

## Правовые проблемы недобровольного наркологического лечения алкоголизма

БЕРЗИН В.А.

к.юр.н., докторант кафедры конституционного и муниципального права  
Российского университета Дружбы народов

*Статья посвящена вопросам и проблемам недобровольного наркологического освидетельствования и недобровольного наркологического лечения. Вопрос рассмотрен с конституционно-правовой точки зрения. Рассмотрен конфликт между правами и свободами алкоголика, который отказывается добровольно проходить такое лечение, и правами членов семей таких лиц, всего общества в целом.*

*Ключевые слова: недобровольное наркологическое лечение, недобровольное наркологическое освидетельствование, алкоголизм, права человека*

### Введение

Одной из существенных причин демографического кризиса в Российской Федерации в настоящее время многими экспертами называется чрезмерно высокий уровень потребления алкоголя, представляющий реальную угрозу здоровью населения, социально-экономическому развитию страны, правопорядку и демографическому развитию. При этом главным фактором сверхсмертности является катастрофически высокий процент смертей, непосредственно связанных с потреблением алкоголя (отравления, травмы) или вызванных заболеваниями, причинами которых является злоупотребление алкоголем (сердечно-сосудистые, инфекционные и т.д.) [1].

Зарубежный опыт борьбы с алкоголизмом (Польша, стран Скандинавии и др.) свидетельствует, что в решении проблем, связанных со злоупотреблением алкогольными напитками, наиболее эффективным оказывается пакет стратегий, среди которых названы:

- расширение доступности и повышение эффективности способов лечения алкогольной зависимости и совместной зависимости, а также курсов краткосрочной терапии для лиц, злоупотребляющих алкоголем;

- надзор за соблюдением правовых процедур контроля за лицами, чье поведение может нанести вред (в частности, пьяными водителями, лицами, совершающими насилие, и лицами, употребляющими алкоголь на рабочем месте).

Действительно, отечественная и зарубежная практика показывает, что важнейшим аспектом и, одновременно, направлением государственной политики в области профилактики алкоголизма и чрезмерного употребления алкогольных напитков, борьбы с алкоголизмом являются наркологическое освидетельствование и наркологическое лечение, в том числе в их недобровольных формах (также используется термин *принудительное наркологическое лечение*).

Проблема поиска результативных методов и способов терапии, организации медико-социальной помощи при синдроме алкогольной зависимости, приводящей к их выраженной социальной дезадаптации и антисоциальной активности, как, впрочем, и при наркоманиях, отмечает В. Менделевич, остается одной из наиболее важных и сложных проблем современной российской наркологии [2].

Тем более, как справедливо отмечает Е. Цымбал, даже Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (что уж говорить о лечении алкоголизма, которому вообще не посвящен ни один закон!) не создает нормативно-правовой базы для оказания наркологической помощи. Указанный автор мотивирует это следующими обстоятельствами:

- предметом правового регулирования Закона является оборот наркотических средств и психотропных веществ, а не оказание медицинской помощи наркологическим больным;

- вне области правового регулирования Закона оказались наиболее распространенные виды наркологической патологии — алкоголизм и токсикомания;

- вопросам организации наркологической помощи в Законе уделено недостаточное внимание (6 из 59 статей), поэтому многие важные проблемы лечения больных наркоманией и после принятия Закона остались неурегулированными;

- многие статьи, в которых рассматривается порядок оказания медицинской помощи больным наркоманией, имеют бланкетный (отсылочный) характер. Так, п. 5 ст. 44 и ст. 56 Закона устанавливают, что порядок медицинского освидетельствования лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они больны наркоманией или находятся в состоянии наркотического опьянения, а также порядок медицинского наблюдения и учета больных наркоманией определяются федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. Тем самым вопросы, непосредственно затрагивающие граж-

данские права и свободы больных наркоманией, регулируются не Законом, а решением федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, что вряд ли допустимо [3].

Вопросы правовой возможности, обоснованности, целесообразности и эффективности недобровольного освидетельствования и недобровольного лечения сегодня активно обсуждаются в научном сообществе применительно как к проблеме наркомании, так и к проблеме алкоголизма [2, 4—16]. При этом существуют с достаточной степенью обоснованные позиции как за введение и развитие принудительного лечения, так и против этого.

Считаем обоснованным рассмотрение основных подходов в этой дискуссии.

### **1. Формы недобровольного наркологического лечения. К вопросу о дефинициях**

Унифицированного терминологического обозначения недобровольного наркологического лечения не существует, как различия и сочетания различных форм такого лечения, а равно основания и правовые процедуры вынесения решений об их проведении.

Терминологически они обозначаются как изоляция «дефективных правонарушителей», принудительное лечение алкоголиков, социальное восстановление наркоманов (США), превентивное заключение, запрет антисоциального поведения (Англия), меры надзора и содействия (Франция), меры исправления и безопасности (ФРГ) [17].

В самом общем виде, в юридическом смысле под принудительным лечением понимается терапия больных, признанных судом невменяемыми в специализированных медицинских учреждениях. *Недобровольной* обозначается госпитализация больного с тяжелыми психическими расстройствами в стационар в случае их опасности для него самого или для окружающих [2].

Среди форм недобровольного наркологического лечения выделяют:

- оказание неотложной медицинской помощи в случае вызванной употреблением алкогольных напитков и угрожающей жизни больного интоксикации и его способности руководить своими действиями, отдавать отчет в своих действиях;
- недобровольный компонент смешанной формы наркологического лечения, когда добровольное в смысле изначального волеизъявления больного его лечение включает в себя заранее предусмотренные меры принуждения;
- принудительное (обязательное) наркологическое лечение, назначенное (продолженное) по решению суда;

- альтернативный уголовному наказанию вид наркологического лечения алкоголизма.

