

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

АНТИНАРКОТИЧНА ПРОФІЛАКТИКА

Навчальний посібник

Київ 2013

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

Черней В.В. – перший проректор Національної академії внутрішніх справ з навчально-методичної та наукової роботи, кандидат юридичних наук, доцент.

Расюк Е.В. – доцент кафедри кримінології та кримінально-виконавчого права Національної академії внутрішніх справ, кандидат юридичних наук, доцент.

Стрільців О.М. – начальник наукової лабораторії з проблем кримінальної міліції навчально-наукового інституту підготовки фахівців для підрозділів слідства та кримінальної міліції Національної академії внутрішніх справ, кандидат юридичних наук, старший науковий співробітник.

Алексійчук М.М. – начальник навчально-наукового інституту підготовки фахівців для підрозділів слідства та кримінальної міліції, Національної академії внутрішніх справ, кандидат юридичних наук, доцент (підрозділи 1.3., 2.1., 2.3., 3.2., 4.1. у співавторстві)

Василевич В.В. – начальник кафедри кримінології та кримінально-виконавчого права Національної академії внутрішніх справ, кандидат юридичних наук, доцент (підрозділи 2.1., 2.3., 3.2., 4.1. у співавторстві).

Василенчук В.В. – професор кафедри спеціальної техніки та оперативно-розшукового документування навчально-наукового інституту підготовки фахівців для підрозділів слідства та кримінальної міліції Національної академії внутрішніх справ, доктор юридичних наук, професор (підрозділи 3.2., 4.1. – 4.3.3. у співавторстві).

Герман О. В. – директор Миколаївський обласний громадський молодіжний рух «Пенітенціарна ініціатива» (розділ 4 у співавторстві)

Джужа О.М. – головний науковий співробітник відділу організації науково-дослідної роботи Національної академії внутрішніх справ, доктор юридичних наук, професор, Заслужений юрист України (підрозділи 1.1., 1.3., 2.1., 3.1. у співавторстві).

Кротюк А.М. – здобувач кафедри кримінології та кримінально-виконавчого права Національної академії внутрішніх справ (розділ 4 у співавторстві).

Матвійчук О. В. – голова правління Центру Громадянських Свобод (розділ 4 у співавторстві).

Микитчик А.В. – старший викладач кафедри кримінології та кримінально-виконавчого права Національної академії внутрішніх справ, кандидат юридичних наук (підрозділи 1.2., 2.2., 3.1., 4.2. у співавторстві).

Прохоренко С.М. – здобувач кафедри кримінології та кримінально-виконавчого права Національної академії внутрішніх справ (розділ 2 у співавторстві).

Сомик О.С. – заступник начальника відділу УБОЗ ГУМВС України в Одеській області, кандидат юридичних наук (підрозділи 4.1.–4.2. у співавторстві).

Стеблюк В.В. – професор кафедри криміналістики та судової медицини Національної академії внутрішніх справ, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, Заслужений лікар України (підрозділи 1.2., розділ 3 у співавторстві).

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	9
ЗМІСТОВНИЙ МОДУЛЬ I.	9
ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НАРКОТИЗМУ	14
ТА НЕЗАКОННОГО ОБІГУ НАРКОТИКІВ В УКРАЇНІ	17
РОЗДІЛ I. СОЦІАЛЬНА СУТНІСТЬ ТА СИСТЕМОУТВОРЮЮЧІ ЕЛЕМЕНТИ	22
НАРКОТИЗМУ ТА НАРКОМАНІЇ В УКРАЇНІ	24
1.1. Наркотизм та наркоманія як соціальні явища	
1.2. Основні ознаки і класифікація наркотизму і наркоманії	28
1.2.1. Ознаки наркотизму і наркоманії	
1.2.2. Види наркотиків	28
1.2.3. Поняття, види та ознаки токсикоманії	
1.3. Наслідки поширення наркоманії та наркотизму в Україні	38
РОЗДІЛ 2. КРИМІНОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ НЕЗАКОННОГО ОБІГУ НАРКОТИКІВ	56
В УКРАЇНІ	
2.1. Рівень, структура, динаміка злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків	61
2.2. Характеристика та правовий статус осіб, причетних до незаконного обігу наркотиків	64
2.2.1. Характеристика осіб, причетних до незаконного обігу наркотиків	
2.2.2. Правовий статус наркозалежної особи	
2.3. Причини та умови поширення незаконного обігу наркотиків	
2.3.1. Детермінанти злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків	

ЗМІСТОВНИЙ МОДУЛЬ 2.

ПРОФІЛАКТИКА НЕЗАКОННОГО ОБІГУ НАРКОТИКІВ

РОЗДІЛ 3. ПОНЯТТЯ, ПРАВОВА ОСНОВА ТА ЗАХОДИ АНТИНАРКОТИЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ В УКРАЇНІ

- 3.1. Поняття та правова основа антинаркотичної профілактики в Україні
 - 3.1.1. Поняття антинаркотичної профілактики
 - 3.1.2. Правова основа антинаркотичної профілактики в Україні
- 3.3. Загальносоціальні заходи антинаркотичної профілактики

РОЗДІЛ 4. РОЛЬ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ У ПРОФІЛАКТИЦІ ЗЛОЧИНІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НЕЗАКОННИМ ОБІГОМ НАРКОТИКІВ

- 4.1. Заходи ОВС щодо загальної профілактики незаконного обігу наркотиків
 - 4.1.1. Задачі комплексних профілактичних відпрацювань
- 4.2. Заходи ОВС щодо індивідуальної профілактики незаконного обігу наркотиків
- 4.3. Взаємодія ОВС з громадськими організаціями щодо профілактики злочинів, що вчиняються у сфері незаконного обігу наркотиків
- 4.4. Організація навчання працівників органів внутрішніх справ щодо попередження інфікування ВІЛ та іншими трансмісійними інфекціями при виконанні службових обов'язків
 - 4.4.1. Синдром набутого імунodefіциту та його збудник
 - 4.4.2. Шляхи передачі ВІЛ
 - 4.4.3. Перша допомога та екстрена профілактика, пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРВ.....	антиретровірусна терапія
АРВ-препарати.....	антиретровірусні препарати
ВІЛ.....	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ.....	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДКТ.....	добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
ДСКН.....	Державна служба України з контролю за наркотиками
ЗПТ.....	замісна підтримувальна терапія
ККУ.....	Кримінальний кодекс України
КМСД.....	кримінальна міліція у справах дітей
МВС.....	Міністерство внутрішніх справ
МОЗ.....	Міністерство охорони здоров'я
наркотики.....	наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори
ОВС.....	органи внутрішніх справ
ООН.....	Організація Об'єднаних Націй
ПАР.....	психоактивна речовина
Перелік.....	Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів
ПОШ.....	пункт обміну шприців
СІН.....	споживач ін'єкційних наркотиків
СН.....	споживач наркотиків
СНЕ.....	судово-наркологічна експертиза
СНІД.....	синдром набутого імунодефіциту
ТГК.....	тетрагідроканабіол

ВСТУП

У кінці XX та на початку XXI ст. зловживання наркотиками у світі перевершило всі критичні межі та набуло характеру епідемії. За даними Управління ООН з наркотиків та злочинності¹ у світі в 2009/2010 роках хоча б один раз вживали заборонені наркотики від 149 до 272 млн. осіб (3,3% – 6,1% населення у віці 15-64 років). Орієнтовно половина з них – поточні наркоспоживачі, тобто такі, що вживав заборонені наркотики не менш один раз протягом місяця. Останнє десятиліття й в Україні немедичне вживання наркотиків перетворилося на проблему, що представляє серйозну загрозу здоров'ю населення, економіці країни, соціальній сфері та правопорядку.

Сьогодні в усіх країнах світу, зокрема, й Україні, відбувається неухильне «омолодження» наркоманії, адже споживачі наркотиків – це у більшості випадків молоді люди віком від 20 до 30 років².

Диференційований аналіз вітчизняної і світової наркотичної ситуації дозволяє виділити ряд основних чинників, що зумовлюють негативну динаміку проблеми. Умовно виділяються соціально-економічні, соціально-ідеологічні і біомедичні чинники, а за масштабом їх дії – глобальні, геополітичні, регіональні, властиві окремим прошаркам суспільства, мікрогрупам населення, сім'ям, особам.

Серед головних причин, що впливають на поширеність наркоманії у підлітково-молодіжному середовищі, одне з перших місць займає легка доступність наркотиків. 11,1% опитаних неповнолітніх відмічають відносну нескладність їх придбання, а місцями їх розповсюдження є школи, дискотеки, нічні клуби та кафе, у добре відомих місцях на вулицях, у парках тощо³. Наркоділки давно визначили для себе освітні установи як ринки збуту наркотиків у підлітково-молодіжному середовищі. В результаті суспільство зіштовхнулося з реальною незахищеністю підлітків і молоді від експансії наркотиків.

Наступним важливим чинником наркотизації є зниження у більшості дітей і підлітків превентивного психологічного захисту і низький ціннісний бар'єр. Неповнолітній, що вперше починає вживати наркотики, знаходиться у своєрідній соціально-психологічній ситуації: з одного боку – масове поширення наркотиків, потужний вплив рекламних пропозицій щодо нового стилю життя й можливості отримання нових відчуттів, пов'язаних з наркотизацією, у поєднанні з домінуючими у підлітка мотивами цікавості й наслідування; з другого – розгубленість і некомпетентність педагогів, соціальних працівників, батьків; з третього – боротьба правоохоронних структур із споживачами наркотиків, а не з їх розповсюджувачами.

Тому без жорстких заходів протидії незаконному обігу наркотиків і силового протистояння наркоугруповуванням, поєднаних із масштабною антинаркотичною профілактичною діяльністю у середовищі наркозалежних осіб та запровадженням програм зменшення шкоди, досягти реальних результатів стабілізації наркоситуації у країні не можливо.

¹ Всесвітній доклад щодо наркотиків за 2011 рік / Управління ООН з наркотиків та злочинності. – ООН, Нью-Йорк, 2011. – С. 13

² Тимошенко В. А. Наркобізнес: національна та міжнародна протидія новим викликам: монографія. / Тимошенко В. А. – К., 2006 – С. 25

³ Дослідження здорової поведінки дітей шкільного віку в рамках міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» HBSC (Health behaviour in school-aged children), який запроваджувався в Україні за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, ВООЗ в Україні у 2011 році

Привертає увагу низький рівень інформованості населення щодо профілактики наркотичної патології і недостатня доступність кваліфікованої безкоштовної консультативної та лікувально-реабілітаційної допомоги підліткам та молоді, хворим на наркоманію, і превентивної допомоги особам, що лише починають вживати наркотики. Близько 60% опитаних дітей і підлітків і 28% дорослих не уявляли, куди можна звернутися при появі наркотичних проблем⁴. Причому в основному населення орієнтоване на анонімну наркологічну допомогу. У країні бракує державних дитячо-підліткових реабілітаційних центрів, а оплачувати послуги комерційної наркології більшість громадян не мають можливості.

Незаконний обіг наркотиків – надзвичайно складне, багатогранне і у той же час суспільно небезпечне явище в сучасному світі. З одного боку, наркотики є корисними і необхідними медичними препаратами, а з іншого – вони заподіюють величезну шкоду, яка практично не піддається вимірюванню. Насамперед це й деградація особистості наркозалежної особи, і потяг до вчинення різноманітних злочинів, і зниження матеріально-технічного та інтелектуального потенціалу суспільства, і погіршення його генофонду, і викривлення внаслідок «відмивання наркокоштів» законного розподілу матеріальних благ, і проникнення злочинців у державні та владні структури, і їх вплив на формування політики держав у злочинних інтересах тощо.

Будучи достатньо вигідним з майнової точки зору промислом (прибутки складають мільйони гривень), незаконний обіг наркотиків визнається суспільно небезпечним та злочинним більшістю країн світового співтовариства, а у багатьох державах його окремі прояви розцінюються як тяжкі та особливо тяжкі злочини. Особлива небезпека полягає у тому, що особи цього кола об'єднуються у суворо упорядковану систему, що представляє собою організовані групи або злочинні співтовариства. У процесі функціонування подібні групи та угруповання контролюють осіб, які самостійно вчиняли злочини, пов'язані з наркотиками, встановлюють міцні організаційні зв'язки між собою, а також монополізують незаконний обіг наркотиків на значних територіях.

Таким чином, незаконний обіг наркотиків руйнує економіку, соціальну сферу, підвищує рівень злочинності, деморалізує суспільство, вражає своїм негативним впливом молодь, провокує конфлікти. Його можна розглядати як загрозу національній безпеці України.

У цій ситуації виникає особлива відповідальність з боку професійних груп осіб, які працюють з дітьми і молоддю, – учителів, вихователів, шкільних психологів, соціальних педагогів, лікарів, працівників органів внутрішніх справ, які потребують вироблення абсолютно нового підходу до рішення проблем профілактики наркоманії.

⁴Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику : досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. Ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : Версо 04, 2010. – с. 51.

ЗМІСТОВНИЙ МОДУЛЬ І

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА
НАРКОТИЗМУ ТА НЕЗАКОННОГО ОБІГУ
НАРКОТИКІВ В УКРАЇНІ

РОЗДІЛ І

СОЦІАЛЬНА СУТНІСТЬ ТА

СИСТЕМОУТВОРЮЮЧІ ЕЛЕМЕНТИ

НАРКОТИЗМУ ТА НАРКОМАНІЇ В УКРАЇНІ

- 1.1. Наркотизм та наркоманія як соціальні явища.
- 1.2. Основні ознаки і класифікація наркотизму і наркоманії.
 - 1.2.1. Ознаки наркотизму і наркоманії.
 - 1.2.2. Види наркотиків.
 - 1.2.3. Поняття, види та ознаки токсикоманії.
- 1.3. Наслідки поширення наркоманії та наркотизму в Україні.

1.1. Наркотизм та наркоманія як соціальні явища

Вживання наркотиків має глибокі соціальні корені та історичні витоки. Як відомо, наркотики супроводжуються людством протягом всієї його історії. Існує гіпотеза, що приблизно за 40 тис. років до нашої ери людина була знайома з наркотиком. Історія використання опію як наркотичного засобу починається з давніх цивілізацій: Міжріччя, Єгипту, Індії. Про снодійну дію опію згадується у шумерських таблицях, тобто 6 тис. років назад.

Знайдені у стародавніх могилах Перу і Еквадору статуетки свідчать про те, що близько 2300 років тому люди використовували листя коки, які мали подібну кофеїну стимулюючі властивості.

Більше двох тисяч років тому грецький історик Геродот, розповідаючи про Скіфію та її жителів – войовничих кочівників, відзначав, що частиною їх культових обрядів було спалювання стебел коноплі; дим викликав сп'яніння й екстаз⁵. Відомий лікар Авіценна акцентував про вживанні наркотиків як ліків на території Таджикистану й інших середньоазійських землях у середині III ст.

У XVI ст. єпископи католицької церкви виступили із заявою щодо вживання коки, яке прирівнювалось до ідолопоклонства, і домоглись прийняття заборонного королівського декрету. Але іспанці були прихильниками використання коки на золотих і срібних рудниках через їх стимулюючу дію.

Наркоманія не оминула і Київську Русь. Наркотики були відомі на києво-руських землях з дохристиянських часів. Вони виготовлялись з різних трав, ягід і грибів та використовувались виключно для лікарських потреб – за цим наглядали слуги культу (волхви і віщуни). Всього їм було відомо близько ста найменувань такого зілля.

Контроль над обігом наркотиків в Київській Русі здійснювався задовго до встановлення християнства ідеологічним органом родоплемінної князівської влади – язичницькими жерцями, відомими на Русі як волхви або віщуни. З прийняттям християнства контроль над вживанням наркотичного зілля взяла на себе церква. Згідно зі Статом князя Володимира Мономаха «Про десятини, суди і людей церкви» (XI – XII ст.), особи, які порушували правила приготування і вживання зілля, піддавались жорсткому покаранню аж до позбавлення волі. Пізніше функції контролю над обігом наркотичних засобів перейшли від православної церкви до воєводів, які підпорядковувались Розбійному і Земському наказам⁶.

Разом з тим, у різні періоди історії людства навпаки проповідувалася нешкідливість наркотиків. Художники, поети, філософи шукали у наркотиках не тільки відпочинку й забуття, але й натхнення, підйому творчих сил.

Однак у XIX ст. ситуація у сфері обігу наркотичних речовин різко змінилася. Зловживання ними, особливо опіофাগія та опіокуріння, почало набувати масового характеру. Поширення цього явища у багатьох країнах, зокрема, і у Російській імперії, стало можливим завдяки активній діяльності Ост-індської компанії, яка культивування опійного маку, вироблення з нього опію та торгівлю ним зробила своєю монополією⁷. Значний вплив на поширення наркоманії здійснила Перша світова війна. Саме у цей період сформувались соціальні витоки наркотизму.

⁵Геродот. Історія в дев'яти книгах. – Л.: Наука, 1972. – С.205. [Кн. 4, 74].

⁶Михайлов Б.М. Профілактика наркоманії і незаконного обігу наркотиків. М., 2003. С.7.

⁷Бюллетень по наркотическим средствам - ООН. Нью-Йорк, 1965. - Т. XVII, № 3. - С. 3-11; Большая медицинская энциклопедия. – М., 1961 – С. 945.

У другій половині ХХ ст. немедичне вживання наркотиків у країнах Західної Європи та Америки стрімко зростає та набуває характеру епідемії. Починаючи з середини 80-х рр. минулого століття, наркотизм охоплює територію колишнього СРСР. Модернізація колишнього радянського суспільства у контексті «перебудови» для поширення наркоманії спрацювала як спусковий механізм. Поштовхом (але не причиною) процесу, зокрема, стала безславно провалена антиалкогольна кампанія: саме на період її проведення припадає нова хвиля наркоманії. Після проголошення незалежності Україна зіткнулася з численними соціально-економічними труднощами та ростом злочинності, особливо на ґрунті наркоманії. Ця проблема та нелегальне розповсюдження наркотиків охоплює дедалі більш широкі кола нашого суспільства і становить значну загрозу розвитку українського соціуму та добробуту нації загалом.

Етимологічно слово «наркотизм» (від нім. *narkotikum* + *sucht* – «шукаю наркотик») означає асоціальне явище, яке виявляється у незаконному вживанні наркотичних речовин і вчиненні дій, пов'язаних з їх незаконним добуванням для задоволення особистої потреби в таких речовинах⁸.

Наркотизм – це негативне соціальне явище, яке є складовою незаконного обігу наркотиків. Е.Г. Гасанов визначає наркотизм як негативне соціальне явище, що включає соціальний, правовий, кримінологічний, економічний, біологічний і екологічний аспекти, що зачіпають відповідно соціальну, правову, кримінологію, економічну, біологічну і екологічну сфери⁹.

Поняття «наркотизм» вимагає чіткого відмежування від таких понять, як «наркоманія», «токсикоманія» тощо.

Наркоманія (від грецького *váркη* /*narkē*/ – заціплення, сон, и *μᾶνία* /*mania*/ — безумство, пристрасть, нестримний потяг) – хронічна прогресивна (повільно прогресуюча) хвороба, що виникає як наслідок систематичного, в наростаючій кількості вживання речовин, що відносяться до затвердженого на офіційному рівні списку наркотиків. Проявами наркоманії є психічна та фізична залежність від цих речовин, а також розвиток абстинентного синдрому.

Оскільки ці речовини різні за походженням та біологічними ефектами, на сьогодні до поняття «наркоманія» додавають відповідне означення відповідно до наркотичної речовини: «опійна наркоманія», «героїнова наркоманія» тощо.

Оскільки поняття «наркоманія», зважаючи на його соціальну значущість проблеми, викликає негативні асоціації, ВООЗ у 1964 р. запропонувала поняття «залежність від психоактивних речовин». В англomовній літературі більш розповсюджений термін «drug addiction», де під словом «drug» розуміють як наркотичні засоби, так і психотропні речовини, включаючи алкоголь та нікотин.

В 10 міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) ці хворобливі стани віднесені до категорії F – розлади психіки та поведінки під наступними шифрами:

F10-F19 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин

- F.10. Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю.
- F.11. Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів.

⁸ Термін «наркотизм» – загальний щодо окремого, зокрема, морфінізму, кокаїнізму, гашишизму тощо. Слово «морфізм» (нім. – пошук, шукаю наркотик.) вперше використав психіатр-нарколог Левінштейн у 1876 р. (див. Бабоян Д. Путевка в ад. – М., 1973. – С. 116). З поширенням немедичної наркотизації, пов'язаної з іншими видами наркотиків, використовувались в наркології й інші відповідні їм терміни.

⁹ Гасанов Е.Г. Наркотизм: тенденции и меры преодоления (на материалах Азербайджанской Республики). – М: Учебно-консультационный центр «ЮрИнфор», 1997. – 272 с.

- F.12. Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання канабіоїдів.
- F.13. Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання седативних чи снодійних засобів.
- F.14. Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання кокаїну.
- F.15. Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання інших. стимуляторів, включаючи кофеїн.
- F.16. Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання галюциногенів.
- F.17. Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання тютюну.
- F.18. Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання летючих розчинників.
- F.19. Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання складного лікарського засобу та інших психоактивних речовин.

При цьому 4 та 5 цифри описують конкретний прояв хвороби на кожен конкретний момент:

F1x.0 Гостра інтоксикація.

F1x.1 Вживання з шкідливими наслідками.

F1x.2 Синдром залежності.

F1x.3 Стан відміни.

F1x.4 Стан відміни з делірієм.

F1x.5 Психотичний розлад.

F1x.6 Амнестичний синдром.

F1x.7 Резидуальний психотичний розлад і психотичний розлад з пізнім (відставленим) дебютом.

F1x.8 Інші психічні та поведінкові розлади.

F1x.9 Неуточнені психічний і поведінковий розлад.

У чинному законодавстві закріплене визначення поняття «наркоманія» як психічного розладу, зумовленого залежністю від наркотичного засобу або психотропної речовини внаслідок зловживання цим засобом або цією речовиною¹⁰. Наркоманія належить до так званих прогресивних захворювань, тобто до таких, які поступово ускладнюються нашаруванням психічних та соматоневрологічних захворювань.

Разом з тим, наркоманія має і юридичний аспект – можливість застосування медико-правових норм до хворих нею у тих випадках, коли відповідні речовини або лікувальні засоби, якими зловживає хворий, віднесені законом до наркотиків. У даному разі правовий аспект має відношення лише до наркотиків: сприяє відмежуванню наркоманії від побутової токсикоманії.

Аналогічної думки дотримуються і зарубіжні дослідники, які наркоманію, як і країни вітчизняні фахівці, визначають як захворювання, що виникло в результаті немедичного вживання наркотичних засобів або психотропних речовин.

У свою чергу наркотизм – це відносно розповсюджене, статистично стійке соціальне явище, що виражається у споживанні деякою частиною населення наркотичних засобів і відповідних наслідках. Проблеми наркотизму перебувають на стику багатьох наук: медицини, права, культурології, девіантології¹¹.

Таким чином, з одного боку, поняття «наркотизм» значно ширше за термін «наркоманія», бо він разом з хворобливою пристрастю до наркотиків включає й інші проя-

¹⁰ Закон України Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори (із змінами та доповненнями) від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – №10. – Ст. 60.

¹¹ Девіантологія (від лат. via – дорога, deviatio – відхилення) – галузь соціології, що вивчає проблеми відхиленої поведінки (девіантності) і соціального контролю.

ви, такі, як девіантна поведінка (включаючи злочинне), залучення в споживання і т.і. Зрештою цією обставиною і визначається соціальна небезпека того й іншого явища. З іншого боку, наркотизм є складовою частиною незаконного обігу наркотиків та передує наркобізнесу.

Наркотизм як соціальне явище характеризується такими показниками, як: ступінь поширеності наркоспоживання, структура й способи вживання, соціальнo-демографічні ознаки споживачів наркотиків, форми соціального контролю й, нарешті, мода на той або інший наркотик.

Перші дослідження наркотизму у Російській імперії датовані кінцем XIX ст. У 1885 р. С. Моравіцький провів дослідження у Фергані, у якому детально розкрив способи вживання й види наркотиків, способи культивування, а також кількість насаджень і навіть ціни на наркотики¹².

Споживачів наркотиків С. Моравіцький поділив на дві категорії: людей, що вживають ті або інші наркотики звичку регулярно (звичка); людей, що вживають такі речовини випадково – «щоб веселіше бути на святах». С. Моравіцький описав випадки вживання наркотиків дітьми 7–13 років, а також факти жіночої наркоманії. Цікаві його висновки про те, що наркотики фактично заміняли місцевому населенню алкоголь, який був мало розповсюджений у цьому регіоні.

Наприкінці XIX ст. у Росії вийшло кілька книг, присвячених історії наркотиків. У праці Н.К. Реймера «Отрути цивілізації» містяться ґрунтовні відомості про структуру споживаних засобів, соціальний статус й спосіб життя споживачів наркотиків¹³. Надзвичайно цінними у соціологічному контексті у цій книзі є інтерв'ю з наркозалежними особами.

Після революції (жовтень 1917 р.) наркотизм став розглядатися як пережиток старого побуту, який повинен бути знищений у короткий термін. Разом з тим, у роки громадянської війни намітилася тенденція до зростання немедичної наркотизації населення на території колишньої Російської імперії (взнаки як наслідок розгрому аптек, складів медпрепаратів, внаслідок чого істотно поповнився ринок наркотиків). Ця ситуація не пройшла повз увагу відповідних фахівців. Як наслідок, у першій половині 20-х рр. з'явилися публікації, в яких у популярній формі йшлося про наркотичні речовини та шкідливі наслідки їх вживання¹⁴.

«За старих часів, – пише одна з дослідниць, – наркоманія була легальною долею провладних прошарків, інтелігенції, тепер же величезна більшість хворих – з малокультурного прошарку, підлітки й діти». На думку сучасників, на вулицях великих міст (Москви, Києва) можна було купити морфій, кокаїн, хлорал тощо. Одним із наймодніших і розповсюджених видів наркотиків у той час був кокаїн. На початку XX ст. кокаїнізм як соціальна проблема цікавила лише вузьке коло фахівців, але у середині 20-х рр. спостерігається поширення кокаїну (дуже схоже на різке збільшення споживання наркотиків наприкінці 80-х – початку 90-х рр. XX ст.). У цей час кокаїн (його називали «марафет») знаходив широкий збут на вулицях, у «кублах». Професор Кутанін М.П. відзначав, що доза підвищується швидко й досягає 2–3 гр.; особлива пристрасть до кокаїну у дітей, які його нюхають, ковтають, іноді вприскують, часто переходять до

¹²Моравіцький С. Про наркотичні і деякі інші отруйні речовини, що вживаються населенням Ферганської області. / Праці Каз. Імп. Унів. – Казань, 1885. – 27 с

¹³Реймер Н.К. Отрути цивілізації. – Спб.: С.І. Белявський. – 1899. – 21 с.

¹⁴Павленко Р.М. Попередження незаконного виробництва наркотичних засобів і психотропних речовин підрозділами Міністерства внутрішніх справ України : монографія // МВС України, НАВСУ. – К., 2005 – С. 15.

ного після морфії¹⁵.

Шоломович А.С. вважав, що жодна отрута не змінює так швидко особистості хворого у моральному плані, як кокаїн. Він говорить про підпільні «кубла», про злочинність серед кокаїністів. Більшість кокаїністів складали люди, молодші 20 років. Безпритульні діти, папіросники, торговці сірниками, газетами були основними розповсюджувачами й самі починали нюхати кокаїн з 10–12-літнього віку. Дорослі нерідко починали вживання кокаїн після алкоголю. За даними деяких дослідників, більш 10% неповнолітніх схвалювали наркотики¹⁶.

Шоломович А.С. проаналізував статистичні дані про роботу московських наркодиспансерів протягом 1924 – 1928 рр. За його даними, кількість пацієнтів диспансерів збільшилась за 4 роки майже у 8 разів. Автор книги підкреслив тісний зв'язок наркотизації населення із соціально-побутовими умовами, а також обґрунтував думку, що наркотизм, обумовлений соціально-біологічними причинами, охоплює величезні верстви населення (50–60%), і запропонував виділити наркологію в особливу галузь науки й практики. Він розмежував «наркотистів» – осіб, що пристрастилися до наркотиків в результаті соціальних умов, і «наркозалежних» – осіб з патологічною конституцією¹⁷.

У праці В. Бахтиярова аналізуються дані спостереження за 29 наркозалежними, яке проводилося протягом трьох років у Свердловській міській лікарні. Як з'ясовується, наша держава, яка перебувала у складі Радянського Союзу, на той час уже мала досвід гуманної політики щодо наркозалежних, вона брала на себе турботу про їх життя й лікування, наприклад: до 1929 р. наркозалежні Свердловська могли без особливих перешкод одержувати наркотики у будь-якій аптеці. У 1929 р. розпорядженням «Горздравотдела» наркозалежні були прикріплені до певної аптеки, де наркотики відпускалися за рецептами наркопункту¹⁸.

Р. Голант аналізує соціальний склад наркозалежних, їх вік і причини споживання наркотиків. Ним описано 189 випадків морфінізму, з яких значний відсоток припадає на медичний персонал. Серед медиків наркотизм був більш розповсюджений, чим серед представників інших професій. Серед кількості причин на перше місце Р. Голант висуває умови роботи лікаря (38%) і передозування при призначенні ліків (31%)¹⁹.

До кінця 20-х рр. внаслідок приватизації аптечної справи і посилення державного контролю за медичним обігом наркотичних засобів масштаби немедичної наркотизації зменшилися. У зв'язку з цим владні структури СРСР дійшли передчасного висновку, що наркоманію назавжди знищено. Сформувалася оцінка наркоманії як хвороби, але хвороби незвичайної, пов'язаної з умовами життя, тому що наркоманія була широко поширена серед декласованих елементів суспільства. Згодом набрала популярності ідеологічна теза про те, ніби в соціалістичному суспільстві взагалі відсутні причини й умови наявності наркоманії.

Після Другої світової війни масштаби немедичної наркотизації знову почали зростати, але дослідженню цього явища заважала політична упередженість влади. Хрущовська «відлига» дала змогу відповідним фахівцям уголос заговорити про наявність немедичної наркотизації в радянському суспільстві. Одночасно з'явилися перші публікації про західну культуру й про наркотики як одну з ознак розкладання західного

¹⁵Кутанін М.П. Вопросы теории и практики морфинизма / Сб. трудов психиатр. клиники МГУ. – М., 1929 – С. 52.

¹⁶Шоломович А.С. Теория и практика борьбы с наркотизмом // Московский медицинский журнал. – 1933. – № 5 – С.123-128.

¹⁷Там само.

¹⁸Бахтияров В.А. К вопросу о наркомании // Сб. тр. НИИ облздравотдела. – Свердловск, 1936. – С. 199-204.

¹⁹Голант Р.Я. Проблема морфинизма / Труды ГИМЗ. – Л., 1929. – С. 67-68.

суспільства. Але політичні міркування знову домінували, бо згадане явище тлумачилося як нетипове, чуже сутності соціалізму²⁰.

Дослідження медичного й юридичного спрямування цих проблем знову стали з'являтися лише наприкінці 50-х – початку 60-х рр. XX ст. І тільки наприкінці 60-х рр. проблема наркотизму зайняла чільне місце у дослідницькій діяльності соціологів і кримінологів.

Важливим подальшим кроком у дослідженні проблеми стало видання праць, зокрема, монографій, у 1960-х рр., в яких безпосередньо йшлося про боротьбу з незаконним обігом наркотиків. Крім кримінально-правового висвітлення проблеми, в них розглядалися й оперативні-розшукові заходи щодо розкриття крадіжок, незаконного виготовлення, поширення й вживання наркотиків. Авторами цих праць були Р.С. Дугашев, І.С. Євстігнєєв, А.Г. Лук'яненко, Л.П. Ніколаєва, М.Л. Хоменкер та ін.²¹

При цьому виявилися різні тенденції в оцінці досліджуваного явища. Основа визначалася твердим ідеологічним контролем з боку партійного керівництва. Заперечувалася сама можливість існування наркоманії у соціалістичному суспільстві, наркотизм трактувався як «одиночні випадки експериментування з наркотиками» (дослідження Є.А. Бабаяна, М.Х. Гонопольського), а споживачі наркотиків розглядалися насамперед як злочинці. Такий підхід й обумовлював репресивний підхід при їх лікуванні. Далі з розвитком демократичних процесів у соціумі став почав домінувати науковий підхід до наркотизму. Одночасно змінюється й ставлення до наркозалежних – їх починають вважати насамперед хворими людьми.

У 1960–70-х рр. західна культура стала усе більше впливати на молодь, заявляють про себе шанувальники рок-н-ролу, «стиляги», бітломани, хіпі, представники інших маргінальних груп. Світ, братерство, загальна любов, діти-квіти, міркування про різні філософські теорії, релігії поряд з палінням анаші й використанням галлюцигенів, що допомагають медитувати²², піти від недосконалого світу – це був світ хіпі. Уже до кінця 1970-х рр. склалася «система», яка стала основою неформальних рухів наступного десятиліття. Наркотики поступово стають важливою частиною неформальних рухів, зокрема, у житті рок-музикантів.

У цей час з'явилися дисертаційні праці, присвячені аналізу кримінально-правової боротьби з незаконним обігом наркотичних речовин. Йдеться про кандидатські дисертації К.О. Карповича, О.В. Колесник, Е.Х. Чекушева²³. Адміністративно-правове регулювання примусового лікування хворих, зокрема, й наркозалежних, висвітлено у праці В.І. Тимофєєва²⁴. Питання примусового лікування наркоманії й аналіз кримінального законодавства розглядалися і в колективній монографії, виданій у 1980 р.²⁵

²⁰Павленко Р. М. Попередження незаконного виробництва наркотичних засобів і психотропних речовин підрозділами Міністерства внутрішніх справ України : монографія / Павленко Р. М. // МВС України, НАВСУ. – К., 2005 – С. 15-16

²¹Лукьяненко А.Г., Дугашев Р.С. Предотвращение и раскрытие незаконного приобретения, изготовления и распространения наркотических веществ. – Алма-Ата, 1964; Евстигнеев И.С.,

²²Медитация [від лат. meditatio – зосереджене міркування] – розумова дія, мета якої – приведення психіки людини у стан поглибленості й зосередженості.

²³Карпович К.А. Уголовно-правовые меры борьбы с распространением наркомании: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Ростов-на-Дону, 1972; Колесник О.В. Уголовно-правовые меры борьбы с наркоманией в СССР: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 1978; Чекушев Э.Х. Ответственность за преступления, связанные с незаконным изготовлением, приобретением, хранением и сбытом наркотических веществ: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Баку, 1969.

²⁴Тимофеев В.И. Административно-правовые вопросы принудительного лечения в СССР: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 1976.

²⁵Матышевский П.С., Дидковская С.П., Туркевич И.К. и др. Правовые меры борьбы против пьянства, алкоголизма и наркомании. – К., 1980. – 156 с.

Поширення наркоманії й лікування її суб'єктів дало поштовх подальшому розвитку наркології – науки про наркотичні речовини, застосування їх у медичній практиці, їх вплив на організм та лікування від наркотичної залежності. Цим активно займалися В.В. Бориневич, І.М. Пятницька, Н.І. Молчанов, В.А. Сорокін, А.І. Майський, Н.Н. Ведьорнікова, В.В. Чистяков, В.В. Лакін та ін.²⁶

У 1980-і рр. з початком перебудови більше реалізуються соціальні програми, спрямовані на забезпечення здорового способу життя радянської людини. Серйозна увага приділяється й проблемі запобігання зловживання наркотичними засобами. У газеті «Правда» від 6 січня 1987 р. повідомлялося, що на облік узято 46 тис. осіб з медичним діагнозом «наркоманія». Особа наркозалежного прирівнювалась до особи злочинця, отже, і ставлення до нього було відповідним. Антиалкогольна, а потім і антинаркотична кампанії, що базувалися на твердій адміністративній спрямованості всіх заходів, призвели до виникнення проблем взаємодії наркологічної служби, адміністративних і правоохоронних структур. Це серйозно ускладнило виявлення осіб, що перебувають на ранньому етапі наркотизації. В результаті споживачі наркотиків потрапляли у поле зору лікарів і правоохоронних органів переважно на пізніх стадіях захворювання – найчастіше деградовані й соціально дезадаптовані особистості. Соціологічні й кримінологічні дослідження найчастіше проводились у наркологічних диспансерах і у місцях позбавлення волі. Це теж визначило однобічне висвітлення ситуації й багато у чому спровокувало негативне ставлення суспільства до споживачів наркотиків. Медична допомога наркозалежним практично була відсутня з багатьох причин: заборона на використання багатьох засобів боротьби з абстинентним синдромом²⁷, відсутність реабілітації, постановка на облік тощо. Результати багатьох лабораторних експериментів залишалися на папері.

Поступово наркотики стають частиною молодіжної субкультури, що характеризується спільністю стилем життя, поведінки, групових стереотипів. Основною групою ризику не без підстав вважалися «неформали», зокрема, панки. На Заході панк-революція відбулася в 1970-х рр., у СРСР – на початку 1980-х рр. Гасла панків – «немає майбутнього для мене», «живи легко, умри молодим». Сильно діючі препарати «допомогли» багатьом з них реалізувати ці гасла – вони вмерли молодими.

Але наркотики стали й частиною рок-культури, їх вживали знані музиканти, письменники, художники (наприклад, В. Висоцький). У неформальному середовищі з'явилися й швидко набули популярності «кислотні дискотеки». У 1980-х рр. модним і престижним стає ЛСД, що який нібито він стимулює творчий процес. Широкої популярності здобувають книги Карлоса Кастанеда, росте інтерес до філософських і духовних течій, що пропагують шляхи для досягнення змінення свідомості.

Серйозною проблемою стає дитяча токсикоманія. З'являються публікації про вихованців дитячих будинків як основної групи ризику.

Перше масштабне соціологічне дослідження наркотизму на території СРСР було проведено в 1967–1972 рр. у Грузії. А.О. Габіані вивчив соціально-демографічні й соціально-рольові ознаки споживачів наркотиків, структуру наркотичних засобів, що споживаються, вік втягнення у наркоманію і мотивацію. Опублікована через п'ять років монографія містила історико-теоретичний розділ, методологічну частину, результати емпіричного дослідження, схему діяльності злочинних груп, що займалися

²⁶Бориневич В.В. Наркомании. – М., 1963. – 275 с.; Пятницькая И.Н. Клиническая наркология. – Л., 1975. – 333 с.; Молчанов Н.И., Сорокин В.А. Алкоголизм и другие наркомании. – Л., 1970. – 32 с.; Майский А.И., Ведерникова Н.И., Чистяков В.В., Лакин В.В. Биологические аспекты наркомании. – М., 1982. – 256 с.

²⁷Абстинентний синдром – хворобливий стан, що виникає у наркомана при утриманні від вживання наркотиків.

наркобізнесом, а також програму медичних, правових і організаційних заходів щодо боротьби з наркотизмом²⁸.

Нове дослідження, респондентами якого стали представники тих же соціальних груп, А.О. Габіані провів у Грузії у середині 1980-х рр.²⁹ У 1988–1989 рр. він здійснює широке соціологічне дослідження наркотизму на території Латвії, України, Приморського й Ставропольського країв, Горьківської, Новосибірської областей, а також Москви й Ташкенту. У ході досліджень було опитано 2998 наркозалежних і осіб, які допускають періодичне споживання наркотиків, 2000 експертів і близько 6000 учнів загальноосвітніх шкіл і ПТУ. Автор стверджує, зокрема, наступне: «Найнадійніший засіб боротьби з наркоманією – недопущення первинного втягування молодих людей до наркотиків»³⁰. Якщо врахувати думку експертів, що до систематичного споживання наркотиків і токсичних речовин долучається кожний десятий парубок, то можна уявити, які масштаби набув наркотизм на території СРСР. Дані А.О. Габіані свідчили: у місцях позбавлення волі потрапляли переважно не розповсюджувачі наркотичних засобів, а їх споживачі. Праці А.О. Габіані помітний здійснили вагомий внесок у становлення соціології девіантності у СРСР.

У 1980-і рр.. увагу дослідників привертає й така раніше абсолютно закрита тема, як поширення наркотиків в армії. Дослідження 1987 р., проведене Держінспекцією вузів СРСР, МВС СРСР, ЦК комсомолу України у Москві, Києві й Краснодарському краї, свідчить про актуальність проблеми, адже 6% опитаних визнали, що вони вживали наркотики в армії³¹. Про це пише у своїй книзі мати колишньої наркозалежної особи³².

У другій половині 1980-х – першій половині 1990-х рр. істотно поглиблюється кримінологічне вивчення проблеми наркотизму. Одним із перших прикладів таких праць є докторська дисертація Т. А. Боголюбової, присвячена стратегії боротьби з наркотизмом³³. Питанням профілактики злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків, присвячена й кандидатська дисертація П.Н. Сбірунова³⁴. Характеристика кримінологічних і кримінально-правових проблем боротьби з наркоманією і наркотизмом розкривається в працях К.Ш. Курманова³⁵.

У 1980–1990 рр. центром соціологічних досліджень наркотизму стає сектор соціальних проблем алкоголізму й наркоманії Інституту соціологічних досліджень Академії наук СРСР (ІСД АН СРСР) і його філія у Києві. Дослідження проводилися також медиками (Інститут неврології, психіатрії й наркології АМН України) і психологами. З розвитком вітчизняної соціології девіантності наркотизм починає розглядатися як різновид відхиленої поведінки. Саме у цій якості він представлений у перших вітчизняних виданнях з соціології девіантної поведінки.

Найвизначніші соціологи (наприклад, Р. Мертон) пояснюють наркотизм як форму ухилення від життєвих негараздів і конфліктів, як результат соціальної непорядкова-

²⁸ Габіані А.О. На краю прірви. – М.: Думка, 1990. – 220 с.

²⁹ Габіані А.О. Наркотизм: Учора й сьогодні / РЦІОМ – Тбілісі, 1988. – 256 с.

³⁰ Габіані А.О. Хто такі наркомани // Соціологічні дослідження. – 1992. – №2. – С.83.

³¹ Личко А. Е. Підліткова наркологія / Личко А. Е., Бітенський В. С. – Л.: Медицина, 1991. – 301 с.

³² Майтова В. М. Сповідь матері колишнього наркомана / Майтова В. М., Майтова О.В. – М.: Сов.спорт., 2000. – С. 9.

³³ Боголюбова Т. А. Наркотизм: основы частной криминологической теории / Автореф. дис. ... докт. юрид. наук. – М., 1991.

³⁴ Сбірунов П. Н. Криминологические вопросы предупреждения преступлений, связанных с наркотическими веществами / Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 1985.

³⁵ Курманов К. Ш. Наркомания: уголовно-правовые и криминологические проблемы. – Фрунзе, 1989. – 231 с.; Його ж. Уголовно-правовые проблемы борьбы с наркотизмом / Автореф. дис. ... докт. юрид. наук. – Алма-Ата, 1991.

ності, неблагополуччя, відчуження у бездушному суспільстві, відсутності сенсу життя. До аналогічних висновків приходять автори збірника «Наркоманія як форма девіантної поведінки»: наркоманія на сучасному етапі – одне із проявів складностей відносин суспільства й людини³⁶.

На думку відомого психіатра А. Личко, у розвитку підліткового наркотизму головна роль належить груповій активності. До 90% підлітків уперше долучаються до вживання наркотиків у компаніях однолітків, прагнучи «не відстати від своїх». Достатньо значну роль відіграють і соціально-психологічні фактори. Зокрема, всупереч широко розповсюдженому погляду на неробство як основну причину поширення наркотизму, самі підлітків досить нечасто називають причиною нудьгу. До важливих мотивів належить пошук незвичайних відчуттів і переживань. Так, дослідження великої групи токсикоманів віком від 9 до 21 року показало, що основними психічними ефектами, до яких прагнули обстежені, були зміни стану свідомості.

У Києві під загальною назвою «Діти вулиці» проводилося соціологічне дослідження підлітків – учасників усіляких тусовок³⁷. Місце дослідження – підвали, під'їзди, горища житлових будинків, двори, пляжі, каналізаційні люки тощо. Вік респондентів – від 13 до 16 років. Аналіз отриманих даних дозволив виділити чотири типи підлітків з негативною спрямованістю, схильних до девіантної поведінки:

1) яскраво виражена негативна спрямованість особистості; думка референтної групи не має значення;

2) менш виражена негативна спрямованість; думка референтної групи має значення;

3) нестійка спрямованість; мають значення багато позитивних прагнень та інтереси;

4) проміжний тип з великою сугестивністю (рус.: внушаемость); відсутність виражених інтересів і прагнень.

Розпад Радянського Союзу, криза 1990-х рр., швидкі соціальні зміни, ослаблення регуляції соціальної поведінки (тобто наростання аномії³⁸) – усе це сприяло поширенню всіх форм девіантної поведінки, у т.ч. пов'язаної з незаконним обігом наркотиків. Падіння «залізної завіси» прискорило проникнення в Україну наркотиків, популярних на Заході: кокаїну, героїну, галюциногенів. Проявляється взаємозв'язок між соціальним статусом і видом наркотику. Мода на наркотики наклала відбиток не тільки на зовнішній вигляд, але також на манери й мову значної частини молодих людей. До кінця десятиліття епізодичне вживання наркотиків стало звичайним для молодих людей.

Подальше вирішення проблем немедичної наркотизації зазнало певних змін. У суверенній Україні невдовзі було розроблено і прийнято власне антинаркотичне законодавство.

³⁶Позднякова М.Е. Наркомания: ситуация, тенденции и проблемы / ИСИ РАН. – М., 1999. – 88 с.

³⁷<http://ucdc.gov.ua/uk/> [Електронний ресурс]. – Загл. с екрана. – Язык русс.

³⁸Аномія (від гречок. Nomos – закон) – стан суспільства, що характеризується тим, що багатьма членами цього суспільства втрачена значимість соціальних норм і приписів.

1.2. Основні ознаки і класифікація наркотизму і наркоманії

1.2.1. Ознаки наркотизму і наркоманії

Будучи явищем комплексним, що включає у себе соціальний, медичний, психологічний аспекти, наркотизм є проблемою, якою займаються різні інституції сфери охорони здоров'я, освіти, правоохоронних органів, установи соціального захисту, служби зайнятості населення, родина. Однак усі ці соціальні інституції діють не узгоджено, немає єдиної програми профілактики наркотизму в Україні. Як не парадоксально, але сьогодні населення, насамперед молодь, надзвичайно слабо інформоване про наркотизм й ті загрози, які він представляє для країни загалом і для кожної людини зокрема. Однак звичайного інформування населення не достатньо. Необхідно всебічно осмислити, зрозуміти й вивчити наркотизм з наукових позицій.

Ключовою проблемою є чітка дефініція поняття наркотизму та обґрунтоване визначення його меж, що зумовлене його багатоаспектним проявом у сукупі.

Соціологи, юристи та медики цілком справедливо виділяють три основних аспекти наркотизму: соціальний, правовий та медичний. Ці аспекти взаємопов'язані, взаємозалежні та певною мірою розкривають різнобічність проблеми наркотизму. Крім названих основних, необхідно виділити також економічний, демографічний, культурологічний, психологічний, кримінологічний аспекти цього негативного соціального явища.

Соціальний аспект. Ставлення суспільства до наркотизму сьогодні у переважній більшості випадків характеризується як негативне і відштовхуюче. Це призводить, зокрема, до різкої реакції відторгнення й вигнання наркозалежної особи. Гіперконтроль або емоційне відторгнення у родині призводять до того, що наркозалежна особа опиняється на самому дні суспільства, загнаний туди своїми ж батьками, міліцією, медиками, роботодавцями, соціальними службами. Єдине середовище, у якому він може якось функціонувати та його зможуть зрозуміти, – це споживачі наркотиків. Формується особлива так звана «наркотична» субкультура зі своїм специфічним способом життя, системою цінностей, мовою, атрибутами, установками, поняттями, міфами. Ця субкультура пом'якшує сприйняття того, на що люди поза її межами дивляться як на психічне відхилення або навіть кримінальну поведінку. «Наркотична» субкультура – це антисистема і явище вкрай негативне, які сприяють втягуванню до споживання наркотиків і наркоманії. У наркозалежних осіб слабшає пам'ять, знижуються розумові здібності аж до слабоумства, вони відчужуються від спілкування, особливо із близькими.

До **специфічних соціальних проблем** експертами ВООЗ віднесено: колосальні матеріальні втрати і їх наслідки у вигляді різної за характером шкоди як безпосередньому оточенню споживачів наркотиків (батькам, навчальному колективу тощо), так і суспільству в цілому; погіршення взаємин з офіційними (формальними) установами та організаціями, навчальними або трудовими колективами тощо; схильність споживачів наркотиків до злочинної діяльності, пов'язаної з добуванням наркотиків або коштів для їх придбання, а також з вчиненням насильницьких і корисливо-насильницьких злочинів під впливом наркотичних засобів; додатковий попит на соціальну допомогу та медичне обслуговування осіб, які допускають немедичне споживання наркотиків, та пов'язані з цим витрати як наркозалежних осіб, так і суспільства в цілому; небезпека споживачів наркотиків, що виступають одночасно в якості потенційних розповсюджувачів наркоманії у безпосередньому оточенні³⁹.

³⁹Доповідь VI спеціальної сесії Комісії з наркотиків Економічної та соціальної Ради ООН. – Нью-Йорк, 1980. – С. 20-23.

Правовий аспект наркотизму представляє врегульовану, відображену і закріплену правом частина соціального аспекту. Центральною сферою прояву правового аспекту наркотизму є правопорушення, пов'язані з незаконним культивуванням наркотиковмісних рослин, виготовленням, придбанням, зберіганням, перевезенням, пересиланням, збутом, розкраданням, споживанням без призначення лікаря наркотичних засобів, порушенням правил поводження з наркотиками, створенням умов для споживання останніх, схиляння до їх споживання інших осіб, а також правопорушення, вчинені з метою придбання наркотиків або вчинення злочинів у стані наркотичного сп'яніння. До правового аспекту наркотизму відносяться також законодавчо врегульовані правовідносини, що виникають у зв'язку з немедичним споживанням громадянами наркотиків.

Медичний аспект. У результаті вживання наркотиків розвиваються три головні клінічні феномени. По-перше, психічна залежність, яка проявляється у зміні домінантної поведінки: наркотик стає найважливішою умовою контакту людини з життям. По-друге, фізична залежність: наркотик поступово проникає у різні ланцюги обмінних процесів в організмі, а у подальшому його відсутність викликає абстинентний синдром. По-третє, звикання до того або іншого наркотика і збільшення дози. Вживання наркотиків викликає також неврологічні і соматичні ускладнення. Наприклад, у випадку вживання кокаїну найчастішими проявами токсичності препарату є неврологічні ускладнення: головні болі, судоми, церебральні крововиливи, мозкові інсульти, церебральна атрофія і ураження судин.

Серед розповсюджених хвороб у споживачів наркотиків є інфекції, що розвиваються внаслідок порушення правил асептики при введенні наркотиків, а також на фоні зміненого імунітету. Одночасно із зростанням числа осіб, які зловживають наркотиками, приблизно у такій же прогресії зростає й кількість ВІЛ-інфікованих. За даними Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України в Україні станом на 1 січня 2013 року у нашій державі перебувало на диспансерному обліку 129,1 тисяч ВІЛ-інфікованих осіб та 24 тисяч осіб з діагнозом СНІД. Близько 65%, або 38,5 тис. інфікованих, це ін'єкційні споживачі наркотиків. Переважна більшість ВІЛ-інфікованих – це особи віком від 20 до 39 років.

Крім загрози розповсюдження ВІЛ-інфекції, немедичне ін'єкційне вживання наркотиків призводить до захворювання іншими небезпечними хворобами. Проведене опитування наркозалежних осіб в рамках дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків», що здійснювалось у 2010 році, засвідчило, що на гепатит С хворіло протягом останніх 12 місяців – 8,1% таких осіб, на туберкульоз – 5,8%, гепатит В – 5,5%, гонорею – 4%, генітальний герпес – 2,3%, сифіліс – 1,5%⁴⁰.

Економічний аспект. Незаконний обіг наркотиків зумовлює колосальний за своїми масштабами тіньовий обіг коштів, чим заподіюється значна шкода економіці держави. Ця шкода складається з ряду компонентів, основними з яких є: скорочення кількості вироблених матеріальних благ внаслідок зниження продуктивності праці споживачів наркотичних засобів; витрати держави на утримання та функціонування правоохоронних органів, які здійснюють боротьбу зі злочинами, пов'язаними з незаконним обігом наркотиків; витрати з державного бюджету на реалізацію різноманітних заходів з лікування та реабілітації наркозалежних осіб тощо⁴¹.

⁴⁰ Аналітичний звіт за результатами зв'язаного / Наталія Погоріла; Юрій Таран, Іван Колодій; Тетяна Дієва. – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2010. – 124 с.

⁴¹ Наркотизм: тенденции и меры преодоления [на материалах Азербайджанской Республики]. – М: Учебно-консультационный центр «ЮриИнфор», 1997– С. 19

Розвиток наркотичної залежності спричиняє руйнування трудової мотивації й трудової поведінки у цілому. Поширення наркотиків серед молоді призводить до загального зниження інтелектуального потенціалу країни.

Демографічний аспект. У сферу систематичного вживання наркотиків утягуються переважно хлопчики і юнаки. Результати дослідження, проведеного в рамках загальноєвропейського дослідницького проекту «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин» (ESPAD) у 2011 р. Українським інститутом соціальних досліджень імені Олександра Яременка, свідчать про те, що досвід вживання заборонених наркотиків мають 33,6% – хлопців і 18,8% – дівчат. Про першу спробу вживання марихуани або гашишу до 13 років засвідчили 3,4% хлопців та 1,0% дівчат. Формування наркотичної залежності призводить до руйнування статево-рольової поведінки й згасанню сексуальних інстинктів. Особливістю уразливості жінок від наркотизму є те, що їх у переважній більшості до вживання наркотиків спонукають чоловіки – статеві партнери, також саме чоловіки роблять зазвичай їм першу ін'єкцію. Часто жінки вживають наркотичні засоби ін'єкційно спільно із чоловіком, з одного шприца та голки, що значно підвищує ризик інфікування небезпечними інфекційними хворобами (ВІЛ, різні форми гепатитів тощо). Також чоловіки СІН, які є статевими партнерами жінок, які не вживають наркотики, мають підвищений ризик їх зараження небезпечними інфекційними хворобами статевим шляхом тощо. Багато жінок продовжують вживати навіть під час вагітності та після пологів. Смерть від передозування й нещасних випадків, пов'язаних з наркоманією, викликає різку диспропорцію у співвідношенні чоловічої і жіночої статі.

Про розповсюдження наркотиків серед жінок яскраво засвідчують дані МВС України. Так, у першому півріччі 2013 р. на обліках ОВС перебувало майже 14,5 тис. жінок, які допускають немедичне вживання наркотиків, а співвідношення наркозалежних осіб чоловічої й жіночої статі становить приблизно 6:1. За оцінками МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», у 2012 р. в Україні нараховувалось від 72,3 до 100,6 тис. наркозалежних жінок репродуктивного віку, що складало 26% від загальної кількості СІН в Україні.

Культурологічний аспект. У результаті систематичного вживання наркотиків відбувається стрімка деградація особистості, руйнування моральних основ її поведінки. Традиційна мораль, навіть підкріплена авторитетом релігії, не здатна сьогодні зупинити хвилю наркотизму. Українська родина не може захистити дитину від наркотизму: сімейна культура у значній мірі зруйнована. «Наркотична» субкультура з'являється сьогодні як контркультура з набагато більшим потенціалом, ніж потенціал традиційної культури, яку намагаються їй протиставити. Як контркультура, наркотизм експлуатує глибинні підстави культури, псуючи їх позитивний зміст. Наприклад, християнський імператив «не здобувай багатств на землі» у свідомості наркозалежної особи перетворюється у гасло «зневажай життя».

Психологічний аспект. Ставлення суспільства до наркотизму сьогодні переважно характеризується як негативне. Це призводить, зокрема, до різкої реакції відторгнення і вигнання наркозалежних осіб. Гіперконтроль або емоційне відкидання в родині призводять до того, що наркозалежна особа виявляється на самому дні суспільства, загнана туди своїми ж батьками, міліцією, роботодавцями, соціальними службами. Єдине середовище, у якому він може якось функціонувати, – це споживачі наркотиків. Формується особлива наркоманська субкультура зі своїм специфічним способом життя, системою цінностей, мовою, атрибутами, установками, поняттями, міфами. Ця субкульту-

тура зм'якшує сприйняття того, на що люди за її межами дивляться як на психічне відхилення або навіть кримінальну поведінку. Наркоманська субкультура – це антисистема і явище вкрай негативне, так як вона сприяє втягненню до наркотиків і закріпленню їх вживання.

Кримінологічний аспект. Немедичне вживання наркотиків є однією з причин погіршення криміногенної ситуації у країні та утворення хибної послідовності «наркотики – злочин – наркотики». В стані абстиненції (у стані наркотичного голоду) через послаблення самоконтролю та першочергової потреби у наркотику, яка пригнічує інші потреби, соціальні та правові норми, у наркозалежних осіб підвищується ризик вчинення правопорушень, тільки не лише корисливо-майнових злочинів, але навіть і вбивства. Щороку наркозалежними особами та особами, які допускають періодичне вживання наркотиків, вчиняється значна кількість злочинів з метою отримання коштів для подальшого придбання наркотиків. За статистичними даними МВС України, лише протягом 2002 – 2012 рр. такими особами вчинено 137,1 тис. злочинів загальнокримінальної спрямованості, з яких: 362 умисних вбивств (із замахом на вбивство); 268 умисних тяжких тілесних ушкоджень; 935 розбоїв; 3289 грабежів; 75 зґвалтувань; 6865 крадіжок державного та 23137 крадіжок приватного майна; 262 незаконних заволодінь транспортними засобами; 347 хуліганств тощо.

Наркоманії властиві характерні ознаки та особливості на різних стадіях розвитку хвороби:

I. Етап зловживання без розвитку залежності. Стани наркотичного сп'яніння (інтоксикації) чергуються зі станами тверезості. На перших етапах вживання є епізодичними, з різними за тривалістю проміжками «життя без кайфу». Клінічні ознаки наркоманії не проявляються, відсутні соматичні хворобливі прояви. Основні стадії розвитку захворювання на цьому етапі: ейфорія як суб'єктивне відчуття насолоди при одноразовому прийомі різних видів психоактивних речовин; формування переваги певної речовини перед іншими («саме мій кайф»); встановлення регулярності прийому; нівелювання початкового ефекту наркотику (втрата первинного відчуття ейфорії).

II. Етап продрому хвороби (від грецького *prodromes* – предтеча – медична ознака – провісник хвороби). Зростання толерантності, потреби у збільшенні добової дози наркотика; неодноразовий протягом доби прийом психоактивної речовини, формування десинхронізу (порушення добових ритмів активності): постійно підвищена життєва активність, короткий неспокійний сон.

III. Перша стадія хвороби. Регулярний прийом наркотика. Підвищення толерантності, зниження захисних рефлексів та токсичних ефектів (зникнення нудоти, блювотного рефлексу), зміна форми чи шляху вживання. Формування нав'язливого потягу до інтоксикації, здатності відчувати комфорт лише у стані сп'яніння.

IV. Друга стадія хвороби. На другій стадії хвороби у хворого проявляються повною мірою три основні синдроми:

а) синдром зміненої реактивності: зміна форми вживання (щоденна інтоксикація стає нормою, а періоди тверезості викликають погіршення стану), зміна форми сп'яніння (для здорової людини опіати – седативні та снодійні засоби, для опійного залежного – джерело енергії, бадьорості та ейфорії), зміна толерантності, що полягає не тільки в постійному збільшенні дози для досягнення бажаного стану, а й у зміні біологічних та поведінкових реакцій на ту саму дозу;

б) синдром психічної залежності: психологічна залежність характеризується «нефізичними» симптомами, які з'являються після припинення вживання наркотичної речо-

вини. До них належать: нестримний потяг до наркотиків, ажитація, тривога та депресія. Вона полягає у зміні поведінки, основним мотивом якої є здобуття наркотика, комфортне відчуття лише за наявності наркотичного засобу та нестримне бажання до його вживання. Психологічна залежність розповсюджується на всі групи наркотиків, навіть на ті, які не мають виражених фізичних симптомів відміни, як наприклад, кокаїн. Тим не менш, в основі і фізичної, і психологічної залежності лежать фізіологічні механізми⁴²;

в) синдром фізичної залежності: фізична залежність полягає у неможливості переносити зміни у фізіологічному статусі, пов'язані з припиненням надходження до організму психоактивної речовини (абстинентні стани), та проявляється наступними ознаками:

- компульсивний потяг до ПАР – нездоланне бажання вживання речовини, що сягає інтенсивності таких життєвих прагнень, як голод та спрага. Цей потяг змінює поведінку, мотивації хворого. Компульсивний потяг на відміну від психічної залежності супроводжується різними вегетативними розладами: пітливість, температурні реакції, нудота, сухість в роті, тремтіння кінцівок. Задовольнити цей потяг може лише вживання наркотика;

- абстиненція – сукупність соматичних (м'язові та суглобові болі, задишка, болі в ділянці серця, головні болі), вегетативних (нудота, блювота, проноси) та психічних проявів, що виникають після припинення надходження ПАР в організм. Психічні прояви представляють собою інвертовані прояви сп'яніння: замість ейфорії – депресія, замість розслаблення – тривожність та напруженість, замість сонливості – безсоння.

У. Третя стадія хвороби. Представлена розгорнутою повною мірою клінічною картиною, яка визначається сукупністю попередніх синдромів (зміни реактивності, фізичної та психічної залежності) та полягає в тому, що ПАР вживається лише для забезпечення життєдіяльності за відсутності первинного відчуття задоволення. Існування хворого на цій стадії, виконання ним звичних, щоденних особистих та соціальних функцій можливе лише в стані інтоксикації. На цій стадії проявляється психотоксична дія ПАР (розвиток різного роду психотичних розладів – психозів, депресивних станів, марень та галюцинацій, не пов'язаних безпосередньо з вживанням ПАР) та соматотоксична дія ПАР (ураження органів та систем організму – токсичні кардіоміопатії, токсичні гепатити, нирково-печінкова недостатність, токсична енцефалопатія).

