раздаче игл и шприцев, лишено, однако, возможности контакта с уличным специалистом лечения зависимостей и, следовательно, утрачивается вся связанная с этим польза.

Контакт с лицами, употребляющими наркотики, возможный в рамках проведения программы обмена - это прекрасное начало для проведения дальнейших мероприятий и осуществления намеченных целей. Опытные работники, вооруженные знаниями и соответствующими навыками могут, пользуясь случаем, проводить обучение и предоставлять клиентам необходимую информацию.

В случае, когда программа является составной частью более широкой системы услуг для лиц с зависимостями, контакт с работником программы является отличным отправным пунктом. В 1996-1998 гг. около 30% всех пациентов, начинавших лечение в Центре лечения зависимостей MONAR в Кракове, составляли лица, имевшие ранее контакт с работниками проводимой на улицах города программы обмена. Некоторые лица из их числа принимали решение о детоксикации и лечении в реабилитационных учреждениях. Около 100% пациентов программы заместительной метадоновой терапии, проводимой больницей им. Рыдыгера в Кракове, составляют лица в течение нескольких лет участвовавшие в программе обмена.

Уличные работники являются связующим звеном между наркосредой и учреждениями, и лечебными программами - таков канон работы программ обмена в Польше. Обычно такие программы размещаются при консультационных центрах по лечению зависимостей, предлагающих широкий спектр услуг высокого качества по лечению и помощи. Недостатком данного подхода является отсутствие возможности участвовать в низкопороговых программах заместительного лечения. Однако, эта проблема является отдельным вопросом, который я позволю себе в данной статье не затрагивать.¹⁴

Таблица 2 содержит описание рискованных факторов, которые стараются искоренить или ограничить организаторы программ обмена игл и шприцев, налаживая непосредственный контакт работника программы с клиентом.

Факторы риска, связанные в употреблением наркотиков	Действия, предпринимаемые программами обмена, направленные на ограничение факторов риска:
Риск заражения вирусом ВИЧ, вирусами гепатита, а также другими заболеваниями, переносимыми с кровью	- Раздача чистых игл и шприцев - Информирование о путях передачи - Влияние на создание более безопасных способов распространения наркотиков
Риск бактериального заражения и образования тромбов	- Обеспечение доступа к стерильному и бесплатному инструментарию - Раздача салфеток, пропитанных спиртом, для дезинфекции - Раздача воды для инъекций
Риск возникновения осложнений, связанных с непрофессиональными инъекциями	- Обучение безопасным методам инъекций - Раздача сухих салфеток для остановки крови после инъекции
Риск серьезных отравлений и смертельных передозировок	- Информирование о действии различных психотропных веществ и взаимодействии между ними - Обучение определению симптомов передозировки - Тренинг первой медицинской помощи
Риск случайного инфицирования медицинским инструментарием для инъекций	- Сбор, в рамках обмена, инфицированного инструментария в безопасные емкости - Утилизация собранного инструментария - Обучение безопасному выбросу использованных игл и шприцев
ПРОЧИЕ ФАКТОРЫ РИСКА	
Риск заражения половым путем	- Раздача презервативов - Обучение безопасному сексуальному поведению
Отсутствие доступа к терапевтическим, медицинским и социальным услугам	- Информация о конкретных центрах и программах - Помощь при приеме в эти программы – «введение» - Выполнение роли «связующего» звена между клиентом и системой помощи
Серьезные кризисные ситуации клиентов	- Передозировка (первая помощь, вызов скорой помощи, забота о клиенте) - Вмешательство полиции (проверка, не нарушаются ли права наших клиентов, возможная помощь клиенту)

Таблица 2 Задачи программ обмена игл и шприцев.

А ЧТО С ЗАРАЖЕННЫМ ИНСТРУМЕНТАРИЕМ?

Как уже упоминалось выше, существенным элементом каждой программы является безопасная утилизация зараженных игл и шприцев, которые приносят клиенты. Уличные работницы краковской программы носят с собой во время дежурства специальные 10-литровые пластиковые емкости для сбора зараженного инъекционного инструментария. Заполненная емкость подвергается безопасной утилизации в печи для санитарных отходов. Таким образом, программа способствует ограничению числа грязных игл и шприцев, представляющих опасность для случайных лиц.

Лица, употребляющие наркотики внутривенным путем, «производят» огромное количество медицинских отходов. Напрашивается вопрос: что происходит со всем использованным инструментарием только одного лица, совершающего несколько инъекций в день? Воспользуемся эпидемиологической статистикой по распространению среди наркозависимых вируса гепатита¹⁵ — может оказаться, что мы имеем дело со значительным количеством инструментария, в особенности игл, которые могут (при отсутствии мер безопасности) представлять угрозу для других. Программы обмена значительно снижают опасность случайного укола грязным шприцем во время обыс-

ков, предпринимаемых полицией, поскольку наркоманы избавляются от зараженного инструментария для инъекций.¹⁶

На протяжении последних четырех лет реализации краковской программы процент возврата игл колебался от 85 до чуть более 90%, а в случае шприцев процент этот был несколько ниже — от 78% в 2001 г. до почти 88% в 2004 г. .

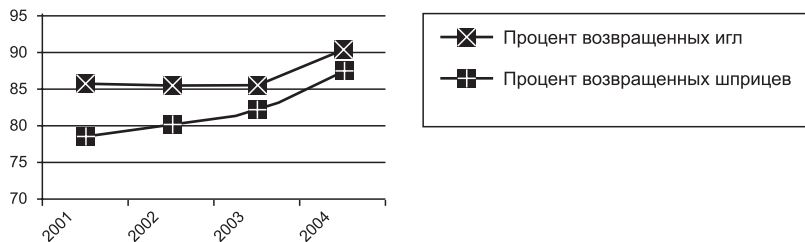


График 1. Программа обмена в Кракове: Процент возвращенных игл и шприцев в 2001-2004 гг.

Иногда возникает вопрос: должны ли клиенты программы получать такие количества игл и шприцев, какие просят, должно ли число выданных шприцев соответствовать числу принесенных использованных шприцев. Во многих пунктах обмена действует принцип зависимости числа выданных шприцев от числа сданных, что наверняка способствует безопасной утилизации грязных игл и шприцев. Существуют, однако, серьезные сомнения в отношении такого подхода. А именно, не пользуются ли наркозависимые совместным инструментарием в ситуациях, когда им нечего выбросить в емкость для зараженного инструментария. Возможный выход — обучение клиентов безопасному выбросу использованного инструментария: в любом случае это полезные навыки.

Результаты

Благодаря программам обмена, а также сотрудничеству с аптеками¹⁷ совместное использование игл и шприцев значительно снижается. В то же время повышается возможность избавиться от зараженного инструментария. Проведение такого рода программ среди подростков помогает им в контакте с лечебными, социальными и медицинскими учреждениями. Другими словами — программы обмена являются своего рода связующим звеном между наркотической сценой и системой помощи зависимым. Также, как показал опыт работы таких программ, после участия в них наркоманы меняют свои привычки на более безопасные.¹⁸

Экономия

К преимуществам программ обмена следует отнести то, что они относительно легкие и недорогие для проведения. Программы не требуют приема на работу профессиональных специалистов (например, врачей), хотя их сотрудники должны быть подготовлены к чему-то большему, чем выдача клиентам чистой иглы и шприца. Затраты на программу, которая в течение года охватывает тысячу клиентов, ниже, чем затраты на антиретровирусное лечение двух лиц, больных СПИДом.¹⁹ Так что, даже если мы предположим, что только два лица, участвующие в программе, не заразятся вирусом ВИЧ и, в результате, не заболеют СПИДом, то и тогда проведение такой программы оказывается выгодным.

Заключение

Как видно из короткого обзора программ, реализуемых в рамках стратегии снижения вреда от наркотиков, их отличает значительный прагматизм, в основе которого — осознание того, что, несмотря на качество действий в области профилактики, большая группа людей употребляет наркотики путем, приносящим вред им и их окружению. При этом они или не хотят, или не в состоянии от этого отказаться. Может быть, они смогут это сделать в будущем. В свете вышесказанного, представителям системы здравоохранения и социальной помощи следует предпринять действия, направленные на то, чтобы употребление наркотиков происходило как можно более безопасным образом (или наименее опасным) и не приводило зависимых к НЕИЗБЕЖНОЙ КАТАСТРОФЕ. Для сторонников снижения вреда употребление наркотиков как таковое имеет второстепенное значение. На первом месте стоят вредные последствия их приема. Снижение вреда — это забота о качестве жизни наркозависимого человека, а также выражение уважения к правам человека. При этом снижение вреда также является результатом подсчета убытков и прибыли, учитывающим интересы более широкой общественности и общества в целом.

ССЫЛКИ:

1. EMCDDA — Annual Report, 2002
2. Польша, в соответствии с международными стандартами, не является страной с широким распространением ВИЧ (12 на 100 тысяч жителей) и заболеваний СПИДом (1,3 на 100 тысяч.). Однако, по сравнению с другими странами Центральной Европы, распространение ВИЧ здесь самое высокое. Особенностью Польши является то, что основным путем передачи ВИЧ-инфекции является инъекционное употребление наркотиков. Почти 70% серопозитивных результатов на наличие ВИЧ касается лиц, употребляющих опиаты внутривенно. (Кулька и Москалевич: «Влияние обмена игл и шприцев на ВИЧ-инфекцию среди наркоманов в Польше»).
3. В 1984 г. в Институте судебной экспертизы в Кракове был зарегистрирован факт заражения «компота» кровью с вирусом ВИЧ. Этот наркотик заражен бактериальной и грибковой флорой. (Кала: «Вещества, вызывающие зависимость, в практике Института судебных экспертиз в Кракове»).
4. Заполнение тюрем наркоманами (что имеет место в США), считается вредным как для зависимых, так и прежде всего для функционирования исправительных учреждений, в рамках которых заключенные-наркоманы представляют собой большую пенитенциарную проблему. (Краевски «Проблемы криминализации владения одурманивающими и психотропными средствами в польском законодательстве»)
5. Ст. 45 Закона «О противодействии наркомании» предусматривает наказания за «облегчение» и «предоставление возможности» употребления наркотиков. Если дословно интерпретировать эту фразу, можно наказывать исполнителей программ обмена игл и шприцев, поскольку выдача чистой иглы и шприца обязательно облегчит или сделает возможным прием наркотиков. В то же время, тот же самый закон перечисляет «ограничение вреда здоровью, нанесенного употреблением одурманивающих средств либо психотропных веществ», как один из наиболее важных элементов политики государства в области борьбы с наркоманией. Также Национальная программа

- противодействия наркомании на 2002-2005гг. подчеркивает, что одной из основополагающих целей программы является «повышение качества действий, направленных на снижение вреда для здоровья, связанного с употреблением наркотиков». В то же время Национальная программа по здоровью на 1996–2005 гг. — выполнение программ обмена игл и шприцев называет одной из важных задач, направленных на охрану общественного здоровья (задача №9 оперативной цели №5).
6. В то время проводились также исследования среди участников программ обмена в Праге, Будапеште, Скопье (Македония) и в Полтаве (Украина).
 7. Исследования, проведенные в США, убедительно показали, что распространение игл и шприцев среди зависимых снижает число поступков, которые могут привести к заражению вирусом ВИЧ на 73%. (Dave Borrows «Starting and Managing Needle and Syringe Programs»).
 8. Штейнбарт-Хмелевска; Баран-Фурга «Пилотная метадоновая программа. Организационные принципы и цели»
 9. Зенон Кулька, Яцек Москалевич: «Влияние обмена игл и шприцев на ВИЧ-инфекцию среди наркоманов в Польше»;
 10. Источник: Государственный СПИД-центр : www.aids.gov.pl (разработано на основании данных Государственного центра гигиены).
 11. Программа обмена, проводимая в Каменной Гуже (регион Нижняя Силезия), полностью основана на доставке инъекционного инструментария в дома наркоманов — отсутствие открытой наркотической сцены и значительные расстояния заставили работников проекта создать специфические методы контактов с клиентами и распространения инструментария.
 12. Задачей уличных работников является налаживание и поддержка контактов с лицами, употребляющими наркотики. Чтобы это было возможным, полиция не должна осложнять этой задачи, контролируя клиентов в ходе обмена игл или рядом с местами осуществления программы. Такое поведение приводит к потере доверия, а в последствии к прекращению участия в программе. Также как работники полиции - уличные работники присутствуют в различных общественных местах с целью выполнения своих служебных обязанностей. Необоснованное осложнение работы сводит на нет усилия, направленные на выполнение государственной политики в области противодействия наркомании, что подвергает опасности общественные средства, предназначенные на достижение этой цели.
 13. Несмотря на почти 10-летний стаж проведения программы обмена в районе Кракова Планты, краковский Монар периодически борется с чрезмерным усердием некоторых полицейских, которые вопреки рекомендации Городского Управления не осложняют нам работу, наблюдают за уличными работниками, контролируют клиентов во время обмена, а иногда проверяют сумки с инструментарием, видимо, в поисках чего-то, что поможет успешно действовать на фронте борьбы с наркобизнесом.
 14. Я не имею ввиду только отсутствие низкопороговых метадоновых программ, но также и нехватку мест и длинные очереди желающих участвовать в высокопороговых программах. Более того, большинство пунктов, реализующих программы обмена, не занимаются заместительной терапией, в лучшем случае - сотрудничают с программами заместительной терапии.

15. По некоторым данным, только в течение первого года употребления наркотиков внутривенным путем 75% лиц заражается гепатитом С.
16. Исследования, проведенные в Коннектикут в США (1992) показали, что после налаживания распространения инъекционного инструментария число случайных уколов снизилось на 66%.
17. К сожалению, сотрудничество с аптеками не всегда выглядит так, как хотелось бы организаторам программ обмена. Вот, что нам рассказала Моника Филипович, работник программы обмена игл и шприцев: «Я часто слышу от наших клиентов, что они не могут купить в аптеках иглы и шприцы. (...) Сотрудники аптеки, увидев с кем имеют дело, либо отказываются их обслуживать, либо предлагают иглы «лошадиного» размера, на что, конечно же, нельзя соглашаться. В центре Кракова, однако, что-либо подобное не происходит. Здесь сотрудники аптек лучше разбираются в ситуации и осознают, что, продавая иглу и шприц, скорее спасают кому-то жизнь, а не помогают им принимать наркотики. Наркозависимый и так получит свою долю, но почему он должен это делать чьим-то окровавленным шприцем?» («Monar na Bajzlu» № 1/2003).
18. Исследование «Жизнь иглы и шприца», проведенное в 1996-97 гг. среди лиц, участвующих в краковской программе обмена игл и шприцев, показало, что в их случае снизился уровень рискованного поведения с точки зрения возможности ВИЧ-инфицирования. Клиенты программы были обследованы в момент присоединения к программе и несколько месяцев спустя. Использование «взятых взаймы» игл и шприцев снизилось с 42% (в августе 1996 г.) до 12% (в феврале 1997 г.). Вкалывание инъекций тем же самым инструментарием (что может привести к бактериальным осложнениям) снизилось в то же самое время с 67 до 40 процентов. В августе 97% обследованных избавлялось от зараженных игл и шприцев без лишних церемоний, выбрасывая их куда попало, не задумываясь об угрозе, какую они представляли собой для других людей. В феврале 88% респондентов подтвердило, что они сохраняют использованный инструментарий до момента обмена, что также подтвердили собранные уличными работниками данные по количеству выбрасываемых в специальные емкости игл и шприцев.
19. Годовые затраты на покупку одних только лекарств (без диагностики и наблюдения врача) равняются около 30 тысячам злотых. Располагая суммой 50 тысяч злотых, можно охватить 1000 зависимых программой регулярного обмена игл и шприцев.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Burrows D. : Starting and Managing Needle and Syringe Programs International Harm Reduction Development Program, New York 2000;
- Duke S. B, Gross A. C. : America's Longest War Putnam Book, New York 1994;
- Habrak B. : Programy redukcji szkyd w Remedium, kwieciec 2002
- Kala M. : Substancje powodujace uzaleenienie w praktyce Instytutu Ekspertyz Sadowych w Krakowie w Przegląd Lekarski 1997/54/6, Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, Krakow 1997;
- Kucys M., Klementowicz W., Trela F. : Wybrane problemy orzecznictwa medyczno-prawnego w zatruciach substancjami uzaleeniajacymi w Przegląd Lekarski 1997/54/6, Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, Krakow 1997;

- Kulka Z., Moskalewicz J. : Wpływ wymiany igieł i strzykawek na zakażenia HIV wśród narkomanów opiatowych w Polsce w Alkoholizm i Narkomania 1/30/98, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1998;
- Краевски К. : Смысл и бессмысленность запрета. Закамьче, Краков 2001;
- Krajewski K. : Sens i bezsens prohibicji Zakamycze, Kraków 2001;
- Krajewski K. : Problemy narkotykuw i narkomanii w ustawodawstwie polskim United Nations Development Programme UNDP, Warszawa 2004;
- Maisto S. A., Galizio M., Connors G. J. : Uzależnienia, zażywanie i nadużywanie Karan, Warszawa 2000;
- Robson P. Narkotyki Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 1997;
- Rosenhan D. L., Seligman M. E. P. : Psychopatologia Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994;
- Rogowska-Szadkowska D. ; Sposoby zmniejszania ryzyka zakażenia i postępowanie po kontakcie z wirusem HIV Ottonianum, Szczecin 1999;
- Wodowski G. : HIV — reaktywacja w Monar na Bajzlu 1/2003, Poradnia MONAR w Krakowie, Kraków 2003
- Zygadłco M. : Redukcja szkody — realne podejście do problemu osób uzależnionych w ES. O. ES nr 5/2002; Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Kraków 2002
- Юридические документы:
- Закон от 24 апреля 1997 г. «О противодействии наркомании» (Вестник законов № 75, пол. 468 и с 1998 г. № 106, пол. 668 и № 113, пол. 715)
- Сайты в интернете:
- www.aids.gov.pl — сайт Государственного СПИД-Центра

Зависимость и метадон: мнение одного американца

Роберт Дж. Ньюман*

Краткое содержание

Сказать, что американская «война с наркотиками» закончилась провалом, значит, не сказать ничего. Эта война стала настоящим бедствием! Другим странам следует игнорировать заявления и позиции американцев, обращая внимание лишь на последствия совершаемых ими действий. Если говорить конкретно о лечении наркозависимости, необходимо поддерживать любые методы, которые дают хоть какую-то надежду. Однако, никто не пытается использовать проверенную способность метадона привлекать и удерживать наркозависимых в программах лечения и оказывать им помощь. В связи с этим, необходимо снять исключительные ограничения на доступ к метадону, и обеспечить врачам общей практики возможность назначать метадон на тех же основаниях, что и другие медицинские препараты.

Вступление

Обычно я стараюсь избегать комментариев по тем аспектам наркозависимости, которые выходят за рамки моей специализации - то есть лечения, и в частности заместительного лечения метадоном. Однако я пришел к пониманию, что различные сложные факторы, связанные с «проблемой наркотиков», объединены между собой такой неразрывной связью, что нет возможности рассматривать один из аспектов этой проблемы в отрыве от всех остальных. Поэтому сегодня в качестве вступления к моим наблюдениям о метадоне, я хотел бы поделиться некоторыми соображениями об общей ситуации с «войной с наркотиками» в моей стране.

Кто дает советы!

Картину не назовешь привлекательной! На самом деле, ситуация настолько печальна, что для американца было бы большой самонадеянностью давать советы своим коллегам из других стран о том, как им решать проблему наркотиков. В каком-то смысле, это выглядело бы точно также, как если бы Билл Гейтс рассказывал, как обеспечить здоровую конкуренцию на рынке, или Саддам Хуссейн советовал другим лидерам, как жить в мире и гармонии с соседями.

Сказать, что наши усилия по созданию «Америки без наркотиков» не увенчались успехом, значит преуменьшить наш провал до крайности. В разных городах США по низким ценам продаются запрещенные наркотики высокой чистоты. Запретительные меры внутри страны и за рубежом никак не повлияли на производство, импорт или доступность наркотиков. Коррупция на местном и национальном уровне безнадежно

скомпрометировала деятельность органов уголовного правосудия. А на международном уровне — недавно был установлен позорящий нас факт, что начальник американских военных операций по борьбе с наркотиками в Колумбии и его жена замешаны в транспортировке наркотиков в Соединенные Штаты и отмывании прибыли от наркоторговли. Что касается лечения, процент потребителей, имеющих доступ к медицинскому уходу, не увеличился по сравнению с зафиксированным двадцать лет назад, когда еще не было эпидемии СПИДа. В области профилактики и обучения Америка заслужила насмешки всего мира своей детской уверенностью в том, что государство может полагаться на лозунги, вроде «Просто скажи нет!», в то время как более амбициозные (и значительно более дорогие!) программы, такие, как D. A. R. E. в целом признаны неэффективными.

Однако неэффективность нашей деятельности это самая маленькая из проблем, с которыми сталкивается Америка. Куда хуже огромные и продолжающие увеличиваться потери, которая моя страна вынуждена нести из-за своего упрямого отказа закончить эту трагическую бесполезную «войну».

- Сегодня мы обеспечили себе лидерство, обогнав все нации мира по числу своих сограждан, содержащихся за решеткой. По сообщению Федерального бюро расследований, в одном только 1995 г. было совершено 1,5 миллиона арестов за преступления, связанные с наркотиками, из которых 500 000 — за хранение марихуаны.¹⁵
- Внутри страны и за рубежом, мы ведем безнадежные сражения, которые обходятся американским налогоплательщикам в миллиарды долларов, которые могли бы быть направлены на улучшение жилищных условий, образование, возможностей трудоустройства и доступа к услугам здравоохранения (каждый шестой гражданин богатейшей в мире страны не имеет медицинской страховки!). Годовой бюджет нашей войны с наркотиками достигает 18 миллиардов долларов (интернет-сайт правительства США на www.whitehousedrugpolicy.gov/policy/99indcsbudget/exec.html); эта цифра превышает общие затраты Всемирной организации здравоохранения ровно в 10 раз, и в 80 раз (!) превышает расходы Всемирной организации здравоохранения на все проекты на африканском континенте (сайт Всемирной организации здравоохранения на www.who.int/abouttwo/en/qa6.html).
- США открыто предоставляет обширную финансовую и военную поддержку иностранным правительствам для войны с их собственными гражданами.
- Страх и преступность являются неотъемлемой составляющей американской жизни. Убийства достигают невероятного уровня, а правительства штатов убивают огромное количество убийц, чтобы покарать их за совершенные ими преступления — практика, от которой более цивилизованные страны отказались уже несколько десятилетий назад.

Пожалуй, наиболее печальным фактом является разложение столь бережно хранимых свобод, которые всегда были предметом гордости для американцев и зависти для всех остальных. В тех штатах, где принятие законопроектов о медицинском использовании марихуаны было вынесено на голосование и принято подавляющим большинством, федеральные чиновники абстрагировались от выраженной гражданами воли, с присущей им покровительственной интонацией заявив, что граждане стали «жертвой обмана», и сделали все от них зависящее, чтобы оспорить итоги демократического процесса. Полиция останавливает, обыскивает и преследует людей выборочно, исходя из

их «внешних данных», что, по-видимому, является отражением расовых стереотипов, а не чего-либо иного. Хотя наша система правосудия давно известна тем, что она обеспечивает одним людям большую защиту (или более серьезные наказания), чем другим, это неравенство особенно бросается в глаза, когда речь идет о наркотиках. Так, только на прошлой неделе Министерство юстиции опубликовало отчет, показывающий, что «среди [молодых] людей, обвиняемых в преступлениях, связанных с наркотиками, вероятность заключения в исправительные учреждения для малолетних в 48 раз [так!] выше для афро-американцев, чем для белых». 3 А законы «О конфискации имущества», которые были приняты много столетий назад для борьбы с пиратами, лишают жилья, машин и другой собственности людей, против которых никогда не выдвигалось никаких обвинений, не говоря уж о судимости или приговоре!