Вкратце рассмотрим эти формы, частично обратившись к сопутствующим им проблемам.

*1.1. Оказание неотложной медицинской помощи в случае вызванной употреблением алкогольных напитков и угрожающей жизни больного интоксикации и его способности руководить своими действиями, отдавать отчет в своих действиях*

В этом случае больной принудительно госпитализируется в стационар именно в связи с его опасностью для себя и окружающих.

В соответствии со ст. 29 «Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке» Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. №3185-1 (с последующими изменениями), лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

За рубежом, в странах романо-германской системы права, основная цель мер безопасности — превенция «опасного состояния» лица, совершившего общественно опасное деяние. Это достигается либо посредством его ресоциализации, либо посредством изоляции от общества.

Общие основания назначения мер безопасности по законодательству Франции — совершение лицом, страдающим психическими расстройствами, общественно опасного деяния и опасность совершения им нового преступного деяния. К лицам, страдающим алкоголизмом и представляющим опасность для окружающих, меры безопасности могут быть применены и до совершения противоправных деяний [17].

При этом законодательство зарубежных стран содержит определенные гарантии против произвола чиновников в отношении направляемых на принудительное наркологическое лечение лиц.

Как отмечает Б.А. Казаковцев, в Австрии при недобровольном помещении в стационар руководитель психиатрического учреждения или его заместитель

обязаны после констатирования установленных законом оснований для изоляции пациента незамедлительно проинформировать окружной суд по месту нахождения больницы, а также организацию по защите прав пациентов («уполномоченных по правам пациентов»). Недобровольно помещаемое в стационар лицо имеет право на оповещение его близких, а также доверенных адвокатов или нотариуса о его изоляции. В период пребывания пациента в стационаре на него налагаются ограничения в свободе передвижения в здании, а также, в случае необходимости, предусматривается возможность пристегивания ремнями к кровати. Пациент, однако, может лично либо через своего представителя или уполномоченного по правам пациентов обратиться в суд с просьбой проверить целесообразность использования таких мер. Суд должен незамедлительно отреагировать на запрос. Ограничительные меры считаются оправданными, если существует реальная опасность для жизни и здоровья пациента и окружающих [18].

По существу, эта форма недобровольного наркологического лечения учитывает тяжесть психической патологии, ограничивающей возможность осознанного волеизъявления, и приоритет интересов больного [3], предупреждает совершение им уголовно или административно наказуемых деяний, ограждая такое лицо и окружающих его лиц от совершения им опасных поступков.

*1.2. Недобровольный компонент смешанной формы наркологического лечения, когда добровольное в смысле изначального волеизъявления больного его лечение включает в себя заранее предусмотренные меры принуждения*

Например, заранее оговоренная с пациентом невозможность прерывания им курса наркологического лечения или определенных этапов такого лечения.

*1.3. Принудительное (обязательное) наркологическое лечение, назначенное (продолженное) по решению суда*

Так, в соответствии со ст. 18 «Применение к осужденным мер медицинского характера» Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации №1-ФЗ от 8 января 1997 г. (с последующими изменениями), к осужденным к ограничению свободы, аресту, лишению свободы, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний, по решению суда применяются принудительные меры медицинского характера. Если во время отбывания указанных в части первой настоящей статьи видов наказаний будет установлено, что осужденный страдает психическим расстройством, не исключающим вменяемости, которое связано с опасностью для себя или других лиц, администрация учреждения, исполняющего указанные виды наказаний, направляет в

суд представление о применении к такому осужденному принудительных мер медицинского характера. К осужденным к наказаниям, указанным в части первой настоящей статьи, больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, учреждением, исполняющим указанные виды наказаний, по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение.

В законодательстве Англии закреплена в отношении преступников, страдающих алкоголизмом, наркоманией, такая мера, как помещение лица в специальное заведение. Суд вправе направить лицо, больное алкоголизмом, в подобное заведение при наличии следующих условий: во-первых, лицо должно быть осуждено за преступление, преследуемое по обвинительному акту, и признано «привычным пьяницей», во-вторых, преступление совершено под влиянием опьянения. Федеральному законодательству США также известна превентивная мера в отношении преступников, страдающих наркоманией, алкоголизмом. Эти лица могут быть подвергнуты принудительной изоляции и лечению в специальном медицинском учреждении, срок нахождения в котором засчитывается в срок наказания. В качестве меры безопасности, применяемой в некоторых штатах США, выступает изоляция от общества «дефективных правонарушителей». Основанием для назначения подобной меры служит наличие умственных дефектов, отклонение в психическом состоянии, в результате которых лицо склонно к совершению преступлений и потому опасно для общества. Признание лица «дефективным правонарушителем» сопровождается его осуждением, назначением наказания и направлением в специальное учреждение на неопределенный срок [17].

Представляет интерес реализованный в законодательстве ФРГ подход относительно оснований, условий и порядка помещения в лечебное учреждение, специализирующееся на лечении от алкогольной и наркотической зависимости (§64 Уголовного кодекса ФРГ) и относительно конкуренции мер лечения и уголовного наказания (§67 Уголовного кодекса ФРГ).