Таким чином стан наркоманії характеризується трьома властивостями: 1) непереборне бажання або потреба продовжувати вживати наркотики і діставати їх будь-якими способами; 2) прагнення збільшувати дози; 3) залежність психічного, а іноді і фізичного характеру від дій наркотика.

Так званий **синдром наркоманії виникає лише в результаті прийняття наркотичного засобу, незалежно від того, чи відбувається це випадково або після систематичного вживання. Етапи цього процесу, що протікає повільніше або швидше, в основному наступні:**

1) Початкова ейфорія, часто дуже короткочасна. Вона характерна для певних наркотичних речовин (особливо морфію і опіуму), а не для усіх засобів. У такому стані підвищеної дратівливості, химерних і часто еротичних видінь людина втрачає контроль над собою.

2) Толерантність носить тимчасовий характер. Це явище пояснюється реакцією організму на дію однієї і тієї ж дози речовини, що приймається неодноразово. Поступово організм реагує слабше.

⁴²Наркологія: навч. посіб. / Западнюк Б. В., Стрільців О. М., Галан Н. В.; за ред. О. М. Джузи. – К.: КНТ, 2012. – 328 с.

3) Залежність. Більшість дослідників дійшли висновку, що залежність – явище як фізичне, так і психічне. Виражається воно класичними симптомами абстиненції або «видалення», які наркозалежна особа переносить дуже важко і з ризиком тяжких органічних або функціональних нападів.

4) Абстиненція (синдром виведення) відбувається зазвичай через 12-48 годин після припинення прийняття наркотика. Наркозалежна особа не може переносити цей стан, що викликає у нього нервові розлади, тахікардію, спазми, блювоту, діарею, слинотечу, підвищену секрецію залоз. При цьому з'являється нав'язливе бажання знайти токсичну речовину будь-якою ціною! Різка «виведення» наркозалежної особи призводить до несамовитих і вкрай небезпечних проявів, які можуть в деяких випадках викликати справжні колапси, як це буває з морфіністами. Це різновиду *delirium tremens* – білої лихоманки, в яку занурюється невиліковний алкоголік. Напад сам по собі виражає стан гострої потреби в отруті, що стала необхідним чинником внутрішніх процесів.

Залежність від наркотика виникає після декількох прийомів, а іноді навіть після першого, і через півтора-два місяці – наявні всі прояви хвороби. Страждає не тільки психіка, але й внутрішні органи – серце, печінка, нирки, нервова система. Хронічне отруєння наркотиками швидко приводить до інвалідності й смерті (у середньому від передозування та хвороб, пов'язаних з наркотиками, у нашій державі щорічно помирає у середньому 1500 осіб).

Для правильної організації протидії незаконному наркообігу важливим є інший аспект наркоманії, на який не завжди звертається належна увага, а саме – генезис формування *патологічного* процесу, що супроводжується вчиненням протиправних дій з наркотичними засобами до виникнення власне наркоманії та її хронічного протікання. Діяння такого роду, по суті, є не іманентною властивістю наркоманії, не її причиною, а *умовою*, що сприяє розвитку патологічного процесу, притаманного їй. Тут йдеться насамперед про немедицне, безконтрольне вживання наркотичних засобів і ті правопорушення, за допомогою яких задовольняється особиста потреба в таких засобах. У наркології такі дії позначаються поняттями «наркотизація» і «наркотизм».

Термін **«наркотизація»**, на відміну від слова «наркоманія», означає привести (приводити), прийти (приходити) у штучно створюваний наркотичний стан. Безумовно, наркотики самі по собі не проникають в організм людини. Вони доставляються туди різними способами: жуванням, ковтанням, нюханням, ін'єкцією та ін. В даному разі йдеться не про патологічний процес, що відбувається в організмі людини, а про конкретну волю поведінку, що виявляється в доставлянні, введенні в організм наркотиків.

Перша спроба з метою суб'єктивної оцінки ефекту ейфоричної дії таких речовин – це, по суті, попередник можливого прилучення до них, але не власне патологічний процес наркоманії. В період, що передує виникненню цієї хвороби, часто спостерігаються такі симптоми, як: запаморочення, нудота тощо. Проведене анкетування неповнолітніх, котрі один раз у житті вжили ту чи іншу наркотичну речовину, показало, що багато з них (65,1%) не прилучилися до них в силу неприємних відчуттів, викликаних їх вживанням.

Як бачимо, перше немедицне споживання таких речовин не викликає відразу стану наркотичної залежності, хоча протиправна поведінка з наркотиками (незаконне придбання, зберігання, виготовлення тощо) вже має місце. Наркоманія в патології формується в наслідок більш чи менш тривалої дії наркотичних речовин на психіку, зокрема, і патогенного впливу на хімічні сполуки тканин організму індивідуума. У процесі даного впливу виникає *звикання* до наркотиків. Вони стають необхідним продуктом (засобом) для збереження біологічної та хімічної рівноваги організму в цілому. Невживання звич-

ного наркотика призводить до порушення цієї рівноваги і виникнення абстинентного синдрому (наркотичного голоду). Останній характеризується фізичними або психічними, вегетативно-соматичними (потовиділення, дріж, непритомний стан та ін.) і неврологічними розладами.

Таким чином, лише при тривалій наркотизації відбувається адаптація організму до ейфорійної дії наркотиків, внаслідок якої формується нав'язливе бажання продовжувати їх приймання в силу приємних відчуттів того, хто вживає наркотик. Вчені наркологи з цього приводу говорять, що коли дія наркотиків, які вводяться в організм, супроводжувалась в подальшому відчуттям негативного порядку, то такі особи навряд чи вдавалися б до них.

У вимірі патологічного процесу наркоманії звикання організму виявляється на рівні взаємодії «наркотик – організм». В наркології вона визначається синдромом зміненої реактивності другого відносно першого. Залежно від виду споживаного наркотика, його дози і періодичності наркотизації розвиток адаптованості характеризується різною тривалістю (наприклад, до гашишу – від 2 до 12 місяців; кокаїну – від 1 до 6 місяців; ацетильованого та екстракційного опію – від 1 до 3 місяців).

Викладене свідчить, що немедична наркотизація передуює виникненню патологічного процесу наркоманії, а в подальшому стає супутнім явищем і поглиблюється в міру розвитку даної хвороби. На цьому фоні немедична наркотизація набуває характеру зловживання наркотиками і виступає засобом задоволення патологічної потреби в них. Але щоб задовольнити її, індивід повинен мати відповідні наркотики, які можна придбати лише незаконним способом.

У цьому плані немедична наркотизація є завершальною ланкою вказаної протиправної діяльності. Інші дії, що передують споживанню наркотиків (виробництво, зберігання, виготовлення, придбання), виступають формами попередньої злочинної діяльності, спрямованої на забезпечення незаконного попиту в таких засобах. Для її виділення в правовому аспекті, в кримінології використовується поняття **«наркотизм»**. У зв'язку з цим констатуємо: наркоманія – це не протиправна поведінка. Вона представляє собою особливу групу психічного розладу, що виникає внаслідок адаптації людського організму до ейфорійної дії наркотичних речовин, який розвивається під їх впливом у формі патологічного процесу, що діагностується психіатром-наркологом на підставі наявності у хворого сукупності симптомів, які характеризують стадії протікання таких захворювань, при виявленні яких до осіб цієї категорії можна застосувати медико-правовий вплив, щоб вилікувати від наркоманії і запобігти її рецидиву.

Наркотизація на відміну від патологічного процесу наркоманії – це вольовий акт у поведінці, що виражається у різних способах введення в організм особи наркотика, в основі якого – прагнення індивіда до зміни свого психофізіологічного стану за допомогою таких засобів з різних суб'єктивних причин.

На сьогодні виділяють три основні шляхи первинної наркотизації, тобто адикції до психоактивних речовин: мікросоціальний, індивідуальний та ятрогенний.

При **мікросоціальному шляху** провідним мотивом до вживання є наслідування звичок мікросоціуму – дворової компанії, групи товаришів з навчального закладу, відвідувачів одного розважального закладу. При цьому спонукаючим фактором є не тільки (і не в першу чергу) бажання спробувати нові відчуття через вживання адиктивної речовини, а наслідування прийнятих норм адиктивної поведінки, характерної для даного колективу. Вживання ПАР відбувається за цим шляхом на першому етапі наркотизації епізодично, від випадку до випадку (найчастіше під час розваг). Лише в подальшому з

формуванням залежності (преморбідна стадія) формується адитивна поведінка.

Під **індивідуальним шляхом** мається на увазі вживання ПАР як засобу подолання особистих психологічних чи психо-фізичних проблем. Цей шлях більш характерний для осіб старше 20 років, які потрапили у скрутне становище чи пережили особисту трагедію (втрата близької людини, економічний колапс, банкрутство, інші проблеми, пов'язані з важливими компонентами особистого життя). При цьому вживання ПАР служить шляхом втечі від реальності, зменшення стресового навантаження, притуплення душевного болю. ПАР вживаються регулярно, без їх вживання людина не в змозі переносити страждання, викликані реальністю. Залежність розвивається досить швидко, що проявляється як у зростанні толерантності, так і у розширенні спектру ПАР, що вживаються.

Ятрогенний шлях наркотизації пов'язаний з непрофесійним та неконтрольованим призначенням лікувальних засобів, що містять ПАР, рідше – з самолікуванням. Серед найбільш поширених видів хімічної залежності, що розвиваються цим шляхом, є токсикоманія через вживання психотропних препаратів – снодійних та транквілізаторів. Призначення препаратів, що містять фенобарбітал, навіть в малих дозах (зазвичай 10 мг за прийом) для покращення процесів засинання, у складі корвалолу, барбовалу та подібних комплексів, через 30 діб регулярного прийому викликає розвиток толерантності зі зростанням дози до 30-50 мг разового прийому і навіть більше. Поряд з цим формується психічна залежність, що проявляється тривожністю, безсонням за відсутності препарату та різними вегетативними розладами (серцебиття, задишка). Необґрунтоване, головним чином неконтрольоване застосування транквілізаторів (бензодіазепінового ряду, мідазоламу) при лікуванні алкоголізму (перериванні запою, абстинентному синдромі) призводить до тяжкої алко-токсикоманії, коли алкоголь «заїдається» психотропними препаратами. Таке «лікування» призводить часто до тяжких наслідків, навіть до смерті пацієнта в результаті взаємного підсилення ефектів з зупинкою дихання, гострою серцевою недостатністю. Зловживання препаратами, що містять кодеїн для зняття будь-якого болю без врахування його першопричини, призводить до формування опіоїдо-подібної залежності, проте ще раніше проявляються токсичні ефекти основних компонентів комбінованих анальгетиків. Не варто також забувати, що тривалий синтетичних опіоїдів (група трамадолу) для знеболення при хронічних больових синдромах (полінеuropатії, онкологічні захворювання, ревматологічна патологія) призводить до швидкого розвитку опійної наркоманії. На сьогодні ще зустрічаються випадки ятрогенного формування опіоїдні залежності при довготривалому (понад тиждень) застосування омнопону, промедолу чи морфіну для знеболення при опіковій хворобі, повторних та перманентних хірургічних втручаннях (сполукова хвороба, перитоніти, гнійні процеси). Актуальна ця проблема і для онкологічних хворих.

Таким чином, для правильної побудови стратегії антинаркотичної профілактики потрібно враховувати всі три можливі шляхи формування адитивної поведінки.

1.2.2. Види наркотиків

Основним компонентом наркотизму та наркоманії є наркотичні засоби, психотропні речовини, їх аналоги та прекурсори. Згідно з Законом України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори»:

- наркотичні засоби – речовини природні чи синтетичні, препарати, рослини, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- психотропні речовини – речовини природні чи синтетичні, препарати, природні матеріали, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- прекурсори наркотичних засобів і психотропних речовин (далі – прекурсори) – речовини, які використовуються для виробництва, виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- аналоги наркотичних засобів і психотропних речовин – заборонені до обігу на території України речовини синтетичні чи природні, не включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, хімічна структура та властивості яких подібні до хімічної структури та властивостей наркотичних засобів і психотропних речовин, психоактивну дію яких вони відтворюють;

- Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (далі – Перелік) – згруповані у списки наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори наркотичних засобів і психотропних речовин, включені до таблиць I-IV згідно із законодавством України та міжнародними договорами. Перелік та зміни до нього затверджуються Кабінетом Міністрів України за поданням спеціально уповноваженого органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я і публікуються в офіційних друкованих виданнях;

- обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів – види діяльності з: культивування рослин, включених до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, пересилання, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, транзиту через територію України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що дозволяються і контролюються згідно чинного законодавства⁴³.

У тексті Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори» поняття наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів визначається двома критеріями: *змістовним* і *формально-правовим*. Щодо першого критерію, наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори – це такі речовини, рідини, рослини, тощо, які мають здатність при вживанні викликати зміни психічного стану, галюцинації, а при систематичному споживанні – наркоманію (психічну й фізичну залежність особи від наркотика), а також виявляти інший згубний вплив на організм людини. Формально-правовий критерій припускає, що конкретні наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори повинні бути зазначені у списках, що містяться у міжнародно-правових або внутрішньодержавних документах нормативного характеру. В іншому випадку той

⁴³ Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори» від 15.02.1995 р. (у новій редакції згідно з Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» від 22.12.2006 р. № 530-V // Відомості Верховної Ради. – 2007. – №10. – Ст.89) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Загол. з екрану. – Мова укп.

або інший засіб не може бути визнаний наркотичним. Отже, змістовний критерій слугує орієнтиром для включення тієї або іншої речовини в Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і їх прекурсорів, а формально-правовий є юридичною підставою для правоохоронних та інших державних органів щодо контролю над цим процесом.

Наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори з урахуванням їх корисності для використання у медичній практиці та залежно від ступеня їх небезпечності для здоров'я, яку вони можуть становити у разі зловживання ними, і застосовуваних згідно з законодавством заходів контролю за їх обігом включаються до відповідно пронумерованих списків таблиць Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затверджений Кабінетом Міністрів України від 6 травня 2000 р. №770.

Цей Перелік містить чотири таблиці і дев'ять списків. Перша таблиця містить три списки, а саме:

- таблиця I включає особливо небезпечні наркотичні засоби і психотропні речовини, включені до списків №1 і №2, обіг яких в Україні заборонено згідно з законодавством, а також наркотичні засоби і психотропні речовини, включені до списку №3, обіг яких в Україні допускається лише з метою культивування та (або) використання чи реалізацією рослин, для промислових цілей.

Таблиця складається з трьох списків:

- перший – особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено. Серед них: альфа-метилтіофентаніл, альфа-метилфентаніл, ацетил-альфа-метилфентаніл, ацеторфін, бета-гідрокси-3-метилфентаніл, бета-гідроксифентаніл, героїн, дезоморфін, дигідроеторфін, еторфін, канабіс, смола канабісу, екстракти і настойки канабісу, кокаїновий кущ, кока лист, макова солома, концентрат з макової соломи (цілі чи подрібнені усі частини (за винятком дозрілого насіння)), рослини виду мак снотворний, зібрані будь-яким способом, що містять алкалоїди, а також речовини, які отримують з цієї макової соломи, ефедрин, опій, ацетилований опій та низка інших;

- другий – особливо небезпечні психотропні речовини, обіг яких заборонено. Серед них: бромфетамін, N-гідроксиметилен, діоксіамфетамін, діетилтриптамін, етиламфетамін, N-етилтенамфетамін, етициклідін (ФЦГ), етриптамін, катинон, ЛСД, ЛСД-25, мескалін та інші;

- третій – рослини, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей, а саме: рослини виду мак снотворний (*Papaver somniferum* L), рослини роду коноплі (*Cannabis*).

Друга таблиця включає два списки:

- перший – наркотичні засоби, обіг яких обмежено (альфаметадол, ацетилметадон, бетаметадол, гідроморфін, етилморфін, кодеїн, кокаїн, метадон, морфін, трамадол тощо);

- другий – психотропні речовини, обіг яких обмежено (амфетаміни, дексамфетамін, метамфетамін тощо).

Третя таблиця включає в себе два списки:

- перший – наркотичні засоби, обіг яких обмежено і стосовно яких допускаються виключення деяких заходів контролю;

- другий – психотропні речовини, обіг яких обмежено і стосовно яких допускаються виключення деяких заходів контролю.

Четверта таблиця включає також два списки:

- перший – прекурсори, обіг яких обмежено і стосовно яких встановлюються заходи контролю (N-ацетилантранілова кислота, ефедрин, лізергінова кислота тощо);

- другий – прекурсори, стосовно яких встановлюються заходи контролю (ацетон, етиловий ефір, калію перманганат, сірчана кислота, соляна кислота, толуол, фенілоцтова кислота тощо)⁴⁴.

Препарати, що містять кілька наркотичних засобів або психотропних речовин, щодо яких встановлено різний режим контролю, підпадають під дію заходів контролю, що застосовуються щодо тих засобів чи речовин, які підлягають більш суворим заходам контролю.

Наркотичні (психотропні) лікарські засоби, що містять малі кількості наркотичних засобів або психотропних речовин і прекурсорів, включених до відповідних таблиць Переліку, із яких ці засоби чи речовини не можуть бути видобуті легкодоступними способами в кількостях, що дозволяють зловживати ними, можуть виключатися із сфери дії деяких заходів контролю за їх обігом.

До ознак *наркотичних засобів* як предмету злочинів належать:

1) **медичний** – характеризує здатність вказаних засобів при вживанні їх викликати наркотичне сп'яніння (ейфорію – хворобливі зміни в організмі людини), а при неодноразовому вживанні й захворювання на наркоманію – стійкий хворобливий потяг до таких засобів. Кількість наркотичних засобів достатня для того, щоб викликати наркотичне сп'яніння хоча б однієї особи;

2) **юридичний** – засіб, як наркотичний, визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я спільно з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу та включається до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, який затверджується Кабінетом Міністрів України і публікується в офіційних друкованих виданнях. Отже, наркотичними засобами може бути визнано лише ті, назви яких наведено у таких переліках і які за своїми фізичними властивостями, хімічним складом відповідають вказаним у відповідних таблицях і списках.

До ознак психотропних речовин як предмету злочинів належать:

1) **медичний** – психотропні речовини здатні викликати стан одурманювання – сп'яніння та залежності;

2) **юридичний** – речовина, як психотропна, визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, спільно з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, та включається до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, який затверджується Кабінетом Міністрів України і публікується в офіційних друкованих виданнях. Отже, психотропними речовинами може бути визнано лише ті, назви яких наведено у таких переліках і які за своїми фізичними властивостями, хімічним складом відповідають вказаним у відповідних таблицях і списках.

Найпоширенішими предметами злочинного посягання в Україні є наркотичні засоби рослинного походження, які виготовляються з маку снодійного та рослин роду конопель.

⁴⁴Постанова Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 р. №770 «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» (із змінами, що внесені: Постановою КМ від 12.12. 2002 р. №1890 «Про внесення змін до переліку нар...»; Постановою КМ від 04.06.2008 р. №518 «Деякі питання обігу наркотичних засобів і психотропних речовин»; Постановою КМ від 02.12.2009 р. №1298 «Про внесення змін до переліку нар...») [Електронний режим]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Загол. з екрану. – Мова укр.

Наркотичні засоби, що одержують із снотворного маку, можна поділити на такі групи:

Природні (натуральні) наркотичні засоби.

Макова солома – всі частини, цілі чи подрібнені (за винятком дозрілого насіння), рослини виду мак снотворний, зібрані будь-яким способом, що містять алкалоїди. Макова солома віднесена до Списку №1 Таблиці I Переліку «Особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено». Може бути як ціла, так і подрібнена, висушена та не висушена. Колір – від світло до темно-зеленого та від світло-жовтого до коричневого.

Опій – сік снотворного маку, що згорнувся. Опій включений до Списку №1 Таблиці I Переліку «Особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено». Його одержують шляхом надрізання коробочок рослини маку та збирання соку (зскрібання або просочення ним тканини). Має характерний запах молочного соку маку, гіркий за смаком і зустрічається у вигляді грудок, кульок чи плиток, але найчастіше у виді смолоподібної речовини коричневого кольору і не розчиняється у воді.

Трапляється опій також і в рідкому стані у вигляді розчинів:

опій екстракційний (екстракт, концентрат макової соломи) – засіб, що отримують із макової соломи будь-яким способом шляхом виділення (екстракції) наркотично активних алкалоїдів, водою або органічними розчинниками; може зустрічатися у рідкому, смолоподібному чи твердому стані. Має характерний запах висушених фруктів, колір переважно коричневий;

опій ацетильований – напівсинтетична речовина у виді рідини темно-коричневого, коричневого або жовтого кольору та містить складні ефіри наркотичних компонентів. Отримують її шляхом ацетилювання опію або опію екстракційного. Містить у своєму складі крім алкалоїдів опію моноацетилморфін, діацетилморфін, ацетилкодеїн чи їх суміш. Основна умова віднесення речовин до наркотичних засобів – наявність ацетилкодеїну, діацетилморфіну або моноацетилморфіну, або ж їх сумішей.

Морфін – включений до Списку №1 Таблиці II Переліку «Наркотичні засоби, обіг яких обмежено». Наркотичний анальгетик, основний алкалоїд опію. Білий кристалічний порошок без запаху. Фармацевтична промисловість випускає препарати морфіну під різними назвами (морфіну гідрохлорид, етилморфіну гідрохлорид, морфілонг, налорфін тощо) у формі капсул, таблеток (порошку) білого кольору, розчини в ампулах або шприц-тюбиках. За силою дії доза ін'єкційного розчину морфіну в 10–20 разів перевищує рівню їй за вагою дозу опію. Залежно від ступеня очищення, розрізняють технічний і чистий морфін. Це білий кристалічний порошок (чистий морфін) чи сірий (технічний морфін), який не має запаху та погано розчиняється у воді.

Кодеїн (3-метилморфін) – включений до Списку №1 Таблиці II Переліку «Наркотичні засоби, обіг яких обмежено». Подібно до морфіну є наркотичним анальгетиком. Більшу частину кодеїну одержують після переробки морфіну. Це білий кристалічний порошок без запаху. Анальгетична дія аналогічна дії морфіну, але його ефективність значно нижча. Він є найпоширенішим протикашлевим засобом (послаблює кашлевий рефлекс), що використовується як фармацевтичний препарат у всьому світі. Фармацевтична промисловість випускає препарати з білого порошку (кодеїн фосфат). Також входить до складу таких препаратів, як таблетки від кашлю, кодтерпін, пенталгін, седалгін.

Напівсинтетичні наркотичні засоби.

Героїн (у чистому виді має назву діацетилморфін, тобто героїн високого ступеня очищення) – включений до Списку №1 Таблиці I Переліку «Особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено». Напівсинтетичний засіб, що отримується з морфіну внаслідок взаємодії з оцтовим ангідридом. Він може бути у формі порошку або гранул

білого, бежевого, коричневого чи чорного кольорів. На споживчий ринок потрапляє значно розведеним або розрідженим, як правило, лактозою, глюкозою, хініном, кукурудзяним крохмалем або будь-якою іншою порошкоподібною речовиною, яка розчиняється у воді під час нагрівання. Найпоширеніший спосіб вживання – ін'єкції водяного розчину. Часто містить наповнювачі – лікарські препарати (барбітурати, новокаїн, кофеїн та ін.). Він пакується у целофанову плівку або алюмінієву фольгу для зберігання у сухому стані. Можливе вживання героїну шляхом куріння.

Є інші напівсинтетичні наркотичні засоби, похідні із снотворного маку – гідроморфон (діморфон), оксикодон (дігидрон), еторфін, омнопон, тебаїн тощо.

Наркотичні засоби, які одержують з рослин роду коноплі:

*Канабіс*⁴⁵ – наркотичний засіб, який віднесений до Списку №1 Таблиці I Переліку «Особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено». Це цілі або різного ступеня подрібнення будь-які частини рослини роду коноплі або їх суміш (за винятком власне дозрілого насіння) незалежно від того, піддавались вони екстракції, деструкції, гниттю чи ураженню.

Канабісу смола – суміш відділеної смоли, пилку чи окремих подрібнених частин рослини коноплі або їх суміш, яка містить тетрагідроканабінол. Найчастіше зустрічається у формі суміші відділеної смоли, пилку та окремих подрібнених часток верхівок конопель з різними наповнювачами для набуття сумішшю певної форми: пасти, пресованих плиток, кульок, таблеток тощо. Має твердий стан, характерний запах. Колір від світло-зеленого до коричневого.

Канабісу олія (настойки та екстракти) – засіб, який отримують з будь-яких видів і сортів конопель або канабісу шляхом виділення (екстракції) різними способами і який містить тетрагідроканабінол.

Наркотичні засоби з канабісу мають різну форму: змелені на порошок, пресовані плитки, паста, кульки, таблетки, рідина тощо. Препарати канабісу переважно курять за допомогою трубки або перемішують з тютюном і звертають цигарки, їх можуть змішувати з напоями або вживати разом з їжею.

Наркотичні засоби, які одержують з куців коки.

Кокаїн – алкалоїд, отриманий з екстракту листів коки (кокаїнової пасти) або синтезований з екгоніну. Включений до Списку №1 Таблиці II Переліку «Наркотичні засоби, обіг яких обмежено». Білий легкий кристалічний порошок, схожий на сніг. Вживається шляхом вдихання через ніс (порошок), а у формі розчину – шляхом внутрішньовенних ін'єкцій.

У процесі виготовлення кокаїну отимується *кокаїнова паста*, яка є проміжним продуктом переробки кокаїнового листа в кокаїн. Неочищений кокаїн гідрохлорид, який отримують з листа куца коки шляхом їх подрібнення і наступного екстрагування відповідними реагентами (кислотами, органічними розчинниками). У незаконному обігу зустрічається у формі пастоподібної маси чи аморфного порошку від темно-сірого до світло-коричневого кольору. Кокаїн, який отримується під час незаконного виробництва, представляє собою продукт високої якості з вмістом кокаїну-гідрохлориду 80-90% і рідко містить домішки і добавки. Для дрібнооптового нелегального збуту кокаїн розбавляється до вмісту близько 30% [12-75%] з додаванням як лікарських препаратів, так

⁴⁵У зв'язку з прийняттям доповнень та змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 1 серпня 2000 р. №188 «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу» з жовтня 2010 р. термін «марижуана» був замінений на термін «канабіс», а термін «канабісу смола (гашиш, анаша, гашиш)» на термін «канабісу смола – суміш відділеної смоли, пилку чи окремих подрібнених частин рослини коноплі або їх суміш, яка містить тетрагідроканабінол».

і неконтрольованих синтетичних анестетиків (лідокаїн, прокаїн, бензокаїн), або вуглеводів (манітол, лактоза, глюкоза). Зовнішній вигляд нелегальних зразків кокаїну при цьому практично не змінюється, оскільки додаються речовини представляють собою тонкі, сухі, білі порошки, схожі на кокаїн. Крім зазначених, як добавки використовують крохмаль, борну кислоту, соду тощо.

Кокаїну гідрохлорид – препарат кокаїну, який може виготовлятися як наркотичний лікарський засіб, так і у кустарних умовах з кокаїнової пасти шляхом спеціальної обробки. Форма – білий кристалічний порошок, добре розчиняється у воді. У незаконному обігу зустрічається у формі пресованих плиток (брикетів) білого кольору чи білого кристалічного порошку; часто – в суміші з різними інгредієнтами, з яких найпоширенішим є лактоза і глюкоза. Розчин кокаїну гідрохлориду використовується для пропитування різних предметів і одягу для приховування під час незаконного переміщення.

Наркотичні засоби, які одержують з галюциногенних грибів.

Псилоцибін – біла кристалічна речовина, яка за своєю дією належить до галюциногенів. Псилоцибін відноситься до Списку №2 Таблиці I Переліку «Особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено».

Також у нелегальному обізі у нашій державі поширені синтетичні наркотичні засоби та психотропні речовини, тобто ті, які у природі не зустрічаються, їх одержують хімічним шляхом. До них належать:

ЛСД – це напівсинтетична психотропна речовина. Інша назва – лізергід. Найпоширеніша форма – прозора рідина без запаху та смаку. Для зручності збуту та споживання ЛСД іноді виготовляється у формі сіро-білого порошку або невеликих пілюль, таблеток різного кольору чи капсул. Для довготривалого зберігання розчином ЛСД можуть просочувати невеликі клаптики паперу, або психотроп може наноситись на гігроскопічний папір, марки, наклейки (близько 5 мм), кожен фрагмент якого містить одну дозу наркотичної речовини. ЛСД – одна із найбільш сильнодіючих психотропних речовин. Вона виявляє наркотичний ефект у мізерних дозах – 0,0002 г, фізичної залежності від ЛСД не спостерігається, але у деякого із споживачів без вживання психотропу виникають галюцинації, подібні до тих, що виникали у них під час вживання ЛСД. Вживається перорально (через рот).

Амфетамін – синтетична психотропна речовина, похідна фенілетиламіну, включений до Списку №2 Таблиці II Переліку «Психотропні речовини, обіг яких обмежено». Як правило, це білий кристалічний порошок, але може бути кремового, бежевого, світло-коричневого чи рожевого кольорів (залежно від наповнювача). У медичній практиці використовується як стимулятор центральної нервової системи (під час лікування депресій, зняття втоми і регулювання ваги). Амфетаміни нелегально синтезують у лабораторних умовах у формі сульфату, таблеток, капсул, сиропів, еліксирів, порошку (залежно від типу та об'єму домашок і розріджувачів має різний колір білий, рожевий, жовтий, коричневий), а також у вигляді паперу, що пропитується психотропним розчином. Часто буває вологим і має характерний неприємний запах внаслідок наявності органічних домашок.

Екстазі – жаргонна назва психотропної речовини (МДМА), віднесена до Списку №2 Таблиці I Переліку «Особливо небезпечні психотропні речовини, обіг яких заборонено». Синтезований в 1914 р. метілендіоксиметамфетамін якийсь час використовувався у психіатрії як засіб, що знижує занепокоєння і що додає пацієнтові емоційну відкритість. Може бути у формі порошку від білого до світло-коричневого кольору, таблеток чи капсул різних за формою та кольором, таблеток з вибитим малюнком, а також входи-

ти до складу стимулюючих напоїв. Екстазі за своїми стимулювальними властивостями. подібний до амфетаміну та метамфетаміну, але є галюциногенішим.

Барбітурати – гіпноседативні препарати, які часто називають снодійними. Група лікарських засобів, які випускаються фармацевтичною промисловістю у формі таблеток, капсул, розчинів. До них належить: пентобарбітал, фенобарбітал та ін. Вживаються перорально (через рот).

Транквілізатори – група лікарських засобів, здатні усувати або пом'якшувати невротичні прояви, страх, тривогу, емоційну напругу, розлади сну, до яких належать безодіазепінами (діазепам, феназепам тощо).

Лікарські синтетичні наркотичні засоби та психотропні речовини.

До синтетичних наркотичних засобів та психотропних речовин лікарського призначення належать: метадон, димедрол, фентаніл, промедол, бупреморфін (анфін, норфін). За хімічною будовою вони схожі з природними опійними наркотичними засобами і відповідно подібно діють на організм людини.

За фармакологічним впливом на організм людини наркотики можна умовно поділити на чотири групи:

1) збуджують центральну нервову систему (стимулятори). До них відносяться: кокаїн, амфетамін, фенамін, первітин;

2) призводять до галюцинацій, неправильного сприйняття об'єктивної реальності (галюциногени). До них належать: коноплі, мескалін, МДА, МДЕА, МДМА, фенциклідин, ЛСД. Усі вони викликають церебральні збудження, що виражаються у деформації відчуттів, галюцинаціях, спотворенні сприйняття, видіннях;

3) знеболюючі (анальгетики). Як правило, це лікарські засоби, які застосовуються у медичній практиці. До них відносяться: метадон, фентаніл, триметилфентаніл;

4) заспокоюють центральну нервову систему (депресанти). Вони усувають функції збудливості і сприйняття, вводячи людину в оману, викликаючи спектр приємних станів. До них належать: опій і його алкалоїди, морфій, мелоквалон.

При цьому потрібно звернути увагу на те, що кожен з наркотиків має велику різноманітність прихованих властивостей, що по-різному впливають на нервову систему.

1.2.3. Поняття, види та ознаки токсикоманії

Зазначимо, що в Україні законодавчо не визначено сутність цього поняття. Разом з тим, прийнято вважати, що токсикоманія – хвороба, яка характеризується психічною, а іноді й фізичною залежністю від психоактивних токсичних речовин та токсичних засобів, не віднесених до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 6 травня 2000 р. №770.

Викликаючи серйозне руйнування організму і сильну залежність, токсикоманія відрізняється від наркоманії лише в юридичному аспекті: вона викликається вживанням речовин, не віднесених до Переліку.

Токсикоманія як патологічний потяг змінює психічний стан залежної людини, викликається снодійними засобами (барбітуратами), транквілізаторами, психостимуляторами.

Види токсикоманій:

1. Зловживання транквілізаторами.
2. Зловживання снодійними засобами.
3. Зловживання холінолітичними засобами.
4. Зловживання інгалянтами (ефіром, закисом азоту, препаратами побутової хімії).
5. Зловживання фосфорорганічними речовинами (дихлофос).
6. Нікотинова токсикоманія.
7. Кофеїнова токсикоманія.

Психоактивна токсична речовина може мати ті ж властивості, що й наркотик, але соціальна небезпека її вживання дещо менша, і, відповідно, офіційно наркотиком вона не визнана.

У клінічних проявах наркоманія та токсикоманія патогенетично досить схожі. Для них характерне поступове набуття тріади синдромів:

1. Поява синдрому лікарської залежності (залежність психічного та фізичного комфорту від прийому препарату).
2. Поступова зміна толерантності з підвищенням доз та зміною форми сп'яніння.
3. Наявність абстиненції та невгамовного (фізичного або компульсивного) потягу до препарату, тому що життєдіяльність організму нормалізується лише при певному рівні наркотизації.

Уперше зловживання такого типу були описані наприкінці XIX ст. у середовищі медичних працівників після широкого впровадження ефіру для загального наркозу. У 60-і рр. XX ст. зловживання летучими ароматичними речовинами вперше були описані у дітей і підлітків Сполучених Штатів Америки, пізніше – країн Європи. В нашій країні зловживання інгалянтами або токсикантами почалось у кінці 1960-х рр. засобами з видалення плям (особливо «Сопалс»), в 1970-х рр. – бензином (низькооктановим), а з 1980-х рр. – клеєм «Момент». Інші токсиканти – ацетон, лаки, фарби, толуол, нагріті пральні порошки і креми для чобіт тощо – використовувались значно рідше. Для дорослих ця токсикоманія нехарактерна. Ефект сп'яніння досягається декількома вдиханнями.

Сп'яніння має свої особливості залежно від виду летучих ароматичних речовин. Так, від сп'яніння парами бензину спочатку виникає подразнення верхніх дихальних шляхів, потім відбувається почервоніння обличчя і розширюються зірніці ока. Порушується координація рухів, мовлення уповільнюється. Якщо в даний момент припинити інгаляцію, то ознаки сп'яніння спостерігатимуться протягом 15-30 хвилин і зміняться

головним боєм, роздратованістю. Якщо інгаляція продовжується, то на піку ейфорії свідомість втрачає ясність, оточення сприймається як ілюзія, виникають галюцинації страшного характеру.

Сп'яніння парами засобів з видалення плям також має свої особливості. Ейфорія виражена досить яскраво – відбувається підвищена веселість і сміх без причини. Підлітки, які вживали цей токсикант, називають свій стан «глуками» і «мультиками», які часто супроводжуються їх сексуальними фантазіями. Зовнішній вплив, направлений на припинення інгаляції, викликає у підлітків злість та агресію.

Сп'яніння парами ацетону зовнішньо нагадує картину важкого сп'яніння парами засобів з видалення плям. При важкому сп'янінні людина може впасти у кому.

Для інгаляції парами клею використовують целофанові мішки. Раніше підлітки вдягали їх на голову повністю, але після значної кількості смертельних випадків від асфексії вони стали прикладати мішок до обличчя, щоб після досягнення ефекту сп'яніння він впав.

Синдром залежності при зловживанні летучими ароматичними речовинами проявляється вираженим потягом до наркотизації. Навчання, сім'я у підлітків займають останнє місце. Формується група із 2-3 осіб, які нюхають токсичні речовини. Як правило, група формується за місцем навчання або проживання. Більшість починає зловживати у молодшому або середньому підлітковому віці (12-14 років), але бувають випадки зловживання вже у 9-11 років. У старшому підлітковому віці більшість підлітків припиняє зловживання токсикантами і переключається на зловживання алкоголем або наркотиками.

Потяг не носить системного характеру, наркотизації адже цього можна запобігти, наприклад, змінити умови життя (переїзд на постійне місце проживання у інше місто тощо). Ознаками залежності при зловживанні інгальянтами є: 1) перехід від групового вживання до інгаляцій на самоті; 2) збільшення дози токсичної речовини; 3) інгаляції протягом декількох годин щодня; 4) повторні інгаляції протягом доби; 5) злісна агресія щодо тих, хто з'явився під час інгаляції і намагається її припинити; 6) припинення намагання приховувати інгаляції від батьків, учителів, суспільства тощо.

Звикання виникає протягом 3-6 місяців системного вживання летучих ароматичних речовин. Спочатку виникає біль у голові, розширення зіниць, потім змінюється настрій, який характеризується пригніченням. Підліткам, які зловживають летучими ароматичними речовинами, властива розумова відсталість, сонливість, в'ялість, схильність триматись подалі від однолітків або навпаки – злість, дратівливість, агресія тощо.

Проведене дослідження у м. Харкові про розповсюдженість наркоманії та токсикоманії серед безпритульних дітей засвідчило, що у їх середовищі широкого поширення набули токсичні речовини. Не пробували, за їх словами, жодних наркотичних речовин 56,98% дітей. Разом з тим, дослідники вважають вказану цифру завищеною, так як дітям у своїх відповідях властиво побоюватися інтерв'юерів, підозрювати, що вони будуть якісь вживати відповідних заходів (повідомляти в органи внутрішніх справ тощо). Найбільш поширені серед безпритульних клей і різні розчинники: 16,6% вживають їх регулярно, 11,32% – неодноразово пробували, 6,79% – один раз спробували. Серед безпритульних дітей знайомство з наркотичними та токсичними речовинами майже стовідсоткове. Найбільш популярні серед безпритульників – клей і різні розчинники, потім – препарати конопль, далі йдуть «чифір» і димедрол⁴⁶.

⁴⁶Поступной А.Н., Чернецкая Т.Н., Довгопол М.Ю. Профилактика наркомании среди «детей улицы» в Украине // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Сост. И. П. Рущенко. – Харьков: Финарт, 2002. – С. 151-176.

Підсумовуючи вищезазначене, варто констатувати факт, що наркоманія і токсикоманія є одночасно проблемою соціальною, психологічною, медичною і правовою. Разом з тим, особливо вираженим є кримінологічний аспект. Думки кримінологів різняться щодо оцінки наркоманії і токсикоманії: одні відносять їх до причин злочинності, інші – до умов, ще інші (на нашу думку, найбільш слушно) вважають, що це негативні соціальні явища, які тісно пов'язані зі злочинністю, тобто «фонові явища» (наявні на загальному фоні злочинності і суттєво впливають на її кількісно-якісні показники).

1.3. Наслідки поширення наркоманії та наркотизму в Україні

Зловживання наркотиками та їх незаконний обіг мають для всіх держав пагубні наслідки, адже торкаються вони усіх секторів суспільства і країн, незалежно від рівня їх розвитку. Не є винятком і Україна. Розширення масштабів глобальної проблеми зловживання наркотиками у нашій державі пов'язано зі швидкими змінами соціально-економічних умов, а також збільшенням пропозицій на наркотики і підвищенням попиту на них.

За даними МВС України, станом на 1 січня 2013 р. в нашій країні зареєстровано 146,4 тис. осіб, які допускають немедичне вживання наркотиків (далі – наркоспоживачів), з яких майже одна тисяча – неповнолітні. Найбільша кількісно ураженими наркоманією регіонами України є: Дніпропетровська область – 16,5 тис. наркоспоживачів, Луганська – 13,1 тис., Одеська – 12,9 тис., Донецька – 12,7 тис., Запорізька – 8,3 тис., Черкаська – 6,9 тис., Чернігівська – 6,1 тис., Київ – 10,6 тис. та Автономна Республіка Крим – 9,6 тис. осіб. На зазначені регіони припадає більше половини під облікованих осіб цієї категорії. У середньому на кожні 10 тис. населення припадає 32 споживача наркотиків (у 2006 р. – 34 споживачі). Найбільша їх кількість відмічається у Луганській [57], Чернігівській [55], Одеській [54], Черкаській [54] областях та Севастополі [62].

Аналізуючи наркоспоживачів за соціальним станом, зазначимо, що із загальної кількості вказаних осіб 78,1% складають міські жителі, 15,4% – жінки, 9,8% – робітники, 0,1% – службовці, інженерно-технічні працівники, 1,4% – інваліди та пенсіонери, 38% – особи, які навчаються у школах, професійно-технічних та вищих навчальних закладах.

Протягом 2011 р. на облік було поставлено 19,4 тис. осіб, які допускають немедичне вживання наркотичних засобів та психотропних речовин, з яких 688 – неповнолітні. Із зазначеної кількості осіб 6 388 – із вперше встановленим діагнозом (зокрема, 363 неповнолітніх), а 2 510 осіб (зокрема, 59 неповнолітніх) узято на облік у зв'язку з поверненням з місць позбавлення волі.

Знято з обліку МВС України у 2011 р. 20,7 тис. наркоспоживачів, що на 7% менше від кількості осіб, яких взято на облік за вказаний період. За структурою кількість знятих з обліку осіб, які допускають немедичне вживання наркотичних засобів та психотропних речовин, розподіляється таким чином: ті, які одужали та утримуються від вживання наркотиків, – 5 342 осіб (25,7%); призвані до Збройних сил України – 41 осіб (0,2%); засуджені до позбавлення волі – 5 050 осіб (24,3%); направлені на лікування – 1 299 осіб (6,3%); переїхали на нове місце проживання – 2 741 осіб (13,2%); померло – 1 661 осіб (8,0%); з інших причин – 939 осіб (4,5%).

Аналіз статистичних даних МВС України за 2002–2011 рр. засвідчує про такі тенденції, які відбулися у наросередовищі у нашій державі.

Так, протягом вказаного періоду кількість наркоспоживачів у нашій державі збільшилось на 34,8% (з 112,5 тис. до 151,8 тис.). Разом з тим, починаючи з 2007 р., спостерігається поступове зменшення кількості осіб, які беруться на облік МВС України як наркоспоживачі. Якщо у 2007 р. було поставлено на облік 33 088 таких осіб, то у 2011 р. – 19 358. Протягом 2002–2011 рр. у зв'язку зі смертю з обліків МВС України було знято 22 063 осіб. Після «піку» в 2009 р. (померло 7 575 осіб) нині ситуація нормалізувалась (з 1878 осіб у 2004 р. до 1661 – у 2011 р.). Найбільш негативними тенденціями протягом 10 років у структурі наркоспоживачів є зростання кількості працюючих осіб у 2 рази (з 7 410 до 14 903 осіб), студентів і слухачів закладів післяшкільної освіти та вищих навчальних закладів у 3,1 рази (з 1 679 до 5 243 осіб); наркоспоживачів, які раніше були засуджені за

злочини, у 1,6 рази (з 39,2 тис. у 2002 р. до 64,4 тис. – у 2011 р., а питома вага таких осіб у структурі наркоспоживачів збільшилась на 7,6%: з 34,9 у 2002 р. до 42,5 % – у 2011 р.).

Проте сухі цифри статистики МВС України не можуть повною мірою показати наркоситуацію у нашій державі. Про поширення немедичного споживання наркотичних засобів та психотропних речовин у молодіжному середовищі свідчать інші дослідження, проведені органами виконавчої влади та громадськими організаціями. Зокрема, у червні – вересні 2009 р. Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яремка було проведено соціологічне дослідження щодо ініціації вживання наркотиків ін'єкційним шляхом в рамках проекту Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні «Профілактика ВІЛ серед підлітків групи ризику в Україні та Південно-Східній Європі». Дослідження проводилось спільно з МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та стало частиною дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків та їх статевих партнерів як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління» за методикою RDS (Respondent Driven Sampling) – вибірка, що направляється та реалізується респондентом.

До дослідження вдалося залучити 1036 респондентів-СІН віком від 14 років, які мали практику вживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів. За результатами дослідження середній вік першого вживання наркотичної речовини становить 17 років. Різниця між середнім віком першої спроби наркотика неін'єкційним шляхом та бажанням посилити задоволення від наркотика і спробувати його ін'єкційно становить близько 3 років. Аналіз даних залежно від статі опитаних виявив, що у жінок перехід від вживання наркотичних речовин неін'єкційним шляхом до ін'єкційного вживання відбувається дещо швидше, ніж у чоловіків (середній вік – 2 та 3 роки відповідно). Наймолодша група (14–19 років) найшвидше переходить від вживання наркотиків неін'єкційним шляхом до ін'єкційного – період переходу в середньому для цієї групи триває 1,6 року, для інших вікових груп цей термін – 3 роки й більше.

Результати дослідження свідчать, що найпопулярнішими видами наркотика для вживання ін'єкційним шляхом залишається опіїодна група (мак, ширка). Залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом також у більшості випадків відбувається через спробу саме цього виду наркотика. Але помітна тенденція до збільшення питомих ваг СІН, які долучились до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом через спробу наркотиків-стимуляторів. Така практика найбільш поширена серед жінок-СІН, підліткової та молодшої вікової групи.

Перша спроба вживання наркотиків у середньому відбувається у віці до 20 років. У більшості випадків молодих СІН залучають старші споживачі ін'єкційних наркотиків із кола їх близького оточення – знайомих, друзів або статевих партнерів. У 5% випадків залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом відбувалось допомозі за сприяння торговця наркотиками. Майже 7% СІН спробували наркотик ін'єкційним шляхом до досягнення 15 років. Більше 32% респондентів вказали, що вони долучились до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у віці до 18 років.

У 2011 р. Державним інститутом сім'ї та молоді та Українським інститутом соціальних досліджень було проведено дослідження «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідемічного нагляду другого покоління», під час якого проанкетовано та опитано 3 542 СІН у 13 областях України та Автономній Республіці Крим. За результатами дослідження ін'єкційної поведінки, 25% осіб почали вживати наркотики у віці 16-17 років, 23% – у 18-19 років.

Майже тотожні дані були отримані під час проведених у 2002, 2006 та 2010 рр. до-

сліджень здорової поведінки дітей шкільного віку в рамках міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» HBSC (Health behaviour in school-aged children), який запроваджувався в Україні за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, ВООЗ в Україні.

Зокрема, у 2011 р. до проведення дослідження були залучені 10 343 респондентів віком 11-17 років, які навчались в загальноосвітніх школах, професійно-технічних навчальних закладах (ПТНЗ) і вищих навчальних закладах I-II та III-IV рівнів акредитації, та 594 представника адміністрації навчальних закладів.

При опитуванні використовувався міжнародний інструментарій проекту HBSC, для адаптування якого до умов України було проведено спеціальне пілотування. Питання про досвід вживання наркотиків, зокрема, марихуани або гашишу, ставилося молоді віком 15–17 років, тобто починаючи з 10-го класу загальноосвітньої школи. За даними опитування, щонайменше 1-2 рази у житті споживали наркотики 10% юнаків та 4% дівчат з числа десятикласників; серед учнів ПТНЗ – близько 13% і 8% відповідно, студентів вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації – 13% та 8%, а серед студентів ВНЗ III-IV рівня акредитації – відповідно 14% та 10%. Загалом марихуану або гашиш вживало 16% серед усіх опитаних учнів та студентів 15–17 років. За останні 12 місяців наркотики вживали 8% опитаної учнівської та студентської молоді. Про досвід вживання наркотиків протягом останніх 30 днів повідомили 4% респондентів, серед яких найбільше студентів ПТНЗ і ВНЗ III-IV рівнів акредитації – по 3%, а найменше – 1,5% учнів 10–11-х класів загальноосвітніх шкіл.

Систематичне зловживання наркотиками викликає потребу у збільшенні доз, що у свою чергу зумовлює хронічну інтоксикацію організму людини, продукує психічні розлади, призводить до хвороби на наркоманію. Традиційна наркологія розглядає наркоманію як невиліковну хронічну хворобу, протягом якої можливі більш-менш тривалі періоди ремісії. Вважається, що в міру прийому наркотиків розвиваються три головних клінічних феномени: психічна залежність, фізична залежність та толерантність. У переважній більшості випадків лікування наркоманії зводиться до госпіталізації хворого, позбавлення його можливості приймати наркотики, проведення дезінтоксикаційної і загальноозміцнювальної терапії. Перераховані заходи копіюють абстинентний синдром, руйнують фізичну залежність. Однак психічна залежність, що відіграє в розвитку наркоманії найважливішу роль, залишається поза досяжністю для наявних сьогодні психотерапевтичних заходів, побудованих відповідно до традиційного психіатричного підходу. Сформована в медицині (психіатрії і клінічній психології) тенденція зв'язувати вживання наркотиків і зловживання ними з якими-небудь психопатологічними процесами в індивідуумах лише консервує наркотичну проблему. Навіюваність хворому відразу до прийнятого засобу, коли він знаходиться в стані гіпнозу і під час вироблення негативного рефлексу на речовину, якою зловживає, виявляється малопродуктивним методом руйнування психічної залежності.

При наркоманії вражаються внутрішні органи, виникають неврологічні та психічні розлади, розвивається соціальна деградація. Хвороба викликає необхідність використання величезних матеріальних засобів на лікування наркозалежних осіб, що пов'язано із утриманням спеціального медичного персоналу, спеціалізованих медичних закладів чи інших установ, розробкою ефективних ліків та методів лікування тощо, замість того, щоб витратити їх на оздоровлення наркозалежних осіб.

Слід додатково відмітити зростання загальної захворюваності у наркозалежних осіб. Страждає не тільки психіка, але й внутрішні органи – серце, печінка, нирки, нервова

система. Значне збільшення кількості самогубств серед підлітків та молоді: суїцидальний ризик у наркозалежних осіб підвищується в 5-20 разів порівняно зі здоровими особами. Крім реалізації дійсних суїцидальних тенденцій, багато хворих завдають собі самошкодження з демонстративною метою чи для того, щоб зняти напругу на піку афекту.

В осіб, які тривалий час вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, незалежно від їх виду через зростання ступеня наркотизації індивідуальні особистісні характеристики нівелюються. Хворі стають усе більш схожими один на одного, в них формується своєрідний психічний дефект, що проявляється у наростанні афективних розладів у формі дисфоричних чи апатико-абулічних депресій, афективною лабільністю, домінуванням істерико-збудливих форм реагування, психосоціальною дисфункцією у вигляді поступового згасання інтересів, різними аномаліями емоційно-вольової сфери, розладами сфери потягів, числі зокрема, сексуальним розгальмуванням. Морально-етичне падіння й інтелектуально-мнестичні розлади можуть носити і транзиторний характер. Усе це в сукупності об'єднує хворих в окрему групу за характером змін особистості. Спільними ознаками є втрата інтелекту, зниження пам'яті, афективні порушення, виснаження, втомлюваність, астенія та бездіяльність. Розвивається десоціалізація зі своєрідним психоорганічним синдромом, що сформувався в результаті інтоксикації і має різний ступінь виразності у хворих наркоманією.

Хронічне отруєння наркотиками швидко приводить до інвалідності й передчасної смерті. Всього протягом 2004 – 2011 рр. у зв'язку зі смертю з обліків МВС України було знято 19353 осіб.

Крім того, у народжених від наркозалежних осіб дітей може проявлятися синдром «відміни» від наркотиків. Такі діти, як правило, мають слабке здоров'я та не здатні протистояти різним хворобам. Усе це негативно відображається на здоров'ї не тільки окремо взятої людини, а й на здоров'ї суспільства, генофонді людства в цілому.

Найбільш частими хворобами у споживачів наркотиків є інфекції, що розвиваються внаслідок порушення правил асептики при введенні наркотичних засобів та психотропних речовин, а також на тлі зміненого імунітету. Ін'єкційне вживання наркотиків включає значні ризики ураження організму людини значною кількістю хвороб, насамперед інфекційними, такими, як Віл-інфекції, різних форм гепатиту, туберкульозу, сифілісу тощо.

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. і по грудень включно 2012 р. в Україні офіційно зареєстровано 186,7 тис. випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 56,3 тис. випадків захворювання на СНІД та 28,5 тис. випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. При цьому із загальної чисельності зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції СНІД складали 53,6% (100,1 тис. осіб).

За даними Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України, в країні рівень захворюваності на СНІД є найвищим серед країн Європи (6,9 на 100 тис. населення). Лише у 2012 р. офіційно зареєстровано 20 743 нових випадків ВІЛ-інфекції (46,2 на 100 тис. населення), що є найвищим показником за весь період спостереження з 1987 р. Як і в попередні роки, в 2011 р. нові випадки ВІЛ-інфекції в межах окремих регіонів концентрувалися у містах (77,1%). Найбільш високі показники поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровані у південно-східних регіонах країни: у Дніпропетровській, Донецькій, Одеській, Миколаївській областях, Севастополі, а також в АР Крим (605,9 – 361,6 на 100 тис. населення).

Незважаючи на те, що з 2006 р. намітилася чітка тенденція до зменшення абсолютної кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед СНІ, відповідно і

тенденція до зменшення частки СІН. Разом з тим епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою в групах найвищого ризику, передусім СІН. Нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою СІН та їх статевих партнерів.

Крім загрози ВІЛ-інфекції, немедичне вживання наркотиків призводить до захворювання іншими небезпечними хворобами, такими, як: туберкульоз, різні форми гепатиту тощо. Про розповсюдженість серед наркозалежних осіб вказаних захворювань свідчать наступні дані Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України». Так, станом на 1 січня 2013 р. серед 7339 пацієнтів ЗПТ, які проходили лікування на 149 сайтах, кількість осіб, які хворіли на гепатит В, склала 19,2% (1414 пацієнтів), хворіли на гепатит С – 46% (3418 пацієнтів), туберкульоз – 17,8% (1309 пацієнтів).

Не менш тяжкими наслідками поширення наркоманії та наркотизму є погіршення криміногенної ситуації у країні, які утворюють хибну послідовність: «наркотики – злочин – наркотики». Окреслюючи взаємозв'язок наркоманії і злочинності, варто відзначити, що наркоманія тісно пов'язана зі злочинністю і є живильним ґрунтом для вчинення різних злочинних дій, насамперед корисливих і корисливо-насильницьких. Нелегальне постійне придбання наркотиків вимагає значних матеріальних витрат. Вартість наркотичних засобів на «чорному ринку» перевищує аптечні ціни на найпоширеніші види наркотиків у десятки або сотні разів. Щоб дістати кошти на наркотики, наркозалежний, який найчастіше ніде не працює та не навчається, починає спочатку брати кошти у рідних або друзів, а коли йому починають відмовляти – вчиняти крадіжки, шахрайства, грабежі, розбої та інші корисливі злочини. На вчинення злочинів йдуть і багато працюючих наркозалежних осіб тому, що легального заробітку для придбання наркотиків або сировини для їх виготовлення їм недостатньо.

Проведене у 2012 р. фахівцями Національної академії внутрішніх справ спільно з громадськими організаціями наукове дослідження «Вплив програм замісної підтримуючої терапії на криміногенну ситуацію у державі» засвідчило, що з 1562 проанкетованих СІН більше половини респондентів (56,7%) відзначили, що перебувають випадковими заробітками, 46,35% – добувають потрібні кошти не завжди законним шляхом, 45,84% – використовують кошти членів сім'ї або родичів, 43,47% – виступають посередником у придбанні наркотиків товаришами. Серед інших джерел здобуття коштів для придбання дози наркотичних засобів респонденти зазначили наступні: зайняття проституцією; сутенерство і охорона дружини чи співмешканки, яка займається проституцією; пенсія або соціальна допомога по інвалідності. При цьому 45,39% респондентів відзначили, що для отримання коштів на придбання наркотиків їм доводиться вчиняти злочини, пов'язані з наркотиками.

Це дослідження засвідчило, що кількість коштів, які витрачаються наркозалежними особами на придбання наркотиків, у регіонах різна. Разом з тим, половина респондентів (49,04%) відзначила, вони щоденно на наркотики витрачають до 200 грн., 36,94% – до 500 грн., незначна частина (6,53%) витрачає понад 500 грн.

Наркоманія тісно пов'язана з насильницькою злочинністю. Вживання нелегальних наркотиків породжує невмотивовану злісність, почуття тривоги, несвідомий страх, що досить часто викликають агресію. Перебуваючи у стані абстиненції або навпаки у стані передозування, наркозалежні особи здатні на будь-які злочини, не тільки корисливі, а й насильницькі (навіть вбивства). Одним із мотивів вчинення цих злочинів усе частіше стає прагнення заволодіти наркотиками або коштами для їх придбання.

Зокрема, за статистичними даними МВС України, протягом 2002 – 2011 рр. наркозалежними та особами в стані наркотичного сп'яніння вчинено такі злочини: 362 умисних вбивств (із замахом на вбивство); 268 умисних тяжких тілесних ушкоджень; 935 розбоїв; 3289 грабежів; 75 зґвалтувань; 6 865 крадіжок державного та 23 137 крадіжки приватного майна; 262 незаконних заволодінь транспортними засобами; 347 випадків хуліганства і т. д.

Частка злочинів, вчинених наркозалежними особами у загальній структурі злочинності, у середньому складає 2,3%. Але цей показник не відповідає дійсності через відсутність об'єктивних даних. Кримінальна статистика дає дуже приблизне уявлення про справжні масштаби наркозлочинності, адже вона є гіперлатентною та у 3-6 разів перевищує частину статистичні відомості. Основна частина наркозлочинності прихована від прямого спостереження й обчислити її можна, лише застосовуючи комплекс сучасних досліджень кримінології.

Поширенню наркоманії передують незаконний обіг наркотиків, які проникають із суто кримінального середовища в ігровий і видовищний бізнес, до місць масового проведення дозвілля та у навчальні заклади, стають складовою молодіжної культури, як до того цигарки та алкоголь.

Негативні наслідки незаконного обігу наркотиків аналогічні наслідкам злочинності, під якими розуміються: реальна шкода, заподіяна незаконним обігом наркотиків суспільним відносинам, що виражається в сукупності причинно пов'язаних із злочинною поведінкою прямих і непрямих, безпосередніх та опосередкованих негативних змін (збиток, втрати, збитки і т.п.), яким у кінцевому рахунку піддаються соціальні (економічні, моральні, правові та ін.) цінності, а також сукупність економічних та інших витрат суспільства, пов'язаних з організацією боротьби з незаконним обігом наркотиків і соціальною профілактикою наркоманії. Виходячи з цього визначення, негативними соціальними наслідками незаконного обігу наркотиків та наркоманії слід визнати, по-перше, сукупність всіх негативних соціальних змін, що викликаються ними, і, по-друге, витрати суспільства на їх подолання.

У кримінології до негативних соціальних змін, що породжується незаконним обігом наркотиків та наркоманією, відносять, наприклад, шкоду, що наноситься здоров'ю людей, руйнування сімейних норм, зниження продуктивності праці, породження різного роду антигромадських вчинків і злочинності. При більш детальному розгляді зазначених негативних змін виокремлюють такі: погана трудова дисципліна наркозалежних осіб, зумовлена їх незадовільним фізичним станом, виключення в періоди настання абстиненції участь у виробництві; основна орієнтація наркозалежних осіб полягає в тому, що головним змістом їх інтересів і помислів є відшукування способів їх добування. Великої матеріальної шкоди завдається суспільству наркоманією як джерелом нещасних випадків на транспорті та у суспільному виробництві. У доповіді Національного центру моніторингу за наркотиками Міністерства юстиції США за 2013 р., який стосується економічної складової впливу незаконного вживання наркотиків, йдеться про те, що лише витрати від зловживання наркотиками в Америці в сфері охорони здоров'я та продуктивність праці склала більше 80 млрд. доларів⁴⁷.

Комітет експертів ВООЗ серед основних чинників, що визначають соціальну небезпеку і негативні наслідки наркотизму, виділяє дві основні групи: порушення міжособистісних відносин їх споживачів і поширення неблагополучних наслідків для багатьох

⁴⁷<http://www.stratgap.ru/pages/strategy/3662/3885/4643/index.shtml> [Електронний ресурс].

людей. До числа специфічних соціальних проблем, пов'язаних зі зловживаннями наркотиками, належать: колосальні матеріальні втрати і їх наслідки у формі різної за характером шкоди як безпосередньому оточенню споживачів наркотиків (батькам, навчальному колективу і т.д.), так і суспільству в цілому; погіршення взаємин з офіційними (формальними) установами та організаціями, навчальними або трудовими колективами і т.д.; схильність споживачів наркотиків до злочинної діяльності, пов'язаної з добуванням наркотиків або коштів для їх придбання, а також з вчиненням насильницьких і корисливо-насильницьких злочинів під впливом наркотичних засобів; додатковий попит на соціальну допомогу та медичне обслуговування осіб, які допускають немедичне споживання наркотиків, та пов'язані з цим витрати як наркозалежної особи, так і суспільства в цілому; небезпека споживачів наркотиків, що виступають одночасно в якості потенційних розповсюджувачів наркоманії серед свого безпосереднього оточення.

Підсумовуючи і узагальнюючи розглянуті положення, що характеризують соціальний аспект наркотизму, можна констатувати, що, з одного боку, наркотизм негативно проявляється в різних сферах соціального середовища, а з іншого – його суспільна небезпека виражається у формі різноманітної шкоди – фізичної, майнової, моральної. Ця шкода заподіюється, по-перше, поширенням наркотичної субкультури і залученням в її орбіту нових осіб, по-друге, злочинами, пов'язаними з наркотичними засобами, по-третє, злочинами, що здійснюються з метою добування засобів для подальшого придбання наркотиків, по-четверте, злочинами, що здійснюються в стані наркотичного сп'яніння, і, по-п'яте, необхідними витратами суспільства на різноманітні й різнобічні заходи боротьби з наркотизмом.

ПОНЯТТЄВИЙ АПАРАТ

1. **Аналоги наркотичних засобів і психотропних речовин** – заборонені до обігу на території України речовини синтетичні чи природні, не включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, хімічна структура та властивості яких подібні до хімічної структури та властивостей наркотичних засобів і психотропних речовин, психоактивну дію яких вони відтворюють.

