

контрабандных поставок наркотиков опийной группы из запасов, накопленных преступными группировками в прежние годы.

Таким образом, необходимо заключить, что, во-первых, героин становится менее актуальным среди потенциальных потребителей, поскольку при достаточно высокой стоимости его прием внутривенно не в полной мере отражает потребность молодежи потреблять наркотики иным способом (например, путем курения). Во-вторых, принимаемые правоохранными органами Российской Федерации меры по противодействию наркопреступности являются адекватными имеющимся вызовам и угрозам. В-третьих, незаконный оборот наркотиков опийной группы – это общемировая проблема, которую нельзя решить мгновенно, а только совместными усилиями в рамках международного сотрудничества.

Харабет К.В.,

кандидат юридических наук, доцент

Фонд содействия научным исследованиям в области обеспечения безопасности человека им. проф. А.А. Тер-Акопова (г. Москва)

К вопросу предупреждения наркотизма среди комбатантов и иных лиц, подвергшихся воздействию посттравматического стрессового расстройства

Многолетние исследования¹ убедительно свидетельствуют о наличии прямой корреляции между последствиями посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и наркотизмом (правонарушениями, включая преступления, связанные с немедицинским потреблением наркотиков и иных психоактивных веществ (ПАВ), а также действиями по их незаконному обороту), равно как и другими видами негативных социальных отклонений (преступностью, суицидальным поведением, пьянством и алкоголизмом, агрессивным поведением и др.).

В связи с тем, что основным источником ПТСР априори являются широкомасштабные военные действия, их прекращение повлечет за собой и исчезновение первопричины массовой боевой психологической травмы посттравматического стрессового расстройства. Также на интенсивность и массовость присутствия в обществе и его вооруженных силах «фактора ПТСР» будут оказывать такие обстоятельства, как успешность военно-политического исхода вооруженного конфликта (войны) для конкретной страны, способность государства и общества

¹ Антонян Ю.М. Наука криминология. М., Юрлитинформ, 2015; Военная психиатрия / под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. СПб.: ВмедА, 2001; Снедков Е.В. Боевая психическая травма : автореф. ... докт. мед. наук. СПб., 1997. С. 10-40.

своевременно купировать (смягчить) негативные последствия ПТСР и др.

Остановимся на некоторых общих наблюдениях.

1. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – психолого-психиатрическое последствие экстремальных ситуаций (МКБ-10), которое развивается у комбатантов и иных лиц, переживших экстремальную ситуацию, катастрофу глобального или личного характера («синдром солдатского сердца», «синдром концлагерей», «синдром изнасилованных, «вьетнамский синдром» и др.¹); психическая травма приводит к распространенности ПТСР в группах риска в 73-92% (военнослужащие, беженцы, врачи, волонтеры и др.); у военнослужащих, принимавших участие в зоне боевых действий, распространенность ПТСР составляет от 3 до 12%; данное состояние характеризуется повышенной возбудимостью, ранимостью и раздражительностью, повышенной агрессивностью; сновидениями «боевого» характера, ощущением собственной вины, навязчивыми воспоминаниями, страхом. Выявлены особенности характера и биологическая предрасположенность, личностные расстройства и психические нарушения, увеличивающие силу воздействия стрессора. В психиатрии рассматриваются сверхострое, острое, хроническое и отсроченное ПТСР. На фоне ПТСР у комбатантов чаще всего развиваются алкоголизм и немедицинское потребление психоактивных веществ, социальное отчуждение, суицидальное поведение (покушения и законченный суицид), а также проявления криминальной агрессии; личностные изменения в виде психопатического развития; существенные нарушения (или замедление) социальной адаптации.

Как правило, 30% больных с ПТСР полностью выздоравливают, 40% остаются с незначительными нарушениями².

2. 100% опрошенных российских военнослужащих, проходивших военную службу в Таджикистане и в Чечне, в исследованиях автора 2001 и 2002 гг. указали в качестве одной из основных причин (как правило, опрашиваемые называли несколько причин) распространения потребления наркотиков (растительного происхождения гашишной и опийной групп) «психологические факторы, стрессовое состояние, в котором длительное время (свыше 6 месяцев) находятся военнослужащие. Ранее, в 70-е годы, на серьезное «катализирующее» влияние фактора ПТСР в отношении роста наркотизма среди военнослужащих указывалось в военно-медицинских исследованиях американских врачей, впервые столкнувшихся с массовым вовлечением в наркотизацию

¹ Теория и практика западной военной психологии / под общ. ред. С.Э. Зверева. Спб.: Алетейя, 2021.