В соответствии с п.1 §64 Уголовного кодекса ФРГ (с учетом решения Федерального конституционного суда ФРГ от 13 марта 1994 г., в новой редакции, введенной Федеральным законом ФРГ от 16 июля 2007 г.), если кто-либо склонен к чрезмерному употреблению алкогольных напитков или одурманивающих средств и осужден за противоправное деяние, совершенное в состоянии опьянения или связанное с этой склонностью, или не осужден за это деяние только потому, что его невменяемость доказана или не исключена, то суд должен назначить его помещение в лечебное учреждение, специализирующееся на лечении от алкогольной и наркотической зависимости, если угрожает опасность, что вследствие этой

склонности он будет в дальнейшем совершать серьезные противоправные действия. Пункт 2 указанного параграфа определяет, что назначение этой меры осуществляется только в том случае, если существует достаточная конкретная вероятность того, что лечение данного лица в учреждении, специализирующемся на лечении от алкогольной и наркотической зависимости, приведет к его исцелению или к предотвращению на длительный период рецидива зависимости данного лица, а также к удержанию его от совершения существенных противоправных действий, связанных с этой склонностью [19].

При этом, согласно п.1 §67 Уголовного кодекса ФРГ, если помещение в специализированное учреждение в соответствии с §64 назначено наряду с наказанием в виде лишения свободы, то исполнение принудительной меры (наркологического лечения) осуществляется *перед* исполнением наказания [19].

#### *1.4. Альтернативный уголовному наказанию вид наркологического лечения алкоголизма (или наркомании)*

Наркологическое лечение (в зарубежных странах), избираемое страдающим алкоголизмом лицом (при определении (подтверждении) наркологами диагноза алкоголизма) как альтернатива тюремному заключению в случае совершения этим лицом преступления, не относящегося к тяжкому (мелкое воровство, неоднократное вождение автотранспорта в состоянии опьянения или совершение дорожно-транспортного происшествия (не повлекшее человеческих жертв) в таком состоянии.

Как отмечает В. Менделевич, в данном контексте лечение рассматривается как гуманный акт — предоставление обществом (судом) пациенту возможности лечиться, а не отбывать срок наказания. При этом альтернативное лечение нельзя назвать ни добровольным, ни принудительным, поскольку человек самостоятельно делает выбор между участием в терапии и заключением под стражу. Учитывая гуманистическую направленность данной меры, в подавляющем большинстве случаев альтернативное лечение проводится в амбулаторном режиме без обязательной госпитализации (особенно при совершении правонарушения в первый раз) [2].

Вместе с тем, следует понимать, что указанная мера может использоваться далеко не только во благо личности, общества или государства. В США существует множество прецедентов, когда эта лазейка использовалась адвокатами для увода подзащитного из-под уголовной ответственности за совершенное преступление.

Для примера, сошлемся на описание опыта шт.Калифорния (США), где была установлена двойственная система определения невменяемости в уголовно-правовом смысле. В рамках предварительного су-

дебного разбирательства подсудимый считается разумным для того, чтобы определить, было ли совершено преступление, и исключить вещественные доказательства до того, как начать разбираться с безумием. После осуждения по основным преступлениям проводится второе слушание, при этом на сторону обвиняемого возлагается бремя доказывания, что имеются доказательства, что подсудимый был невменяемым на момент совершения преступления. Особенность здесь заключается в том, что не обсуждается вопрос меры невменяемости, используется и факт (разумеется, доказанный) того, что психические возможности подсудимого были ограничены. Обзор прецедентного права штата Калифорния показывает, что количество случаев использования защиты тактики артикулирования ограниченной невменяемости быстро растет на протяжении многих лет, однако эта концепция традиционно ограничена случаем конкретных намерений. Судебное решение «Народ против Ветмор» нанесло серьезный удар по калифорнийской концепции невменяемости в уголовном процессе. Изменив постановление суда первой инстанции, Верховный суд шт.Калифорния постановил, что любое психиатрическое освидетельствование ограниченной дееспособности, включая доказательства, которые традиционно ассоциируются с невменяемостью, допустимо по вопросу о конкретном намерении. После обозначенного судебного прецедента любые свидетельства о невменяемости могут представляться в поддержку невиновности. Если обвинение не сможет доказать наличие необходимых намерений причинить вред, это является основанием для освобождения подсудимого. Такие, по существу, «технические» лазейки обеспечили возможность избежать ответственности за совершение уголовных преступлений большому количеству преступников и объективно поставили вопрос о необходимости совершенствования законодательства шт.Калифорния с тем, чтобы исключить возможности злоупотребления правом со стороны адвокатов по указанному вопросу. В 1982 г. использование адвокатами Джона Хинкли-младшего, обвинявшегося за попытку убийства Президента США Р. Рейгана, тактики признания невиновным через доказывание его невменяемости повлекло разработку и принятие Конгрессом США в 1984 г. закона о реформе защиты, основанной на признании невменяемым (US Insanity Defense Reform Act) [20].

## **2. Недобровольное наркологическое лечение: за и против**

### *2.1. Аргументы против недобровольного лечения*

Противники недобровольного наркологического лечения (исключая маргинальные выступления, например, некоторых религиозных сект против психиат-

рии вообще) приводят в защиту и обоснование своей позиции следующие аргументы:

1. Отсутствие убедительных данных, подтверждающих реальную эффективность (положительную результативность) недобровольного наркологического лечения.

Наркологическая практика неопровержимо свидетельствует, что определяющее влияние на успех наркологического лечения алкоголиков оказывают интенции (стремление) самого больного алкоголизмом излечиться от этого заболевания, его воля к реализации такой своей интенции.