2. **Наркоманія** (2) – (від грецького *νάρκη* /*narkē*/ – заціплення, сон, и *μᾶνία* /*mania*/) – безумство, пристрасть, нестримний потяг) – хронічна прогресивна (повільно прогресуюча) хвороба, що виникає в наслідок систематичного, в наростаючій кількості вживання речовин, що відносяться до затвердженого на офіційному рівні списку наркотиків.

3. **Наркоманія** (1) – психічний розлад, зумовлений залежністю від наркотичного засобу або психотропної речовини внаслідок зловживання ними.

4. **Наркотизм** – це відносно розповсюджене, статистично стійке соціальне явище, сутність якого полягає у споживанні деякою частиною населення наркотичних засобів і виражається у відповідних наслідках. Проблеми наркотизму перебувають на стику багатьох наук: медицини, права, культурології, девіантології.

5. **Наркотичні засоби** – речовини природні чи синтетичні, препарати, рослини, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

6. **Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (Перелік)** – згруповані у списки наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори наркотичних засобів і психотропних речовин, включені до таблиць I–IV згідно із законодавством України та міжнародними договорами. Перелік та зміни до нього затверджуються Кабінетом Міністрів України за поданням спеціально уповноваженого органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я і публікуються в офіційних друкованих виданнях.

7. **Прекурсори наркотичних засобів і психотропних речовин (прекурсори)** – речовини, які використовуються для виробництва, виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

8. **Психотропні речовини** – речовини природні чи синтетичні, препарати, природні матеріали, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

9. **Токсикоманія** – хвороба, яка характеризується нездоланною тягою до вдихання випарів різноманітних розчинників та інших хімічних сполук, які діють на нервову систему подібно до алкоголю або наркотиків. Викликаючи серйозне руйнування організму і сильну залежність, токсикоманія відрізняється від наркоманії лише в юридичному аспекті: вона викликається вживанням речовин, не віднесених до Переліку.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ДО РОЗДІЛУ

1. Які наркотики були розповсюджені в Київській Русі та Російській імперії?
2. Проаналізуйте поняття «наркотизм» та його елементи.
3. Охарактеризуйте поняття «наркоманія» та його елементи.
4. Проаналізуйте основні ознаки та аспекти наркотизму.
5. Охарактеризуйте основні ознаки та особливості наркоманії.
6. Назвіть ознаки наркотичних засобів та психотропних речовин.
7. Які наркотичні засоби належать до природних, напівсинтетичних та синтетичних? Проаналізуйте їх.
8. Подайте визначення поняття токсикоманії та охарактеризуйте її елементи.

9. Назвіть основні наслідки поширення наркоманії та наркотизму в Україні.
10. Охарактеризуйте медичний аспект поширення наркоманії та наркотизму в Україні.
11. Проаналізуйте криміногенні наслідки поширення наркоманії та наркотизму в Україні.
12. Охарактеризуйте соціальні наслідки поширення наркоманії та наркотизму.

ТЕМИ РЕФЕРАТІВ

1. Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, його структура та порядок формування.
2. Наркоманія та історія її виникнення.
3. Наркотики та наслідки їх вживання.
4. Правда та міфи про наркоманію.
5. Види та характеристика наркотиків.
6. Розповсюдження ВІЛ/СНІДу, гепатитів та інших небезпечних хвороб серед наркозалежних в сучасній Україні.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ

1. Історія обігу наркотиків у давні часи.
2. Сучасний стан розповсюдження наркотиків у світі.
3. Розповсюдження токсикоманії у незалежній Україні.
4. Особливості впливу наркотичних засобів на громадське здоров'я.
5. Розвиток наукових досліджень проблем протидії незаконному обігу наркотиків у нашій державі.

ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДАВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальні проблеми боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів в Україні. Загальна частина: у 2-х кн.: курс лекцій. Кн. 1 / Л.Г. Шарай, Б.В. Западнюк, Я.І Слободян та ін.; за ред. Є.М. Моїсєєва. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, Прикарпат. юрид. ін-т., ЛьвДУВС, 2007. – 212 с.
2. Антинаркотична профілактика в молодіжному середовищі: практ. посіб. – К.: НА-ВСУ, 2004. – 124 с.
3. Веселовская Н. В. Наркотики / Н. В. Веселовская, А. Е. Коваленко. – М., 2000. – 206 с.
4. Габиани А.А. На краю пропасти. – М.: Мысль, 1990. – 220 с.
5. Габиани А.А. Наркотизм: вчера и сегодня / РЦИОМ – Тбилиси, 1988. – 256 с.
6. Гасанов Е.Г. Наркотизм: тенденции и меры преодоления (на материалах Азербайджанской Республики). – М: Учебно-консультационный центр «ЮрИнфор», 1997. – 272 с.
7. Геродот. История в девяти книгах. – Кн. 4. – Л.: Наука, 1972.
8. Голант Р.Я. Проблема морфинизма / Труды ГИМЗ. – Л., 1929. – С. 67-68.
9. Гофман А. Г. Клиническая наркология / А. Г. Гофман. – М.: Миклош, 2003. – 215 с.
10. Джужа О.М. Кримінологія: Навчально-методичний посібник / Джужа О.М., Моїсєєв Є.М., Василич В.В. та ін.: За заг. ред. О.М. Джужа. – К.: Атіка, 2003. – 400 с.
11. Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 року. Законодавство у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів: 36. нормат. актів / У 2 ч. – Ч. 1. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, 2006 – С. 88–138.
12. Злоупотребление опиоидами – опиоидная зависимость / Ю. П. Сиволап. – М.: Медицина, 2003. – 303 с.
13. Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение: монография / Козлов А.А. Рохлина М.Л. — М., 2001. — 208 с.
14. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин від 20 грудня 1988 року // Законодавство у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів: 36. нормат. актів / У 2 ч. – Ч. 1. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, 2006. – С. 191–231.
15. Конвенція про психотропні речовини 1971 року // Законодавство у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів: 36. нормат. актів / У 2 ч. – Ч. 1. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, 2006. – С. 155–191.
16. Курманов К.Ш. Наркомания: уголовно-правовые и криминологические проблемы. – Фрунзе, 1989. – 231 с.
17. Кутанин М.П. Вопросы теории и практики морфинизма / Сб. трудов психиатр. клиники МГУ. – М., 1929.
18. Личко А.Е., Бітенський В.С. Підліткова наркологія. – Л.: Медицина, 1991. – 301 с.
19. Майский А.И., Ведерникова Н.И., Чистяков В.В., Лакин В.В. Биологические аспекты наркомании. – М., 1982. – 256 с.
20. Медичні та соціальні аспекти наркоманії / Ф. П. Ринда. // Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДУ : матеріали конф. – К., 2003. – С. 53-55.
21. Молчанов Н.И., Сорокин В.А. Алкоголизм и другие наркомании. – Л., 1970. – 32 с.
22. Моравіцький С. Про наркотичні і деякі інші отруйні речовини, що вживаються населенням Ферганської області. /Праці Каз. Імп. Унів. – Казань, 1885. – 27 с.
23. Наркологія : 36. нормат. документів / ред. Заболотько В. М. – К., 2004.

24. Наркологія [Текст]: навч. посіб. / [Западнюк Б. В., Несен О. О., Галан Н.В. та ін.] ; за ред. О. М. Джужі. – К.: КНТ, 2012. – 328 с.
25. Наркотизация населения Украины: взгляд на проблему и пути её решения: Науч. изд. / А. П. Толопило, В. Г. Ожогова // Одесская правозащитная группа «Веритас». – Одесса, 2007. – 119 с.
26. Наркотизм: тенденции и меры преодоления (на материалах Азербайджанской Республики). — М: Учебно-консультационный центр «ЮрИнфор», 1997. — С. 19
27. Наркотики: пособ. / Н. В. Веселовская, А. Е. Коваленко. – М., 2000 – 206 с.
28. Наркотики: социальные, медицинские и правовые аспекты: справочник / Авт.-сост. И. Н. Кузнецов, С. К. Купрейчик. – Минск : Новое знание, 2001. – 399 с.
29. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 640 с.
30. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними : Закон України від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 10. – Ст. 62.
31. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори (із змінами та доповненнями) : Закон України від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 10. – Ст. 60.

РОЗДІЛ 2

КРИМІНОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ

НЕЗАКОННОГО ОБІГУ НАРКОТИКІВ

В УКРАЇНІ

- 2.1. Рівень, структура, динаміка злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків.
- 2.2. Характеристика та правовий статус осіб, причетних до незаконного обігу наркотиків.
 - 2.2.1. Характеристика осіб, причетних до незаконного обігу наркотиків.
 - 2.2.2. Правовий статус наркозалежної особи.
- 2.3. Причини та умови поширення незаконного обігу наркотиків.
 - 2.3.1. Детермінанти злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків.

2.1. Рівень, структура, динаміка злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків

Насамперед, щоб розкрити кримінологічну характеристику злочинів, що вчиняються у сфері обігу наркотиків, необхідно визначити, які злочини включає Кримінальний кодекс України. Злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, передбачені XIII розділом особливої частини Кримінального кодексу України (ст. 305 – 320 включно) та включають наступні протиправні дії:

- контрабанда наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 305 КК України);
- використання коштів, здобутих від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 306 КК України);
- незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст. 307 КК України);
- викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем (ст. 308 КК України);
- незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту (ст.309 КК України);
- посів або вирощування снотворного маку чи конопель (ст. 310 КК України);
- незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання прекурсорів (ст. 311 КК України);
- викрадення, привласнення, вимагання прекурсорів або заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживанням службовим становищем (ст. 312 КК України);
- викрадення, привласнення, вимагання обладнання, призначеного для виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, чи заволодіння ним шляхом зловживання службовим становищем та інші незаконні дії з таким обладнанням (ст. 313 КК України);
- незаконне введення в організм наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст.314 КК України); схиляння до вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст.315 КК України);
- незаконне публічне вживання наркотичних засобів (ст.316 КК України);
- організація або утримання місць для незаконного вживання, виробництва чи виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст.317 КК України);
- незаконне виготовлення, підроблення, використання чи збування підроблених документів на отримання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст.318 КК України);
- незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин (ст.319 КК України);
- порушення встановлених правил обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст.320 КК України).

У чинному законодавстві України **незаконний обіг наркотиків** визначається як діяння з: культивування рослин, включених до Переліку наркотичних засобів, психотропних

речовин і прекурсорів, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, пересилання, придбання, збуту, ввезення на територію України, вивезення з території України, транзиту через територію України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що здійснюються з порушенням законодавства про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори⁴⁸.

З вищезазначеного можна окреслити основні ознаки незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів:

- наявність умов, що сприяють витоку у незаконний обіг легальних наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- вчинення незаконних операцій з наркотиками, що обов'язково включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- сукупність недозволених чинним законодавством суспільно небезпечних діянь, що виражаються у культивуванні наркомістких рослин; розробленні, виробництві, виготовленні, зберіганні, перевезенні, пересиланні, придбанні, збуті, ввезенні на територію України, вивезенні з території України, транзиту через територію України, використанні, знищенні наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- одержання прибутку від незаконних операцій з наркотичними засобами, психотропними речовинами та прекурсорами;
- наявність сировинної бази (наркомістких рослин) або сталих зв'язків з джерелом придбання наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів;
- наявність приміщення та інших технічних засобів для незаконного розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- чітка система незаконних дій з наркотичними засобами, психотропними речовинами і прекурсорами;
- транснаціональний характер щодо незаконних діянь з ввезення на територію України, вивезення з території України, транзиту через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- наявність корумпованих зв'язків у правоохоронних органах. Особливо вони потрібні для успішної контрабанди наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Наступним видом злочинної діяльності та складовою частиною незаконного обігу наркотиків є **наркобізнес**. Прогресуюче зловживання наркотиками, різкий ріст цін на них, збільшення кількості осіб, які втягуються у цю протиправну діяльність, – створює сприятливі умови для появи злочинних угруповань, що здійснюють їх організований збут (наркобізнес).

Законодавчо визначення наркобізнесу поки не закріплено, тому використаємо декілька, які, на нашу думку, є найбільш обґрунтованими. Отже, наркобізнес можна визначити як законну або незаконну економічну діяльність, що пов'язана з культивуванням, виробництвом, виготовленням, розповсюдженням наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів з метою отримання надприбутку⁴⁹.

Як правило, наркобізнесом займаються організовані злочинні угруповання, які, отримуючи за рахунок цього значні незаконні прибутки, «відмивають» їх, вкладаючи у легальний бізнес, тобто у таких випадках наркобізнес набуває ознак організованої

⁴⁸ Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15.02.1995 р. (із змінами та доповненнями) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.
– Загол. з екрану. – Мова укр.

⁴⁹ Наркотики: соціальні, медичні і правові аспекти: Довідник / Авт.: І.М. Кузнецов, С.К. Купрейчик. – Мн.: Нове знання, 2001. – 400 с.

злочинності, якій властива ієрархічна структура, суворе дисципліна, розподіл функцій, наявність на утриманні корумпованих чиновників тощо. Тому визначення наркобізнесу, яке дають вітчизняні кримінологи, є сутнісним: наркобізнес – це кримінально карана корислива діяльність у сфері незаконного обігу наркотиків, яку здійснює група осіб у формі промислу⁵⁰.

Але не будь-які злочинні дії навіть групи осіб можна віднести до наркобізнесу. Від нього треба відокремлювати таку злочинну діяльність, як внутрішньогруповий і міжгруповий збут наркотичних засобів.

Внутрішньогруповий збут наявний тоді, коли група наркозалежних осіб, об'єднана спільною метою вживанням наркотиків (так звана «сім'я»), посилає за ними, зібравши гроші, своїх заготовників («гінців»), які їх скуповують або добувають іншим способом, потім привозять для вживання. Міжгруповий збут відбувається у випадках передачі наркотиків іншим спорідненим «сім'ям» (наркоугрупованням) за винагороду, яка має компенсувати витрати тих, хто передає наркотики, щоб поповнити їх запасами.

Ні в першому, а ні в другому випадку (на які припадає на сьогодні більша частина обігу наркотиків) немає ознак наркобізнесу, так як він підпорядковується меті наживи отримати прибуток, який надходить постійно. Це злочинна професійна діяльність, промисел, постійне джерело прибутків.

Тому необхідно виділити основні ознаки, які характерні саме наркобізнесу:

- масштабність незаконних дій з наркотиками;
- особлива конспіративність наркоділків, яка має наслідком перехід на нелегальне становище у випадку виявлення;

- високий рівень організації злочинних угруповань;
- надприбутковість злочинного промислу⁵¹;
- нерідко наявність легального бізнесу;
- заздалегідь сплановане та кваліфіковане вчинення злочинів;
- наявність усталеного джерела для придбання наркотичних засобів.

Наркобізнес складається з декількох взаємопов'язаних етапів (стадій):

- 1) контрабанда, незаконні виробництво, виготовлення, вирощування, закупівля наркотичних засобів або викрадення наркотичних (психотропних) лікарських засобів;
- 2) доставка їх до місця реалізації;
- 3) збут таких засобів споживачам.

Залежно від певних особливостей наркобізнес може бути класифікований на три види:

I вид – може складатися із наступних етапів: незаконне культивування наркомістких; виробництво, виготовлення з них наркотичної сировини; транспортування цієї сировини до місця її збуту; її збереження; виготовлення наркотиків, придатних до вживання (екстрагування, рафінування тощо) та фасування; створення клієнтури, організація, утримання приміщень для незаконного вживання наркотиків; оптова і роздрібна торгівля наркотичними засобами.

II вид – характеризується викраденням або придбанням наркотичної сировини або готових наркотичних (психотропних) лікарських засобів з хімфармпідприємств, аптек, лікувальних закладів та їх наступний збут скупникам-оптовикам, які у свою чергу продають їх клієнтам-споживачам.

⁵⁰ Джужа О.М., Моїсєєв Є.М., Василевич В.В. та ін. Кримінологія: Навч.-метод. посібн. / За заг. ред. О.М. Джужа. – К.: Атіка, 2003. – 400 с.

⁵¹ Джужа О.М., Моїсєєв Є.М., Василевич В.В. та ін. Кримінологія: навч.-метод. посібн. / За заг. ред. О.М. Джужа. – К.: Атіка, 2003. – С. 188.

III вид – характеризується викраденням або придбання прекурсорів, хімічних реагентів, спеціального обладнання, завдяки яким у подальшому виготовляються синтетичні наркотики у хімлабораторіях, які облаштовуються безпосередньо на виробництві, у дослідній лабораторії, у вищому навчальному закладі або за місцем проживання злочинців; подальші етапи аналогічні наведеним вище⁵².

Продовжує залишатися на високому рівні розповсюдження контрабанди наркотиків, які доставляються з країн СНД або далекого зарубіжжя і розповсюджуються в Україні. У нашій країні немає жодного району, де б не вилучався героїн, кокаїн або амфетамін іноземного походження. Але вищезгадані операції це вже інший вид наркобізнесу – транснаціональний наркобізнес.

Транснаціональний наркобізнес – окремий вид організованої транснаціональної злочинності, який характеризується структурованою системою високоорганізованих і ретельно законспірованих злочинних угруповань, які займаються міжрегіональною, у ряді випадків міжнародною злочинною діяльністю у формі промислу, предметом якого є наркотичні засоби, з метою систематичного отримання максимальних прибутків та надприбутків, використовуючи в своїх інтересах як державні структури, так і інститути громадянського суспільства.

Транснаціональному наркобізнесу більше, ніж іншим напрямом організованої злочинної діяльності, властиві такі ознаки:

- ієрархічна і багатоструменева структура кримінальних угруповань, що передбачає чітке підпорядкування груповій дисципліні та вказівкам організатора;
- організаційна стабільність наркооб'єднання;
- завчасна підготовка, планування і кваліфіковане вчинення злочинів;
- функціональна диференціація членів злочинного об'єднання (розподіл ролей між ними, у тому числі й при виборі і вербуванні співучасників);
- наявність ретельно замаскованих зв'язків, що базуються на чіткій самоорганізації, високому рівні конспірації;
- продумана підготовка засобів реалізації і способів збуту наркотиків;
- стійка спрямованість на створення корумпованих зв'язків у правоохоронних органах;
- чітка система дій, пов'язаних з незаконними операціями з наркотиками;
- монополізація прагнень до поставлених цілей;
- гостра конкурентна боротьба і суперництво, що існують між окремими організованими наркоугрупованнями (наркомафіями) поряд зі злочинними контактами і взаємодією, які нерідко набувають форм озброєного протистояння та фізичного знищення на ґрунті розподілу і перерозподілу ринків збуту. Запекла міжособна боротьба призводить до виникнення найпотужніших синдикатів.

Необхідно відмітити, що незаконний обіг наркотиків, наркобізнес, зокрема, й транснаціональний, є стимулом зростання загальнокримінальної та економічної злочинності. Основними сферами застосування прибутку від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів є гральні заклади, дискотеки та нічні клуби, купівля-продаж нерухомості тощо. Але останнім часом супутнім злочиним у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів стала корупція серед посадових осіб правоохоронних органів та органів державного управління і влади, місцевого самоврядування.

⁵² Александров Ю.В., Гель А.П., Семаков Г.С. Криминология: Курс лекцій. – К.: МАУП, 2002. – 296

Інформаційно-аналітичний огляд за 2004 – 2011 рр.

Аналіз статистичних даних МВС України засвідчує, що протягом 2004 – 2011 рр. органами внутрішніх справ виявлено 490,6 тис. злочинів у сфері обігу наркотиків. Із загальної кількості вчинених злочинів, 137,7 тис. пов'язано зі збутом наркотиків, питома вага таких злочинів за вісім років склала 28,1%. Відмічається збільшення питомої ваги виявлених збутів наркотиків від загальної кількості злочинів у сфері обігу наркотиків: у 2004 р. вона склала 27%, у 2011 р. – 30,6%. Питома вага наркозлочинності в загальній структурі за-реєстрованих злочинів в нашій державі у 2004 р. становила 13,1%, у 2011 р. – 10,3%.

Із загальної кількості виявлених злочинів ОВС за ст. 306 ККУ виявлено – 1088 злочинів, за ст. 307 ККУ – 137766 злочинів, за ст. 309 ККУ – 270203 злочинів, за ст. 313 ККУ – 51854 злочинів, за ст. 315 ККУ – 6382 злочинів, у т.ч. 1886 – за схиляння неповнолітніх до вживання наркотиків; за ст. 317 ККУ – 19256 злочинів, у т.ч. 6494 щодо осередків незаконного виготовлення наркотиків.

За вказаний період викрито 1913 каналів контрабандного переміщення наркотиків територією України, проведено їх 64001 оперативних закупівель та 2321 контрольованих поставок, ліквідовано 312 злочинних угруповань з ознаками організованості, що діяли в сфері незаконного обігу наркотиків.

З незаконного обігу вилучено 142 т наркотиків, зокрема 46,2 т марихуани, 66,5 т макової соломи, 2190 кг опію, 8,5 кг героїну, 5 кг кокаїну, 66 кг психотропних речовин та їх похідних.

Аналіз викритих злочинів в сфері обігу наркотиків засвідчує їх наступну динаміку протягом 2004 – 2011 рр.:

- поступове стабільне щорічне зменшення загальної кількості виявлених злочинів, що вчиняються в сфері обігу наркотиків з 65740 у 2004 р. до 53206 у 2011 р. (-19%);
- незважаючи на поступове щорічне зменшення кількості викритих злочинів, пов'язаних з незаконним збутом наркотиків, з 17768 у 2004 р. до 16318 у 2011 р. (-8,2%), відмічається збільшення протягом вказаного періоду питомої ваги збутів від загальної кількості злочинів у сфері незаконного обігу наркотиків з 27% до 30,7%;
- у 1,2 рази зменшилась кількість виявлених збутів наркотиків, що вчиняються групою осіб (з 4003 у 2004 р. до 3268 у 2011 р.);
- на 5,7% викрито менше нарколабораторій (з 229 у 2004 р. до 216 у 2011 р.);
- на 32,1% зменшилась кількість викритих схильня осіб до немедичного вживання наркотичних засобів (з 815 у 2004 р. до 553 у 2011 р.);
- кількість викритих злочинів, пов'язаних із схилянням неповнолітніх зменшилась у 2,2 рази (з 255 у 2004 р. до 117 у 2011 р.);
- у 1,4 рази зменшилась кількість викритих місць незаконного виробництва, виготовлення та вживання наркотичних засобів (з 2708 у 2004 р. до 1965 у 2011 р.);

Упродовж 2004 – 2011 рр. ОВС виявлено 330351 особу, які вчинили злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотиків. Порівняно з 2004 р. у 2011 р. кількість осіб, які вчинили наркозлочини, зменшилась на 18,2% (з 45169 до 36930 осіб).

Протягом 2004 – 2011 рр. наркозалежними та особами у стані наркотичного сп'яніння вчинено 102139 злочинів (по закінчених кримінальних справах на той час). Із вказаної кількості злочинів 85735 злочинів вчинено наркозалежними особами, а 16404 – в стані наркотичного сп'яніння.

Зокрема, протягом вказаного періоду наркозалежними та особами в стані наркотичного сп'яніння вчинено:

- 256 умисних вбивств (із замахом на вбивство);

- 187 умисних тяжких тілесних ушкоджень;
- 741 розбій;
- 2464 грабежі;
- 57 зґвалтувань;
- 1894 крадіжок державного майна;
- 1609 крадіжок приватного майна;
- 168 незаконних заволодінь транспортними засобами;
- 253 хуліганств.

Аналізуючи вчинення злочинів наркозалежними та особами у стані наркотичного сп'яніння у 2004 – 2011 рр., мають можна окреслити наступні тенденції:

- зменшення на 34,6% загальної кількості злочинів, що вчинялися наркозалежними особами та особами у стані наркотичного сп'яніння (з 15932 у 2004 р. до 10410 у 2011 р.);
- зменшення: на 30% кількості вчинених розбійних нападів (з 82 у 2004 р. до 58 у 2011 р.), у 1,8 разів кількості вчинених грабежів (з 409 у 2004 р. до 216 у 2011 р.); у 3,1 рази кількості вчинених крадіжок державного майна (з 271 у 2004 р. до 87 у 2011 р.); у 2,1 рази кількості вчинених крадіжок особистого майна (з 2744 у 2004 р. до 1307 у 2011 р.);

Як один із засобів запобігання злочинності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів ОВС активно застосовується адміністративна відповідальність. Протягом 2002 – 2010 рр. до адміністративної відповідальності за незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44 КУпАП) притягнуто 77584 осіб. При цьому кількість таких справ за вказаний період збільшилась на 34,7% (з 12022 у 2002 р. до 16196 у 2010 р.).

Протягом 2002 – 2010 рр. за ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження до адміністративної відповідальності було притягнуто 1514 осіб. Відзначається суттєве збільшення (у 2 рази) кількості осіб вказаної категорії (з 70 у 2002 р. до 149 у 2010 р.), які були притягнені до адміністративної відповідальності.

Не менш складні проблеми виникли з поширенням нелегальних посівів наркотикомісних рослин, у першу чергу снотворного маку та конопель. Протягом 2002 – 2011 рр. працівниками ОВС виявлено 55,8 тис. фактів незаконних посівів наркотикомісних рослин (снотворного маку та коноплі), з яких 37 тисяч фактів (66,4%) – снотворного маку, 18752 факти (33,6%) – коноплі. Всього за десять років знищено 69404,6 тис. м² посівів вказаних рослин, з яких 45552,4 тис. м² – снотворного маку (65,6%), 23852,2 тис. м² – коноплі (34,4%).

При зменшенні у 3,1 рази кількості виявлених фактів незаконних посівів снотворного маку (з 5106 у 2002 р. до 1620 у 2011 р.) у 2,7 рази збільшилась кількість виявлених незаконних посівів коноплі (з 1067 у 2002 р. до 2872 фактів у 2011 р.).

На один факт виявлених незаконних посівів снотворного маку в середньому приходить знищена площа у розмірі 1228,1 м², при цьому така площа збільшилась у 18,8 разів (з 667 м² у 2002 р. до 12550 м² у 2011 р.).

На один факт виявлених незаконних посівів коноплі в середньому приходить знищена площа у розмірі 1308 м², яка за десять років збільшилась у 19,3 рази (з 64,7 м² у 2002 р. до 1251,6 м² у 2011 р.).

Інформаційно-аналітичний огляд за 2012 р.

У 2012 р. органами внутрішніх справ викрито 45,3 тис. злочинів у сфері обігу наркотиків. Усього задокументовано 16,6 тис. тяжких та особливо тяжких злочинів у цій сфері, питома вага яких складає 36,7%. Протягом року проведено 9,8 тис. оператив-

них закупівель та 260 контрольованих постачань наркотиків. У результаті цих заходів задокументовано 14,4 тис. злочинів, пов'язаних зі збутом наркотиків та 488 зі збутом отруйних та сильнодіючих речовин.

За розповсюдження та збут наркотиків до кримінальної відповідальності притягнуто 6,5 тис. збувачів наркотиків, кримінальні провадження яких направлено до суду. За 2012 р. підрозділами ОВС викрито 63 організованих злочинних наркоугруповань кримінальні справи, по яким направлено до суду.

Одним з дієвих важелів щодо подолання наркозлочинності є арешт активних учасників наркобізнесу, а саме наркозбувачів. Минулого року обрано запобіжний захід – утримання під вартою 4,3 тис. збувачів наркотиків, тобто заарештовується 66% наркоділків.

Одним з основних завдань при арешті наркоділків залишається вилучення у них коштів та майна, здобутих злочинним шляхом. У 2012 р. задокументовано 116 злочинів, пов'язаних з відмиванням грошей, отриманих від наркобізнесу. Усього вилучено та накладено арештів на кошти і майно наркозлочинців на суму 80,77 млн. гривень.

У 2012 р. органами внутрішніх справ ліквідовано 272 міжнародних канали переміщення наркотиків через державний кордон, порушено 35 кримінальних справ за ознаками злочину, передбаченого ст. 305 КК України. Основними країнами-постачальниками наркотиків в Україну є Російська Федерація, Республіка Молдова, Республіка Польща та Республіка Білорусь.

У цьому ж році викрито 1 781 злочинів, пов'язаних з притонуотриманням, у 486 таких осередках не тільки вживали, а й виготовляли наркотики. Ліквідовано 146 підпільних нарколабораторій, де використовувалось спеціальне обладнання.

Органами внутрішніх справ вживались заходи щодо викриття осіб, які втягували у наркоманію інших, особливо неповнолітніх. За звітний період виявлено 456 таких злочинів, числі зокрема, 105 злочинів щодо втягнення у наркоманію неповнолітніх.

УБНОН МВС та його підрозділами на місцях вжито ряд організаційних та практичних заходів, спрямованих на запобігання наркозлочинності. На території держави з 15 жовтня по 22 листопада 2012 р. проведено оперативно-профілактичні заходи з виявлення та перекриття каналів витоку підконтрольних лікарських засобів з об'єктів легального обігу під умовною назвою «Батискаф». Під час заходів здійснено перевірки 6,3 тис. суб'єктів, які здійснювали свою діяльність у сфері обігу підконтрольних речовин, виявлено 455 порушень установлених правил обігу зазначених речовин, виявлено 176 злочинів. З незаконного обігу вилучено 43,7 тис. доз лікарських засобів та 10,6 т прекурсорів.

З метою недопущення розповсюдження наркотичних засобів і психотропних речовин серед учнівської та студентської молоді на виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011 – 2015 рр. у період з 9 по 19 листопада 2012 р. організовано та проведено оперативно-профілактичні заходи з протидії розповсюдженню наркотичних засобів у навчальних закладах під умовною назвою «Генофонд». Під час проведення заходів перевірено понад 17,8 тис. місць навчання неповнолітніх та молоді, з яких 13,8 тис. шкіл, 348 ліцеїв, 383 гімназій, 753 ПТУ, 515 технікумів і 560 вищих навчальних закладів. За виявленими фактами викрито 188 злочинів, із них 76 – пов'язані зі збутом наркотиків, 4 – зі схилянням до вживання наркотиків, з яких 3 – за схиляння до вживання наркотиків неповнолітніх. У результаті проведених заходів з незаконного обігу вилучено більше 36 кг наркотичних засобів.

На виконання доручення Президента України від 16 вересня 2010 р. №1-1/1818 органами внутрішніх справ протягом звітного періоду проводились оперативно-профілактичні заходи, пов'язані з недопущенням розповсюдження наркотичних засобів та психотропних речовин у розважальних закладах та місцях масового відпочинку громадян. У ході проведення заходів здійснено перевірку 24,3 тис. розважальних закладів, з яких 15,5 тис. барів та кафе, 2,8 тис. комп'ютерних клубів, 2,9 тис. дискотек, 549 нічних клубів, 227 кальян-клубів, 2,3 тис. інших закладів та місць, де проводять дозвілля громадяни. У результаті вжитих заходів задокументовано 1,4 тис. фактів незаконного обігу наркотичних засобів, виявлено 965 злочинів, зокрема, 452 – пов'язані зі збутом наркотиків. У наркоділків вилучено близько 70 кг наркозасобів, з яких 53,6 кг марихуани, 7,2 кг макової соломи, 1,1 кг амфетаміну, 4,4 кг опію та 122 г кокаїну.

З метою виявлення і знищення нелегальних посівів маку та конопель, перекриття каналів витоку наркосировини з легальних посівів у незаконний обіг на території України з 21 травня по 28 вересня 2012 р. проведено оперативно-профілактичні заходи під умовною назвою «МАК». Органами внутрішніх справ з метою виявлення незаконних посівів маку та конопель обстежено понад 101 тис. присадибних ділянок громадян, територій організацій і установ та сільськогосподарських підприємств. У ході проведення зазначених заходів виявлено 1394 факти незаконних посівів маку (загальна площа 45 га) та 2664 факти незаконних посівів конопель (загальна площа 168 га), а також 1 факт незаконного посіву маку та 29 фактів незаконного посіву конопель на території сільськогосподарських підприємств без необхідних дозвільних документів. Крім того, виявлено 4 факти дикорослого маку 99 га конопель.

За час проведення операції із застосуванням малої авіації здійснено 61 обліт територій, у ході яких виявлено 28 фактів незаконних посівів маку та 29 фактів конопель. Загалом працівниками органів внутрішніх справ знищено понад 1 млн. 532 тис. нарковмісних рослин, з яких 576 тис. рослин маку та 956 тис. конопель. До кримінальної відповідальності притягнуто 2317 осіб, з яких 41 обрано запобіжний захід – тримання під вартою. З незаконного обігу вилучено 4205 кг наркосировини, а саме 1192 кг макової соломи та 3012 кг канабісу.

У ході проведення операції працівниками ОВС складено 1151 протокол про адміністративне правопорушення (540 протоколів за ст. 1061, 539 – ст. 1062 та 72 – за ст. 164 КУпАП). Загальна сума адміністративних стягнень становить 208 тис. 534 гривень.

Протидія контрабандному переміщенню наркотиків.

Сучасні процеси глобалізації наркобізнесу та організованої злочинності взагалі не змогли обійти територію України. Відбувається якісна перебудова структури нелегального обігу наркотиків в нашій державі, міжнародні злочинні угруповання рідняться з аналогічними кримінальними структурами в Україні, технологічний та науковий потенціал хімічної промисловості нашої держави залучається для організації підпільних лабораторій з виготовлення нових видів наркотиків.

Наша держава у зв'язку із своїм геополітичним місцезнаходженням займає чільне місце у планах наркоділків. Територія України починає використовуватись не лише для транзиту наркотиків та в якості перевалочної бази надходження наркотиків, а й розглядатися наркоділками як країна-споживач наркотичних засобів.

Іншим фактором впливу на наркоситуацію в державі стала активізація намагань латиноамериканських наркоділків налагодити канали постачання кокаїну на ринок України, а також використати її територію для транзитного переміщення наркотиків до країн Європи та СНД через чорноморські порти.

Зазначена тенденція зумовлена передусім можливістю переміщувати на суднах великих партій наркотиків. Крім того, тут відносно легко приховувати контрабанду як у контейнерах з товаром, так і всередині об'ємних багатотоннажних вантажів або влаштувати сховища в конструкціях самих суден. Наркоділки мають можливість уникнути контролю, переправити партію наркотиків на інше судно у відкритому морі або на рейді порту – на невелике каботажне судно.

Останнім часом спостерігається різке збільшення обсягів постачання контрабандних психотропних речовин (амфетамінів, метамфетамінів, «екстазі») на Україну з країн Західної Європи у зв'язку меншою їх вартістю по відношенню до вартості героїну і кокаїну та збільшенням попиту на них у молодіжному середовищі. Вказане є одним з основних факторів, який визначає оперативну ситуацію в Україні та впливає на розвиток наркоситуації.

Кримінальні форми наркобізнесу постійно трансформуються. Все більш активно виявляють себе у цьому організовані, добре законспіровані злочинні групи, провідну роль в яких відіграють вихідці з країн Центральної та Середньої Азії. Використовуючи міжнародні зв'язки, реєструючи спільні підставні іноземні фірми, вказані особи організують стійкі, добре законспіровані злочинні наркогрупування, активні учасники яких перебувають на нелегальному становищі.

Аналіз діяльності правоохоронних органів у напрямі боротьби з контрабандою наркотиків свідчить, що контрабандисти постійно удосконалюють, змінюють методи, спрямованість злочинної діяльності та використовують певні головні шляхи переміщення наркотиків через територію України. Одна зі стратегій транспортування наркотиків – «Метод на 2 кроки». Цей метод полягає у тому, що наркотики спочатку складуються у безпечному місці, а у визначений час та за сприятливих умов поступово перевозяться до Західної Європи.

1. Балканський маршрут: починається у Південно-Західній Азії, проходить територіями Ірану та Туреччини, а потім поділяється на дві гілки, які пролягають через Балкани. Перша гілка, так звана «Північна дорога», досягає європейських країн через Болгарію – Румунію – Угорщину – Австрію – Німеччину. Друга гілка – «Південна дорога» по морю через Туреччину та Грецію – має вихід до Італії.

Як «Північна дорога», так і «Південна дорога» Балканського маршруту мають стосунок до України.

а) «Північна дорога» проходить через автомобільні пункти пропуску на україно-молдовському та україно-румунському державному кордоні «Могилів-Подільський – авто», «Мамалига», «Порубне» транзитом через територію України до Республіки Польща через пункти пропуску на україно-польському державному кордоні «Ягодин», «Устилуг», «Рава-Руська», «Краківець», «Шегіні».

До країн Балтії – через автомобільні пункти пропуску на україно-білоруському державному кордоні «Сеньківка», «Грем'яч», «Нові Яриловичі», «Виступовичі – авто», «Доманове».

Основними організаторами перевезень через територію України є: афганська, пакістанська та китайська общини, центри яких розташовані в Одесі (Україна), Кишиневі (Республіка Молдова), Бухаресті (Республіка Румунія), Стамбулі (Туреччина).

Основними перевізниками є водії вантажних автомобілів на маршрутах регулярних та нерегулярних перевезень – громадяни Туреччини, Молдови, Румунії.

Для перевезення використовуються особливості конструкції вантажних транспортних засобів (тягачів), а також спеціально обладнані сховища у багажних і вантажних

відсіках автомобіля та у причепах;

б) «Південна дорога» проходить через морські пункти пропуску України в межах відповідальності пунктів пропуску: «Одеса – 1, 2, 3», «Іллічівськ – 1, 2», «Скадовськ», «Євпаторія», «Ізмаїл – торговельний порт», «Рені – торговельний порт» далі до Італії транзитом територією України через пункти пропуску на україно-угорському та україно-словацькому державному кордоні «Тиса», «Ужгород», «Лужанка», «Вилок».

Основними видами наркотиків, які перевозяться «Південною дорогою», є героїн та група амфітамінів.

Основними організаторами перевезень через територію України є китайська община в Одесі, кримінальні структури Автономної Республіки Крим, Молдови, Туреччини.

В українські порти наркотики потрапляють іноземними суднами з азіатських країн Середземномор'я, зокрема, й морськими поромами з Туреччини, Болгарії, Грузії.

Основними перевізниками є водії мікроавтобусів – громадяни України (транзит країнами Східної Європи до Італії – регулярні та нерегулярні перевезення) та водії вантажних автомобілів на маршрутах регулярних перевезень – громадяни Туреччини, Молдови, Румунії.

Для перевезення використовуються особливості конструкції вантажних транспортних засобів (тягачів), а також спеціально обладнані сховища у багажних і вантажних відсіках автомобіля та у причепах; у мікроавтобусах – серед речей багажу та у закордонних передачах й посылках.

Крім того, для перевезення використовуються й легкові автомобілі. У них наркотики можуть перевозитися у салоні автомобіля на задньому сидінні під чохлами як набивка самого сидіння. Також вони можуть зберігатися у запасному колесі, у дверцятах, бамперах, кріпитися до днища та у бензобаку.

2. Північно-Чорноморський маршрут також має два розгалуження. Перший маршрут розпочинається в Афганістані, проходить через країни Центральної Азії та потрапляє на ринки Західної Європи через Росію, Україну, Білорусь та Польщу. Другий маршрут також починається в Афганістані, проходить через Іран, Азербайджан, Вірменію, Грузію, Росію, звідки потрапляє до країн Західної Європи.

а) «Перший маршрут» проходить через автомобільні пункти пропуску на україно-російському державному кордоні «Гоптівка», «Велика Писарівка», «Катеринівка», «Бачівськ» транзитом через територію України до Республіки Польща через пункти пропуску на україно-польському державному кордоні «Ягодин», «Устилуг», «Рава-Руська», «Краківець», «Шегині».

Основними видами наркотиків, які перевозяться «Першим маршрутом», є опій та героїн.

Основними організаторами перевезень через територію України є афганська, пакистанська та китайська общини, центри яких розташовані в Російській Федерації, та кримінальні угруповання України, Російської Федерації, середньоазіатських країн СНД.

Основними перевізниками є водії вантажних автомобілів на маршрутах регулярних та нерегулярних перевезень – громадяни Російської Федерації – мешканці російських прикордонних областей.

Для перевезення використовується особливості конструкції вантажних транспортних засобів (тягачів), а також спеціально обладнані сховища у багажних і вантажних відсіках автомобіля та у причепах.

б) «Другий маршрут» проходить із Закавказьких країн колишніх країн СРСР через автомобільні пункти пропуску на україно-російському державному кордоні «Новоа-

зовськ», «Успенка», «Довжанський», «Ізварине» транзитом через територію України до Республіки Польща та Угорщини через пункти пропуску на україно-польському державному кордоні «Рава-Руська», «Краківець», «Шегині», «Тиса».

Основними видами наркотиків, які перевозяться «Другим маршрутом», є опій, героїн, екстазі.

Основними організаторами перевезень через територію України є афганська, пакистанська та китайська общини, центри яких розташовані в Україні та Російській Федерації, та кримінальні угруповання України, Російської Федерації, середньоазіатських та закавказьких країн СНД.

Основними перевізниками є водії вантажних автомобілів на маршрутах регулярних та нерегулярних перевезень – громадяни Російської Федерації – жителі російських прикордонних областей.

Для перевезення використовуються особливості конструкції вантажних транспортних засобів (тягачів), а також спеціально обладнані сховища у багажних і вантажних відсіках автомобіля та у причепах.

3. Східно-Середземноморський маршрут: розпочинається в портах Пакистану та досягає ринків Західної Європи через Індійський океан, Червоне море, Суецький канал, південну частину острова Кіпр.

Маршрут має стратегічну загрозу для України. Для транспортування наркотиків використовуються українські судна закордонного прямування (які здійснюють чартерні або регулярні перевезення між іноземними портами Азії та Європи без заходу в порти України) або українські моряки, які працюють за наймом на суднах під прапором іншої держави.

4. Албанський маршрут: незаконне виробництво наркотиків починається у регіонах з компактним проживанням албанської діаспори у країнах Балканського півострова (Албанія, Македонія, Боснія і Герцеговина, інші), перевозяться через Румунію, Угорщину наркотики переміщуються автомобільним транспортом в Україну через пункти пропуску на україно-румунському кордоні «Дякове», «Порубне», на україно-угорському кордоні «Вилок», «Лужанка», «Косине», «Дзвінкове», де після їх розподілу в албанських діаспорах в регіонах України морським або повітряним транспортом доставляються наркокур'єрами до Туреччини або залізничним до Російської Федерації. Основними видами наркотиків, які перевозяться, є героїн, кокаїн, MDMA – метилендіоксиметамфетамін (жаргонні назви: «Екстазі», «Ешка», «ХТС»).

Основними перевізниками є водії вантажних автомобілів на маршрутах регулярних та нерегулярних перевезень – громадяни Туреччини, Румунії, Албанії, країн колишньої Югославії.

Для перевезення наркотиків в Україну автомобільним транспортом використовуються особливості конструкції вантажних транспортних засобів (тягачів), а також спеціально обладнані сховища у багажних і вантажних відсіках автомобілів та у причепах або серед вантажу.

Вивіз наркотиків з України морським транспортом у Туреччину здійснюється за змовою злочинців з членами екіпажів морських іноземних суден, як правило, наркотики перевозяться у важкодоступних місцях, де виконують свої обов'язки члени екіпажу, або в їх каютах серед речей багажу (повітряним транспортом – серед речей багажу).

Вивіз наркотиків з України залізничним транспортом у Російську Федерацію здійснюється на тілі пасажирів-наркокур'єрів або серед речей їх багажу.

5. Африканський маршрут: незаконне виробництво наркотиків починається у країнах центральної та північно-західної Африки, перевозяться транзитом через євро-

пейські країни, повітряним або автомобільним транспортом наркотики потрапляють в Україну. Основні пункти пропуску ввезення в Україну: автомобільні – «Тиса», «Ужгород», «Краківець», «Ягодин», повітряні – «Львів», «Одеса», «Дніпропетровськ», «Запоріжжя».

Основними видами наркотиків, які перевозяться, є героїн, кокаїн, MDMA.

Основними перевізниками є наркокур'єри – африканського або арабського походження.

Як правило, наркотики перевозяться на тілі (або в тілі) наркокур'єра або у спеціально обладнаних схованках серед речей багажу.

Для перевезення використовуються також легкові автотранспортні засоби, які ввозяться як нові (великої вартості) у спеціально обладнаних схованках. З пунктів пропуску вибираються ті, де є постійний значний рух автомобілів.

6. Угорський маршрут: в Україну потрапляють наркотики, які були вироблені в Угорщині. Наркотики переправляються залізничним або автомобільним транспортом для реалізації в Україні, в регіони компактного проживання громадян України, угорців за національністю, через пункти пропуску на україно-угорському кордоні: «Чоп (Дружба)», «Чоп (Тиса)», «Дзвінкове», «Лужанка», «Вилок».

Основними видами наркотиків, які перевозяться, є героїн, кокаїн, MDMA та група амфітамінів.

Основними перевізниками є наркокур'єри – громадяни Угорщини або України (вихідці з угорських діаспор).

Для транспортування наркотиків використовуються:

- рейсові автобуси і легкові автомобілі. У них наркотики перевозяться у пасажирському салоні, серед речей багажу в багажному відсіку автобуса, у салоні автомобіля на задньому сидінні під чохлами, використовуючись як набивка самого сидіння. Також вони можуть зберігатися у запасному колесі, у дверцятах, бамперах, кріпитися до днища та у бензобаку;

- пасажирські поїзди (місцевого міжнародного сполучення). Наркотики перевозяться серед особистих речей багажу або як «безхазяйні» з використанням особливостей конструкції пасажирських вагонів поїздів закордонного прямування: технологічних порожнин, рундуків для вугілля, міжстельового простору над вбиральнями та тамбурами вагонів, рундуків під сидіннями, радіаторів опалення, «третього поверху» полиць, сміттєзбірників, люків над електрощитами, акумуляторних ящиків, ніш для котлів опалення та умивальників, вентиляційних люків тощо.

7. Місцевий кримінальний маршрут: найбільш розвинений вид злочинної діяльності (пов'язаний з наркобізнесом) через державний кордон у північно-східній та південній Україні. Перевезення здійснюється через автомобільні та залізничні пункти пропуску на україно-російському та україно-молдовському кордонах дрібними наркокур'єрами.

Основними видами наркотиків, які перевозяться, є наркотики кустарного виробництва (вироблені з місцевої сировини рослинного походження): макова солома, марихуана, опій.

Наркотики, як правило, перевозяться в особистих речах особами-волоцюгами або особами, найнижчими за рангом у кримінальному світі⁵³.

⁵³Практика розгляду судами справ про злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів: Узагальнення судової практики / Косарев В. І., Литвишко О. Г., Скибінський А. Г. – Вісник Верховного суду України. – 2008. – № 10.

2.2. Характеристика та правовий статус осіб, причетних до незаконного обігу наркотиків.

2.2.1. Характеристика осіб, причетних до незаконного обігу наркотиків

Стан і негативні тенденції злочинів, що пов'язані з незаконним обігом наркотиків, багато в чому визначаються особливостями особи наркозлочинця. Таких осіб можна поділити на дві групи. Насамперед це споживачі наркотиків із властивою психологічною та фізичною залежністю від них. Задоволення потреби в наркотиках – визначальна риса їх особистості, що впливає на подальшу протиправну і навіть злочинну поведінку. Мотиви такої поведінки пов'язані не стільки з їх освітнім, культурним, професійним рівнем, скільки з деформацією під впливом наркотиків морально-психологічних якостей. Наступна група включає у себе осіб, які безпосередньо брали участь у незаконному обігу наркотиків, вони не обов'язково є наркозалежними особами. Характеристики особистості таких осіб мало у чому відрізняються від характеристик корисливого, насильницького злочинця.

У групі споживачів наркотиків можна виділити ряд самостійних, хоча й тісно взаємопов'язаних підгруп:

- «відносного ризику» (особи, які проявляють нездоровий інтерес до наркотиків);
- «підвищеного ризику» (особи, які вживали наркотики без усвідомлення шкідливих для свого здоров'я наслідків);
- «предхворобливого ризику» (особи, які епізодично вживають наркотики, але ще не мають сформованої наркотичної залежності);
- «хворих наркоманією» (особи, яким медичною комісією встановлено діагноз «наркоманія»).

Споживачі наркотиків становлять певний резерв для поповнення рядів наркозлочинців, а найчастіше й самі беруть участь у незаконному придбанні, зберіганні, перевезенні та навіть збуті наркотичних засобів. Аналіз статистичних даних МВС України засвідчує, що з 151676 осіб, які допускають немедичне вживання наркотиків (далі – наркоспоживачі) та перебували на обіках ОВС у 2012 році:

- 78,1% від загальної кількості (118 403 особи) – складають міські жителі, а серед неповнолітніх – 75,6% (1348 особи);
- 15,4% (23370 осіб) – жінки;
- 9,8% (14903 осіб) – робітники;
- 0,1% (777 особи) – службовці, інженерно-технічні працівники;
- 1,4% (2174 особи) – інваліди та пенсіонери;
- 3,8% (5774 особи) навчаються (з яких 531 – учні шкіл, 4360 – учні професійно-технічних навчальних закладів, 883 – студенти, курсанти вищих навчальних закладів). З числа наркоспоживачів, які навчаються, 7,8% (451 особи) складають неповнолітні;
- 70,9% (107575 особи), які не працюють та ніде не навчаються;
- 42,5% (64404 особи) були раніше судимі за вчинення різних видів злочинів (з яких 224 – неповнолітні), у т.ч. 48531 – за вчинення злочинів у сфері обігу наркотиків (з яких 126 – неповнолітні);
- 2,1% (3185 осіб) взято під адміністративний нагляд ОВС;
- 1,3% (1956 осіб) – знаходилась на примусовому лікуванні, з яких 33 – неповнолітні;

– ухилилося від примусового лікування з числа наркоспоживачів 8097 осіб, з яких 37 – неповнолітніх.

Більш складну систему формують особи, які безпосередньо брали участь у незаконному обігу наркотиків. Серед них виділяються організатори наркобізнесу – особи, які володіють великими матеріальними ресурсами, мають зв'язки у злочинному світі, які є, як правило, раніше засудженими. У цю групу входять також розповсюджувачі (оптовики, перекупники, роздрібні збувальники); виготовлювачі, перевізники; розкрадачі наркотиків; власники наркопритонів; особи, що схилиють до вживання наркотиків інших громадян.

Варто відзначити, що кількість осіб, які вчинили злочини, пов'язані з наркотиками, з року у рік майже стабільна, наприклад: 2005 р. – 43727 осіб; 2006 р. – 42582; 2007 р. – 42461; 2008 р. – 43034 особи. Переважна більшість – це особи, які не працюють і не навчаються (майже 72%); робітники (більше 5%); службовці (0,1%); інші (12,9%). Також варто зауважити, що це молоді люди віком від 18-28 років (41,3%); від 14-17 років (2,2%). У переважній більшості такі злочини вчиняють громадяни України, росіяни, білоруси, молдовани (тобто жителі країн СНД)⁵⁴.

Аналіз зміни вікової структури виявлених осіб, які вчинили злочини, пов'язані з наркотиками, засвідчив, що на фоні загального зростання їх кількості спостерігається тенденція зменшення частки виявлених осіб віком 14-17 рр. та частки виявлених осіб віком 18-28 рр., в той час як зросла частка виявлених осіб інших вікових категорій. З цього можна зробити висновок, що злочинність такого типу певною мірою «подорослішала». Ця ситуація, можливо, пояснюється тим, що людині у віці після 30 років важче знайти пристойну роботу. Так, у різних газетах, де друкуються об'яви про пропозицію працевлаштування, можна знайти багато оголошень з пропозицією пристойної роботи і одночасним обмеженням для претендентів її отримати граничним віком 30-35 рр. Цей чинник змушує людей, які перетнули цю вікову межу, шукати інших способів заробітку.

Викликає занепокоєння той факт, що серед виявлених осіб, які вчинили злочини, пов'язані з наркотиками, на фоні усталення загальної кількості таких осіб спостерігається збільшення частки раніше судимих осіб, у переважній більшості за злочини, пов'язані з наркотиками (20%).

Дещо зменшилась частка жінок (5-7% порівняно з минулими роками) і відповідно зросла частка чоловіків серед виявлених осіб, які вчинили злочини, пов'язані з наркотиками. У 2008 р. частка жінок становить 15,2%.

Російські кримінологи пропонують типологію, яка базується на ролі особи у механізмі незаконного обігу наркотичних засобів:

- організатори (керівники організованих груп та злочинних організацій, що займаються незаконним обігом наркотиків);
- виробники (особи, що займаються виробництвом та виготовленням наркотиків);
- експедитори (особи, що супроводжують або беруть участь у поставках (перевезенні, пересиланні) наркотиків);
- крупнооптові збувачі;
- дрібнооптові збувачі;
- споживачі (особи, що купують та вживають наркотики);
- розповсюджувачі реклами (особи, які займаються втягуванням у наркоманію);

⁵⁴Розрахунки проводились на основі Експрес-аналізу про стан злочинності в Україні за 2008 р. – К.: ДІТ МВС України, 2009. – Лист 8-1.

- охоронці;
- касири;
- власники казино, кредитних спілок, банків за допомогою яких легалізуються кошти здобуті від незаконного обігу наркотиків;
- «криша» (нечесні працівники правоохоронних органів та інших органів державної влади)⁵⁵.

В.В. Лунєєв пропонує таку типологію учасників злочинів:

- крупні наркоділки (організатори, лідери організованих груп і злочинних організацій та їх помічники);
- рядові учасники злочинних груп і організацій і «челядь» лідерів (охорона, тощо);
- особи, що культивують нарковмісні речовини;
- особи, що займаються збором дикорослих рослин. Серед них можна виділити три групи: професіонали з корисливими мотивами; випадкові особи, що приїхали «за компанію»; споживачі наркотиків.
- збувачі-професіонали, орієнтовані на збагачення, або споживачі наркотиків⁵⁶.

Сьогодні можна сказати, що в Україні до незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів залучаються різні національні діаспори (етнічні групи), які на основі національної приналежності створюють організовані групи, які займаються наркобізнесом:

- перша і найчисельніша діаспора – *цигани*, які, як правило, проживають компактно залежно від родової приналежності. Вони займаються збутом усіх видів наркотичних засобів, що користуються попитом на території України. Але здійснюють в основному крупнооптову, дрібнооптову, роздрібну торгівлю наркотиками на місцях, які дістають в оптових постачальників;

- друга діаспора – *таджики*. На території України проживають в основному не-легально, як правило, на територіях продуктових баз, складів, ринків, у вантажних автомобілях на відповідних стоянках, рідше — наймають квартири. Незважаючи на те, що таджицька діаспора в багато разів менша циганської, на сьогоднішній день вона посідає чільне місце за обсягами поставок наркотиків в Україну, потіснивши на наркоринку *азербайджанську* та *вірменську* діаспори. В основному здійснюють доставку великих партій названих видів наркотиків переважно з Афганістану, а також із середньоазійських республік СНД. При цьому способи й методи транспортування можуть бути різними (від залізничних до авіаційних шляхів сполучення), але найпоширенішим способом є доставка наркотиків автомобільним транспортом у контейнерах з фруктами і овочами, а також у схованках в легкових автомобілях. Після доставки наркотики збувають великими партіями, роздрібною торгівлею таджики практично не займаються;

- серед інших діаспор можна виділити *азербайджанську* та *вірменську*, які також займаються доставкою, але, порівняно з таджиками, набагато менших партій наркотичних засобів рослинного походження (в основному гашишу і марихуани, меншою мірою – опію) з республік Закавказзя. Роздрібною торгівлею також практично не займаються.

Але вказаними діаспорами перелік розповсюджувачів наркотиків на території України повністю не вичерпується. Останніми роками за вчинення злочинів цієї категорії затримувалися також казахи, узбеки, киргизи, китайці, чеченці, грузини, литовці,

⁵⁵Кримінологія: підр. / Під ред. В.М. Кудрявцева і В.Є. Емінова. – 3-є вид., переробл. і доп. – М.: Юрист, 2005. – С. 507.

⁵⁶Кримінологія: підр. / Під ред. проф. Н.Ф. Кузнєцової та проф. В.В. Лунєєва. – 2-є вид., перероб. і доп. – М.: Волтерс Клувер, 2004. – С. 421.

білоруси, росіяни та багато інших іноземних громадян. З них особливу увагу варто приділити громадянам Китаю, які за останні п'ять років помітно активізувалися.

Зрозуміло, що особистість збувачі великих партій наркотичних засобів буде відрізнятися від особистості роздрібних торговців, а останніх – від споживачів тощо.

До незаконного обігу наркотиків прямо причетні окремі організовані злочинні угруповання, які зазвичай самі можуть не займатися «вуличною» торгівлею наркотиками, обмежуючись певним контролем за мережею роздрібних збувальників. До розповсюдження наркотичних засобів також залучаються злочинні групи різної етнічної належності, серед яких може існувати певна «спеціалізація». Збувачі наркотичних засобів із числа споживачів наркотиків створюють своєрідні підпільні нарколабораторії з незаконного виготовлення наркотичних засобів. Відмітною ознакою організованих злочинних угруповань є їх функціонування за земляцьким (національним) принципом, що створює додаткові труднощі для розкриття і розслідування їх злочинної діяльності.

Існує також доволі складна система збуту. Продаж таких наркотичних засобів споживачам формує довгі ланцюжки з поширювачів, які побудовані за принципом конспірації. Наприклад, за такою схемою з чотирьох збувачів 1-й не знає 3-го, 2-й – четвертого.

Проте можливо виділити загальні ознаки, які характеризують особистість членів злочинних груп, що займаються розповсюдженням наркотичних засобів. До них відносяться:

- відносно молодий вік (63% – до 29 років, з них 45% – до 24 років, старше 40 років – 7%);
- негативне ставлення значної кількості збувачів наркотичних засобів до праці або навчання;
- наявність злочинного досвіду (раніше судимими були 41%, в т.ч. 16% – за злочини, пов'язані з наркотиками);
- наявність серед членів таких груп осіб, які вживають наркотичні засоби (85%, з них лише 30% перебували на обліку в ОВС як споживачі);
- достатньо велика чисельність жінок (особливо серед рома, з яких складаються родинні групи, що займаються незаконною заготівлею і збутом наркотичних засобів)⁵⁷.

Найбільша питома вага споживачів наркотичних засобів серед слабо організованих та відносно організованих злочинних груп (відповідно 87,5%, 88,9%). Серед учасників організованих злочинних угруповань цей відсоток незначний, тому що більшість з них займається збутом наркотичних засобів з метою отримання прибутків.

Діагностичними ознаками споживачів наркотиків є характерні ознаки, які проявляються на обличчі, у поведінці (рухах, розмові), специфічному жаргоні, жестах, які прийняті для спілкування у даному середовищі, татування.

Кожний наркотик викликає притаманні лише йому зміни у поведінці особи. Як правило, для зовнішності осіб, що тривалий час вживають наркотичні засоби, характерними є: численні, різко виражені зморшки, жовтуватий колір обличчя, рубці, шрами у місцях введення наркотичних засобів. У розмові вони використовують специфічні слова (жаргон), яким позначають споживачів наркотиків («марік», «торчало», «кайфуша», «наркоша», «кругляк», «глотарь», «плановий»); власне наркотичні засоби («корм», «уголь», «кайф», «греф», «зараза», «отрава», «товар», «дурь», «балда», «торчок», «дрянь» та ін.); види наркотичних засобів («колба», «скло», «терпи Кондрат» – стосовно ампул; «колеса», «пласти», «отрава» та ін. – стосовно таблеток); конвалюта з та-

⁵⁷Протидія незаконному обігу наркотичних засобів [Текст] : навч. посібн. / [О.М. Джужа, Д. Й. Никифорчук, О.М. Стрільців та ін.] ; за ред. проф. О.М. Джузи. – К. : Нац. акад. внутр. справ, 2011. – 312 с.

блетками («пульман», «брикет», «вагон», «стандарт»), утримувачі притонів («нарком», «банкир», «шеф», «майданщик», «хазяїн», «батько»); постачальники наркотичних засобів («купці», «гонці», «посли», «бусурмани», «шакалі», «кровососи», «пасажири»); виготовлювачі («бабай», «звір»); наркопритон («гавань», «пристань», «бухта», «рай», «майдан», «кайф-базар»); відбути покарання, пов'язане з наркотиками («відбути за ширку», «попасти за рай»), а також способи вживання наркотичних засобів та отримані внаслідок цього почуття («удар», «приход»). Також відповідними словами позначаються різні фази інтоксикації залежно від прийнятого наркотику, засоби вживання і порції наркотику та ін.

Татування також достатньо описані у літературі. Відзначимо, що найбільш типовими місцями, де вони наносяться, є зап'ястя, пальці, кисті рук, плечі, бедра, волосиста частина голови. Із зображень найчастіше зустрічаються павуки, як з хрестами на спині, так і без них; голки, шприци, які присутні у різноманітних зображеннях з жінками, гральними картами, храмами; головки маку та ін.

Організатори злочинних наркогруповнах – це особи, що організують і керують діяльністю злочинних груп. Як правило, у цій ролі виступають злочинні авторитети, наприклад, особи, що добре орієнтуються у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, раніше засуджені за вчинення злочинів вказаної категорії. Найчастіше вони розташовують великими коштами, але самі в здійсненні операцій по купці і продажу наркотичних засобів особистої участі не беруть. Вони лише фінансують цю діяльність і одержують доходи, ретельно маскуючи свою причетність до наркобізнесу.

Збувачі (оптовики, перекупники, роздрібні торговці) – особи, що роблять незаконну реалізацію наркотичних засобів. Вони різні за соціальним станом, віком, професійними і злочинними навичкам. Серед роздрібних торговців переважну більшість становлять неповнолітні і жінки. Але всіх їх поєднує негативне ставлення до соціально-корисної діяльності, корислива мотивація, наявність злочинного досвіду, зокрема, з виготовлення, споживання і збуту наркотичних засобів. Особливістю протиправної діяльності збувачів наркотичних засобів є її організований характер, розгалуженість злочинних зв'язків, розподіл ролей.

Виробниками наркотичної сировини і наркотичних засобів є різні категорії населення. Ними можуть бути і сільські жителі, що вирощують наркотиковмісткі культури (частина – за замовленнями збувачів), і особи, які тривалий час допускають немедичне вживання наркотичних засобів, особливо опіати та амфетамінний ряд, науковці, представники високооплачуваних сфер хімічного, біологічного виробництва, студенти фізико-хімічних факультетів тощо.