К счастью, конституционная гарантия свободы слова сохраняется, однако правительственные лидеры и другие поборники войны с наркотиками всячески чернят американцев, выступающих за открытое обсуждение альтернатив нынешним политикам «нулевой терпимости». Взять хоть следующее заявление, сделанное на прошлой неделе Мичиганским фондом «Америка без наркотиков» (Michigan Drug Free American Foundation): «На всей территории Мичигана частные лица и организации добиваются, чтобы мы стали мягче относиться к запрещенным наркотикам в наших сообществах. Одни делают это за деньги, другие — просто для того, чтобы обеспечить себе более легкий доступ к наркотикам. Но [...] конечная их цель состоит в легализации всех наркотиков для всех американцев, включая наших детей».¹ Похоже, что печальный исторический прецедент повторяется вновь. Тридцать лет назад вина за неуклонный рост потерь, за страдания и смерти людей во Вьетнаме, была возложена не на национальных политиков или генералов, а на демонстрантов, выступавших с лозунгом «Мира сейчас!». Сегодня все те, кто предлагают обсуждать какие-либо альтернативы войне с наркотиками, обвиняются в «пропаганде» наркотиков и содействии росту их употребления.

И все же я должен признаться, что в целом оптимистично смотрю на перспективы реформы наркополитики в Америке. Мои положительные ожидания объясняются двумя причинами, которые тесно связаны между собой. Во-первых, политики непреклонного прогибиционизма заканчиваются настолько трагической, дорогостоящей и очевидной неудачей, что с каждым днем мы сталкиваемся с новыми сложностями в своих попытках удерживать другие страны — с помощью убеждения, запугивания или шантажа — от принятия более практичных и многообещающих подходов. Это в свою очередь, постепенно, но неизбежно разрушит терпимость американского народа к нашим, очевидно, неоправданным и глупым политикам, особенно когда из других стран начнут поступать свидетельства того, что вред, который употребление наркотиков приносит как потребителям, так и обществу в целом, может быть снижен.

Лечение метадоном — особый случай

К сожалению, мой оптимизм в отношении изменения американской наркополитики не распространяется на ситуацию с заместительной терапией метадоном. В течение тридцати пяти лет метадон последовательно демонстрирует свою эффективность как средство, позволяющее снизить — если не полностью прекратить — употребление героина и обеспечить пациентам здоровый и социально продуктивный образ жизни и реализовать свои способности. Очевидно, что он не является панацеей, однако способность метадоновой терапии привлекать и удерживать пациентов на лечении, а также снижать последствия наркозависимости вполне сопоставима с результатами лечения

большинства других хронических заболеваний. Сообщения об эффективности поступают из большинства стран мира, обладающих совершенно разными социальными, политическими и экономическими условиями, где наркозависимые пользуются совершенно разными способами употребления наркотиков. Тем не менее, подавляющее большинство героинозависимых в Америке не имеют доступа к метадону!

Этот парадокс связан с тем, что из всех тысяч медицинских средств фармакопеи, **только** метадон может назначаться исключительно «комплексными программами лечения», а не врачами в их личных кабинетах, например, в больничных клиниках или общественных медицинских центрах. В общей сложности эти программы могут предоставить обслуживание менее 15% пациентов, которым могло бы быть полезно лечение метадонном.¹² Остальные оказываются брошены на произвол судьбы, без надежды на помощь, и всем американцам приходится платить высокую цену за их страдания.

Для того, чтобы снять правительственные ограничения, эффективно препятствующие расширению метадоновой терапии, необходима поддержка клиницистов и администраторов, имеющих опыт и навыки предоставления лечения, т. е. людей, работающих в метадоновых программах. К сожалению, ничто не указывает, что такая поддержка будет предоставлена. Существуют отдельные случаи, когда «медицинская поддержка» - эвфемизм для обозначения назначения метадона частными врачами, - разрешается частным врачам, однако в целом эти случаи настолько редки, что разбирать их не имеет большого смысла. Например, Американская ассоциация лечения метадоном (American Methadone Treatment Association, АМТА) охарактеризовала медицинскую поддержку как «смелую, но необходимую перемену», прибавив, что ее назначение возможно при наличии следующих условий: кандидатура каждого частного врача, желающего **предоставлять** метадон, должна быть в индивидуальном порядке утверждена «метадоновой программой», а сам врач может принимать только пациентов, направленных к нему этой программой. Что же касается возможности **получения** соответствующих услуг частного врача, АМТА требует, чтобы пациенты находились в «стабильном физическом и эмоциональном состоянии [и] полностью воздерживались от злоупотребления алкоголем и наркотиками в течение 36-месячного периода, а также чтобы они имели работу в течение срока не менее трех лет». ¹¹ На самом деле критерии, предложенные АМТА, относительно мягкие, по сравнению с условиями, которые ставят некоторые другие организации. В Сиэтле (Вашингтон) (городе, где отмечены наиболее серьезные проблемы с героином в стране) «пилотная программа», осуществляемая на базе местной метадоновой клиники, предоставляет лечение в общей сложности десяти пациентам, направленным в нее на том основании, что в течение, как минимум восьми лет, не поступало никаких свидетельств того, что они принимают наркотики.² Разумеется, многие претенденты на **устройство** в метадоновые программы просто неспособны удовлетворить этим критериям!

Возможно, что упорная приверженность идее руководящей роли метадоновых учреждений продиктована альтруистическими соображениями и основано на убеждении, что нынешняя система - **их** система - не является не просто оптимальной, но и единственной, достойной поддержки. Однако, даже если мотивы всех тех, кто противостоит изменению этой системы сугубо благородны, это является слабым утешением для многих сотен, которые в результате оказываются лишены лечения.

Кроме того, прискорбная неадекватность доступа к лечению метадоном ставит под удар тех немногих счастливиц, которые оказываются допущены до терапии, не в меньшей степени, чем тех, кто не смог получить к ней доступа. Для участников терапии главная проблема заключается в почти неограниченной власти, которой пользуется

персонал программы, принимающий решение о предоставлении или отказе в предоставлении препарата, альтернативного источника получения которого не существует. Для многих это решение означает выбор между жизнью и смертью. Независимо от того, происходит ли злоупотребление этой властью на практике, эта система, несомненно, допускает возможность злоупотребления и, таким образом, противоречит принципам прав пациентов, которые широко признаны в наши дни.

Мои опасения в связи с потенциалом злоупотребления не являются чисто гипотетическими. Отчасти они продиктованы клиническими практиками, которые широко применяются в Америке, открыто противореча как эмпирическим свидетельствам, так и здравому смыслу. Так, бывший директор Национального института злоупотребления наркотиками (National Institute of Drug Abuse) отметил, что как показывает почти двадцатилетний опыт, ежедневная доза метадона, в которой нуждается большинство пациентов для получения максимальной пользы от терапии, составляет не меньше 60 мг. Он продолжил с необычной резкостью заявив, что «в эпоху СПИДа политика низких доз не просто является неприемлемой, но может быть фатальной для потребителей внутривенных наркотиков, проходящих лечение, а также для их сексуальных партнеров и детей».¹⁴ И, тем не менее, большинству пациентов по-прежнему назначаются недостаточные дозы метадона. Подобным образом, отчеты о последующих наблюдениях за пациентами показали, что после прекращения лечения наркозависимости (любой формы лечения — химиотерапевтической или лечения воздержанием) рецидивы являются скорее правилом, чем исключением. Тем не менее, большинство программ предусматривают в качестве рекомендации или обязательного требования, что после произвольно определяемого периода времени, пациенты должны воздерживаться от метадона, причем особое давление в этом плане оказывается на пациентов, **лучше всех** реагирующих на терапию.

Поскольку ни теоретических, ни эмпирических обоснований для этой практики не существует, приходится предполагать некоторую предвзятость со стороны клиницистов в отношении препарата, пациентов или самого заболевания наркозависимостью. Единственное объяснение, которое приходится слышать, звучит так: «Мы не верим в высокие дозы или в неограниченный по времени курс терапии!». Несомненно, клиницисты вольны «верить» или отвергать любой курс терапии какой им вздумается. Однако, их пациенты должны быть полностью проинформированы о свидетельствах в пользу рекомендуемого ими подхода к лечению, а также об альтернативных вариантах и о риске, связанном с каждым из них. В Америке пациенты, получающие метадон, не получают подобной информации и в любом случае не имеют никакого выбора, так как в большинстве сообществ иных источников данного препарата просто не существует.

Я уже упоминал о детоксикации, которая навязывается пациентам на основании казалось бы совершенно произвольного решения клиницистов о том, что в тот или иной момент им уже «достаточно» терапии. Помимо этого, пациент может столкнуться с отменой терапии по множеству других причин, которые не имеют параллелей в ведении других заболеваний. Например, лечение гемодиализа никогда не будет прекращено из-за того, что пациент курил марихуану или крэк, или принимал другие запрещенные вещества. Этого не произойдет и с пациентами, страдающими гипертонией, диабетом, артритом, глаукомой или шизофренией, или любыми другими заболеваниями из-за того, что они употребляют наркотики. Насколько же нелепо, что большинство метадоновых программ, главная цель которых заключается в лечении наркозависимости, не допускают, что их пациенты демонстрируют признаки и симптомы употребления наркотиков!

Однако, не только продолжение употребления наркотиков ведет к исключению пациента из метадоновой программы. В недавно опубликованном отчете сообщается, что безработные пациенты — независимо от того, насколько хорошо они реагировали на терапию метадоном — получали предупреждение, что если в течение двух месяцев они не представят доказательств своей занятости, им будет отказано в дальнейшем уходе; и именно это произошло с теми из них, кто не смог или не захотел удовлетворить это требование.⁷ И это далеко не единичные случаи. В действительности отмечается, что «пожалуй, наиболее популярной мерой воздействия, применяемой в современных метадоновых клиниках, является предоставление лечения только на определенных условиях [...] [Столкнувшись с возможностью потери доступа к лечению, пациенты часто меняют свое поведение, чтобы удовлетворить требованиям программы]».⁶

Интересно рассмотреть в этой перспективе практически полную свободу метадоновых программ в принятии решения о том, какие формы «неадекватного поведения» и нарушения правил программы могут оправдывать отмену лечения. Например, американское федеральное законодательство предусматривает ряд законных процедур, которые должны быть осуществлены, прежде чем лечебное учреждение санаторного типа может выгнать или даже перевести в другое отделение своего пациента (US Government: CFR part 431 and subpart E of part 4830). Чтобы обеспечить, что все санаторные учреждения в Нью-Йорке выполняют установленные стандарты, Государственный департамент здравоохранения предъявляет им следующие требования: пациенту и члену его семьи, или его законному представителю должно быть заблаговременно предоставлено извещение с указанием конкретной причины готовящегося исключения или перевода, которое будет оговаривать его право на апелляцию. Если пациент настаивает на апелляции, дополнительное разбирательство должно быть осуществлено сотрудником Министерства здравоохранения, причем пациенту должна быть предоставлена возможность самостоятельно представлять свои интересы или воспользоваться юридической консультацией, или помощью родственника, друга и т. д.; и пациенту разрешается ознакомиться со всеми свидетельствами противной стороны.¹⁰ Процедура, конечно, выглядит несколько громоздкой, однако, реальность неопровержимо свидетельствует о том, что прекращение лечения метадоном может иметь **фатальные** последствия. Несомненно, пациент, получающий терапию метадоном, заслуживает не меньшей защиты, чем пациент лечебного санатория!

Хотя отмена лечения является предельной санкцией, применяемой в случае, если пациент не оправдывает ожиданий клиницистов, лечебные учреждения широко применяют и другие меры. Большинство используют дозировку метадона в качестве позитивного или негативного «стимула», повышая дозировку в награду за определенные виды поведения, и снижая в наказание за другие. Подобные стимулы в большинстве случаев выглядят анти-терапевтическими и противоречащими здравому смыслу, а иногда могут быть охарактеризованы как явное злоупотребление. Так, если имеются свидетельства, что пациент употребляет героин, предоставляемая ему доза метадона, изначально слишком низкая, снижается еще сильнее, а в конце концов пациент и вовсе исключается из программы. Если же пациент воздерживается от наркотиков, доза метадона повышается.¹³ По этой логике следовало бы снижать дозу инсулина, предоставляемую пациентам с высоким содержанием сахара в крови — особенно в случаях, когда есть основания предполагать, что пациент нарушал диету. Или повышать дозировку гипотензивного препарата при нормальном кровяном давлении — особенно, если оно связано с тем, что пациент хотя бы частично соблюдает такие рекомендации, как физические упражнения, снижение стресса, отказ от чрезмерного потребления соли и т. д.

Осуждать любую из этих практик было бы слишком самонадеянно. Любой из нас может самостоятельно судить, насколько они этичны. Лично я полагаю, что право принимать или отвергать подобные практики должно принадлежать каждому наркозависимому, стремящемуся получить или получающему терапию метадон, а этого невозможно достигнуть, если претенденты и пациенты не будут иметь возможность самостоятельно выбрать поставщика предоставляемых услуг. Такой выбор, в свою очередь, невозможен до тех пор, пока метадон находится в руках небольшой монополии «программ», сколь бы они ни были компетентны и преданы своему делу. Единственное решение заключается в том, чтобы врачи общей практики получили возможность назначать метадон на тех же основаниях, как и все остальные медицинские средства. Лишь в этом случае общие гарантии, которыми пользуются все остальные пациенты в Америке, будут распространяться и на тех, кто нуждается в метадоне и хочет получать его для лечения героиновой зависимости.

Тридцать лет назад, до того как программа Департамента здравоохранения Нью-Йорка, ответственность за планирование и осуществление которой была возложена на меня, приняла своих первых пациентов метадоновой терапии (за два года число ее пациентов превысило 12 000), я выразил озабоченность «смещением медицинских и социальных целей» и его последствиями, когда «[...] пациент не проявляет желания принять те модели поведения, которые мы считаем желательными». Этими замечаниями, сделанными на Третьей национальной конференции по метадону в ноябре 1970 г., я хотел выразить позицию, которую горячо поддерживаю и сегодня: «Нежелательный отказ в медицинском уходе может быть продиктован исключительно строго медицинским соображением».⁹ Сегодняшняя практика метадоновых программ в Америке подтверждает опасения, высказанные мной много лет назад.

На конференции 1970 г. также выступал Винсент Доул. В ответ на свой риторический вопрос: «Является ли приемлемой ситуация, когда судья принуждает наркозависимого к лечению, приговаривая его к прохождению курса заместительной терапии?» - доктор Доул услышал от аудитории твердое «Нет!»⁵ Сегодня, прежде всего, в Америке, возникла новая причуда - «суды, рассматривающие дела по наркотикам», - которые занимаются именно тем, что осуждал доктор Доул. Несомненно, предполагается, что введение таких судов должно обеспечить, и без того жесткий контроль, связанный с авторитарным правом программ назначать пациентам препарат, от которого зависит их жизнь или смерть, «[...] станет еще более значительным, если другие обстоятельства, действующие за пределами клиники, ... будут способствовать удержанию пациента на лечении».⁶

Затем доктор Доул перешел к комментариям о серьезных барьерах, препятствующих «децентрализации метадоновых программ и, в частности, включению частнопрактикующих врачей в систему лечения метадонном». Он отметил: «На карту поставлен контроль за крупномасштабной программой, бюджет которой постоянно растет [...]. Децентрализация услуг может обеспечить лечение большего числа наркозависимых, однако, оно ослабит позиции правительственных управлений. Истории не известны прецеденты, когда какое-либо управление принимало бы участие в усилиях, направленных на сокращение его власти». Я аплодировал проникательности доктора Доула три десятилетия назад, и хотя это замечание, насколько я помню, относилось к **государственной машине** в целом, оно в равной степени относится к бюрократии в **терапевтических** кругах.

Выводы

В заключение, сверх всего сказанного, я хотел бы подчеркнуть, что нам следует быть скромнее!

- Мы должны смиренно признать свои неудачи и очевидные успехи других; мы должны быть готовы отказаться от стратегий, основанных на неудачах, и попытаться превзойти чужие достижения.
- Мы должны признать, что независимо от того, насколько мы уверены в благотворности используемого нами курса терапии, нужно прежде всего считаться с нашими пациентами — так же как мы считаемся с пожеланиями пациентов с другими заболеваниями, приоритетными как с юридической, так и с этической точки зрения.
- Мы должны признать, что, как и фактически со всеми хроническими заболеваниями, мы имеем очень неточное и неполное представление о том, что вызывает зависимость, и ни малейшего намека на понимание того, как «излечить» ее.
- Мы должны полностью осознавать исключительную власть, которую мы имеем над нашими пациентами, и прилагать все возможные усилия, чтобы не поддаваться соблазну пользоваться этой властью, даже (и особенно!) «для блага самих пациентов».

Наша способность предоставления эффективного лечения героинозависимым, ищущим нашей помощи, является чрезвычайной привилегией! Однако она связана также и с обязанностью сделать все возможное, чтобы это лечение стало доступным для всех желающих получить его. Масштабы, в которых наши программы предоставляют эти услуги, совершенно неадекватны. Единственный приемлемый результат — обеспечить лечение каждому, кто в нем нуждается, хочет его пройти и может умереть без него.

И, наконец, отдельная рекомендация моим коллегам из других стран. Будьте крайне осторожны, обдумывая любые советы американцев относительно наркозависимости — мои советы не исключение! И если вы вообще готовы поддаться на наши убеждения, пусть ваши решения будут основаны на нашем опыте, а не нашем красноречии.

Эпилог

В начале своего выступления я признал существование проблемы доверия, с которой сталкиваются все американцы — и я не исключение, — говоря о наркотиках. Эта проблема значительно усугубляется трагической неэффективностью политики нашей страны. Теперь, в заключение, мне хотелось бы сделать еще одно признание, куда более нелегкое для меня лично.

Прямо перед приземлением в Милане вчера утром я просматривал некоторые журналы, которые взял в дорогу, чтобы немного подготовиться к моему выступлению. В одном из изданий, которое по случайному совпадению является официальным журналом этой конференции «Еurograd», я натолкнулся на статью, в которой вкратце изложены все те соображения, которые я представил вам сегодня. Более того, в ней они изложены куда более четко и выразительно, чем это получилось у меня.

Я говорю о статье моих итальянских коллег из Триеста, докторов Микелацци, Веккье и Чимолино, в которой они утверждают следующее:

«В основе идеи о том, что семейный врач должен осуществлять лечение наркозависимых пациентов, лежит право пациента на здоровье и его право на выбор, принадлежащие ему как больному, обращающемуся за помощью».

Именно это та самая цель, которой все мы должны руководствоваться! Авторы также описывают свой опыт, свидетельствующий о том, что эта цель достижима на практике. В 1994 г. семейные врачи в Триесте начали применять заместительную терапию метадонном для лечения героинозависимых в своих личных кабинетах. Сегодня в Триесте таких врачей уже пятьдесят и, как они утверждают, «наркозависимый снова стал простым пациентом [...]».⁸ Что может быть яснее? Что может быть логичнее?

БИБЛИОГРАФИЯ

- AA. VV. (2000): Conference to put the brakes on Drug Legalization Movement (Конференция притормозит движение за легализацию наркотиков). Businesswire. com. April 23.
- Benko L. B. (2000): Drug-free in Seattle (Без наркотиков в Сиэтле). *Modern Healthcare* March 27: 56.
- Butterfueld F. (2000): Расовое неравенство как частый фактор в системе правосудия по делам несовершеннолетних (Racial disparities seen as pervasive in juvenile justice. *New York Times* April 26: 1).
- D'Aunno T., Folz-Murphy N., Lin X, (1999): Changes in Methadone Treatment Practices: Results from a Panel Study, 1988–95 (Изменения в практиках лечения метадонном: результаты группового исследования). *Am J Drug Alcohol Abuse* 25(4): 681–699.
- Dole V. P. (1971): Methadone maintenance treatment for 25000 heroin addicts (Заместительная терапия метадонном для 25 000 героинозависимых). *JAMA* 215: 1131–1134.
- Higgins S. T., Silverman K., and (eds). (1998): Motivating behavior change among illicit-drug abusers (Мотивация для изменения поведения среди лиц, злоупотребляющих запрещенными наркотиками), American Psychological Association, Washington, DC.
- Kidorf M., Hollander J. R., King V. L., Brooner R. K. (1998): Increasing employment of opioid dependent outpatients: An intensive behavioral intervention (Повышение трудоустройства амбулаторных пациентов с зависимостью от опиоидов: интенсивная программа изменения поведения). *Drug Alcohol Depend.* 50: 73–80.
- Michelazzi A., Vecchiet F., Cimolino T. (1999): General Practitioners and Heroin Addiction (Врачи общей практики и героинозависимость). *Chronicle of a Medical Practice. Heroin Add & Rel Clin Probl.* 1(2): 39–42.
- Newman R. G. (1972): Special problems of Government-Controlled Methadone Maintenance Programs (Специфические проблемы программ заместительной терапии метадонном под правительственным контролем). *Contemp Drug Probl.* 6 183–190.
- NYSDH (1997): Policy Statement, August 15, New York State Department of Health (Программное заявление, 15 августа, Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк, New York, NY).
- Parrino M. (1997): Letter to Rosalyn Liss, executive director of APT Foundation (Письмо Розалин Лисс, исполнительному директору Фонда АРТ), Connecticut, April 28.
- Rounsaville B. J., Kosten T. R. (2000): Treatment for opioid dependence (Лечение опиоидной зависимости). *JAMA* 283: 1337–1338.
- Saxon A. J., Wells E. A., Fleming C., Jackson T. R., Calsyn D. A. (1996): Pretreatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome (Характеристики пациентов до лечения, философия программ и уровень сопутствующих услуг как прогностические факторы исхода заместительного лечения метадонном). *Addiction* 91(8): 1197–1209.

Schuster C. R. (1989): Methadone Maintenance—An adequate dose is vital in checking the spread of AIDS (Заместительная терапия метадонном — правильные дозировки имеют большое значение для сдерживания распространения СПИДа). NIDA Notes. Spring/Summer: 3.

US Department of Justice (1996): Uniform crime reports for the United States, 1995, US Government (Стандартные отчеты по уровню преступности в США, 1995, правительство США), Washington, DC.

*Роберт Ньюман — директор Института химической зависимости им. Барона де Ротшильда (Baron de Rothschild Chemical Dependency Institute) при Центре медицины Бет-Израэл (Beth Israel Medical Center) и профессор Медицинского колледжа им. Альберта Эйнштейна (Albert Einstein College of Medicine).

Heroin Addiction and Related Clinical Problems 2, no. 2 (2000): 19–27. Печатается с разрешения издательства.

Организация сообщества потребителей наркотиков в контексте снижения вреда и войны с наркотиками

Мэтью Кертис*

Вступление

Нравится вам это или нет, быть потребителем наркотиков означает вступить в противодействие с политикой. Поскольку подход, основанный на «войне с наркотиками», стал доминирующим в большинстве стран мира, мы сегодня вынуждены бороться как с социальной маргинализацией потребителей наркотиков, так и с широко распространенным приоритетом правоохранительной деятельности над благополучием человека. Правительство может конфисковывать имущество людей, бросать их в тюрьмы за хранение малых количеств запрещенных наркотиков, и отказывать им в жилье, работе или избирательном праве после освобождения. Хуже всего, что стратегии здравоохранения зачастую разрабатываются таким образом, что потребители первыми оказываются поражены смертельным вирусом ВИЧ, однако последними получают столь необходимые лечение, уход и поддержку, к которым люди, не принимающие наркотиков, имеют свободный доступ.