Как отмечает В. Менделевич, чем лучше организован лечебно-реабилитационный процесс, чем более активно пациенты сотрудничают с врачами и привержены лечению, тем ниже социальные последствия зависимости от алкоголя или наркотиков [2].

Именно такой подход лежит в основе многих рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения по организации наркологического лечения;

2. Недобровольное лечение основано на явно преувеличенном постулировании профессиональных возможностей врача и ничем не обоснованной презумпции его абсолютной добросовестности. Такой подход в условиях явного несовершенства законодательства об ответственности медицинских работников за врачебные ошибки чреват самыми печальными последствиями.

Здесь характерен следующий пример начала XX в. В литературе описывается судебное разбирательство по делу врача Модлинского. Он был признан виновным в проведении хирургической операции без согласия пациентки. Московский окружной суд 15 ноября 1901 г. вынес приговор на основании ст. 1468 Уложения о наказаниях уголовных и исправительных в связи с «причинением смерти явно неосторожным, но не воспрещенным законом деянием». Во Врачебном уставе России того времени не говорилось о необходимости получения согласия больного на медицинское вмешательство, поэтому дело Модлинского было рассмотрено дополнительно Уголовным кассационным департаментом российского Сената и врач был признан наказуемым со следующей мотивировкой: «Неиспрошение согласия больного на производство операции лишает врачевание его закономерного характера и является признаком явной небрежности, которая придает поступку врача характер уголовно наказуемой неосторожности» [21, 22].

Уместно процитировать характеризующее излагаемую позицию высказывание Томаса Саца: «Работа врача, между прочим, состоит в том, чтобы оказывать помощь. Работа судьи, между прочим, в том, чтобы причинять вред: наказывать нарушение закона без согласия нарушителя... Тюремные надзиратели,

исполняющие вынесенные судьями приговоры, вредят своим заключенным вне зависимости от результатов вмешательства. Психиатры, исполняющие вынесенные судьями приговоры, также вредят своим пациентам вне зависимости от результатов вмешательства... Разница лишь в том, что тюремщики не объявляют себя благодетелями заключенных, тогда как психиатры настаивают, что они — благодетели недобровольно госпитализированных пациентов... Большинство индивидуумов воспринимает свое насильственное психиатрическое лечение как наказание. Психиатры же настойчиво утверждают, что те, кто подвергается психиатрическому принуждению, являются психиатрическими пациентами, а не психиатрическими жертвами, что психиатрическое принуждение является лечением, а не наказанием, и что те, кто противится их «благодетельности», являются отъявленными врагами заботы о больных, а не защитниками свободы и справедливости. Тот, кто контролирует лексику, контролирует социальную реальность. Эрозия наших свобод — не тайна. Она, главным образом, результат слияния медицины с государством, слияния, усиливающего зависимость людей от власти фарминдустрии и психиатрического контроля, поощрявшегося и поощряющегося необоснованно широким определением терминов *болезнь* и *лечение*. Когда правительство контролирует религию, не только религиозная свобода, но все свободы становятся химерой. Когда правительство контролирует здоровье [людей], не только медицинская свобода, но все свободы становятся химерой» [23];

3. Поскольку речь идет об излечении больного, необходимо апеллировать только к медицинской аргументации.

Как отмечает В. Менделевич, неправомерным следует признать апелляцию к иным, выходящим за рамки научной полемики, факторам (нравственному, гражданскому, идеологическому, религиозному аспекту), поскольку «это выводит научную дискуссию за сферы профессиональной компетенции и лишает аргументацию научной основы» [2]. Указанный автор соглашается с тем, что решение вопроса о внедрении в России подобных медицинских мероприятий, ограничивающих права больных, нуждается в серьезном научном и этическом обосновании. Однако, по его мнению, допустимо их обсуждение исключительно в ракурсе медицинского аспекта, учитывая объект предполагаемого воздействия — пациента с наркотической зависимостью. Основой могут становиться, с одной стороны, лечебные, с другой, реалистичные цели. Научная дискуссия, считает он, может вестись только по поводу альтернативного лечения, предоставляющая пациенту право выбора между лечением и наказанием в случае совершения им преступления,

а не по поводу расширения показаний для недобровольной госпитализации или пересмотра психиатрических канонов [2].

П. Мейлахс, ссылаясь на книгу Конрада и Шнайдера «Девиянтность и медикализация: от греха к болезни» [24], отмечает, что многие девиации, когда-то считавшиеся греховными или преступными, по мере развития науки и медицины все чаще определяются как проявления болезни с параллельным переходом власти от агентств социального контроля, ориентированных на внешнее принуждение (полиция) и применяющих репрессивные санкции, к агентствам социального контроля, дисциплинирующих индивида изнутри, для которых характерно изменение индивида через лечение и реабилитацию [25];

4. Современная биомедицинская этика основана на признании автономии личности. Здоровье человека — это его собственное дело, поэтому никто не может обязать его заботиться о своем здоровье. Реализация недобровольного лечения нарушает права и свободы наркологических больных, оправдывает возможные злоупотребления насилем и провоцирует безнаказанность за возможный моральный или физический урон, нанесенный больному.