Розкрадачами наркотичних засобів та наркотиковмісткої сировини, як правило, виступають їхні споживачі, що не мають матеріальних коштів для придбання. Це насамперед раніше засуджені за злочини, пов'язані з наркотиками, непрацюючі і споживачі наркотиків. Однак крадіжки, грабежі з метою заволодіння наркотиками відбуваються часом не тільки для особистого споживання, але і для реалізації. У багатьох випадках розкрадачами є особи, що мають доступ до готових наркотичних чи препаратів на наркотичній сировині, працівники хімфармпідприємств, аптек і аптечних складів, лікувально-профілактичних і медичних установ (як правило, середній медичний персонал), сільські мешканці, що мають доступ до посівів маку і коноплі.

Перевізники наркотичних засобів – це найчастіше споживачі наркотичних засобів і дрібних збувачів, але перевізниками можуть бути й особи, прямо не пов'язані з незаконним оборотом наркотичних засобів: родичі, сусіди, випадкові знайомі, попутники

осіб, що володіють маршрутними можливостями (водії, працівники повітряного і залізничного транспорту і т.д.).

Спеціалізація членів груп сприяє підвищенню ефективності наркобізнесу і забезпечує безпеку функціонування організації. Рідко хто з «фахівців» знає, чим займаються інші, у результаті – втрата одного з членів не загрожує стабільності організації.

Отже, проаналізовані соціально-демографічні характеристики особи, яка вчиняє злочини у сфері незаконного обігу наркотиків, дозволить працівникам правоохоронних органів диференційовано підходити до їх виявлення та викриття, правильно здійснювати профілактику таких злочинів.

2.2.2. Правовий статус наркозалежної особи

До сьогодні однією з проблем на шляху вдосконалення роботи органів внутрішніх справ є поширена практика незаконного затримання та необґрунтованого застосування примусових заходів щодо наркозалежних осіб працівниками міліції. Такі випадки негативно впливають на імідж працівників міліції та свідчать про низький рівень виконання ними основної функції – забезпечення особистої безпеки громадян, захист їх прав і свобод, законних інтересів. Однією з основних причин такої ситуації є хибне розуміння працівниками міліції правового статусу наркозалежної особи, що проявляється у ставленні до таких осіб як до злочинців, в той час, коли наркозалежна особа в першу чергу є громадянином України.

Правовий статус особи у юридичній літературі визначається як система закріплених у нормативно-правових актах і гарантованих державою прав та обов'язків суб'єкта права. Тому цей розділ присвячений аналізу закріплених у національному законодавстві України прав та свобод людини та обов'язків громадянина, які поширюються і на наркозалежних осіб.

Одна із перших статей Конституції України проголошує, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Саме тому головним обов'язком держави є утвердження і забезпечення прав і свобод людини. Звертаємо увагу, що Конституція оперує поняттям «людина», а не «громадянин», «законослухняна особа» тощо. У цьому контексті важливою є наступне положення основного закону, відповідно до якого усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах, а їх права і свободи є невідчуженими та непорушними. Конституція України визнає, що ці права впливають з властивої кожній людській особі гідності. Таким чином, права та свободи людини належать кожній без виключення наркозалежній особі із тими обмеженнями, які переслідують легітимні цілі, чітко закріплені у законах та є необхідними у демократичному суспільстві.

Права та свободи людини, які визначають зміст і спрямованість діяльності держави, закріплені у чинних міжнародних договорах, згоду на обов'язковість яких було надано Верховною Радою України. Конституція України окремо підкреслює, що в такому разі вони є частиною національного законодавства України.

На рівні системи ООН програмним документом, який закріплює права та свободи людини, є Загальна Декларація прав людини, яка була прийнята Генеральною Асамблеєю від 10 грудня 1948 р. як «завдання, до виконання якого повинні прагнути всі народи і всі держави». Нижче наведено тільки окремі з цих прав, які має кожна наркозалежна особа відповідно до тридцяти статей Декларації:

- на життя, на свободу і на особисту недоторканність;
- на свободу від тортур, або жорстокого, нелюдського, або такого, що принижує його гідність, поводження і покарання;
- свободу від безпідставного втручання у його особисте і сімейне життя, безпідставного посягання на недоторканність його житла, таємницю його кореспонденції або на його честь і репутацію;
- вільно пересуватися і обирати собі місце проживання у межах кожної держави;
- на рівність перед законом і право, без будь-якої різниці, на рівний їх захист законом;
- на свободу від безпідставного арешту, затримання або вигнання;
- вважатися невинною доти, поки її винність не буде встановлена в законному порядку шляхом прилюдного судового розгляду, при якому

їй забезпечують усі можливості для захисту;

- на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, та право на забезпечення на випадок безробіття, хвороби, інвалідності, вдівства, настання старості або іншого випадку втрати коштів для існування за незалежними від людини обставинами;

Окрім Декларації про права людини у системі ООН, існують інші документи: Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права і Міжнародний пакт про громадянські і політичні права від 16 грудня 1966 р., які за своїм змістом доповнюють та розширюють статті Декларації. Важливим є те, що у пактах міститься принцип межі обмежень прав та свобод людини: *«Ніщо в цьому Пакті не може тлумачитись як таке, що означає, що якась держава, якась група чи якась особа має право займатися будь-якою діяльністю або чинити будь-які дії, спрямовані на знищення яких-небудь прав чи свобод, визнаних у цьому Пакті, або на обмеження їх у більшій мірі, ніж передбачається в цьому Пакті».*

Це прямо відповідає положенню статті 29 Загальної Декларації прав людини, відповідно до якого: *«При здійсненні своїх прав і свобод кожна людина повинна зазнавати тільки таких обмежень, які встановлені законом виключно з метою забезпечення належного визнання і поваги прав і свобод інших та забезпечення справедливих вимог моралі, громадського порядку і загального добробуту в демократичному суспільстві».*

Ці документи у своїй сукупності складають Міжнародний білль прав людини (або Хартію прав людини), виконання якої є безпосереднім міжнародним зобов'язанням України.

На рівні Ради Європи основним документом у галузі прав та свобод людини є Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод від 4 листопада 1950 р. та додаткові протоколи до неї. Відповідно до неї Україна як сторона-підписант гарантує кожному, хто перебуває під її юрисдикцією, права і свободи, визначені в розділі I цієї Конвенції. Нижче, як приклад, наведено статтю 8 Конвенції, яка закріплює право кожного, у т.ч. наркозалежної особи, на повагу до приватного і сімейного життя: *«1. Кожен має право на повагу до свого приватного і сімейного життя, до свого житла і кореспонденції. 2. Органи державної влади не можуть втручатись у здійснення цього права, за винятком випадків, коли втручання здійснюється згідно із законом і є необхідним у демократичному суспільстві в інтересах національної та громадської безпеки чи економічного добробуту країни, для запобігання заворушенням чи злочинам, для захисту здоров'я чи моралі або для захисту прав і свобод інших осіб».*

Таким чином, аналізуючи цю статтю, можна зробити наступні висновки:

1) право на приватність (тобто невтручання у приватне і сімейне життя, до свого житла і кореспонденції) є правом кожного;

2) обмеження цього права дозволяється виключно за одночасного виконання наступних умов:

а) таке обмеження має легітимну мету (інтереси національної та громадської безпеки чи економічного добробуту країни, для запобігання заворушенням чи злочинам, для захисту здоров'я чи моралі або для захисту прав і свобод інших осіб);

б) здійснюється згідно із конкретним приписом закону (а не підзаконного нормативно-правового акту, наприклад, наказу МВС України);

в) є необхідним у демократичному суспільстві (тобто уповноважений орган прийняв

рішення, що «засоби виправдовують мету»).

Для забезпечення дотримання державами зобов'язань за Конвенцією та протоколами до неї створено Європейський суд з прав людини, який функціонує на постійній основі. Суд приймає індивідуальні заяви від будь-якої особи, неурядової організації або групи осіб, які вважають себе потерпілими від допущеного державою порушення прав, викладених у Конвенції або протоколах до неї. Закон України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини» у статті 2 окремо закріплює, що виконання рішень Європейського суду з прав людини є обов'язковим для України.

Україна є одним із лідерів за кількістю звернення громадян до Європейського суду з прав людини. Це означає, що держава (а точніше, конкретні посадові особи органів державної влади) систематично порушують права людини всупереч узятим на себе міжнародним зобов'язанням. Порушення прав наркозалежних людей яскраво демонструє наступне рішення Європейського суду з прав людини у справі «Олександр Смірнов проти України» від 15 жовтня 2010 р. Заявник стверджував, що був підданий жорстокому поводженню з боку співробітників міліції, при цьому органи місцевої влади не забезпечили ефективний розгляд його скарги на такі дії. Після вивчення обставин справи Європейський суд з прав людини визнав порушення статті 3 Конвенції, що закріплює: *«Нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню».*

Згадані вище міжнародні стандарти у галузі прав людини знайшли своє пряме відображення у Конституції України як основному законі держави, що має найвищу юридичну силу. Важливо пам'ятати, що норми Конституції України є нормами прямої дії, відтак звернення до суду для захисту конституційних прав і свобод людини і громадянина безпосередньо на підставі Конституції України гарантується. Нижче перелік окремих із них:

- *людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю;*
- *усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними*
- *кожна людина має невід'ємне право на життя;*
- *кожен має право на повагу до його гідності. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню;*
- *кожна людина має право на свободу та особисту недоторканність.*
- *ніхто не може бути заарештований або триматися під вартою інакше як за вмотивованим рішенням суду і тільки на підставах та в порядку, встановлених законом;*
- *ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України;*
- *кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;*
- *кожному гарантується право знати свої права і обов'язки;*
- *кожен має право на правову допомогу. У випадках, передбачених законом, ця допомога надається безоплатно. Кожен є вільним у виборі захисника своїх прав.*

Окремо варто зазначити про положення статті 19 Конституції України, відповідно до якої «органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи зобов'язані діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України». Таким чином, виконання даної статті вимагає без-

умовного дотримання стандартів прав людини, закріплених у міжнародно-правових документах та національному законодавстві України, працівниками міліції щодо наркозалежних осіб.

Варто зауважити, що закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України і повинні відповідати їй. Це особливо важливо при врахуванні наступного положення статті 22 Конституції України: *«При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод»*.

Доволі показовим у цьому контексті є рішення Конституційного Суду України від 19 червня 2001 р. №9-рп/2001 у справі щодо стажу наукової роботи. Конституційний Суд України висловив правову позицію, за якою *«Україна є правовою державою, а в правовій державі існує суворі ієрархія нормативних актів, відповідно до якої постанови та інші рішення органів виконавчої влади мають підзаконний характер і не повинні викривляти сутність і зміст законів»*.

Міжнародні нормативно-правові документи не передбачають переліку обов'язків людини та не оперують таким поняттям. Так, стаття 29 Загальної Декларації прав людини говорить: *«Кожна людина має обов'язки перед суспільством, у якому тільки й можливий вільний і повний розвиток її особи»*.

Таким чином, існують тільки обов'язки громадянина, які перераховуються у відповідних статтях Конституції України :

- захист Вітчизни, незалежності та територіальної цілісності України, шанування її державних символів;
- кожен зобов'язаний не заподіювати шкоду природі, культурній спадщині, відшкодовувати завдані ним збитки;
- кожен зобов'язаний сплачувати податки і збори в порядку і розмірах, встановлених законом;
- кожен зобов'язаний неухильно додержуватися Конституції України та законів України, не посягати на права і свободи, честь і гідність інших людей.

Порушення зазначених конституційних обов'язків громадян зумовлює передбачену законом відповідальність, і, як наслідок, обмеження їх прав та свобод.

Водночас, окрім загальних конституційних прав людини, наркозалежні особи мають також специфічні права пацієнтів, оскільки насамперед наркозалежність є хронічною хворобою, яка, крім того, супроводжується додатковими ризиками супутніх соціально значущих хвороб. СІН є групою, особливо уразливою відносно інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами, туберкульозом, а також іншими інфекціями, що передаються через кров і статевим шляхом. Права СІН у сфері профілактики та лікування ВІЛ та інших соціально значущих захворювань регламентуються багатьма нормативно-правовими актами.

У Законі України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», зокрема, у статті 4 «Державна політика у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», зазначається, що державна політика у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів спрямовується на «зменшення шкоди від наслідків незаконного вживання наркотичних засобів, психотропних речовин». Забезпечення СІН необхідними засобами для безпечного введення наркотичних речовин шляхом ін'єкцій, зокрема, стерильними шприцями та голками, дезінфікуючими речовинами та презервативами – є правом хворого пацієнта на отримання допомоги з боку держави. У всіх обласних центрах та великих містах України, а також у Києві

та Севастополі функціонують численні польові/вуличні, стаціонарні та мобільні пункти обміну використаних шприців та голок, а також видачі дезінфікуючих розчинів та презервативів. Такі пункти надання послуг для СІН діють як в рамках проектів громадських організацій (НУО), так і на базі державних організацій – медичних установ та соціальних служб. Така діяльність є частиною національної профілактичної політики і гарантія реалізації права наркозалежної особи до послуг зменшення шкоди. Стратегія та механізми роботи програм зменшення шкоди серед уразливих груп населення та права уразливих груп на отримання послуг з профілактики та лікування регламентуються в рамках діючої Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 рр. 3 червня 2013 р. Кабінет Міністрів України на своєму засіданні затвердив Концепцію Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 рр., яка також містить перелік найбільш уразливих груп населення, їх права на отримання допомоги та опис заходів в рамках зазначеної допомоги.

Споживачі опіоїдних наркотичних речовин мають право на участь в програмах замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). У Наказі №200 МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» визначено суть та основні засади ЗПТ та доступу до її послуг наркозалежних осіб. Суть ЗПТ полягає у щоденному довготривалому прийомі замісного препарату для лікування порушень, пов'язаних з уживанням екстракту макової соломки, героїну або інших опіоїдів. ЗПТ не призначена для хворих, які вживають стимулятори, каннабіс (маріхуану) та інші неопіоїдні психоактивні речовини. ЗПТ має на меті не допустити розвиток у хворого синдрому відміни, підтримувати у хворого стабільний стан фізичного комфорту та стримувати потяг до нелегальних опіоїдів. ЗПТ є частиною комплексного лікування, коли вирішується не тільки проблема залежності, а й інші медичні, психологічні та соціальні проблеми хворого. Ефективність ЗПТ значно підвищується за умови надання психологічного консультування, психотерапії та соціальної підтримки. ЗПТ на сьогодні – один із найефективніших методів, що дає можливість ВІЛ-позитивним наркозалежним дотримуватися режиму прийому препаратів життєво необхідної антиретровірусної терапії (АРТ) завдяки стабілізації поведінки (прихильність до АРТ). Важливим наслідком прихильності до АРТ є зменшення кількості стійких (резистентних) до АРТ штамів ВІЛ: чим менше людина порушує режим лікування, тим менша вірогідність появи таких вірусів, а відповідно й вища ефективність лікування СНІДу. Крім того, права СІН на отримання ЗПТ регламентуються рядом нормативно-правових актів, зокрема, наказом МОЗ від 20 грудня 2006 р. №846 «Про заходи щодо організації ВІЛ/СНІД профілактики та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків»; наказом МОЗ від 19 серпня 2008 р. №476 «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків».

Працівники міліції мають знати, що в діях працівників соціальних служб, медичних закладів та громадських організацій, які надають послуги зі зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків в межах чинного законодавства, яке включає в себе і програми ЗПТ, відсутні ознаки злочину чи адміністративного правопорушення. Тому перешкоджання здійсненню такої лікувально-профілактичної діяльності не тільки порушує права уразливих груп населення, але і суперечить чинному законодавству та наносить шкоду реалізації національних програм охорони здоров'я, зокрема, програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Водночас для затримання учасників програм зменшення шкоди працівникам мілі-

ції треба мати правові підстави. Відповідно до чинного законодавства такими підставами є вчинення адміністративного правопорушення або злочину.

Необхідно відмітити, що за вчинення адміністративних правопорушень або за підозрою у вчиненні злочину особи, які приймають АРВ-препарати, затримуються працівниками міліції в установленому законодавством порядку. Відповідно їх оглядають (обшуковують) і при цьому разом з іншими речами можуть виявити АРВ-препарати.

При переведенні особи, яка приймає АРТ, у слідчий ізолятор або інший ізолятор тимчасового утримування, у затриманого можуть закінчитися АРВ-препарати. Черговий органу внутрішніх справ (спеціальної установи міліції) заздалегідь повідомляє медичного працівника територіального закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) для подальшого оповіщення медичного працівника спеціалізованого ЗОЗ, який здійснює видачу АРВ-препаратів, про необхідність забезпечення затриманого препаратом для продовження лікування. В разі необхідності затриманий забезпечується відповідною нормою препарату.

Також, якщо затриманий є учасником програм ЗПТ, важливо забезпечити його право на безперервне лікування, тим більше, що перерва прийому препаратів ЗПТ може призвести до гострого абстинентного синдрому, який супроводжується больовим шоком, невротами, зривами та навіть може призвести до смерті затриманого. Необхідно зв'язатись із ЗОЗ, на базі якого діє кабінет ЗПТ, де хворий проходить лікування та отримує лікування, та у співпраці із лікарем розробити механізм забезпечення хворого препаратами. Прийом препаратів має здійснюватись щоденно у встановлений лікарем час та у встановленому лікарем дозуванні. Під час затримання хворого необхідно щоденно супроводжувати до місця отримання препарату ЗПТ в ЗОЗ.

Постанова Кабінету Міністрів від 13 травня 2013 р. №333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» передбачає можливість надання препаратів ЗПТ безпосередньо в ізоляторі: *«Хворі, які отримують лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, забезпечуються препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів лікувально-профілактичним закладом або за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах в обсягах, що не перевищують десятиденної потреби, а під час надання паліативної та хоспісної допомоги – що не перевищують п'ятнадцятиденної потреби».*

Таким чином, програми зменшення шкоди в Україні дістали законодавче закріплення: вони регулюються міжнародно-правовими документами, Конституцією України, а також численними відомчими нормативними актами та гарантують права найбільш уразливих до ВІЛ груп населення.

Щоб уникнути порушень законодавства, працівники правоохоронних органів повинні не допускати неправомірного застосування сили та інших форм неналежного ставлення до споживачів наркотиків, а також до медичних і соціальних працівників, які беруть участь у програмах зменшення шкоди. Крім того, працівники міліції повинні відмовитись від незаконного втручання у механізм надання послуг зменшення шкоди. Навпаки вони мають підтримувати відповідні профілактично-лікувальні та освітні програми з профілактики ВІЛ/СНІДу, надання послуг зі зменшення шкоди та пов'язаних з цим питань. Частиною таких програм має стати збільшення ролі правоохоронних органів у реалізації програм зі зменшення шкоди як правової та основної частини зусиль України в боротьбі з ВІЛ/СНІДом.

Підтримка працівників правоохоронних органів у впровадженні програм надзвичайно важлива. Якщо правоохоронні органи не підтримують послуги зменшення шкоди або не знають про них, їх діяльність може серйозно порушити функції цих програм. Про це йшлося у численних доповідях правозахисних організацій (зокрема, Human Rights Watch) та міжнародних установ (ВООЗ, ООН тощо) щодо діяльності центральних органів виконавчої влади. Практично всі міжнародні інституції визначають, що саме професійні дії органів внутрішніх справ та їх активна допомога у забезпеченні прав найбільш уразливих до ВІЛ груп населення можуть стати ключовою силою у протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу в Україні.

Отже, права та свободи будь-якої людини, числі зокрема, і наркозалежної, гарантуються цілою низкою міжнародно-правових актів та знайшли своє відображення у Конституції України. Стаття 64 Конституції закріплює: «Конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією України». Тож обмеження цих прав можливі виключно на підставі закону для досягнення легітимної цілі та у разі визнання їх такими, що є необхідними у демократичному суспільстві.

2.3. Причини та умови поширення незаконного обігу наркотиків

Розкрити причинний комплекс незаконного обігу наркотиків необхідно для того, щоб можливо було розробити ефективні заходи запобігання, адже його причини, шляхи і механізми їх поширення складні і різноманітні.

Кількість чинників, що впливають на розвиток незаконного обігу наркотиків, постійно збільшується, змінюються їх якісні характеристики. Тому причини незаконного обігу наркотиків не можна звести до якогось єдиного чинника, існує комплекс причин, несприятливих умов, кожний з яких певною мірою зумовлює розвиток різних видів наркоманії.

Разом з тим, існує цілий ряд причин, що визначають на даний час широке розповсюдження наркотичних засобів серед населення нашої держави. Найбільш поширені – макросоціальні та мікросоціальні чинники. Серед чисельних макросоціальних чинників найбільший вплив на молодь має формування і широке розповсюдження в молодіжному середовищі псевдокультури. Все це відбувається на фоні розвалу системи дитячих і молодіжних організацій; різкої зміни соціального статусу як наслідку розшарування в суспільстві; ціннісної кризи у суспільстві в умовах втрати життєвих цінностей. Тому вплив цих причин надзвичайно вагомий, особливо на слабких людей, які є у будь-якому суспільстві, і багато хто з них намагається вживанням наркотиків забути та врятуватися від реального життя. Особливо це стосується молоді – часто невлаштованість життя, відсутність чіткої перспективи, неясність політичної платформи, бездіяльність, відсутність цілеспрямованості призводять до розгубленості. Не тільки ця розгубленість, а й безплідне прагнення до реальності, невдала спроба осмислити справжні суперечності як свого життя, так і життя суспільства можуть бути благойним ґрунтом, на якому зростає наркоманія.

Також необхідно виділити декілька абсолютно нових чинників: зміна системи цінностей у поєднанні з ревізією минулого призводить до зниження авторитету старшого покоління серед молоді; низький ступінь релігійності суспільства як основи етичних і моральних стандартів сім'ї на тлі руйнування етичних концепцій і постулатів часів соціалізму; недостатня інформованість батьків у питаннях формування антинаркотичних установок у свідомості молоді, відсутність емоційного неформального контакту батьків з дітьми, низька готовність до розуміння і ухвалення «дитячих проблем»⁵⁸.

На сьогодні наркоманія вже перестає поглинати нижчі верстви суспільства. Окремі види наркоманії стосуються дітей із забезпечених родин (наприклад, кокаїнова та героїнова наркоманії), які шукають нові відчуття. Заборонений плід – солодкий. Як не дивно, для них вживання наркотиків є уособленням волі та безкарності. Вони намагаються у такий спосіб виділитися перед однолітками. Нова танцювальна культура, що прийшла до нас із Західної Європи та США, принесла й наркотики (поганою манерою сьогодні стало з'являтися на дискотеці без ЛСД або таблетки амфетаміну).

Хоч у нашій країні ухвалені досить суворі закони щодо порушення правил обігу наркотиків, однак в обхід цих законів незаконне виготовлення та розповсюдження наркотиків реалізуються в широких масштабах. Розповсюджувачі наркотиків заради власного збагачення прагнуть до постійного збільшення своєї клієнтури, втягують до вживання наркотиків здебільшого молодь. Це призводить до постійного зростання

⁵⁸ Антинаркотична профілактична робота в навчальних закладах: Метод. реком. / Д.Й. Никифорчук, В.Г. Панок, О.М. Стрільців. – К.: Парламентське видавництво. – 2004. – С. 15-17.

наркоманії. Надприбутки торговців від протиправної реалізації наркотиків є однією з головних причин їх поширення, бо якщо є товар, знайдеться і покупець.

У сучасному світі існує організована система міжнародної контрабандної торгівлі різними наркотиками – гігантська імперія наркомафії. Опій, вирощений у країнах Близького і Середнього Сходу, нелегальними шляхами переправляють до Західної Європи і Північної Америки. США є основним ринком збуту наркотиків. Виходячи з особливостей геополітичного розміщення на важливих міжнародних шляхах, зручністю використання нових каналів для нелегального транзиту наркотичних засобів у Росію, країни Європи, та наявністю привабливого ринку збуту наркотиків, наша країна не залишилась осторонь від процесів, що відбуваються у світі: територія нашої держави активно використовується міжнародними наркоділками як для транзиту, так і збуту наркотиків.

На поширення незаконного обігу наркотиків впливає також поширення асортименту нових синтетичних наркотиків, які розраховані на вживання у розважальних закладах.

Розвитку незаконного обігу наркотиків сприяє велика незаконна міграція, поява через це нетрадиційних для деяких регіонів наркотиків, наприклад, героїн в Україну поставляється вихідцями з Афганістану та Пакистану, які проживають або прямують транзитом через нашу країну. Кодеїноміські препарати частно надходять у країну з емігрантами з Індії та Ірану.

На рівень наркотизму суттєво впливають механізми соціального контролю, до яких належать суспільство, мікросоціальне середовище. Неналежний соціальний контроль призводить до поширення наркотизму.

Серед мікросоціальних чинників, які сприяють поширенню наркоманії та незаконного обігу наркотиків, є:

- труднощі особистого характеру в орієнтації у сучасному бюрократизованому й індустріально розвиненому суспільстві, пов'язані з психічними навантаженнями;
- протест проти прийнятих у суспільстві цінностей і норм, що може замінятися використанням визначених стримуючих засобів (наприклад, незаконне вживання наркотиків);
- труднощі у соціальній адаптації чи нездатність приймати й асимілювати загальноприйняті установки і традиції;
- невизначена перспектива і страх перед майбутнім, насамперед у галузі освіти та трудовій діяльності;
- суспільні зміни при зміні поколінь і пов'язані з ним конфлікти між поколіннями;
- труднощі, зумовлені сімейними проблемами і почуттям незахищеності;
- масове вживання наркотиків завдяки відповідним прикладам і рекламі наркотичних засобів;
- ефект «групи однолітків» – уперше наркотик вживають, як правило, не ізольовано, а в групі однолітків;
- помилки у вихованні, наприклад, надмірна строгість, все-дозволеність, зайва опіка, сильні протиріччя між школою і сім'єю.

Найбільше небезпечі та негативному впливу піддаються люди:

- які почувають себе самотніми, хотіли б мати друзів чи ввійти в яку-небудь групу;
- у яких виникає почуття, що до них ставляться несерйозно, ним немає з ким обговорити проблеми;
- які відчувають страх перед майбутнім і не мають бажання самостійно визначитись у житті;

- які не впевнені в собі і відчувають потребу в захисті;
- яких вихователі (батьки, учителі) не підтримували і не хвалили, а лише картали;
- які намагаються втекти від дійсності і не в силах перенести анонімність та ізоляцію;
- які виростили без батька і мріють, щоб у них був батько і приклад для наслідування;
- які бажають зміцнити почуття успіху і шукають альтернативну позицію, опору;
- розчаровані у сучасному суспільстві, матеріалістичній позиції дорослих людей;
- які переживають труднощі на відстані від батьків;
- зайняті пошуком сенсу власного життя.

Аналіз перелічених причин свідчить, що вони перебувають в площині соціальних проблем. Однак соціальні причини у виникненні наркоманії не єдині. У розвитку наркоманії відіграє значну роль неправильне виховання дитини, коли формується слабкість, схильність втікати від труднощів. Особливу тривогу викликає поширення наркоманії серед школярів і студентів.

На поширення наркоманії та незаконного обігу наркотиків особливо впливає негативна роль мікросоціальних маргінальних груп і негативного лідера. Наркозалежні особи не лише подають негативний приклад, але й втягують до цієї пристрасті новачків. Вони потрібні їм як одностуденти, з якими вони діляться своїми наркотичними переживаннями, як клієнти, яким збувають наркотики, а також як «кролики», які згодом пробують разову наркотичну дозу нової партії наркотиків.

Недостатня санітарно-освітня робота в підлітковому та молодіжному середовищі також сприяє поширенню наркоманії. Наркоманія – хвороба молодих. Статистичні дані МВС України засвідчують, що 80% осіб, які були вперше втягнуті до вживання наркотику, – це люди віком від 14-30 років. Більшість з них навіть не передбачала, які наслідки їх чекають. Неосвіченість і наркотична безграмотність визначили їх ставлення до наркотиків. Багато хто вважає, що небезпека їм не загрожує, оскільки вони тільки палять канабіс, а наркоманія, на їх думку, це коли «коляться». Так на ґрунті незнання і неуцтва виростає повна безстрашність прийому наркотичної речовини. Варто зазначити, що найчастіше наркотики починають вживати із цікавості. Тому в зоні підвищеного ризику перебувають підлітки, у яких спостерігається байдуже ставлення до навчання, відсутність хобі та інтересів, підвищена схильність до лідарства.

Вищезазначені причини та умови, звичайно, не є вичерпними, але вони вказують на складність і різноманітність розвитку та поширення незаконного обігу наркотиків, що це раз підтверджує його підвищену суспільну небезпеку.

Основні форми, що спонукають підлітка до первинного вживання наркотичних засобів, складаються, принаймні, з трьох ланок. Перша ланка – це особлива форма емпатії, тобто душевного розшарування, співчуття, співпереживання до членів групи на початковому етапі сумісного вживання наркотичного засобу чи психотропної сировини. Друга ланка – це групова залежність від якого-небудь виду наркотичних засобів, відчуття єднання, яке в тому чи іншому ступені захищає підлітка. В подібних компаніях вживання алкоголю, а потім наркотичних засобів стає практично неминучим моментом спілкування, оскільки відсутність позитивної основи, суспільно-корисної справи призводить до нудьги, до психічної напруги і будь-яке заняття, що не вимагає зусиль і разом з тим привертає зовнішньою новизною або незвичністю, сприймається з ентузіазмом. А вживання наркотичних засобів якраз і відноситься до спектру таких занять. Остання ланка – це безпосередньо наркотична залежність.

Не останню роль у формуванні прихильності до первинного вживання наркотиків відіграють психологічні чинники, зокрема:

- психологічна незрілість – соціальна інфантильність, незрілість, уразливість, нестійкість настрою, слабкий самоконтроль, пасивність, поверхневі незрілі думки. У таких осіб найчастіше як чинники ризику наркоманії виступають потреба в яскравих емоційних переживаннях, боязкість і нерішучість. У нерішучих молодих людей часто спостерігається психологічна залежність від старших і вольових знайомих;

- тривожно-недовірливі риси характеру – підвищена схильність до тривоги, страхів, невпевненість у собі, відчуття власної неповноцінності та мало значимості;

- замкнутість, схильність до самокопання і малопродуктивних роздумів. Психологічні механізми початку наркотизації в даному випадку полягають у тому, що навколишні умови не надають добре розвиненому інтелектуально індивіду достатніх підстав для емоційного та інтелектуального насичення. Процес життя в цих випадках сприймається як «нудний». Пошуки насичення емоційної сфери і підвищення інтелектуального навантаження нерідко провокують споживання наркотичних засобів;

- демонстративна (істерична) особа – підвищена потреба в загальній увазі і любові, крайній егоцентризм, висока емоційність, необґрунтовано завищена самооцінка.

У молодих людей, що відносяться до даного типу, первинний досвід вживання наркотичних засобів, як правило, пов'язаний з претензією на оригінальність або бажанням шокувати оточуючих. Надалі наркотичні засоби дають можливість демонстративним особам підсилювати свої «артистичні» здібності, а при нагоді заспокоїти себе, коли щось не виходить.

Часто наркотичний засіб вперше вживають із «солідарності» з компанією друзів. Наркозалежні особи взагалі схильні залучати до наркотизації своїх знайомих. Нерідко це продиктовано потребою збувати новому клієнтові наркотичний засіб, іноді просто для компанії. Деякі види наркотичних засобів (наприклад, коноплі) вважають за краще вживати в групі. Для новачка ж стати «своїм» в подібній компанії означає прийняти наркотичний засіб.

Буває і так, що вперше молода людина починає приймати наркотичний засіб у складній стресовій ситуації (втрата близької людини, розлука з будинком, сварка з коханою людиною та ін.).

2.3.1. Детермінанти злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків

Детермінанти злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, є похідними від загальних причин злочинності у нашій країні та взаємопов'язані з економічними, політичними, ідеологічними, морально-психологічними, демографічним процесами у державі. Вивчення причин злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків, має важливе значення не тільки для глибокого пізнання об'єктивних джерел відповідного кримінального явища, але й для розробки запобіжних заходів протидії вищевказаним злочинам. Разом з тим, враховуючи глобальні перетворення у державі, можна виділити цілу низку детермінант, особливо значущих для існування, розповсюдження і самовідтворення злочинності, пов'язаних з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів.

Економічні детермінанти: системна економічна криза, яка є наслідком майже повної трансформації легальної економіки у тіньову за відсутності ефективного контролю за залученням у неї надприбутків, отриманих у результаті незаконного обігу наркотиків; досягнення загрозливо високого рівня безробіття, що продукує для значної частини населення відсутність легальних альтернатив заробітку та схиляння до заняття наркобізнесом; суттєве перевищення доходів від наркобізнесу над легальним сектором економіки; нестабільна економічна ситуація в державі та нерозвиненість малого і середнього бізнесу; відсутність з боку Національного банку України ефективного контролю над комерційними банками щодо утримування на рахунках з подальшою легалізацією коштів, отриманих від незаконного обігу наркотиків; неефективне або ситуативне проведення економічних реформ, що призводить до зuboжіння населення та схиляння його до заняття наркобізнесом тощо.

Серед соціальних передумов існування незаконного обігу наркотичних засобів необхідно виокремити відсутність дієвої системи соціального, насамперед громадського, контролю, зокрема, за діяльністю органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових та службових осіб, політичних та громадських діячів, що робить таку діяльність непрозорою.

Політичні детермінанти: прорахунки в політиці реформування Української держави і суспільства (помилкова ідеологія реформ); гальмування назрілих політичних процесів, що призвело до незавершеності формування політичної системи, повільного розвитку політичної структури та свідомості суспільства; політична нестабільність, яка, зокрема, проявляється у нестабільності наявних політичних інститутів; розгалуженість політичної системи та наявність великої кількості політичних партій і, відповідно, слабкість місцевого самоврядування; дисбаланс функцій та повноважень гілок влади, який породжує викривлення суспільних відносин у функціонуванні владних структур, що не може негативно не позначитися на виконанні владними інститутами своїх функцій, а зрештою – і на результатах їх діяльності. Така ситуація, крім всього іншого, створює сприятливі умови для зловживання владою, прийняття неправових і незаконних рішень та породження наркобізнесу; нерішучість і непослідовність у проведенні суспільних перетворень, безсистемне і нерішуче впровадження демократичних засад у різні сфери суспільного життя; відсутність ефективного парламентського та громадського контролю за діяльністю вищих посадових осіб виконавчої гілки влади, зокрема, керівників правоохоронних структур, що здійснюють контроль за обігом наркотичних засобів, психотропних ре-

човин, їх аналогів та прекурсорів; відсутність належної політичної волі щодо системної протидії злочинам, пов'язаним з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, яка проявляється, зокрема, у безсистемному підході до створення законодавчої бази, допущенні недоліків у формуванні та реалізації антинаркотичної політики; недостатня визначеність, непослідовність і неналежна наукову обґрунтованість здійснюваної антинаркотичної політики.

Організаційно-управлінські детермінанти: недосконала система організації влади, неефективна система державного управління, гіпертрофовані повноваження бюрократичного апарату; неефективність державного управління як один з основних факторів криміналізації суспільства; поширеність у кадровій політиці випадків заміщення посад працівників правоохоронних органів не на підставі їх ділових і моральних якостей, а через знайомство за колишньою роботою, особисту відданість, близькість політичних уподобань; відсутність порядку спеціальної перевірки, тестування на відповідність професійним та моральним якостям, періодичної ротації, однорівневого переміщення всіх працівників правоохоронних органів; низька виконавча дисципліна, відсутність належної відповідальності за доручену ділянку роботи та результати діяльності; низька якість, необґрунтованість багатьох управлінських рішень; низький престиж професії правоохоронця; непрозорий характер кадрової політики, особливо щодо зайняття вищих посад; недостатня взаємодія між правоохоронними структурами щодо протидії наркобізнесу; недостатня робота з громадськістю; відсутність упорядкованої системи правоохоронних органів, що організовують та здійснюють у повному обсязі виявлення, запобігання та розкриття злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів.

Правові детермінанти: неналежне забезпечення реалізації у діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інших інститутів держави та суспільства принципів верховенства права та законності; поширений правовий нігілізм як з боку публічних посадових та службових осіб, так і з боку інших суб'єктів правовідносин, включаючи громадян; безсистемна, у багатьох випадках науково необґрунтована, зміна законодавства, а в деяких випадках навіть прийняття законів та інших актів законодавства для задоволення особистого чи корпоративного інтересу; фактичне зниження ефективності правозастосовної практики в цілому і самого механізму кримінального переслідування.

Морально-психологічні детермінанти: втрата моральних засад переважною більшістю суспільства, що призводить до деморалізації суспільства, девальвації моральних цінностей; соціально-економічна і політична нестабільність суспільства, яка породжує у громадян дух невизначеності і непевності у завтрашньому дні; невизнання значною частиною населення наркобізнесу соціальним злом, нерозумінням його суспільної небезпеки для соціуму, держави чи окремої особи; корінні зміни світогляду, ідеологічних орієнтацій громадян нашої держави; втрата соціальної надії і орієнтирів значними групами населення, зокрема, неповнолітніми і молоддю, пов'язаних з невизначеністю перспектив навчання, працевлаштування тощо.

Інші детермінанти: географічне розміщення України, що робить її транзитною країною постачання наркотиків у Західну Європу; збільшення частки психічно хворих і маргінальних осіб; поширення засобами масової інформації так званої наркотичної ідеології, включаючи пропаганду вживання збудливих і одурманюючих засобів як нібито невід'ємного атрибуту сучасної молодіжної субкультури; демонстрація розпусти у кінофільмах, відеофільмах, телевізійних передачах, що нейтралізують негативне став-

лення до наркотиків у масовій аудиторії та навпаки штучно розпалюють інтерес до них; наслідування певної частини молоді західним рухам анархічного протесту (хіпі, рокери тощо), у середовищі яких споживання наркотиків є складовою частиною повсякденного способу життя; активізація зусиль злочинного середовища щодо втягнення у нього неповнолітніх і осіб молодого віку, зокрема, за рахунок схиляння до традиційного вживання наркотиків; послаблення системи контролю над незаконним обігом наркотиків на території пострадянського простору, поява «прозорих кордонів» тощо; втрата культу сім'ї, що сприяє неналежному вихованню неповнолітніх, насильству у сім'ї тощо; недоліки у діяльності правоохоронних органів, зокрема, омолодження кадрів, непрофесійність, ослаблення системно направленої на пряму профілактики, що протидіє поширенню наркотиків, що приводить до різкого зниження контролю над середовищем наркозалежних осіб тощо; відсутність ефективної системи виявлення споживачів наркотиків на ранніх стадіях захворювання наркоманією; наявність високого попиту на наркотики з боку молодіжних, босемних і навіть маргінальних груп населення, що втратили в перехідний період соціальну орієнтацію або перспективу або що стали жертвою цілеспрямованої пропаганди тощо.

Вивчення факторного комплексу наркозлочинності дозволяє краще усвідомити досліджуваний феномен, а також розробити профілактичні заходи адекватного реагування на злочини даної спрямованості.

ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ

1. **Антиретровірусна терапія (АРТ)** – специфічне лікування ВІЛ-інфекції, спрямоване на максимальне пригнічення реплікації ВІЛ в організмі, яке призводить до відновлення клітин імунної системи і покращання стану/якості життя хворого та подовження тривалості його життя. Антиретровірусна терапія розглядається як етіотропна терапія ВІЛ-інфекції.

2. **Наркобізнес** – законна або незаконна економічна діяльність, пов'язана з культивуванням, виробництвом, виготовленням, розповсюдженням наркотиків з метою отримання надприбутку.

3. **Незаконний наркобізнес** – це діяльність окремих осіб, злочинних угруповань або злочинних організацій, що пов'язана з незаконним культивуванням наркотиковмісних рослин, контрабандою, незаконним виробництвом, виготовленням, зберіганням, перевезенням, пересиланням, придбанням, збутом наркотиків, маркетингом ринку збуту та рекламою наркотиків, а також – «відмиванням» коштів, отриманих від цієї протиправної діяльності, з метою одержання надприбутку.

4. **Незаконний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів** – діяння з: культивування рослин, включених до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, пересилання, придбання, збуту, ввезення на територію України, вивезення з території України, транзиту через територію України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що здійснюються з порушенням законодавства про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори.

5. **Особа, хвора на наркоманію**, – особа, яка страждає на психічний розлад, що характеризується психічною та (або) фізичною залежністю від наркотичного засобу чи психотропної речовини, і якій за результатами медичного обстеження, проведеного відповідно до Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», встановлено діагноз «наркоманія».

6. **Транснаціональний наркобізнес** – це окремий вид організованої транснаціональної злочинності, який характеризується структурованою системою високоорганізованих і ретельно законспірованих злочинних угруповань, які займаються злочинною діяльністю на міжнародному рівні у вигляді промислу, що спрямований на незаконний обіг наркотиків, чи пов'язаним із ним іншим видом такої діяльності, з метою систематичного отримання максимальних прибутків та надприбутків, використовуючи у своїх інтересах як державні структури, так й інститути громадянського суспільства

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ДО РОЗДІЛУ

1. Охарактеризуйте поняття «незаконний обіг наркотиків» та його елементи.

2. Визначіть основні макросоціальні чинники, які впливають на поширення незаконного обігу наркотиків та наркоманії у нашій державі.

3. Визначіть мікросоціальні чинники, які впливають на поширення незаконного обігу наркотиків та наркоманії в суспільстві.

4. Охарактеризуйте форми та чинники, що спонукають особу до первинного вживання наркотиків.

5. Які основні детермінанти злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків?

6. Охарактеризуйте економічні, соціальні та політичні детермінанти злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків.

7. Проаналізуйте організаційно-управлінські, правові та інші детермінанти злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків.

ТЕМИ РЕФЕРАТІВ

1. Сучасний стан поширення незаконного обігу наркотиків в Україні та його тенденції.
2. Поняття та види наркозлочинів.
3. Види оперативно-профілактичних відпрацювань, які здійснюються з метою запобігання незаконному обігу наркотиків.
4. Шляхи та способи контрабандного переміщення наркотиків територією України.
5. Причини та умови первинного вживання наркотиків підлітками.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ

1. Наркоситуація в світі та транснаціональний наркобізнес.
2. Особливості впливу наркотичних засобів на громадське здоров'я.
3. Інтернет як засіб поширення наркотиків.
4. Проблеми наркоманії серед неповнолітніх.
5. Наркотики та наслідки їх вживання.

ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДАВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальні проблеми боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів в Україні. Загальна частина: у 2-х кн.: курс лекцій. Кн. 1 / Л.Г. Шарай, Б.В. Западнюк, Я.І Слободян та ін.; за ред. Є.М. Моїсєєва. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, Прикарпат. юрид. ін-т., ЛьвДУВС, 2007. – 212 с.
2. Антинаркотична профілактика в молодіжному середовищі: практ. посіб. – К.: НА-ВСУ, 2004. – 124 с.
3. Антинаркотична профілактика в навчальних закладах: Методичні рекомендації / Никифорчук Д.Й., Панок В.Г., Стрільців О.М. – К., Парламентське видавництво, 2004. – 64 с.
4. Джужа О.М. Кримінологія: Навчальний посібник / Джужа О.М., Василевич В.В., Колб О.Г. та ін. : за заг. ред. О.М. Джужи. – К.: Атіка, 2010. – 311 с.
5. Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 року. Законодавство у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів: 36. нормат. актів / У 2 ч. – Ч. 1. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, 2006 – С. 88–138.
6. Загальносоціальна та спеціальна профілактика наркоманії та ВІЛ/СНІДу: Навч.-метод. посіб. // [О.М.Джужа, О.Ф.Гіда, Г.І.Піщенко, С.М.Корецький]. – К.: 2004. – 79 с.
7. Комментарий к Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. – ООН. – Нью-Йорк, 1999. – 412 с.
8. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин від 20 грудня 1988 року // Законодавство у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів: 36. нормат. актів / У 2 ч. – Ч. 1. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, 2006. – С. 191–231.
9. Конвенція про психотропні речовини 1971 року // Законодавство у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів: 36. нормат. актів / У 2 ч. – Ч. 1. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, 2006. – С. 155–191.
10. Концепція Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки: Затв. розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 травня 2008 р. №728-р. // Офіційний вісник України. – 2008. – № 37. – Ст.1240.
11. Концепція реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки: схвалено розпорядженням Кабінету міністрів України від 13.09.2010 року №1808-р. – Офіційний вісник України. – 2010. – № 70. – с. 41. – Ст. 2533.
12. Кримінологія: Загальна та Особлива частини : підручник для студентів юрид. спец. ВНЗ // За заг. ред. В. В. Голіни ; МОН України, Націон. юрид. акад. ім. Ярослава Мудрого. – Харків, 2010. – 286 с.
13. Кримінологія: підручник для студентів ВНЗ // За заг. ред. Л. С. Сміяна, Ю. В. Нікітіна; МОН України, Націон. акад. управ. – К. : 2010. – 495 с.
14. Міжнародно-правові заходи запобігання наркотизму: наук.-метод. посіб. / О. М. Джужа, Г. І. Піщенко, В. Г. Пшеничний, О. М. Стрільців; за заг. ред. О. М. Джужі. – К., 2004. – 131 с.
15. Наркологія [Текст]: навч. посіб. / [Западнюк Б. В., Несен О. О., Галан Н.В. та ін.]; за ред. О. М. Джужі. – К.: КНТ, 2012. – 328 с.
16. Наркотизация населения Украины: взгляд на проблему и пути её решения: Науч.

изд. / А. П. Толопило, В. Г. Ожогова // Одесская правозащитная группа «Веритас». – Одесса, 2007. – 119 с.

17. Павленко Р.М. Попередження незаконного виробництва наркотичних засобів і психотропних речовин підрозділами Міністерства внутрішніх справ України : монографія // МВС України, НАВСУ. – К., 2005. – 250 с.

18. Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів: Затв. пост. Кабінету Міністрів України від 6 травня 2000 р. № 770 // Офіц. вісник України. – 2000. – № 19. – Ст. 789.

19. План заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки: затвердж. розпорядженням Кабінету Міністрів України від 6 серпня 2008 р. № 1068-р. – Урядовий кур'єр від 08.12.2010. – № 230.

20. Позднякова М.Е. Наркомания: ситуация, тенденции и проблемы / ИСИ РАН. – М., 1999. – 88 с.

21. Поступной А. Н. Профилактика наркомании среди «детей улицы» в Украине / А. Н. Поступной, Т. Н. Чернецкая, М. Ю. Довгопол // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Сост. И. П. Рущенко. – Харьков: Финарт, 2002. – 240 с.

22. Права людини у діяльності міліції в контексті протидії поширенню епідемії ВІЛ/ СНІДу : Навч. посіб. / [В.М. Бесчастний, ред., К.С. Колесник, А.М. Бабенко та ін.] // МВС України. Донецький юрид. ін-т. Луганського ДУВС ім. Е.О. Дідоренка та ін. – Донецьк: 2009. – 132 с.

23. Примусове лікування від наркоманії: за і проти (кримінально-правове та криміналістичне дослідження): монографія / О. В. Юношев // Донецький юрид. ун-т. Луганський держ. ун-т внутр. справ. – Донецьк, 2007. – 255 с.

24. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними: Закон України від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 10. – Ст. 62.

25. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори (із змінами та доповненнями) : Закон України від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 10. – Ст. 60.

26. Профілактика наркоманії серед підлітків / А. М. Нагорна, В. В. Беспалько. – К., 2001. – 168 с.

27. Профілактика ризикованої поведінки в учнівському і студентському середовищі: Методичні рекомендації / За ред. В.Г. Панка. – К.: Ніка-Центр, 2004. – 252 с.

28. Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року : схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 серпня 2013 р. № 735-р // Офіційний вісник України. – 2013 р. – № 76. – С. 270. – Ст. 2829.

ЗМІСТОВНИЙ МОДУЛЬ II

ПРОФІЛАКТИКА НЕЗАКОННОГО ОБІГУ НАРКОТИКІВ

РОЗДІЛ 3

ПОНЯТТЯ, ПРАВОВА ОСНОВА ТА ЗАХОДИ АНТИНАРКОТИЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ В УКРАЇНІ

- 3.1. Поняття та правова основа антинаркотичної профілактики в Україні.
 - 3.1.1. Поняття антинаркотичної профілактики.
 - 3.1.2. Правова основа антинаркотичної профілактики в Україні.
- 3.2. Загальносоціальні заходи антинаркотичної профілактики.
- 3.3. Роль програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків у профілактиці незаконного обігу наркотиків та наркозлочинності.

3.1. Поняття та правова основа антинаркотичної профілактики в Україні

3.1.1. Поняття антинаркотичної профілактики

Антинаркотична профілактика – це цілісна, організована у рамках єдиної державної програми, система комплексних соціально-економічних, правових, медико-санітарних, виховних, соціально-реабілітаційних, психолого-педагогічних заходів, яка має свій зміст, етапність і динаміку розвитку, певний кінцевий результат та реалізується державними і громадськими структурами щодо виявлення і усунення причин та умов поширення наркоманії та незаконного розповсюдження наркотиків, вчинення правопорушень на їх ґрунті, а також виявлення і активний вплив на осіб, які допускають немедичне вживання наркотиків, та осіб, які причетні до їх незаконного обігу.

За суттю вона представляє собою комплекс заходів, направлених на забезпечення високого рівня здоров'я людей, їх творчого довголіття, усунення причин різних захворювань, поліпшення умов праці, побуту і відпочинку, охорону громадського порядку.

Слід розрізнати три основних напрямки антинаркотичної профілактики:

- профілактика наркоманії, в тому числі лікування й соціальна реабілітація наркозалежних осіб, зниження тяжкості медико-соціальних наслідків зловживання наркотиками;

- запобігання незаконному обігу наркотиків;

- профілактика правопорушень, вчинених на ґрунті наркоманії і наркотизму.

Ці напрями тісно взаємопов'язані, проте, якщо перший з них стосується в основному питань соціології, психології та медицини, то два інших – кримінології та інших кримінально-правових наук.

Профілактику наркоманії поділяють на первинну, тобто таку яка запобігає вживанню наркотиків будь-якою особою; вторинну – комплекс заходів направлених на раннє виявлення і активне лікування осіб, які вже вживають наркотики, але ще не мають залежності, запровадження Програм зменшення шкоди з метою мінімізації негативних наслідків зловживання психоактивними речовинами; і третинну – власне лікування осіб, які вже мають залежність, їх медико-соціальна адаптація, запровадження Програм зменшення шкоди з метою мінімізації негативних наслідків зловживання наркотиками.

Таким чином, *основним змістом* профілактики наркоманії є здійснення комплексних заходів, спрямованих на зниження рівня первинного вживання наркотиків, а отже, незаконного попиту на них, зменшення шкоди від вживання не за медичним призначенням наркотиків у сфері охорони здоров'я та життєдіяльності суспільства в цілому. Профілактика охоплює певні соціальні та вікові групи населення і повинна включати різноманітні перманентні заходи – від запобігання вживанню наркотиків до зменшення спричинених ними негативних наслідків для особи і суспільства.

Профілактика незаконного обігу наркотиків полягає у виявленні специфічних криміногенних детермінант, що сприяють втягненню населення у незаконний обіг наркотиків та їх немедичне вживання, а також здійснення заходів щодо припинення, усунення або нейтралізації цих детермінант.

У свою чергу правопорушення, вчинених на ґрунті наркоманії і наркотизму, кримінологія розглядає як особливі об'єкти профілактичного впливу.

Антинаркотична профілактика поділяється на *загальносоціальну профілактику* та

спеціально-кримінологічну профілактику.

Загальносоціальна профілактика охоплює великі (мають довготривалий характер) види соціальної профілактики в самому широкому сенсі цього слова. Це – вирішення економічних, соціальних, ідеологічних, політичних, культурно-виховних, організаційно-управлінських та інших проблем життя суспільства в ході перебудови та реалізації рішень держави та уряду. Отже, загально соціальна профілактика займає одне з пріоритетних місць у державній політиці впливу на поширення наркоманії, незаконний обіг наркотиків та наркозлочинність.

Спеціально-кримінологічна антинаркотична профілактика – це сукупність заходів з протидії незаконному обігу наркотиків, змістом яких є різноманітна робота державних органів, громадських організацій, соціальних груп і громадян, спрямована на усунення причин та умов, що породжують і сприяють поширенню незаконного обігу наркотиків, а також їх немедичне вживання, та недопущення вчинення правопорушень на їх ґрунті.

Вказані напрями тісно взаємопов'язані і являють собою систему ціленаправлених профілактичних заходів на міжнародному і національному рівнях.

Загальна антинаркотична профілактика охоплює всі без виключення версти населення:

- осіб, які не залучені до незаконного обігу наркотиків та їх немедичного вживання;
- осіб, які не залучені до наркогенної ситуації, але належать до так званої групи ризику, наприклад, позбавлені батьківського піклування або особи, які знаходяться в умовах бездоглядності, мають різні проблеми в розвитку і поведінці (важкі і проблемні підлітки та молодь) тощо;
- особи, які допускають періодичне вживання наркотиків (споживачі наркотиків);
- хворі на наркоманію (наркозалежні).

Якщо говорити про суб'єкти профілактики, то вони являють собою систему взаємопов'язаних органів і осіб, які здійснюють попереджувальні заходи. Основним суб'єктом загальної профілактики незаконного обігу наркотиків є держава, що здійснює функції в цій сфері через органи законодавчої, виконавчої та судової влади.

Загальне керівництво державною системою запобігання злочинів в сфері незаконного обігу наркотиків здійснює **Президент України**, який є згідно Конституції України, гарантом прав і свобод людини і громадянина. Він визначає основні напрями діяльності держави із захисту життєво важливих інтересів особи, суспільства і держави від внутрішніх і зовнішніх погроз. Президент вживає організаційно-правові заходи, спрямовані на запобігання злочинів в сфері незаконного обігу наркотиків і боротьбу з наркозлочинністю, визначає і формує наркополітику та її стратегічні засади і напрями.

Кабінет Міністрів України бере участь в розробці і реалізації державної політики у сфері запобігання злочинів у сфері незаконного обігу наркотиків, реалізації забезпечення безпеки особи, суспільства і держави. Забезпечує концептуальну розробку та реалізацію наркополітики як складової частини всіх сфер життєдіяльності суспільства. На підставі й на виконання Конституції України, законів України, указів Президента України Кабінет Міністрів України видає постанови і розпорядження з питань запобігання незаконному обігу наркотиків.

У межах своєї компетенції уряд України здійснює керівництво державним забезпеченням безпеки, організовує і контролює розробку і реалізацію заходів щодо запобігання незаконного обігу наркотиків, міністерствами, державними комітетами, службами й іншими підвідомчими йому органами. Уряд України схвалює концепції та затверджує цільові програми, направлені на запобігання незаконного обігу наркотиків. Рекомендує органам місцевого самоврядування та виконавчої влади у межах засобів їх бюджетів

розробляти і приймати комплексні регіональні програми.

З метою вдосконалення державної політики у сфері контролю за обігом наркотиків Указом Президента України від 13 квітня 2011 року № 457/2011 створена **Державна служба України з контролю за наркотиками**. Даним указом встановлено, що ДСКН є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади у сфері формування та забезпечення реалізації державної політики з питань обігу наркотиків, протидії їх незаконному обігу, а також координації діяльності органів виконавчої влади з цих питань.

Основними завданнями ДСКН України є:

- формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері обігу наркотиків та протидії їх незаконному обігу в межах наданих повноважень;
- здійснення державного регулювання та контролю за обігом наркотиків та заходів з протидії їх незаконному обігу в межах наданих повноважень;
- координація діяльності органів виконавчої влади у сфері обігу наркотиків та протидії їх незаконному обігу в межах наданих повноважень;
- забезпечення відповідно до міжнародних угод, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, взаємодії та інформаційного обміну з міжнародними організаціями і компетентними органами іноземних держав у сфері обігу наркотиків та протидії їх незаконному обігу, а також представлення інтересів України у зазначеній сфері в міжнародних організаціях.

Органи виконавчої влади забезпечують виконання законів і інших нормативних актів, регулюючих відносини в позначеній сфері. Вони організують розробку і реалізацію державних програм забезпечення безпеки особи, суспільства і держави.

Правоохоронні органи – здійснюють заходи у сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків, їх аналогів та прекурсорів, проведення оперативно-розшукових заходів, виконання функцій виявлення, недопущення вчинення та розкриття злочинів.

МОЗ України – здійснює заходи у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських наркотичних засобів; надання медичної допомоги щодо їх застосування; лікування, профілактики та реабілітації наркозалежних осіб.

МОН, Мінсоцполітики та інші центральні органи виконавчої влади – запроваджують заходи у сфері організаційно-практичного забезпечення профілактики та реабілітації наркозалежних осіб.

Заклади охорони здоров'я, реабілітаційні центри незалежно від форми власності – здійснюють заходи з питань профілактики, лікування, реабілітації наркозалежних осіб, ефективне застосування знеболюючих засобів при хронічних патологічних станах.

Органи місцевого самоврядування – здійснюють заходи з питань організації виконання законодавства у сфері обігу наркотиків та їх прекурсорів на відповідних територіях в межах їх повноважень⁵⁹.

Для координації здійснення реалізації національної політики в сфері обігу наркотиків у державі постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 1993 року № 343 було створено **Національну координаційну раду боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України**, яку очолює віце-прем'єр-міністр України, а в обласних Радах народних депутатів - відповідні обласні координаційні ради боротьби з наркоманією, очолювані першими заступниками Голов обласних рад. До її складу включені представники усіх органів центральної державної влади, задіяних до боротьби з наркоманією в Україні.

⁵⁹ Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року : схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 серпня 2013 р. № 735-р // Офіційний вісник України. – 2013 р. – № 76. – С. 270. – Ст. 2829.

Основними завданнями такої Національної координаційної ради є: розроблення заходів щодо забезпечення реалізації державної політики та контролю за вживанням наркотиків в Україні; координація діяльності заінтересованих міністерств, інших органів виконавчої влади та громадських організацій з питань протидії зловживанням наркотиками та їх незаконному обігу; організація підготовки та внесення в установленому порядку пропозицій про вдосконалення законодавчих та інших нормативних актів, спрямованих на протидію зловживанням наркотиками та їх незаконному обігу тощо.

Координаційні ради з питань профілактики та боротьби з наркоманією, що створюються при обласних, міських та районних адміністраціях, незважаючи на різноманітні назви (наприклад, Координаційна рада по боротьбі зі СНІДом, наркоманією та венеричними захворюваннями, Координаційна рада з питань запобігання поширенню туберкульозу, алкоголізму, наркоманії, ВІЛ-інфекції тощо) мають наступні функції:

- розроблення заходів щодо забезпечення реалізації державної політики та контролю за вживанням наркотиків у регіонах;
- координація діяльності заінтересованих відомств, органів державної влади і громадських організацій з питань протидії зловживанням наркотиками та їх незаконному обігу;
- організація підготовки та виконання програм запобігання незаконному обігу наркотиків, які перебувають під державним контролем;
- організація підготовки та внесення в установленому порядку пропозицій про удосконалення законодавчих та інших нормативних актів, спрямованих на протидію зловживанням наркотиками та їх незаконному обігу;
- надання оцінки оперативної обстановки стану поширеності наркоманії серед населення області та окремих її регіонів;
- забезпечення контролю за дотриманням органами державної виконавчої влади законів України, постанов Верховної Ради України, указів і розпоряджень Кабінету Міністрів України з питань боротьби з незаконним обігом наркотиків;
- контроль за виконання профілактичних заходів місцевими органами державної виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями.

З метою реалізації вказаних функцій координаційні ради мають певні права, а саме:

- одержувати від районних адміністрацій, органів самоврядування, відомств, підприємств, закладів і установ, інших юридичних осіб незалежно від форм власності, а також від громадських організацій інформацію, необхідну для виконання завдань, покладених на обласну координаційну раду;
- заслуховувати інформацію суб'єктів профілактичної діяльності (місцевих Рад народних депутатів, районних держадміністрацій, керівників відомств, підприємств, установ та організацій незалежно від форм власності) з питань боротьби із зловживанням наркотиками та їх незаконним обігом;
- використовувати засоби масової інформації для висвітлення профілактичної роботи у боротьбі з наркоманією та алкоголізмом, публікації матеріалів, наданих суб'єктами профілактичної діяльності.

Рішення обласної координаційної ради оформляється у вигляді рекомендацій місцевим органам державної виконавчої влади, органам місцевого самоврядування, підприємствам, установам та організаціям. Рекомендації обласної координаційної ради, прийняті у межах її компетенції, є обов'язковими для виконання всіма відомствами, посадовими особами і місцевими органами виконавчої влади.

До складу вказаної координаційної ради повинні входити представники органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, представники громадськості, засобів масової інформації тощо.

З метою визначення структури та повноважень координаційних рад, врегулювання її діяльності, встановлення прав та обов'язків її голови та членів, порядку прийняття та виконання рішень, повинно бути затверджено відповідне положення про таку координаційну раду. Такий документ має затверджуватись головою органу місцевої виконавчої влади, що у подальшому сприятиме вирішенню комплексних проблем із залученням відповідальних органів та підрозділів виконавчої влади, місцевого самоврядування та чисельних громадських організацій, спрямуванню та координації розподілу наявних ресурсів на реалізацію відповідних проектів та контролю над виконанням запланованих заходів.

Вказане положення не повинно бути єдиним документом, який регулює відносини, що виникають під час діяльності Координаційної ради з питань профілактики наркоманією та боротьби з наркозлочинністю щодо здійснення міжвідомчої координації у протидії незаконному обігу наркотиків та проведенні профілактики наркоманії. На рівні керівництва виконавчої влади регіону (району, міста) повинні бути розроблені та затверджені регіональні концепції міжвідомчої взаємодії з організації профілактики наркоманії та боротьби з наркозлочинністю.

У такій концепції повинні бути сформовані форми та напрями антинаркотичної профілактичної діяльності органів, установ та громадських організацій, принципи і шляхи їх міжвідомчої взаємодії. Прийняття такої концепції з чітким розмежуванням функцій уповноважених осіб органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, їх структурних підрозділів, а також громадських організацій сприятиме покращанню ефективності у здійсненні антинаркотичної профілактичної роботи та посилення громадського контролю за цим напрямом.