Антинаркотические законы необходимы, однако, они должны исходить из положений конвенций об основных правах человека и быть сформулированы таким образом, чтобы не создавать дополнительного вреда для индивидуума и общества в целом. Современные законы о наркотиках чаще всего практически не учитывают различий между потребителями, хранящими наркотики для личного употребления, людьми, вовлеченными в мелкомасштабное распространение наркотиков без применения насилия, и теми участниками наркоиндустрии, которые используют насилие или рэкет при торговле наркотиками. Относительная свобода, которой располагают правоохранительные органы в своей деятельности в сообществах малоимущих людей или представителей расовых меньшинств, приводит к строгим наказаниям для потребителей наркотиков, принадлежащих к этим группам, с одной стороны, и фактической легализации наркотиков для людей, имеющих деньги или более высокий социальный статус. В результате слабого контроля, осуществляемого программами по борьбе с наркоторговлей, в регионах производства наркотиков и вдоль основных маршрутов наркотрафика задокументированы массовые нарушения прав человека.

В войне с наркотиками много риторики было посвящено уничтожению наркокартелей, искоренению насилия и ликвидации кризиса городов, связанного с наркотиками. Однако, на практике война с наркотиками приводит к тому, что миллионы людей во всем мире погибают или терпят различные лишения в наказание за простое решение принимать химические вещества. Реакцией на такое ужесточение условий своей жизни со стороны многих потребителей стала попытка взять в свои руки политики,

оказывающие на них влияние. Усилия потребителей по объединению в организации, начиная с обеспечения доступа к медицинскому уходу и услугам по снижению вреда, и заканчивая организацией открытых акций протеста против несправедливых политик, поддержкой равных равными и предоставлением информации на индивидуальном уровне и на уровне сообщества — стали альтернативой разрушительным последствиям войны с наркотиками и отсутствию контроля над распространением ВИЧ/СПИДа. Организации потребителей (которые далее в этой статье будут обобщенно называться потребителями инъекционных наркотиков), предоставляющие поддержку равных равными, и действующие на уровне сообщества, возникли практически во всех регионах мира — в Соединенных Штатах, Канаде, разных странах Восточной и Западной Европы, Австралии, Юго-Восточной Азии и Латинской Америки. Хотя в большинстве случаев эффективность деятельности организаций потребителей, социальные последствия их деятельности и ее влияние на общественное здоровье недостаточно оценены и изучены, те факты, которыми мы располагаем, свидетельствуют о том, что они весьма эффективны как средство изменения группового поведения и постепенного внедрения стандартов профилактики заболевания и социальной поддержки.¹

В данной статье рассматриваются некоторые конкретные примеры организаций потребителей наркотиков в Нидерландах, Австралии, Канаде, Таиланде и Восточной Европе и выявляются некоторые факторы, повлиявшие на их развитие и способствовавшие их успехам и неудачам. Группы потребителей следует изучать в контексте профессиональных движений, наиболее тесно связанных с их деятельностью и в наибольшей степени подвергшихся их влиянию — движений снижения вреда и реформы наркополитики. Несмотря на то что эти движения возникли при разных обстоятельствах и делают основной упор на разные вопросы, в целом они разделяют один набор ценностей и зачастую тесно переплетаются между собой в плане финансовых и человеческих ресурсов. Каждое из них воспринимается далеко не однозначно, однако оба они достигли определенных успехов, возникнув на низовых уровнях и развившись в профессионализованные движения, способные добиться пересмотра общественной политики в ряде стран.

Эта статья пытается ответить на вопрос: «Как же удастся потребителям наркотиков приспособиться к обстоятельствам?» Даже в тех местах, где война с наркотиками была свернута, потребители все еще подвергаются полицейским репрессиям, на них возлагается вина за многие общественные невзгоды, а порой даже участники движения за реформу, в развитии которого они участвовали, воспринимают их как не вполне надежных и компетентных «младших партнеров». И напротив, некоторые считают, что профессионалы, в частности работающие в области снижения вреда, выстраивают свои карьеры «за счет потребителей наркотиков», действуя от их имени, но в действительности не привлекая их к своей работе.

Необходимо также ответить на ряд вопросов, тесно связанных с основной обсуждаемой нами проблемой. Какую роль должны играть потребители в охране здоровья сообщества и предоставлении других услуг, затрагивающих их интересы? Каким образом потребители классифицируются, а значит и ограничиваются, с точки зрения своего употребления наркотиков? И насколько успешно — или безуспешно политики и программы, которые осуществляются под знаком поддержки потребителей, в действительности представляют нужды и потребности потребителей? Тот факт, что некоторые из этих вопросов вызывают ожесточенные споры, указывает на важность организации сообщества, осуществляемого силами самих потребителей.

Движение снизу вверх: первые организации потребителей наркотиков в Нидерландах

Поддержка равных равными среди потребителей наркотиков не является чем-то совершенно новым. Потребители всегда обменивались информацией о методах употребления наркотиков, здоровье и юридической безопасности, а также о многих других вопросах, которые сегодня могут рассматриваться как обучение в области снижения вреда. Однако, лишь в конце двадцатого века потребители начинали формировать организации, деятельность которых была формально посвящена их благополучию, прежде всего через вовлечение в политическую деятельность и предоставление услуг по поддержанию здоровья. Одними из первых организаций такого рода стали голландские *Junkiebonden* (примерный перевод — «союзы потребителей»), начавшие создаваться в начале 1970-х гг. До эпохи ВИЧ политический элемент имел приоритетное значение в деятельности *Junkiebonden*, открыто отстаивавших позицию о том, что «репрессивная наркополитика в том виде, в каком она определяется уголовным правом, является абсолютно неприемлемым подходом к решению проблемы наркотиков. По их представлению именно на репрессивную наркополитику может быть возложена основная часть ответственности за так называемую «проблему наркотиков». Придерживаясь этой позиции, *Junkiebonden* настаивали на своей независимости от других институтов, отвергая прикрепляемый к их деятельности ярлык «самопомощи», который, по их мнению лишь поддерживал «парадигму заболевания», предусматривающую, что к потребителям следует относиться прежде всего как к больным, нуждающимся в помощи.»²

MDHG, основанная в 1974 г. амстердамская группа защиты интересов потребителей наркотиков, действует на более широкой основе: в ее работе принимают участие не только активные, но и бывшие потребители, а также профессионалы, родители потребителей и т. д. В 1984 г. MDHG стала первой организацией, которая, признав угрозу СПИДа, начала заниматься распространением шприцев и в конце концов получила муниципальное финансирование. Организация также выпустила одну из первых важных книг по проблеме ВИЧ, *Positief Verder* («Позитивно в будущее»), в которой предлагалось использовать опыт ВИЧ-положительных потребителей наркотиков в качестве руководства для других потребителей, членов их семей и друзей, а также организаций, предоставляющих услуги.^{2,3} Роттердамский союз *Junkiebond* еще раньше начал проводить более мелкомасштабную программу обмена шприцев, главной целью которой была профилактика гепатита.⁴ Деятельность этих организаций спровоцировала развитие местных групп потребителей в разных городах Нидерландов, а также разработку программ снижения вреда в разных странах мира.

Одна из голландских организаций потребителей, хотя и была сформирована значительно позже, чем *Junkiebonden*, является весьма ярким примером процесса растущей интернационализации поддержки равных равными, начавшегося с возникновением программ снижения вреда и укреплении групп потребителей. Landelijk Steunpunt Druggebruikers (LSD) — Голландская национальная группа защиты интересов потребителей наркотиков — представляет собой материнскую организацию, координирующую деятельность и представляющую интересы порядка 20 местных групп потребителей, действующих в разных точках Нидерландов. Эта организация зачастую выполняет функции своего рода моста между потребителями и службами здравоохранения или правительством. LSD, сформированная в Утрехте в начале 1990-х гг. сперва являлась обыкновенной местной группой, деятельность которой фокусировалась на обмене

шприцев и обучении менее опасным техникам употребления наркотиков и принципам сексуального здоровья. Некоторые члены группы прежде работали в MDHG (которая на ранних этапах предоставляла LSD финансовую поддержку) и в проекте «No Risk», свободно организованной группе снижения вреда, действовавшей в 1990-93 гг.⁵

Вскоре потребители в Утрехте начали организовывать группы поддержки равных равными, и LSD представилась возможность заняться налаживанием связей между потребителями по всей стране. Пользуясь небольшим финансированием от Министерства социального здоровья Нидерландов, LSD стала устраивать периодические встречи потребителей из разных городов для обсуждения волнующих их тем — общих вопросов здоровья и более безопасного употребления, лечение наркозависимости, качество наркотиков и отношения с наркоторговцами, взаимодействие с социальными службами и т. д. Кроме того, большое внимание уделялось налаживанию личных связей между местными группами и соответствующими правительственными ведомствами. На встречи часто приглашались политики, полицейские, социальные работники и т. д. «Ну, одно время было нелегко, однако мы всегда старались продемонстрировать им свое уважение и чувство юмора, даже если мы серьезно расходились во мнениях», — вспоминает президент LSD Тео ван Дам (Theo van Dam). Даже добиваясь вещей, которые чиновникам не нравятся — например, работа с наркодилерами или любые разговоры о легализации — мы всегда четко и открыто объясняем, что мы делаем и всегда стараемся честно признавать свои ошибки».

Когда-то не совсем гладкие отношения со временем все больше оборачивались в ситуацию, приведшую к легкому доступу к чиновникам и растущей сети местных групп на всей территории Нидерландов. Помимо предоставления общей поддержки местным группам, LSD работает над специализированными проектами — например, пытается решить проблемы, связанные с государственной системой лечения метадона, или принимает участие в разработке методик для 25 с лишним помещений для инъекций, открытых в Нидерландах. Организация также все активнее действует на международном уровне: предоставляет техническое содействие новым группам потребителей в странах Восточной Европы и бывшего Советском Союзе, принимает участие в организации ежегодного Международного дня потребителей наркотиков, конференции активистов-потребителей из Европы и других стран.

Все это могло произойти только благодаря условиям, которые кажутся практически невозможными в некоторых других частях мира. Сильная база активистов была развита амстердамскими и роттердамскими группами потребителей, которые не только стали пионерами программ воздействия, основанных на принципе поддержки равных равными, но и способствовали созданию ситуации, в которой объединение и активная социальная деятельность потребителей казались совершенно нормальным явлением. Не менее важно, что постоянное правительственное финансирование и сотрудничество полиции позволили LSD и другим группам потребителей в Нидерландах серьезно преуспеть в тех отношениях, в которых они не смогли бы многого добиться без такой поддержки.

С другой стороны, успех голландских групп потребителей и программ снижения вреда, в создании которых они участвовали, в какой-то степени определил решение правительства присоединиться к этой инициативе. Существует цепь государственных программ снижения вреда, однако, в большинстве случаев их работа построена на методике «поставщик-клиент» и координируется «специалистами по профилактике», назначаемыми в каждый местный центр социального обслуживания. Профессионализация снижения вреда и обеспечение правительственного финансирования

и поддержки — цель, которой добиваются многие. Проблема, с которой сталкивается большинство стран Европы и других регионов, где снижение вреда вышло за пределы низового уровня, заключается в том, что подобные тенденции могут ослабить базу активистов, работающих в данной области, и сделать предоставляемые услуги менее привлекательными для потребителей наркотиков.

Поддержка правительства: снижение вреда в Австралии в начале 1990-х гг.

Развитие групп потребителей в Австралии следовало по той же траектории в начале 1990-х гг. при невероятно чуткой реакции со стороны правительства. В первые годы глобализации войны с наркотиками Австралия приняла курс, мало чем отличающийся от политики США. В непримиримых кампаниях по борьбе с наркотиками упор делался на демонизацию потребителей и крутые меры в отношении наркоторговли. Однако, в 1988 г. Австралия резко изменила свой подход, приняв новую национальную стратегию, фокусирующуюся на алкоголе и табаке и открыто включавшей принципы снижение вреда (первая национальная стратегия в отношении наркотиков, использовавшая эти принципы).

Годом позже была обнародована новая австралийская национальная стратегия в области ВИЧ/СПИДа. Она была разработана при консультациях с широким кругом заинтересованных лиц, включая представителя потребителей наркотиков. Дизайн программы твердо опирался на работу на уровне сообщества, требовавшей непосредственного вовлечения людей, подвергающихся риску — подход, глубоко укоренившийся в Австралии, еще с движений за охрану общественного здоровья и права потребителей 1970-х гг. Как писал Ник Крофтс, австралийский исследователь, занимающийся вопросами наркотиков и ВИЧ, новый план «также заново оценивал взаимоотношения между правительством и ПИН [потребителями инъекционных наркотиков]. В контексте этой стратегии потребители наркотиков воспринимались как лица, имеющие потенциал обучаться и обучать, формировать организации, управлять финансированием, представлять свое сообщество в правительственных консультативных комитетах, и привлекаться к выполнению различных функций в качестве потребителей наркотиков». Тот факт, что подобная стратегия обеспечивала существенное финансирование деятельности групп потребителей, также являлось серьезным стимулом для их дальнейшего развития.⁶

Группы, некоторые из которых уже существовали, стали действовать в каждой из восьми австралийских территорий вместе с национальной материнской организацией, «Australian IV League» (Австралийская лига потребителей внутривенных наркотиков) — позже переименованную в Австралийскую лигу потребителей инъекционных и запрещенных наркотиков (Australian Injecting and Illicit Drug Users' League, AIVL). Некоторые усилия объединить потребителей были предприняты раньше, в середине 1980-х гг. на фоне эпидемии ВИЧ среди ПИН, поступления информации о голландских *Junkiebonden* и известности, которой удалось добиться группам активистов движения за права гомосексуалов.⁷

Первой полноценно функционирующей региональной группой потребителей стала Викторианская интравенная СПИД-группа (Victorian Intravenous AIDS Group, VIVAIDS), сформированная в результате объединения нескольких групп самопомощи в штате Виктория. Вскоре после своего появления VIVAIDS получила грант от Минис-

терства здравоохранения Виктории для финансирования первой программы обмена шприцев, осуществляемого равными среди равных, в Мельбурне. Благодаря команде преданных делу сотрудников и волонтеров, государственной поддержке и бесплатному предоставлению актуальных и необходимых услуг сообществу потребителей наркотиков, состав VIVAIDS стремительно расширялся. Однако, если программа обмена шприцев стала большим достижением, пишет Крофтс, «как группа потребителей VIVAIDS преуспела меньше». Контролировать деятельность организации оказалось довольно сложно, отчасти из-за высокой текучести кадров в ее административном комитете, отчасти из-за проблем, связанных с употреблением наркотиков ее руководителями.

С подобными сложностями столкнулись и некоторые другие австралийские группы потребителей, а вскоре оказалось, что государственные источники финансирования готовы оказывать им меньшую поддержку, чем требовалось. По-видимому, предполагалось, что группы с самого начала смогут действовать, не наталкиваясь ни на какие препятствия. У любой организации на уровне сообщества, «не имеющей истории самоуправления, отсутствие выработки навыков, надежного финансирования и других управленческих ресурсов неизбежны проблемы. Что касается VIVAIDS, в 1990 г. государственное управление было временно приостановлено. Хотя VIVAIDS мог еще продолжать свою деятельность, этот эпизод обозначил тупик в развитии услуг, основанных на принципе поддержки равных равными, и адвокации.⁸

В целом, объединение потребителей в организации в Австралии происходило с большим успехом, так что уже через несколько лет «сложно было представить, каким образом правительственные департаменты смогли бы эффективно действовать в некоторых областях (прежде всего, в области ВИЧ-инфекции), если бы не существовали такие группы».⁹ На ранних этапах группам удалось преодолеть множество барьеров, мешавших им действовать. Практически распавшись в 1993 г., AIVL вновь восстановилась в форме влиятельной национальной организации, специализирующейся на адвокации ПИН, пользующейся федеральным финансированием для осуществления ее программы «Policy Program» и других проектов.¹⁰

В авангарде: Ванкуверская региональная сеть потребителей наркотиков

Пожалуй, наиболее успешной группой потребителей в мире является Ванкуверская региональная сеть потребителей наркотиков (Vancouver Area Network of Drug Users, VANDU) в Канаде. Эта группа была сформирована в 1997 г. в ответ на вспышку эпидемии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Даунтаун Ист-Сайд в Ванкувере — одном из беднейших районов в Канаде, охватывающем десять кварталов, в которых, по оценкам, проживает 5000 ПИН.

Первые встречи группы, которая впоследствии превратилась в VANDU, были организованы под эгидой Дискуссионной группы потребителей Даунтаун Ист-Сайд (Downtown Eastside Drug User Discussion Group). Изначально эта группа была сформирована Энн Ливингстон (Ann Livingston) и Бадом Осборном (Bud Osborn), бывшими членами «Political Response Group» («Группа политического ответа») ванкуверской активистской организации, уже работавшей ранее по вопросам, связанным с наркотиками. Встречи были направлены на то, чтобы дать потребителям наркотиков возможность определить проблемы в сообществе, выявить членов сообщества, которые

войдут в организационные комитеты и, в общем итоге, сфокусировать внимание на необходимости конкретных действий. В первые месяцы посещаемость собраний стремительно росла: с 20 до 100 с лишним человек на каждом мероприятии. Осборн, в свою очередь, регулярно освещал вопросы, волновавшие членов группы, на заседаниях Комитета здравоохранения округа Ванкувер/Ричмонд, в результате чего Комитет выделил группе небольшой «грант на развитие», который позволил ей оплатить транспортные расходы и питание участникам встреч.¹¹

Дискуссионная группа стремительно эволюционировала в VANDU, которое вскоре стало оказывать влияние как на потребителей в Даунтаун Ист-Сайд, так и на местное правительство. «Голос потребителей наркотиков никогда не звучал в правительственных кругах, офисах здравоохранения и высших бюрократических органах, — отметил один из основателей VANDU. — Было что-то почти мистическое в том, о чем мы говорили, как будто крик страдания потребителей прозвучал публично — это было самое мощное оружие из всех».¹²

Организация расширилась: в ее состав входило уже более 1300 человек — и стала заниматься осуществлением широкого спектра программ, первая из которых заключалась в организации так называемого «дорожного патруля», обходившего район, чтобы собирать использованное инъекционное оборудование, следить за безопасностью его обитателей и распространять информацию. Эта деятельность вскоре обернулась комплексом программ по уходу и поддержке на уровне сообщества, включая обмен и утилизацию шприцев, посещение больниц и адвокацию, осуществляемую самими потребителями. Были созданы группы поддержки ВИЧ-положительных женщин, людей, инфицированных гепатитом С, и потребителей метадона, а также был выпущен бюллетень, веб-сайт и разработаны разнообразные официальные и неформальные программы обучения.

Многие акции VANDU стали непосредственной реакцией либо на плохо продуманную официальную политику, либо на бездействие правительства в решении волнующих вопросов. Например, как и многие другие санкционированные государством программы обмена шприцев, деятельность пункта, действующего в Даунтаун Ист-Сайд была ограничена — правительство требовало, чтобы он обменивал шприцы один к одному и ежедневно закрывался в 20.00. В сентябре 2001 г. VANDU открыла в точке сбора потребителей наркотиков в Ванкувере еще один пункт, действовавший ночью, чтобы обеспечить потребителям более гибкую схему обмена. Этот пункт открывался, когда закрывался городской обмен — с 20.00 и работал до 4.00 утра семь дней в неделю. Этот пункт VANDU проработал в течение девяти месяцев, обменивая в среднем по 1200 шприцев каждую ночь, а затем был временно закрыт городской администрацией. Независимая оценка деятельности пункта обмена выявила корреляцию между востребованностью услуг пункта VANDU с одной стороны и безопасной утилизацией шприцев и популяциями, подвергающимися наибольшему риску приобретения ВИЧ через совместное использование шприцев, в особенности женщинами, вовлеченными в секс-бизнес, и людьми, не способными самостоятельно делать себе инъекции, — с другой.¹³ Готовность VANDU выходить в своей деятельности за рамки установленных городской администрацией правил работы обмена шприцев свидетельствует о понимании того факта, что нормы и процедуры, игнорирующие реалии жизни потребителей наркотиков, содержат обширный потенциал для снижения эффективности программ воздействия.¹⁴ В середине 2003 г. VANDU также открыла первый пункт безопасных инъекций в Северной Америке, поскольку администрация города слишком долго откладывала реализацию своих планов по организации такого пункта.

VANDU приобрела широкую известность за проводимые ей тщательно продуманные публичные акции, направленные на привлечение общественного внимания к проблемам, связанным с наркотиками. В 1997 г. и в 2000 г. группа организовала сперва километровой, а затем двухкилометровой забег в ванкуверском парке Оппенхаймер-Парк в знак протеста против растущего числа передозировок и высокой смертности от СПИДа в сообществе потребителей наркотиков. Во время заседания Городского совета, после того как мэр города объявил мораторий на создание новых служб для потребителей наркотиков, VANDU организовала марш, пройдя мимо здания совета с гробами на плечах. Подобные акции сыграли важную роль в принятии городом нового подхода к употреблению наркотиков, получившего название подход «Четырех столбов» и предусматривавшего усиление компонентов снижения вреда и лечения.¹⁵ Кроме того, они способствовали привлечению внимания к вопросам наркотиков и социальным проблемам в Даунтаун Ист-Сайд в ходе дебатов, состоявшихся перед выборами мэра.

Важнее всего влияние, которое, по мнению многих членов организации VANDU, оказала на сообщество потребителей как в индивидуальном плане, так и на сообщество как группу, способную добиваться изменений. Как отметил один из них, VANDU «дает людям опыт работы и ответственности. Все негативное, что обычно ассоциируется с наркоманами исчезает, и им всячески демонстрируется, что они компетентны. Это помогает им вырасти и понять себя, понять, что у них есть выбор». Развивая свою мысль, основатель VANDU продолжал: «Они воспринимаются как голос ПИН и к этому голосу прислушиваются, потому что он звучит одновременно и рационально, и страстно. Если бы не было VANDU, то как сообщество ПИН могло бы общаться с окружающими. Они бы серьезно пострадали».¹⁶

Новый подъем: Таиланд и Восточная Европа

Каждый из трех описанных выше случаев в той или иной мере является примером успешной социальной деятельности потребителей и поддержки равных равными, повлиявшей на правительственную политику и переопределившей роль потребителей наркотиков. Несмотря на многочисленные сражения, которые пришлось выдержать этим группам, в Нидерландах, Австралии и Канаде существовали условия, где потребители наркотиков, после того, как им удалось объединиться, могли с относительной легкостью привлечь к себе внимание, добиться более обширной поддержки, обеспечить себе финансовую помощь и так далее. В тех регионах, где нет таких условий, результаты более противоречивы. Потребители объединяются в организации в целом ряде стран, где правительство придерживается жесткой репрессивной политики в отношении потребителей, где более глубоко укоренилась социальная стигма или где не хватает ресурсов. Даже в прогрессивных обществах серьезная дискриминация потребителей наркотиков и ощутимая опасность, которой подвергаются потребители при публичной социальной деятельности, могут служить важным тормозом для процесса объединения в организации — процесса, осуществление которого многократно осложняется в регионах с наиболее жесткими наркополитиками. «Никто не может отрицать, что постоянные потребители наркотиков, запрещенных законом [т. е. «тяжелых» наркотиков, таких, как героин и кокаин], часто страдают больше всех. Они, как правило, принимают наркотики... чаще и становятся жертвой более серьезных медицинских, социальных и юридических последствий, — пишет Пол Черашор (Paul Chershore). — Зачастую они могут потерять больше всех, если их статус обнаружится, поэтому им приходится тщательно взвешивать преимущества, которые они получат от

возможности высказаться, и связанный с этим риск».¹⁷ Эта проблема, в свою очередь, может ограничить эффективность группы, если в результате она решит использовать в качестве своего рупора бывших потребителей или людей, не употребляющих наркотики. Кроме того, она может привести к созданию барьеров, препятствующих участию в деятельности группы потребителей, обладающих ценными навыками (и тех, кто может не получить или потерять работу, если обнаружится, что они употребляют наркотики).