Эта позиция была отражена, к примеру, в заключении Комитета конституционного надзора СССР (от 25 октября 1990 г. №8), которым принудительное (недобровольное) лечение в лечебно-трудовых профилакториях было признано «не соответствующим Конституции СССР». Мотивируя свой вывод, Комитет указал, что ни Конституцией, ни международными актами о правах человека не предусмотрена обязанность граждан бережно относиться к своему здоровью, и, следовательно, такая обязанность «не может обеспечиваться мерами принудительного характера». Согласно Заключению, «лечение больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших правонарушений, должно производиться на добровольных началах»;

5. Очевидно, что при анализе социальной целесообразности необходимо учитывать интересы как пациентов, так и общества, однако медицинская этика и деонтология требует от врача делать упор на первом [2];

6. Введение системы недобровольного лечения неминуемо повлечет дублирование недостатков советских лечебно-трудовых профилакториев, к числу которых специалисты относили и относят:

- плохо организованный лечебный процесс с минимальным участием психотерапевтов;
- недостаточную реабилитационную работу с больными, отсутствие их последующей социализации;
- организацию трудотерапии зачастую без учета особенностей личности пациента;

- избыточно строгий (фактически — тюремный) режим;

- откровенно низкий процент длительных ремиссий после лечения в ЛТП, а нередко и усиление прогрессивности течения алкоголизма и дальнейшая де социализация больного) [4];

7. Необоснованно и бессмысленно «лечить» образ жизни. Понятие *асоциальность* расплывчато, а «терапия асоциальности» может привести к массовым злоупотреблениям наркологией [2].

Можно не соглашаться с приведенными выше позициями противников недобровольного наркологического лечения или сочетаниями таких позиций, но признать, что в этих позициях есть множество вполне здравых резонансов, приходится.

## 2.2. Аргументы в поддержку недобровольного наркологического лечения

С учетом существующих позиций сторонников концепции недобровольного лечения алкоголиков считаем обоснованным выделить и обозначить следующие аргументы в поддержку такого лечения.

1. Граница между добровольным и недобровольным лечением в достаточной мере условна, размыта.

Существует определенная содержательная полисемия в понятии *добровольность* применительно к системе наркологического лечения, поскольку существуют различные степени добровольности, и само добровольное лечение может принимать различные формы, включающие в себя разные виды принуждения; в рамках добровольного лечения возможны разные уровни свободы и ограничений, регулирующие все этапы этого процесса от поступления до выписки. Добровольность наркологического лечения больного алкоголизмом или наркоманией, в принципе, достаточно условна, поскольку в абсолютном большинстве случаев больной не принимает для себя решение обратиться за наркологической помощью и не проходит наркологического лечения полностью самостоятельно, независимо. Больного постоянно к этому побуждают, подталкивают и направляют как его близкие, так и работодатели, врачи, другие специалисты и т.д. [6].

По мнению В.Е. Пелипаса, в число добровольных пациентов включаются как лица, осознающие необходимость лечения и стремящиеся к нему, так и те, чье нежелание лечиться преодолено нажимом, например семьи, работодателя, страхом уголовного наказания и т.д. [26].

2. Вынужденная необходимость и правовая обоснованность превентивного социального контроля в интересах ограждения (защиты) других лиц от опасных действий (угроз) лица, страдающего тяжелой формой синдрома алкогольной зависимости, приводящей к его выраженной социальной дезадаптации и антисоциальной активности [6].

Недобровольное лечение направлено не только на больных, совершивших преступления, но и на тех пациентов, кто ведет асоциальный образ жизни и представляет потенциальную опасность для окружающих [2, 14]. Помимо прав и интересов личности есть также и общественные интересы, права и интересы лиц, проживающих рядом с алкоголиком.

Рассматривая сущностную сторону, правовую природу института социальной реабилитации хронических алкоголиков в ее правовом и криминологическом аспектах, А.Я. Гришко считает, что в целях соблюдения прав как алкоголиков и их родственников, так и иных граждан, чьи права нарушаются хроническими алкоголиками и наркоманами, вопросы социальной и медицинской реабилитации должны решаться единым законом, в котором должны быть определены все ее формы. По его мнению, следует признать направление хронических алкоголиков и наркоманов на принудительное лечение и исправление в лечебно-трудовых профилакториях специальной профилактической мерой [27].

3. Принцип презумпции соответствия недобровольного лечения интересам самого больного и презумпции последующего согласия больного с проведенным ему недобровольным лечением. Этот принцип фактически обусловлен вынужденной необходимостью и правовой обоснованностью превентивного социального контроля в интересах ограждения (защиты) самого лица, страдающего тяжелой формой синдрома алкогольной зависимости, приводящей к его выраженной социальной дезадаптации и антисоциальной активности, от его же опасных действий (угроз) в отношении самого себя.

Аргументация: «здоровье человека — это его собственное дело, поэтому никто не может обязать его заботиться о своем здоровье» — является весьма сомнительной и крайне спорной, поскольку базируется на нигилистических основах и ведет к оправданию и суицидов, и членовредительства, и употребления наркотиков. Право на охрану здоровья — одно из важнейших конституционных прав, неотъемлемых прав. В цивилизованном обществе не признается «право человека на самоубийство» (эвтаназия — вопрос, непосредственно этого касающийся, но и в рамках этой концепции принятие человеком решения о лишении себя жизни при помощи иных лиц возможно только при наличии условия неизлечимого заболевания, причиняющего человеку невыносимые страдания). Поэтому обозначенный выше аргумент противников недобровольного лечения выстроен на основе правового нигилизма и ряда правовых фикций.

Уже сегодня нет никаких оснований говорить, что концепция абсолютизации права человека распоряжаться своим здоровьем (в разрушительном для него

смысле) корреспондирует каким-то существующим правовым подходам.