Державна система не може успішно функціонувати без допомоги і сприяння **громадських організацій** і громадян, що на добровільній основі беруть участь в реалізації цієї найважливішої державної функції. Представники яких повинні стати обов'язковими членами координаційних рад.

Загальна профілактика незаконного обігу наркотиків спирається в основному на довгострокову загальнодержавну політику, яка повинна бути спрямована на виконання наступних завдань:

- забезпечення стабільного надійного існування та життєдіяльності нації, збереження її фізичного і морального здоров'я;
- зниження рівня загострення соціальних ризиків для особи, суспільства, держави;
- забезпечення належного державного контролю за обігом наркотиків, а також розроблення і здійснення комплексу заходів щодо зменшення обсягу незаконного розповсюдження наркотиків на території України;
- концентрацію зусиль суб'єктів наркополітики на профілактиці наркоманії, виробленні захисних бар'єрів окремої особи і всього суспільства та сприянні формуванню здорового способу життя;
- організацію раннього виявлення незаконного вживання наркотиків як передумови запобігання захворюванням та ефективного лікування від наркозалежності;
- досягнення єдності та узгодженості в діях суб'єктів формування та реалізації наркополітики;
- удосконалення заходів протидії незаконному обігу наркотиків і пов'язаних з ним

корупції, підрив економічних засад функціонування наркобізнесу;

- реалізацію наркополітики з урахуванням особливостей регіонів;
- створення умов для співпраці держави з інститутами громадянського суспільства у формуванні та реалізації наркополітики;
- залучення осіб, залежних від наркотиків, що знаходяться в незаконному обігу, до участі в медико-соціальних програмах, що ґрунтуються на принципі зменшення шкоди;
- психосоціальну реабілітацію хворих на наркоманію;
- створення належних умов для провадження господарської діяльності, пов'язаної з обігом наркотиків;
- впровадження практики здійснення лікувальних заходів як альтернативи кримінальному покаранню наркозалежних осіб, які вчинили незначні правопорушення;
- створення умов для ресоціалізації осіб, що відбувають покарання за вчинення наркозлочинів;
- узгодження наркополітики з принципами здоров'я населення щодо лікування наркоманії, у тому числі з її соціально небезпечними наслідками, такими як ВІЛ/СНІД, туберкульоз та інші супутні захворювання.

Державна політика щодо наркотиків базується на таких основних принципах:

- законність, дотримання прав людини;
- відкритість і координованість наркополітики;
- доступність наркотиків для медичних і наукових цілей;
- дієвість і системність боротьби з наркобізнесом та контрабандою;
- науково обґрунтований підхід до профілактики та лікування наркоманії;
- участь громадськості у виробленні та реалізації наркополітики;
- виконання взятих міжнародних зобов'язань.

З метою профілактики наркозалежності та запобігання зловживанню наркотиками держава забезпечує:

- надання пріоритету профілактичній роботі у наркополітиці;
- покладення на суб'єктів наркополітики обов'язкової функції запобігання наркоманії та наркозлочинності;
- змістовне оновлення профілактичної роботи з метою формування в суспільстві: захисних соціальних бар'єрів і готовності протистояти ризикам; здорового способу життя і залучення населення насамперед до суспільно корисної праці, розширення кола життєвих інтересів, не пов'язаних із вживанням наркотиків, алкоголю, тютюнопалінням та іншими шкідливими звичками;
- проведення профілактичної роботи як складової частини всіх різновидів і форм реалізації наркополітики: контролю за обігом наркотиків, лікування та реабілітації наркозалежних осіб, боротьби з наркозлочинністю;
- пропагування серед широких верств населення здорового способу життя із зосередженням особливої уваги на дітях, учнівській та студентській молоді, створення умов для його застосування, формування у них навичок несприйняття вживання психоактивних речовин;
- розроблення заходів протидії поширенню наркотичної субкультури;
- проведення постійного моніторингу ефективності профілактичних заходів і в разі потреби корегує та вносить зміни щодо тактики і методики їх реалізації;
- взаємодію державних органів та інститутів громадянського суспільства із засобами масової інформації для підвищення рівня обізнаності населення, надання об'єктивної, науково обґрунтованої інформації про небезпеки, пов'язані із вживанням нарко-

тиків, алкоголю та тютюнопалінням;

- функціонування державної системи правової освіти та постійне об'єктивне інформування населення про наркотичну ситуацію в державі;

- впровадження визначених у програмах підготовки та перепідготовки педагогічних працівників сучасних методик профілактичної роботи з подолання негативних проявів серед дітей, учнівської та студентської молоді;

- проведення конкурсів із створення телевізійних програм, публікацій у друкованих засобах масової інформації, художніх творів, сценаріїв фільмів на антинаркотичну тематику, в тому числі із залученням спонсорської допомоги громадських асоціацій та фондів;

- здійснення заходів із запобігання скоєнню дорожньо-транспортних пригод особами, що перебувають під впливом наркотиків;

- організацію у засобах масової інформації виступів і звернень фахівців з питань формування та реалізації наркополітики.

Профілактика наркоманії проводиться за наступними формами:

- 1.) універсальна форма – спрямована на запобігання наркоманії через інформування громадськості про шкоду і наслідки вживання не за медичним призначенням наркотиків та пропаганду здорового способу життя;

- 2.) селективна форма – спрямована на запобігання залучення дітей і молоді, які внаслідок біологічних, психологічних або соціальних причин перебувають в обставинах, що спричиняють вживання алкогольних напоїв чи наркотиків (сім'ї, які перебувають у складних життєвих обставинах), до вживання психоактивних речовин;

- 3.) індикативна форма (профілактика за показаннями) – спрямована на запобігання виникненню рецидивів хвороби.

Для скорочення незаконного обігу наркотиків та пов'язаних з ним злочинів, державна політика повинна реалізовуватися в наступних напрямках:

- вирішення комплексних соціально-правових завдань, до яких відносяться проблеми дозвілля дітей та молоді, формування у них ціннісних орієнтацій, психологічної стійкості, правової культури;

- прийняття загальнодержавних цільових програм з антинаркотичної профілактики серед широких верств населення;

- створення нових та розбудова існуючих центрів соціальної допомоги для осіб, які споживають наркотики без призначення лікаря, з функціями: надання медичної та психологічної допомоги наркозалежним особам (створення реабілітаційних центрів для наркозалежних осіб), а також вдосконалення кримінально-виконавчих заходів щодо засуджених наркозалежних осіб;

- підтримка на державному рівні недержавних громадських організацій, які запроваджують програм зменшення шкоди та працюють з наркозалежними особами;

- вдосконалення кримінально-правових заходів по боротьбі з незаконним обігом наркотиків, запровадження віктимологічної профілактики.

Що стосується першого напрямку державної політики, то тут необхідно організувати дозвілля дітей та молоді, що є однією із серйозних проблем у боротьбі з поширенням наркоманії та наркотизму. Вирішивши її, частково знизиться зростання наркоманії. Також не слід забувати про роль правової культури в профілактиці незаконного обігу наркотиків. Звідси випливає висновок, що профілактику наркоманії та боротьбу з наркобізнесом не можна розглядати у відриві від правової культури, яка повинна ґрунтуватися на безумовній повазі до права, перетворенні вимог права у внутрішню переконаність

людини. Формування правової культури досягається за допомогою морально-правового виховання, яке на даний час є однією з форм виховання, що відрізняється особливістю цілей, змістом, і методами роботи. Найважливіший внесок у процес вдосконалення морально-правової освіти та виховання особистості повинні внести насамперед навчальні заклади, трудові колективи, які зобов'язані поширювати правові знання, бути головними суб'єктами правового виховання. Отже, основне завдання антинаркотичної пропаганди серед підростаючого покоління зводиться до виховання високоморальної особистості, якої не може навіть прийти думка про те, що можна отримати задоволення в наслідок вживання наркотиків.

Другий напрямок державної політики, полягає у прийнятті загальнодержавних програми з питань проведення загальної (масової) антинаркотичної пропаганди серед населення. Антинаркотична пропаганда, пропаганда здорового способу життя повинна реалізовуватися в повному обсязі всіма суб'єктами профілактики (державними органами, установами, громадськими об'єднаннями, організаціями та ін..) в тісній взаємодії із засобами масової інформації. Для найбільш ефективної профілактичної діяльності щодо наркотизму та наркоманії необхідно на державному рівні визнати проблему наркотизму як загальнонаціональне лихо. Для цього держава має вжити всіх заходів з профілактики наркотизму. У зв'язку з цим суб'єкти профілактики (державні органи, установи, громадські об'єднання та ін.) повинні прийняти всі заходи боротьби з цим соціальним явищем. Для найбільш ефективної роботи з профілактики наркотизму, по-перше, необхідна фінансова підтримка з боку держави. По-друге, державні та приватні ЗМІ повинні приділяти особливу увагу антинаркотичній пропаганді, зокрема, пропаганді здорового способу життя. По-третє, антинаркотична пропаганда та пропаганда здорового способу життя повинна проводитися з дитячого саду, продовжуватися в школі, у вищих навчальних закладах, на роботі - де б не перебував неповнолітній (особа).

Третій напрям полягає в тому, щоб створити нові та розбудувати існуючі центри соціальної допомоги для осіб, які споживають наркотики без призначення лікаря, з функціями: надання медичної та психологічної допомоги наркозалежним особам (створення реабілітаційних центрів для наркозалежних осіб), а також вдосконалити кримінально-виконавчі заход щодо засуджених наркозалежних осіб.

Що стосується останнього напрямку, вдосконалення кримінально-правових заходів по боротьбі з наркобізнесом і незаконним обігом наркотиків, державної політики, то тут, необхідно знайти нові шляхи здійснення контролю над попитом на наркотики та їх споживанням. При цьому найбільш перспективним напрямом запобігання наркозлочинів, є віктимологічні профілактика, тобто усунення факторів (причин та умов), що сприяють підвищеній схильності особи бути жертвою злочину, і прийняття власником особистих заходів захисту, зокрема, забезпечення безпеки життя, здоров'я і збереження майна.

Профілактична діяльність, як правило, будується на комплексній основі і забезпечується спільними зусиллями вихователів, учителів, психологів, медиків, соціальних працівників, співробітників правоохоронних органів. Проте незважаючи на усі зусилля і витрати, навіть профілактику на державному рівні жодна, навіть найблагополучніша в економічних відносинах країна не фінансує увесь спектр діяльності по профілактики наркотизму і його наслідками.

Так, у Німеччині 80% усіх спеціалізованих наркологічних медико-соціальних служб є громадськими, тобто організовуються і здійснюються громадськими організаціями. Ними створена власна мережа медичної і соціальної допомоги, включаючи консультаційні пункти, амбулаторії, стаціонари, юнацькі і молодіжні центри, притулки тощо. Орга-

ни державної охорони здоров'я Німеччини орієнтовані в основному на пряму медичну допомогу - зняття наркотичної інтоксикації і спеціалізоване наркологічне лікування у гострих випадках. У Данії, Бельгії, Норвегії створена досить розгалужена соціально-реабілітаційна мережа для допомоги наркозалежним особам. У цих країнах звертається особлива увага на організацію відпочинку, особливо вечірньої пори, як альтернативу прийому наркотиків. До профілактичної діяльності залучаються колишні наркозалежні особи, а також однолітки, оскільки підлітки не вірять у масові акції, мало довіряють дорослим.

Другим важливим моментом у сфері запобігання немедичного вживання наркотиків і профілактики наркоманії слід рахувати спрямованість заходів на контингент шкільного віку, оскільки саме ця вікова група неповнолітніх і молоді швидко втягується у наркотизацію, що ускладнюється супутніми наркотизації захворюваннями внаслідок відсутності належної гігієни і випадкових статевих контактів. Наприклад у низці зарубіжних країнах для дітей і підлітків, які входять до так званих «груп ризику», розгорнута ціла мережа установ соціальної допомоги - «житлові громади» для молоді, жінок з дітьми, «кризові» молодіжні тимчасові притулки, нічні притулки тощо.

3.1.2. Правова основа антинаркотичної профілактики в Україні

Нині у світі існують різні форми законодавчого регулювання у сфері обігу наркотичних засобів. В залежності від жорсткості законів, спрямованих на боротьбу з незаконним обігом наркотиків, держави умовно можна класифікувати за *трьома групами*.

До першої групи належать держави з найбільш «ліберальним» законодавством. Характерними представниками цієї групи є Нідерланди, Португалія та Іспанія. У Нідерландах, як відомо, дозволено вживання певних видів наркотиків (марихуана, гашиш тощо) у спеціально відведених для цього місцях. Кримінальна відповідальність передбачена тільки за збут та зберігання інших наркотиків (героїн, кокаїн, амфетаміни та інші). У той же час деякі голландські фахівці змушені визнати, що дозвіл вживати так званих «легких» наркотиків провокує до вживання сильнодіючих наркотиків. Показовим у цьому відношенні виявився досвід Іспанії, яка у 1985 р. запровадила голландську модель. Внаслідок цього кількість тільки офіційно зареєстрованих споживачів наркотиків збільшилась з 200 тис. до 1,5 млн. осіб, а країна перетворилась у справжню перевалочну базу наркотиків, у першу чергу кокаїну.

Разом з тим, є позитивні приклади застосування «ліберального» законодавства. Так, у 2001 р. уряд Португалії розробив новий курс по боротьбі з наркоманією декриміналізував вживання наркотиків. Як наслідок, показник кількості смертей від передозування за п'ять років знизився з 400 до 290 осіб на рік. Показник ін'єкційного інфікування ВІЛ серед споживачів наркотиків знизився втричі: з 1400 випадків в 2000 р. до 400 – у 2006 р.. Замість позбавлення волі наркозалежних осіб направляють у лікувальні центри. Як наслідок, кількість осіб, яким було призначено ЗПТ збільшилась з 6,5 тис. у 2001 р. до 14 тис. у 2005 р.. Одночасно зменшилась кількість споживачів марихуани у молодіжному середовищі. До курсу декриміналізації, Португалія була країною, яка нараховувала біля 100 тис. споживачів героїну, що складало 1% від населення країни. До 2008 р. кількість наркозалежних осіб зменшилась до 55 тис.

До другої групи слід віднести країни з «жорстким» законодавством, яке передбачає підвищену (включно до смертної кари) відповідальність за злочини, що пов'язані з наркотиками. Це – Китай, Іран, Пакистан, Таїланд, Малайзія, Нігерія. Наприклад, в Ірані тільки за півтора року у відповідності до Закону 1989 р., було публічно страчено понад тисячу осіб.

До третьої групи держав належить переважна більшість країн, при цьому їх законодавство є більш поміркованим і диференційованим. До цієї групи ми можемо віднести й Україну.

У доповіді Міжнародного комітету з контролю над наркотиками за 1994 р. зазначено, що в усіх державах (членах СНД) продовжується загострення пов'язаних з наркотиками проблем, які загрожують не тільки здоров'ю людей, а й соціально-економічній стабільності. Пов'язана з наркотиками злочинність дестабілізує процес формування демократичних правових держав і все ширше проникає до різних сфер економічного та соціального життя держав-членів СНД, що перебувають у складному перехідному періоді. Особливо згубними для ринкової економіки, яка формується, є операції «відмивання» грошей, у великих масштабах здійснювані торговцями наркотиками з використанням банків СНД.

Процеси глобалізації наркобізнесу, що відбувались у світі та на теренах колишнього СРСР у 1980-90-х рр., не обійшли і територію України. У цей час нелегальний обіг

наркотиків у нашій державі набуває все більш значних масштабів, стає досить серйозним соціальним чинником, який негативно впливає на стан здоров'я і благополуччя людей, розвиток суспільства в цілому. Різко збільшується кількість осіб, які незаконно вживають наркотики і психотропні речовини. Швидкими темпами зростає число злочинів, пов'язаних з наркотиками. Прогресуюче зловживання ПАР і різке зростання цін на такі речовини створюють сприятливі умови для формування організованих груп, які займаються нелегальним наркобізнесом. Стає реальністю включення у ці процеси міжнародної наркомафії та її злиття з внутрішніми злочинними угрупованнями, що призводить до появи, існування і розвитку наркомафії на території України. Все виразніше проявляється прагнення українських та іноземних наркоділків до «відмивання» наркокоштів у різних комерційних структурах, корумпування представників органів влади та управління.

У зв'язку із своїм геополітичним місцезнаходженням Україна починає займати чільне місце у планах наркоділків. Територія України починає використовуватись не лише для транзиту наркотиків та в якості перевалочної бази для «афганського» та «балканського» каналів надходження наркотиків, а й розглядається наркоділками як країна-споживач наркотиків.

Після проголошення незалежності, в Україні, як правонаступнику СРСР, діяли положення Єдиної конвенції про наркотичні засоби 1961 р. з поправками, внесеними до неї згідно з Протоколом 1972 р. Про поправки до Єдиної конвенції про наркотичні засоби 1961 р., та Конвенції про психотропні речовини 1971 р..

У *Єдину конвенцію про наркотичні засоби 1961 р.* закладені принципові положення, що визначають обсяг законодавчих заходів, а також основні напрямки практики боротьби з наркотизмом. Насамперед у ній містяться поняття незаконного обігу наркотичних засобів, їх ввезення, вивезення, виготовлення, виробництва, розподілу, торгівлі ними, а також перелік названих речовин. Останній не визначено як вичерпний, тобто держава-учасник має право його доповнення відповідними засобами.

Основна мета, яку переслідує Конвенція, – «обмежити виключно медичними та науковими цілями виробництво, виготовлення, ввезення, вивезення, розподіл наркотичних засобів, торгівлю ними та їх застосування і зберігання» (ст. 4). У документі встановлено заборону на немедичне вживання наркотиків: вживання опію всередину, куріння опіуму і гашишу, жування листа коки і ін. Стаття 35 Конвенції, визначаючи заходи боротьби з незаконним обігом наркотиків, встановлює основні обов'язки сторін у цій діяльності: а) прийняття внутрішньодержавних заходів для координації превентивних і репресивних заходів проти незаконного обігу наркотичних засобів, б) надання допомоги одна одній у проведенні кампаній по боротьбі з незаконним обігом; в) співробітництво один з одним і з компетентними міжнародними організаціями для проведення цих кампаній. У Конвенції вперше на подібному рівні закріплено положення, що стосуються лікування та реабілітації наркозалежних осіб. Стаття 38 рекомендує державам забезпечити належні умови для ефективного лікування хворих на наркоманію, якщо це дозволяють економічні можливості країни.

Замість раніше діючих чотирьох різних міжнародних органів контролю за наркотичними засобами Конвенція створила два, довіривши відповідні функції Комісії з наркотичних засобів Економічній і соціальній раді та створеному міжнародному Комітету з контролю за наркотиками Організації Об'єднаних Націй, наділивши названі органи широкими повноваженнями по здійсненню контролю в цій сфері.

Протокол 1972 р. про зміни до цієї конвенції призиває до посилення боротьби з не-

законним виробництвом, вживанням наркотиків і торгівлею ними. Він також звертає увагу на необхідність заходів для лікування і реабілітації наркозалежних осіб поряд з їх покаранням. У ньому, крім того, вказується, що лікування і реабілітація наркозалежних осіб можуть бути альтернативою їх карному покаранню.

Конвенція про психотропні речовини 1971 р. Метою Віденської конвенції про психотропні речовини 1971 р. було встановлення міжнародно-правового контролю над психотропними речовинами, оскільки Єдина конвенція 1961 р. не містила положень, які стосуються даної групи засобів, а зростання масштабів зловживання ними у різних регіонах світу постійно вимагав відповідної реакції: міжнародно-правової і з боку внутрішньодержавного законодавства. Відповідно до Віденської конвенції держави-учасниці взяли на себе зобов'язання переслідувати у кримінальному порядку осіб, винних у різних незаконних операціях з психотропними речовинами. Конвенція заборонила будь-яку рекламу названих препаратів. Особливу увагу у документі приділено питанням запобігання незаконному вживанню психотропних речовин, лікуванню, реабілітації й соціальній реінтеграції осіб, що зловживають ними.

Разом з тим, за висновками експертів ООН, більшість нормативних актів у республіках колишнього СРСР станом на 1991 р. не відповідала вимогам як міжнародних норм, так і сьогодення. Усвідомлюючи небезпеку, яку несе розповсюдження наркоманії, керівництво України включило контроль за наркотиками до першочергових національних завдань.

Саме тому одним із найперших міжнародних актів, який набув чинності з 27 листопада 1991 р. на території незалежної України, був ратифікований постановою Верховною Радою УРСР⁶⁰.

Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин від 20 грудня 1988 р. Основна мета Конвенції полягає в об'єднанні зусиль світової спільноти для зміцнення міжнародного співробітництва у здійсненні глобальних заходів із зменшення обсягів незаконного наркообігу, усунення його корінних причин, вжиття усіма країнами світу з координованих заходів законодавчого та організаційного характеру, спрямованих на найбільш ефективну протидію наркозлочинності та попередження немедичного вживання наркотиків. На учасників Конвенції покладаються зобов'язання вживати необхідні заходи законодавчого і організаційного характеру щодо подолання незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин відповідно до основоположних принципів своїх внутрішніх правових систем.

Найважливішими висновками Конвенцій 1961, 1971 і 1988 рр. для подальшого формування системи правового забезпечення запобігання незаконного обігу наркотиків в Україні є:

1. Необхідність координації превентивних і репресивних заходів, визначення їх оптимального співвідношення у профілактичній діяльності.
2. Спрямованість кримінальної репресії, насамперед проти торговців наркотиками – збувачів, які нелегально розповсюджують наркотичні засоби з метою отримання прибутків за рахунок заподіяння непоправної шкоди здоров'ю людей; саме до цієї категорії осіб передбачається застосування суворих видів покарання, зокрема, тюремного ув'язнення.
3. Особливе ставлення до осіб, які зловживають наркотичними засобами чи пси-

⁶⁰Відомості Верховної Ради УРСР. – 1991. – № 24 [11.06.91]. – Ст. 277

хотропними речовинами. До них повинні передусім застосовуватися заходи, спрямовані на «раннє виявлення, лікування, виховання, відновлення працездатності, повернення до суспільства і на спостереження за ними після закінчення ними лікування». Щодо осіб, які зловживають відповідними засобами і які вчинили правопорушення, пов'язані з їх нелегальним обігом, повинна бути передбачена альтернатива покаранню або як додаток до покарання у вигляді лікування та реабілітації.

Для початку розглянемо кримінологічну ситуацію у сфері поширення незаконного обігу наркотиків у нашій державі після проголошення її незалежності. У цей час нелегальний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у країні набуває все більш значних масштабів, стає досить серйозним соціальним чинником, який негативно впливає на стан здоров'я і благополуччя людей, розвиток суспільства в цілому. Різко збільшується кількість осіб, які незаконно вживають наркотики і психотропні речовини. Швидкими темпами зростає чисельність злочинів, пов'язаних з наркотичними засобами. Прогресуюче зловживання ними і різке зростання цін на такі засоби створюють сприятливі умови для формування організованих груп, які займаються нелегальним наркобізнесом. Стає реальністю включення у ці процеси міжнародної наркомафії та її злиття з внутрішніми злочинними угрупованнями, що призводить до появи, існування і розвитку наркомафії на території України. Все виразніше проявляється прагнення українських та іноземних наркоділків до «відмивання» наркокоштів у різних комерційних структурах, корумпування представників органів влади та управління.

У перші роки незалежності нашої держави, за даним МВС України у 1991 р., на обліку перебувало лише 31 тис. осіб, які допускали немедичне вживання наркотиків. У 1995 р. таких осіб налічувалось вже 55,7 тис. Але, за оцінкою експертів, кількість наркозалежних осіб в Україні на порядок більша. Варто акцентувати, що постійно зростає і кількість неповнолітніх споживачів наркотиків. У 1991 р. на обліку перебувало 994 неповнолітніх споживачів наркотиків, у 1995 р. – 2020 (тобто більше у 2 рази).

Якщо у 1991 р. було виявлено та поставлено на облік МВС України 8551 особа, що допускають немедичне вживання наркотиків, то у 1995 р. – 18465 таких осіб. Інтенсивно наркотизм почав поширюватися серед безробітних, підлітків, учнівської молоді та селян. З 1991 по 1995 р. збільшується питома вага безробітних масі серед загальної кількості наркозалежних осіб з 38,2% до 70,7% (одночасно кількість збільшується у 3,3 рази), учнів та студентів навчальних закладів – з 3,6% до 5,8% (одночасно кількість збільшується у 2,2 рази).

Постійно зростає кількість хворих з наркотичними проблемами, що знаходяться під медичним наркологічним диспансерним наглядом. На кінець 1991 р. хворих на наркоманію було 23,4 тис., а у 1995 р. – 42,7 тис. (приріст склав 1,8 рази). Неповнолітніх споживачів наркотиків у 1991 р. було 291, а у 1995 р. – 761 (у 2,6 рази більше).

Розповсюдження наркоманії в нашій країні супроводжується різким зростанням наркозлочинності: з 1991 по 1995 рр. кількість злочинів у сфері незаконного обігу наркотиків збільшилась у 3,4 рази (з 11,3 тис. у 1991 р. до 38,1 тис. у 1995 р.), у т.ч. пов'язаних зі збутом наркотиків – у 4,7 разів (з 1010 у 1991 р. до 4775 у 1995 р.), ліквідованих наркоугруповань – у 3,9 рази (з 478 у 1991 р. до 1768 у 1995 р.), викритих утримувачів наркопритонів – у 4,1 рази (з 162 у 1991 р. до 668 у 1995 р.). Всього протягом 1991 – 1995 рр. органами внутрішніх справ було викрито понад 117,7 тис. наркозлочинців, з яких 11,4 тис. збутих наркотиків, ліквідовано 4814 наркоугруповань.

Одночасно зі зростанням незаконного обігу наркотиків у 1991 – 1995 рр. погіршується криміногенна ситуація у країні, утворюючи хибну послідовність «наркотики – злочин

– наркотики». Якщо у 1991 р. наркозалежними особами та особами у стані наркотичного сп'яніння було вчинено 1622 злочинів, то у 1995 р. 11047 злочинів. Всього протягом 1991 – 1995 рр. такими особами було вчинено 28,3 тис. злочинів загальнокримінальної спрямованості.

Поширенню незаконного обігу наркотиків у 1991 – 1995 рр. сприяла наявність вітчизняної сировинної бази виготовлення наркотиків. Головним джерелом надходження наркотичної сировини у нелегальний обіг стало культивування снотворного маку на присадибних та інших земельних ділянках громадян. Протягом 1991 – 1995 рр. органами внутрішніх справ було виявлено і знищено понад 1145,4 тис. м² незаконних посівів снотворного маку. Всього протягом вказаних 5 років з незаконного обігу було вилучено понад 118,8 т наркотиків, виготовлених з маку.

Виходячи з критичної наркоситуації, контроль за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, Президентом та Урядом України був віднесений до пріоритетних напрямків реалізації національної політики і вже 14 грудня 1993 р. постановою Кабінету Міністрів України №1034 відповідно до вказаної вище Конвенції ООН була затверджена Національна програма протидії зловживанню наркотичними засобами та їх незаконному обігу на 1994 – 1997 рр.

За часів існування колишнього СРСР це була перша широкомасштабна програма, яка передбачала на державному рівні визначення головних принципів та напрямів боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів і психотропних речовин, діяльності суб'єктів, які беруть участь у цій роботі, контролю за легальним обігом наркотиків, заходи профілактики, лікування та соціальної реабілітації хворих на наркоманію. Вітчизняна програма містила конкретний перелік запланованих заходів, їх виконавців та строки виконання запланованого.

Оскільки Україна стала учасником всіх трьох антинаркотичних Конвенцій ООН, її національна система законодавчих заходів боротьби з незаконним обігом наркотиків стала приводитись до принципів вказаних міжнародно-правових актів.

Найважливішою подією на пострадянському просторі щодо регулювання обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів стало прийняття Верховною Радою України 15 лютого 1995 р. в рамках реалізації положень Національної програми пакету антинаркотичних законів: «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» та «Про внесення змін і доповнень до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» та Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними».

Перший Закон був присвячений заходам протидії незаконному обігу наркотиків, психотропів, прекурсорів та зловживанню ними; другий – класифікації наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, регламентації діяльності у сфері їх законного обігу; третій – адміністративно-правовим, кримінально-правовим та іншим заходам боротьби з цими антигромадськими явищами на сучасному етапі.

Таким чином, Україна стала першою країною з колишнього СРСР, яка прийняла національне антинаркотичне законодавство, адаптоване до міжнародних вимог. Ця подія має значення не тільки для української держави, але також для міжнародного співтовариства держав. Дійсно, прийняття даних законів засвідчує, що проблема протидії із зловживанням наркотиками та їх незаконним обігом, попередження та профілактика

злочинів у цій сфері є важливою державною політикою. Їх прийняття демонструє той факт, що Україна як одна зі сторін, що приєдналась до трьох міжнародних конвенцій ООН, виконує взяті на себе обов'язки по контролю за обігом наркотиків, психотропами та прекурсорами шляхом створення єдиного правового базису.

Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» складається з трьох розділів. Перший присвячений загальним положенням, другий – деяким заходам протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, третій – заходам протидії незаконному споживанню таких засобів.

Зазначений Закон містить регулятивну норму, присвячену законодавчому словникові (ст. 1), де дається офіційне тлумачення термінів, що використовуються у ньому, зокрема, це «незаконний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», «наркоманія», «особа, хвора на наркоманію», «незаконне вживання наркотичних засобів або психотропних речовин», «медичний огляд», «медичне обстеження», «наркологічна установа», «добровільне лікування», «примусове лікування», «ухилення від медичного огляду, медичного обстеження або лікування», «тяжкий психічний стан чи психічний розлад» тощо.

Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зловживанню ними» розмежував обов'язки правоохоронних органів і органів охорони здоров'я (ст. 3). Перші ведуть боротьбу з незаконним наркообігом, другі – зі зловживанням наркотиками і психотропами. Одним із напрямків цієї боротьби є запобігання органами внутрішніх справ виявів незаконного наркообігу проміж різних верств населення.

Координація діяльності у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів здійснюється органами виконавчої влади, уповноваженими на вирішення завдань у сфері протидії їх незаконному обігу.

Другий розділ цього Закону присвячений безпосередньо деяким заходам протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Новим в системі протидії злочинам, зокрема, що вчиняються в сфері незаконного обігу наркотиків, було запровадження низки революційних на той час заходів, таких, як: контрольована поставка наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів (ст. 4), оперативна закупка наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів (ст. 5), тимчасове припинення діяльності об'єктів масового перебування громадян, які використовуються для вживання або збуту наркотичних засобів чи психотропних речовин, що теж було новаторством у антинаркотичному законодавстві (ст. 9).

Важливим заходом протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зловживанню ними є здійснення адміністративного нагляду за особами, звільненими з місць позбавлення волі. Відповідно до ст. 11 цього Закону особи, засуджені до позбавлення волі за один із злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків, підлягають адміністративному нагляду у встановленому законодавством порядку.

Третій розділ даного Закону стосується заходів протидії незаконному вживанню наркотичних засобів і психотропних речовин.

Стаття 12 розділу є нормою, яка реагує медико-правові відносини у сфері виявлення осіб, які незаконно вживають такі речовини. Згідно з цією нормою особа, щодо якої в органів охорони здоров'я або внутрішніх справ надійшла інформація від установ, підприємств, організацій, засобів масової інформації або окремих громадян про те, що

вона незаконно вживає наркотики або психотропи чи перебуває в стані наркотичного сп'яніння, підлягає медичному огляду. Факт незаконного вживання наркотиків або психотропів встановлюється на підставі показань свідків, наявності ознак наркотичного сп'яніння, результатів медичного огляду, а також тестів на наявність зазначених речовин в організмі особи. Встановлення наявності стану наркотичного сп'яніння внаслідок незаконного вживання наркотичних або психотропних речовин є компетенцією лише лікаря, на якого покладено обов'язок проведення медичного огляду (обстеження). Таким лікарем може бути лише психіатр-нарколог, оскільки він володіє спеціальними знаннями в галузі наркології.

Беручи до уваги ці обставини, у зазначеній статті визначено, що діагноз «наркоманія» встановлюється не психіатром-наркологом, а лікарсько-консультативною комісією. Така законодавча вимога є бар'єром для помилки лікарів, а також свавілля з боку окремих недобросовісних або безпринципних психіатрів-наркологів.

Важливим законодавчим рішенням є й те, що Міністерству охорони здоров'я, МВС, Генеральній прокуратурі, Мінюсту та Верховному Суду України надано право на видання спільного нормативного акта, який регулюватиме порядок виявлення та постановки на облік осіб, котрі незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини (ч. 4 ст. 12), а також проведення медичного огляду та медичного обстеження (ч. 2 ст. 13).

Цей закон врегулював також і суспільні відносини між державою та хворими на наркоманію. Щодо цих відносин законодавець увів норми, які стосуються добровільного лікування наркозалежних осіб (ст. 14) та примусового лікування осіб, хворих на наркоманію (ст. 16).

Оскільки багато наркозалежних осіб з певних причин не бажають, щоб сторонні особи знали про проходження ними добровільного курсу лікування від наркоманії, закон гарантує його анонімність. У ч. 5 ст. 14 зазначається, що особі, яка добровільно звернулася до наркологічної установи для проходження курсу лікування, забезпечується на її прохання анонімність лікування. Відомості про таке лікування можуть подаватися лише правоохоронним органам у разі притягнення таких осіб до кримінальної чи адміністративної відповідальності. Крім цих випадків, наркологічні установи не повинні давати даних про таких осіб органам внутрішніх справ.

Законодавець гарантує також видачу лікарняного листка наркозалежним особам, які проходять добровільний курс лікування, а також довідки після його закінчення на їх прохання із зазначенням мети лікування.

Закон України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів»⁶¹ (з 2006 року Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори» в історії антинаркотичного законодавства України не мав аналогів. До його прийняття деякі види діяльності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів регулювалися загальносоюзними відомчими наказами та інструкціями, зокрема, МВС та МОЗ СРСР, які не мали загального правового значення. Незважаючи на те, що вказаний закон мав деякі недоліки в плані здійснення обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів, які були у подальшому усунені, проте на той час це був найпрогресивніший закон на теренах колишнього СРСР.

Значення цього закону полягає в тому, що фактичні відносини між державою та зазначеними суб'єктами, регулювання яких раніше базувалося на адміністративно-ко-

⁶¹ Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 10. – Ст. 60.

мандній системі, набули характеру правових відносин, їх зміст (у розумінні прав та обов'язків) став якісно визначеним. Втілені у правову форму, фактичні відносини у цій сфері відтепер вперше стали гласними й предметними.

У 2006 р. була прийнята оновлена редакція Закону України з новою назвою «Про наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори», яким було скасовано монополію держави на здійснення господарської діяльності у сфері обігу наркотиків. Основними перевагами цього закону є те, що законодавчо закріплені повноваження спеціально уповноваженого органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я; відносини між державою та юридичними особами і громадянами, які беруть участь у обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, набули подальшого правового оформлення, встановлені нові їх права і обов'язки; врегульовані суспільні відносини в сфері господарської діяльності, пов'язаної з ліцензуванням обігу в Україні наркотиків, а також визначені умови здійснення окремих видів господарської діяльності з обігу таких речовин, зміст яких став визначеним; набула подальшого вдосконалення система державного контролю за виконанням положень вказаного закону; зазначені основні напрями державної політики у сфері обігу наркотиків, врегульовані положення ліцензування господарської діяльності в сфері обігу наркотиків.

До інших законодавчих актів України, які регламентують запобігання зловживання наркотичними засобами, можна віднести: Закони України «Про органи й служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей» (1995 р.); «Про організаційно-правові основи боротьби з організованою злочинністю (1993 р.); «Про оперативно-розшукову діяльність» (1992 р.); «Про адміністративний нагляд за особами, звільненими з місць позбавлення волі» (1994 р.); «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» (2000 р.); «Про лікарські засоби» (1996 р.); «Про державний кордон України» (1991 р.); «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей» (1995 р.); «Про захист суспільної моралі» (2003 р.); «Про участь громадян в охороні громадського порядку і державного кордону» (2000 р.); «Про міліцію» (1990 р.); «Про службу безпеки України» (1992 р.); «Про прокуратуру» (1991 р.) та ін.

Для координації здійснення реалізації національної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у державі постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 1993 р. № 343 було створено Національну координаційну раду боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України, яку очолює віцепрем'єр-міністр України, а в обласних Радах народних депутатів – відповідні обласні координаційні ради боротьби з наркоманією, очолювані першими заступниками голів обласних рад. До її складу включені представники усіх органів центральної державної влади, задіяних до боротьби з наркоманією в Україні.

В структурі ОВС формуються самостійні підрозділи по боротьбі з незаконним обігом наркотиків: наказом МВС України від 30 жовтня 1993 року № 682 передбачено внести відповідні зміни до штатної структури МВС України та створити самостійне Управління боротьби з незаконним обігом наркотиків (УБНОН), а наказом МВС України від 2 лютого 1994 року № 51 такі підрозділи були створені у системі органів внутрішніх справ областей, Автономної Республіки Крим, м. Києві та Севастополі. Основним завданням підрозділів БНОН є запобігання розповсюдженню наркотиків шляхом виявлення незаконних дій з наркотиками, припинення їх продажу, викриття злочинних груп наркоділків з міжрегіональними та міждержавними зв'язками, здійснення оперативно-розшукових заходів щодо документування осіб, які займаються наркобізнесом.

У державі поступово формується державний механізм з питань регулювання діяль-

ності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, який передбачає визначення органів та порядок ліцензування, врегулювання сутності провадження та контролю за такою діяльністю.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 квітня 1993 р. №84 створюється Комітет по контролю за наркотиками – орган, на який було покладено безпосередній контроль за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. У 2010 р. його реорганізовано у Державний комітет України з питань контролю за наркотиками, на базі якого у 2011 р. утворена Державна служба України з контролю за наркотиками – центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

Приймається значна кількість нормативно-правових актів покликаних врегулювати господарську діяльність в сфері обігу наркотиків. Лише протягом 1991 – 2006 рр. в Україні було прийнято, а також внесено зміни та доповнення до 22 законів, 10 кодексів, 8 указів Президента України, майже 70 постанов Уряду та понад 100 нормативних актів центральних органів виконавчої влади стосовно регулювання обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів в Україні.

Постановою Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 р. №770 затверджується Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, який визначає речовини та засоби, обіг яких підпадає під контроль, а наказом Міністерства охорони здоров'я від 01.08.2000 р. №188 затверджуються таблиці невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу.

Важливим суттєвим кроком, спрямованим на покращення ситуації у сфері обігу наркотиків та виконання міжнародних зобов'язань було прийняття у 2002 р. Концепції реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2002 – 2010 рр., яка передбачала розроблення та здійснення на державному рівні пріоритетних заходів щодо протидії поширенню наркоманії і злочинності, пов'язаної з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, виконання взятих Україною відповідних зобов'язань перед міжнародним співтовариством стосовно створення і забезпечення умов призупинення зростання масштабів зловживання наркотиками та їх незаконного обігу, а у наступному – поетапне скорочення темпів поширення наркоманії та пов'язаних із нею злочинності і правопорушень.

Положення Концепції знайшли відображення у конкретизованих заходах, що передбачені Програмою реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003 – 2010 рр., на реалізацію якої було передбачене відповідне фінансування з боку державного та місцевих бюджетів в сумі понад 300 млн. гривень. Метою Програми було скорочення обсягів незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, зниження рівня незаконного вживання наркотиків, формування в суспільстві, насамперед серед молоді, неприйнятного ставлення до наркоманії як явища; підвищення ефективності існуючого механізму боротьби з його поширенням; створення цілісної системи взаємодії державних органів, підприємств, установ, організацій та громадських об'єднань у сфері боротьби з наркоманією, незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та здійсненні превентивних заходів на національному і міждержавному рівні; поглиблення міжнародного співробітництва у сфері боротьби з наркоманією та

незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Наприкінці 2010 р. розроблено Концепцію реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки, а також відповідний план її реалізації. Цей документ є логічним продовженням Концепції 2002 – 2010 рр..

Концепція реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки спрямована на вирішення таких основних завдань:

- зменшення обсягу вживання наркотичних засобів та психотропних речовин не за медичним призначенням, знизити рівень попиту на такі засоби та речовини, а також на лікарські засоби, зловживання якими може викликати наркотичну залежність;

- забезпечення підвищення ефективності діяльності органів виконавчої влади, спрямованої на реалізацію державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів;

- підвищення рівня міжвідомчої координації та практичної взаємодії центральних органів виконавчої влади у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів;

- підвищення рівня контролю за виробництвом, виготовленням, придбанням, зберіганням, відпуском, обліком, перевезенням, пересиланням наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, а також лікарських засобів, зловживання якими може викликати наркотичну залежність;

- підвищення рівня поінформованості населення щодо наслідків розповсюдження наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, а також лікарських засобів, зловживання якими може викликати наркотичну залежність, вживання зазначених засобів та речовин не за медичним призначенням;

- підвищення ефективності заходів, спрямованих на реабілітацію осіб з наркотичною залежністю; підвищення рівня ефективності правоохоронної діяльності у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, їх виробництвом, розповсюдженням, а також незаконним ввезенням на територію України та транзитом її територією.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 серпня 2013 р. № 735-р було схвалено Стратегію державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р.⁶², якою визначається сутність та сучасні напрями державної політики і механізми на засадах інтегрованого і збалансованого підходу до зменшення обсягу незаконної пропозиції наркотиків та попиту на них. Стратегія є першим вітчизняним документом, у якому встановлено баланс у наркополітиці держави між покаранням за незаконний обіг наркотиків і забезпеченням їх доступності в медичних цілях.

Враховуючи реальний стан суспільних відносин і міжнародних зобов'язань України, Стратегія визначає чинники формування та реалізації наркополітики. Метою Стратегії є забезпечення розв'язання проблеми наркотиків у суспільстві в інтересах людини, надійного захисту громадського здоров'я і безпеки держави від загрози поширення наркоманії та наркозлочинності.

Стратегією визначаються напрями і механізми скорочення незаконної пропозиції

⁶² Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року : схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 серпня 2013 р. № 735-р // Офіційний вісник України. – 2013 р. – № 76. – С. 270. – Ст. 2829.

наркотиків та попиту на них, досягнення балансу в наркополітиці держави між каральними заходами щодо незаконного обігу наркотиків і забезпеченням їх доступності в медичних цілях.

Стратегія містить цілу низку розділів, спрямованих на профілактику й лікування наркозалежних, подолання їх дискримінації та забезпечення їхніх прав, розширення доступу до медичного застосування нарковмісних лікарських засобів, запровадження програм зменшення шкоди від уживання наркотиків, що передбачає обмін шприців і запровадження програм замісної підтримувальної терапії.

Стратегією передбачається і зміна стратегічних пріоритетів лікування наркозалежних осіб в установах пенітенціарної системи. Зокрема, забезпечення доступності всіх видів послуг з лікування наркозалежності, виконання психосоціальних і фармакологічних програм (зокрема детоксикації); розроблення і виконання програм запобігання поверненню осіб, які звільняються з місць позбавлення волі, до зловживання наркотиками та можливим рецидивам кримінальної поведінки та ін.

3.2. Загальносоціальні заходи антинаркотичної профілактики

Актуальність і складність антинаркотичної профілактики полягає в тому, що це явище давно перестало бути виключно медичною і правовою проблемою. Виходячи з того, що ця проблема є суспільною, загальнонаціональною, міжнародною, загальна профілактика здійснюється за допомогою державних і регіональних планів та програм в рамках економічного і соціального розвитку держави.

Цілями загальносоціальної антинаркотичної профілактики є:

- зміна ціннісного ставлення дітей і молоді до наркотиків, формування особистої відповідальності за свою поведінку, що зумовлюють зниження попиту на наркотичні речовини у дитячо-молодіжній популяції;
- стримування втягування дітей і молоді у вживання наркотичних засобів за рахунок пропаганди здорового способу життя, формування антинаркотичних установок і профілактичної діяльності, що здійснюється співробітниками освітніх установ.

Стратегія загальносоціальної антинаркотичної профілактики передбачає активність профілактичних заходів, спрямованих на:

- формування особових ресурсів, що забезпечують розвиток у дітей і молоді соціально-нормативного життєвого стилю з домінуванням цінностей здорового способу життя, дієвої установки на відмову від прийому наркотичних речовин;
- формування ресурсів сім'ї, що допомагають вихованню у дітей і підлітків законослухняної, успішної і відповідальної поведінки, а також ресурсів сім'ї, що забезпечують підтримку дитині, яка почала вживати наркотики, стримують його розрив з сім'єю і допомагають йому на стадії соціально-медичної реабілітації при припиненні прийому наркотиків;
- впровадження в освітньому середовищі інноваційних педагогічних і психологічних технологій, що забезпечують розвиток цінностей здорового способу життя і мотивів відмови від «спроби» і прийому наркотиків, а також технологій раннього виявлення випадків вживання наркотиків учнями;
- розвиток соціально-підтримувальної інфраструктури, що включає сім'ю у мікросоціальне оточення дитини «групи ризику наркотизації» і дитини, хворого на наркоманію.

Стратегічним пріоритетом загальної профілактики варто розглядати створення системи позитивної профілактики, яка орієнтується не на патологію, не на проблему та її наслідки, а на потенціал здоров'я, що захищає від виникнення проблем, освоєння і розкриття ресурсів психіки особи, підтримку молоді людини і допомогу їй у самореалізації власного життєвого призначення. Очевидна мета позитивно спрямованої загальної профілактики полягає у вихованні психічно здорової, особливо розвиненої людини, здатної самостійно справлятися із власними психологічними труднощами і життєвими проблемами, не потребуючи прийому наркотичних засобів.

Загальносоціальна антинаркотична профілактика ґрунтується на наступних основних принципах:

1. Комплексності (погодженої взаємодії):

- на міжвідомчому рівні – органи і установи, що відповідають за різні аспекти державної системи профілактики наркоманії у рамках своєї компетенції (органи і установи освіти, охорони здоров'я, соціального захисту населення, правоохоронні органи та ін.);
- на професійному рівні – фахівці різних професій, у функціональні обов'язки яких входять різні аспекти профілактики (вихователі, педагоги, дошкільні, шкільні і медичні психологи, лікарі, наркологи, соціальні педагоги і соціальні працівники дитинства,

працівники комісії у справах неповнолітніх і захисту їх прав, працівники кримінальної міліції у справах дітей тощо);

2. Диференціації цілей, завдань, засобів і планованих результатів профілактики з обліком: по-перше, віку (за віком найбільш значуще виділення групи дітей старшого дошкільного віку (5-6 років), молодшого шкільного віку (7-10 років), середнього шкільного віку (11-14 років), старшого підліткового віку (15-16 років), юнацького віку (17-18 років) і молоді (від 18 років); по-друге, ступінь втягування у вживання наркотичних засобів. При цьому значущим є визначення дитячо-підліткових і молодіжних груп, не втягнутих у наркотизм, але що відносяться до «групи ризику наркотизації», наприклад, позбавлених батьківського піклування і що знаходяться в умовах бездоглядності; які мають різні проблеми у розвитку і поведінці («важкі і проблемні» діти і підлітки); які почали вживати наркотики (споживачі наркотиків); хворих наркоманією. У цьому контексті набуває свою специфіку профілактична робота зі студентами середніх і вищих професійних навчальних установ.

3. Аксіологічності (ціннісної орієнтації) – цей принцип включає формування у дітей і молоді світоглядних уявлень про загальнолюдські цінності, здоровий спосіб життя, законслухняність, повагу до людини, держави, довкілля тощо, які є орієнтирами і регуляторами їх поведінки. Прийняття загальнолюдських цінностей і норм поведінки є одним з основних морально-етичних бар'єрів вживання наркотичних засобів, а у разі захворювання слугує підставою для соціальної реадaptaції і реабілітації.

4. Багатоаспектність. Поєднання різних напрямів цільової профілактичної діяльності. Провідними аспектами профілактичної діяльності в освітньому середовищі є:

- соціальний аспект, орієнтований на формування позитивних моральних цінностей, що визначають вибір здорового способу життя, негативного ставлення до проби і прийому наркотичних засобів, що змінюють психічний стан;
- психологічний аспект, спрямований на формування стійких до стресу особистісних установок, позитивно-когнітивних оцінок, а також навичок «бути успішним», бути здатним зробити позитивний альтернативний вибір у важкій життєвій ситуації, включаючи ситуацію пропозиції наркотиків;
- освітній аспект, що формує систему уявлень і знань про соціально-психологічні, медичні, правові і морально-етичні наслідки зловживання наркотичними засобами.

Багатоаспектність комплексної профілактики включає також спрямованість її дії на різні рівні у структурі суб'єкт – об'єктної взаємодії при здійсненні профілактичних заходів:

- соціально-внутрішня дія, спрямована на руйнування груп дітей, підлітків, які вживають наркотики, і на створення соціально-підтримуючої інфраструктури;
- дія на «саморуйнівну» поведінку дітей і підлітків, втягнутих у наркотизм, а також на інші форми поведінки дітей групи ризику, що відхиляються («девіантні»);
- дія, пов'язана з індивідуальними або груповими формами надання профілактичної допомоги.

5. Послідовності (етапності) – передбачає, що її цілі і завдання мають бути:

- розділені на загальні, стратегічні і приватні (етапні), тобто не можуть бути реалізовані одноразово або аврально, за типом разової кампанії;
- на кожному етапі можливість реалізації поставлених цілей і завдань має бути підтримана відповідним цільовим фінансуванням;
- для забезпечення послідовності або «алгоритму» кроків у реалізації системної профілактики у неї повинен обов'язково входити соціально-психологічний моніторинг,

орієнтований не лише на оцінку суб'єктивних і об'єктивних чинників поширеності наркотиків, але і на формування елементів системи стримування, поширення, системи соціально-психологічної підтримки.

6. Легітимності – передбачає необхідну правову базу антинаркотичної профілактичної діяльності. До правової бази вказаної діяльності, безумовно, належать усі нормативні акти про права і обов'язки осіб, які у межах своєї компетенції і статусу зобов'язані займатися профілактикою. До правової бази відносяться також права і обов'язки дітей і молоді, які зачіпаються у різній мірі, коли по відношенню до них здійснюються активні профілактичні заходи. Таким чином, правові межі антинаркотичної профілактики передбачають:

- дії, що не порушують встановлену у законі компетенцію органу або осіб, які здійснюють профілактичні заходи;
- дії, що не порушують права неповнолітнього як громадянина і члена суспільства, до якого належать ці профілактичні заходи.

За своїм конкретним змістом соціальні антинаркотичні профілактичні заходи класифікуються наступним чином:

1) *економічні заходи* – за своїм впливом спрямовані на нейтралізацію криміногенних наслідків функціонування економічної сфери держави як на макро-, так і макрорівні;

2) *соціально-правові заходи* – покликані впливати на різні соціальні інститути суспільства з метою попередження криміналізації. Специфіка розвитку антигромадських явищ знаходиться у взаємозв'язку із закономірностями корисних позитивних соціальних процесів. Проте зв'язок цей особливий, його можна означити як негативний. Так, реалізація соціальних програм, підвищення рівня життя, зростання культури і свідомості громадян сприяють зменшенню кількості порушень соціальних норм. Навпаки, занедбаність вирішення назрілих питань життя людей, послаблення виховної роботи збільшують ймовірність антигромадської поведінки. Негативні явища «паразитує» на порушеннях основних, позитивних закономірностей розвитку суспільства або їх оптимальної взаємодії, «використовують» всі відхилення від поступу суспільства;

3) *ідеологічні заходи* – формують у членів суспільства морально-етичну свідомість на базі загальнолюдських цінностей. У кримінологічній літературі роль релігії в нейтралізації соціальних протиріч висвітлена недостатньо, хоча останніми роками деякими дослідниками визнаються все більше зростання ролі в антинаркотичній пропаганді як засобу лікування наркозалежних осіб⁶³. Залучення людини до релігії і церкви саме по собі стає антинаркотичним чинником, оскільки:

а) дотримання релігійних заборон утримує особу від непристойних вчинків (немедичного вживання наркотиків), від протиправних дій;

б) прикладом законопослушності у поведінці й особистим переконанням свого оточення така людина схилятиме інших громадян до гідної поведінки і способу життя;

в) його переконання сприятиме нормалізації психологічного клімату в мікрогрупі, членом якої він є, зміцненню її засад і взаєморозуміння.

Аналізуючи ситуацію у сфері профілактики наркоманії в Україні, варто зазначити, що загальною профілактикою наркоманії переважно займається система освіти, в основному освітні заклади середньої ланки – школи, професійні училища, менш активно – коледжі, ліцеї та вищі навчальні заклади. Введені нові навчальні курси («Основи

⁶³ Шестаков Д.А. Супружеское убийство как общественная проблема. – СПб., 1992. – С. 61; Антонян Ю.М. Преступность среди женщин. – М., 1992. – С. 228-229.; Блувштейн Ю.Д., Яковлев А.М. О перспективах научной разработки проблем борьбы с преступностью // Право XVI. – Вильнюс, 1981. – Вып.1

безпеки життєдіяльності», «Валеологія»), опосередковано орієнтовані на профілактику наркоманії. У деяких регіонах відзначаються спроби локального впровадження авторських або адаптованих психосоціальних моделей (Київ, Донецьк, Дніпропетровськ, Переяслав-Хмельницький, низка обласних центрів).

Основні завдання антинаркотичної профілактики в освітньому середовищі:

- залучення до профілактичної антинаркотичної діяльності усіх без виключення установ системи освіти;
- поліпшення якості виховання і формування у дітей і молоді антинаркотичних установок;
- поліпшення якості освіти за рахунок підвищення рівня здоров'я і зміни ціннісної орієнтації учнів;
- підвищення якості здоров'я дітей і молоді;
- поліпшення криміногенної обстановки у регіоні, роз'єднання наркотичних асоціальних груп;
- повернення до освітніх установ дітей і молоді, які у минулому проходили лікування і реабілітацію у зв'язку із наркозалежністю, і здійснення профілактичної роботи з ними щодо запобігання рецидивів захворювання;
- надання дітям і молоді консультативної, психокоректувальної і реабілітаційної допомоги;
- здійснення антинаркотичної профілактичної роботи у сім'ях учнів, а також у місцях дозвілля дітей і молоді;
- створення в освітніх установах атмосфери негативного стосунку до наркотиків і осіб, що вживають наркотики, із залученням до цієї роботи морально стійких учнів;
- створення системи раннього виявлення і контролю осіб, які вживають наркотики і наркозалежних на рівні школи, сім'ї і місць дозвілля (секції, гуртки тощо.);
- реалізація етапів профілактичної діяльності, створення організаційних структур; підготовка кадрів, нормативно-правової бази, диференційованих програм профілактики, програм наукових досліджень, взаємодія з різними державними, громадськими, приватними установами і організаціями, а також із засобами масової інформації.

Активна антинаркотична профілактична допомога сім'ям сьогодні повинна проводитися в умовах відношення неоднозначного ставлення окремих сімей до проблеми, дефіциту компетентності з питань формування у дітей антинаркотичних установок, цінностей здорового способу життя, труднощів встановлення контактів і взаємодії з фахівцями при необхідності консультативної, спеціалізованої і соціально-правової допомоги, в умовах, коли професійні групи осіб, які працюють з дітьми і підлітками (учителі, шкільні психологи, соціальні педагоги і соціальні працівники, оперуповноважені підрозділів кримінальної міліції (КМСД)), також потребують вироблення нового підходу до взаємодії зі своїми підопічними.

Зазначені заходи повинні проводитися з урахуванням поширеності незаконного вживання наркотичних засобів і психотропних речовин як у цілому в державі, так і в окремих регіонах, а також серед певних верств населення, особливо серед молоді, на підставі систематичних комплексних і науково обґрунтованих оцінок ситуації в цілому та окремих її аспектів.

Інформація, що подається в рамках просвітницьких і профілактичних заходів, повинна бути чіткою, аргументованою, прийнятною з огляду на рівень культури, своєчасною і, у міру можливості, апробованою на відповідній цільовій групі населення та сприяти виробленню у населення негативного ставлення до наркоманії як явища.

У засобах масової інформації необхідно публікувати виважені матеріали на анти-наркотичну тематику, пропагувати здоровий спосіб життя на фоні негативних наслідків незаконного вживання наркотичних засобів або психотропних речовин. Особлива роль відводиться телерадіокомунікаційним засобам, які забезпечують безпосереднє спілкування аудиторії з учасниками телерадіопрограм.

Необхідно сприяти проведенню конкурсів на створення теле- і радіопрограм, художніх творів антинаркоманської спрямованості, залучати до цього громадські організації і благодійні фонди, регулярно організовувати виступи і звернення керівників державних органів, провідних фахівців з проблем боротьби з наркоманією і незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Лікування і реабілітація осіб, хворих на наркоманію, повинні здійснюватися державними та недержавними медичними установами із залученням громадських організацій і спрямовуватися, зокрема, на: забезпечення стабільного функціонування та збереження існуючої мережі територіальних наркологічних закладів, поліпшення їх матеріально-технічної бази, оснащення сучасним лабораторно-діагностичним обладнанням; запровадження біопсихосоціальних підходів до лікування та реабілітації осіб, хворих на наркоманію, надання необхідної психологічної допомоги членам їх родин; впровадження галузевих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу в практику роботи лікувальних та реабілітаційних закладів незалежно від їх відомчого підпорядкування та форми власності; запровадження сучасних лікувально-реабілітаційних програм, зокрема в установах виконання покарань⁶⁴.

Ставлення суспільства до хворих на наркоманію повинне докорінно змінитися. Для подолання стигматизації і дискримінації наркозалежних осіб, а також осіб, що ВІЛ-інфіковані, держава проводить політику, спрямовану на підвищення рівня поінформованості населення про ці проблеми, встановлює відповідальність за порушення прав наркозалежних осіб і ВІЛ-інфікованих, особливо якщо такі порушення базуються на дискримінаційному ставленні до них. Зокрема, в рамках реалізації такої політики забезпечується:

- розроблення та запровадження механізмів визначення характеру дискримінації за станом здоров'я і способів протидії їй;
- запровадження проведення інформаційно-роз'яснювальних семінарів і тренінгів для представників органів виконавчої влади, освіти, правоохоронних органів усіх рівнів, медичних та соціальних працівників для формування толерантного ставлення до наркозалежних осіб і осіб, що живуть з ВІЛ.

Організація проведення профілактичних заходів передбачає:

- розробку та впровадження нових концептуальних підходів до профілактики наркоманії, спрямованих на формування в суспільстві сталого імунітету громадян до незаконного вживання наркотиків, готовності протистояти будь-яким пов'язаним з ними ризикам і загрозам;
- здійснення координації, організаційного та науково-методичного забезпечення профілактики наркоманії на загальнодержавному і регіональних рівнях;
- визначення науково аргументованих критеріїв оцінки ефективності профілактичної роботи з урахуванням її об'єктів і зміни наркоситуації;

⁶⁴ Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.01.2002 р. №26-р «Про Концепцію реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2002 – 2010 роки» [зі змінами та доповненнями внесеними постановою КМУ від 25.12.2004 р. №1757 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Загол. з екрану. – Мова укр.

- впровадження комплексної профілактики наркоманії, яка включатиме інформаційно-пропагандистські, соціально-культурні та спортивно-оздоровчі заходи;
- формування у хворих на наркоманію стимулу та бажання позбутися наркозалежності та вироблення відповідних вольових якостей;
- відновлення діяльності громадських комісій у справах дітей та молоді, які опікуватимуться проблемами профілактики поведінкових розладів у дітей;
- забезпечення навчальних закладів за рахунок бюджетних коштів достатньою кількістю інформаційної та методичної літератури для проведення педагогічними працівниками профілактичної роботи з учнями та їх батьками;
- законодавче визначення повноважень і відповідальності органів виконавчої влади, до повноважень яких віднесено здійснення профілактики наркозалежності та запобігання незаконному вживанню наркотиків.

Лікування та реабілітація осіб, хворих на наркоманію, потребує нових підходів, а саме: комплексного, інтегрованого застосування всіх компонентів лікувальної системи, їх взаємодії з опорою на доказово обґрунтовану методику, забезпечення доступності медичного обслуговування, розширення можливостей лікування, альтернативного покаранню.

Підвищена увага повинна приділятися питанням захисту прав людини і поваги до гідності пацієнтів, формуванню неупередженого ставлення до хворих, оскільки тільки за умов подолання стигматизації та дискримінації можна досягти значного підвищення ефективності лікування.

У сфері лікування і реабілітації доцільно передбачити:

- створення цілісної, доступної, ефективної, науково обґрунтованої, підзвітної системи лікування та реабілітації, що базується на оцінці реальних потреб;
- створення умов та надання гарантій своєчасного отримання медичного обслуговування для осіб, хворих на наркоманію;
- впровадження новітніх методик скоординованого біопсихосоціального підходу та фармакологічного лікування на засадах взаємодії закладів охорони здоров'я, соціальних служб, громадських і неурядових організацій, у тому числі груп і програм самодопомоги;
- введення в практику лікувальних і реабілітаційних методик, розроблених на принципах доказової медицини, з урахуванням нових досягнень у сфері науки, техніки, лікувально-діагностичних та реабілітаційних технологій;
- забезпечення медичного обслуговування з урахуванням індивідуальних потреб пацієнта, зокрема під час довгострокового лікування (стабілізація, підтримка, зменшення дози препаратів);
- застосування багатопрофільного підходу до розв'язання специфічних проблем наркозалежності вагітних жінок і надання їм необхідної допологової допомоги;
- розробка і здійснення контролю за дотриманням державних стандартів і клінічних протоколів надання наркологічної допомоги на основі доказової медицини в усіх наркологічних закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування;
- врахування під час створення державних стандартів і клінічних протоколів рекомендацій провідних міжнародних організацій, зокрема ВООЗ, Управління ООН з наркотиків і злочинності, Групи Помпиду Ради Європи;
- сприяння наданню необхідного медичного обслуговування та реабілітаційної допомоги наркозалежним особам, членам їх родин та іншим залежним особам, а також

організації діяльності центрів соціальної реінтеграції наркозалежних осіб, насамперед молоді;

- проведення тривалого курсу добровільних лікування і реабілітації замість покарання у формі позбавлення волі для визначених державою контингентів правопорушників з наркотичною залежністю, які бажають пройти такі курси;

- організацію програм професійної підготовки у вищих навчальних закладах фахівців, залучених до профілактики наркоманії та лікування залежності, передусім опіїдної;

- проведення клінічного моніторингу та контролю якості лікування на всіх рівнях надання наркологічної допомоги, перегляд строків диспансерного спостереження;

- забезпечення спеціалізованого інтегрованого медичного обслуговування наркоспоживачів, які хворіють на туберкульоз, СНІД та мають інші супутні захворювання, зокрема, психічні;

- сприяння інтегративній допомозі – надання у разі звернення до одного закладу охорони здоров'я всього спектра послуг, що забезпечують доступ споживачів наркотиків до лікування наркозалежності та супутніх психічних хвороб, СНІДу, гепатиту С, туберкульозу, а також вирішення питань надання правової, соціальної підтримки та інших.