Еще один крайне важный факт, особенно в сложных условиях, заключается в том, что успех деятельности по объединению потребителей зависит от сильных лидеров. Джон Пол Хаммонд в своих размышлениях о попытках сформировать Северо-американский союз потребителей (North American Users Union) указал, что этот фактор может являться ключевым препятствием для создания организаций потребителей на местном уровне: «В зачастую крайне враждебной среде, в которой происходит последовательная маргинализация потребителей наркотиков, только личность, обладающая по истине исключительными качествами и причисляющая себя к сообществу потребителей, может быть готова и способна на политическую деятельность, необходимую для подобного рода организации сообщества. Очень часто, вместо формирования устойчивых организаций, способных выдержать постоянную смену приходящих и уходящих из нее людей, те из нас, кто занимается объединением потребителей наркотиков, внезапно обнаруживают, что работают с крайне ограниченным кругом подвещающихся преследованию друзей, таких же, как мы».¹⁸

Значительно позже, чем в Западной Европе, Канаде и Австралии, и в совершенно иных условиях группы потребителей начали формироваться в Таиланде и Восточной Европе. Пока что они находятся на слишком раннем этапе развития, чтобы можно было оценивать их достижения, однако, они все же представляют собой интересные случаи, которые в определенной мере, контрастируют с примерами, описанными выше.

Тайская сеть потребителей наркотиков (Thai Drug Users Network, TDN) сформировалась в конце 2002 г., как раз перед тем, как в стране начались жесткие гонения на потребителей наркотиков — событие, ставшее для группы гальванизирующей силой. Усилия Таиланда по контролю за ВИЧ (в особенности деятельность, направленная на обучение в области безопасного секса и использование презервативов, оказавшее серьезное воздействие на развитие эпидемии в стране в 1990 г.), заслужили высокие оценки, однако, долгое время страна всерьез не занималась проблемой наркотиков. Снижение вреда в сущности не осуществлялось и, несмотря на широкое распространение разных форм употребления наркотиков в стране, стигматизация потребителей, прежде всего, потребителей инъекционных наркотиков, глубоко укоренилась как в обществе, так и в правительстве. К 1998 г. распространенность ВИЧ среди ПИН достигла, по оценкам, 30%, и с того времени варьируется в разных регионах Таиланда от 20% до 50%.¹⁹

Изначальный костяк TDN составляла группа из 10 друзей, вместе покинувших терапевтическое сообщество и начавших регулярно поднимать вопрос о недостатке услуг для потребителей, плачевном состоянии лечения наркозависимости, и проблему стигмы.²⁰ Некоторые из них стали работать в Тайской сети людей, живущих с ВИЧ (Thai Network of People Living with HIV, TNP+), и Тайской группе действия в области лечения СПИДа (Thai AIDS Treatment Action Group, TTAG) — НПО, выступающие за повышение доступа к уходу в области ВИЧ и принятие ВИЧ-положительных потребителей наркотиков в целом. Приняв участие в специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 г. в Нью-Йорке, некоторые члены TTAG получили вдохновение для дальнейшей работы в деятельности многочисленных активистов, присутствовавших

на мероприятии, в особенности специалистов, работавших в «ACT-UP», радикальной СПИД-сервисной группе, которая одной из первых инициировала программу обмена шприцев в Нью-Йорке в конце 1980-х гг.

По возвращении в Таиланд группа взяла за образец TNP+ и подобные организации и начала документировать события на наркосцене и случаи нарушения прав потребителей в трех городах региона: Чианг-Май на севере, Бангкок в центре и Сатун на юге. Это исследование вошло в отчет, послуживший отправной точкой для деятельности TDN, формально организованной именно в это время и определившей круг вопросов, на которых ей следует сосредоточить свое внимание. Отчет выявил высокую распространенность рискованного поведения и низкий уровень знаний о ВИЧ среди потребителей, а также систематическую дискриминацию в отношении потребителей со стороны полиции и медицинского персонала. Он обнаружил, что преследование полицией потребителей и ее вмешательство в работу служб (например, установка полицейского поста прямо напротив метадоновой клиники в Сатуне) — являются широко распространенной практикой. Что касается лечения СПИДа, потребителям наркотиков по-прежнему сознательно не предоставляется доступ к антиретровирусной терапии, которая в настоящее время проводится государством бесплатно с использованием препаратов местного производства, несмотря на то, что Таиланд пытается увеличить число пациентов, получающих препарат, используя для этого финансирование Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria).²¹ Проблемой также является чувство стыда и нежелание признавать факт употребления наркотиков, свойственные местным сообществам. «Одна женщина в Бангкоке — она беременна уже семь месяцев — до сих пор не обращалась к врачу и продолжает употреблять героин, — рассказывает Паисан Тан-Уд из TDN. — Мы говорили с ней, и единственный вопрос, который ее беспокоит — будет ли все в порядке с ребенком? Есть ли у нее СПИД? Но она не пойдет в больницу из стыда».

Заявляя о необходимости защищать права потребителей наркотиков и о плачевном состоянии служб, работающих над проблемой наркотиков в Таиланде, TDN вскоре удалось найти поддержку — в форме грантов на начало работы по объединению сообщества от международных организаций — с одной стороны, и столкнуться с серьезными препятствиями — с другой. «Когда мы пришли в ONCB [Управление совета наркоконтроля Таиланда, Office of the Narcotics Control Board] для обсуждения отчета, первое, что нам сказали: «Неужели потребители наркотиков даже права имеют?», — вспоминает Тан-Уд. Авторитет TDN значительно вырос после репрессивной кампании против потребителей, организованной премьер-министром Таксином Шинаватра (Thaksin Shinawatra) и начавшейся в феврале 2003 г. Заявленная цель кампании заключалась в искоренении употребления наркотиков в Таиланде. В течение нескольких месяцев в результате этой новой страшной формы войны с наркотиками, десятки тысяч тайцев были занесены в черные списки по подозрению в причастности к преступлениям, связанным с наркотиками, подверглись массовым арестам и принудительной реабилитации, не менее 2275 человек были убиты без суда. Главное подозрение в совершении этих убийств, лишь десятком из которых были расследованы, падает на органы полиции.²²

Реакцией TDN на это насилие, стала попытка привлечь к происходящему внимание как на местном, так и на международном уровне. TDN эффективно сотрудничала с национальной комиссией по правам человека, правозащитной группой Азиатский форум (Asia Forum), а также с симпатизирующими членами законодательных органов, пытаясь оказать давление на правительство. Была организована серия акций, в том числе демонстрация, проходившая во время речи министра здравоохранения на

Международной конференции по снижению вреда в Чиангмае, и проведение акций в Таиланде, США, Великобритании, Франции, России, Австралии и других странах в международный день солидарности 12 июня 2003 г. Растущая критика тайской войны с наркотиками все же вынудила премьер-министра Таксина, упорствовавшего в своей непримиримой позиции, несколько умерить свою риторику и продемонстрировать хотя бы внешние усилия по сдерживанию наиболее серьезных нарушений. Несмотря на широкое осуждение, в октябре 2003 г. Таиланд продолжал вести агрессивную антинаркотическую стратегию, а опросы показывали, что она пользуется широкой общественной поддержкой. Одним из результатов этой политики Таиланда стала повышенная уязвимость к ВИЧ и другим инфекционным заболеваниям вследствие того, что потребители наркотиков были вынуждены скрываться в «подполье». По данным недавнего исследования Университета Чианг-Мая, тайского министерства здравоохранения и Университета им. Джонса Хопкинса в США, 37% потребителей наркотиков, пользующиеся услугами местных реабилитационных служб, прекратили контакты с ними «из-за преследований со стороны правительства».^{23, 24}

TDN продолжает следить за ситуацией и играть активную роль в ее освещении. Фокус деятельности организации расширился, включив работу над созданием низкопороговых служб, включая обмен шприцев, которые будут иметь непосредственную пользу для потребителей наркотиков. Огромное значение имеет грант в размере \$1,3 миллиона, выделенный TDN Глобальным фондом в октябре 2003 г. для финансирования программ снижения вреда, осуществляемых равными среди равных, добровольного тестирования на ВИЧ и программ, направленных на обучение служб здравоохранения, полиции и персонала исправительных учреждений. Заявка на грант, поданная TDN, стала первой заявкой, которая была принята без утверждения Странового координационного механизма, который обычно используется для регулирования заявок на финансирование в Глобальный фонд. Это обстоятельство стало большим достижением для TDN, лишней раз продемонстрировав, что крупнейший в мире источник финансирования СПИД-сервисных программ признает, что некоторые страны не способны удовлетворить потребности маргинальных сообществ потребителей наркотиков. Комбинируя деятельность по предоставлению услуг и адвокации, TDN следует путем, который показал себя как наиболее успешная модель работы организаций потребителей в Европе, Канаде и Австралии. Тот факт, что им удалось так далеко продвинуться уже в первый год работы, вызывает подлинное изумление.

В последние годы новые группы потребителей возникли по всей Восточной Европе: в Литве, России, Болгарии, Хорватии, Украине, Словении и других странах. Финансовые, правовые и культурные условия в этих странах во многих отношениях коренным образом отличаются от описанных выше случаев, результатом чего является с одной стороны быстрый прогресс, достигнутый многими новыми группами потребителей, однако с другой — опасность застоя в развитии некоторых из них.

Наиболее ощутимым различием является то, что в отличие от большинства стран мира, программы снижения вреда в Восточной Европе появились прежде, чем организации потребителей. При финансировании и других формах поддержки, предоставляемой прежде всего Международной программой развития снижения вреда Института «Открытое общество» (IHRD) и национальными фондами Сороса с 1996 г. по 2003 г., в 23 странах Восточной Европы и Центральной Азии было открыто более 200 программ обмена шприцев, заместительной терапии метадонном и других программ, оказывающих услуги по снижению вреда. В контексте стремительно развивающейся эпидемии ВИЧ, и, как правило, жесткого отношения и строгих законов в отношении потреби-

лей, многие из этих программ обеспечили своего рода уникальное безопасное пространство для потребителей наркотиков. Прежде всего, в тех городах, где потребители занимались предоставлением услуг аутрич (например, в Константе в Румынии, Омске в России и Одессе в Украине), начала развиваться организованная поддержка равных равными и активная социальная деятельность, ставшие прямым результатом совместной работы и поддержки уже существовавших программ снижения вреда. Вероятно, именно вследствие таких тесных связей между программами заместительной терапии метадонем и программами обмена шприцев и их совместному развитию, организации, сформированные потребителями метадона в Литве и Болгарии, стали заниматься полным спектром существовавших в этих странах проблем, не ограничиваясь исключительно работой с активными уличными потребителями наркотиков.

Тем не менее, то, что программы снижения вреда предшествовали организациям потребителей, имело и свои негативные последствия. Многие программы снижения вреда, прежде всего в Советском Союзе, управлялись правительственными структурами, в большинстве случаев, государственными чиновниками, отвечающими за борьбу со СПИДом. Отсутствие устоявшейся социальной работы или академических и практических традиций в сфере здравоохранения создало «излишне медикализированный» подход к предоставлению услуг по снижению вреда. Позднее возникновение групп потребителей не позволяет им, по крайней мере в течение какого-то времени, с полным основанием претендовать на позицию лидера в осуществлении программ снижения вреда и других программ в области наркотиков. В комбинации эти факторы ведут к тому, что важность вовлечения сообщества в процесс предоставления услуг существенно недооценивается, и предпочтение отдается устоявшемуся консервативному профессионализму. Эта проблема, конечно, наблюдается не везде — и в НПО, и в правительственных программах есть множество компетентных специалистов по снижению вреда, готовых работать на уровне сообщества, однако, она все же существенно усложняет развитие организаций потребителей и снижает эффективность программ снижения вреда в регионе.

Другая проблема заключается в том, что практически ни одна из восточноевропейских групп потребителей не смогла освоить модель, предусматривающую соединение предоставления услуг и адвокации, которая была принята некоторыми группами в Канаде, Австралии и Западной Европе. Эта проблема в большей степени определяет возможность автономности. В регионе отмечается острая нехватка финансирования деятельности по снижению вреда: от местного правительства поступает недостаточно или не поступает вообще никаких средств, и программы обладают крайне ограниченными возможностями для расширения. Как упоминалось выше, в некоторых городах группы потребителей принимают участие в предоставлении услуг в качестве сотрудников или волонтеров программ снижения вреда. Эта схема, несомненно, приносит пользу как самим потребителям (получающим профессиональное признание и профессиональную поддержку), так и службам (получающим полезные знания от сотрудников, употребляющих наркотики, и обеспечивающим себе более твердые позиции среди потребителей, пользующихся их услугами). Однако, интеграция с профессиональной службой может помешать потребителям искать собственные методы работы, смягчить их критику в отношении политик и снизить доверие к ним других потребителей, которые могут с подозрением относиться к наркослужбам на основе своего прошлого опыта.²⁵

В тех местах Восточной Европы, где организации потребителей пытаются заниматься предоставлением услуг в крайне незначительных масштабах, они часто не

получают необходимой поддержки или даже наталкиваются на активные репрессии. Хорошим примером является «Stay Alive» («остаться в живых»), группа потребителей в Констанце (Румыния). Как и многие другие группы, «Stay Alive» сформировалась вокруг группы потребителей, работавших в местном проекте снижения вреда. Со временем «Stay Alive» взяла на себя контроль за финансированием проекта, став одной из первых служб региона, руководство которой осуществлялось исключительно потребителями. Однако, когда группа стала настолько заметной, она подверглась эскалации давления со стороны местной полиции. Члены «Stay Alive» находились под постоянным наблюдением, некоторые были арестованы и оказались в тюрьмах, причем им были вынесены неоправданно строгие приговоры и назначены очень высокие залоги — словом, были предприняты все усилия, чтобы запугать группу.²⁶ Хотя группа получала поддержку от других программ снижения вреда в Румынии и некоторых международных организаций, принятые местными властями меры устрашения оказались эффективны, помешав «Stay Alive» продвигать свою работу дальше.

Другие группы достигли большего. «Колодец» в Москве и Инициатива взаимной поддержки потребителей наркотиков (Initiative for Drug Users Mutual Support, IDUMS) в Вильнюсе (Литва) сформировали влиятельные организации, которые в настоящее время рассматриваются в других частях региона как образец. «Колодец» и IDUMS, входящие в число первых групп потребителей в бывшем Советском Союзе, в большей степени сконцентрировались на борьбе со стигмой и последствиями политики войны с наркотиками, чем на предоставлении услуг (хотя некоторые члены «Колодца» прежде работали в ныне несуществующей программе аутич голландской секции организации «Врачи без границ» в Москве). Устойчивая лидерская позиция, серия хорошо спланированных публичных акций и некоторые удачные связи привлекли внимание местных политиков и международных организаций к этим группам. К середине 2003 г. обе они расширили свой спектр деятельности и географический охват и укрепили связи со специалистами по адвокации в области ВИЧ и правовых реформ.

Употребление наркотиков, здоровье и права человека

Люди, работающие в области наркотиков и общественного здравоохранения, все чаще признают взаимосвязь между защитой прав человека и эффективной профилактикой ВИЧ и других инфекционных заболеваний. Некоторые из ведущих международных правозащитных организаций проводят исследования или создают программы, которые — в той или иной степени — занимаются нарушениями прав потребителей наркотиков в рамках более обширной деятельности по адвокации в области ВИЧ/СПИДа.²⁷ В свою очередь, организации снижения вреда и международные институты, работающие в области наркотиков, используют в своих программах формулировки из области правозащитной деятельности. Стоит упомянуть ЮНЭЙДС и ВОЗ, которые признают пагубное воздействие нарушений неприкосновенности личной жизни, отсутствия равной защиты перед законом и дискриминации в области трудоустройства, образования, обеспечения жильем, охраны здоровья и так далее как на профилактику, так и на лечение.²⁸

Расширение гарантий соблюдения прав человека для всех людей, инфицированных или как-либо еще затронутых ВИЧ, включая потребителей наркотиков, несомненно, является благородной целью. Однако, когда дело доходит до наркотиков, правозащитники, как правило, уделяют центральное внимание проблемам коррупции чиновников, расизма, злоупотреблению уголовным законом и нарушении правовых процедур,

присущим деятельности по контролю за наркотиками.²⁹ То же самое происходит и при обсуждении прав человека в контексте здравоохранения: специалисты стараются избегать важнейших социальных и культурных вопросов, вследствие чего их деятельность оказывается обречена на провал. Такой подход обманывает ожидания потребителей наркотиков в двух отношениях: он преуменьшает масштабы дискриминации потребителей на основе употребления наркотиков; не выражает позиции в отношении криминализации потребителей наркотиков, лежащей в основе многих проблем, с которыми они сталкиваются. При системе, в которой применяются эти стандарты, можно ли ожидать, что потребители будут удовлетворены обеспеченным им доступом к препаратам для лечения СПИДа и обмену игл, и станет ли для них утешением честность полицейского, пришедшего арестовать их, если их продолжают миллионами бросать в тюрьмы? Если основной принцип снижения вреда как подхода к охране общественного здоровья, заключается в том, что программы здравоохранения не могут быть эффективны, если целевая популяция живет в атмосфере постоянных преследований, то можно ли рассчитывать, что сработают полумеры (осуждение стигматизации по ВИЧ-статусу и игнорирование стигматизации, связанной с употреблением наркотиков)?

Так или иначе, наркотики и ВИЧ все еще являются для правозащитной деятельности довольно новыми темами, и некоторого прогресса в дебатах об их взаимном пересечении уже удалось достигнуть. Сами потребители наркотиков являются залогом прогресса. Международные организации, доноры, исследовательские институты и органы ООН уделяют все больше внимания потребителям. Они (медленно) находят пути, которые позволят более непосредственно поддержать вовлечение потребителей наркотиков в свою работу, в том числе в ограниченных масштабах, включая потребителей в планирование программ. Ведомства, в которых сосредоточены дебаты на эту тему, всегда остаются бюрократическими, а потому во многих случаях не допускают к своей работе посторонних. В результате активистам групп потребителей наркотиков приходится продолжать искать пути привлечения внимания этих ведомств к своим идеям и проблемам, чтобы добиться признания важности вопросов, связанных с наркотиками (и повышения доступного финансирования) в системе здравоохранения и расширить критику войны с наркотиками, опираясь на принципы прав человека. В то же время институты, симпатизирующие деятельности потребителей, должны активнее бороться с двойными стандартами, применяемыми в отношении потребителей. Разработка исследований на базе групп потребителей является одним из не вызывающих полемики способов привлечения позитивного внимания. Увеличение роли потребителей в планировании и осуществлении программ должно иметь не только символическое значение, но и приобретать реальные масштабы; кроме того, необходимо постоянное стабильное финансирование программ защиты здоровья, основанных на поддержке равных равными и на других методах.

На местном уровне группы сталкиваются с более фундаментальным набором проблем, связанных с организацией, менеджментом и расширением их политической базы. Хотя обучение работе среди политиков высшего уровня имеет большое значение, истинная сила активизма потребителей заключается в его непосредственной связи с местными сообществами, интересы которых в ином случае вообще не были бы представлены. Выявление приоритетов, основанное на размышлениях о том, как оптимальным образом предоставить услуги сообществам, включает множество разных соображений, которые должны постоянно пересматриваться, если группа хочет сохранить энергию, необходимую ей для работы. Необходимо обсуждать такие проблемы, как структура социальных сетей, действующих на наркосцене, относительная

ценность демократических (в отличие от иерархических) форм организации, и сохранение равновесия между непосредственным предоставлением услуг и публичной политической работой.³⁰

На организационном уровне большинство групп потребителей все еще пребывают в нестабильном состоянии. Нехватка доступного финансирования и поддержки в деятельности по формированию навыков, а также текучесть кадров и другие проблемы, проистекающие из хаотичной природы употребления наркотиков, могут представлять серьезные препятствия для долговечности и эффективности группы. Как и любые другие организации на уровне сообщества, группам потребителей необходимо больше времени для приобретения опыта и связей, которые позволят им адекватно функционировать, как это произошло в Европе и Австралии, стабилизировавших свое положение в течение десяти лет работы или еще дольше.

И, наконец, как и другие организации на уровне сообщества, группы потребителей, как правило, распадаются, если оказываются в изоляции. Всем успешным организациям потребителей удалось сформировать партнерства — от наиболее очевидных (с программами снижения вреда и сторонниками реформы наркополитики) — до самых сложных (полиция и политики). Такие партнерства не требуют, чтобы группы потребителей отказались от своей автономности, однако имеют важное значение, оказывая непосредственное влияние на ликвидацию стигматизации и одновременно обеспечивая им поддержку. Ключевым достижением в этом направлении является включение проблем потребителей в расширенный контекст прав человека. Поскольку в последние двадцать лет правам человека стало отводиться важное место в процессе принятия решений на национальном и международном уровне, потребители-активисты могут достигнуть больших успехов в своей борьбе за внесение изменений в определения прав человека, чтобы они отражали наиболее важные для них вопросы. Потребители также должны быть готовы выйти за эти рамки. Успехи движений за гражданские права, права геев и людей, живущих с ВИЧ, которым удалось получить публичное признание и обеспечить политическую силу для групп, когда-то подвергавшихся осуждению и стигматизации, свидетельствуют о том, что организации на уровне сообщества могут добиться перемен, действуя снизу вверх.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. См. например: Broadhead, Robert S. et. al. «Drug Users Versus Outreach Workers in Combating AIDS: Preliminary Results of a Peer-Driven Intervention» (Потребители наркотиков и аутрич-работники в борьбе со СПИДом: предварительные результаты программ, осуществляемых равными среди равных) *Journal of Drug Issues*, vol. 25, no. 3, 1995. Friedman, Samuel, «Going Beyond Education to Mobilizing Subcultural Change» (От обучения к мобилизации субкультурных изменений) *International Journal of Drug Policy*, vol. 4 no. 2, 1993. Kaplan, Ch. et. al. «The 'Boule de Nieve' Project: Lowering the Threshold for AIDS Prevention Among Injecting Drug Users» (Проект 'Boule de Nieve': Снижение порога профилактики СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков) . *International Journal of Drug Policy*, vol. 3, no. 4, 1992.
2. Trautmann, Franz. «Peer-Support: Dutch Experiences with AIDS Prevention by Drug Users for Drug Users» (Поддержка равных равными: голландский опыт профилактики СПИДа, осуществляемой потребителями наркотиков для потребителей наркотиков), NIAD: Utrecht, 1994.