² Военная психиатрия.

военнослужащих подразделений, участвовавших в агрессивной войне во Вьетнаме на рубеже 60-70-х гг. Было установлено, что длительное пребывание под «прессом гнетущих обстоятельств» выступает побудительным мотивом употребления наркотиков у значительной части выявленных потребителей ПАВ среди военнослужащих. В настоящее время по некоторым данным в структуре комплекса криминогенных ситуаций воздействие последствий ПТСР занимает одно из главенствующих мест. Психотравмирующее воздействие, обусловленное характером решаемых задач и сложностью обстановки, приводит военнослужащих к поиску способов снятия стресса, в числе которых оказываются ПАВ (алкоголь и наркотики).

Также исследованиями установлено, что употребление наркотиков и иных ПАВ в ходе боевых действий на территории Чечни дополнительно превратилось в социальный маркер групповой принадлежности. В первую очередь это относилось к специальным подразделениям, выполняющим задачи в особых условиях: употребление наркотиков военнослужащими данных подразделений нередко являлось частью так называемой «психологической подготовки» к выполнению боевых задач. Публикации в зарубежных СМИ последних лет указывают на популярность среди военнослужащих, находящихся в зоне боевых действий, синтетических психостимуляторов в качестве «боевых наркотиков», а также использования с этой целью опаснейшего для организма мефедрона и его производных, с одной стороны, притупляющих чувство «опасности-страха», с другой стороны, провоцирующих на безмотивную агрессию, в том числе сексуального характера. Ранее, в гитлеровской Германии в годы Второй мировой войны летчики ВВС активно использовали таблетки первитина в целях получить многочасовую активность в боевых условиях и др. Применение военнослужащими психостимуляторов с санкции командования при исполнении боевых задач в последние десятилетия неоднократно зафиксировано в вооруженных силах стран НАТО¹.

Пристрастие к ПАВ, приобретенное военнослужащими в районах боевых действий, как правило, не прекращается после окончания службы в армии и нередко по истечении времени даже усиливается.

Согласно данным социологических исследований, почти половина военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях в Афганистане и Чечне, жалуются, что не могут найти взаимопонимание ни в обществе, ни в семье. Около 30% бывших «афганцев» «на гражданке» расторгли брак. Каждый четвертый опрошенный заявил, что испытывает трудности при общении в трудовом коллективе, а каждый второй менял место работы по 3-4 раза за короткий промежуток

¹ Теория и практика западной военной психологии.

времени. По данным военных врачей, около 30% участников вооруженных действий в Афганистане и более 70% участников чеченских событий по их окончании длительное время (от 6 месяцев до 2-3 лет) ощущали воздействие последствий ПТСР, сопровождаемых приступами страха, тревоги, эмоциональной напряженностью и эмоциональной обеспокоенностью, повышенной агрессивностью и вспышками гнева, что приводит к нарастанию случаев девиантного и правонарушающего поведения, в том числе и наркотизма.

Военнослужащие, участвовавшие в контртеррористической операции в Чеченской республике и получившие боевую психическую травму, потенциально наиболее подвержены наркопотреблению, нежели сослуживцы без опыта боевых действий. Согласно военно-медицинским исследованиям¹, осуществленным на основе изучения «афганского» (1982-1989 гг.) и «чеченского» (1995-1996 гг.) событий, имела место следующая характеристика наркотизации военнослужащих с ПТСР:

- доля военнослужащих (рядовой состав, сверхсрочнослужащие, прапорщики и офицеры) с аддиктивным поведением (включая заболевание наркоманией), составила 28,6% (среди лиц, получивших ПТСР), из них 74,4% – лица, злоупотребляющие наркотиками (без признаков заболевания);

- структура потребления наркотиков: гашиш (62,3%), опиаты (18,5%), сочетание гашиша и опиатов (19,2%);

- в первые месяцы по прибытии к месту боестолкновений начинали употреблять наркотики не только военнослужащие, имевшие соответствующий опыт до службы в армии (25,4%), но и не имевшие наркоопыта. Из числа последних начали употреблять наркотики в первые полгода службы в условиях театра военных действий 54,9 %, в течение последующих шести месяцев – 25,7%, последующем полугодии – 15,9%. Чем дольше военнослужащие находились в боевой обстановке, тем меньше среди них оставалось лиц, негативно оценивавших наркотизацию и ее последствия;

- продолжительность военной службы влияет на выбор принимаемого наркотика. При службе в боевой обстановке до 6 месяцев: в 58% случаев употреблялся гашиш, в 33% – опиаты, в 33% – гашиш и опиаты вместе; до 12 месяцев: гашиш – в 53%, опиаты – в 27%; до 18 месяцев: опиаты – 67%, гашиш и опиаты – 11%. Таким образом, по мере продолжения военной службы в особых условиях возрастала доля потребителей более сильных и опасных наркотиков (опиатов, включая синтетические).