Формування у населення антинаркотичної позиції потребує системного проведення широкомасштабної роз'яснювальної роботи щодо небезпеки для життя й здоров'я наслідків зловживання наркотиками; щодо правових наслідків зловживання наркотиками; щодо можливих шляхів лікування від наркотичної залежності; щодо профілактичної роботи з населенням, яка направлена на усунення умов, що сприяють втягуванню громадян до вживання наркотиків. Роз'яснювальна робота з населенням, що пропагує здоровий спосіб життя та відмову від вживання наркотичних засобів включає: регулярні зустрічі та бесіди з різними групами населення фахівців, що здійснюють протидію поширенню наркотиків або забезпечують лікування; спеціалізовані теле- і радіопрограми, рубрики, виступи у засобах масової інформації про шкоду незаконного обігу та вживання наркотичних засобів; поширення різноманітних предметів агітаційного характеру (рекламок, буклетів, листівок тощо); проведення системної і ціленаправленої профілактичної роботи з окремими категоріями громадян, що перебувають у «зоні ризику» (неповнолітніми і молоддю, маргіналами та ін.); забезпечення погоджених зусиль суб'єктів, на яких покладено функції щодо запобігання та протидії незаконному обігу наркотиків і боротьби зі злочинністю; усунення джерел і сировинних можливостей для незаконного виготовлення і поширення наркотичних засобів та прекурсорів⁶⁵.

Разом з тим, які б антинаркотичні заходи не були вироблені й прийняті, боку яка б інституція не була ініціатором їх проведення, профілактична діяльність не дасть бажаного позитивного результату, якщо не будуть враховані особливості об'єкта впливу. Від цього залежить правильний вибір методів і засобів впливу. Тобто об'єктивний критерій є найбільш універсальним і прийнятним.

Будь-яка поведінка людини, зокрема, яка відхиляється від соціальних норм, є результат виховання, в ході якого формується система ідеалів. Отже, один із домінуючих векторів державної політики має бути спрямований на створення потужної і ефективної системи виховного процесу, тобто виховної роботи у підлітковому середовищі.

Основним змістом *індивідуальної профілактики наркоманії* є здійснення комплексних заходів, спрямованих на зниження рівня первинного вживання наркотиків, а отже,

⁶⁵Малков В.Д. Кримінологія: підр. – 3 вид. – М.: Юстицинформ, 2008. – 528 с.

незаконного попиту на них, зменшення шкоди від вживання наркотиків не за медичним призначенням у сфері охорони здоров'я та життєдіяльності суспільства в цілому.

Профілактичний вплив необхідно здійснювати для того, щоб, з одного боку, перешкодити виникненню злочинної поведінки, а з іншого – нейтралізувати вплив злочинного середовища на особистість. В обох випадках головним завданням є не допустити наркотичний вплив на конкретну людину.

Кожна наркозалежна особа, кожна людина, яка причетна до немедичного вживання наркотиків, повинна бути в полі зору правоохоронних органів, органів охорони здоров'я, школи і сім'ї, трудового колективу, громадськості – необхідний особливий соціальний контроль та соціальна підтримка.

Індивідуальна профілактика проводиться шляхом використання різних профілактичних моделей. Використання цих моделей у будь-якій країні можливо з урахуванням специфіки освітніх, соціальних, психологічних і медичних факторів того середовища, на яке вони розраховані. З урахуванням цього у науковій літературі виділяють медичну, освітню й психосоціальну моделі профілактики. Коротко розкриємо їх:

1. **Медична модель** орієнтована переважно на медико-соціальні наслідки наркоманії та передбачає в основному інформування про негативні наслідки приймання наркотичних й інших психоактивних засобів на фізичне і психічне здоров'я. У її основі лежить інформаційно-лекційний метод спільної діяльності фахівців освітніх і лікувально-профілактичних установ, спрямований на формування у дітей і молоді знань про шкідливі наслідки вживання наркотиків для психічного та фізичного здоров'я людини, а також гігієнічних навичок, що запобігають розвитку найбільш тяжких медичних наслідків наркоманії (зараження ВІЛ-інфекцією, гепатитом, венеричними хворобами).

2. **Освітня модель** заснована на виховно-педагогічних методах діяльності фахівців освітніх установ, спрямована на формування у дітей і молоді знань про соціальні та психологічні наслідки наркоманії з метою формування стійкого альтернативного вибору на користь відмови від приймання наркотиків.

3. **Психосоціальна модель**, головною метою якої є затвердження необхідності розвитку певних психологічних навичок у протистоянні груповому тиску, у вирішенні конфліктної ситуації, в умінні зробити вибір у ситуації пропозиції наркотиків. Ця модель заснована на біопсихосоціальному підході до запобігання зловживання наркотиками і психоактивними речовинами та представляє спільну діяльність фахівців освітніх і лікувально-профілактичних установ, спрямовану на формування особистісних ресурсів, що забезпечують домінування цінностей здорового способу життя й несприйняття наркотиків.

Навіть загальна профілактика, встановлюючи зв'язок з індивідуальною, в кінцевому результаті орієнтується на конкретну людину на особистісному рівні. Саме на цьому рівні конкретизуються всі практичні значення та висновки стосовно поведінки та індивідуальною профілактикою, між ними завжди є внутрішній зв'язок, і наявність цього зв'язку найбільше проявляється саме в межах особистісного підходу.

3.3. Роль програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків у профілактиці незаконного обігу наркотиків та наркозлочинності

Як свідчить статистика, одночасно із зростанням кількості осіб, які зловживають наркотиками, приблизно в такій же прогресії зростає й кількість ВІЛ-інфікованих. Розповсюдження ВІЛ/СНІД на сьогодні в Україні безпосередньо пов'язане з розповсюдженням ін'єкційного вживання наркотиків.

Епідемія ВІЛ-інфекції поставила питання перед самими споживачами наркотиків (як убезпечити себе і своїх друзів) і перед медичними фахівцями (як донести профілактичну інформацію до споживачів наркотиків, групи закритої і недоступної для них). Медичним професіоналам стало зрозуміло: якщо не вживати екстрених профілактичних заходів, зупинити стрімкий розвиток епідемії серед СН буде неможливо. СН є групою, особливо уразливою відносно інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів А, В, С і D, а також іншими інфекціями, що передаються через кров і статевим шляхом. Крім того, існує реальна можливість контакту із зараженою кров'ю та іншими рідинами організму представників деяких професій під час виконання ними службових обов'язків. Це стосується насамперед медичних працівників та співробітників правоохоронних органів.

Класично виділяють чотири основні моделі роботи⁶⁶ в рамках заходів охорони громадського здоров'я щодо проблеми зловживання наркотичними речовинами: психіатрична модель, соціокультурна модель, моралістична модель та медична модель.

ПСИХІАТРИЧНА МОДЕЛЬ. Відповідно до цієї моделі зловживання наркотичними речовинами розглядається як симптом певних емоційних проблем, а людина, яка зловживає наркотичними речовинами, – як емоційно неврівноважена. Лікування, запропоноване в рамках цієї моделі, спрямоване на вирішення емоційного конфлікту за допомогою інструментів психотерапії. Прикладом подібного лікування є робота Ірвіна Ялома – групові заняття з алкоголіками, на яких не надавалася інформація безпосередньо про алкоголізм і увагу групи під час занять не було сфокусовано безпосередньо на цій проблемі. У роботі в цих програмах беруть участь фахівці у сфері психіатрії.

СОЦІОКУЛЬТУРНА МОДЕЛЬ. Відповідно до цієї моделі людина, яка зловживає наркотичними речовинами, розглядається як жертва певної низки обставин – соціум нав'язує людині свої установки, які безпосередньо впливають на її поведінку. Лікування в рамках цього напрямку корегує життєві обставини, що призвели до виникнення залежності, і надає емоційну та соціальну підтримку. У цих програмах працюють фахівці в галузі соціальної роботи. Завдання такого лікування – «нормалізація» життя індивіда.

МОРАЛІСТИЧНА МОДЕЛЬ. Ця модель покладає відповідальність за проблему зловживання наркотичними засобами на самого «морально неповноцінного і слабхарактерного індивіда, який веде аморальний спосіб життя». Таким чином, лікування спрямоване на те, щоб змусити індивіда визнати хибність своєї поведінки, взяти на себе відповідальність за свої дії та навчитись ними керувати. Цієї моделі дотримується багато терапевтичних спільнот і релігійних реабілітаційних програм. Люди, які працюють в цих програмах, можуть бути представниками релігійних організацій, та найчастіше в них задіяні колишні споживачі наркотиків. Бажаним результатом подібних програм є моральне одужання особистості.

МЕДИЧНА МОДЕЛЬ. Відповідно до цієї моделі хімічна залежність розглядається

⁶⁶Davis, W.N. (1970). The treatment of drug addiction: Some comparative observations. *British Journal of Addiction*, 65, 227-235.

як захворювання, а залежна людина визнається хронічно хворою. Лікування включає в себе інформування про хворобу, вивчення її симптомів і розвитку, а також розробку плану профілактики рецидиву. Подібна модель використовується, наприклад, в двадцятикратних програмах, у програмах «Анонімних алкоголіків» і «Анонімних наркоманів». Метою цих програм є початок одужання індивідуума – процесу, який триває все його життя.

Починаючи із кінця 1980-х – на початку 1990-х рр. науковці також почали виділяти п'яту модель роботи зі споживачами наркотиків – модель зменшення шкоди.

МОДЕЛЬ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ. Ця модель не надає ніяких оцінок і суджень, що стосуються вживання наркотиків. Вживання наркотиків відповідно розглядається як один із прикладів соціальної поведінки, що розвивається в певному континуумі від експериментів з наркотиками до вживання наркотиків на нерегулярній основі і до регулярного вживання, яке переходить в занадто часте вживання і до вимушеного вживання. В основі цієї моделі лежить віра в те, що після певного періоду часу вживання наркотиків (найчастіше близько десяти років) у темпі «марафону», людина «дорослішає» і в неї або виникає тверде бажання припинити вживати наркотики, або стабілізувати і контролювати своє вживання. Ця модель не розглядає вживання наркотиків з позиції абсолютної шкоди та необхідності негайного припинення вживання, а керується підходами, які визнають, що внаслідок вживання наркотичних речовин людина може завдавати собі біо- психо-соціальної шкоди.

Історія руху зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків (далі – зменшення шкоди) бере свій початок у середині 1980-х рр. і нерозривно пов'язана з початком епохи епідемії ВІЛ/СНІДу серед СН у США, Західній Європі та інших країнах. У ці роки у Великобританії, Австралії, Німеччині, Швейцарії, Нідерландах, Канаді та інших країнах почали діяти національні програми обміну шприців і допомоги споживачам наркотиків, що одержали державну підтримку і фінансування. У зв'язку із загрозою епідемії ВІЛ-інфекції в цих країнах з'явилась потреба розробити різні моделі програм, які були б привабливі для споживачів наркотиків і відповідали б їхнім реальним потребам.

У середині 1980-х рр.. у місті Роттердамі (Королівство Нідерландів) споживачі наркотиків організували перші так звані «союзи наркоманів». Створення цих груп було викликано спалахом інфекції гепатиту В. Групи зверталися до Департаменту Охорони здоров'я Нідерландів з петиціями про необхідність поширення стерильного ін'єкційного обладнання серед СН. Так було започатковано нову модель програм впливу в галузі громадської охорони здоров'я – програми обміну шприців (ПОШ).

У середині 1980-х рр. у Великобританії і Австралії почали роботу ПОШ і допомоги СН, багато з яких також отримали державне фінансування. У зв'язку із загрозою епідемії ВІЛ-інфекції в цих країнах з'явилась потреба розробити різні моделі програм, які були б привабливі для споживачів наркотиків і відповідали б на їх реальні потреби. Створені на цій основі служби отримали загальну назву «програми зниження шкоди». Так, наприклад, у Мерсісайд (Великобританія) була розроблена комплексна модель, до якої входили навчання методам менш небезпечного ін'єкційного введення наркотиків, замісна терапія (неметадонова), метадонова терапія, а також робота з людьми, що не вживають наркотики.

Наприкінці 1980-х рр. у зв'язку з необхідністю забезпечення стерильним інструментарієм, в деяких містах США було розпочато роботу нелегальних ПОШ. У 1992 р. Департамент Охорони здоров'я штату Нью-Йорк зробив винятки із загального законодавства та офіційно підтвердив легальний статус п'яти ПОШ, що організували громадські ор-

ганізації в Нью-Йорку. До того часу на Гаваях вже працював ПОШ, а на початку 1980-х рр.. такі пункти почали працювати в Такомі і Сан-Франциско. По мірі відкриття в США програм обміну шприців та голок, що працювали нелегально і легально «де факто», утворилася «Мережа пунктів обміну шприців Північної Америки». Ця та інші організації почали орієнтуватися на розширення програм не тільки у напрямі профілактики ВІЛ-інфекції, а й надання більш широкого спектру послуг споживачам наркотиків за прикладом програм зменшення шкоди в Європі і Австралії. У вересні 1993 р. активісти, що виступають на підтримку програм зменшення шкоди, сформували робочу групу, діяльність якої призвела до створення у квітні 1994 р. «Коаліції Зменшення Шкоди».

Потрібно акцентувати, що вказана стратегія використовується не тільки у середовищі СІН, а й серед інших осіб, вразливих щодо інфікування верств населення, таких, як особи, залучені до секс-бізнесу (ОСБ), чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ).

Стратегія зменшення шкоди спрямована на зменшення шкідливих наслідків вживання наркотиків для всіх споживачів, починаючи від тих, хто просто експериментує з наркотичними речовинами, закінчуючи тими, хто змушений вживати наркотики через сформовано психо-фізичну залежність. Модель пропонує різні стратегії роботи, включаючи допомогу тим людям, які хочуть перейти до абстиненції. Найважливішим завданням цих програм є встановлення і підтримання контакту зі споживачами наркотиків з метою надання необхідної саме в даний момент допомоги.

Цей підхід ґрунтується на визнанні того, що немедичне вживання наркотиків мало і має місце у будь-якій культурі та суспільстві. Незважаючи на всі безперервні зусилля, досі в жодній країні не знайдено ефективного способу викорінення наркоманії.

Мета програм зменшення шкоди – це адаптація споживача наркотиків в соціумі і мінімізація негативного впливу від вживання наркотичних речовин на здоров'я, незалежно від того, чи продовжить людина вживання наркотиків, чи вирішить це припинити. Фахівці програм зменшення шкоди не розглядають роботу своїх програм як «лікування» та залучають до своїх активістів як професіоналів (лікарів, психологів тощо), так і колишніх та активних споживачів наркотиків.

Три ключові аспекти програм зменшення шкоди⁶⁷ :

1) бажання людини вживати наркотики приймається як факт. Це не означає, що рішення людини вживати наркотики схвалюється або заохочується. Проте методи роботи програм ґрунтуються на прийнятті того факту, що на даний момент клієнт має намір продовжувати вживання наркотиків;

2) до споживача наркотиків ставляться з повагою, як до будь-якого повноправного члену суспільства. Таке ставлення припускає, що споживач наркотиків поводитиметься «нормально», тобто в рамках чинного законодавства та суспільних норм. Таким чином, відповідальність за поведінку споживача наркотиків покладається на самого споживача, а не перекладається на фахівців;

3) ставлення програм зменшення шкоди до довгострокових цілей лікування нейтральне. Це не означає, що позбавлення від наркотичної залежності не може бути однією з цілей програм. Навпаки – участь у програмах зменшення шкоди може стати вирішальним кроком на шляху скорочення і навіть припинення вживання наркотиків. Ставлення до споживача наркотиків як до рівноправного члена суспільства, а не як до кримінального елементу. Ці засади слугують налагодженню довіри клієнтів до самої програми : набагато більше СІН звертаються за допомогою, зокрема, за перенаправленням у програми лікуванні від наркозалежності. Пріоритетна увага у програмах змен-

⁶⁷ International Journal on Drug Policy, Vol.6, No.1, 1995, pp. 26-27 «Harm Reduction and Alcohol».

шення шкоди приділяється більш нагальним щоденним проблемам тих споживачів, які не збираються припинити вживання наркотиків найближчим часом. Це не суперечить розгляду абстиненції як кінцевої мети роботи зі споживачем, але акцент переноситься з цієї довгострокової мети на інші, більш нагальні.

Отже, **зменшення шкоди** – це прагматичний і гуманний підхід до зменшення особистої та соціальної шкоди, пов'язаної з немедичним вживанням наркотиків, особливо ризику зараження ВІЛ та іншими небезпечними інфекціями, які передаються через кров і статевим шляхом. Цей підхід спрямований на вирішення першочергових проблем і зменшення ризику захворювань, пов'язаних з ін'єкційним вживанням наркотиків, за допомогою методик, що забезпечують гуманне ставлення до наркозалежних, дотримання їхніх прав.

Зменшення шкоди – це підхід до профілактики негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків серед тих споживачів ін'єкційних наркотиків, які в даний момент не можуть або не готові відмовитись від вживання наркотиків.

Цілі програм зменшення шкоди:

- **Пропаганда здоров'я** (включаючи забезпечення доступу до програм профілактики і лікування захворювань, зокрема, ВІЛ-інфекції, гепатитів, абсцесів і передозування, до послуг психіатричних служб та програм лікування наркотичної залежності).

- **Вирішення соціальних проблем** (зокрема, подолання соціальної ізоляції/виключення та мобілізація спільноти).

- **Вирішення проблем, пов'язаних з правосуддям/безпекою** (включаючи зниження показників за злочинами, пов'язаними з вживанням наркотиків, декриміналізацію споживачів наркотиків, боротьбу з дискримінацією, пропаганду цивільних прав і прав людини, в тому числі, права на здоров'я).

- **Рішення економічних питань** (зокрема, тих, які пов'язані із зростанням безробіття, втратою працездатного населення, вкладанням державних коштів у більш економічно ефективні програми державної наркополітики).

Необхідно зазначити, що поняття «зменшення шкоди» має інші завдання, ніж профілактика наркоманії або реабілітація наркозалежних. Зменшення шкоди спрямоване на профілактику ускладнень, пов'язаних з немедичним вживанням наркотиків, і на зміну поведінки людей, які з тих або інших причин уже вживають наркотики. Таким чином, зменшення шкоди, сприяючи встановленню контактів і наданню допомоги споживачам наркотиків, є своєрідним етапом на шляху до їх повернення в суспільство.

Стратегія передбачає не досягнення максимуму – відмови від вживання наркотичних засобів та психотропних речовин (це надто важке завдання), а слугує реальній меті – зниженню негативного впливу на здоров'я від їх немедичного вживання самим споживачем та його оточення. Стратегія безпосередньо націлена на осіб, які з тих чи інших причин вже вживають наркотики і, можливо, ще не готові від них відмовитись.

У більшості країн світу реалізацією програм зменшення шкоди займаються громадські (неурядові) організації, які взаємодіють з державним сектором (наркологічні служби, правоохоронні органи тощо).

По відношенню до СН стратегія побудована на розумінні того, що ні боротьба з поширенням наркоманії, ні лікування та реабілітація наркозалежних осіб не є ефективними засобами профілактики ВІЛ/СНІДу.

Головне допомогти споживачам наркотиків зробити їх вживання безпечним з точки зору інфікування такими хворобами, як ВІЛ/СНІД, вірусними гепатитами тощо.

Підхід «зменшення шкоди» в Україні одержав підтримку на державному рівні та був

включений до законодавчих актів у сфері профілактики ВІЛ-інфекцій та СНІДу. Стаття 4 Закону України «Про запобігання захворювання на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ передбачає: «Держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби шляхом ін'єкцій, зокрема, створення умов для заміни використаних ін'єкційних голів і шприців на стерильні», «сприяння благодійній діяльності, спрямованій на профілактику розповсюдження ВІЛ-інфекції, боротьбу зі СНІДом та соціальний захист населення».

У Законі України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» у статті 4 «Державна політика у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» зазначається, що державна політика у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів спрямовується на «зменшення шкоди від наслідків незаконного вживання наркотичних засобів, психотропних речовин».

Концепцією стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 р. та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 рр., затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. №264, визначається проведення таких заходів:

- п. 22. Забезпечити доступ уразливих груп населення до цільових заходів і програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та хвороб, що передаються статевим шляхом;

- п. 23. Розширити практику застосування різних методів у роботі з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед уразливих груп населення («соціальна робота на вулиці» та «рівний – рівному»);

- п. 24. Сприяє розвитку мережі закладів та установ соціального спрямування для роботи із споживачами ін'єкційних наркотиків. Забезпечити функціонування постійно діючих служб роботи з ін'єкційними споживачами наркотиків з метою 60-відсоткового охоплення їх заходами стратегії зменшення шкоди;

- п. 25. Створити умови для надання психологічних, соціальних, юридичних, медичних та консультаційних послуг з метою зменшення ризику уразливості до інфікування ВІЛ та недопущення дискримінації ВІЛ-інфікованих, у тому числі у сфері праці;

- п. 26. Запровадити метод замісної терапії з метою зменшення ризику інфікування ВІЛ та забезпечення доступу до антиретровірусної терапії споживачів ін'єкційних наркотиків.

Відповідальними за виконання зазначених пунктів є: Міністерство молоді та спорту, МОН, МОЗ, Мінсоцполітики, Міноборони, МВС, СБУ, Державна пенітенціарна служба України, Державний комітет телебачення і радіомовлення України, Державна міграційна служба України, Державна прикордонна служба України, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації за участю Товариства Червоного Хреста України, Всеукраїнської асоціації зменшення шкоди, міжнародних донорських, громадських та благодійних організацій.

Таким чином, основні напрями програми зменшення шкоди в Україні дістали нормативне закріплення.

Зменшення шкоди є одним із чинників протидії незаконному обігу наркотиків, яке включає такі стратегії, як зменшення пропозицій і зменшення попиту.

Зменшення пропозицій – це діяльність правоохоронних органів, спрямована на недопущення надходження наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів до їх споживачів.

Зменшення попиту – комплекс заходів, що їх проводять соціальні, освітні та медичні заклади з метою пропаганди здорового способу життя, а також медична та соціальна реабілітація споживачів наркотиків.

Стратегія зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків – це зменшення негативного впливу наркоманії на останньому етапі, тобто коли наркотик все ж потрапив до наркоживача і останній зробив свій вибір – вжити його.

Стратегія передбачає не досягнення максимуму – відмови від вживання наркотичних засобів та психотропних речовин (це надто важке і часто нереальне з огляду на природу залежності завдання), а має на меті зниження негативного впливу на здоров'я від немедичного вживання наркотиків самим споживачем та його оточенням. Стратегія спрямована на осіб, які з тих чи інших причин уже вживають наркотичні засоби і, можливо, ще не готові від них відмовитись. У програмах зменшення шкоди успіх вимірюється показниками особистої і суспільної якості життя і здоров'я, а не показниками рівня вживання наркотиків. Проте відмова від вживання наркотиків – головне завдання стратегії зменшення шкоди. І якщо деякі особи не відмовляються від вживання наркотиків, наступним кроком має бути не виштовхування їх на «чорний ринок» і в наркотичну субкультуру, а мінімізація негативних наслідків їхньої поведінки, пов'язаної з немедичним вживанням наркотиків.

Головними завданнями програм зменшення шкоди є:

- встановлення контакту з представниками цільової групи СІН, сприяння у відновленні і підтримці контактів СІН із соціальними і медичними службами;
- попередження розповсюдження інфекційних захворювань, ВІЛ/СНІДу, гепатитів в середовищі СІН і в суспільстві в цілому;
- зміна ставлення цільової групи до проблеми вживання наркотиків і зміна поведінки СІН на менш небезпечну;
- підтримка і допомога батькам, дітям, близьким споживачів наркотиків;
- сприяння і мотивація СІН до участі у лікувальних і профілактичних програмах;
- участь у формуванні державної політики щодо ВІЛ/СНІДу і вживання наркотиків;
- захист загальнолюдських прав й інтересів відносно споживачів наркотиків.

Основним інструментом зменшення шкоди є:

- інформаційно-просвітницька робота серед СІН щодо безпечних способів їх вживання (тут та нижче під терміном «безпечний» треба розуміти такий, що попереджає інфікування та інші ускладнення здоров'я), а саме:

- вулична соціальна робота (аут річ-робота), забезпечення споживачів ін'єкційних наркотиків необхідними засобами для безпечного введення наркотиків шляхом ін'єкцій, зокрема, стерильними шприцами та голками, а також дезінфікуючими речовинами і презервативами;

- консультування та інформаційна освіта (зокрема, профілактика передозувань, поширення інформації про профілактику та лікування ВІЛ-інфекції, гепатитів, туберкульозу тощо);

- створення груп взаємодопомоги;

- ЗПТ та інші види лікування наркотичної залежності;

- перенаправлення за медичними та іншими соціально-економічними послугами, соціальний супровід;

- мобілізація спільноти споживачів наркотиків; поширення інформації про права людини і захист прав людини.

- зменшення або відміна кримінального покарання за порушення, пов'язані з неме-

дичним вживанням наркотиків;

- просування обґрунтованих та гуманних підходів до формування наркополітики на місцевому, національному та міжнародному рівнях.

Аутріч-робота включає надання інформації, консультацій і профілактичних засобів закритим соціальним групам у місцях, звичних для них, тобто там, де вони збираються, живуть і проводять час. Оскільки цей вид соціальної роботи здійснюється поза кабінетами, дуже часто – прямо на вулиці, її називали «вуличною».

Одне з основних завдань вуличної соціальної роботи – досягти змін норм поведінки у групі споживачів наркотиків, що неможливо без зміни поведінки окремої людини. Часто люди уважніше прислухаються до тих, кого вони вважають такими ж, як вони самі, – до людей з подібним досвідом, соціальним статусом і проблемами. Саме тому аутріч робота найбільш ефективна, коли її проводять рівні серед рівних.

Як правило, аутріч-робота супроводжується **експрес-консультуванням** з різних медичних, соціальних і правових питань, розповсюдженням брошур, профілактичних матеріалів (презервативів, спиртових серветок, стерильної води для ін'єкцій, дезінфікуючих засобів, вітамінів та ін.), видачею направлень до різних медичних і соціальних установ. Аутріч-роботу найчастіше проводять на базі медичних або соціальних програм, забезпечуючи тісну взаємодію фахівців охорони здоров'я і споживачів наркотиків. Це сприяє постійному взаємовигідному обміну інформацією – медичні фахівці ознайомлюються з новітньою інформацією про зміни на наркосцені, про появу нових наркотиків і нових практик їх вживання, визначаючи для себе основні напрями профілактичної роботи. Споживачі наркотиків у свою чергу дістають оперативну медичну інформацію, яка безпосередньо відповідає їхнім запитам і потребам.

Забезпечення СІН необхідними засобами для безпечного введення наркотичних речовин шляхом ін'єкцій, зокрема, стерильними шприцами та голками, дезінфікуєчими речовинами та презервативами.

У всіх обласних центрах, а також у Києві та Севастополі функціонують численні (польові, стаціонарні та мобільні) пункти обміну використаних шприців та голок, а також видачі дезінфікуючих розчинів. Такі пункти є точкою доступу до прихованої групи споживачів наркотиків, які можуть ніколи не з'явитись у полі зору медичних і соціальних служб. Надання спиртових серветок, презервативів, спеціально розроблених буклетів з адресами медичних і соціальних служб, консультування з ряду питань (і не тільки медичних) – невід'ємна частина програм обміну шприців.

У 2012 р. в рамках проєктів, що підтримуються Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні, у нашій країні послуги надаються у 301 стаціонарному пункті, у 105 мобільних і майже на 800 вуличних ПОШ. Завдяки цим проєктам на даний час профілактичними послугами охоплено понад 200 тис. осіб із груп ризику (СІН, ОСБ, ЧСЧ). В рамках реалізації профілактичних програм у 2012 р. було видано та здійснено обмін 20 892 996 шприців.

Необхідно зазначити, що стерильні шприци та голки, дезінфікуючі речовини та презервативи можуть роздаватися і через мережу аптек. Так, рішенням Київської міської ради від 09.07.2009 р. №769/1825 «Про затвердження Міської комплексної програми протидії зловживанню алкоголем та розповсюдженню наркотиків у місті Києві на 2009 – 2013 роки» передбачено, що з метою забезпечення функціонування консультативних ПОШ з обов'язковим наданням комплексу інформаційно-консультативних послуг СІН за стратегією зменшення шкоди передбачено відкрити такі пункти у кожному адміністративному районі та забезпечити їх ефективне функціонування. Як наслідок, у

Київі вже існує 7 аптек, які беруть участь у програмі зменшення шкоди та видають безкоштовно наркозалежним особам за пред'явленням відповідних посвідчень учасника програми зменшення шкоди необхідний інструментарій.

Відповідні дослідження, які проводились у багатьох країнах, не надали доказів того, що програми обміну шприців та голок сприяють зростанню немедичного вживання наркотиків як серед учасників програм, так і серед суспільства взагалі. Результати численних досліджень говорять про те, що серед СНІВ, що беруть участь у програмі обміну шприців, знижується повторне використання і взаємний обмін ін'єкційним інструментарієм. Це сприяє зниженню рівня поширеності ВІЛ-інфекції. Результати міжнародного дослідження у 99 містах світу, яке опубліковане у 2003 р. в «Міжнародному журналі з наркополітики», свідчать, що кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у містах, де були впроваджені програми обміну шприців, щорічно скорочується на 18,6%. У містах, де таких програм немає, цей показник зріс на 8,1%.

Інформаційно-освітня робота – спрямована не тільки на уразливі групи, а й на їх найближче оточення (батьків, подружжя, дітей), а також на підлітків і молодь, медиків, співробітників правоохоронних органів, журналістів і загальне населення.

Основними формами здійснення інформаційно-освітньої роботи є:

- розробка і публікація інформаційних буклетів, листівок, газет;
- консультування клієнтів проекту зменшення шкоди та їх найближчого оточення з медичних, соціальних, психологічних і правових питань;
- проведення семінарів і тренінгів;
- розробка і випуск науково-методичної літератури (керівництво, збірки статей для фахівців і т.ін.);
- проведення інформаційних кампаній у засобах масової інформації, спрямованих на профілактику таких соціально небезпечних явищ, як вживання наркотиків і дискримінація окремих груп суспільства;
- проведення конференцій, лекцій, доповіді, участь у конференціях.

Групи взаємодопомоги об'єднують людей, яких безпосередньо торкнулася певна проблема. Проекти зменшення шкоди підтримують розвиток груп взаємодопомоги для наркозалежних, для людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, а також для їх близьких і родичів. Такі групи, як правило, створюються при соціальних службах, громадських організаціях, зокрема, Дропін центрах. Метою таких груп є насамперед психологічна, соціальна, медична та правова допомога наркозалежним. Така допомога надається працівниками соціальних служб, громадських організацій, самими наркозалежними особами і особами, які вже пройшли лікування від наркоманії та намагаються навчити інших жити без наркотиків.

Замісна терапія (ЗТ) або замісна підтримуюча терапія (ЗПТ) – це вид лікування опіоїдної залежності, за якого використовують опіатні антагоністи – речовини, які мають подібну до героїну та морфіну дію на головний мозок людини, що дозволяє запобігти розвитку синдрому відміни та блокувати потяг до нелегальних опіоїдів. Цінність ЗТ полягає в тому, що вона дає змогу залежним споживачам відмовитись від вживання нелегальних опіатів, значно зменшити ризик, пов'язаний з ін'єкціями (ВІЛ, гепатити, інфекції тощо), стабілізувати здоров'я, стати соціально активними. ЗТ сприяє значному зниженню кримінальної активності споживачів наркотиків, що створює передумови для подальших позитивних змін. ЗТ суттєво сприяє налагодженню контактів різноманітних соціальних і медичних служб із цільовою групою споживачів ін'єкційних наркотиків. Такий комплексний і всебічний підхід є найбільш адекватним з огляду на комплексний

медико-соціальний характер захворювання.

Програми ЗПТ у світі мають уже 40-річну історію. Вперше вони почали впроваджуватись у 60-х рр. XX ст. спочатку в США, а потім у Канаді та Великобританії. У світовій практиці в ролі основних препаратів програм ЗТ зазвичай застосовують: метадон (оральний розчин з цукром, також є таблетована форма); повільно діючий морфін (таблетки/капсули для застосування один чи два рази на день); бупренорфін (сублінгвальні таблетки); ЛААМ (ліво-ацетил-метаділ); героїн (щоправда, здебільшого з дослідницькою метою). За даними Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркозалежності, у багатьох країнах світу підвищується доступність програм ЗТ, а кількість пацієнтів, які отримали замісне лікування метадоном, упродовж 5 років зросла на 34%.

Сьогодні ЗПТ використовують близько 1 млн. наркозалежних осіб у 63 країнах світу, зокрема, 26 країнах Європейського Союзу, в Північній та Південній Америці, Азії, Австралії та Новій Зеландії.

На території колишнього СРСР програми ЗПТ впроваджуються в Литві, Латвії, Естонії, Молдові, Грузії, Азербайджані, Узбекистані, Киргистані та Україні. З жовтня 2007 р. впроваджена перша програма ЗПТ з використанням метадону в Республіці Білорусь.

Суть ЗПТ полягає в тому, що людину, яка вживає нелегальні наркотики опійного ряду і не може відмовитись від такого вживання, переводять на замісний медичний препарат того самого ряду. Сьогодні таким препаратом може бути метадон, бупренорфін, ЛААМ та ін. Незважаючи на те, що опійна залежність зберігається, замісні препарати дозволяють людині повноцінно функціонувати, завдають менше шкоди здоров'ю, укріплюють соціальний і правовий статус. У світі замісне підтримуюче лікування – звичайне явище, воно охоплює фактично всі країни світу.

Ефективність ЗПТ значно підвищується за умови надання психологічного консультування, психотерапії та соціальної підтримки. ЗПТ – на сьогодні один з найефективніших методів, що дає можливість ВІЛ-позитивним наркозалежним дотримуватися режиму прийому препаратів життєво необхідної антиретровірусної терапії (АРТ) завдяки стабілізації поведінки (прихильність до АРТ). Важливим наслідком прихильності до АРТ є зменшення кількості стійких (резистентних) до АРТ штамів ВІЛ: чим менше людина порушує режим лікування, тим менша вірогідність появи таких вірусів, а відповідно й вища ефективність лікування СНІДу. Завдяки програмам зменшення шкоди та ЗПТ, які почали активно впроваджуватись в країнах Західної Європи в 90-х роках минулого століття, рівень зараження ВІЛ внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків становить всього 1-2%, у той же час в Україні цей показник станом на 1 січня 2013 року складає 35,58% (станом на 1 січня 2001 року – 64,3%)⁶⁸.

Уперше в Україні ЗПТ було впроваджено у 2004 р. на виконання постанови Верховної Ради України за рекомендаціями парламентських слухань щодо вирішення соціально-економічних проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІД та наркоманією за підтримки Програми розвитку ООН в Україні. Перші два проекти ЗПТ для лікування наркотичної залежності були запроваджені у Херсоні та Києві за допомогою наркотичного лікарського засобу бупренорфін.

Комплексні програми ЗПТ почали впроваджуватись в Україні відповідно до пункту 12 «Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки» (затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 р. №264), якою передбачалося «впровадити

⁶⁸Електронний ресурс : <http://www.aidsalliance.org.ua/>

метод замісної терапії з метою зменшення ризику інфікування ВІЛ споживачів ін'єкційних наркотиків».

Станом на квітень 2013 р. 756 пацієнтів в 23 містах нашої країни беруть участь у програмах ЗПТ з метою профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед СІН. Більшість пацієнтів програм мають важку форму наркозалежності (стаж вживання – понад 10 років), майже дві третини з них ВІЛ-позитивні, переважна більшість одночасно хворіє на гепатит, майже кожен п'ятий – на туберкульоз.

Про наміри збільшити кількість клієнтів ЗПТ в нашій державі та надання таким програмам державного статусу свідчить прийнята Верховною Радою України у першому читанні Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 рр. Цією програмою передбачено фінансування запровадження ЗПТ для більш як 20 000 осіб, з яких 12 000 – за рахунок бюджетних коштів.

Діяльність, пов'язана із ЗПТ, повинна здійснюватись відповідно до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, пересилання, ввезення, вивезення, відпуску, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затверджених наказом Держпідприємництва і МОЗ від 20 лютого 2001 р. №39/66.

Необхідно підкреслити, що ЗТ, як і інша терапія фармацевтичними препаратами, повинна призначатись зважено, за показаннями, а не всім бажаючим. Лише тоді, як показує досвід інших країн, будуть належні успіхи у профілактиці ВІЛ/СНІДу та злочинності серед споживачів наркотиків.

Останнім часом у міжнародній практиці програм зменшення шкоди все більше уваги звертають на **гендерно-чутливі підходи в роботі з клієнтами**.

Гендерна чутливість – це один із критеріїв оцінки планування змін, проектів, методів дослідження й аналізу. Зміни, що плануються, методи, чутливі в гендерному відношенні, якщо вони враховують існуюче становище жінок і чоловіків, не погіршують становища жінок і чоловіків, сприяють установам гендерного балансу.

За оцінками МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», у 2012 р. в Україні нараховувалось від 72,3 до 100,6 тис. наркозалежних жінок репродуктивного віку, що складало 26% від загальної кількості СІН в Україні.

Чоловіки і жінки відрізняються за своїм фізичним і психічним особливостям. Тому одні й ті ж речовини діють на них по-різному. Вживання наркотиків по-різному відбивається на їх житті, і призводять до різних наслідків. У жінок швидше, ніж у чоловіків, з'являється фізична і психічна залежність від наркотиків і алкоголю. Жінки важче переносять «ломку» (абстинентний синдром). Жінки важать мають меншу вагу, ніж чоловіки, їм потрібна менша доза, і тому жінкам частіше загрожують передозування. Жінкам частіше доводиться розплачуватися за наркотики сексуальними послугами. Жінки фізично слабші за чоловіків і тому частіше стають жертвами пограбувань, нападів, піддаються сексуальному та побутовому насильству. Жінка має більше шансів заразитися венеричними захворюваннями та ВІЛ тому, що при статевому акті жінка отримує більше травм, а інфекція, яка потрапляє в піхву, залишається там тривалий час. У жінок відбуваються специфічні (особливі) гормональні порушення і можуть припинитися менструації, але, незважаючи на це, вона все одно може завагітніти.

Часто через наркотики порушується менструальний цикл, і менструальні кровотечі стають нерегулярними або припиняються зовсім. Здатність заразитися венеричними захворюваннями та ВІЛ є завжди і взагалі від наявності менструацій не залежить. При

цьому здатність завагітніти зберігається.

Зменшити ризики під час вагітності допомагає також ЗПТ – лікування залежності від опіоїдів через призначення медичного препарату (мета дон, бупренорфін). ЗПТ дає жінкам можливість відмовитися від вживання нелегальних ін'єкційних наркотиків та зменшити ризики для себе та майбутньої дитини (ВІЛ, гепатити, ІПСШ тощо), стабілізувати здоров'я, соціально адаптуватися та підготуватися до пологів та материнства. Станом на 1 серпня 2013 р. в Україні діють понад 150 сайтів ЗПТ, на яких 7839 людей отримують ЗПТ, серед них – 1586 жінок, зокрема, 10 вагітних. У 10 вагітність завершилась пологами. Таким чином, послуги зменшення шкоди є надзвичайно важливими саме для жінок і такі послуги мають бути гендерно-чутливими, тобто враховувати соціальні, фізіологічні та психологічні особливості жінок.

Зменшення або відміна кримінального покарання за порушення, пов'язані з немедичним вживанням наркотиків, припускає пом'якшення міри покарання за зберігання наркотиків з метою особистого вживання, а також внесення до кримінального законодавства норм про звільнення наркозалежних осіб від кримінальної відповідальності при здійсненні ними злочинів невеликої і середньої тяжкості за умови обов'язкового лікування від наркоманії як альтернативи покаранню, яка застосовується в багатьох країнах світу, а також інших альтернативних покарань.

Світовий досвід впровадження стратегії зменшення шкоди свідчить про відповідні позитивні здобутки щодо профілактики ВІЛ/СНІДу: зменшення кількості осіб з високоризикованою поведінкою (тобто збільшення кількості осіб, які використовують стерильні або продезинфіковані шприци та голки для ін'єкцій наркотичних речовин) і відповідно зменшення рівнів інфікованості ВІЛ та вірусними гепатитами серед СН. Наразі в Україні діє понад 50 проектів, де пріоритетним є забезпечення СН стерильним ін'єкційним інструментарієм.

Завдяки впровадженню програм зменшення шкоди відбулося переорієнтація у підходах до роботи наркологічних служб. Основним принципом їхньої роботи стала орієнтація на безпосередні потреби споживачів наркотиків, співпрацю і взаємодію з представниками цієї групи. Зазначене знайшло своє відображення у національних нормативних актах, якими регламентовано більшість інструментів зменшення шкоди.

ПОНЯТТЄВИЙ АПАРАТ

1. **Антинаркотична профілактика** – це цілісна, організована у рамках єдиної державної програми система заходів, яка має свій зміст, етапність і динаміку розвитку, певний кінцевий результат і реалізується державними і громадськими структурами щодо усунення причин та умов розповсюдження наркотизму і незаконного обігу наркотиків й виявлення осіб, які є споживачами наркотичних засобів і на цьому ґрунті вчиняють правопорушення.

2. **Аутріч робота** – це метод соціальної роботи спрямований на встановлення контактів і подальшу роботу із закритими групами наркозалежних осіб, контакт з якими ускладнений через існуючі служби охорони здоров'я. Аутріч-робота складається з процедури обміну шприців, обов'язково супроводжується експрес-консультаванням з медичних, соціальних і правових питань; поширенням брошур, профілактичних засобів (презервативів, спиртових серветок, стерильної води для ін'єкцій, вітамінів тощо); видачею напрямків у різні медичні та соціальні установи.

3. **Зменшення шкоди** – це прагматичний і гуманний підхід до зменшення особистої та соціальної шкоди, пов'язаної з немедичним вживанням наркотиків, особливо ризику зараження ВІЛ та іншими небезпечними інфекціями, які передаються через кров і статевим шляхом. Цей підхід спрямований на вирішення першочергових проблем і зменшення ризику захворювань, пов'язаних з ін'єкційним вживанням наркотиків, через методику, що забезпечують гуманне ставлення до наркозалежних, дотримання їхніх прав.

4. **Замісна підтримуюча терапія** – це вид лікування опіїдної залежності, за якого використовують опіатні антагоністи – речовини, які мають подібну до героїну та морфіну дію на головний мозок людини, що дозволяє запобігти розвитку синдрому відміни та блокувати потяг до нелегальних опіїодів.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ДО РОЗДІЛУ

1. Розкрийте сутність поняття та визначить цілі й основні завдання антинаркотичної профілактики.

2. Охарактеризуйте суб'єктів антинаркотичної профілактики.

3. Розкрийте зміст напрямів державної політики щодо запобігання незаконному обігу наркотиків.

4. Надайте класифікацію держав відповідно до жорсткості форм законодавчого регулювання у сфері обігу наркотичних засобів.

5. Охарактеризуйте основні положення Конвенцій ООН з питань протидії незаконному обігу наркотиків.

6. Які передумови сприяли прийняттю антинаркотичного законодавства у нашій державі?

7. Визначіть основні положення Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними».

8. Визначіть основні положення Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори».

9. Охарактеризуйте основні положення програм, концепцій реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та заходам щодо їх реалізації.

10. Розкрийте зміст принципів загальносоціальної антинаркотичної профілактики.

11. Розкрийте зміст заходів загальносоціальної антинаркотичної профілактики.

12. Охарактеризуйте заходи у сфері лікування і реабілітації наркозалежних осіб.

13. Розкрийте зміст індивідуальної профілактики наркоманії.

14. Охарактеризуйте основні законодавчі та інші нормативні акти, які регламентують запровадження у нашій державі елементів програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків.

15. Розкрийте сутність поняття та основні інструменти зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків.

16. Розкрийте сутність поняття замісної підтримувальної терапії, її нормативне забезпечення.

ТЕМИ РЕФЕРАТИВ

1. Вплив конвенцій ООН на розвиток антинаркотичного законодавства України.

2. Міжнародно-правові концепції ставлення до незаконного обігу наркотиків.

3. Сутність та зміст стратегії державної політики щодо протидії незаконному обігу наркотиків, яка запроваджена у нашій державі на сучасному етапі.

4. Зарубіжний досвід запровадження антинаркотичних профілактичних заходів.

5. Стан запровадження замісної підтримувальної терапії у нашій державі на сучасному етапі.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ

1. Особливості здійснення профілактичних заходів в учнівському та молодіжному середовищі.

2. Елементи програм зменшення шкоди, які запроваджені в Україні.

3. Стан та тенденції запровадження програм замісної підтримувальної терапії у зарубіжних країнах.

ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДАВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Александров Ю. В. Кримінологія : Курс лекцій / Ю. В. Александров, А. П. Гель, Г. С. Семаков. – К. : МАУП, 2002. – 296 с.
2. Антинаркотична профілактика в молодіжному середовищі: практ. посіб. – К.: НА-ВСУ, 2004. – 124 с.
3. Антинаркотична профілактика в навчальних закладах: Методичні рекомендації / Д. Й. Никифорчук, В. Г. Панок, О. М. Стрільців. – К., Парламентське видавництво, 2004. – 64 с.
4. Вплив програм замісної підтримуючої терапії на криміногенну ситуацію у державі: аналітичний звіт за результатами наукового дослідження / О. М. Джужа, О. М. Стрільців, С. В. Дворяк та ін.; За ред. О. М. Джужі. – Харків: Права людини, 2012. – 82 с.
5. Джужа О.М. Кримінологія: Навчальний посібник / [О.М. Джужа, В. В. Василевич, О. Г. Колб та ін.]; за заг. ред. О.М. Джужі. – К.: Атіка, 2010. – 311 с.
6. Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 року. Законодавство у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів: 36. нормат. актів / У 2 ч. – Ч. 1. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, 2006 – С. 88–138.
7. Загальносоціальна та спеціальна профілактика наркоманії та ВІЛ/СНІДу: Навч.-метод. посіб. // [О. М. Джужа, О. Ф. Гіда, Г. І. Піщенко, С. М. Корецький]. – К., 2004. – 79с.
8. Замісна терапія (аналітичний огляд). Друге видання / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2005. – 18 с.
9. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07 грудня 1984 року (із змінами та доповненнями на сьогоднішній час) // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1984. – Додаток до № 51. – Ст. 1122.
10. Комментарий к Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. – ООН. – Нью-Йорк, 1999. – 412 с.
11. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин від 20 грудня 1988 року // Законодавство у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів: 36. нормат. актів / У 2 ч. – Ч. 1. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, 2006. – С. 191–231.
12. Конвенція про психотропні речовини 1971 року // Законодавство у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів: 36. нормат. актів / У 2 ч. – Ч. 1. – К.: Київ. нац. ун-т внутр. справ, 2006. – С. 155–191.
13. Концепція Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки: Затв. розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 травня 2008 р. №728-р. // Офіційний вісник України. – 2008. – № 37. – Ст.1240.
14. Концепція реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки: схвалено розпорядженням Кабінету міністрів України від 13.09.2010 року №1808-р. – Офіційний вісник України. – 2010. – № 70. – с. 41. – Ст. 2533.
15. Кримінологічна віктимологія: Навчальний посібник / [Є. М. Моїсєєв, О. М. Джужа, В. В. Василевич та ін.]; За заг. ред. проф. О. М. Джужі. – К.: Атіка, 2006. – 352 с.
16. Кримінологія: Загальна та Особлива частини : підручник для студентів юрид. спец. ВНЗ // За заг. ред. В. В. Голіні ; МОН України, Націон. юрид. акад. ім. Ярослава Мудрого. – Харків, 2010. – 286 с.

17. Кримінологія: підручник для студентів ВНЗ // За заг. ред. Л. С. Сміяна, Ю. В. Нікітіна ; МОН України, Націон. акад. управ. – К. : 2010. – 495 с.
18. Малков В. Д. Кримінологія: Підручник / Малков В. Д. – 3 видання. – М.: Юстицинформ, 2008. – 528 с.
19. Міжнародно-правові заходи запобігання наркотизму: наук.-метод. посіб. / О. М. Джужа, Г. І. Піщенко, В. Г. Пшеничний, О. М. Стрільців ; За заг. ред. О. М. Джужі. – К., 2004. – 131 с.
20. Нагорна А. М. Профілактика наркоманії серед підлітків / А. М. Нагорна, В. В. Беспалько. – К., 2001. – 168 с.
21. Наркозлочинність: кримінологічна характеристика та запобігання: Науково-практичний посібник // А. А. Бова, В. І. Женунтій, А. П. Закалюк та ін. ; За ред. А. П. Закалюка. – К., Юрінком Інтер, 2006. – 294 с.
22. Наркологія [Текст]: навч. посіб. / [Западнюк Б. В., Несен О. О., Галан Н. В. та ін.]; За ред. О. М. Джужі. – К. : КНТ, 2012. – 328 с.
23. Наркотизация населения Украины: взгляд на проблему и пути её решения: Науч. изд. / А. П. Толопило, В. Г. Ожогова // Одесская правозащитная группа «Веритас». – Одесса, 2007. – 119 с.
24. Павленко Р. М. Попередження незаконного виробництва наркотичних засобів і психотропних речовин підрозділами Міністерства внутрішніх справ України: монографія // МВС України, НАВСУ. – К., 2005. – 250 с.
25. Питання сучасної наркополітики України: права людини та доступ до лікування / [А. П. Толопило, С. П. Швець, О. М. Стрільців та ін.] // Одеська правозахисна група «Веритас». – Харків : Права людини, 2012. – 94 с.
26. План заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки: затвердж. розпорядженням Кабінету Міністрів України від 6 серпня 2008 р. № 1068-р. – Урядовий кур'єр від 08.12.2010. – № 230.
27. Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу: Затв. наказ. Мін-ва України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України від 17 листопада 2006 р. // Офіційний вісник України. – 2006. – № 51. – Ст. 3436.
28. Поступной А. Н. Профилактика наркомании среди «детей улицы» в Украине / А. Н. Поступной, Т. Н. Чернецкая, М. Ю. Довгопол // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Сост. И. П. Рущенко. — Харьков: Финарт, 2002. — 240 с.
29. Права людини у діяльності міліції в контексті протидії поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу: Навч. посіб. / [В. М. Бесчастний, К. С. Колесник, А. М. Бабенко та ін.] // МВС України. Донецький юрид. ін-т. Луганського ДУВС ім. Е. О. Дідоренка. – Донецьк : 2009. – 132 с.
30. Права людини. Робота працівників міліції з особами, які живуть з ВІЛ/СНІД та особами, які вживають наркотики. Метод рекомендацій // [Гончарова І. О., Домбровський С. П., Никифорчук Д. Й. та ін.]. – К.: МФ «Відродження», 2009. – 62 с.
31. Примусове лікування від наркоманії: за і проти (кримінально-правове та криміналістичне дослідження): монографія / О. В. Юношев // Донецький юрид. ун-т. Луганський держ. ун-т внутр. справ. – Донецьк, 2007. – 255 с.
32. Про запобігання захворювання на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та со-

ціальний захист населення : Закон України від 12 грудня 1991 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 11. – ст. 152.

33. Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади: наказ МОЗ України від 8 жовтня 2001 р. № 397 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 10. – С. 258. – Ст. 493.

34. Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 серпня 2008 року № 476.

35. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними: Закон України від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 10. – Ст. 62.

36. Про заходи щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади: наказ МОЗ України, МВС України від 19 грудня 2000 р. № 346/877 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 6. – С. 133. – Ст. 247.

37. Про міліцію: Закон України від 20 грудня 1990 р. // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1991. – № 4. – ст. 20.

38. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори (із змінами та доповненнями): Закон України від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 10. – Ст. 60.

39. Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей Закон України від 24 січня 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 6. – Ст. 35.

40. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 р. / Відомості Верховної Ради України. – 2000 – № 19. – Ст. 143.

41. Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні: Закон України від 5 лютого 1993 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 16. – Ст. 167.

42. Про утворення Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам: Постанова Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006р. № 759 // Офіційний вісник України. – 2006. – № 22. – Ст.1639.

43. Про участь громадян в охороні громадського порядку і державного кордону: Закон України від 22 червня 2000 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 40. – Ст. 338.

44. Профілактика злочинів: Підручник / [О. М. Джужа, В. В. Василевич, О. Ф. Гіда та ін.]; За заг. ред. докт. юрид. наук, проф. О. М. Джужи. – К.: Атіка, 2011. – 720 с.

45. Профілактика наркоманії серед підлітків / А. М. Нагорна, В. В. Беспалько. – К., 2001. – 168 с.

46. Профілактика ризикованої поведінки в учнівському і студентському середовищі: Методичні рекомендації / За ред. В. Г. Панка. – К.: Ніка-Центр, 2004. – 252 с.

47. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози // Український ін-т соціальних досліджень. Британська рада в Україні. М-во Великої Британії у справах міжнародного розвитку (DFID). –К., 2003. – 146 с.

48. Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року: схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 серпня 2013 р. № 735-р // Офіційний вісник України. – 2013 р. – № 76. – С. 270. – Ст. 2829.

49. Супутник офіцера відділу боротьби з наркотиками / Харпер Пол, Делрімпл Стів. – Лондон, 1997. – 196 с.

РОЗДІЛ 4

РОЛЬ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ У ПРОФІЛАКТИЦІ ЗЛОЧИНІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НЕЗАКОННИМ ОБІГОМ НАРКОТИКІВ

4.1. Заходи ОВС щодо загальної профілактики незаконного обігу наркотиків.

4.1.1. Задачі комплексних профілактичних відпрацювань.

4.2. Заходи ОВС щодо індивідуальної профілактики незаконного обігу наркотиків.

4.3. Взаємодія ОВС з громадськими організаціями щодо профілактики злочинів, що вчиняються у сфері незаконного обігу наркотиків.

4.4. Організація навчання працівників органів внутрішніх справ щодо попередження інфікування ВІЛ та іншими трансмісійними інфекціями при виконанні службових обов'язків.

4.4.1. Синдром набутого імунodefіциту та його збудник.

4.4.2. Шляхи передачі ВІЛ.

4.4.3. Перша допомога та екстрена профілактика, пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ.

4.1. Заходи ОВС щодо загальної профілактики незаконного обігу наркотичних засобів

Незаконний обіг наркотиків – надзвичайно складне, багатогранне і водночас суспільно небезпечне явище у сучасному світі. З одного боку, наркотики є корисними і необхідними медичними препаратами, а з іншого – вони заподіюють величезну шкоду, яка практично не піддається обрахунку. Насамперед це й деградація особистості наркозалежної особи, і потяг до вчинення різноманітних злочинів, і зниження матеріально-технічного та інтелектуального потенціалу суспільства, і погіршення його генофонду, і викривлення внаслідок «відмивання наркокоштів» законного розподілу матеріальних благ, і проникнення злочинців у державні та владні структури, і їх вплив на формування політики держав у злочинних інтересах, і багато чого іншого.

Будучи досить вигідним з майнової точки зору промислом (світові прибутки якого вираховуються мільярдами доларів США), незаконний обіг наркотиків визнається суспільно небезпечним та злочинним більшістю країн світового співтовариства, а у багатьох державах його окремі прояви розцінюються як тяжкі та особливо тяжкі злочини. Особлива небезпека полягає у тому, що особи цього кола об'єднуються у суворо упорядковану систему, що представляє собою організовані групи або злочинні співтовариства. У процесі функціонування подібні групи та угруповання контролюють осіб, які самостійно вчиняли злочини, пов'язані з наркотиками, та встановлюють міцні організаційні зв'язки між собою, а також монополізують обіг наркотиків на значних територіях. Крім того, вони проникають за межі державних кордонів з метою вчинення незаконного обігу наркотиків, що призводить, крім усього іншого, до міжнаціональних та міжнародних конфліктів.

Таким чином, незаконний обіг наркотиків руйнує економіку, соціальну сферу, підвищує рівень злочинності, руйнує моральні підвалини суспільства, вражає своїм негативним впливом молодь, провокує конфлікти. Його можна розглядати як загрозу національній безпеці України.

Загальна профілактика злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків, що здійснюється органами внутрішніх справ, полягає у виявленні специфічних криміногенних обставин, що сприяють втягуванню населення у немедичне вживання наркотичних засобів, і проведенні заходів щодо припинення або зменшення впливу цих детермінант та скорочення незаконного обігу наркотиків у цілому. Основним завданням такої діяльності є формування у населення стійкої суспільної думки про неприпустимість вживання наркотичних засобів і психотропних речовин. Виявлення причин і умов, що сприяють зростанню попиту на наркотики й вчиненню злочинів, пов'язаних з їх вживанням, досягається спеціальним вивченням, кропіткою аналітичною роботою, яка дозволяє виділити типові кримінологічні детермінанти. Така діяльність правоохоронних та інших державних органів, а також й недержавних структур, забезпечує інформаційну базу для наступних загальнопрофілактичних заходів економічного, соціального, виховного, правового, психолого-педагогічного й індивідуально-запобіжного характеру.

У цілому питання загальної та індивідуальної профілактики зловживання наркотиками, їх немедичного вживання, правопорушень, пов'язаних з ними, повинні становити єдину стратегію антинаркотичної політики держави. Профілактична діяльність органів внутрішніх справ здійснюється спеціальними засобами й методами та вимагає постійного своєчасного правового, організаційного й тактичного-удосконалювання спеціаль-

ної профілактики.

Складовою частиною державної профілактичної діяльності, пов'язаної з незаконним обігом наркотиків, є цілеспрямована діяльність служб і підрозділів органів внутрішніх справ, що полягає у: здійсненні заходів, спрямованих на виявлення, нейтралізацію та усунення причин і умов, що сприяють вчиненню злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків; забезпеченні оперативно-профілактичного спостереження за особами, схильними до вчинення таких злочинів; здійсненні контролю над процесом законного виробництва, зберігання, транспортування, реалізації й використання наркотиків.

Загальна профілактика злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків, що здійснюється ОВС, полягає у виявленні специфічних криміногенних обставин, що сприяють втягуванню населення у немедичне вживання наркотичних засобів, і проведенні заходів щодо припинення або зменшення впливу цих детермінант та скорочення незаконного обігу наркотиків у цілому. Основним завданням такої діяльності є формування у населення стійкої суспільної думки про неприпустимість вживання наркотичних засобів і психотропних речовин. Виявлення причин і умов, що сприяють зростанню попиту на наркотики й вчиненню злочинів, пов'язаних з їх вживанням, досягається спеціальним вивченням, кропіткою аналітичною роботою, яка дозволяє виділити типові кримінологічні детермінанти. Така діяльність правоохоронних та інших державних органів, а також й недержавних структур, забезпечує інформаційну базу для наступних загальнопрофілактичних заходів економічного, соціального, виховного, правового, психолого-педагогічного й індивідуально-запобіжного характеру.

Методами проведення органами внутрішніх справ загальної профілактики злочинів є:

- всебічний і глибокий аналіз оперативної обстановки на території, що обслуговується, об'єкти, у галузі народного господарства, за напрямками роботи. Вивчення тенденцій і особливостей злочинності (стану, рівня, динаміки, структури, характеру, географії, ціни), групування її за видами, місцем, способом і часом вчинення, викраденими предметами і об'єктами протиправного посягання, а також за характеристикою осіб, що їх вчинили;
- виявлення у діяльності установ, підприємств та організацій, які здійснюють господарську діяльність в сфері обігу наркотиків, причин і умов, що сприяють витоку таких речовин у незаконний обіг. Підготовка інформації у зацікавлені органи, повідомлень на підприємства, в установи та організації щодо запобігання цим правопорушенням;
- систематичне обстеження розташованих на території обслуговування об'єктів, місць концентрації великої кількості громадян, звертаючи особливу увагу на ті, де найбільш частіше вчиняються правопорушення в сфері обігу наркотиків. Проведення комплексних і цільових операцій, рейдів за цими напрямками;
- гласне засудження загальновідомих та резонансних фактів незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, злочинної діяльності осіб, причетних до них, способу життя окремих осіб, які зловживають наркотичними засобами, психотропними речовинами, їх аналогами і прекурсорами, при проведенні зустрічей з представниками громадськості, трудовими та навчальними колективами, а також з використанням засобів масової інформації;
- роз'яснювальна робота серед населення про необхідність дотримання вимог Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» та правові наслідки його порушення;
- інформування громадськості про стан оперативної обстановки у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, причини та умови, що цьому сприяють, зокрема, про негативні наслідки байдужого ставлення

громадян до фактів незаконного культивування нарковмісних рослин, організації та надання місць для вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, схилення до вживання зазначених речовин, зокрема, неповнолітніх, та інших фактів їх незаконного обігу;

- роз'яснювальна робота серед батьків щодо видів наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, способів та наслідків їх уживання, характерних ознак наркотичного сп'яніння, засобів маскування, а також щодо форм і методів впливу на неповнолітніх, які допускають немедичне вживання зазначених речовин, з метою їх добровільної видачі та проходження курсу відповідного лікування;

- систематичне залучення громадськості до проведення спільних рейдів з метою попередження та припинення незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів у місцях масового перебування громадян, розважальних та навчальних закладах;

- загальнодержавні та регіональні цільові профілактичні заходи серед найбільш уразливих, з точки зору ризику поширення наркоманії, категорій молоді у формі бесід та лекцій з використанням спеціально підготовленої літератури, сучасних аудіо та відеоматеріалів з визначеної проблематики;

- інформаційні кампанії антинаркотичної спрямованості в засобах масової інформації, насамперед на телебаченні, розробка та розповсюдження серед населення відповідних друкованих інформаційних матеріалів (буклетів, посібників, плакатів тощо). До цієї діяльності доцільно залучати інші органи державної влади, зацікавлені міжнародні та недержавні організації, благодійні фонди, громадські об'єднання, що займаються розв'язанням соціальних проблем, у тому числі наркоманії.