3. Lane, Sandra et. al. «Needle Exchange: A Brief History» (Обмен игл: краткая история), The Kaiser Forums, Henry J. Kaiser Foundation, 1993. Accessed from Aegis Law Library: <http://www.aegis.com/law/journals/1993/HKFNE009.html>.
4. Trautmann 1994.
5. Personal Communication with Theo van Dam (из личных бесед с Тео ван Дамом), Landelijk Steunpunt Druggebruikers, August 20, 2003.
6. Crofts, Nick, et. al. «A History of Peer-Based Drug-User Groups in Australia» (История групп потребителей наркотиков в Австралии), Journal of Drug Issues, no. 25, 1993.
7. Wodak, Alex. «Organizations of Injecting Drug Users in Australia» (Организации потребителей инъекционных наркотиков в Австралии) International Journal of Drug Policy, vol. 4, no. 2, 1993.
8. Crofts, Nick, et. al. 1993.
9. Wodak 1993
10. Madden, Annie. «Private Lives, Public Policy» (Частная жизнь, общественная политика), Presentation at 14th International AIDS Conference, Barcelona, Spain, July 2002.
11. Kerr, Thomas, Dave Douglas, Wally Peeace, Adam Pierre, Evan Wood. «Responding to an Emergency: Education, Advocacy and Community Care by a Peer-Driven Organization of Drug Users. A Case Study of the Vancouver Area Network of Drug Users» (Деятельность в чрезвычайной ситуации: обучение, адвокация и уход на уровне сообщества, осуществляемые организацией потребителей наркотиков) Health Canada: Ottawa, December 2001.
12. Там же.
13. Wood, Evan et. al. «An External Evaluation of a Peer-Run «Unsanctioned» Syringe Exchange Program» (Независимая оценка “несанкционированной” программы обмена шприцев, осуществляемой потребителями наркотиков), Journal of Urban Health, vol. 80, no. 3, 2003.
14. Des Jarlais, Donald et. al. «Regulating Controversial Programs for Unpopular People: Methadone Maintenance and Syringe Exchange Programs» (Регулирование противоречивых программ для непопулярных групп населения: программы поддержки метадонем и обмена шприцев), American Journal of Public Health, no. 85, 1995.
15. MacPherson, Donald. «A Framework for Action: A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver» (Схема деятельности: четырехсторонний подход к проблеме наркотиков в Ванкувере). April 2001.
16. Kerr et. al. 2001
17. Chershore, Paul. «Outlaws and Activists» (Объявленные вне закона и активисты) Harm Reduction Communication. Fall 1998.
18. Hammond, Jon Paul. «Drug User Organizing: The North American Users Union Experience» (Организация потребителей наркотиков: Опыт Северо-Американского союза потребителей). Harm Reduction Communication, Fall 1998.
19. «Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS: Thailand» (Эпидемиологический бюллетень по ВИЧ/СПИДу: Таиланд) UNAIDS/WHO, Updated October 5, 2003. <http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/index.asp>.
20. Personal Communication with Paisan Tan-Ud (Из личных бесед с Пайсаном Тан-Удом), Thai Drug Users Network, September 2, 2003.

21. Personal Communication with Karyn Kaplan (Из личных бесед с Каринем Капланом), Thai AIDS Treatment Action Group, July 25, 2003.
22. Mydans, Seth. «A Wave of Drug Killings is Linked to Thai Police» (В волне убийств потребителей наркотиков замешана тайская полиция) *New York Times*, April 8, 2003. p. A3.
23. Bhatiasavi, Aphaluck, «War on Drugs 'Raises AIDS Risk'» (Война с наркотиками повышает риск СПИДа), *Bangkok Post*, July 8, 2003.
24. Razak, Myat-Htoo et. al. «HIV Prevalence and Risks Among Injecting and Non-Injecting Drug Users in Northern Thailand: Need for Comprehensive HIV Programmes» (Распространенность и риск ВИЧ среди потребителей инъекционных и неинъекционных наркотиков в Северном Таиланде: Необходимость всесторонних программ в области ВИЧ). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 33, no. 2, June 2003.
25. Trautmann 1994.
26. Personal communication with Augustin Munteanu (Из личных бесед с Августеном Мунтэню), *Stay Alive*, November 9, 2002 and April 14, 2003.
27. См. например: *Injecting Reason: Human Rights and HIV Prevention for Injection Drug Users* (Причины инъекций: Права человека и профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков). *Human Rights Watch*. Vol. 15, No. 2(G), September 2003. *Fanning the Flames: How Human Rights Abuses are Fueling the AIDS Epidemic in Kazakhstan* (Игра с огнем: Как нарушение прав человека подогревает эпидемию СПИДа в Казахстане), *Human Rights Watch*. Vol. 15, No. 3(D), June 2003.
28. UNAIDS. «HIV/AIDS, Human Rights, and the Law» Online at http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights.asp. WHO. «Health and Human Rights» (Здоровье и права человека). Online at <http://www.who.int/hhr/en/>.
29. For example: Neier, Aryeh. *Taking Liberties: Four Decades in the Struggle for Human Rights*. Public Affairs: New York, 2003, p. 368–369. *Human Rights Watch*. «Drugs and Human Rights» (Наркотики и права человека). Online at <http://www.hrw.org/campaigns/drugs/index.htm>.
30. Friedman, Samuel R. «Theoretical Bases for Understanding Drug Users' Organizations» (Теоретическая основа для понимания организаций потребителей наркотиков). *National Development and Research Institutes*. Online at <http://www.drugtext.org/library/articles/96741.htm>.

*Мэтт Кертис — координатор Международной программы развития снижения вреда (International Harm Reduction Development) при Институте «Открытое общество» (Open Society Institute). Его работа в Программе направлена на пропаганду рациональной и гуманной политики в области употребления наркотиков и ВИЧ/СПИДа.

Роль правоохранительной деятельности в системе снижения вреда

Джонатан П. Колкинс*

Вступление

В течение последних десяти лет ведутся ожесточенные дебаты о преимуществах «снижения вреда» как подхода наркополитики перед «снижением употребления». Значительно упрощая ситуацию, можно сказать, что снижение вреда одержало победу в одних странах (например, в Нидерландах), не одержав ее в других (например, в США). В большей степени в ходе этих дебатов цели смешиваются с методами воздействия, что ведет к ошибочным выводам. Снижения вреда рассматривается как сфера деятельности программ лечения наркозависимости и здравоохранения, таких, как раздача шприцев. Снижение употребления рассматривается как сфера деятельности правоохранительных органов (и иногда программ первичной профилактики).

В результате относительно мало внимания уделяется размышлениям о том, какова роль правоохранительной деятельности в контексте снижения вреда, и, за редкими исключениями (например, Weatherburn & Lind, 1999), большинство публикаций приходят к выводу, что роль эта весьма негативна (e. g. Maher & Dixon, 1999; 2001). В данной статье этот пробел рассматривается в двух аспектах. Во-первых, в ней представлена концептуальная схема, позволяющая рассматривать снижение вреда с точки зрения целей, а не методов воздействия (например, одно — хотя далеко не единственное — определение снижения вреда звучит следующим образом: усилия по минимизации совокупного общественного вреда, вызываемого производством, распространением, употреблением наркотиков, а также контролем за наркотиками, при помощи любых наиболее эффективных мер воздействия). Во-вторых, в ней обсуждаются пять способов, с помощью которых правоохранительная деятельность может способствовать достижению целей снижения вреда.

Цели наркополитики

Для разных людей снижение вреда означает разные вещи. Автор этой статьи сознательно предпочитает не вдаваться в научные дебаты об определении снижения вреда (см. например, Erickson et al., 1997), но, вместо этого, пытается представить некий набор идей в максимальной прозрачной форме. Стремясь добиться этой цели, автор во многом опирался на идеи, содержащиеся в публикации МакКауна и Рейтера (MacCoun and Reuter, 2001).

Прежде всего, необходимо провести черту между средствами и задачами, или между целями, программами и политиками. Конструктивнее всего рассматривать снижение

вреда и снижение употребления как понятия, характеризующие цель (снизить вред или употребление соответственно), а не как некий специфический набор политик или средств для достижения этой цели (так многие обозреватели полагают, что программы обмена шприцев снижают вред, однако, это вовсе не означает, что обмен шприцев и снижение вреда являются синонимами).

Вносит ли та или иная политика, или программа конструктивный вклад в достижение цели — вопрос эмпирический. Предоставление молодежи точной фактической информации о наркотиках, применяемых с целью сексуального насилия, может вести или не вести к снижению числа случаев их употребления при сексуальной агрессии, в зависимости от того, что молодые люди уже знали, или полагали, что знают о наркотиках, каким образом предоставляется информация и от множества других факторов. Если потенциальным виновникам уже известно о свойствах препарата, позволяющих злоупотреблять им в этих целях, а потенциальным жертвам неизвестно, информация, вероятно, будет полезна. Но если даже потенциальным виновникам было неизвестно об эффектах наркотиков, кампания по обучению может иметь обратный эффект. Точно также агрессивная правоохранительная деятельность по борьбе с экстази может снизить число случаев обезвоживания и теплового истощения через снижение употребления или же повысит их число, сделав употребление экстази «подпольным», заставляя потребителей отказываться от обращения за медицинской помощью, и препятствуя распространению безопасности употребления наркотика.

Из этого простого наблюдения следует, что сама по себе цель, сформулированная тем или иным образом, не исключает никакой формы воздействия. Скорее следует изучать характер последствий каждой формы воздействия.

Второй момент, который следует отметить, заключается в том, что снижение вреда и снижение употребления по существу не являются взаимоисключающими целями. Мы не имеем дела с игрой с нулевой суммой, в которой снижение вреда обязательно вызывает повышение употребления и наоборот. Совсем напротив, большинство наблюдателей сходятся на том, что при прочих равных условиях и снижение вреда, и снижение употребления являются желательным результатом. Выбор или конфликт при выборе целей проистекает из различий в приоритетах, а также из того, что все прочие условия не всегда равны.

Чтобы лучше понять этот момент, рассмотрим простое равенство. По определению:
Совокупный вред = Совокупное потребление \times
(Средний вред на единицу от производства
+ Средний вред на единицу от распространения
+ Средний вред на единицу от употребления)
+ Затраты на контроль и сопутствующий вред.

Стратегия снижения употребления направлена на снижение первой переменной правой части равенства, то есть совокупное употребление. Если употребление будет снижено, притом что все прочие переменные, включая средний вред на единицу употребления, останутся неизменными, совокупный вред также снизится. Загвоздка в том, что некоторые программы воздействия, снижающие употребление, одновременно повышают средний вред на единицу потребления. Программа, снизившая употребление на 10%, но повысившая средний вред на единицу употребления на 20%, приведет к снижению употребления, но повышению совокупного вреда. Таким образом, она будет успешной как программа снижения употребления и провальной, как программа снижения вреда. Некоторые полагают, что такой характер носит применение крутых мер в отношении уличных рынков, так как они способствуют росту орального и назально-

го употребления наркотиков и повышают совместное использование игл, поскольку потребители предпочитают не носить с собой инъекционное оборудование (Maher & Dixon, 2001).

Сложнее понять, на снижение какой переменной направлена стратегия снижения вреда. Некоторые считают, что оно стремится снизить вред на единицу употребления. МакКаун (MacCoun, 1998) называет это снижением «микро-вреда». Если провести абсолютную параллель со снижением употребления снижение микро-вреда, может вести или не вести к снижению совокупного вреда. Программы, снижающие вред на единицу употребления, при этом не повышая само употребление, несомненно, ведут к снижению совокупного вреда, однако, программы, снижающие вред на единицу употребления на 10% и повышающие употребление на 20% — к снижению совокупного вреда не ведут.

Другие считают, что цель снижения вреда состоит в снижении совокупного вреда. Совокупный вред может быть снижен через снижение употребления, среднего вреда на единицу употребления, или комбинацию того и другого. Против этой цели, которую МакКаун называет снижением «макро-вреда», сложно что-либо возразить: она настолько же бесспорна, как цель утилитаристов по максимизации общественного благосостояния. В самом деле, если расширить это равенство, добавив в него еще одно действие — вычитание прибыли, которую приносят наркотики, снижение совокупного вреда станет абсолютным синонимом максимизации общественного благосостояния, поскольку с математической точки зрения нет никакой разницы между минимизацией вреда минус прибыль и максимизацией прибыли минус вред. Некоторые могут считать, что эти прибыли действительно стоит учитывать, но в этой статье мы не станем этого делать, поскольку они связаны с противозаконной деятельностью и едва ли лицам, формирующим политику, захочется включать их в анализ подобного рода.

Правоохранительная деятельность может играть определенную роль в снижении вреда как на микро-, так и на макро-уровне, однако, очевидно, что потенциал снижения макро-вреда выше по одной простой причине как стратегия снижения потребления, так и стратегия снижения микро-вреда, способствуют снижению макро-вреда.

Второе равенство показывает, кем генерируется вред, который должен быть снижен. В частности, можно выявить четыре источника вреда, если определять снижение макро-вреда как снижение совокупного вреда, вызванного производством, распространением и употреблением наркотиков, и контролем за наркотиками. Таким образом, приведенное выше равенство принимает следующую форму:

$$\begin{aligned} \text{Совокупный вред} = & \text{Совокупное потребление} \times \\ & (\text{средний вред на единицу от производства} \\ & + \text{средний вред на единицу от распространения} \\ & + \text{средний вред на единицу от употребления}) \\ & + \text{затраты на контроль и сопутствующий вред. (2)} \end{aligned}$$

Здесь снова можно работать над любым из пяти условий и снижение любого из них ведет к снижению совокупного вреда, если оно не вызывает существенного повышения остальных условий. Например, сокращение усилий по контролю в два раза, несомненно, снизит последнюю переменную (расходы и вред, связанный с контролем), однако, оно может увеличить совокупный вред, если существенно возрастет употребление. С другой стороны, если бы существовал способ снизить вред от контроля, не снижая его благотворных эффектов, это, очевидно, привело бы к снижению совокупного вреда. Например, ликвидация неоправданной дифференциации потребителей по расовому принципу привела бы к снижению вредных последствий контроля для гражданских

свобод и улучшению отношений между полицией и обществом, тем самым повысив, а не снизив эффективность правоохранительной деятельности.

Смешивая цели снижения вреда со средствами лечения и здравоохранения, люди, как правило, упускают из внимания возможность снизить совокупный вред через снижение вреда на единицу производства или распространения. Например, в США насилие, связанное с наркотиками, главным образом, является по выражению Голдштейна (Goldstein, 1985) «систематическим» (связанным с наркоторговлей), а не «психофармакологическим насилием» (связанным с самим употреблением наркотиков). Программа, снизившая психофармакологическое насилие на употребленный килограмм употребления до нуля, может в меньшей степени способствовать снижению совокупного вреда, чем программа, снизившая систематическое насилие на проданный килограмм на 50%. Очевидно, что правоохранительная деятельность оказывает более ощутимое воздействие на систематическое насилие, чем, скажем, лечение и обмен шприцев. Ниже более подробно рассматриваются конкретные возможности в этом плане.

Также может быть полезно рассмотреть, на кого именно приходится бремя вреда, на минимизацию которого направлены усилия. Например:

Совокупный вред = вред для потребителей
 + вред для продавцов
 + вред для друзей и членов семьи потребителей и продавцов
 + вред для широких слоев населения (3)

Такое равенство является неоспоримым с математической точки зрения, однако, оно обнажает фундаментальные различия в ценностях, лежащих в основе некоторых весьма активных дебатов, касающихся наркополитики. Для некоторых людей потребители наркотиков являются жертвами, которым общество обязано помочь. Другие воспринимают потребителей как преступников, которых общество обязано наказать. То же самое относится и к продавцам наркотиков, хотя некоторые из тех, кто считает потребителей жертвами, считают, что продавцы заслуживают наказания, и мало кто оправдывает продавцов на том основании, что они просто удовлетворяют нужды потребителей, считая, что корень проблемы именно в потребителях.

Наказать и принести вред — не тождественные понятия. В идеальной ситуации наказание должно быть нежелательно, но притом благотворно для лица, подвергнутого наказанию. Такой характер могут иметь принудительные общественные работы. На практике, однако, большинство уголовных наказаний связаны с тратой ресурсов (в особенности денег налогоплательщиков) и в целом приносят преступникам вред. Таким образом, если при анализе совокупного вреда, который должен быть минимизирован, подсчитывается сумма вреда для потребителей и для торговцев, карательные политики наркоконтроля должны выдержать жесткие испытания, чтобы доказать свою благотворность в соответствии со схемой снижения макро-вреда. В частности, наказание должно в достаточной мере сдерживать деятельность, связанную с наркотиками, таким образом, чтобы вред, предупреждаемый этим наказанием, перевешивал повышенный вред, возникающий непосредственно в результате наказания, который приносят те, чья деятельность не удается сдержать. Удовлетворяет ли конкретная карательная политика этому требованию — вопрос эмпирический, который в большей мере определяется тем, насколько эффективна угроза наказания в качестве меры, сдерживающей поведение, связанное с наркотиками.

Отметим, что это жесткое испытание становится невозможным в том случае, если цель состоит в снижении вреда на потребителя (микро-вреда). В этом случае программа воздействия не может быть поставлена в заслугу снижению числа потребителей.

Так, убедив определенное число потребителей бросить наркотики, на практике можно способствовать *повышению* вреда на потребителя, если большинство потребителей, отказавшихся от наркотиков, составляют случайные потребители, в то время как более высокий процент наркозависимых потребителей, подвергающихся наиболее серьезному вреду, продолжают принимать наркотики. Такая ситуация была отмечена на кокаиновом рынке в США в 1980-х гг., и данное противоречие является сильным аргументом за то, чтобы фокусировать деятельность на снижении макро-, а не микро-вреда.

Увеличение вреда для общества может носить относительно рассеянный характер: повышенные налоги, которые приходится платить для финансирования программ наркоконтроля и для обеспечения благосостояния потребителей, не имеющих работы; кражи, грабежи и другие уголовные нарушения, совершаемые преступниками, принимающими наркотики; беспорядки в общественных местах; снижение государственных доходов от сбора налогов в ситуации, когда наркозависимость ведет к снижению продуктивности рынка труда и т. д. И напротив, вред для потребителей (например, передозировки), продавцов (например, заключение) и друзей, или членов семьи преступников, нарушающих законы о наркотиках (например, насилие в семье и отсутствие адекватного ухода за ребенком), имеет куда более непосредственный характер. Это, однако, не означает, что вред для общества составляет незначительную часть совокупного вреда. По оценкам Харвуда и соавторов (Harwood et al., 1998), в 1992 г. социальные затраты, связанные с запрещенными наркотиками, в США приближались к \$98 млрд. в 1992 г. Затраты на программы наркоконтроля, финансируемые налогоплательщиками, составили в том же году порядка \$28 млрд. (включая затраты из государственного и местных бюджетов), а расходы, связанные с преступностью, на сумму \$20 млрд. легли на плечи людей, не употребляющих наркотики. Таким образом, хотя среднестатистический член общества не подвергается такому серьезному вреду, как среднестатистический потребитель, в целом, нельзя упускать из внимания вред для общества.

По официальным оценкам, вред для друзей и семьи преступника составляет менее значительную часть вреда, связанного с наркотиками, однако я подозреваю, что это отражает ограниченность данных и методологические недостатки. Например, Харвуд и соавторы (Harwood et al., 1998) вообще не рассматривают такие вопросы, как дурное обращение в семье или отсутствие адекватного ухода за ребенком со стороны наркозависимых родителей. Точно также мне неизвестно ни об одном исследовании, основанном на методе вероятностной оценки, которое было бы посвящено готовности родителей тратить средства на то, чтобы обеспечить, что их дети не будут наркозависимыми. Экономические, эмоциональные и физические потери, которые несут друзья и члены семьи потребителей в результате наркозависимости, весьма существенны, особенно если вспомнить о том, что на каждого наркозависимого, как правило, приходится несколько друзей и членов семьи. Я не думаю, что когда-либо был осуществлен точный подсчет, однако, так или иначе, я уверен, что значение имеют все три категории (вред для потребителей и продавцов, вред для друзей и семьи и вред для остальных граждан). Ни одна из них не превосходит другие настолько, чтобы любую другую можно было счесть относительно менее важной.

Некоторые концепции снижения вреда являются всесторонними и учитывают все три группы заинтересованных лиц. Другие сознательно или косвенным образом фокусируются исключительно на вреде, которому подвергаются люди, употребляющие наркотики. Карательные подходы чаще удовлетворяют критериям снижения вреда, если учитывать не только вред для нарушителя законов о наркотиках, но и вред для его семьи и друзей, и для общества в целом.

Вероятность снижения совокупного вреда через карательные подходы выше даже в том случае, если мы не будем учитывать вред, которому подвергаются сами нарушители. Лишь немногие из тех, кто сегодня поддерживает снижение вреда, готовы не учитывать данную форму вреда, однако, вероятно, некоторые из людей, отдающих предпочтение снижению употребления над снижением вреда в его традиционной форме, могут принять в качестве цели снижение связанного с наркотиками вреда, которому подвергаются те, кто сами наркотиков не употребляют.

Подведем итоги: конструктивнее рассматривать снижение вреда с точки зрения целей, а не программ. Даже в этом случае остается множество определений снижения вреда, потому что оценивать вред можно многими способами. В целом, правоохранительная деятельность имеет большую вероятность снижать совокупный (макро) вред, чем вред на потребителя или на употребленный килограмм наркотика (микро-вред). Подобным образом, правоохранительная деятельность имеет большую вероятность снижать вред, подсчитываемый с учетом всех источников и всех категорий людей, ему подвергающихся, чем вред, которому подвергаются только потребители, и вред, вызываемый только употреблением. Можно предположить, что защитники интересов потребителей будут склоняться к более узким определениям вреда и, соответственно, скептически воспринимать тот факт, что правоохранительная деятельность может играть конструктивную роль. Поборники общественных интересов, как правило, могут с большей готовностью принимать программы, приносящие вред потребителям, но оказывающим благотворное воздействие на людей, не вовлеченных в употребление наркотиков.

Некоторые функции правоохранительной деятельности в контексте снижения вреда.

Существует множество функций, которые может выполнять правоохранительная деятельность в контексте снижения вреда. В этой статье мы выделяем пять функций.

Партнерства

Очень часто разные типы программ контроля за наркотиками воспринимаются как конкурирующие альтернативы (Weatherburn & Lind, 1999). Некоторые считают, что можно финансировать либо лечение, либо правоохранительную деятельность или же нужно расширять либо только профилактику, либо только запретительные меры. Человек, воспринимающий эти стратегии как дилемму, и непоколебимо уверенный в необходимости какого-либо иного подхода, чем правоохранительная деятельность, может не видеть ни потребности, ни возможности осуществления правоохранительной деятельности. Однако, такое представление является искусственным ограничением. В некоторых случаях правоохранительная деятельность может увеличивать эффективность программ воздействия, которые обычно осуществляются для достижения целей снижения вреда. В наркополитике — как и в жизни вообще — политика «кнута и пряника» может быть предпочтительна как «политике кнута», так и «политике пряника».

Партнерство между правоохранительной деятельностью и другими формами воздействия может быть открытым или неявным. К сожалению, одна из наиболее известных форм открытого партнерства — использование полицейских в школьной программе обучения в области профилактики употребления наркотиков, например проект DARE — оказалась не очень эффективной (Ennett et al., 1994). Партнерства с программами лечения выглядят более многообещающими, независимо от того, какую форму они принимают: судов по делам, связанным с наркотиками (Belenko, 2001), ле-

чения в тюрьмах или условно-досрочного освобождения с условием пройти полный курс лечения. В таких случаях «кнут» правоохранительной деятельности может использоваться, чтобы обеспечить лечение тех людей, которые не прошли бы его добровольно, удержать на лечении тех, кто мог бы решить бросить его, и уберечь их от рецидива употребления наркотиков во время или по прохождении официальной программы лечения.

Эти партнерства являются инновационным подходом для совершеннолетних преступников в США, однако, они отражают традиционный акцент на реабилитации в системе правосудия по делам несовершеннолетних. Осужденные несовершеннолетние преступники могут подвергаться наказанию, включая заключение, однако, часто применяются такие варианты, как направление на общественные работы, испытательный срок под надзором и помещение в групповые дома. Практическая реальность системы правосудия по делам несовершеннолетних, ограниченной в средствах, может быть далека от идеала, однако, сама концепция использования уголовной системы как элемента программы интенсивного воздействия, направленного на помощь и реабилитацию, вполне освоена. Правоохранительная деятельность может играть исключительно важную роль в отношении несовершеннолетних преступников, нарушивших законы о наркотиках, так как многие из них просто еще не осознают, что уже готовы пройти лечение или нуждаются в нем.

Легко можно представить себе — хотя в некоторых местах они, вполне возможно, уже существуют — более инновационные варианты партнерства. Например, одним из барьеров, препятствующих расширению лечебных центров и пунктов обмена шприцев, является знаменитый синдром «NIMBY» (Not In My Back Yard — только не у меня во дворе). Многие из тех, кто в целом поддерживает расширение лечения, проявляют куда меньше энтузиазма узнав, что лечебный центр будет расположен по соседству с их домом. Чтобы снизить озабоченность, связанную с потенциальными беспорядками или грабежами со стороны клиентов центра, вовлеченных в криминальную деятельность, можно увеличить присутствие в районе сотрудников правоохранительных органов. Можно представить себе политику, предусматривающую обязательное размещение полицейского поста вблизи лечебных центров. Такая политика поможет решить проблему опасений жителей района. Кроме того, она может отпугнуть продавцов наркотиков, которым не захочется работать поблизости от клиник, что может улучшить исход лечения для клиентов, которым сложно противиться влечению к наркотикам, когда они сталкиваются с подобными стимулами.