Наличие у лица наркологического диагноза в настоящее время существенно ограничивает его права:

- является основанием для ограничения дееспособности лица, если злоупотребление спиртными напитками или наркотическими средствами влечет то, что его семья оказывается в тяжелом материальном положении;

- лишает возможности осуществлять определенные виды профессиональной деятельности и деятельностью, связанной с источником повышенной опасности (лишает права управления автомобилем и проч.);

- является основанием для лишения родительских прав;

- выступает в качестве медицинского противопоказания для усыновления ребенка или установления над ним опеки либо попечительства.

То есть уже права лица, страдающего наркологическим заболеванием, в настоящее время ограничены. Следовательно, сама основа концепции абсолютизации права человека распоряжаться своим здоровьем, апеллирующей к необходимости уважать такое «право» человека, является ложной, надуманной.

4. Принцип деонтологичности недобровольного лечения наркологического больного, поскольку постулируется злом для него имеющаяся у больного наркологическая зависимость.

У практикующего врача-нарколога, занимающегося проблемой наркоманий и алкоголизма у несовершеннолетних, нередко опускаются руки от ощущения собственной беспомощности. Это явление не имело бы места, если бы существовали четко юридически оформленные способы административного воздействия на несовершеннолетних, уклоняющихся от наркологического лечения. При этом очевидно, что упомянутые принудительные методы воздействия должны принципиально отличаться от существовавших во времена «административно-командной системы» [6].

В условиях несовершенства законодательной базы подразделения органов внутренних дел, занимающиеся профилактикой правонарушений несовершеннолетних, в большинстве случаев не могут оказать должного воздействия на уклоняющегося от лечения наркомана или алкоголика; скорее, они могут способствовать его направлению «по случаю» в места лишения свободы, а не в лечебное учреждение [4].

5. Многочисленными исследованиями и практикой деятельности наркологических клиник в России и за рубежом подтверждено, что длительная изоляция в сочетании с лекарственной терапией при наличии устойчивой установки пациента на отказ от алкоголя объективно помогает воздерживаться от приема спиртного в наиболее «опасный» период болезни и

способствует формированию ремиссий у ряда пациентов, у которых иное лечение не дало бы положительного результата [4].

6. Принцип предварительной договоренности с больным относительно возможности его недобровольного лечения в случае, если он захочет преждевременно прекратить лечение, начатое им добровольно.

Пациенту должны ясно дать понять, что по окончании лечения он получит реальную возможность для полноценной социальной адаптации с возможностью нормальной карьеры. «Полутюремный» (как в лечебно-трудовых профилакториях) режим должен применяться в исключительных случаях, когда все остальные способы не дали эффекта; к работе с больными, проходящими принудительное лечение, должны широко привлекаться психологи и социальные работники; по окончании лечения больной должен быть обеспечен рабочим местом; необходимо предусмотреть возможность амбулаторного принудительного лечения [4].

7. Для недобровольного лечения создаются новые медицинские структуры, применяющие иные медико-психосоциальные подходы и не повторяющие недостатков существовавших ранее ЛТП [2, 14].

Но даже советские ЛТП обладали рядом позитивных черт, в частности являлись, как отмечает Н.Н. Иванец, своего рода дополнительным мотивационным фактором добровольного обращения за медицинской помощью для алкоголиков, которые вели асоциальный, паразитический образ жизни. Наличие ЛТП заставляло их прятаться от общества и, тем самым, уменьшало уличную «пьяную» преступность, предотвращало пополнение рядов «уличных» алкоголиков. Семьи лиц, находящихся в ЛТП, получали их заработную плату, что способствовало поддержанию достаточного жизненного уровня. Словом, позитивная социально-профилактическая роль ЛТП была налицо и вряд ли кем-либо может серьезно оспариваться [4].

### **3. Оценка недобровольного наркологического лечения лиц с алкогольной зависимостью, с точки зрения соблюдения прав и свобод человека**

Здесь и далее рассматриваем первую из указанных выше четырех форм недобровольного наркологического лечения.

#### *3.1. Этические, правовые и иные проблемы, обуславливаемые недобровольным наркологическим лечением*

В настоящее время институт недобровольного лечения наркоманов существует во всех без исключения цивилизованных странах мирового сообщества [28].

В ряде стран существует институт недобровольного лечения лиц, страдающих синдромом алкогольной зависимости, приводящей к их выраженной социальной дезадаптации и антисоциальной активности.

В большинстве стран мира правовое регулирование вопросов наркологического освидетельствования, наркологического лечения и реабилитации лиц, в общем и целом, не разделено для алкогольной и наркотической зависимости (реализуется комбинированный подход) в законодательстве о здравоохранении и психиатрической помощи, в гражданском и уголовном законодательстве, хотя, конечно, определенная специфика существует. При этом, хотя фиксируется тенденция существенно большего использования недобровольного наркологического лечения к лицам, имеющим наркотическую, а не алкогольную зависимость, вопрос недобровольного наркологического лечения больных алкоголизмом не потерял своей актуальности.

Концепция недобровольного лечения наркологических больных, широко распространенная уже во второй половине XIX века во многих странах Европы и в Америке, где по инициативе обществ трезвости существовали специализированные лечебницы для алкоголиков, имела два источника: действовавшее во многих европейских странах право административного ареста с содержанием в тюрьме за публичное пьянство и не менее распространенную практику принудительного помещения алкоголиков в психиатрическую больницу как умалишенных [6].

Приоритет «изобретения» принудительного лечения больных алкоголизмом принадлежит, по мнению ряда исследователей, Соединенным Штатам Америки.