- правова робота й виховання населення.

Серед перелічених методів особливе місце займає освітня робота з батьками підлітків, оскільки батьки мають змогу першими помітити відхилення в поведінці дітей та запідозрити вживання дитиною наркотику.

Так під час проведення батьківських зборів у школах працівники ОВС повинні надавати інформацію щодо ознак вживання наркотичних засобів та методи контролю.

У підлітковому і юнацькому віці запідозрити можливу пристрасть до приймання наркотиків можна за низкою таких ознак:

- втрата інтересу до навчання і часті пропуски занять без поважних причин;
- немотивоване зниження успішності;
- ухиляння від суспільно корисної праці;
- втрата приятельських стосунків з колишніми друзями, які негативно ставляться до вживання наркотичних речовин;
- часто приховані контакти з особами асоціальної поведінки;
- зміна спектру інтересів, необхідність спонукань до активної діяльності та звичного стилю поведінки;
- поява в характері негативних рис, зокрема, брехливості, цинізму, егоїзму;
- уникання виконання звичних обов'язків;
- пізні повернення додому;
- підвищений інтерес до відвідування розважальних закладів, зловживання стимулюючими напоями;
- намагання будь-якими способами здобути кошти для задоволення невідомих батькам потреб;
- затримування правоохоронними органами у зв'язку з асоціальною поведінкою;

- приймання з приводу різноманітних хвороб якихось ліків, джерело отримання яких невідоме близьким;
- зміни емоційного стану: зранку – пригніченість, апатія чи дисфорія, а після повернення додому – ейфорія, жвавість та балакучість;
- підтримка дружніх стосунків з особами, які відомі, як споживачі наркотиків;
- відвідування сумнівних місць, можливих як зібрання споживачів наркотиків;
- немотивовані поїздки в місця, де можна отримати наркотик;
- повторні звернення в медичні заклади з метою отримання окремих препаратів;
- виявлення допоміжних предметів для вживання психоактивних речовин;
- періодичні стани подібні до алкогольного сп'яніння без запаху алкоголю;
- неприховане демонстративне вживання нікотину чи алкогольного напою.

При наявності таких ознак батьки повинні організувати аналізи слини або сечі на наркотичні засоби за допомогою тест-смужок, а при позитивних результатах не розраховувати на успіх «батьківського увіщуння», а звернутися за допомогою до фахівців.

Враховуючи вищезазначене, органи внутрішніх справ у межах установленної компетенції самостійно або у взаємних контактах один з одним беруть безпосередню участь у реалізації наступних заходів:

- запобігають, виявляють і припиняють діяльність міжнародних центрів наркобізнесу, що здійснюють операції щодо незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин на території України, а також діяльність вітчизняних злочинних угруповань, що займаються незаконним обігом наркотиків на території держави, зокрема, й тих, які підтримують злочинні зв'язки із подібними закордонними організаціями;
- встановлюють і відслідковують канали контрабанди наркотичних засобів, ліквіду-ють їх;
- з'ясовують зв'язки вітчизняних злочинних угруповань із наркоцентрами, що діють у країнах близького й далекого зарубіжжя, із представниками органів державної влади й управління України;
- припиняють спроби «відмивання» коштів, отриманих у результаті незаконного обігу наркотиків;
- беруть участь у розробці та реалізації державної програми щодо боротьби з незаконним обігом наркотиків, а також сприяють і надають практичну допомогу у реалізації міжнародних програм щодо протидії наркобізнесу;
- проводять активні заходи на каналах незаконного обігу наркотиків щодо злочинців-іноземців;
- забезпечують власну безпеку підрозділів, що вирішують завдання боротьби з незаконним обігом наркотиків, шляхом протидії спробам проникнення в оперативний і кадровий апарат правоохоронних структур.

Загальна профілактика незаконного обігу наркотиків працівниками ОВС потребує ретельного аналізу оперативної ситуації на території обслуговування (адміністративна ділянка, район, область), пов'язаної з нелегальним обігом наркотиків та їх немедичним вживанням. Необхідно вивчати причини й умови, що сприяють порушенню антинаркотичного законодавства, а також осіб, які його порушують, і наслідки таких дій. Основним завданням загальної профілактики є усунення зазначених причин і умов або принаймні часткове перешкоджання їх негативного впливу на ситуацію.

Серед профілактичних заходів важливе місце займає роз'яснювальна робота серед населення про велику шкоду, яку завдає немедичне вживання наркотиків, необхідність дотримання антинаркотичного законодавства і правові наслідки його порушення.

У трудових колективах і за місцем проживання населення потрібно інформувати про стан оперативної обстановки у зазначеному напрямі, приводити конкретні її причини.

Особливу увагу слід приділяти роботі з батьками, які мають дітей-підлітків і юнаків, роз'яснюючи їм характерні ознаки вживання наркотиків (сліди уколів на тілі, наявність на ньому характерних малюнків або татувань, поява шприців, бинтів, хімічного посуду, різке схуднення, характерний блиск очей, постійне ковтання слини, брехливість, поява великих боргів тощо). У разі виявлення у дітей таких ознак батьки повинні негайно звертатися за допомогою до медичних установ і міліції.

Систематично в місцях збуту і вживання наркотиків (як у приміщеннях, так і навколо них) міліція разом з громадськістю повинна проводити рейди з метою встановлення і припинення таких дій, застосовувати профілактичні заходи або заходи правового при-мусу.

До антинаркотичної пропаганди треба широко залучати електронні й друковані засоби масової інформації, де разом з порушенням питань наркоманії професійними журналістами повинні постійно виступати медичні працівники, працівники міліції, прокуратури, педагоги. Лекції, бесіди, виступи, статті мають бути ретельно підготовлені, максимально враховувати аудиторію або читачів. Вони повинні бути спрямовані на розвінчування вживання наркотиків як нібито незвичайного заняття для вибраних, розповідати про конкретні трагедії (уникаючи вказівок на прізвища) без нальоту сенсаційності.

В усіх без винятку заходах загальної профілактики наркоманії активну участь повинні брати представники громадськості, мікрорайону, батьківського активу.

Особливо тісно повинні взаємодіяти органи внутрішніх справ і охорони здоров'я через спільні виступи перед населенням і в засобах масової інформації; обстеження у наркологів осіб, які підозрюються у вживанні наркотиків; індивідуально-профілактичну роботу з хворими після їх лікування і з особами, які перебувають на профілактичному лікуванні⁶⁹.

Величезну роль у загальній профілактиці наркоманії можуть відігравати й засоби масової інформації, які у значній мірі формують суспільну думку. На жаль, соціальна реклама в Україні, на відміну від західних країн, дотепер рідкість. Тільки останнім часом влада й засоби масової інформації стали використовувати ролики, присвячені антинаркотичній пропаганді.

Механізм організації роботи органів внутрішніх справ щодо загальної профілактики злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків, складається з надання інформації в органи державної влади, різні відомства, громадські організації; обстеження, перевірок, рейдів і інших масових заходів щодо усунення негативних явищ у сфері економіки, культури й побуту; право-виховної роботи; спільної участі з іншими структурами правоохоронних органів, наукових і культурно-виховних установ; застосування правових форм впливу на осіб, що сприяють злочинам, усуненні причин і умов, що сприяють злочинам; право виховного впливу засобів масової інформації, насамперед спеціальних передач телебачення «Людина і закон», «Кримінальна хроніка», «Свідок», «Надзвичайні новини», «Чорний квадрат», «Ситуація» тощо.

На виконання вимог Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011 – 2015 рр., метою якої є визначення шляхів та пріори-

⁶⁹ Александров Ю.В., Гель А.П., Семаков Г.С. Криминология: курс лекцій. – К.: МАУП, 2002. – С.

тетів державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, зміцнення здоров'я нації, а також зменшення негативних соціальних, економічних та інших наслідків, пов'язаних з вживанням наркотичних засобів та психотропних речовин на МБС України покладені наступні завдання⁷⁰:

- проводити: а) моніторинг незаконного вживання наркотичних засобів та психотропних речовин; б) аналіз наявної інформації про наміри зарубіжних кримінальних структур створити стійкі канали транзитного переміщення через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів з країн Центральної, Південно-Західної, Південно-Східної Азії та Латинської Америки, а також комерційних структур, діяльність яких викликає підозру в їх причетності до легалізації (відмивання) коштів, отриманих від наркобізнесу; заходи щодо запобігання транснаціональній наркозлочинності; в) дослідження криміналістичних аспектів виявлення та розкриття злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; г) дослідження рівня латентності незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин та пов'язаної з наркоманією злочинності, визначення можливих шляхів його зниження; д) визначення обсягів витрат, пов'язаних з процесуальними діями та оперативно-розшуковою діяльністю правоохоронних органів у сфері боротьби з наркозлочинністю;

- підготовка кадрів за спеціалізацією «боротьба з незаконним обігом наркотиків», за державним замовленням у межах визначеної чисельності у відомчих навчальних закладах;

- організація у рамках існуючих міжнародних угод щодо співробітництва у сфері боротьби з наркозлочинністю навчання та підвищення кваліфікації працівників правоохоронних органів на базі відповідних відомств зарубіжних країн з метою удосконалення професійних навичок та обміну досвідом протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

- продовження з урахуванням міжнародного досвіду у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів та психотропних речовин роботи з реформування правоохоронної системи України і приведення її у відповідність із світовими стандартами, забезпечити інтегрування служб, що здійснюють протидію наркобізнесу, до відповідних міжнародних організацій;

- здійснення щорічних комплексних операцій з метою виявлення джерел і перекриття каналів надходження у незаконний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів з хіміко-фармацевтичних підприємств, аптечних закладів, інших місць їх виробництва, зберігання і реалізації;

- здійснення перекриття на ділянках державного кордону з Росією, Білоруссю та Молдовою каналів надходження в Україну наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів шляхом систематичного проведення міждержавних операцій «Канал» та опрацювання питання щодо можливості їх проведення з іншими суміжними зарубіжними країнами;

- проведення щорічної оперативно-профілактичної операції «Мак» з метою виявлення і знищення незаконних посівів маку та конопель, недопущення незаконного отримання наркосировини. У разі виявлення фактів надходження наркосировини у неза-

⁷⁰ Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011 – 2015 роки, затверджена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13.09.2010 року №1808-р.

конний обіг вжиття заходів щодо позбавлення сільськогосподарських підприємств, які не забезпечили належної охорони їх посівів, ліцензій на право культивування наркотикомісних культур;

- у взаємодії із спецслужбами зарубіжних країн в установленому порядку організовувати проведення комплексу заходів для викриття і ліквідації каналів контрабандного надходження в Україну наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та проведення їх міжнародних контрольованих поставок, розблокування наркогруп з міжнародними зв'язками, знешкодження підпільних нарколабораторій, усунення умов, що сприяють їх виникненню. Здійснення аналізу наявних шляхів незаконного переміщення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів через державний кордон, розробка методики їх виявлення та вилучення. Забезпечення обміну із спецслужбами зарубіжних країн інформацією щодо суб'єктів підприємницької діяльності, які беруть участь у міжнародних операціях з контрольованими речовинами;

- проведення у навчально-виховних закладах регулярні оперативно-профілактичні заходи з метою запобігання проникненню до них наркотичних засобів і психотропних речовин та поширенню їх серед школярів і студентів;

- щоквартальне проведення перевірок у розважальних закладах та місцях проведення дозвілля (кафе, дискотеки, нічні клуби тощо) з метою припинення діяльності тих, де виявлено факти торгівлі або вживання наркотичних засобів чи психотропних речовин;

- розширення співробітництва з міжнародними організаціями, створеними з метою протидії поширенню наркоманії та наркобізнесу, шляхом участі у виконанні програм боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів і психотропних речовин, легалізацією (відмиванням) грошей, отриманих від діяльності, пов'язаної з наркобізнесом;

- підтримка на постійній основі контактів з правоохоронними органами і спецслужбами зарубіжних країн з питань протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а також участь у міжнародних семінарах-нарадах, конференціях тощо;

- участь у формуванні інституту офіцерів зв'язку з питань боротьби з організованою та наркозлочинністю при дипломатичних представництвах України за кордоном у країнах, які є постачальниками наркотичних засобів та психотропних речовин або через території яких пролягли злочинні канали перевезення наркотиків, з метою зміцнення співробітництва у сфері боротьби з наркобізнесом;

- активізація співробітництва (у сфері правоохоронної діяльності) з державами - учасницями ЄС, СНД, ГУУВМ у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у рамках відповідних багатосторонніх та двосторонніх договорів;

- вивчення і впровадження зарубіжного досвіду з питань запобігання поширенню наркоманії та боротьби з наркобізнесом, а також забезпечення участі представників України у міжнародних семінарах, наукових конференціях тощо;

- вивчення можливості залучення фінансової допомоги з боку європейських та світових урядових і неурядових міжнародних організацій та спеціальних установ з метою створення в Україні об'єднаної бази даних «Наркобізнес».

Крім того, з метою комплексного використання можливостей і засобів щодо протидії розповсюдженню наркотиків і наркоманії, забезпечується підпорядкованість та належна взаємодія всіх суб'єктів антинаркотичної діяльності, здійснюється розробка і реалізація міжвідомчих планів, які розробляються з урахуванням державних програм.

Співробітниками органів внутрішніх справ проводяться регулярні наради за участю представників Служби безпеки України, Міністерства юстиції України, Прикордонної служби України, Державної митної служби, тощо. На даних нарадах розглядалися питання обміну наявною оперативною інформацією та організації взаємодії при проведенні комплексу спільних заходів відносно організованих груп і злочинних угруповань, що спеціалізуються на незаконному обігу наркотиків.

Органами внутрішніх справ, з метою запобігання втягування у вживання наркотиків громадян, залучаються громадські та релігійні організації, засоби масової інформації тощо. По країні проводяться звичайно за допомогою громадськості ряд антинаркотичних акцій та реалізується ціла низка регіональних програм, що пропагують здоровий спосіб життя.

4.1.1. Задачі комплексних профілактичних відпрацювань

Типові комплексні профілактичні відпрацювання, спрямовані на протидію незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, проводяться за окремими планами, у необхідних випадках на підставі міжнародних договорів та зобов'язань України за вказівкою керівництва МВС України або ГУМВС, УМВС, УМВСТ. У проведенні цих комплексних операцій беруть участь у межах своєї компетенції усі структурні підрозділи органів внутрішніх справ України.

А) Попередження правопорушень, пов'язаних із незаконним обігом наркотиків.

Попередження правопорушень, пов'язаних із незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів полягає у здійсненні комплексу оперативно-розшукових та інших заходів з метою недопущення доведення до кінця злочинного умислу та припинення зазначеної категорії правопорушень на стадії підготовки.

Попередження правопорушень, пов'язаних із незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, здійснюється всіма структурними підрозділами органів внутрішніх справ України відповідно до їх компетенції. Провідну роль у цьому відіграють оперативні підрозділи органів внутрішніх справ України, насамперед підрозділи БНОН.

Складовими елементами діяльності органів внутрішніх справ України з попередження таких правопорушень є такі заходи:

- виявлення осіб, які здійснюють незаконне культивування нарковмісних рослин на присадибних та інших земельних ділянках з метою реалізації сировини чи готових наркотичних засобів та незаконних посівів;
- виявлення місць, призначених для незаконного вживання, виробництва чи виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, а також осіб, що їх організовують або утримують;
- виявлення осіб, які схилиють до вживання наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, насамперед неповнолітніх;
- виявлення груп та окремих осіб, причетних до незаконних операцій у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів;
- поставлення виявлених осіб та угруповань на оперативний облік, заведення відносно них оперативно-розшукових справ відповідної категорії і проведення оперативно-розшукових заходів з метою припинення злочинної діяльності на стадії підготовки до вчинення злочину;
- виявлення причин та умов, що сприяють незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, та вжиття відповідних заходів до їх усунення.

Злочинна діяльність у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів вважається попередженою, якщо в результаті вжитих заходів її учасники повністю добровільно відмовилися від продовження такої діяльності або були притягнуті до кримінальної відповідальності під час підготовки до вчинення злочину у вказаній сфері.

Виявлення осіб, причетних до незаконного обігу наркотичних

засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, - це комплекс оперативно-розшукових та інших заходів, спрямованих на збір, узагальнення та аналіз наявної кримінологічної інформації з метою встановлення можливих напрямків та сфер їх

діяльності, повних анкетних даних та зв'язків таких осіб, а також конкретних фактів злочинної діяльності.

Виявлення таких осіб можливе за наслідками їх діяльності у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, а саме:

- надходження до незаконного обігу нетрадиційних для даного регіону або нових синтетичних наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів;

- надходження до незаконного обігу наркотичних або психотропних лікарських засобів;

- наявність інформації щодо формування стійких груп, особливо з числа неповнолітніх, навколо осіб, що мають доступ до джерел чи каналів надходження наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів;

- наявність інформації щодо формування стійких груп із числа осіб, раніше судимих за незаконний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів;

- наявність інформації про частий виїзд осіб, що становлять оперативний інтерес для органів внутрішніх справ України, до регіонів культивування снодійного маку та конопель;

- розповсюдженість незаконних посівів нарковмісних рослин.

Зазначену інформацію можна отримати як у результаті здійснення адміністративної, оперативно-розшукової, кримінально-процесуальної діяльності, роботи з негласним апаратом, так і від гласних джерел інформації, а саме публікацій у засобах масової інформації, повідомлень державних органів влади, органів місцевого самоврядування, громадських організацій тощо.

На основі аналізу отриманої інформації визначаються пріоритетні напрямки проведення оперативно-розшукових та інших заходів для встановлення конкретних осіб, причетних до незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів.

Для сільських районів характерними напрямками пошуку є встановлення осіб, які займаються незаконним культивуванням маку та конопель. Такий пошук проводиться із застосуванням оперативно-розшукових заходів, а також за допомогою повідомлень негласного апарату із залученням органів місцевої влади, громадськості, шляхом проведення спільних підвірних обходів.

Для великих міст характерним є вторинний збут наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів. У містах оперативно-розшукові заходи необхідно проводити серед таких категорій осіб:

- споживачів наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, які не користуються послугами збувачів зазначених речовин. При цьому вони досить часто об'єднуються у стійкі групи, що займаються самостійною заготівлею наркотичної сировини шляхом її розкрадання з легальних посівів нарковмісних рослин, земельних ділянок громадян, збиранням пожнивних залишків чи дикорослих нарковмісних рослин, а також їх закупівлею у жителів сільських регіонів;

- споживачів наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів, які самостійно виготовляють зазначені речовини з інших хімічних речовин або із лікарських засобів;

- працівників хімічної промисловості, які мають доступ до реактивів та прекурсорів, необхідних для виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів;

- медичного персоналу, який має доступ до наркотичних засобів та психотропних речовин;

- споживачів наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, які закупають у наркаторговців готові для вживання речовини, при цьому наркоспоживачі практично завжди втягуються в роздрібну торгівлю зазначеними речовинами та схилиються до їх вживання інших осіб;

- повій, значна кількість яких зловживають наркотичними засобами, психотропними речовинами або їх аналогами та займаються проституцією лише з метою отримання коштів для їх придбання;

- осіб, раніше судимих за вчинення злочинів у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, чи осіб, які раніше зловживали наркотичними засобами, психотропними речовинами або їх аналогами та мають зв'язки в кримінальному середовищі.

Цільова оперативно-профілактична операція «Мак» – комплекс оперативно-розшукових та профілактичних заходів, що здійснюють органи та підрозділи внутрішніх справ за відповідним планом і спрямовані на посилення протидії правопорушенням, пов'язаних з незаконним обігом наркотичних засобів. Проводиться в два етапи: перший – лютий – квітень; другий – травень – червень під час висівання та масової заготівлі наркотиковмісної сировини та її транспортування до споживачів і спрямована на виявлення та знищення незаконних посівів наркотиковмісних рослин, попередження та припинення розкрадань, незаконної заготівлі наркотичної сировини. До участі в операції залучаються всі служби й підрозділи органів внутрішніх справ, які виявляють незаконні посіви нарковмісних рослин, знищують їх, блокують доступ заготівельників, виявляють збувачів та перевізників і ін.

З метою попередження та припинення незаконного культивування снодійного маку та конопель органи внутрішніх справ України можуть вживати такі заходи:

- спільно з органами місцевого самоврядування та суб'єктами господарювання, діяльність яких пов'язана з культивуванням нарковмісних рослин, перед виділенням земельних ділянок, призначених для культивування зазначених рослин, розробляють режимні заходи, які передбачають:

- розташування таких ділянок на значній відстані від шляхів загального користування;

- відсутність поблизу посівів інших високорослих культур, лісонасаджень, які можуть бути використані злочинцями для маскування;

- забезпечення в установленому порядку охорони таких посівів та визначення відповідальних за охорону посадкових осіб;

- створення спеціальних добровільних формувань, навчання їх методів виявлення та способів затримання осіб, які вчиняють розкрадання нарковмісних рослин.

- проводять роз'яснювальні бесіди серед сільських жителів щодо недопущення культивування на присадибних та інших земельних ділянках нарковмісних рослин, правових наслідках таких дій.

- протягом літньо-осіннього сезону здійснюють заходи щодо виявлення та ліквідації незаконних посівів маку та конопель, а також дикорослих нарковмісних рослин, попередження заготівлі, вивозу чи ввозу наркотичної сировини;

- здійснюють контроль за станом охорони легальних посівів нарковмісних рослин у період їх цвітіння та визрівання, місць зберігання і переробки сировини, знищенням поживних залишків та відходів виробництва, які містять наркотичну речовину. Згід-

но з чинним законодавством вживають заходи реагування до посадових осіб, які не забезпечили виконання відповідних правил.

Цільова оперативно-профілактична операція «Генофонд» – комплекс оперативно-розшукових та профілактичних заходів, що здійснюють органи та підрозділи внутрішніх справ за відповідним планом і спрямовані на недопущення розповсюдження наркотичних засобів та психотропних речовин у навчальних закладах та прилеглий до них території.

Сутність такого відпрацювання полягає у здійсненні оперативно-профілактичних заходів у навчальних закладах, місцях компактного проживання студентської молоді та на прилеглий до них території з метою виявлення та припинення фактів незаконного обігу наркотиків, а також ліквідації наркотичних осередків, які знаходяться поблизу таких закладів.

Одночасно з оперативно-розшуковою роботою працівниками міліції перевіряється прилегла до навчальних закладів територія, а також місця скупчення підлітків і молоді. У ході такого обстеження житлового сектору, підвалів, сходових тупиків установлюються факти готування, зберігання і збуту наркотиків, вдається встановити «кубла» для вживання наркотиків, осіб, що страждають наркотичною залежністю та надають житлові приміщення для студентства.

Цільова оперативно-профілактична операція «Батискаф» – комплекс оперативно-розшукових та профілактичних заходів, що здійснюють органи та підрозділи внутрішніх справ за відповідним планом і спрямовані на недопущення витоку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів з місць їх легального обігу.

З метою виявлення джерел і перекриття каналів нелегального вступу наркотиків щорічно проводиться оперативно-профілактичне відпрацювання об'єктів, де здійснюється господарська діяльність, пов'язана з обігом наркотиків (аптеки, хімфармпідприємства, медичні склади, інші місця виготовлення, зберігання й реалізації лікарських препаратів, що містять наркотики та прекурсори).

Метою такого оперативно-профілактичного відпрацювання є виявлення та перекриття каналів надходження у незаконний обіг нарковмісних лікарських препаратів, прекурсорів; виявлення фактів розкрадань наркотичних засобів, психотропних і сильнодіючих речовин у процесі виготовлення, зберігання, транспортування й реалізації, що вчинені особами, що мають до них доступ у зв'язку з службовою діяльністю, а також підробки медичних рецептів й інших документів на одержання наркотичних засобів особами, до цього не причетними. Проведення перевірок об'єктів, де здійснюється легальний обіг наркотиків здійснюються лише в рамках відкритого кримінального провадження, а за його відсутності тільки спільно з представниками Державної служби України з контролю за наркотиками.

Міжвідомча міжнародна оперативно-профілактична операція «Канал» проводиться на кордонах України у співпраці із зарубіжними правоохоронними органами з метою запобігання контрабандному переміщенню наркотиків. Зі сторони нашої держави до операції залучаються органи служби безпеки, прикордонної і митної служб.

4.2. Заходи ОВС щодо індивідуальної профілактики незаконного обігу наркотиків

Основними цілями індивідуальної профілактики злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків, що здійснюється співробітниками органів внутрішніх справ, є усі можливі заходи, які змусили б відповідних осіб, відмовитися від немедичного вживання наркотиків, від здійснення ними злочинів, що замислюються, плануються. Для досягнення поставлених цілей працівник органів внутрішніх справ застосовує весь арсенал наявних у його розпорядженні сил, засобів, прийомів, використовує гласний і негласний методи.

У цілому така діяльність органів внутрішніх справ реалізується в наступних напрямках:

1. Індивідуальна профілактика незаконної пропозиції. Здійснюється щодо осіб, схильних до вчинення незаконних дій з наркотиками.

2. Індивідуальна профілактика щодо скороченню попиту на наркотики (зловживання наркотичними засобами). Здійснюється щодо осіб, які зловживають наркотиками, і груп ризику шляхом проведення виховних, правових, медичних й інших заходів, що спонукають їх відмовитись від уживання наркотиків, та повернутись до здорового способу життя.

3. Індивідуальна (рання) профілактика щодо виявлення осіб, що зловживають наркотиками та входять до групи підвищеного ризику. Здійснюється у процесі повсякденної роботи оперативно-службової діяльності співробітниками органів внутрішніх справ (профілактичної, оперативно-розшукової, слідчої, адміністративної) і спрямована насамперед на осіб, раніше засуджених, соціально невлаштованих, з обтяжуючою спадковістю (страждають на психічні захворювання), робітників мережі аптек і хімфармпідприємств, неповнолітніх з неблагополучних родин тощо.

4. Індивідуальна профілактика щодо сприяння процесу лікування осіб, які страждають наркотичною залежністю. Здійснюється, як правило, разом з медичними установами.

5. Індивідуальна профілактика щодо сприяння процесу реабілітації осіб, схильних до вживання наркотиків. Зокрема, надання допомоги у забезпеченні повної ізоляції особи від подальшого спілкування зі звичним колом громадян, неформальною групою споживачів наркотиків.

6. Індивідуальна профілактика щодо усунення обставин (детермінант), що призвели до вживання наркотиків. Здійснюється за допомогою психологів, родичів, позитивних друзів, волонтерів шляхом установлення твердого контролю над поведінкою особи у родині, побуті, за місцем роботи або навчання, сферою дозвілля.

7. Індивідуальна профілактика як здійснення спостереження за поведінкою і способом життя осіб, що зловживають наркотиками. Здійснюється співробітниками органів внутрішніх справ постійно з використанням як гласних, так і негласних методів збору інформації про дану особу.

Виявлення осіб зазначеної категорії та вживання заходів щодо поставлення їх на профілактичний облік є обов'язком усіх структурних підрозділів органів внутрішніх справ України відповідно до їх компетенції. Такі заходи здійснюються у процесі повсякденної профілактичної, адміністративної, оперативно-розшукової діяльності органів внутрішніх справ України, вони повинні бути цілеспрямованими, своєчасними та максимально повними.

За наявності достатніх підстав зазначені особи беруться на профілактичний облік, і з ними проводять індивідуально-профілактичну роботу працівники служби боротьби з незаконним обігом наркотиків (або карного розшуку), дільничні інспектори міліції, працівники кримінальної міліції у справах дітей.

Роботу з особами, які перебувають на профілактичному обліку, необхідно проводити диференційовано з урахуванням їх позитивних і негативних якостей. При цьому методи переконання і виховання слід поєднувати з медичним, правовим і соціальним впливом.

Профілактична робота з особами зазначеної категорії проводиться індивідуально, враховуючи їх особистісні позитивні та негативні риси характеру, життєвий досвід, поведінку за час перебування на обліку та інші обставини, що мають значення для справи. При цьому заходи виховання та переконання повинні поєднуватися із заходами правового та соціального впливу.

Заходи індивідуальної профілактики наркотизму повинні здійснюватися плановірно, активно та наступально, з використанням усіх наявних сил і засобів, зокрема, з широким залученням громадськості, та мати за мету формування в осіб, відносно яких вони проводяться, негативного ставлення до зловживання наркотичними засобами, психотропними речовинами, їх аналогами та прекурсорами.

Особлива увага повинна приділятися особам, які допускають епізодичне немедичне вживання наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та у яких ще не сформувалася фізична та психічна залежність від їх уживання. Відносно осіб із встановленим діагнозом «наркоманія» заходи профілактичного впливу повинні проводитися, як правило, після проходження ними відповідного курсу лікування.

Проведення індивідуально-профілактичної роботи передбачає не тільки здійснення нагляду за поведінкою і способом життя особи, відносно якої проводиться профілактика, а також вживання попереджувальних заходів реагування щодо родичів та знайомих таких осіб, які справляють на них негативний вплив чи підбурюють до зловживання наркотичними засобами, психотропними речовинами, їх аналогами або прекурсорами.

Індивідуальна профілактика наркоманії в середовищі неповнолітніх покладається на кримінальну міліцію у справах неповнолітніх. Організація цієї роботи базується на положеннях, що зазначені вище, але з урахуванням особливостей поведінки та психіки підлітків.

Складовою частиною державної профілактичної діяльності, пов'язаної з незаконним обігом наркотиків, є цілеспрямована діяльність служб і підрозділів органів внутрішніх справ, що полягає у: здійсненні заходів, спрямованих на виявлення, нейтралізацію та усунення причин і умов, що сприяють вчиненню злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків; забезпеченні оперативно-профілактичного спостереження за особами, схильними до вчинення таких злочинів; здійсненні контролю над процесом законного виробництва, зберігання, транспортування, реалізації й використання наркотиків.

У поле зору індивідуально-профілактичного впливу органів внутрішніх справ потрапляють наступні категорії громадян:

- звільнені з місць позбавлення волі, щодо яких установлені обмеження відповідно до Закону України «Про адміністративний нагляд за особами, звільненими з місць позбавлення волі»;

- засуджені до заходів покарання, що непов'язані з позбавленням волі;
- звільнені від кримінальної відповідальності з nereабілітуючих обставин;
- які допускають правопорушення у сфері сімейно-побутових відносин;
- хронічні алкоголіки та наркозалежні особи, а також особи, що допускають вживання наркотичних і психотропних речовин без призначення лікаря;
- психічно хворі особи, що представляють безпосередню небезпеку для себе та навколишніх і перебувають на обліку в установах охорони здоров'я;
- неповнолітні правопорушники, що підлягають або перебувають на обліках у службах у справах дітей або кримінальній міліції у справах дітей МВС України.

Для здійснення всіх форм успішної індивідуальної профілактики співробітники міліції ведуть пошук осіб, які схильні до вчинення злочинів, пов'язаних з наркотиками, або які вживають наркопрепарати без призначення лікаря, серед осіб раніше засуджених, маргінальних верств населення, проституток, етнічних діаспор (угруповань), що займаються торгівлею на ринках, водіїв автотранспорту, які часто виїжджають в інші регіони, провідників на залізничному транспорті, медичних працівників, службовців хімфармпідприємств тощо.

Рівень поінформованості співробітників органів внутрішніх справ про правопорушників багато в чому залежить від особистого контакту і взаємодії з адміністрацією підприємств, житлових організацій, навчальних закладів, культурних установ, активом громадськості. Виявленню таких осіб сприяє внутрішня інформація (обліки, скарги й заяви, матеріали про адміністративні правопорушення тощо). Крім того, ефективною формою виявлення таких осіб, особливо в умовах міст, транспортних вузлів, є проведення комплексних спеціалізованих операцій і рейдів, здійснення особистого пошуку, обмін інформацією між органами внутрішніх справ.

Потреба в інформації, що характеризує правопорушників, виникає у процесі профілактичного впливу на них. При цьому проводиться збір, систематизація й глибоке, всебічне вивчення індивідуальних особливостей особистості правопорушника і умов його життєдіяльності. Вивчення таких осіб ведеться безупинно, починаючи відтоді, коли про них стало відомо працівникам міліції, і до припинення профілактичного впливу. На первісному етапі вивчення правопорушників має на меті дати об'єктивну оцінку їх можливої поведінки у майбутньому, тобто має прогностичне значення. Відповідно основну увагу у цей період необхідно приділяти одержанню даних, що характеризують негативні моральні властивості особи, несприятливі умови у родині, трудовому колективі, в інших сферах.

У подальшому повинно проводитись поглиблене вивчення особи правопорушника, його поведінка, умов життєдіяльності у минулому і сьогоденні, перевірка, уточнення та доповнення раніше отриманих відомостей. Запланована програма виправлення правопорушника повинна стати комплексною, заснованою на максимальному обліку позитивних і негативних властивостей і психологічних якостей особи, умов її життєдіяльності, позитивних і негативних впливів на неї, особливостей дії криміногенних факторів у ситуації, що склалася.

Для цього працівники міліції проводять бесіди із правопорушником, членами його родини, родичами, сусідами, позаштатними співробітниками міліції й іншими особами, а також представниками громадськості за місцем проживання і роботи, адміністрацією підприємства, житлових органів, що знають його. Вивченню підлягає вирок суду, матеріали про відмову в порушенні кримінальної справи або її припиненні з nereабілітуючих обставин, про адміністративні та інші правопорушення, а також

інші документи щодо даного правопорушення. Щодо засуджених, при необхідності, запитується відомості з місць позбавлення волі, інших установ і організацій, характеристики та довідки з місця роботи і проживання.

У межах своєї компетенції на підставі і в порядку, передбачених законом, співробітники міліції безпосередньо вживають адміністративно-правові заходи примусу, що відіграють певну роль у профілактиці злочинів. Караюча функція цих заходів сама по собі має певне виховно-профілактичне значення. Примус повинний супроводжуватися обґрунтуванням його справедливості, роз'ясненням того, що він є природним наслідком вчиненого⁷¹.

Таким чином, індивідуальна профілактична робота триває до виправлення особи, припинення з її боку порушень громадського порядку, відмови від злочинних намірів, що повинне бути підтверджене об'єктивними даними, що позитивно характеризують його поведінку. Підстави й порядок зняття особи, що профілакується, з відповідних обліків регламентуються нормативними актами МВС України.

Проведення профілактичних заходів триває до повної впевненості у тому, що особи, які готують вчинення злочинів, остаточно відмовилися від їх вчинення, що повинне бути підтверджене сукупністю вірогідно встановлених даних. Якщо особи, що профілакуються, не відмовляються від своїх злочинних намірів і продовжують підготовку до їх реалізації, а у вчиненому є склад злочину, то у встановленому законом порядку вирішується питання про притягнення таких осіб до кримінальної відповідальності.

Безпосередній вплив на таких осіб може бути як зашифрованим, так і безпосереднім. Так, наприклад, особа, яка перевіряється, відвідується за місцем проживання, роботи, навчання, проведення дозвілля. У ході бесіди з такою людиною з'ясовуються її настрої, плани, зв'язки, доводиться правова інформація, здійснюється вплив на неї через родичів, друзів, колег, сусідів тощо. Методи переконання і виховання осіб, що профілакуються, повинні співпадати з методами медичного, правового та соціального впливу.

Чинним законодавством України⁷² немедичне вживання наркотичних засобів або психотропних речовин без призначення лікаря (наркоманія як явище) не розглядається як злочин чи адміністративне правопорушення. Кримінально-караними є лише дії, пов'язані з публічним або груповим незаконним вживанням наркотичних засобів у місцях, що призначені для проведення навчальних, спортивних і культурних заходів, та в інших місцях масового перебування громадян.

Під дію як адміністративно-деліктного, так і кримінально-правової заборони потрапляють незаконні дії з наркотичними засобами, психотропними речовинами та прекурсорами. Тому надзвичайно важливо знати співробітникам міліції взаємозв'язок і взаємозалежність між адміністративним правопорушенням та злочином, які вчиняються у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. Це дозволить розробити комплекс дієвих заходів, які будуть запроваджені до і після вчинення адміністративного правопорушення, що зменшить кількість злочинів у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів.

Аналізуючи статистичні дані МВС України, необхідно відзначити, що переважна

⁷¹ Запобігання злочинам і адміністративним правопорушенням органами внутрішніх справ: підручник для студентів вузів, що навчаються за спеціальністю «Юриспруденція» і «Правоохоронна діяльність» / під ред. В.Я. Кікотя, С.Я. Лебедева. – М.: ЮНІТІ-ДА-НА, 2009. – С. 366-369.

⁷² Кримінальний кодекс України від 5 квітня 2001 року (із змінами та доповненнями) // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – №25–26. – Ст. 131.; Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07 грудня 1984 р. (із змінами та доповненнями на сьогоднішній час) // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1984. – Додаток до № 51. – Ст. 1122.

більшість наркоспоживачів не притягувалась до адміністративної відповідальності за незаконні дії з наркотичними засобами, психотропними речовинами та прекурсорами, що вказує на низький рівень роботи співробітників правоохоронних органів, які здійснюють протидію цьому явищу адміністративно-правовими заходами. Аналіз результатів опитування працівників міліції дозволяє зробити висновок про те, що особи, які раніше піддавалися заходам адміністративно-правового впливу, усвідомлюють протиправність своїх дій та вважають за необхідне утриматись від вчинення у подальшому злочинів. Абсолютна більшість (59,2%) вважає, що кращим засобом на шляху зниження рівня злочинів у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів є застосування повною мірою заходів адміністративного впливу на осіб, які вчиняють злочини вказаної категорії. Проведене опитування співробітників міліції, які здійснюють протидію незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, засвідчило, що абсолютна більшість опитуваних висловилися про значущість і результативність заходів адміністративно-правового характеру в боротьбі з даним видом правопорушення.

Таким чином, для протидії поширенню незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів особливе значення має профілактична діяльність правоохоронних органів, які повинні своєчасно і повно не тільки виявляти, але і усувати детермінанти протиправних діянь, передусім заходами адміністративно-правового впливу, оскільки саме взаємодія причин і умов приводить до негативного результату – вчиненню злочину.

Про які б конкретизовані об'єкти впливу на йшлося (чи про профілактику злочинів, які вчиняються наркозалежними особами, чи про профілактику злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків), завжди мається на увазі робота з конкретними особами, їх оточенням. В результаті профілактичний вплив полягає у тому, щоб, з одного боку, перешкодити вчиненню злочину на ґрунті наркоманії, а з іншого – припинити вплив наркоманії на поведінку даної особи. У будь-якому випадку, коли йдеться про злочини на ґрунті наркоманії, основною дійовою особою є наркозалежна особа або наркоділок. Звичайно, є принципова відмінність у профілактичному впливі на наркозалежних осіб і тих, хто займається незаконним обігом наркотиків. Це і підставу створює підстави для узгодженої профілактичної роботи у двох напрямках з урахуванням специфіки кожного з них. Крім того, представники кожної групи (наркозалежні особи і наркоділки) виступають об'єктами профілактичного впливу в різних «ролях» і якостях: дорослі і неповнолітні, раніше засуджені і не засуджені, бродяги і безпритульні, повії і т.д. Вони не представляють собою єдиний і однозначний об'єкт, отже, профілактика орієнтована на безліч об'єктів, хоча і схожих. Їх об'єднує лише одне – зв'язок з наркоманією. В основному ж це суворі індивідуальності.

На рівні конкретної особистості профілактичний вплив здійснюється індивідуалізовано. Тому й профілактика називається індивідуальною. Вона спрямована не тільки на те, щоб попередити злочин, а й на те, що б «вивести» особистість з небезпечного для неї оточення, щоб «відірвати» її від пристрасті до алкоголю, наркоманії і т.ін. Об'єктом індивідуальної профілактики є поведінка або пряме порушення норм моралі, правил співжиття, що засвідчує перехід до злочинної поведінки.

Об'єктом індивідуальної профілактики є поведінка, відхинена від норм. Коли йдеться [у зв'язку з особистістю] про профілактичний вплив на конкретне соціальне середовище, то мається на увазі оточення, яке потворно деформує особистість, калічить її як соціальний індивід. Зрозуміло, що у контексті проблеми наркотиків не мож-

на відривати один від одного особистість і її навколишнє середовище Але в центрі уваги завжди знаходиться передусім особистість.

У практичній діяльності часто виникає питання про те, коли, на якій стадії потрібно починати антинаркотичні індивідуальні профілактичні заходи. Зазвичай важко однозначно відповісти на це питання. Разом з тим, вважається, що профілактичні заходи щодо особистості треба починати з самого початку її формування, враховуючи, що спрямованість поведінки формується вже з 10-річного віку. При цьому необхідно зазначити, що, все очевидно, це буде не профілактика злочинів, а профілактика антигромадської поведінки (куріння, залучення до спиртних напоїв, вживання наркотиків і т.ін.).

Сигналом для початку індивідуальних профілактичних заходів може бути будь-який контакт особи зі сферою наркоманії. Рання профілактика може мати місце в двох випадках: коли негативні явища знаходяться в зародковому стані і коли такі явища ще не мають місця, але існує реальна можливість їх виникнення. Тут важливий сам факт – можливість появи (виникнення) антигромадської поведінки, так чи інакше пов'язаної з наркоманією, а коли така можливість реально існує, потрібна рання профілактика.

Тобто профілактику наркоманії і злочинів, які вчиняються на її ґрунті, треба починати тоді, коли вперше в цьому з'являється необхідність. Основне завдання ранньої профілактики – це попередження самої можливості деформації особистості, причини виникнення у структурі особистості негативних властивостей, пов'язаних з наркоманією.

Рання профілактика наркоманії полягає саме в тому, щоб попередити будь-яку причетність до наркотиків в самому «зародку» відповідного прагнення, не допустити дій, пов'язаних з придбанням та зберіганням наркотиків, припинити будь-яку можливість появи задуму спробувати наркотик. Тому в такому процесі формування особистості потрібна суворая система послідовних заходів, які б впливали на людину з перших її кроків – з дитячого садка і протягом всього її активного життя.

Щоб запобігти впливу наркотиків на особу на ранній стадії прояви відповідних симптомів, необхідно з дитинства утримувати людину від схильності до них, виховуючи, навчаючи правилам поведінки. Особливу роль у цьому відіграють сім'я, школа, загальна і індивідуальна профілактика. Важливо виключити будь-який інтерес особи не тільки до наркотиків, але і до людей, які вживають наркотики.

Індивідуальна профілактика повинна спрямовуватись на конкретну людину, конкретну особистість. Для так званого особистісного рівня характерні особливі якості, зумовлені специфікою роботи з кожною конкретною людиною. Саме на цьому рівні конкретизуються всі практичні висновки, що стосуються поведінки особи. Отже, здійснюючи профілактику наркоманії та вчинених на її ґрунті злочинів, на перший план як об'єкт впливу повинна висуватись відповідна особа.

Індивідуальна профілактика наркоманії повинна здійснюватися щодо осіб, які зловживають наркотиками і у поведінці яких відсутні ознаки злочину, пов'язаного з наркотичними засобами, проте, виходячи з антигромадської поведінки цих осіб, є ймовірність вчинення ними такого злочину.

Індивідуальну профілактику треба починати з особою раніше, ніж вона починає зловживати наркотиками. Наркозалежні особи «прогресують» поступово і зазвичай це відбувається поетапно:

- нездоровий інтерес до наркотиків, їх виготовлення, споживання тощо (група від-

носного ризику);

- перебування в середовищі наркозалежних осіб, схвалення їх поведінки, разові прийоми наркотиків (група підвищеного ризику);
- вживання наркотиків більш-менш постійно, але без явних ознак наркоманії (група тих, хто зловживає наркотиками);
- формування хворобливої психічної й фізичної залежності від наркотиків (група хворих на наркоманію).

Очевидно, виявляти і починати ранню профілактику наркоманії треба вже з представниками групи відносного ризику, до речі, така профілактика є найдієвішою⁷³.

Здійснення індивідуально-профілактичних заходів передбачає:

- нагляд за поведінкою і способом життя особи, яка перебуває на профілактичному обліку, реагування на скоєння нею правопорушень та інших протиправних дій, пов'язаних з наркотиками;
- здійснення оперативно-профілактичних заходів щодо осіб з найближчого оточення особи, яка розглядається, що провокують її до вживання наркотиків та інших одурманюючих засобів або до скоєння правопорушень.

Так, дільничний інспектор міліції стосовно таких осіб виконує профілактичну роботу з метою сприяння сім'ям, трудовим колективам, громадським організаціям у їх перевиховуванні, переконанні в необхідності добровільного лікування, попереджує вчинення ними злочинів, намагається повернути їх до активної трудової діяльності; проводить бесіди за участю лікарів-наркологів, представників трудових колективів, громадськості, членів сімей, інших родичів і осіб, здатних вплинути на особу, яка розглядається; вносить пропозиції щодо обговорення поведінки цих осіб на засіданнях громадських об'єднань за місцем їх роботи і проживання, в яких бере безпосередню участь; оформлює матеріали для направлення на примусове лікування осіб, які ухиляються від добровільного лікування або продовжують вживати наркотичні речовини після проходження курсу лікування і при цьому порушують громадський порядок та права інших громадян.

Оперативно-розшукова профілактика своїми цілями і завданнями тісно пов'язана із загальною та індивідуальною профілактикою й здійснюється правоохоронними органами, що використовують специфічні заходи оперативного характеру.

Безумовно, усі ці види профілактики взаємозалежні й взаємообумовлені, тому що вони зводяться до того, щоб, з одного боку, перешкодити виникненню злочинного наміру, а з іншого – нейтралізувати вплив злочинного середовища на особу.

Контролюючи поведінку наркозалежних осіб, важливо пам'ятати, що у полі зору правоохоронних органів повинно бути і їх оточення. Значну допомогу (при бажанні) можуть надати родина та школа, люди з найближчого оточення наркозалежної особи, зацікавлені в її лікуванні.

⁷³Александров Ю.В., Гель А.П., Семаков Г.С. Кримінологія: курс лекцій. – К.: МАУП, 2002. – С..

4.3. Взаємодія ОВС з громадськими організаціями щодо профілактики злочинів, що вчиняються у сфері незаконного обігу наркотиків

В умовах загострення наркотичної ситуації в Україні назріла гостра необхідність вироблення нових організаційних напрямів запобігання незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, перегляду практики вживання заходів профілактики наркоманії, адже реальне підвищення ефективності такої роботи тільки за рахунок ОВС, працівників медичних установ та соціальних служб, не завжди представляється можливим. Відмітимо, що, незважаючи на загальну мету діяльності вказаних органів та установ, напрями реалізації цієї мети вказаними відомствами часто бувають різними і навіть в окремих випадках псуперечать один одному. Одним з прикладів цього є ставлення до програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків, які, з одного боку, активно впроваджує МОЗ, а, з іншого – МВС навпаки створює певні перепони.

Таким чином, поширення розповсюдження незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та наркоманії характеризується не тільки сукупністю різних чинників (соціальних, економічних, медичних тощо), але і відсутністю міжвідомчої взаємодії у виборі шляхів її запобігання. Вказане диктує вибір певних стратегій і реальних підходів у пошуках рішень вказаної проблеми з використання потенціалу виконавчої влади та органів місцевого самоврядування областей, міст, районів, селищ, а також зацікавлених громадських організацій.

Відповідно до Указу Президента України «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики»⁷⁴ при органах виконавчої влади повинні створюються дорадчі органи. Не стали винятком й ОВС, зокрема, підрозділи боротьби з незаконним обігом наркотиків, де, реалізуючи вказаний вище Указ Президента України відповідно до наказу МВС України від 25.08.2005 р. №716⁷⁵, при начальниках кримінальної міліції ГУМВС-УМВС України в Автономній Республіці Крим, областях, Києві та Севастополі, а також при заступниках начальника-начальниках кримінальної міліції міськрайорганів створюються Громадські спостережні ради з питань протидії наркоманії.

Метою діяльності таких рад є забезпечення громадського контролю та вдосконалення діяльності ОВС щодо протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та поширенню наркоманії. Громадська спостережна рада з питань протидії наркоманії є дорадчо-консультаційним органом та створюється виключно на громадських засадах. До її складу на добровільних засадах залучаються представники органів охорони здоров'я, засобів масової інформації, громадських організацій, які займаються правозахисною діяльністю або ставлять за мету протидію наркозлочинності та поширенню наркоманії. До складу їх діяльності, за погодженням

⁷⁴Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики / Указ Президента від 15.09.2005 // Офіційний вісник України. – 2005. – № 38 [07.10.2005]. – Ст. 2363

⁷⁵Інструкція з організації роботи підрозділів боротьби з незаконним обігом наркотиків органів внутрішніх справ України щодо забезпечення взаємодії з населенням та громадськими організаціями у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів та попередження поширення наркоманії та Положення про Громадську спостережну раду з питань протидії наркоманії МВС України: Затверджено наказом Міністерства внутрішніх справ України від 25.08.2005 р. №716.

з відділом освіти, можуть включатися представники батьківських комітетів загально-освітніх шкіл. Основними завданнями Гродської спостережної ради є:

- визначення стратегічних напрямів спільної діяльності органів внутрішніх справ та громадських організацій, спрямованої на попередження та викриття фактів незаконного обігу наркотиків, а також забезпечення профілактики поширення наркоманії;
- розроблення конкретних спільних заходів щодо посилення протидії наркозлочинності, організації антинаркотичної пропаганди, у тому числі із залученням засобів масової інформації, здійснення індивідуальної профілактики відносно осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами, звільнилися з місць позбавлення волі після відбуття покарання за вчинення наркозлочинів чи засуджені до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі;
- вивчення та узагальнення інформації, що надходить від громадських організацій, для розроблення заходів щодо усунення причин та умов, які сприяють вчиненню наркозлочинів та розповсюдженню наркоманії;
- розгляд заяв, скарг, повідомлень населення та громадських організацій щодо конкретних фактів незаконного обігу наркотиків, осіб, до них причетних, місць зосередження злочинних наркоугруповань, осередків для вживання, виготовлення або збуту наркотиків, а також фактів бездіяльності чи порушення законодавства працівниками органів ОВС;
- забезпечення скоординованих дій і цілеспрямованого проведення профілактичних заходів щодо запобігання вчиненню правопорушень у сфері незаконного обігу наркотиків неповнолітніми та іншим негативним проявам у молодіжному середовищі;
- надання інформації членам громадських організацій про неповнолітніх, які потребують проведення з ними профілактичної роботи з боку органів внутрішніх справ та громадськості, про дорослих осіб, що втягують неповнолітніх у наркоманію та батьків, що негативно впливають на виховання своїх дітей, а також організація їх спільної перевірки; внесення до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності пропозиції щодо запобігання правопорушенням і злочинам у сфері незаконного обігу наркотиків, виникненню причин та умов, що сприяють їх учиненню тощо⁷⁶.

Водночас з метою недопущення непорозумінь у діяльності територіальних ОВС та громадських організацій у проведенні антинаркотичних заходів, зокрема, реалізації програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків, а також для налагодження більш тісної співпраці пропонується підписання відповідних письмових угод.

Сторонами таких угод, з одного боку, повинні бути громадські організації, з іншого – ОВС. Предметом угод можуть бути діяльність, спрямована на сприяння поширення послуг програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків; налагодження взаємовідносин на підставі рівності, чесного партнерства та захисту інтересів один одного; забезпечення захисту прав та законних інтересів уразливих верств населення. У такій угоді зазначаються проекти, які будуть впроваджуватись громадськими організаціями, права і обов'язки сторін тощо.

⁷⁶Інструкція з організації роботи підрозділів боротьби з незаконним обігом наркотиків органів внутрішніх справ України щодо забезпечення взаємодії з населенням та громадськими організаціями у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів та попередження поширення наркоманії та Положення про Громадську спостережну раду з питань протидії наркоманії МВС України: Затверджено наказом Міністерства внутрішніх справ України від 25.08.2005 р. №716.

В угоді також необхідно передбачити умови конфіденційності працівників громадських організацій під час роботи зі споживачами наркотиків. Зокрема, сторонам (органами внутрішніх справ насамперед) забороняється використовувати як під час дії угоди, так і після припинення її дії, незалежно від підстав такого припинення, у власних інтересах або в інтересах інших осіб, будь-яку інформацію, що визнана конфіденційною за письмовим зверненням однієї із сторін. Не потребує такого звернення і визнається конфіденційною для цілей цієї угоди інформація, що стосується осіб, робіт, методів, знань, ідей, матеріалів, пов'язаних з діяльністю сторін, і яка не використовується публічно, зокрема, інформація щодо фінансового стану сторін та їх взаємовідносин з іншими фізичними та юридичними особами. Крім вказаного, в угоді також повинні зазначатися основні принципи взаємодії, зокрема, поважання прав учасників угоди, обов'язкові консультації сторін при вирішенні проблемних питань тощо.

Індивідуальної профілактики осіб, причетних до незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, завжди була основним напрямком профілактичної діяльності ОВС, адже доведено, що ефективна профілактична робота з наркоспоживачами значно зменшує кількість правопорушень, які вчиняються цією категорією осіб. Вказане є також однією зі складової частини світової стратегії боротьби з цим негативним явищем: на першому місці – профілактика, потім – лікування (сюди можна віднести й соціальну реабілітацію), третє – це системна боротьба з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів.

Як наслідок, вказане негативно впливає на можливість показати результативність своєї діяльності працівниками окремих практичних підрозділів ОВС (ДІМ, БНОН, КМСД, карного розшуку), до безпосередніх обов'язків яких входить здійснення профілактичних функцій щодо осіб причетних до незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. Адже ресурси та час, який у значній мірі витрачається працівниками вказаних підрозділів на проведення антинаркотичних заходів не знаходячи свого відображення у звітності, призводить до того, що у більшості випадків працівники ОВС відмовляються від роботи, яка не може бути оцінена та відображена у звітності.

Крім того, відсутність можливості проаналізувати сутність та масштаб проведених ОВС антинаркотичних заходів не сприяє повній картині щодо аналізу їх результативності, визначенню позитивних та негативних аспектів та скорегувати напрями подальшої діяльності. Так, більшість підрозділів ОВС, виходячи з основних вимог індивідуальної профілактики незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, займаються лише виявленням та внесенням на облік наркозалежних осіб, а також проведення з ними профілактичної роботи, як правило, у формі бесіди. Визначити ефективність вказаних заходів також неможливо.

На нашу думку, виходом із ситуації, яка склалася, є налагодження нового формату взаємодії ОВС з громадськими організаціями, робота яких пов'язана саме із здійсненням антинаркотичної діяльності, а саме – надання наркозалежним медичної, соціальної, психологічної, юридичної допомоги тощо. Пропонується об'єднати зусилля зацікавлених сторін (ОВС та громадських організацій) у реалізації основної мети – зменшення попиту та пропозицій на наркотичні засоби та психотропні речовини, а також зменшення шкоди від їх немедичного вживання.

Порядок дій такої співпраці має наступний алгоритм.

Для початку необхідно розробити та заключити відповідні договори між громадською організацією та ОВС щодо проведення спільних антинаркотичних заходів. При

цьому в ОВС визначається підрозділ, який буде здійснювати безпосередню координацію з громадськими організаціями (далі – координуючий підрозділ ОВС). Таким підрозділом може бути, наприклад, ДІМ чи В(У)БНОН;

Механізм співпраці між ОВС та громадськими організаціями можна охарактеризувати крізь призму наступних етапів:

- у разі затримання (за вчинення адміністративного проступку чи злочину) особи, яка є наркоспоживачем, або виявлення наркозалежної особи під час оперативного-профілактичних рейдів (на вулиці, у жилих приміщеннях, на горищах, у підвалах тощо) одним із підрозділів ОВС після оформлення відносно неї відповідних матеріалів доставляється до координуючого підрозділу;

- працівник координуючого підрозділу ОВС вживає заходи щодо встановлення особистості, відомості про освіту, сімейний стан, рід занять та місце роботи (навчання), посаду, що обіймає; відомості про судимість (за якою статтею КК), постійне місце проживання, а також іншу інформацію: з ким проживає, з ким підтримує тісні зв'язки, які наркотики та який час вживає, чи проходив раніше лікування, де, коли, причини, що спонукали її до вживання наркотичних засобів чи психотропних речовин, бажання щодо можливого лікування та отримання психологічної допомоги від відповідних фахівців

- в разі згоди отримати наркозалежною особою допомоги (медичної, соціальної, реабілітаційної, юридичної тощо) працівник координуючого підрозділу ОВС направляє наркозалежну особу до координуючої громадської організації, яка залежно від стану та потреб цієї особи вирішує, в яку іншу громадську організацію, реабілітаційний центр або лікувальний заклад її перенаправити. Під час направлення до координуючої організації працівником ОВС оформлюється направленням, яке складається з двох частин: основної та корінця.

На титульній стороні основної частини направлення працівником ОВС зазначаються дані координуючої громадської організації (адреса, контактні телефони, години прийому, прізвище, ім'я, по батькові її керівника), а на зворотній стороні – прізвище, ім'я та по батькові співробітника міліції, який дає направлення наркозалежній особі, підрозділ ОВС, його контактний телефон. Також у направленні зазначається прізвище, ім'я, по батькові особи, що направляється, а також стислий перелік питань з відповідями особи, котрі закреслюються при складанні працівником ОВС.

Отримавши таке направлення, наркозалежна особи повинен звернутися до координуючої громадської організації у встановлений працівником ОВС термін, за адресою та назвою, яку він отримав.

З метою контролю за зверненням до громадської організації наркозалежної особи у працівника ОВС залишається корінець, на якому зазначаються відомості про особу, дату та час направлення, в яку організацію повинна прибути наркозалежна особа.

Працівник координуючого підрозділу ОВС телефонує до координуючої громадської організації та повідомляє про направлення до неї наркозалежної особи. За результатами звернення наркозалежного координуюча громадська організація повідомляє про це працівника ОВС.

З наркозалежною особою, яка звернулася до визначеної координуючої громадської організації, її фахівцями проводиться співбесіда за результатами якої встановлюється її стан, потребу у допомозі (медична, соціальна, психологічна, реабілітаційна, юридична тощо) та залежності від цього визначається відповідна установа (державна чи громадська), яка й буде в подальшому займатися наркозалежним. Координуючі

громадські організації також можуть надавати наступні послуги: індивідуальне психологічне та соціальне консультування (для наркозалежних осіб та членів їх родин), соціальний супровід та психологічну підтримку осіб, які пройшли курс реабілітації, консультування з питань ВІЛ/гепатитів/ТБ/ІПСШ, допомогу у працевлаштуванні тощо. Такі громадські організації можуть бути ініціатором створення групи самопомогги для наркозалежних та групи допомоги для співзалежних, проводити групові сесії з арт-терапії, тренінги впевненої поведінки, тренінги профілактики зриву тощо. Можливе надання інших видів послуг: обстеження на ВІЛ/СНІД та інші небезпечні хвороби, юридичні консультації тощо. Координуюча громадська організація здійснює контроль та веде облік результатів надання допомоги, узагальнює їх і в разі необхідності координує подальше лікування чи надання інших видів допомоги наркозалежному.

Координуюча громадська організація щомісячно надає звіти до ОВС, які у подальшому направляють до координуючого підрозділу, який був ініціатором направлення наркозалежних. Звіти можуть бути у формі своєрідних повідомлень, де має бути зазначено:

- скільки осіб було направлено до координуючої громадської організації;
- скільки осіб за певний час звернулися до громадської організації;
- куди саме були направлені наркозалежні для подальшої роботи: для лікування, реабілітації чи соціальної допомоги;
- скільки осіб пройшло лікування та скільки відмовилось;
- скільки осіб на даний час проходять лікування, реабілітацію тощо.

У свою чергу співробітники координуючого підрозділу ОВС узагальнюють таку інформацію, що надає можливість володіти даними про наркозалежних осіб, які були направлені ними до громадських організацій, скільки з них пройшло лікування, скільки відмовилось, з яких причин тощо.

Таким чином працівники ОВС можуть виконувати дві основні функції:

1) активно співпрацюючи з громадськими організаціями, здійснювати індивідуальну профілактику наркозалежних осіб, причетних до незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів;

2) при наявності достатньої інформації щодо діяльності у цьому напрямі у подальшому можна оцінювати безпосередню роботу кожного працівника підрозділу ОВС щодо його участі в індивідуальній профілактиці.

Для більш плідної роботи працівники координуючих підрозділів ОВС разом з іншими зацікавленими працівниками ОВС та представниками громадських організацій не менше, ніж два рази на рік, повинні проводити зібрання, на яких мають обговорювались нагальні проблеми з даного питання.

Підводячи підсумки, зазначимо, що відомча роз'єднаність і відсутність можливості впливу на наркоситуацію з боку окремих структур виконавчої влади і органів місцевого самоврядування вимагають розробки і здійснення узгоджених дій. Міжвідомча координація у проведенні профілактики наркозалежності повинна стати основою цілеспрямованої протидії зловживанню наркотиками і їх незаконному обігу. Саме тому, нормативне забезпечення співробітництва органів виконавчої влади та громадських організацій у профілактиці наркоманії займає одне із значних місць, покликане об'єднати зусилля всіх зацікавлених органів виконавчої влади, місцевого самоврядування та громадських організацій.

У більшості країн світу реалізацією програм зменшення шкоди займаються громадські організації у взаємодії з наркологічними службами та правоохоронними ор-

ганами. Досвід роботи програм зменшення шкоди в різних країнах засвідчив ефективність такої співпраці у випадку тісної взаємодії з правоохоронними органами.

Підтримка працівників правоохоронних органів у впровадженні програм надзвичайно важлива. Якщо правоохоронні органи не підтримують послуги зменшення шкоди або не знають про них, їх діяльність може серйозно порушити функції цих програм. Зазначене неоднаразово озвучується у численних доповідях правозахисних організаціях (зокрема, Human Rights Watch) та міжнародних установ (ВООЗ, ООН тощо) на адресу центральних органів виконавчої влади. **Практично всіма міжнародними інституціями визнано, що саме дії органів внутрішніх справ є однією з основних перешкод у протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу в Україні.**

Таким чином, з одного боку, держава через Міністерство охорони здоров'я України та соціальні служби розвиває структуру ПОШ, ЗТ (прийняття численних нормативних актів), з другого – окремі працівники правоохоронних органів – роблять все можливе, щоб такі програми не працювали. Про це свідчать непрофесійні дії міліції в окремих регіонах нашої держави.