Обмен информацией — еще одна форма партнерства. Полиции может быть известно о местоположении потребителей наркотиков, не охваченных услугами существующих программ снижения вреда, а информация о здоровье потребителей (например, об изменениях в численности людей, обращающихся за лечением) может быть полезна правоохранительным органам для оценки эффективности собственной деятельности.

Партнерство не обязательно должно быть открытым. Правоохранительная деятельность может быть полезна как дополнение другим формам воздействия, даже если она не объединена с ними в единые программы. Так, работа полиции может повысить эффективность всех форм деятельности по профилактике наркозависимости — вовсе не только, если полицейские проводят специальные учебные занятия. Это опять же эмпирический вопрос. Можно представить себе и противоположный сценарий: например, в случае излишне жесткой и основанной на расовой дискриминации деятельности полиции, она может вызвать политический протест. Однако, легко можно привести примеры позитивных сценариев.

Программы, развивающие навыки отказа, учат молодежь, как отказываться от предложения употреблять наркотики с помощью убедительных или оправданных аргументов. Страх перед арестом, лишением спортивной стипендии или тестами на наркотики на работе, может являться достойным «оправданием» отказа от наркотиков. В самом деле, для некоторых угроза санкций может являться не только убедительным оправданием, но и реальным стимулом отказаться от употребления. Кроме того, несмотря на популярную ссылку на эффект «запретного плода» — когда запрет делает употребление веществ более соблазнительным — для многих моральная сила закона и основанная на этой силе правоохранительная деятельность, может являться фактором, скорее отталкивающим, чем прибавляющим привлекательности поведению, о котором мы говорим.

Правоохранительная деятельность может быть полезна также и для программ лечения (Weatherburn & Lind, 1999). Общепринятая истина гласит, что наркозависимые потребители обращаются за лечением лишь после того, как «опустятся на самое дно». Поскольку агрессивная правоохранительная деятельность делает жизнь потребителя наркотиков сложной и отталкивающей, она может способствовать обращению за лечением и, возможно, удержанию на лечении в ситуации, когда непосредственная связь между программами отсутствует, как в случае с судами по делам, связанным с наркотиками (Weatherburn, et al., 1999).

Подобную роль может играть правоохранительная деятельность и в отношении усилий по «самолечению». Большинство людей, приобретающих зависимость от наркотиков, бросают наркотики самостоятельно или пользуясь неформальной поддержкой (например, со стороны друзей и членов семьи), а не с помощью официальных курсов лечения. Если правоохранительная деятельность может оказывать пусть даже скромное позитивное воздействие на высокий процент потребителей, прекращающих проблемное употребление наркотиков без лечения, она может обладать той же ценностью, как если бы она вызывала более существенный рост невысокого процента потребителей, прекращающих проблемное употребление наркотиков с помощью лечения. Является ли этот эффект позитивным в целом — вопрос эмпирический, который может определяться характером правоохранительной деятельности.

Ограничение поставок

Потребление наркотиков в определенном смысле очень сильно напоминает потребление других товаров. Оно является результатом взаимодействия спроса и предложения на рынке. Правоохранительная деятельность и другие факторы, ограничивающие поставки (предложение), будут стремиться снижать употребление и, как обсуждалось выше, при прочих равных условиях, снижение употребления наркотиков будет стремиться снижать (макро) вред, связанный с наркотиками.

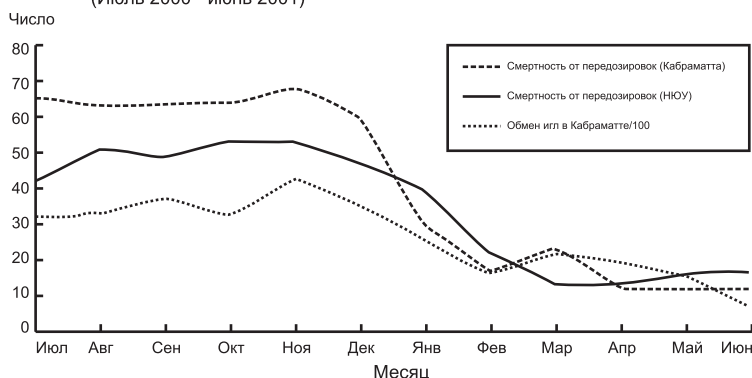
В ответ на такого рода доводы противники правоохранительной деятельности приводят один или несколько из следующих аргументов: (1) снижение поставок оказывает незначительное воздействие на уровень употребления; (2) любое снижение в употреблении с лихвой компенсируется повышением вреда на единицу употребления; (3) правоохранительная деятельность, прежде всего, не способна снизить поставки.

Первый контраргумент кажется все более неоднозначным по мере того, как поступает все больше фактов, свидетельствующих о том, что в действительности потребление все же реагирует на цену. В частности, когда цены повышаются, употребление снижается и наоборот. В публикации Чалупки и Пакулы (Chaloupka and Pacula, 2000)

представлен ценный обзор литературы на эту тему. Прежняя позиция заключалась в том, что даже если рост цен снижает употребление наркотиков, это снижение оказывается менее чем пропорциональным, и потому с ростом цен расходы на наркотики скорее увеличатся, чем уменьшатся. Другими словами, считалось, что спрос на наркотики относительно неэластичен к цене. Как показывают более свежие данные, спрос на наркотики может быть ближе к единичной эластичности (т. е. изменение цен не вызывает изменения расходов) или даже быть относительно эластичным (т. е. повышение цен снижает общий объем расходов). Таким образом, утверждение о том, что «отделы по борьбе с наркотиками выполняют работу за банду грабителей».

Более того, цены, по-видимому, обратно пропорциональны не только с потреблением на душу населения активными потребителями, но и с такими показателями, как начало употребления наркотиков (Caulkins, 1999) и частота обращений в отделения скорой помощи (ONDCP, 1992; Caulkins, 2001). Последний показатель следует особого упоминания, поскольку данная зависимость ставит под серьезное сомнение мнение о том, что вред на единицу употребления повышается настолько, что сводит на нет любое снижение употребления. Точно также, перебой в поставках героина в Австралии, начавшийся в конце 2000 г. или начале 2001 г., по-видимому, не только вызвал повышение цен и снижение употребление, но и оказал благотворный эффект на множество разнообразных индикаторов, связанных со снижением вреда. На Схеме 1 показано воздействие этой политики на использование игл и уровень передозировок в Новом Южном Уэльсе и Кабраматте (крупнейшем рынке героина). В публикации Визерберна и соавт. (Weatherburn et al., 2001) исследуется влияние этой политики на более широкий спектр индикаторов.

Схема 1. Тенденции обмена шприцев и передозировок
(Июль 2000 - июнь 2001)



Сложнее всего опровергнуть третий контраргумент — о том, что правоохранительная деятельность не очень эффективна в ограничении поставок. Действительно, существует мало свидетельств того, что увеличение затрат США на правоохранительную деятельность в течение последних 20 лет привело к повышению цен или снижению потребления. За исключением одного значительного взлета в 1989-1990 гг. и значительно более скромного в 1995 г., цены на кокаин падают — резкое снижение произошло в 1980-х гг., а с тех пор наблюдается более умеренный спад. Параллельно падают и цены на героин и, судя по сообщениям учащихся старших классов, доступность наркотиков в целом не снизилась. Из трех наиболее популярных наркотиков только цены на марихуану повышались в течение длительных периодов в этом временном промежутке, однако, правоохранительная деятельность не фокусируется на снижении употребления марихуаны как на своей первостепенной задаче. За исключением работы Крейна

и соавт. (Crane et al., 1997), исследования, посвященные изучению корреляции между правоохранительными мерами, такими, как выемка наркотиков и ценами и чистотой наркотиков, не выявили фактов, которые свидетельствовали бы о способности правоохранительных органов снизить уровень поставок (Weatherburn & Lind, 1997; Yuan & Caulkins, 1998).

Есть и некоторые светлые моменты. Сочетание опиумного запрета в Турции и пресечение французских поставок существенно снизило оборот героина на американском рынке в начале 1970-х гг. (Kleiman, 1992, p. 132). Обращение в отделения скорой помощи по поводу несчастных случаев, связанных с кокаином, снизилось в период повышения цен на наркотик к 1989-1990 гг. (ONDCP, 1992), и в более недавний период. Похоже, что правоохранительная деятельность вызвала, или по крайней мере способствовала резкому снижению уровня употребления героина в Австралии.

Тем не менее, крайне важно осознать разницу между способностью правоохранительной деятельности улучшить сложную ситуацию и ее способностью не допустить вспышки употребления наркотиков в тех регионах, где оно еще не достигло внушительных масштабов. Точно также, правоохранительная деятельность может обладать значительно более ограниченным потенциалом по сдерживанию поставок широко употребляемых наркотиков, поддерживаемых зрелыми рынками, по сравнению с поставками веществ, употребление которых еще не очень прижилось. Именно к этой теме мы перейдем в следующем разделе.

Временные тенденции программ воздействия на ранних этапах эпидемии

Многие наркотики проходят эпидемический цикл развития. Изначально отмечаются низкие уровни употребления. По некоторым причинам — не обязательно одним и тем же для разных веществ — употребление начинает расти. Приходит в действие процесс вовлечения: активные потребители начинают привлекать новых потребителей к употреблению вещества, что вызывает распространение употребления инфекционного характера. На этом этапе эпидемии употребление наркотиков представляет серьезную опасность и присоединение нового потребителя к популяции может стимулировать цепную реакцию, которая в конце концов приводит к вовлечению в употребление многих других. Точно также и предотвращение одного случая начала употребления, может косвенным образом предотвратить множество других случаев. (Caulkins et al., 1999, Appendix D)

Стадия взрывного роста не продолжается вечно. В конце концов, привлечение новых потребителей начинает снижаться, употребление стабилизируется и эпидемия переходит в эндемическую стадию — при этом распространенность употребления постепенно снижается по сравнению с пиковым уровнем. Существуют разные объяснения, почему эпидемия, достигнув пика, идет на спад (см. Caulkins, forthcoming): один из вероятных вариантов заключается в том, что с ростом понимания негативных эффектов наркотиков, число людей, желающих принимать наркотики, снижается. Коротче говоря, наркотик приобретает негативную репутацию, начиная восприниматься как опасный или связанный с преступностью. Существует две причины, почему возникновение негативной репутации требует большого периода времени. Во-первых, на индивидуальном уровне большинство потребителей в течение нескольких лет переживают «гармоничный период» употребления, когда наркотики приносят им боль-

ше удовольствия, чем явного вреда. Во-вторых, на уровне популяции к тому моменту, когда у первых потребителей начинают проявляться нездоровые признаки, связанные с интенсивным употреблением, их окружает множество потребителей-новичков, все еще переживающих «гармоничный период». Со временем, процент потребителей, испытывающих проблемы с наркотиками, повышается, поскольку прекращение проблемного употребления требует много времени, однако к тому моменту, когда вредные последствия употребления начинают восприниматься как реальный риск, а не как редкое исключение, несколько поколений успевают пройти через годы начального употребления наркотиков, которые широко доступны и воспринимаются ими как относительное благо.

Исследователи (например, Musto, 1987; Kleiman, 1992) уже давно начали описывать эту динамику с качественной точки зрения. Позже, Эверингем и Райделл (Everingham and Rydell, 1994), и Беренс, и соавт. (Behrens et al., 1999, 2000) предложили формальную математическую модель, которая отражает такого рода поведение. Несмотря на непритязательность этой модели, в нее с удивительной легкостью укладываются исторические данные об эпидемии кокаина в США. Кроме того, она позволяет сделать ценные выводы в отношении политики. Пожалуй, наиболее важным и несомненным открытием стало то, что программы воздействия, осуществляемые на раннем этапе эпидемии, во время фазы инфекционного распространения, могут иметь значительно большее воздействие на совокупное употребление, чем те же усилия, принимаемые на более поздних этапах эпидемии. В этом нет ничего удивительного. Практически с любым процессом, предусматривающим элемент вовлечения, большое значение имеет воздействие на ранних этапах. Можно провести параллель с борьбой с лесными пожарами. Принципиально важный вывод, который можно сделать из этого простого наблюдения, заключается в том, что правоохранительная деятельность играет абсолютно решающую роль в обеспечении контроля на ранних этапах эпидемии употребления наркотиков. Ни один другой механизм воздействия не обладает сопоставимым потенциалом для того, чтобы сфокусироваться именно на ранних этапах эпидемии.

Лечение здесь беспомощно по двум причинам. Во-первых, на этапе взрывного роста большинство потребителей переживают «гармоничный период» и, таким образом, не заинтересованы в лечении. Во-вторых, излечение проблемных потребителей из популяции может оказать смешанное воздействие на дальнейшее распространение употребления. Лечение может быть полезно в той степени, в какой устранение проблемных потребителей ведет к снижению спроса, в результате чего рынок становится разреженным и неэффективным. Однако, с другой стороны, лечение ведет к ликвидации видимых признаков, напоминающих о потенциальном риске, связанного с наркотиками, тем самым снижая развитие негативной репутации наркотиков и снимая препятствия для вовлечения новых потребителей.

Еще менее полезны могут быть традиционные проекты снижения вреда. Они могут вести к смягчению или к затягиванию процесса развития негативной репутации, при этом не способствуя снижению плотности рынка.

Программы профилактики не всегда являются вовсе неоправданными, однако, по ряду причин полагаться только на них нельзя. Во-первых, что очевидно, даже лучшие программы вызывают изменения в поведении лишь малой части потенциальных потребителей. Если группа молодых людей, которые попробовали бы наркотики в отсутствие программы профилактики, подвергнется воздействию самой передовой программы профилактики, большинство из них все же начнут принимать наркотики. В большинстве случаев профилактика обладает высокой экономической эффективностью.

тью не столько из-за того, что высоко эффективна, сколько из-за того, что не требует слишком высоких затрат.

Во-вторых, в системе школьной профилактики употребления наркотиков заложена погрешность, связанная с ее неизменным запаздыванием. Во время недавней эпидемии употребления кокаина в США, средний возраст начала употребления наркотика составлял 21,5 лет, однако, типичная школьная программа профилактики нацелена на 13-14-летних подростков; таким образом, профилактика является наиболее эффективным средством обеспечения контроля над употреблением кокаина в том случае, когда она осуществляется за восемь лет до стремительного роста численности новых потребителей. В США число новых потребителей кокаина резко подскочило в 1970-е гг., достигнув своего пика в конце 1970-х гг. или начале 1980-х гг., то есть осуществление профилактики в школах должно было прийти на конец 1960-х — начало 1970-х гг. Однако тот факт, что эпидемия кокаина является серьезной проблемой, был до конца осознан лишь в 1980-х гг.

Другие формы профилактики (такие как кампании в СМИ) имеют не такое серьезное запаздывание, однако, фактов, которые свидетельствовали бы об их эффективности, мягко говоря, недостаточно. Кроме того, вероятно (хотя насколько мне известно, это предположение не проверено), что возбуждение страха, которые являются наиболее доступной тактикой профилактики на основе СМИ, наименее эффективны на ранних этапах эпидемии, когда (1) знания о наркотиках еще не являются всеобщими, и освещение их в СМИ может привлечь к ним интерес, и (2) репутация наркотиков относительно позитивна, что может подточить доверие к кампаниям, подчеркивающим риск, связанный с наркотиками. Более тонкие подходы, такие как развитие жизненных навыков или навыков отказа, могут быть более эффективны на ранних этапах эпидемии, однако, они, как правило, применяются к детям помладше, а потому тоже связаны с проблемой запаздывания.

Кроме того, лечение, профилактика и некоторые аспекты снижения вреда, как правило, не учитывают различий, связанных с разными наркотиками. Правоохранительная деятельность, напротив, обладает потенциалом, позволяющим фокусировать ее эффекты на настоящем времени, принимать экстренные меры и отвечать на различия в наркотиках.

Важно осознать, что многие из причин, по которым правоохранительная деятельность, как правило, бывает не очень эффективной с экономической точки зрения в условиях развитой эпидемии, не действуют на ранних этапах эпидемии. Пожалуй, наиболее серьезным ограничением правоохранительной деятельности, направленной против поставщиков черного рынка, является тот факт, что продавцы легко заменяют друг друга. На позднем этапе эпидемии существует множество потенциальных продавцов относительно уровня спроса, что отчасти связано с тем, что наркозависимые, которые составляют большую часть спроса, готовы сами заниматься торговлей наркотиками. Кроме того, правоохранительная деятельность, осуществлявшаяся прежде, уже привела к созданию контингента продавцов, отбывших заключение и выпущенных на свободу, и вследствие этого, обладающих очень ограниченными возможностями найти себе законный источник доходов. На раннем этапе эпидемии относительное число покупателей может превышать число мелких продавцов, поэтому изоляция продавцов может снижать доступность наркотиков.

Точно также на поздних этапах уже существует хорошо защищенная сеть распространения наркотиков, обладающая множеством разветвлений. Ликвидация одного оптовика или разрушение одного звена оказывает незначительный эффект. Однако,

когда новый наркотик только проникает в город, как правило, налажены ограниченные связи оптовых поставок, и ликвидация одного звена может вызвать снижение доступности наркотика.

В лучшем случае такое снижение является лишь временным, а временные нарушения цепи поставок на развитый рынок могут обладать или не обладать большой ценностью. Основная цель такого временного нарушения заключается в том, что оно может позволить соответствующему поколению преодолеть возраст, когда оно подвергается наиболее высокому риску начала употребления наркотиков, в период их низкой доступности. Хорошо развитые рынки восстанавливаются быстро и, по крайней мере, вовлечение новых потребителей становится ниже на развитых рынках, независимо от доступности, например, из-за того, что многие начинают осознавать опасности, связанные с употреблением наркотиков. Бойум (Boyum, 1992) даже предполагает (непроверенную) возможность, что колебания цен и доступности могут вести к повышению употребления и преступности среди наркозависимых, которые формируют основную часть спроса на развитом рынке.

На раннем этапе «инфекционной» эпидемии наркотиков, умеренное прерывание сети поставок может оказывать более продолжительное воздействие. Масштабы эпидемии отчасти определяются тем, насколько большую «инерцию» успевают набрать «инфекционное» употребление до того, как развивается негативная репутация наркотиков, стимулирующая снижение численности новых потребителей. Эти отношения носят нелинейный характер. Позволив периоду «инфекционного» распространения затянуться на несколько более долгий срок, можно вызвать существенное увеличение масштабов употребления наркотиков в ходе эпидемии. И наоборот: умеренные усилия по прерыванию цепочки поставок в период экспоненциального развития может привести к более, чем соизмеримому долгосрочному снижению употребления.

Для аналогии еще раз рассмотрим пример борьбы с пожаром, на этот раз с горящим домом. Если двери в доме закрыты, риск, что дом сгорит дотла, ниже. Это связано не с тем, что закрытые двери могут погасить огонь, а с тем, что они могут замедлить его распространение настолько, чтобы противодействие (например, прибытие пожарных) возникло прежде, чем способствующие силы (распространения огня) выйдут из-под контроля. Временное нарушение сети поставок на рынке может действовать как закрытые двери, замедляя распространение эпидемии. Даже если правоохранительная деятельность на практике не снижает доступности, крайне благотворное влияние в контексте такой системы может иметь тот факт, что она заставляет потребителей и продавцов проявлять большую осторожность при вовлечении новых потребителей.

Подобный подход к правоохранительной деятельности, направленной на отсрочку и смягчение пиковой точки эпидемии, а не на ее обращение или ликвидацию, представляет собой интересную головоломку для тех, кому предстоит оценивать ее эффективность. Он предполагает, что интенсивность правоохранительной деятельности должна быть выше в период, когда употребление наркотиков растет с максимальной стремительностью, и ниже, когда употребление наркотиков идет на убыль. Если следовать этой политике, то постфактум мы смогли бы проследить прямую, а не обратную связь между интенсивностью правоохранительной деятельности и употреблением наркотиков и сопутствующими проблемами. Естественно, (хотя и наивно) было бы сделать из этого вывод о том, что правоохранительная деятельность усугубляет употребление наркотиков, даже если в действительности она предотвратила значительную часть употребления, которое могло бы иметь место при ее отсутствии. Опытные социологи не станут жертвами такой логической ошибки, однако, на форумах, где

не принято приводить «контрафактивные доводы» и разбираться в различиях между «корреляцией и обусловленностью», оппоненты правоохранительного подхода могут использовать эту интерпретацию для интеллектуально беспочвенных, однако, политически действенной критики.

Большое воодушевление, которое вызывает потенциал правоохранительной деятельности на раннем этапе эпидемии, вовсе не означает, что все аспекты ее обладают равной важностью. С административной точки зрения, самый простой способ усилить воздействие правоохранительной деятельности в настоящем времени — назначить в качестве наказания более длинные сроки заключения. Изоляция как эффект этой меры (также как и затраты, с ней связанные) проявляется с запозданием. Если человек, который должен был находиться в исправительном учреждении два года, пробудет там пять лет, эффект изоляции (и затраты) не проявится до третьего года. Однако, эффект устрашения, которым обладает назначение более длинных сроков проявляется уже во время ареста. Таким образом, не перенаправляя средства в текущем финансовом году, можно добиться немедленного и существенного повышения риска, связанного с противозаконной деятельностью.

Теоретически торговцы реагируют на такой риск. В самом деле теория «рисков и цен» на наркорынках (Reuter & Kleiman, 1986) объясняет высокие доходы дилеров как компенсацию за риск подвергнуться воздействию правоохранительной деятельности (и насилию). Однако существуют сомнения, действует ли запугивание риском на торговцев наркотиками именно так, как это предусматривают концептуальные теории (Caulkins & MacCoun). Кроме того, более длинные приговоры явно приводят к отсрочке эффекта изоляции на будущее. Грубо говоря, затраты на заключение одного торговца сроком на десять лет соответствуют расходам на заключение пяти торговцев сроком на два года. Однако если на раннем этапе эпидемии изоляция может быть полезна, а на более позднем замена изолированного торговца другим делает эффективность этой меры спорной, и если именно на раннем этапе доминирует эффект вовлечения новых потребителей, то заключение пяти людей на два года на раннем этапе эпидемии может быть значительно более эффективной мерой.

На более поздних этапах арест большого числа среднестатистических торговцев может иметь меньшую важность, чем арест небольшого числа торговцев, использующих наиболее пагубные методы торговли (см. ниже). Однако, на раннем этапе вред, приносимый любым торговцем, способствует процессу вовлечения новых потребителей, в то время как торговцы, использующие чрезмерное насилие или другие деструктивные методы торговли, как ни парадоксально, могут вносить вклад в формирование негативной репутации наркотика, тем самым, способствуя сдерживанию этого процесса.

Таким образом, интенсивность и характер правоохранительной деятельности в области кокаина, которая наиболее эффективна для США, где крайне распространена эпидемия употребления этого наркотика, могут быть совсем иными, чем интенсивность и тип правоохранительных мер в Австралии, где кокаин еще не успел стать настолько популярным и где уровень его употребления только может начать расти. И, наоборот, агрессивная правоохранительная работа в отношении метамфетамина/амфетамина может быть приемлема в обеих странах, поскольку эти рынки еще не очень глубоко укоренились. Как ни парадоксально, в соответствии с существующей тенденцией, правоохранительная деятельность в большинстве случаев фокусируется главным образом на самых крупных рынках, т. е. уже развитых, а не тех, что еще быстро развиваются и где есть возможность предотвратить это развитие.