В 1788 г. штат Нью-Йорк разрешил констеблям задерживать «буйно помешанных, которые «настолько повреждены в рассудке, что могут быть опасны, если позволить им находиться среди людей», и помещать их в закрытое учреждение, получив предварительно разрешение двух или более судей. Психически больные, не попадавшие в категорию «опасен для других», передавались на попечение родственников или друзей. При этом опасность для себя, при отсутствии признаков опасности для других, не являлась основанием для применения данного закона [29-30].

В 1865 г. в штате Нью-Йорк был принят закон, на основании которого власти были вправе направлять в созданную там несколько ранее на частные средства лечебницу для алкоголиков «всякого хронического пьяницу». Для этого было необходимо письменное свидетельство двух врачей и двух «почтенных собственников» в том, что помещаемый в лечебницу вследствие злоупотребления алкоголем потерял контроль над собой и оставление его на свободе опасно.



Срок пребывания в лечебнице не должен был превышать одного года [6].

Ныне в России, в соответствии со ст. 34 «Оказание медицинской помощи без согласия граждан» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1 (с последующими изменениями), оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации. Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей — судом. Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации. Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия или по решению суда.

Как отмечает Е. Цымбал, алкоголизм (наркомания, токсикомания) — это хроническое неинфекционное заболевание, которое протекает с фазами обострений и ремиссий. Ведущие расстройства при этом заболевании — патологическое влечение к ПАВ и абстинентный синдром при прекращении их приема. В процессе заболевания у больного возникают расстройства личности, в тяжелых случаях достигающие выраженности слабоумия, а также развиваются соматоневрологические осложнения и нарушения социального функционирования. Многообразие проявлений наркологической патологии необходимо учитывать при оказании наркологической помощи. Поэтому важный принцип оказания этого вида медицинских услуг — комплексность терапии. Данный принцип подразумевает необходимость сочетания биологических, психотерапевтических и реабилитационных методов на всех этапах лечения; коррекцию не только наркологических, но психических, соматических и со-

циальных нарушений. В каждом конкретном случае удельный вес используемых медикаментозных и немедикаментозных методов определяется вкладом в механизм заболевания биологических и социально-психологических факторов. С учетом особенностей клинической картины наркологического расстройства формируется программа терапии. Реабилитационные мероприятия необходимы при всех вариантах течения заболевания, причем проводятся они преимущественно на более отдаленных этапах терапии [3].

У больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией выделяют пять групп расстройств, коррекцию которых проводят врачи разных специальностей [3]:

- 1) собственно наркологическая симптоматика (проявления синдрома зависимости) — врач психиатр-нарколог;
- 2) эмоциональные, интеллектуальные и личностные нарушения — врач-психиатр и врач-психотерапевт;
- 3) поражения внутренних органов — врач-терапевт;
- 4) поражения нервной системы — врач-невропатолог;
- 5) нарушения социального функционирования — как врач-психотерапевт, реабилитолог, так и специалисты без медицинского образования (психологи, социальные работники).

Многообразие клинических проявлений наркологических заболеваний обуславливает необходимость привлечения к терапевтическому и реабилитационному процессу широкого круга специалистов, деятельность которых имеет различную нормативно-правовую регламентацию. Так, лечение собственно наркологической патологии у больных наркоманией регулируется Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах», а у больных алкоголизмом и токсикоманией не имеет специальной регламентации. Лечение психических нарушений при всех видах наркологической патологии, а также оказание психотерапевтической помощи регулируется Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Нормами этого же Закона регламентируется деятельность врачей-психотерапевтов (психотерапевт — это врач-психиатр, прошедший дополнительную профессиональную подготовку и получивший соответствующий сертификат) при коррекции психических расстройств и нарушений поведения, а также в процессе реабилитации лиц, злоупотребляющих ПАВ. Лечение соматических и неврологических расстройств, обусловленных длительной интоксикацией ПАВ, регулируется нормами Основ законодательст-

ва Российской Федерации об охране здоровья граждан. В основе наркологической патологии, отмечает Е. Цымбал, лежит нарушение психической деятельности — неспособность больного произвольно регулировать свое поведение адекватно объективным требованиям окружающей обстановки [3].

В тех случаях, когда общество и родственники лиц, имеющих алкогольную зависимость, вынуждены прибегать к недобровольным формам такого освидетельствования и лечения, неминуемо актуализируется вопрос правомерности и соразмерности таких действий, правовой обоснованности такого подхода, с точки зрения соблюдения прав и свобод самого лица, страдающего алкогольной зависимостью. Имеется определенный конфликт, с одной стороны, между правами и свободами отказывающихся добровольно проходить такие освидетельствование и лечение лиц, совершающих действия, дающие основания предполагать наличие у них тяжелой формы синдрома алкогольной зависимости, приводящей к их выраженной социальной дезадаптации и антисоциальной активности, и, с другой стороны, правами членов семей таких лиц, всего общества в целом.

Несмотря на то, что за последние десятилетия в мире изменилось отношение к наркологическим больным, этот конфликт до сих пор не получил своего простого и однозначного разрешения. Спор о возможности и обоснованности реализации недобровольного наркологического лечения лиц, страдающих алкогольной зависимостью (спор, как уже было отмечено идет даже шире, вовлекая также вопросы недобровольного наркологического лечения лиц, страдающих наркотической зависимостью), идет уже достаточно давно и с разной степенью интенсивности.

Даже противники недобровольного наркологического лечения относят свои аргументы именно к общему подходу, распространяющемуся на всех больных алкогольной зависимостью, однако в большинстве своем не отрицают правовой возможности и обоснованности недобровольного наркологического освидетельствования и недобровольного наркологического лечения лиц, совершающих действия, дающие основания предполагать наличие у них тяжелой формы синдрома алкогольной зависимости, приводящей к их выраженной социальной дезадаптации и антисоциальной активности.