Потрібно відзначити, що у більшості регіонах України вже закладено підвалини співробітництва між відповідними управліннями ОВС і місцевими громадськими організаціями, що використовують такі методи профілактики наркоманії та супутнього їй поширення епідемії ВІЛ/СНІДу. До них можна віднести Київ, Вінницю, Івано-Франківську, Луганську, Миколаївську, Сумську, Херсонську, Черкаську та деякі інші області України. В інших регіонах таке партнерство тільки починає формуватися. Оскільки подібна взаємодія між органами внутрішніх справ і громадськими організаціями в рамках проведення профілактичних заходів повинна розвиватися, доцільно зазначити основні напрями співпраці щодо реалізації програм зменшення шкоди.

З метою налагодження взаємодії між органами внутрішніх справ і відповідними недержавними громадськими організаціями щодо забезпечення виконання Національної програми профілактики ВІЛ/СНІДу необхідно вживати наступні заходи:

- здійснення взаємного обміну інформацією між правоохоронними органами та соціальними службами, координація профілактичної діяльності з урахуванням вимог щодо посилення заходів протиепідемічної спрямованості;

- проведення спеціалізованими недержавними організаціями, що залучають до своєї діяльності кваліфікованих медичних працівників (епідеміологів, вірусологів, фахівців з питань СНІДу), навчальних семінарів для працівників органів внутрішніх справ з питань, що стосуються виявлення шляхів розповсюдження ВІЛ-інфекції й інших небезпечних інфекційних захворювань у середовищі СІН, методів індивідуальної профілактики і захисту здоров'я особового складу від можливого інфікування під час виконання службових обов'язків;

- надання спеціалізованих інформаційних матеріалів про методи профілактики ВІЛ-інфекції для їх розповсюдження серед особового складу органів внутрішніх справ і, відповідно, їх розповсюдження працівниками органів внутрішніх справ під час проведення профілактичної роботи серед наркозалежних;

- працівники органів внутрішніх справ можуть спрямовувати наркозалежних осіб звернутись до місцевих недержавних організацій, що займаються реалізацією програм зменшення шкоди, для їх постановки на облік у цих організаціях і проведення з ними профілактичної і соціально-реабілітаційної роботи;

- навчання у спеціалізованих навчальних закладах МВС України майбутніх працівників підрозділів боротьби з незаконним обігом наркотиків органів внутрішніх

справ питанням філософії та стратегії зменшення шкоди;

- використання соціальними працівниками факту затримання міліцією за незаконні операції з наркотиками особи як ключову можливість налагодити контакт з наркозалежним і надання йому допомоги і доступу до лікування. Вказане не є альтернативою покарання, а забезпечує прямий шлях від «камери» до лікувально-профілактичних послуг;

- всім затриманим споживачам наркотиків працівники органів внутрішніх справ повинні пропонувати можливість зустрічі з медичними або соціальними працівниками, зокрема, шляхом направлення таких осіб у спеціалізовані організації та заклади.

Необхідно відмітити, що за вчинення адміністративних правопорушень або за підозрою у вчиненні злочину особи, які приймають АРВ-препарати, затримуються працівниками міліції в установленому законодавством порядку. Відповідно їх оглядають (обшукують) і при цьому разом з іншими речами можуть виявити АРВ-препарати.

Про віднесення препаратів до вказаної категорії можуть свідчити:

- пояснення затриманої особи щодо належності виявлених препаратів та місця їх отримання;

- довідка встановленого зразка спеціалізованого закладу охорони здоров'я (ЛПЗ)⁷⁷ про те, що людина потребує безперервного лікування.

Картка учасника програми лікування АРТ (BAART) – це пластикова картка прямокутної форми, яка видається громадською організацією на підставі контракту між отримувачем послуг (ВІЛ-інфікованою особою) та їх надавачем (громадською організацією). Картка видається лише тим особам, що перебувають на обліку в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Ця картка свідчить про те, що її власник є ВІЛ-позитивним та проходить курс лікування АРТ.

У разі затримання або арешту (взяття під варту) особи, яка приймає АРВ-препарати, за вчинення адміністративного правопорушення або за підозрою у вчиненні злочину на термін понад три години працівник міліції повинен проінформувати про це територіальний заклад охорони здоров'я (СНІД-центр). Метою такого інформування є забезпечення хворої особи АРВ-препаратами під час її затримання, оскільки такі препарати можуть тимчасово вилучатися для встановлення їх належності.

Важливо знати, що препаратами АРТ швидкі медичні допомоги не укомплектовано, тому потрібно звертатись до спеціалізованого закладу.

Після отримання повідомлення про затримання особи, яка приймає АРВ-препарати, медичний працівник територіального ЛПЗ зобов'язаний терміново прибути до спецстанови міліції або кімнати для затриманих чергової частини органів внутрішніх справ та з'ясувати у затриманої особи місце видачі та потребу в АРВ-препаратах. У подальшому медичний працівник має терміново інформувати спеціалізований ЛПЗ про особу, яка потребує АРВ-препарати, у зв'язку із взяттям її під варту або затриманням.

Працівники міліції повинні проконтролювати доставку АРВ-препаратів медичними працівниками спеціалізованого ЛПЗ до особи, яка утримується під вартою. При передачі АРВ-препаратів медичний працівник зобов'язаний зробити запис у журналі первинного обстеження і реєстрації медичної допомоги особі, яку тримають у спецстановах, про режим прийому препаратів затриманим. Призначення лікаря є обов'яз-

⁷⁷У даному випадку йдеться про Центри профілактики та боротьби зі СНІДом або про інші заклади, які безпосередньо проводять лікування за допомогою АРТ.

ковим для виконання працівниками органів внутрішніх справ. Медичні працівники спеціалізованого ЛПЗ без документів, що посвідчують їх особу та місце роботи, до спеціальних установ міліції не допускаються. Медичним працівникам спеціалізованого ЛПЗ роз'яснюються правила поведінки у спеціальних установах міліції, що їх вони повинні дотримуватись з метою забезпечення особистої безпеки та спеціального режиму. Під час медичного огляду забороняється передавати один одному будь-які інші сторонні предмети, речі та документи. До і після проведення медичного огляду медичні працівники та їх речі можуть бути оглянуті працівником міліції.

Працівники органів внутрішніх справ зобов'язані сприяти діяльності працівників органів охорони здоров'я в організації постачання АРВ-препаратів особі, яка утримується під вартою.

У протоколі про особистий огляд, огляд речей робиться запис про виявлення у затриманої особи АРВ-препаратів. Під час складання протоколу в додатку зазначається кількість АРВ-препаратів та їх фармакологічна назва. Доставлені медичним працівником ЛПЗ АРВ-препарати треба покласти до камери схову, а в разі необхідності дотримання температурного режиму – до холодильника. Назва та кількість нових отриманих препаратів заноситься до журналу первинного обстеження і реєстрації медичної допомоги особам, які утримуються в спеціальній установі.

Якщо особу доправляють до кімнати для затриманих, АРВ-препарати разом з іншими предметами, які не є доказами у справі, здають для зберігання оперативному черговому органу внутрішніх справ, який перевіряє їх кількість, робить запис про їх отримання в журналі первинного обстеження і реєстрації медичної допомоги особам, які утримуються у спецустановах міліції, забезпечує їх зберігання у відповідних умовах, визначених в анотації до препарату.

Під час затримання, арешту (взяття під варту) працівникам міліції суворо забороняється порушувати режим прийому АРВ-препаратів. Інформація про наявність затриманих, які потребують безперервного прийому АРВ-препаратів, передається кожному наступному черговому по зміні з метою забезпечення дотримання режиму прийому АРВ-препаратів.

Черговий чергової частини органу внутрішніх справ, спеціальної установи міліції за 15 хвилин до прийому АРВ-препаратів повідомляє затриманому про необхідність їх прийому. Для полегшення прийому ліків затриманий забезпечується рідиною (питна вода, теплий чай). При цьому робиться відмітка у вказаному журналі, яка фіксується підписом затриманого.

У разі неможливості перебування затриманого під вартою в умовах тимчасового ув'язнення у зв'язку з погіршенням стану здоров'я, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, він направляється на лікування до спеціалізованого або іншого визначеного закладу охорони здоров'я.

При переведенні особи, яка приймає АРТ, у слідчий ізолятор або інший ізолятор тимчасового утримування, у затриманого можуть закінчитися АРВ-препарати. Черговий органу внутрішніх справ (спеціальної установи міліції) заздалегідь повідомляє медичного працівника територіального ЗОЗ для подальшого оповіщення медичного працівника спеціалізованого ЗОЗ, який здійснює видачу АРВ-препаратів, про необхідність забезпечення затриманого препаратом для продовження лікування. В разі необхідності затриманий забезпечується відповідною нормою препарату з розрахунку на середню тривалість етапування з урахуванням необхідної кількості для продовження лікування в ізоляторі тимчасового утримування протягом 20 днів. Про одер-

жання препаратів робиться відповідна помітка у протоколі.

Звільненій з-під варти особі, яка приймає АРВ-препарати, повертаються всі АРВ-препарати, що залишились. У разі нестачі препаратів протягом 5 діб проводиться службове розслідування, про результати якого за підписом начальника ізолятора тимчасового утримання інформується хворий (протягом терміну, передбаченого чинним законодавством). Результати службового розслідування щодо несвоєчасного надання медичної допомоги є приводом для звернення осіб зі скаргою до суду відповідно до Закону України «Про міліцію».

З метою недопущення порушень законодавства працівники правоохоронних органів повинні не допускати неправомірного застосування сили та інших форм неналежного ставлення до споживачів наркотиків, а також медичних і соціальних працівників, які беруть участь у програмах зменшення шкоди. Крім того, працівники міліції повинні відмовитись від незаконного втручання у механізм надання послуг зменшення шкоди. Навпаки – працівники правоохоронних органів повинні підтримувати відповідні тренінгові програми з профілактики ВІЛ/СНІДу, послуг зі зменшення шкоди та пов'язаних з цим питань. Частиною таких тренінгових програм має стати збільшення ролі правоохоронних органів у реалізації програм зі зменшення шкоди як правової та основної частини зусиль України у боротьбі з ВІЛ/СНІДом.

З метою налагодження більш тісної співпраці між територіальним органом внутрішніх справ та громадськими організаціями, що реалізують проекти зниження шкоди, повинна існувати відповідна письмова угода. У цій угоді зазначаються проекти, які будуть здійснюватись громадськими організаціями, а також права і обов'язки сторін. Предметом угоди може бути діяльність, спрямована на сприяння зменшення ризику інфікування та розповсюдження ВІЛ/СНІДу та інших інфекційних хвороб серед молоді та груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в межах цілей, предмета та основних завдань діяльності кожної сторони; налагодження взаємовідносин на підставі рівності, чесного партнерства та захисту інтересів один одного; забезпечення захисту прав та законних інтересів уразливих до ВІЛ-інфікування верств населення.

В угоді обов'язково передбачають права і обов'язки сторін. **Так, обов'язками громадської організації можуть бути:**

- забезпечення функціонування у населеному пункті (районі) польових, мобільних та стаціонарних консультативних пунктів для СІН;
- надання консультативної та профілактичної інформації особам, які допускають немедичне вживання наркотиків, а також іншим уразливим групам населення;
- збирання та обмін шприців, надання інформації про установи, які здійснюють тестування на ВІЛ/СНІД та інші інфекції;
- забезпечення розроблення, видання та розповсюдження інформаційно-освітньої літератури з питань профілактики наркоманії, а також щодо інфікування та розповсюдження ВІЛ/СНІДу та інших інфекцій;
- відповідно до основних принципів та завдань стратегії зменшення шкоди здійснювати діяльність щодо створення довірливих форм спілкування з СІН для формування в них більш безпечних форм поведінки стосовно ризику ВІЛ-інфікування та інших інфекцій, включаючи інфекції, що передаються статевим шляхом, а також їх мотивації щодо лікування від наркотичної залежності;
- сприяння захисту прав і законних інтересів осіб з підвищеним ризиком інфікування, надання їм юридичної та консультаційної допомоги;
- запрошення на навчальні семінари з питань профілактики ВІЛ/СНІДу та стратегії

зменшення шкоди представників органів внутрішніх справ;

- забезпечити постійну співпрацю з працівниками органів внутрішніх справ, громадськістю, засобами масової інформації з метою роз'яснення цілей і завдань стратегії зменшення шкоди та результатів її здійснення.

Територіальний орган внутрішніх справ бере на себе наступні зобов'язання:

- брати участь у реалізації в населеному пункті (районі) стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків та програми профілактики ВІЛ/СНІДу;

- забезпечити доступність інформаційно-адаптованих матеріалів профілактичного спрямування для осіб підвищеного ризику інфікування ВІЛ;

- направляти співробітників підрозділів БНОН, ДІМ, КМСН, КР на круглі столи, навчальні тренінги та семінари з питань впровадження стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків та профілактики ВІЛ/СНІДу;

- сприяти роботі консультативних пунктів для СІН шляхом надання їм інформації про них, створення умов для безпечного відвідування пунктів СІН, якщо під час цих відвідувань ними не порушується Кримінальний кодекс України та законодавство у сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків;

- прияти реалізації прав і законних інтересів осіб з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ, у т.ч. прав на лікування (АРТ, ЗТ);

- у разі виникнення конфліктних ситуацій між працівниками консультативних пунктів для СІН та правоохоронними органами, зумовлених роботою працівників проекту зі споживачами ін'єкційних наркотиків в межах стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків та програми «АНТИВІЛ» (зокрема, на вулицях міста), відповідно реагувати на звернення сторін про допомогу для розв'язання таких ситуацій.

В угоді також необхідно передбачити умови конфіденційності працівників громадських організацій під час роботи зі споживачами наркотиків. Зокрема, сторонам забороняється використовувати як під час дії угоди, так і після припинення її дії, незалежно від підстав такого припинення, у власних інтересах або в інтересах інших осіб будь-яку інформацію, що визнана конфіденційною за письмовим зверненням однієї із сторін. Не потребує такого звернення і визнається конфіденційною для цілей цієї угоди інформація, що стосується осіб, роботи, методів, знань, ідей, матеріалів, пов'язаних з діяльністю сторін, і яка не використовується публічно, зокрема, інформація щодо фінансового стану сторін та їх взаємовідносин з іншими фізичними та юридичними особами.

В угоді також зазначаються основні принципи взаємодії, зокрема, повага до прав учасників програм зменшення шкоди, обов'язкові консультації сторін при вирішенні проблемних питань тощо.

З метою недопущення незаконного втручання працівників міліції у діяльність програм зменшення шкоди зазначена угода доводиться до відома всіх працівників територіального підрозділу органу внутрішніх справ. У свою чергу для розпізнавання учасників програм зменшення шкоди соціальні служби і громадські організації можуть видавати спеціалізовані посвідчення учасниками програми зменшення шкоди.

Як свідчить практика укладання таких угод у окремих регіонах країни, працівники міліції не затримують споживачів наркотиків, якщо у нього є посвідчення учасника програми обміну шприців.

Взаємодія між правоохоронними органами та організаціями, які реалізують стратегію зменшення шкоди, спільне вирішення проблем є важливим кроком у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, у збереженні здоров'я нації.

ДОГОВІР № про співробітництво

місто Київ

16 липня 2011 року

Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) (далі - КМЦСССДМ), в особі директора Танишори Валерія Анатолійовича, який діє на підставі Положення про центр, з однієї сторони, та Головне управління Міністерства внутрішніх справ України в місті Києві (далі - орган внутрішніх справ), в особі начальника Крикуна Олексія Олексійовича, який діє на підставі Положення про Головне управління (надалі - Сторони), з іншого боку,

Керуючись:

Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки»,

Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»,

Законом України «Про міліцію»,

Законом України «Про попереднє ув'язнення»,

Законом України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю»,

Указом Президента України від 12.12.2007 № 1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ - інфекції/СНІДу в Україні»,

постановою Кабінету Міністрів України від 4.03.2004 № 264 «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ - інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 - 2008 роки»,

розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21.05.2008 № 728-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки»,

розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13.09.2010 № 1808-р «Про схвалення Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011 - 2015 роки»,

розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22.11.2010 № 2140-р «Про затвердження плану заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011 - 2015 роки»,

наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 13.09.2010 № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику»,

наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21.12.2010 № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення»,

наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 № 415 Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»,

наказом Міністерства внутрішніх справ України від 28.04.2009 № 181 «Про організацію діяльності чергових частин органів і підрозділів внутрішніх справ України, направленої на захист інтересів суспільства і держави від протиправних посягань»,

розпорядженням Київської міської державної адміністрації від 12.04.2010 № 253 «Про затвердження Положення про Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)»,

рішенням Київської міської ради від 09.07.2009 № 769/1825 «Про затвердження Міської комплексної програми протидії зловживанню алкоголем та розповсюдженню наркотиків у місті Києві на 2009-2013 роки»,

уклали цей Договір про наступне.

Визначення термінів:

Антиретровірусна терапія (АРТ) – специфічне лікування ВІЛ-інфекції, спрямоване на максимальне пригнічення реплікації ВІЛ в організмі, яке призводить до відновлення клітин імунної системи і покращання стану/якості життя хворого та подовженню тривалості його життя. АРТ розглядається як етіотропна терапія ВІЛ-інфекції.

АРП (антиретровірусні препарати) – лікарські засоби, які приймаються хворим згідно із медичними рекомендаціями під час проходження курсу лікування АРТ (ВААРТ).

ВААРТ – високоактивна антиретровірусна терапія.

ВІЛ-інфіковані (особи, які живуть з ВІЛ) – особи, в організмі яких виявлено вірус імунodefіциту людини. До категорії ВІЛ-інфікованих належать як особи без клінічних проявів хвороби (носії ВІЛ), так і хворі на СНІД.

ДКТ – добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.

Замісна терапія (ЗТ) або замісна підтримуюча терапія (ЗПТ) – вид лікування опіоїдної залежності, при якому використовуються речовини, які мають подібну до героїну та морфіну дію на головний мозок людини, що дозволяє запобігти розвитку синдрому відміни та блокувати потяг до нелегальних опіоїдів.

ПСПШ – інфекції, що передаються статичним шляхом.

Картка учасника програми лікування АРТ (ВААРТ) – це пластикова картка прямокутної форми, яка видається громадською організацією на підставі контракту між отримувачем послуг (ВІЛ-інфікованою особою) та їх надавцем (Громадською організацією). Картка видається лише тим особам, що перебувають на обліку в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Дана картка свідчить про те, що її власник є ВІЛ-позитивним та проходить курс лікування АРТ.

ЛЖВ – люди, які живуть в з ВІЛ.

Медична довідка про проходження курсу лікування АРТ (ВАРТ) (далі – Медична довідка) – документ, що видається ВІЛ-інфікованій особі Київським міським центром профілактики та боротьби зі СНІДом, що скріплена печаткою цієї установи і підписом лікаря із визначенням курсу лікування (дозування АРП та режим їх вживання).

Мобільна амбулаторія – це автобус, спеціально обладнаний для проведення швидких тестів на ВІЛ/СНІД та ПСШ. До складу тестуючої бригади входять: соціальні працівники, психолог, який проводить консультування перед та після тесту на ВІЛ, медична сестра, яка проводить обстеження на наявність антитіл/антигенів до ВІЛ (тесту на ВІЛ) з використанням швидких тестів, лікар дерматовенеролог.

ПКС – працівники комерційного сексу.

Мобільний пункт довіри – це авторизована бригада у складі: соціальних працівників та психолога в функціональні обов'язки, яких входить мотивування та направлення осіб, які входять до цільової групи (ЛЖВ, ПКС, чоловіки, що мають секс з чоловіками, і споживачі ін'єкційних наркотиків, найбільшче оточення ЛЖВ) до програм стратегії зменшення шкоди, ЗПТ, центрів реабілітації та ресоціалізації наркозалежних, до груп психологічної взаємодопомоги з метою покращення їх психоемоційного стану, підтримки та зміцнення психічного здоров'я, підвищення стресостійкості, збереження і покращення якості життя з ВІЛ/СНІДом, при встановленні контакту, під час проведення соціальної роботи з отримувачами послуг в місцях їх можливого перебування, в тому числі на вулиці).

Польовий (мобільний) пункт обміну шприців (далі – ПОШ) – це місце, де соціальними працівниками здійснюється обмін шприців ін'єкційним споживачам наркотиків, надається інформація з питань отримання наркозалежними соціальних та медичних послуг, розповсюджується інформаційно-просвітницькі матеріали з різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу, надаються ВІЛ-інфікованим інші соціальні послуги.

ЛПЗ - лікувально-профілактичний заклад.

Посвідчення учасника ЗПТ (ЗТ) – посвідчення, в якому зазначаються П.І.Б. учасника ЗПТ (ЗТ), фотокартка, термін дії, скріплене підписом керівника та печаткою лікувального закладу на базі якого здійснюється ЗПТ.

Програма «Зменшення шкоди» – комплекс науково обгрунтованих заходів, спрямованих на зменшення ризику передачі інфекцій, що передаються через кров, передусім ВІЛ, та наслідків цих захворювань, унаслідок вживання наркотиків, передусім ін'єкційним шляхом. Інструментами програми

«Зменшення шкоди» є обмін голки та шприців, інформаційно-освітня робота, створення груп самопомогі, проведення замісної терапії.

СНІД (синдром набутого імунodefіциту людини) – особливо небезпечна інфекційна хвороба, що викликається вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ). СНІД кінцева стадія ВІЛ-інфекції.

Соціальний працівник – професійно підготовлений фахівець, що має необхідну кваліфікацію у сфері соціальної роботи і надає соціальні послуги, а саме: обмін шприців на стаціонарних та польових пунктах обміну, інформування з питань отримання наркозалежними соціальних та медичних послуг, розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів з різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу тощо. Соціальний працівник має посвідчення, в якому зазначаються реквізити громадської організації, до якої він підлежить, П.І.Б., фотокартка, термін дії, посада, підпис керівника громадської організації, скріплений печаткою цієї організації.

Утилізатор – картонна ємність прямокутної форми жовтого (світло-коричневого) кольору, сконструйована таким способом, що унеможливує виїмання шприців без пошкодження зовнішньої оболонки; ємності (можуть використовуватися пластикові каністри (бутлі) або інші пластикові ємності). На зовнішніх стінках ємності розміщено зображення (наклейки), які вказують на його цільове призначення, контактні дані організації, що займаються обміном використаних шприців на стерильні згідно з міською програмою «Зменшення шкоди» в місті Києві, а також перелік нормативних актів, що є правовою основою для утилізації використаних шприців. Цільове призначення контейнера: збір з метою подальшої утилізації використаних шприців.

Учасники програми «Зменшення шкоди» – це особи, які вживають ін'єкційні наркотики та мають відповідні картки учасників програми (це пластикова картка прямокутної форми, яка засвідчує, що її пред'явник є учасником програми «Зменшення шкоди» («АНТИВІЛ»). Наявність картки не звільняє особу від відповідальності у разі вчинення нею правопорушення.

ОВС – органи внутрішніх справ.

1. Предмет договору

Предметом цього Договору є взаємне співробітництво Сторін по забезпеченню запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків за стратегією програми «Зменшення шкоди» в місті Києві, а також щодо надання ВІЛ-інфікованим, у разі їх затримання органами внутрішніх справ, невідкладної медичної допомоги, зокрема дотримання такими особами режиму прийому АРТ (ВААРТ).

Метою взаємодії Сторін є організація профілактичної роботи по запобіганню поширенню ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків за стратегією програми «Зменшення шкоди» в місті Києві.

2. Права та обов'язки КМЦСССДМ

2.1. КМЦСССДМ має право:

2.1.1. Співпрацювати відповідно до програми «Зменшення шкоди», а також згідно з взаємними угодами із наступними громадськими організаціями міста Києва:

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНД в Україні»,

ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»,

ГО «Клуб «Еней»,

МБФ «Вертикаль»,

ГО «Кроки життя»,

ВБО «Конвіктус - Україна»,

ГО «Крок за кроком»,

БФ «Дроп in Центр»,

Київська міська організація «Товариство Червоного Хреста»,

ГО «Ніка Київ».

2.1.2. Вимагати від органу внутрішніх справ належне виконання обов'язків, передбачених Законом України «Про міліцію» та цим Договором.

2.1.3. Уповноважувати громадські організації, визначені в пункті 2.1.1. цього Договору, на виконання обов'язків КМЦСССДМ.

2.2. КМЦСССДМ зобов'язується:

2.2.1. Інформувати письмово щомісячно до 5-го числа (особисто або через громадські організації) територіальний ОВС про функціонування мобільних (польових) пунктів обміну шприців, які працюють за програмною «Зменшення шкоди». Громадські організації відповідальні перед КМЦСССДМ за надання відповідної інформації до ОВС. У повідомленні зазначається: адрес(и) польового (мобільного) пункту обміну шприців, час його роботи, П.І.Б. соціального працівника та контактний телефон.

2.2.2. Повідомляти ОВС про будь-які факти вчинення правопорушень, у т.ч. і в місцях функціонування польових (мобільних) пунктів обміну шприців.

2.2.3. У разі затримання особи, яка проходить курс лікування АРТ (ВАРТ), організовувати забезпечення затриманого лікарськими засобами згідно медичної довідки.

При передачі АРВ - препаратів, письмово повідомляти ОВС про режим прийому препаратів затриманим.

2.2.4. Під час медичного огляду затриманої особи забороняється передавати будь-які інші предмети, речі та документи, окрім необхідних медичних препаратів. До і після проведення медичного огляду медичні працівники та їх речі можуть бути оглянуті працівником міліції.

2.2.5. У разі відсутності у затриманої особи медичної довідки, згідно з якою вона проходить лікування АРТ (ВАРТ), негайно організовувати її отримання за запитом в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

2.2.6. Проводити спільно з громадськими організаціями навчальні семінари в органах та підрозділах внутрішніх справ та забезпечувати працівників міліції необхідними інформаційними матеріалами щодо соціальної роботи з наркозалежними та ВІЛ/СНІД - інфікованими.

2.2.7. Проводити роз'яснювальну роботу серед пацієнтів щодо необхідності, у разі їх затримання, повідомлення працівників міліції про отримання ними АРТ (ВАРТ) або ЗПТ з пред'явленням картки встановленого зразка.

2.2.8. Ведуть облік пацієнтів ЗПТ, які утримуються в Ізоляторах тимчасового тримання ОВС для моніторингу і аналізу впровадження в дію механізму доступу таких осіб до медичних послуг АРВ (ВАРТ) або ЗПТ.

3. Обов'язки органу внутрішніх справ

3.1. У разі затримання соціального працівника, учасника програми «Зменшення шкоди», чи особи, яка проходить курс лікування АРТ (ВАРТ), за підозрою у скоєнні протиправних дій, за усною чи письмовою вимогою затриманої особи згідно зі статтею 5 Закону України «Про міліцію» ОВС повідомляє КМЦСССДМ або громадську організацію, до якої він належить.

3.2. У разі, коли затримана особа проходить курс лікування АРТ (ВАРТ) і пред'явила відповідну картку учасника програми «Зменшення шкоди» або медичну довідку з цього приводу, орган внутрішніх справ у разі необхідності вживає заходів щодо негайного надання медичної та іншої допомоги затриманій особі, а саме:

3.2.1. Викликає швидку медичну допомогу та повідомляє про затримання особи, яка приймає препарати АРТ (ВАРТ).

3.2.2. Інформує Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом (тел. 424-10-09) про факт затримання особи, яка проходить курс лікування АРТ (ВАРТ).

3.2.3. У разі відсутності у затриманої особи медичної довідки, згідно з якою вона проходить курс лікування АРТ (ВАРТ), сприяти соціальному працівникові у її отриманні в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом шляхом підтвердження факту затримання цієї особи.

3.2.4. Препарати АРТ (ВАРТ) затримана особа приймає виключно у присутності медичного працівника та працівника міліції у спосіб, що виключає його приховування.

3.3. У разі, коли затримана особа проходить курс лікування ЗПТ і пред'явила відповідне посвідчення учасника такої програми, а строк її затримання перевищує три години, ОВС вживає заходів щодо негайного надання медичної та іншої допомоги затриманій особі, а саме:

3.3.1. З'ясовують належність особи до отримання ЗПТ та перевіряє інформацію по телефону або шляхом надсилання письмового запиту (додаток № 1) за факсом до ЛПЗ (додаток № 2), в якому ця особа проходить курс лікування ЗТ.

3.3.2. Якщо ЛПЗ письмово підтверджує факт, отримання курсу лікування ЗПТ затриманою особою, то помічник начальника чергової

частини/оперативний черговий частини заздалегідь погоджує час прибуття медичного працівника ЛПЗ та створює умови для вживання препарату у приміщенні чергової частини.

3.3.3. По прибутті медичного працівника ЛПЗ до ОВС у Журнал реєстрації медичної допомоги вноситься наступна інформація: прізвище, ім'я, по батькові медичного працівника ЛПЗ, його посада, назва та кількість медичного препарату, який буде наданий затриманому, подальші рекомендації медичного працівника. В разі необхідності представник ЛПЗ та його речі можуть бути оглянуті працівником міліції до або після надання медичного препарату.

3.3.4. Препарати АРТ (ВАРТ) затримана особа приймає виключно у присутності медичного працівника та працівника міліції у спосіб, що виключає його приховування.

3.3.5. У разі переведення утримуваних осіб до інших місць тримання або їх звільнення інформують про це ЛПЗ та керівництво ОВС чи адміністрацію установи виконання покарань, до яких вибули ці особи.

3.4. Підготувати вказівку або службовий лист до територіальних ОВС з метою організації виконання цього Договору.

3.5. З ініціативи КМЦСССДМ проводити навчальні семінари та періодичні інструктажі з особовим складом органів внутрішніх справ щодо соціальної роботи з наркозалежними, інформаційні запиття за програмою «Зменшення шкоди» в місті Києві.

3.6. Сприяти розміщенню в органах внутрішніх справ інформаційних стендів щодо соціальної роботи з наркозалежними.

3.7. Сприяти проведенню роз'яснювальної роботи, семінарів та тренінгів з працівниками міліції щодо порядку поводження із затриманими, які отримують медичний курс лікування АРТ (ВАРТ) та ЗІПТ.

4. Розірвання Договору

4.1 Договір може бути розірвано у разі систематичного невиконання або неналежного виконання Сторонами зобов'язань за ним.

При достроковому розірванні договору сторона-ініціатор зобов'язана письмово повідомити іншу сторону про розірвання Договору не менше ніж за місяць до очікуваної дати розірвання.

5. Розв'язання суперечок

5.1. При виникненні розбіжностей під час виконання умов Договору Сторони вирішують їх за взаємною згодою на щоквартальних нарадах. У разі недосягнення взаємної згоди спори за цим Договором розглядаються згідно з чинним законодавством України.

6. Термін дії Договору

6.1. Договір набирає чинності з моменту його підписання сторонами та діє до 31.12.2012.

6.2. У разі відсутності заяви однієї із сторін про припинення або зміну умов Договору за один місяць до закінчення його дії, він вважається продовженням на той самий термін і на тих самих умовах, що передбачені цим Договором.

7. Інші умови Договору

7.1. Усі зміни та доповнення до Договору вважаються дійсними, якщо їх здійснено у письмовому вигляді та підписано уповноваженими на те представниками сторін.

7.2. У випадках, не передбачених Договором, сторони керуються чинним законодавством України.

7.3. Договір складено у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із сторін.

7.4. Договір не покладає на Сторони жодних зобов'язань фінансового характеру.

8. Реквізити та підписи сторін

КМЦСССДМ

Київський міський центр соціальних
служб для молоді виконавчого органу
Київської міської ради (Київської
міської державної адміністрації)
вулиця Донченка, 2,
місто Київ, 03057,
телефон 458-27-67

Директор



В.А. Танцюра



Орган внутрішніх справ

Головне управління Міністерства
внутрішніх справ України в місті
Києві
вулиця Володимирська 15,
місто Київ, 01025,
телефон 256-05-88

16 Начальник



О.О. Крикун



Кутосий штамп ОВС

ЗАПИТ

Головному лікарю Київського міського
центру профілактики та боротьби зі
СНІДом (клінічна лікарня № 5)
Юрченку О.В.

Головному лікарю Київської міської
наркологічної лікарні «Соціотерапія»
Ярому В.В.

_____ ГУМВС України в місті Києві, що знаходиться за адресою
(назва ОВС) _____ " _____ 20 _____ року затриманий громадянин
(адреса місця народження ОВС) _____, 19 _____ року
(П.І.Б. затриманого)
народження, який проживає: _____, та зареєстрований
(адреса проживання)
_____ який пред'явив картку учасника замісної підтримуючої
(адреса реєстрації)
терапії та заявив, що він потребує допомоги у отриманні спеціальних медичних
препаратів.

У зв'язку з викладеним просимо негайно надати письмове підтвердження
щодо перебування затриманого у програмі замісної підтримуючої терапії,
необхідності отримання останнім спеціальних медичних препаратів та установчі
дані медичного працівника, який буде здійснювати доставку і контроль за
прийманням затриманим медичного препарату.

Інформацію необхідно надати негайно факсимільним зв'язком _____
(вказати номер факсу)

Оперативний черговий чергової частини
_____ ГУМВС України в місті Києві
(назва ОВС)

(підпис)

(П.І.Б. представника ОВС)

КМЦСССДМ

Київський міський центр соціальних
служб для молоді виконавчого органу
Київської міської ради (Київської
міської державної адміністрації)
вулиця Довженка, 2,
місто Київ, 03057,
телефон 458-27-67

Директор



М.П.

Орган внутрішніх справ

Головне управління Міністерства
внутрішніх справ України в місті
Києві
вулиця Володимирська 15,
місто Київ, 01025,
телефон 256-05-88

Начальник

_____ **О.О. Крикун**

М.П.

**Лікувально-профілактичні заклади міста Києва,
в яких застосовується замісна терапія**

**Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом
(клінічна лікарня № 5).**

Адреса: місто Київ, Святошинський район, вулиця Відпочинку, 11,
контактні телефони: 450-91-68, 409-20-80, факс: 424-10-09.

Київська міська наркологічна лікарня «Соціотерапія».

Адреса: місто Київ, Голосіївський район, провулок Деміївський, 5-а,
контактні телефони: 265-68-61, факс: 257-90-39.

КМЦССДМ

Київський міський центр соціальних
служб для молоді виконавчого органу
Київської міської ради (Київської
міської державної адміністрації)
вулиця Довженка, 2,
місто Київ, 03057,
телефон 458-27-67

Директор


 **В.А. Танцюра**

Орган внутрішніх справ

Головне управління Міністерства
внутрішніх справ України в місті
Києві
вулиця Володимирська 15,
місто Київ, 01025,
телефон 256-05-88

Начальник

_____ **О.О. Крикун**

М.П.

Враховуючи, що у багатьох проектах зменшення шкоди аутичерами працюють самі споживачі наркотиків або колишні споживачі наркотиків, через свій статус вони можуть стати об'єктом уваги працівників міліції. Тому, щоб уникнути непорозумінь з працівниками міліції, аутич-працівнику під час роботи необхідно при собі мати:

1. Посвідчення співробітника програми зниження шкоди від вживання наркотиків.
2. Довіреність, підписану керівником організації (координатором проекту).
3. Особисті документи (паспорт).
4. Копію угоди про співпрацю громадських організацій та соціальних служб з територіальним органом внутрішніх справ.

Також аутич-працівник повинен уміти чітко пояснити співробітнику міліції мету і завдання роботи, що проводиться (принципи зниження шкоди, суть профілактики ВІЛ/СНІДу, завдання аутич-роботи). Завжди необхідно допускати припущення, що працівник міліції нічого не знає про проекти зменшення шкоди. Тому пред'явлення вказаних документів працівнику міліції доведе легітимність роботи, а аутич-працівник повинен на професійному рівні дати відповіді на питання.

Наявність спільного взаєморозуміння та співпраці між органами внутрішніх справ та громадськими організаціями забезпечить:

- можливість ефективної реалізації програм зменшення шкоди в конкретному регіоні, районі, місті;
- безпечність соціальних фахівців та аутич-працівників проектів зменшення шкоди, а також клієнтів цих програм;
- довіру клієнтів до програм зменшення шкоди, що збільшить кількість її клієнтів і, відповідно, збільшить ефективність таких програм;
- постійний обмін інформацією між правоохоронними органами та недержавними громадськими організаціями і соціальними службами;
- недопущення оглядів з підкиданням наркотиків та незаконних затримань працівників і клієнтів програм зменшення шкоди, а також провокацій з боку міліції.

Працівники правоохоронних органів повинні з розумінням ставитись до необхідності вказаних заходів, які реалізуються через програми зменшення шкоди як один з основних інструментів протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та повинні сприяти їх реалізації. Тому не слід затримувати тих осіб, які приносять інструменти для обміну. Необхідно пам'ятати, що кожен використаний та зданий на пункт обміну шприц – це потенційне джерело інфекції, яке вилучено з обігу, а отже – збережене здоров'я та життя. Працівники правоохоронних органів не повинні забирати стерильні голки та шприци або чинити перешкоди споживачам щодо звернення в пункти обміну. Якщо СІН запідозрять небезпеку під час відвідування служб обміну інструментарію, вони, ймовірно, знову почнуть обмінюватись шприцами між собою, що прискорить поширення ВІЛ-інфекції.

Взаємодія між правоохоронними органами та організаціями, які реалізують стратегію зменшення шкоди, спільне вирішення проблем може стати важливим кроком у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, збереженні здоров'я нації.

Одним із найголовніших, що викликає стурбованість у правозахисних організацій, є відношення працівників міліції до наркозалежних осіб, що проявляється у безпідставних побиттях та тортурах останніх. Такі випадки непоодинокі, про що свідчить правозахисна практика, і вони негативно впливають на імідж працівника міліції та свідчать про низьку культуру їх поведінки.

Не треба забувати, що наркозалежні особи – це ті ж самі громадяни України, які

наділені всіма правами і обов'язками, передбаченими Конституцією України, зокрема, кожен з них має право на повагу до його гідності. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню (стаття 28 Конституції України).

Таке ставлення працівників міліції до наркозалежних сформовані багатьма факторами, основний з яких – професійна деформація правоохоронця. Звичайно, постійно спілкуючись з особами цієї маргінальної групи, стає відома значна кількість фактів, що свідчать про їхню антигромадську поведінку та вчинення цією категорією осіб багатьох корисливо-насильницьких злочинів. Та й ставлення наркозалежних осіб до працівників міліції, завжди було, м'яко кажучи, негативним, особливо раніше засуджених.

Водночас працівник міліції повинен пам'ятати, що своїми діями він ганьбить не тільки імідж своїх колег, підрозділ та орган внутрішніх справ, а й власний, особистий: у середовищі наркозалежних швидко розповсюджується інформація про того чи іншого працівника міліції.

Виходячи з викладеного, зазначимо, що працівник міліції завжди повинен пам'ятати, що перед ним громадян, який наділений всіма правами, передбачених Конституцією України. Навіть встановлення факту вчинення злочину наркозалежною особою не дають підстав для застосування фізичної сили та спеціальних засобів, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Безпідставне їх застосування, а також завдання побоїв чи вчинення іншого насильства передбачає кримінальну відповідальність.

Незважаючи на те, що численними нормативними актами регулюються загальні положення впровадження програм зменшення шкоди в Україні, яка для більшості осіб є останнім кроком на шляху до позбавлення від наркозалежності, на сьогодні існує правова необізнаність більшості працівників правоохоронних органів, зокрема, щодо особистих прав і свобод учасників програм зменшення шкоди.

Як зазначалося у попередньому розділі основними порушеннями, які вчиняються працівниками правоохоронних органів відносно учасників програм зменшення шкоди, є:

- незаконне затримання працівниками учасників програм зменшення шкоди за підозрою у вчиненні правопорушень, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків;
- нанесення затриманим особам тілесних ушкоджень (побоїв);
- порушення кримінально-процесуального та адміністративного законодавства під час затримання;
- постійне чергування нарядів працівників міліції поряд з пунктами обміну шприців (мобільними та стаціонарними), що призводить до зменшення кількості учасників програм зменшення шкоди та негативно вплинути на профілактичні заходи на державному рівні;
- систематичні і навіть безпідставні огляди учасників програм (як наркозалежних осіб, так і соціальних працівників, а також тих, хто працює зі споживачами наркотиків за принципом «рівний – рівному») у місцях реалізації проектів;
- конфіскація чистого обладнання для ін'єкцій під час проведення правоохоронцями обшуку споживачів наркотиків;
- нероз'яснення прав відповідно до процесуального законодавства;
- відмова в наданні адвокатських послуг, неповідомлення про право мати захисника або повідомлення про це із запізненням;

– незаконне застосування фізичної сили й спецзасобів до затриманого під час дізнання або слідства.

Як свідчить аналіз правозахисної практики, найчастіше працівники соціальних служб та громадських організацій піддаються незаконному затриманню працівниками міліції під час обміну використаних шприців, а також при здійсненні аутріч-роботи. Це пов'язано з тим, що у багатьох проектах аутріч-працівниками працюють самі споживачі наркотиків або споживачі наркотиків у минулому. Із-за свого статусу вони можуть стати об'єктом уваги працівників міліції. Це також стосується працівників соціальних служб та громадських організацій, які надають послуги за іншими напрямками своєї діяльності.

Працівникам міліції необхідно пам'ятати, що в діях працівників соціальних служб та громадських організацій, які надають послуги зі зменшення шкоди від немедицинського вживання наркотиків в межах чинного законодавства, відсутні ознаки злочину чи адміністративного правопорушення. Тому втручання в їх діяльність недопустиме.

Водночас учасникам програм зменшення шкоди необхідно пам'ятати, що для їх затримання у працівників міліції повинні бути правові підстави. Відповідно до чинного законодавства такими правовими підставами є вчинення адміністративного правопорушення або злочину.

4.4. Організація навчання працівників органів внутрішніх справ щодо попередження інфікування ВІЛ та іншими трансмісійними інфекціями при виконанні службових обов'язків

Враховуючи актуальність проблеми ВІЛ/СНІД та високий відсоток ВІЛ-інфікованих серед наркозалежних осіб в умовах сьогодення, необхідним є проведення занять щодо профілактики інфікування ВІЛ серед працівників правоохоронних органів, особливо при виконанні ними службових обов'язків.

Питання, пов'язані з ВІЛ/СНІД, висвітлюються в курсах долікарської допомоги, особистої безпеки працівників внутрішніх органів, наркології.

Запропонований нами навчально-методичний прийом передбачає 3 основні компоненти, які пов'язані між собою та є послідовними кроками щодо засвоєння теоретичних знань та набуття практичних навичок, що стануть в нагоді майбутнім працівникам ОВС як в службовій діяльності, так і в повсякденному житті.

Першою складовою є подача теоретичного матеріалу щодо проблеми ВІЛ/СНІД в цілому. Інформація подається у формі міні-лекції та включає наступні питання: синдром набутого імунodefіциту та його збудник; шляхи передачі ВІЛ; перша допомога та екстрена профілактика, пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ.

4.4.1. Синдром набутого імунodefіциту та його збудник

Розкриваючи це питання, викладач доводить до відома аудиторії, що синдром набутого імунodefіциту (СНІД) – це інфекційне захворювання, яке спричиняється вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), а саме Т-лімфотропним людським ретровірусом III типу, що його було виділено 1983 р. у Франції та США. Збудник має низку рис, схожих з вірусом гепатиту В. У них подібні шляхи передачі, групи ризику, тривалий інкубаційний період.

ВІЛ нестійкий у зовнішньому середовищі. Він гине протягом 30 хв. при температурі 560С і протягом 10 хв. – при температурі 70-800С. Швидко (протягом 10 хв.) інактиується 70% етиловим спиртом, ефіром, ацетоном, 0,2% розчином натрію гіпохлориду, але відносно стійкий до іонізуючої радіації та ультрафіолетових променів.

Провідний патогенетичний механізм СНІДу – це ураження і руйнування імунної системи організму людини. Дія вірусу на імунну систему є комплексною і незворотною. Збудник розмножується і руйнує ті клітини імунної системи (Т-лімфоцити), від яких залежить переважна кількість реакцій імунної відповіді. Виникає стійкий імунodefіцитний стан, різко знижується імунологічний контроль, який забезпечує гомеостаз організму. На фоні імунологічної беззахисності розвиваються різні інфекції, нерідко спричинені мікроорганізмами бактеріальної, вірусної, грибової природи, а також найпростішими і гельмінтами, які на фоні нормального функціонування імунної системи у звичайному стані не призводять до захворювань (так звані умовно-патогенні мікроорганізми).

Особлива увага звертається на те, що СНІД має тривалий інкубаційний період – у середньому від 2 до 5 років від моменту інфікування. Разом з тим, є дані про можливість ще тривалішого інкубаційного періоду – до 10-15 років. В інкубаційний період СНІДу людина почувається здоровою, але вона є джерелом інфекції для оточуючих, яким є також значна група вірусоносіїв.

4.4.2. Шляхи передачі ВІЛ

Сьогодні визначено наступні шляхи передачі ВІЛ: статевий, парентеральний – з препаратами крові або через медичні інструменти, перинатальний – внутрішньоутробно, під час пологів і через грудне молоко.

ВІЛ вдалося виявити в багатьох біологічних середовищах організму. Найбільша концентрація ВІЛ виявлена у крові, спермі, вагінальних виділеннях, спинномозковій рідині, плевральному випоті, грудному молоці. Значно нижча його концентрація виявлена в слині, слюзах, поті, сечі, блювотних масах.

Особливо наголошується, що ВІЛ – це інфекція, яка не передається в результаті випадкових побутових контактів: на роботі або в навчальному закладі, при руко-стисканнях, обіймах, кашлі, чханні, через спільний столовий прилад, питну воду і продукти, одяг і постільну білизну, басейн, баню, туалет, телефон.

Певний контингент населення, серед яких особливо висока захворюваність на ВІЛ-інфекцію, становлять групи підвищеного ризику: особи що практикують секс без презерватива (гетеросексуальні, гомосексуальні, бісексуальні контакти), працівники та клієнти секс роботи; СІН, у яких зараження відбувається під час використання нестерильних, заражених вірусом шприців, голок; люди, яким переливали інфіковану кров; хворі на гемофілію, діти, народжені від матерів, що є ВІЛ-позитивними.

Втім працівники правоохоронних органів мають підвищений ризик зараження ВІЛ у випадках поранення інструментарієм, що містить кров від споживачів ін'єкційних наркотиків (обшук, затримання), потрапляння крові ВІЛ-позитивних осіб на пошкоджену шкіру, на слизову очей, рота при проведенні експертиз, наданні невідкладної допомоги, застосуванні заходів фізичного впливу.

4.4.3. Перша допомога та екстрена профілактика, пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ

Розглядаються 3 основні варіанти можливого інфікування.

1) Незахищені статеві контакти

Статеві органи, стегна і промежину необхідно промити теплою водою з милом після сечовипускання і, обсушивши серветкою, протерти ватним тампоном, просоченим 0,05%-ним розчином хлоргексидину біглюконату (гібітану), або 0,01%-ним розчином мірамістину (септикому), або розчином дезмістину. Бажано надіти чисту білизну.

2) Пошкодження шкірних покривів

Необхідно рясно промити пошкоджену ділянку милом і водою, але не можна терти. Бажано ініціювати витікання крові: акуратно натиснути на шкіру навколо пошкодженої ділянки (але у жодному випадку не слід натискати на саму рану). Краще це зробити під струменем води. Потім протерти ватним тампоном, просоченим одним із дезінфекторів (наприклад, 70%-ним розчином етилового спирту, або 5%-им розчином йоду при порізах, або 3%-м розчином перекису водню, або антисептиком на водній основі).

3) Ураження ділянки слизової оболонки

Потрібно промити ділянку з милом і водою. Якщо уражена слизова очей, то необхідно рясно промити водою. По можливості варто промити/закапати 30% розчином альбуциду (сульфацилу натрію).

Вживши заходи екстреної профілактики, необхідно звернутися до фахівця з ВІЛ-інфекції (у регіональний СНІД-Центр), щоб з його допомогою ухвалити рішення про початок медикаментозної профілактики.

Другою складовою навчальної програми є рольова гра, в якій закріплюються знання щодо джерел та механізмів зараження ВІЛ/СНІД. Для гри використовуються картинки, що відображають людей різних соціальних та професійних груп: чоловік, молодий чоловік, чоловік – клієнт комерційного сексу, жінка, вагітна жінка, чоловік, що має секс з чоловіками, жінка комерційного сексу, лікар, жінка-породілля, медсестра, міліціонер, немовля, споживач ін'єкційних наркотиків.

Вищезазначені картинки роздаються слухачам першої підгрупи, які стають напів-колом. Другій підгрупі роздаються картинки, що відображають шляхи передачі ВІЛ: незахищений гомосексуальний контакт, грудне вигодовування, медичний та косметологічний інструмент, внутрішньоутробна передача від матері до дитини, незахищений гетеросексуальний контакт, хірургічні та стоматологічні маніпуляції, переливання крові, шприц для вживання наркотиків.

Окремо робиться картка – ВІЛ-інфікованої особи (зірочка), яка видається одному з учасників першої групи.

Рольова гра полягає в наступному: учасники другої групи (шляхи передачі ВІЛ) мають вибрати двох чи більше учасників першої групи, один з яких має позначку носія ВІЛ та утворити ланцюг, що демонструє можливий шлях інфікування.

Наприклад: картка носія ВІЛ знаходиться у споживача ін'єкційних наркотиків. Можливе утворення декількох ланцюгів передачі: (1) через використаний шприць до міліціонера під час обшуку та затримання, при (2) гомосексуальному та (3) гетеросексуальному контакті, (4) при переливанні крові до реципієнта, (5) при виконанні хірургічних маніпуляцій. І це лише в первинному колі.

Таких ланцюгів може бути побудовано декілька, щоразу змінюючи учасника з картою носія ВІЛ.

Після відпрацювання теми первинного ланцюга можлива гра з побудови вторинних ланцюгів інфікування: від носія вірусу чоловіка – до жінки, жінка вагітніє та передає вірус новонародженому трансплацентарно чи при грудному вигодовуванні, можливе інфікування медсестри при проведенні тих чи інших маніпуляцій з породіллею тощо.

Побудова таких ланцюгів надає можливість наочно, в ігровій формі засвоїти інформацію щодо небезпеки зараження ВІЛ/СНІД.

Третьою складовою програми є практичне заняття щодо методів екстреної профілактики при небезпеці зараження ВІЛ/СНІД.

Для цієї гри необхідними є наступні матеріали: 5% розчин йоду, 3% розчин перекису водню, 30% альбucid (сульфацил натрію), 0,05% розчин хлоргексидину біглюконату (гібітану) або 0,01% розчин мірамістину (септикому), вата, мило туалетне, серветки вологі та серветки сухі. Всі матеріали викладаються на столі. Учасникам пропонуються картки з різними ситуативними завданнями, наприклад:

1. Проводячи особистий огляд особи, що підозрюється в немедичному вживанні наркотиків, Ви раптово поранили палець руки. Ваші дії?

2. Ви мали секс з партнером, який достеменно не знає свій ВІЛ-статус. При цьому презерватив розірвався. Ваші дії?

3. При затриманні правопорушника Вам в очі потрапили краплі його крові. Ваші дії?

4. При наданні першої допомоги Вам на неушкоджені ділянки шкіри рук потрапили краплі крові потерпілого. Ваші дії?

5. При затриманні повії вона плюнула вам в обличчя. Ваші дії?

Виконуючи завдання, слухач повинен визначити ризик зараження ВІЛ/СНІД та вибрати з запропонованих матеріалів необхідні для проведення екстреної профілактики та зімітувати дії, що викладені в лекційному матеріалі (розділ 3).

На нашу думку, запропонована методика проведення занять дозволяє в простій, доступній формі подати всю необхідну інформацію, а використання наочного матеріалу та проведення рольової гри сприяє найбільш повноцінному засвоєнню матеріалу та практичному відпрацюванню всіх необхідних дій щодо збереження власного здоров'я.

ПОНЯТТЄВИЙ АПАРАТ

1. **Антиретровірусна терапія (АРВ)** – специфічне лікування ВІЛ-інфекції, спрямоване на максимальне пригнічення реплікації ВІЛ в організмі, яке призводить до відновлення клітин імунної системи і покращання стану/якості життя хворого та продовження тривалості життя. Антиретровірусна терапія розглядається як етіотропна терапія ВІЛ-інфекції.

2. **Медичне обстеження** – обстеження особи у стаціонарних умовах з метою встановлення діагнозу «наркоманія».

3. **Медичний огляд** – амбулаторний огляд особи з метою встановлення стану наркотичного сп'яніння.

4. **СНІД або Синдром набутого імунodefіциту** – тяжке інфекційне захворювання, спричинене вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), який уражає імунну систему людини, знижуючи при цьому протидію організму захворюванням.

5. **Цільова оперативно-профілактична операція «Батискаф»** – комплекс оперативно-розшукових та профілактичних заходів, що здійснюють органи та підрозділи внутрішніх справ за відповідним планом і спрямовані на недопущення витоку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів з місць їх легального обігу.

6. **Цільова оперативно-профілактична операція «Генофонд»** – комплекс оперативно-розшукових та профілактичних заходів, що здійснюють органи та підрозділи внутрішніх справ за відповідним планом і спрямовані на недопущення розповсюдження наркотичних засобів та психотропних речовин у навчальних закладах та прилеглий до них території.

7. **Цільова оперативно-профілактична операція «Мак»** – комплекс оперативно-розшукових та профілактичних заходів, що здійснюють органи та підрозділи внутрішніх справ за відповідним планом і спрямовані на посилення протидії правопорушенням, пов'язаних з незаконним обігом наркотичних засобів.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ДО РОЗДІЛУ

1. Визначіть поняття та сутність загальної профілактики незаконного обігу наркотиків, що запроваджується органами внутрішніх справ.

2. Охарактеризуйте методи загальної профілактики незаконного обігу наркотиків, які запроваджуються органами внутрішніх справ.

3. Окресліть ознаки, які свідчать про вживання особою наркотиків.

4. Розкрийте сутність та напрями загальної профілактики незаконного обігу наркотиків, що запроваджується органами внутрішніх справ.

5. Охарактеризуйте види комплексних профілактичних відпрацювань, які спрямовані на протидію незаконному обігу наркотиків, та запроваджуються органами внутрішніх справ.

6. Визначіть основні напрями індивідуальної профілактики незаконного обігу наркотиків, що запроваджується органами внутрішніх справ.

7. Розкрийте сутність індивідуальної антинаркотичної профілактичної роботи працівників органів внутрішніх справ.

8. Охарактеризуйте явище перенаправлення наркоспоживачів як один із ключових елементів індивідуальної антинаркотичної профілактики працівників органів внутрішніх справ.

9. Розкрийте основні напрями взаємодії органів внутрішніх справ з громадськими організаціями щодо профілактики злочинів, що вчиняються у сфері незаконного обігу

наркотиків.

10. Розкрийте сутність заключення угод (договорів) між органом внутрішніх справ та громадськими організаціями.

11. Охарактеризуйте поняття «синдром набутого імунodefіциту» та «вірус імунodefіциту людини»; визначіть шляхи передачі ВІЛ.

12. Визначіть основні заходи надання першої допомоги та екстренної профілактики, пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ.

13. Рокрийте основні складові організації навчання працівників ОВС щодо профілактики інфікування ВІЛ та іншими трансмісійними інфекціями при виконанні службових обов'язків.

ТЕМИ РЕФЕРАТІВ

1. Порядок створення та напрями діяльності громадських спостережних рад з питань протидії наркоманії при підрозділах боротьби з незаконним обігом наркотиків.

2. Зарубіжний досвід діяльності правоохоронних органів щодо здійснення індивідуальної профілактики незаконного обігу наркотиків.

3. Можливості громадських організацій у здійсненні індивідуальних антинаркотичних профілактичних заходів.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ

1. Сучасні підходи до індивідуальної антинаркотичної профілактики.

2. Діяльність підрозділів громадської безпеки у здійсненні індивідуальної профілактики незаконного обігу наркотиків.

ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ДО РОЗДІЛУ

1. Александров Ю. В. Кримінологія: Курс лекцій / Ю. В. Александров, А. П. Гель, Г. С. Семаков. – К : МАУП, 2002. – 296 с.
2. Антинаркотична профілактика в молодіжному середовищі : практ. посіб. – К.: НАВСУ, 2004. – 124 с.
3. Антинаркотична профілактика в навчальних закладах: Методичні рекомендації / Д.Й. Никифорчук, В. Г. Панок, О.М. Стрільців. – К., Парламентське видавництво, 2004. – 64 с.
4. Вплив програм замісної підтримуючої терапії на криміногенну ситуацію у державі: аналітичний звіт за результатами наукового дослідження / О.М. Джужа, О.М. Стрільців, С.В. Дворяк та ін. ; за ред. О.М. Джужі. – Харків: Права людини, 2012. – 82 с.
5. Джужа О.М. Кримінологія: Навчальний посібник / [О.М. Джужа, В. В. Василевич, О. Г. Колб та ін.]; за заг. ред. О.М. Джужі. – К.: Атіка, 2010. – 311 с.
6. Загальносоціальна та спеціальна профілактика наркоманії та ВІЛ/СНІДу: Навч.-метод. посіб. // [О. М. Джужа, О. Ф. Гіда, Г. І. Піщенко, С. М. Корецький]. – К., 2004. – 79 с.
7. Концепція Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки: Затв. розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 травня 2008 р. №728-р. // Офіційний вісник України. – 2008. – № 37. – Ст.1240.
8. Концепція реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки: схвалено розпорядженням Кабінету міністрів України від 13.09.2010 року №1808-р. – Офіційний вісник України. – 2010. – № 70. – с. 41. – Ст. 2533.
9. Кримінологічна віктимологія: Навчальний посібник / [Є. М. Моїсєєв, О. М. Джужа, В. В. Василевич та ін.]; За заг. ред. проф. О. М. Джужі. – К.: Атіка, 2006. – 352 с.
10. Кримінологія: Загальна та Особлива частини: підручник для студентів юрид. спец. ВНЗ // За заг. ред. В. В. Голіні ; МОН України, Націон. юрид. акад. ім. Ярослава Мудрого. – Харків, 2010. – 286 с.
11. Кримінологія: підручник для студентів ВНЗ // За заг. ред. Л. С. Сміяна, Ю. В. Нікітіна ; МОН України, Націон. акад. управ. – К., 2010. – 495 с.
12. Нагорна А.М. Профілактика наркоманії серед підлітків / А. М. Нагорна, В. В. Беспалько. – К., 2001. – 168 с.
13. Наркологія [Текст]: навч. посіб. / [Западнюк Б. В., Несен О. О., Галан Н.В. та ін.]; за ред. О. М. Джужі. – К.: КНТ, 2012. – 328 с.
14. Павленко Р.М. Попередження незаконного виробництва наркотичних засобів і психотропних речовин підрозділами Міністерства внутрішніх справ України : монографія // МВС України, НАВСУ. – К., 2005. – 250 с.
15. Питання сучасної наркополітики України: права людини та доступ до лікування / [А. П. Толопіло, С. П. Швець, О. М. Стрільців та ін.] // Одеська правозахисна група «Верітас». – Харків: Права людини, 2012. – 94 с.
16. План заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки: затвердж. розпорядженням Кабінету Міністрів України від 6 серпня 2008 р. № 1068-р. – Урядовий кур'єр від 08.12.2010. – № 230.

17. Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу: Затв. наказ. Мін-ва України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України від 17 листопада 2006р. // Офіційний вісник України. – 2006. – № 51. – Ст. 3436.

18. Поступной А. Н. Профилактика наркомании среди «детей улицы» в Украине / А. Н. Поступной, Т. Н. Чернецкая, М. Ю. Довгопол // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Сост. И. П. Рущенко. — Харьков: Финарт, 2002. — 240 с.

19. Права людини у діяльності міліції в контексті протидії поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу: Навч. посіб. / [В.М. Бесчастний, ред., К.С. Колесник, А.М. Бабенко та ін.] // МВС України. Донецький юрид. ін-т. Луганського ДУВС ім. Е.О. Дідоренка. – Донецьк: 2009. – 132 с.

20. Права людини. Робота працівників міліції з особами, які живуть з ВІЛ/СНІД та особами, які вживають наркотики. Метод рекомендації // [Гончарова І.О., Домбровський С.П., Никифорчук Д.І. та ін.]. – К.: МФ «Відродження», 2009. – 62 с.

21. Примусове лікування від наркоманії: за і проти (кримінально-правове та криміналістичне дослідження): монографія / О. В. Юношев // Донецький юрид. ун-т. Луганський держ. ун-т внутр. справ. – Донецьк, 2007. – 255 с.

22. Про запобігання захворювання на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України від 12 грудня 1991 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 11. – ст. 152.

23. Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади : наказ МОЗ України від 8 жовтня 2001 р. № 397 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 10. – С. 258. – Ст. 493.

24. Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 серпня 2008 року № 476.

25. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними: Закон України від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 10. – Ст. 62.

26. Про заходи щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади : наказ МОЗ України, МВС України від 19 грудня 2000 р. № 346/877 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 6. – С. 133. – Ст. 247.

27. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори (із змінами та доповненнями): Закон України від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 10. – Ст. 60.

28. Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей Закон України від 24 січня 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – № 6. – Ст. 35.

29. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 р. / Відомості Верховної Ради України. – 2000 – № 19. – Ст. 143.

30. Профілактика злочинів: Підручник / [О. М. Джужа, В. В. Васинович, О. Ф. Гіда та ін.] ; За заг. ред. докт. юрид. наук, проф. О. М. Джужи. – К.: Атіка, 2011. – 720 с.

31. Профілактика наркоманії серед підлітків / А. М. Нагорна, В. В. Беспалько. – К., 2001. – 168 с.

32. Профілактика ризикованої поведінки в учнівському і студентському середови-

щі: Методичні рекомендації / За ред. В. Г. Панка. – К.: Ніка-Центр, 2004. – 252 с.

33. Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року: схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 серпня 2013 р. № 735-р // Офіційний вісник України. – 2013 р. – № 76. – С. 270. – Ст. 2829.

34. Супутник офіцера відділу боротьби з наркотиками / Харпер Пол, Делрімпл Стів. – Лондон, 1997. – 196 с.