¹ Снедков Е.В. Указ. соч.; Военная психиатрия.

Исследования указывают на наличие, помимо влияния последствий ПТСР в качестве самодостаточного фактора наркотизации военнослужащих, действие иных криминогенных факторов социально-психологического характера, таких как «длительное нахождение военнослужащего вдали от родных мест», «прохождение военной службы в наркоопасном регионе и активность местного наркобизнеса.

По данным американских и английских исследований, немалое количество военнослужащих, неоднократно направлявшихся в командировки для участия в боевых действиях в Ираке (2003-2005 гг.) и Афганистане (2008-2014 гг.), у которых развился посттравматический синдром, были вынуждены принимать сильнодействующие антидепрессанты (лекарственные наркотические препараты), как правило, вне медицинского контроля, что потребовало от командования принятия мер по усилению профилактического и реабилитационного контроля за данной категорией военнослужащих¹.

3. Экстраполируя на настоящий и будущий периоды научный анализ исследуемых событий прошлого, используя собственный многолетний экспертный опыт в данной области (с 1987 г.), автор предлагает некоторые выводы.

За период специальной военной операции начиная с 2022 г. и по настоящее время воздействие ПТСР испытали на себе, по-видимому, десятки тысяч российских военнослужащих, при этом ее негативные последствия (в виде наркотизма, суицидов, психосоматических заболеваний, агрессий, пьянства и алкоголизма, правонарушающего поведения) могут проявиться и в последующие годы, после завершения СВО. На распространенность последствий ПТСР (в контексте наркопроблематики) будут оказывать существенное влияние: качественное лечение; желательно удаление военнослужащего из ТВД; наличие оперативной комплексной психолого-медицинской помощи и реабилитации; внимание к социально-психологическим проблемам военнослужащих, подвергшихся воздействию ПТСР; фактор довоенного опыта наркопотребления и др. Отсутствие комплекса эффективных мер с высокой долей вероятности приведет в ближайшие годы к росту различных форм правонарушающего поведения, прежде всего агрессии, а также аддиктивного поведения, суицидов и пр.

Предупреждение и профилактика медико-социальных последствий ПТСР (и наркотизма – как опасного из них) потребуют: 1) содержательной комплексной духовно-нравственной, психологической и иной подготовки военнослужащих и приравненных к ним лиц (в составе контингентов и индивидуально), потенциально подверженных ПТСР; 2) обеспечения максимально возможной в конкретных условиях

¹ Теория и практика западной военной психологии.

своевременной помощи пострадавшим, желательное перемещение их из зоны боевых действий; 3) организации междисциплинарных исследований медико-социального феномена, в том числе с привлечением инструментария военной медицины, военной психологии и психиатрии, военной криминологии и девиантологии; 4) установления «феноменологии» (масштабов) распространенности ПТСР в современных условиях, скрининговых и иных полевых исследований, мониторинга ситуации с ПТСР; 5) широкого развертывания системы специализированных медицинских центров, в том числе реабилитационных, для действующих и уволенных военнослужащих и иных лиц, получивших ПТСР при несении службы (проживании) в особых условиях; 6) разработки организационно-правовых мер по созданию системы социально-медицинской поддержки населения, пострадавшего от ПТСР (комбатантов и не комбатантов) в современных условиях и др. В этих целях целесообразно использовать опыт Великой Отечественной войны и послевоенного времени, а также войн и вооруженных конфликтов последних десятилетий, в первую очередь нахождения ограниченного контингента Советской армии в Республике Афганистан (1979-1989 гг.) и контртеррористической операции на территории Чеченской республики (1994-2002 гг.) и др.

В целях исключения риска поступления в управленческие структуры на руководящие и иные должности лиц с последствиями ПТСР или признаками опасного девиантного поведения в рамках реализации государственной политики формирования «новой элиты» из числа бывших военнослужащих, находившихся в зоне боевых действий, рекомендовать Государственному фонду «Защитники Отечества» совместно с Военно-социальным центром Минобороны разработать и внедрить программу в систему государственной и муниципальной службы, включающую скрининг, выявление и недопущение к назначению на соответствующие должности (включение в кадровый резерв) указанных лиц, не прошедших социально-медицинской и иной реабилитации, до их полноценного лечения и качественной реабилитации.