Снижение расходов на контроль и связанный вред

Общества стоят перед фундаментальным выбором в отношении наркотиков и их запрета. Запрет снижает употребление, но создает серьезные издержки контроля, включая черные рынки. Легализация снимает большую часть этих издержек, но она связана с риском серьезного роста употребления и сопутствующих проблем. По выражению Марка Клеймана (Mark Kleiman, 1992), можно выбрать себе проблему с наркотиками (проблему употребления или проблему контроля), но обойтись без проблемы нельзя.

В отношении большинства психоактивных веществ, за исключением алкоголя и никотина, большинство стран выбирают прогибиционизм. Обычно это означает умеренный «прямой вред» от употребления — по выражению Визерберна и Линда (Weatherburn and Lind, 1999) — и более высокий «вынужденный вред», который вызывают усилиями по контролю. Таким образом, реформы, которые снижают только вынужденный вред, не принимая никаких мер, чтобы повлиять на прямой вред, могут иметь большое значение. И, напротив, повышение административной эффективности акцизного сбора на табачные изделия окажет минимальное воздействие на общие социальные затраты, связанные с вредом, который приносит употребление табака.

В сочетании три принципиальных наблюдения, касающиеся поставок наркотиков и контроля за поставками, по крайней мере, в США, предполагают, что существуют важные возможности такого рода в отношении запрещенных наркотиков. В целом, можно отметить серьезные различия в деятельности торговцев наркотиками и объеме вреда, который они наносят другим людям (Caulkins & Neumann, 2001); интенсивная правоохранительная деятельность, направленная на всех или почти всех участников рынка наркотиков дает более чем скромные плоды (Caulkins, 2000); система назначения наказаний служит дурную службу, предусматривая наиболее длинные приговоры для самых проблемных торговцев (например, Schulhofer, 1993; Human Rights Watch, 1997). Можно постараться объединить общее снижение интенсивности правоохранительной деятельности и более четкий выбор целей работы так, чтобы не уменьшилась эффективность правоохранительной деятельности в целом, но одновременно снизилось число людей, подвергающихся уголовным санкциям.

Для эффективного выбора целевой популяции необходимы средства. Куда проще развернуть оперативную деятельность на низком уровне. Однако то, что расходы, связанные с заключением в тюрьмах, в большей степени связаны с затратами на расследование и вынесение приговоров, может сделать такие стратегии приемлемыми. На практике, следует призывать к *увеличению* бюджета для полиции и прокуратуры, при этом, требуя, чтобы система уголовного правосудия в целом арестовывала и приговаривала к тюремному заключению *меньшее* число лиц, нарушивших законы о наркотиках, что приведет к снижению затрат на заключение.

С другой стороны, можно сфокусироваться не на перенаправлении бюджета, а на определении качества. Другими словами, системы поощрений деятельности правоохранительных органов, как правило, предусматривают вознаграждение за большее число арестов, определяя их качество с помощью далеко несовершенных критериев, таких, как количество наркотика, обнаруженное в момент ареста. Пересмотр оценки эффективности деятельности и критериев профессионального продвижения таким образом, чтобы уделять первостепенное внимание результатам, которые более тесно связаны с целями снижения вреда, может быть весьма конструктивным подходом. Например, можно представить себе составление списка «разыскиваемых преступных наркогруппировок», которые, по мнению сообщества, приносят максимальный вред,

предусмотрев специальные поощрения за арест людей, включенных в этот список. Подобным образом, следует оценивать результаты арестов не по количеству изъятых наркотиков, но по наличию или отсутствию у арестованных оружия или по тому, пользовался ли арестованный такими средствами, как подкуп или мошенничество в своей деятельности.

Если говорить о мерах, альтернативным вариантом может стать разработка систем мониторинга информации о серьезном, но упускаемом из внимания вреде. Например, если в национальных отчетах ежегодно указывается численность детей, подвергающихся жестокому обращению или не получающих должного ухода, а также число граждан, задержанных в пунктах проверки на наркотики, у которых не было обнаружено наркотиков, само наличие этих цифр может оказать воздействие на практики, даже если они напрямую не связаны с поощрениями.

Использование приспособляемости наркорынков

Главной проблемой для правоохранительной деятельности, направленной на подавление употребления наркотиков, является поразительная приспособляемость наркорынков. Ликвидированные в одном месте, они, словно пузыри возникают в другом, независимо от того, является ли их перемещение физическим (из одного места в другое), временным или стратегическим (закрытие уличных рынков и переход торговцев на доставку наркотиков «по вызову»).

Главным союзником правоохранительной деятельности, направленной на подавление вреда, связанного с наркотиками, также является поразительная приспособляемость наркорынков. Другими словами, правоохранительная деятельность может обратить гибкость рынков к своей выгоде (Dorn & South, 1990).

Разница в том, что рынку присуще желание удовлетворить спрос (т. е. поставлять наркотики в таких объемах, в котором они кажутся привлекательными при существующих ценах). Пытаться создать преграды для этого желания все равно, что пытаться обратить вспять разлившуюся реку. Однако, рынку вовсе не присуща потребность продвигать внешние последствия своей деятельности (вред, наносимый другим людям). Участники рынка по определению индифферентно воспринимают такого рода внешние факторы. В принципе, единственное, о чем заботится торговец — это доставка продукта и получение прибыли. Поэтому если он может получить немного больше денег, сменив свою прежнюю тактику на новую — такую, которая будет приносить вред другим людям, он пойдет на это. Однако, если он может получить немного больше денег, снизив вред, наносимый его деятельностью другим людям, он пойдет и на это. С практической точки зрения торговец может заботиться о благополучии других, включая его клиентов, однако, центральная идея будет та же самая: главная мотивация торговцев никак не связана с созданием барьеров для деятельности по снижению вреда.

Если использовать терминологию соревновательных игр, если правоохранительная деятельность направлена на снижение употребления, правоохранительные органы и поставщики наркотиков ведут практически игру с нулевым исходом и поэтому рынок будет противостоять любым усилиям правоохранительных органов, достигнув его цели, то есть снижения употребления. Но если правоохранительная деятельность направлена на снижение вреда, это уже не игра с нулевым исходом. Существуют способы манипулировать рынком для достижения целей, к которым стремятся правоохранительные органы (меньший вред), не вызывающие обратной реакции со стороны рынка.

Причина, почему это возможно, заключается в том, что разные методы и тактики распространения наркотиков производят больший или меньший вред на единицу доставки или на доллар, который получает торговец. Перевод рынка из его нынешней формы в форму, генерирующую меньший вред на единицу производства или доставки при сохранении тех же объемов доставки, будет вести к снижению вреда.

Возможно, это выглядит как безнравственная сделка с преступниками, однако важно помнить, что наркорынок не монополизирован, а распылен. Поэтому в этой ситуации происходит манипулирование стимулами, а не заключение сделки с некоей организацией, вовлеченной в продажу наркотиков.

Чтобы лучше объяснить эту концепцию, возьмем простой пример. Предположим, что на углу улицы, около школы, лечебного центра, спортплощадки и жилого квартала действует процветающий уличный рынок. Само существование такого рынка производит серьезный вред. Предположим, что в результате репрессивных мер этот рынок закрывается, а затем появляется вновь в заброшенном индустриальном районе неподалеку от прежнего места. Очевидно, что существенных изменений в уровне употребления наркотиков не произойдет. Те же торговцы и те же потребители могут по-прежнему заниматься своим делом в новом месте. Однако, дети, выздоравливающие наркозависимые и другие жители района будут подвержены меньшему риску беспорядков, преступности и других внешних факторов, которые генерируют наркорынки. Перемещение рынка в другое место может никак не влиять на снижение употребления, однако, при этом вносить реальный вклад в снижение вреда — вклад, который не способна обеспечить ни одна организация или программа, кроме правоохранительных органов.

Следует отметить, что если цель состоит исключительно в перемещении, а не в прекращении распространения и употребления, правоохранительные органы могут пользоваться методами, обходящимися не так дорого, как аресты, преследования и назначение более длинных сроков заключения. Так, Ройбен Гринберг (Reuben Greenberg), начальник полиции округа Чарлстон-Южная Каролина, добился закрытия притона, где происходило употребление крэка и который вызывал особенно серьезные проблемы, на несколько дней припарковав полицейскую машину перед домом, где он был расположен. Потребители, не хотевшие ходить мимо полицейской машины, вскоре перестали посещать притон. Торговцы, вероятно, перенесли свою деятельность в другое место, однако актуальная проблема была решена быстро и с минимальными затратами.

Число возможных вариаций на эту тему практически безгранично (Boyum & Kleiman, в печати). Так, даже в США большая часть наркоторговцев не применяют чрезмерного насилия. В последние 12 месяцев около 1 000 000 американцев занимались продажей кокаина, однако, общее число убийств составило «всего лишь» около 15 000. Таким образом, очевидно, что, как правило, большинство дилеров избегают убийств, однако, некоторые совершают убийства. Избирательная правоохранительная деятельность, которая сделает продажу наркотиков с применением насилия неэкономичной практикой, может перевести наркоторговлю в такую форму, которая будет требовать меньшего внимания со стороны правоохранительных органов. Здесь может быть полезным ужесточение обязательных наказаний за одновременное хранение наркотиков и оружия, в то время как жесткие обязательные минимальные меры наказания за хранение наркотиков с целью распространения может привести к стиранию резкой границы в стимулах. Другими словами, если порог наказаний за «простое» распространение слишком высок, то обеспечить значимое различие между обычным распространением и распространением с отягчающими обстоятельствами, будет до-

вольно сложно, однако, и в этом случае можно создать дифференцированные стимулы через различия в вероятности ареста.

Не все торговцы постоянно практикуют насилие и не все используют детей для наблюдений, не всем удастся укрываться от правоохранительных органов, подкупая чиновников, и не все доминируют в физическом пространстве, разрушая порядок повседневной жизни. На тех, кто практикуют такое поведение, могут быть направлены специальные усилия, которые поставят их в положение, неблагоприятное с точки зрения конкуренции с менее пагубными формами торговли. Можно провести параллель с правоохранительной деятельностью в области проституции. Если уличные проститутки воспринимаются как приносящие больший вред для жизни граждан, чем «девочки по вызову», правоохранительная деятельность может быть нацелена именно на уличных проституток. В самом деле, именно такая стратегия применяется во многих городах, и МакКаун и Ройтер (MacCoun & Reuter, 2001) приводят контроль за проституцией в качестве примера правоохранительной деятельности, следующей философии снижения вреда.

Различия могут охватывать и другие уровни рынка. Может возникнуть ситуация, когда тонна героина, провозимая через границу курьерами, глотающими упаковки с наркотиками, приносит меньший вред, чем то же самое количество, ввозимое в страну крупными партиями. Крупные партии стоят достаточно много, что создает стимул для применения насилия с целью украсть партию или оградить себя от такой кражи. Кроме того, любая организация, способная перемещать наркотики такими партиями, должна быть весьма могущественной, в то время, как более мелкий дилер, организующий доставку курьерами, вероятно, более ограничен в средствах. Десять мелких организаций, независимо друг от друга импортирующих товар с помощью курьеров, обладают меньшим потенциалом коррумпировать государственные институты или угрожать им, чем одна крупная организация, импортирующая столько же, сколько все они вместе.

Более тонкий момент связан с потоками прибыли от этих методов контрабанды. Если крупные партии провозятся мимо, а не через таможенные пункты, успешные дилеры получают очень большую прибыль. Разница между стоимостью импорта и экспорта из страны-источника достаточно велика, чтобы компенсировать риск изъятия, заключения и других возможных потерь. Хотя разница в стоимости в целом может компенсировать усилия контрабандистов, среди них выделяются победители и неудачники, и первые приобретают огромное могущество. Если посмотреть на это с другой стороны, деньги поступающие от потребителей наркотиков в конце концов попадают в руки преступников в качестве компенсации риска, которому они подвергаются.

Совсем иными денежными потоками управляют контрабандисты, провозящие наркотики курьерами на коммерческих авиалиниях. Разница между экспортом и импортом должна быть очень существенной, чтобы компенсировать не столько риск заключения, которому они подвергаются, сколько стоимость их авиабилетов и время, проведенное в стране, где закупаются наркотики. Соответственно большая часть денег, поступающих от потребителей наркотиков, в конце концов идут в законной бизнес — в авиакомпании, минуя руки нарушителей, совершающих насильственные преступления.

На практике обществу приходится выбирать один из двух способов, которым наркотики будут ввозиться в его страну. В первом случае, деньги потребителей используются для финансирования вооруженных преступников, совершающих насильственные преступления, которые пускают их на подкуп правительственных чиновников и/или на ведение опасной игры в кошки-мышки с правоохранительными органами.

Во втором — деньги используются для того, чтобы невооруженные люди, как правило, не имеющие уголовного прошлого, и в идеале даже не похожие на преступников, купили пачку билетов на самолет. Вероятно, при одинаковой стоимости доставляемых наркотиков общество предпочтет, чтобы наркотики импортировались вторым путем.

Вывод заключается вовсе не в том, что следует прекратить инспекцию прибывающих самолетов. Правоохранительная деятельность в мелких масштабах может вынудить контрабандистов использовать малоэффективные методы доставки (например, перевозить небольшие упаковки наркотиков за один раз и совершать несколько полетов, чтобы доставить данную партию). Речь идет о том, что применение правоохранительной деятельности, которая может привести к «успешному» устрашению курьеров, перевозящих малые количества, может заставить их воспользоваться более пагубными способами контрабанды.

Некоторые страны (например, США) переживают тяжелые времена, не позволяющие им обеспечить дифференциацию стимулов, поскольку их правоохранительная деятельность направлена на агрессивное преследование всех замешанных в преступлениях, связанных с наркотиками. Другие не сталкиваются с этой проблемой. «Парк игл» в Цюрихе можно рассматривать как крайний пример дифференцированных правоохранительных стимулов. Этот конкретный эксперимент оказался неудачным. Однако, в практическом мире (а мы можем добиваться, чтобы наш мир был настолько практичным или чтобы он таким не был) может иметь смысл оказывать наиболее серьезное давление на более пагубные формы торговли и придерживаться менее агрессивного отношения к тем ее формам, которые приносят меньше вреда.

Выводы

Во многих странах мира парадигмы снижения вреда пользуются все большим одобрением. Как правило, их сторонники не относятся к числу представителей правоохранительных органов и в большинстве случаев им практически нечего сказать о роли, которую правоохранительная деятельность должна играть в системе снижения вреда. Это серьезное упущение. Не считая случаев полной легализации, распространение и торговля остаются противозаконными практиками, а потому необходима некая политика, регулирующая деятельность в отношении пойманных преступников. Даже в том случае, если агрессивных расследований таких преступлений не происходит, некоторые из них все равно заявят о себе (например, если контрабандные наркотики обнаружены при остановке автодвижения с коммерческими целями или когда активная деятельность по торговле наркотиками вызывает жалобы местных жителей и требования принять меры).

Если говорить ближе к сути дела, когда сторонники снижения вреда игнорируют правоохранительную деятельность, они тем самым отказываются от орудия, обладающего уникальным и мощным потенциалом для снижения вреда. Слишком узкое представление о том, какой именно вред необходимо снижать, неизбежно отодвигает правоохранительную деятельность на задний план (например, если снижение вреда воспринимается исключительно как снижение среднего вреда, которому подвергаются потребители из-за фармакологических последствий употребления, то проблема наркотиков становится чисто медицинской проблемой). Однако, такие ограниченные подходы не могут удовлетворить граждан, опасющихся беспорядков, коррупции и насилия, связанных с черными рынками или с вредом, которому подвергаются члены семьи наркозависимых потребителей.

Возможно, правоохранительная деятельность не включается в снижение вреда по той простой причине, что и правоохранительная деятельность исторически не включала снижение вреда. Правоохранительная деятельность имеет репутацию — отчасти заслуженную — деятельности, иногда вызывающей повышение вреда (cf., Reuter, 1997). Однако, тот факт, что осуществление правоохранительной деятельности может повышать вред, вовсе не означает, что она не может осуществляться таким образом, чтобы снижать вред.

Мы уже отмечали, что немногие правительственные органы обладают большими возможностями, чем правоохранительные органы. Точно также, немногие органы обладают такой жесткой системой централизованного контроля и немногие имеют такую фундаментальную власть над деятельностью людей, прежде всего людей, нарушающих закон. Это сочетание делает правоохранительные органы исключительно мощным орудием усилий по контролю за наркотиками, независимо от того, заключается ли эта цель в снижении употребления наркотиков, в снижении вреда, вызванного наркотиками или в чем-либо еще. К сожалению, литературе, по крайней мере, академической литературе, посвященной снижению вреда, еще только предстоит в полной мере оценить и научиться извлекать выгоду из этого орудия.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Behrens, D. A., Caulkins, J. P., Tragler, G., Haunschmied, J. L., & Feichtinger, G. 1999, 'A Dynamic Model of Drug Initiation: Implications for Treatment and Drug Control' (Динамическая модель начала употребления наркотиков: ее значение для лечения и контроля за наркотиками), *Mathematical Biosciences*, vol. 159, pp. 1-20.
- Behrens, D. A., Caulkins, J. P., Tragler, G. & Feichtinger, G. 2000, 'Optimal Control of Drug Epidemics: Prevent and Treat — But Not At the Same Time?', *Management Science*, vol. 46, no. 3, pp. 333-347.
- Belenko, S. 2001, *Research on Drug Courts: A Critical Review 2001 Update* (Исследование судов, разбирающих дела, связанные с наркотиками: критический обзор, 2001 г.), The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, New York, NY.
- Boyum, D. A. & Kleiman, M. A. R. Forthcoming, 'Substance Abuse Policy from a Crime-Control Perspective' (Политика борьбы со злоупотреблением наркотиками с точки зрения контроля за преступностью), in *Crime*, eds. J. Q. Wilson & J. Petersilia, ICS Press, San Francisco.
- Caulkins, J. P. Forthcoming, 'The Dynamic Character of Drug Problems' (Динамический характер проблем, связанных с наркотиками). *Bulletin of Narcotics*.
- Caulkins, J. P. 2001, 'The Relationship Between Prices and Emergency Department Mentions for Cocaine and Heroin (Взаимосвязь между ценами на кокаин и героин и частотой обращения в отделения неотложной помощи в связи с проблемами, вызванными этими наркотиками)'. *American Journal of Public Health*, vol. 91, no. 9, pp. 1446-1448.
- Caulkins, J. P. 2000, 'Do Drug Prohibition and Enforcement Work?' (Эффективен ли прогибционизм и правоохранительная деятельность в отношении наркотиков?), White paper published in the 'What Works?' series. Lexington Institute, Arlington, VA.
- Caulkins, J. P. 1999, 'Can Supply Factors Suppress Marijuana Use By Youth?' (Могут ли факторы, влияющие на поставки наркотиков, снизить употребление марихуаны молодежью), *Federation of American Scientists' Drug Policy Analysis Bulletin*, no. 7, pp. 3-5.

- Caulkins, J. P. & Heymann, P. 'How Should Low-Level Drug Dealers Be Punished?' (Как следует карать мелких наркоторговцев?), in *Drug Addiction and Drug Policy: The Struggle to Control Dependence*, eds P. E. Heymann, & N. Brownsberger, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Caulkins, J. P. & MacCoun, R. J. in submission, 'Limited Rationality and the Limits of Supply Reduction' (Ограниченная рациональность и недостатки снижения поставок).
- Caulkins, J. P., Rydell, C. P., Everingham, S. S., Chiesa, J. & Bushway, S. 1999, *An Ounce of Prevention, a Pound of Uncertainty: The Cost-Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs* (Капля профилактики, море сомнений: Экономическая эффективность школьных программ профилактики употребления наркотиков). Rand Drug Policy Research Centre, Santa Monica, California.
- Chaloupka, F. J. & Pacula, R. L. 2000, 'Economics and anti-health behavior: the economic analysis of substance use and abuse' (Экономика и поведение, противоречащее принципам охраны здоровья: экономический анализ употребления и злоупотребления наркотиками), in *Reframing Health Behavior Change with Behavioral Economics*, eds W. Bickel, & R. Vuchinich, Lawrence Earlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.
- Crane, B. D., Rivolo, A. R. & Comfort, G. C. 1997, *An Empirical Examination of Counterdrug Interdiction Program Effectiveness* (Эмпирическое изучение эффективности программ запрета на наркотики), Institute for Defense Analysis, Alexandria, Virginia.
- Dorn, N. & South, N. 1990, 'Drug Markets and Law Enforcement' (Наркорынки и правоохранительная деятельность), *British Journal of Criminology*, vol. 30, pp. 171–188.
- Ennett, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L. & Flewelling, R. L. 1994, 'How Effective Is Drug Abuse Resistance Education: A Meta-Analysis of Project DARE Outcome Evaluations (Насколько эффективно обучение принципам противодействия злоупотреблению наркотиками: Мета-анализ оценки результатов проекта DARE)', *American Journal of Public Health*, vol. 84, no. 9, pp. 1394–1401.
- Erickson, P. G., Riley, D. M., Cheung, Y. W. & O'Hare, P. A. eds. 1997, *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs* (Снижение вреда: новое направление для политик и программ в области наркотиков). University of Toronto Press, Toronto.
- Everingham, S. S. & Rydell, C. P. 1994, 'Modeling the Demand for Cocaine' (Разработка модели спроса на кокаин). MR-332-ONDCP/A/DPRC, Rand Drug Policy Research Centre, Santa Monica, California.
- Gfroerer, J. & Brodsky, M. 1992, 'The Incidence of Illicit Drug Use in the United States, 1962–1989' (Распространение употребления запрещенных наркотиков в США, 1962–1989 гг.), *British Journal of Addiction*, no. 87, pp. 1345–1351.
- Goldstein, P. J. 1985, 'The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework' (Неразрывная связь между наркотиками и насилием: Трехсторонняя концептуальная схема), *Journal of Drug Issues*, vol. 15, no. 4, pp. 493–506.
- Harwood, H., Fountain, D. & Livermore, G. 1998, 'The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992' (Экономическая цена злоупотребления алкоголем и наркотиками в США, 1992 г.), U. S. Department of Health and Human Services, Washington DC.
- Human Rights Watch. 1997, 'Cruel and Usual: Disproportionate Sentences for New York Drug Offenders' (Жестко и часто: несоразмерные приговоры нарушителям законов о наркотиках в Нью-Йорке), Human Rights Watch, vol. 9, no. 2(B).

- Johnson, R. A., Gerstein, D. R., Ghadialy, R., Choy, W. & Gfroerer, J. 1996, 'Trends in the Incidence of Drug Use in the United States, 1919-1999' (Тенденции распространения употребления в Соединенных Штатах, 1919-1999 гг.). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, U. S. Department of Health and Human Services.
- Kennedy, D. M. 1997, 'Pulling Levers: Chronic Offenders, High-Crime Settings, and a Theory of Prevention' (Потянуть за рычаг: Хронические преступники, условия повышенной преступности и теория профилактики). *Valparaiso University Law Review*, vol. 31, no. 2., pp. 449–484.
- Kleiman, M. A. R. 1992, *Against Excess: Drug Policy for Results*. Basic Books, New York, N. Y.
- MacCoun, R. J. 1998, 'Toward a Psychology of Harm Reduction' (К психологии снижения вреда), *American Psychologist*. vol. 53, pp. 1199–1208.
- MacCoun, R. J. & Reuter, J. 2001, *Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times, and Places* (Ересь войны с наркотиками: Учиться на чужих недостатках, в другом месте в другое время). Cambridge University Press, New York NY.
- Maher, L. & Dixon, D. 1999, 'Policing and Public Health' (Охрана порядка и общественное здравоохранение), *British Journal of Criminology*, vol. 39, no. 4, pp. 488–511.
- Maher, L. & Dixon, D. 2001, 'The Cost of Crackdowns: Policing Cabramatta's Heroin Market' (Цена крутых мер: Деятельность полиции на рынке героина в Кабрамматте, *Current Issues in Criminal Justice*, vol. 13, no. 1, pp. 5-22. Musto, D. F. 1987, *The American Disease*. Yale University Press, New Haven CT.
- ONDCP (Office of National Drug Control Policy) 1992, *Price and Purity of Cocaine: The Relationship to Emergency Room Visits and Deaths, and to Drug Use Among Arrestees* (Цена и чистота кокаина: связь с обращениями в отделения неотложной помощи и смертностью, а также с употреблением наркотиков среди арестантов). The White House, Washington, DC.
- Reuter, P. 1997, 'Can We Make Prohibition Work Better? Some Consequences of Avoiding the Ugly' (Можем ли мы сделать прогибционизм более эффективным? Некоторые последствия попыток избежать зла), *Proceedings of the American Philosophical Society*, vol. 141, no. 3, pp. 262–275.
- Reuter, P. & Kleiman, M. A. R. 1986, 'Risks and Prices: An Economic Analysis of Drug Enforcement' (Риск и цены: Экономический анализ правоохранительной деятельности в области наркотиков), in *Crime and Justice: An Annual Review of Research* Vol. 7, eds. M. Tonry & N. Morris. University of Chicago Press, Chicago.
- Schulhofer, S. J. 1993, 'Rethinking Mandatory Minimum Sentences' (Пересмотр обязательных минимальных приговоров), *Wake Forest Law Review*, vol. 28, pp. 199–222.
- Weatherburn, D. & Lind, B. 1997. 'The Impact of Law Enforcement Activity on a Heroin Market' (Влияние правоохранительной деятельности на рынок героина), *Addiction*, vol. 92, no. 5, pp. 557–569.
- Weatherburn, D., Jones, C., Freeman, K. & Makkai, T. 2001, 'The Australian heroin drought and its implications for drug policy' (Спад употребления героина в Австралии и его воздействие на наркополитику), *Crime and Justice Bulletin* no. 59, NSW Bureau of Crime Statistics and Research, Sydney.
- Weatherburn, D. & Lind, B. 1999. *Heroin Harm Minimisation: Do We Really Have to Choose Between Law Enforcement and Treatment?* (Минимизация вреда от употребления геро-

ина: Действительно ли мы должны выбирать между правоприменением и лечением), NSW Bureau of Crime Statistics and Research, Sydney.

Weatherburn, D. Lind, B. & Forsythe, L. 1999, *Drug Law Enforcement: Its Effects on Treatment Experience and Injection Practices* (Правоохранительная деятельность в области наркотиков: Ее влияние на опыт лечения и практики инъекционного употребления наркотиков). NSW Bureau of Crime Statistics and Research, Sydney.

Yuan, Y. & Caulkins, J. P. 1998, 'The Effect of Variation in High-Level Domestic Drug Enforcement on Variation in Drug Prices' (Влияние различий в правоохранительной деятельности в области наркотиков на высшем уровне на цены на наркотики), *Socio-Economic Planning Sciences*, p. 32.

*Джонатан П. Колкинс — профессор кафедры исследования операций и общественной политики Школы общественной политики и менеджмента им. Джона Хайнца III (H. John Heinz III School of Public Policy and Management), Университет Карнеги-Меллона (Carnegie Mellon University), Новый Южный Уэльс, Бюро криминальной статистики и исследований (Bureau of Criminal Statistics and Research), *Criminal Justice Bulletin* 64. Печатается с разрешения издательства.

Политические основы программ снижения вреда в Кыргызской Республике

Лариса Башмакова*

«Злоупотребление наркотиками и их незаконный оборот имеют для всех стран разрушительные последствия: пагубное воздействие на здоровье людей; рост преступности, насилия и коррупции; истощение людских, природных и финансовых ресурсов, которые могли бы быть использованы в целях социально-экономического развития; гибель людей, разрушение семей и общин; и ослабление политической, культурной, социальной и экономической структуры. Злоупотребление наркотиками затрагивает все секторы общества и все страны независимо от уровня их развития»

(Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики. Принята резолюцией S-20/3 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 10 июня 1998 г. Ст. 1, 2).

Период становления независимости и демократии в Кыргызской Республике сопровождается тяжелыми экономическими проблемами, высоким уровнем бедности, безработицей, падением жизненного уровня населения. Падение железного занавеса между бывшими странами Советского Союза и внешним миром, а также прозрачность их внутренних границ привели к проникновению больших объемов наркотических средств из Афганистана и беспрепятственному их передвижению. Несмотря на усиление заградительных мероприятий на границах, наркотики продолжают поступать в страну, как по существующим охраняемым трассам, так и через трудноконтролируемые горные участки государственной границы. Наркотики доступны и дешевы. Все это приводит как к расширению и поддержанию наркобизнеса, так и увеличению числа наркопотребителей. Большинство наркозависимых — это молодые мужчины в возрасте до 30 лет. Однако, результаты наркотрафика оказывают воздействие на все население страны. С одной стороны — это тяжелые физические, психологические и экономические страдания семьи и созависимых лиц. С другой — наркомания порождает рост преступности, коррупции и вызывает потребность в больших затратах государства на содержание огромного аппарата правоохранительных, судебных органов и тюрем.

Инъекционное потребление наркотиков продолжает распространяться во всем мире независимо от религиозных убеждений, стадии экономического развития, социальной принадлежности, окружающей среды (город или село), а также принятой в стране политической системы. Там, где наблюдается инъекционное потребление наркотиков, быстро распространяется ВИЧ-инфекция, связанная с использованием зараженного инъекционного оборудования.²

В Кыргызской Республике заболеваемость наркоманией увеличилась за последнее десятилетие более чем в 6 раз. Всего на официальном учете в Республиканском центре наркологии по состоянию на 1 января 2005 г. состоит 6865 человек или 137 на 100 000

населения. Тогда как по оценкам ЮНОДС (2002), реальное количество наркопотребителей составляет 80 000 — 100 000 человек или 1644 — 2054 на 100 000 населения, что в 1,5 раза выше, чем в Казахстане и 5,6 раза выше, чем в Узбекистане. Увеличение числа наркопотребителей, опасные практики употребления наркотиков приводят к распространению ВИЧ/СПИДа и гепатитов. Так, по данным дозорного эпиднадзора, проведенного при поддержке СДС в городах Бишкек и Ош, до 53,1% наркопотребителей инфицированы гепатитом С и 6,2% инфицированы ВИЧ (11,6% в Оше и 1,1% в Бишкеке). Эпидемия ВИЧ/СПИДа является серьезной проблемой для Кыргызской Республики, при этом 78% от числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом среди соотечественников, заразились через загрязненный инструментарий при внутривенном потреблении наркотиков. За последние четыре года число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди граждан страны увеличилось в 48,6 раз, а в наиболее пострадавшей Ошской области в 184,5 раза по сравнению с числом случаев, зарегистрированным за весь предшествующий период эпидемии (1987-2000 гг.). По состоянию на 1 сентября 2005 г. в Кыргызстане зарегистрировано 766 случаев ВИЧ-инфекции, почти половина из которых, в городе Ош и Ошской области. В 2001 г. основным путем передачи ВИЧ-инфекции было употребление наркотиков путем инъекций. Такой путь был официально зарегистрирован у 95% из числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в целом по стране и в 97% случаев — в Ошской области. В настоящее время инъекционные наркопотребители среди ЛЖВС составляют всего 78%, а количество выявленных в 2005 г. случаев, не связанных с потреблением наркотиков, достигло 41,5%. Это свидетельствует о выходе ВИЧ-инфекции из среды наркопотребителей в общую популяцию. Данный факт подтверждается также ростом числа зараженных ВИЧ женщин и детей, рожденных у матерей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Так, количество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, за последние пять лет увеличилось в 37 раз. При этом, половина инфицированных женщин находится в возрасте от 15 до 25 лет, и 2/3 в возрасте до 30 лет. Из числа зарегистрированных женщин 66,7% заразились половым путем, причем 88% из них — от постоянного полового партнера и в большинстве от мужа, который являлся единственным половым партнером. 20 женщин были беременны, в том числе, у двоих — это была уже вторая беременность после инфицирования ВИЧ. Родилось 14 детей у матерей, живущих с ВИЧ/СПИДом, из них 5 детей здоровы, 9 находятся под медицинским наблюдением до достижения ими возраста 18 месяцев. 11 случаев ВИЧ/СПИДа зарегистрированы среди детей в возрасте до 18 лет, в том числе три у детей до 15 лет и 8 у подростков 15-18 лет.

Распространение наркомании, а также социально-экономические последствия этого явления, требуют от правительств конкретных ответных мер в ответ на эпидемию. Особенности наркобизнеса являются суперприбыли наркомагнатов. Используя бедность населения, а также безысходность зависимых и созависимых лиц, наркодельцы эксплуатируют население, вовлекая его в незаконный оборот наркотиков. Все чаще в качестве наркодилеров и наркоперевозчиков используются женщины, девочки и дети. С другой стороны, коррупция некоторых должностных лиц не позволяет обеспечить надежность программ по борьбе с поставками наркотиков. Существующие же системы подавления и пресечения, направлены, главным образом на наркопотребителей, а не на поставщиков и продавцов наркотиков. В докладе на конференции «Кыргызстан: в будущее без наркотиков» Президент Кыргызской Республики г-н К. Бакиев сказал: «Имитируя активную борьбу с наркопреступностью, наши правоохранительные органы сделали основной упор на так называемый, валовый показатель, когда в расчет идет количество привлеченных к уголовной ответственности лиц. В результате более поло-

вины осужденных в стране, — наркоманы, попавшиеся с очередной дозой, от которой, как Вы хорошо понимаете, им трудно отказаться». Такие действия в целом достигают пресечения и подавления, но не профилактики и изменения поведения наркозависимых. Поскольку борьба с наркобизнесом представляется весьма трудным делом, а все большее число молодых людей приобщается к потреблению наркотиков, заражается и погибает от тяжелых болезней — программы снижения вреда представляются наиболее эффективными для достижения быстрых и устойчивых результатов по предотвращению заражения наркопотребителей ВИЧ/СПИДом и гепатитами, а также оказывают существенное воздействие на ограничение распространения ВИЧ-инфекции среди населения. Об этом свидетельствует опыт ограничения распространения ВИЧ/СПИДа в Нидерландах, Великобритании, Польше и других странах, где эффективные программы снижения вреда позволили остановить или существенно снизить распространение ВИЧ/СПИДа среди наркопотребителей, тем самым стабилизировать ситуацию в этих странах.

Руководство Кыргызстана своевременно осознало опасность распространения ВИЧ/СПИДа. Основой для развития государственной политики в стране явилось принятие в 1996 г. закона «О профилактике СПИДа в Кыргызской Республике». Закон определил «порядок правового регулирования вопросов, связанных с распространением СПИДа, и обеспечения государственной системы мероприятий по защите населения Кыргызской Республики от ВИЧ-инфекции в соответствии с нормами международного права»³ тогда, когда в стране был зарегистрирован только один случай ВИЧ-инфекции среди соотечественников. Этим законом определены гарантии государства, государственная политика, финансирование программ по ВИЧ/СПИДу, меры социальной защиты людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, а также приоритетность норм международного права. В соответствии с Законом, государством гарантируется обеспечение средствами профилактики ВИЧ-инфекции. Национальная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа и инфекций, передающихся половым путем на 1997-2000 г., принятая по реализации данного закона предусматривала конкретные профилактические меры, направленные на преодоление эпидемии. Эти меры включали преимущественно информационный компонент и значительный объем медицинских мероприятий. Программа имела пять стратегических направлений и 10 задач. В качестве одной из задач в рамках второго стратегического направления было «Предупреждение небезопасного введения наркотиков». Данная задача предусматривала главным образом предоставление информации, наблюдение и медицинский сервис для наркопотребителей. Вместе с тем, она включала обучение безопасным методам введения наркотика и создание групп само-, взаимопомощи для представителей целевой группы. Данная программа была принята тогда, когда в стране был зарегистрирован только один случай ВИЧ-инфекции, связанный с употреблением наркотика, но она уже предполагала формирование более безопасного поведения для лиц, употребляющих наркотики путем инъекций. Программа впервые заявила многосекторальный подход к реализации мероприятий по ВИЧ/СПИДу, определила функции и задачи Национального многосекторального комитета при Правительстве Кыргызской Республики.

Национальная программа обозначила проблему и создала условия для начала первых проектов для потребителей инъекционных наркотиков. Важную роль имела помощь совместного проекта Правительства Кыргызской Республики, ПРООН и Программы ООН по СПИДу «Профилактика ИППП и ВИЧ/СПИДа в Кыргызской Республике», который был направлен на поддержку формирования национальной политики, основанной на многосекторальном подходе. Первые проекты по снижению

вреда были представлены информационными программами, позволяющими достичь представителей целевой группы, которые назывались «Пункты на полпути». В это же время были начаты специальные вмешательства среди осужденных и персонала тюрем. Основное внимание в рамках этих проектов было уделено предоставлению информации представителям целевых групп, обучению безопасному поведению и формированию позитивного общественного мнения, а также понимания среди лиц, принимающих решения, из числа медицинских работников, сотрудников правоохранительных органов, личного состава и начальников тюрем. Клиентам программ предоставлялись дезинфицирующие средства для обработки шприцев, проводилось обучение по предупреждению передозировок наркотиков и доврачебной помощи в таких случаях; был обеспечен доступ к медицинскому сервису (наркологическому, хирургическому, дермато-венерологическому). Проведенная работа, понимание руководителей государственных структур важности профилактических программ среди наркопотребителей, наличие заинтересованных НПО позволило уже через год — в 1999 г. приступить к планированию, а затем и осуществлению первых программ по обмену шприцев. Экспериментальный проект по обмену шприцев был начат в городах Бишкек и Ош при поддержке Проекта ПРООН и Фонда Сорос-Кыргызстан и первоначально был рассчитан на 300 наркопотребителей. Первые его шаги столкнулись с недопониманием со стороны младшего состава органов внутренних дел. Однако, имея политическую поддержку Правительства Кыргызской Республики, руководства МВД, Министерства здравоохранения, понимание общественности, консенсус с широким кругом партнеров был достигнут, и программы успешно развивались, превысив ранее планируемый охват наркопотребителей более чем вдвое в течение одного года.

Следующим важным шагом было принятие второй — Государственной программы по профилактике СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путем на 2001-2005 гг. Разработка этой программы совпала с развитием эпидемии ВИЧ-инфекции в стране, связанной с передачей ВИЧ при употреблении наркотиков. В этой связи одним из трех приоритетных направлений этой программы было «Снижение уязвимости инъекционных потребителей наркотиков». Приоритетность этого направления обусловлена: наибольшей вероятностью быстрого (взрывного) распространения ВИЧ-инфекции в группе с последующим выходом в общую популяцию; возможностью рождения ВИЧ-инфицированных детей. Целью данной стратегии является предотвращение распространения ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике путем развития программ по снижению ущерба среди инъекционных потребителей наркотиков.⁴ Государственная программа предусматривает комплекс мер по профилактике ВИЧ-инфекции в стране, в том числе среди потребителей инъекционных наркотиков. Компоненты по снижению вреда включали распространение информации, развитие программ обмена шприцев, лечебные программы, включая заместительную терапию и реабилитацию наркопотребителей, а также различные виды сервиса, в том числе юридические услуги.

В ходе реализации Государственной программы все поставленные задачи были выполнены. В стране действуют программы обмена шприцев, охватывающие более 4 000 наркопотребителей, впервые в СНГ была начата заместительная терапия метадонем, участниками которой является более 300 клиентов. Созданы условия и приобретен опыт оказания юридической помощи, создания групп само-, взаимопомощи и другое.

Важным результатом явилось развитие программ снижения вреда в тюрьмах. Этому способствовал ряд политических мер, направленных на совершенствование тюремной системы. В 2002 г. Главное управление исполнения наказаний (ГУИН) было

передано из ведения Министерства внутренних дел в подчинение Министерства юстиции Кыргызской Республики. В конце 2002 г. Правительство одобрило концепцию реформирования пенитенциарной системы на период до 2010 г. «Реформирование пенитенциарной системы основывается на принципах гуманизации уголовно-исполнительной политики, системы исполнения наказаний, с введением в учреждениях пенитенциарной системы международных стандартов»⁵. Эти действия направлены на обеспечение соблюдения законности и прав человека в местах заключения. Концепцией предусмотрены меры по улучшению медицинского обслуживания, социальной реабилитации осужденных, обеспечения общественного контроля за местами лишения свободы, а также «привлечение религиозных конфессий, международных и неправительственных организаций к решению задач... по обучению... медицинскому обслуживанию и профилактике заболеваний»⁶. Все это способствовало эффективной профилактике ВИЧ/СПИДа в учреждениях пенитенциарной системы страны. Кыргызстан имеет собственный уникальный опыт проведения программ по профилактике СПИДа в учреждениях Главного управления исполнения наказания.⁷ Получена политическая поддержка от руководства ГУИН, обучены специалисты, а также волонтеры из числа осужденных. Изданы целевые информационные материалы, подготовленные заключенными. В тюрьмах проводится весь спектр услуг по снижению вреда от употребления наркотиков. Все учреждения охвачены информационными программами; в тюрьмах проводятся программы само-, взаимопомощи, обмена шприцев, обсуждается вопрос о внедрении заместительной терапии метадонном.

Успешному развитию программ снижения вреда способствует сильная государственная политика. Многосекторальный подход, провозглашенный первой Национальной программой по профилактике СПИДа, получил реальное развитие в ходе реализации второй — Государственной программы по профилактике СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путем на 2001-2005 гг. В результате 7 министерств, 5 административных ведомств и Духовное Управление мусульман Кыргызстана разработали и осуществляют собственные программы по профилактике СПИДа. «По всей очевидности, Кыргызская Республика всерьез воспринимает опасность наркотиков и ВИЧ/СПИДа и выделяется среди стран региона своим новаторским подходом в борьбе с эпидемией. Желание Кыргызской Республики реагировать на потенциальную эпидемию ВИЧ на ранней стадии — когда были выявлены первые случаи вируса — можно считать наилучшей международной практикой. Несмотря на серьезную нехватку финансирования, Правительство принимает активные меры борьбы с потенциальной эпидемией при содействии местных НПО и международных партнеров. Координационный комитет по ВИЧ/СПИДу возглавляет ... Вице-премьер-министр Кыргызской Республики...»⁸ — говорится в отчете Всемирного Банка. Вопросам развития медицинского сервиса для наркопотребителей, поддержки программ по профилактике СПИДа уделяется внимание в Концепции противодействия распространению наркомании в Кыргызской Республике, утвержденной Указом президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 г. УП № 445.

Добиться успеха позволяет комплексное решение проблемы. Так, например, Министерство внутренних дел разработало собственную программу по профилактике СПИДа и учредило координационный комитет по СПИДу, который возглавляется заместителем Министра и включает всех руководителей Главных Управлений Министерства. Следующим шагом явилась разработка обучающих программ для Академии МВД и средней специальной школы милиции, которые включают не только вопросы профилактики ВИЧ/СПИДа, но правовые и социальные аспекты ВИЧ/СПИДа. Сотруд-

никами МВД была разработана, утверждена и зарегистрирована в Министерстве юстиции инструкция по работе с уязвимыми группами населения, основанная на международных правовых нормах.

Большую роль в осуществлении программ по профилактике СПИДа в Кыргызской Республике имело принятие ряда глобальных инициатив в области контроля за наркотиками и ВИЧ/СПИДа. Это Цели Развития Тысячелетия, Декларация о приверженности, принятая на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 г. (далее Декларация) и др. Взятие страной обязательств, неуклонное следование им и периодическая отчетность, позволяют Правительству страны быть всегда в курсе осуществляемых программ, знать глобальные инициативы и стремиться к ним. Большую роль имело увеличение международной гуманитарной помощи на реализацию профилактических программ. Следует особо отметить финансовые средства, поступившие в страну из Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, который был создан на основе Декларации по ВИЧ/СПИДу 2001 г. Более одной третьей части этого гранта, составляющего свыше 17 млн. долларов, предназначено на программы снижения вреда. В страну поступили значительные суммы от других международных доноров. Так, 70% почти 10-миллионного гранта регионального проекта Агентства Международного Развития Великобритании будет направлено на расширение программ снижения вреда с целью достижения целей Декларации, т. е. охвата 60% наркопотребителей профилактическими программами по ВИЧ/СПИДу.

Заключение

Программы снижения вреда имеют ключевое значение в программах профилактики ВИЧ/СПИДа в Кыргызской Республике. Они позволяют снизить уязвимость потребителей инъекционных наркотиков, уменьшить распространенность ВИЧ/СПИДа среди представителей этой уязвимой группы и предотвратить передачу ВИЧ/СПИДа в общую популяцию. Важную роль в развитии таких программ имеет государственная политика, которая определяет стратегические направления, обеспечивает поддержку и мониторинг осуществляемых программ. Созданный в стране многосекторальный подход позволяет достичь консенсуса в осуществлении программ снижения вреда и комплексное их решение через развитие партнерства и разделение ответственности. В Кыргызской Республике такие программы осуществляются с 1998 г. и доказали свою эффективность. Приверженность Правительства страны по реализации международных обязательств, развитие демократии и усиление правовых механизмов в ходе осуществления профилактических программ, позволило привлечь значительные средства международной гуманитарной помощи до начала эпидемии ВИЧ/СПИДа в стране. Программы снижения вреда также были начаты своевременно, однако, до настоящего времени не обеспечивают необходимого охвата наркопотребителей, что снижает их эффективность. Увеличение международной гуманитарной помощи с целью реализации глобальных инициатив по ВИЧ/СПИДу, принятый на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2001 г. на Дублинской конференции о партнерстве и сотрудничестве в Европе (2003), несомненно, позволит обеспечить необходимый объем вмешательства среди уязвимых групп населения. Вместе с тем, большие планы и финансовые ресурсы требуют сильной государственной политики, приверженности и координации со стороны государства, а также системы мониторинга и оценки.

Рекомендации

- Расширить программы снижения вреда с охватом до 60% представителей уязвимых групп профилактическими программами.
- Распространить опыт действующих программ снижения вреда на все регионы страны.
- Повысить роль местных органов государственной власти в осуществлении таких программ.
- Развивать программы лидерства и партнерства государственных структур и НПО.
- Усилить программы мониторинга и оценки.
- Расширить компонент снижения вреда в рамках разрабатываемой третьей государственной программы.

* Лариса Башмакова — кандидат медицинских наук, независимый эксперт, инициатор и координатор первых программ снижения вреда в Кыргызстане, советник Межведомственного координационного комитета по ВИЧ/СПИДу Кыргызской республики.

ПРИМЕЧАНИЯ

- ¹ источник: Государственный СПИД-центр : www.aids.gov.pl (разработано на основании данных Государственного центра гигиены).
- ² Policy and Programming Guide for HIV/AIDS Prevention and Care among Injecting Drug Users. World Health Organization 2005. p. 3.
- ³ Закон «О профилактике СПИДа в Кыргызской Республике», 1996 г., преамбула.
- ⁴ Государственной программы по профилактике СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путем на 2001-2005 гг. Бишкек. 2002, с. 37-38.
- ⁵ «Концепция реформирования пенитенциарной системы Кыргызской Республики на период до 2010 года», одобренная постановлением Правительства Кыргызской Республики от 9 декабря 2002 года № 833. — с. 2.
- ⁶ «Концепция реформирования пенитенциарной системы Кыргызской Республики на период до 2010 года», одобренная постановлением Правительства Кыргызской Республики от 9 декабря 2002 года № 833
- ⁷ Л. Башмакова, Г. Курманова, А. Кашкарев «СПИД в Кыргызстане: пять лет противостояния» Бишкек, 2003. с. 106-107.
- ⁸ Джоана Годиньо и др. ВИЧ/СПИД и туберкулез в Центральной Азии. Всемирный Банк. 2003. с. 52.