Но законодательное установление возможности недобровольного наркологического освидетельствования лица для выявления / подтверждения наличия заболевания алкоголизмом (без его согласия и согласия его представителей) по решению суда в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелой формы синдрома алкогольной зависи-

мости, приводящей к его выраженной социальной дезадаптации и антисоциальной активности, а также законодательное установление возможности наркологического недобровольного лечения таких лиц по решению суда в наркологическом стационаре или амбулаторно (в зависимости от тяжести заболевания) — все это все равно ставит вопрос соблюдения прав и свобод больных и определения, нахождения правомерного и обоснованного баланса, сочетания прав и свобод больного алкогольной зависимостью, с одной стороны, и прав и законных интересов других лиц (родственников больного, иных лиц) и всего общества в целом, с другой стороны.

Конституционно-правовой анализ такой ситуации позволяет сделать вывод о правомерности недобровольного наркологического лечения в ряде случаев при соблюдении целого ряда требований.

Как уже было отмечено выше, согласно ст. 29 «Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке» Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. №3185-1 (с последующими изменениями), лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя по постановлению судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Следовательно, к основным целям недобровольного наркологического лечения Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» отнесены предотвращение совершения больным опасных действий в отношении себя или окружающих, обусловленных симптомами психической болезни, а также предотвращение ухудшения состояния здоровья в силу «неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности» либо из-за потенциального «существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

Вне попыток определить, кто же прав в дискуссии — сторонники или противники недобровольного наркологического лечения, следует признать, что такое лечение в любом случае поднимает целый ряд эти-

ко-правовых вопросов, к числу которых обоснованно отнести следующие:

1. Ответственен или неответствен индивид за свою девиантность? [25].

2. Насколько действительно определена правовая природа недобровольного наркологического лечения?

3. Насколько действительно можно апеллировать к исключительной объективности лиц, принимающих решение о недобровольном наркологическом лечении, и насколько действительно можно исключить (либо максимально возможно минимизировать вероятность) субъективный фактор, в том числе врачебную ошибку и коррупционные действия?

4. Где граница прав алкоголика, прежде всего его права на уважение и защиту его человеческого достоинства, при решении вопроса о наличии или отсутствии оснований для ограждения от его опасных действий окружающих лиц или/и его самого?

5. Как сочетается определенная репрессивность недобровольного лечения алкоголика с декларацией деонтологичности недобровольного лечения наркологического больного?

6. Где грань между правами и свободами отказывающихся добровольно проходить наркологические освидетельствование и лечение лиц, совершающих действия, дающие основания предполагать наличие у них тяжелой формы синдрома алкогольной зависимости, приводящей к их выраженной социальной дезадаптации и антисоциальной активности, и, с другой стороны, правами членов семей таких лиц, всего общества в целом могут быть определены на основе исследования правовых позиций по недобровольному наркологическому лечению лиц с синдромом тяжелой алкогольной зависимости? Как избежать злоупотреблений правами со стороны всех вовлеченных в процесс лиц?

7. Каковы исчерпывающие и объективные критерии определения выраженной социальной дезадаптации и антисоциальной активности лиц, страдающих синдромом алкогольной зависимости?

8. Как разграничить лиц, у которых уже сформировалась алкогольная зависимость, и лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками, но еще пока не имеющих такой зависимости (при том, что и они нуждаются в определенной медицинской, медико-психологической или медико-социальной помощи)?

В определенной мере, некоторые ответы на эти вопросы мы находим в правовых позициях Европейского суда по правам человека, посвященным проблемам наркологического лечения лиц с алкогольной зависимостью, в том числе недобровольного наркологического лечения лиц с тяжелой формой синдрома алкогольной зависимости, приводящей к их выраженной социальной дезадаптации и антисоциальной активности. Но об этом мы уже писали ранее [31].

## Список литературы

1. Проект Программы первоочередных мер государственной политики в сфере производства, оборота и потребления алкоголя // Злоупотребление алкоголем как угроза национальной безопасности России. Антикризисные меры: Сборник материалов. — М.: Общественный совет Центрального федерального округа, 2007. — 126 с. — С. 3—4.
2. Менделевич В.Д. Недобровольное (принудительное) и альтернативное лечение наркомании: дискуссионные вопросы теории и практики // Наркология. — 2007. — №3.
3. Цымбал Е. Правовые аспекты наркологии // <<http://www.narcom.ru/publ/info/473>>. (Последнее посещение 01.11.2009).
4. Иванец Н.Н. О целесообразности принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // <[http://www.narkotiki.ru/expert\\_272.html](http://www.narkotiki.ru/expert_272.html)>. — 05.04.2001.
5. Надеждин А. Антинаркотическая работа: взгляд участников конференции // Антинарк. — 2003. — №2.
6. Пелипас В.Е., Соломоницина И.О., Цетлин М.Г. Принудительное и обязательное лечение больных наркологического профиля. Опыт и перспективы: Пособие для врачей. — М., 2005. — 52 с.
7. Петрова Ф.Н. Антиалкогольная политика в России (историко-криминологический аспект): Дисс. на соискание ученой степени к.юрид.н.: 12.00.08 — Уголовное право и криминология; уголовно-исполнительное право / Санкт-Петербургский юридический институт МВД России. — СПб., 1996.
8. Рыбакова Л.Н., Калачев Б.П. Мнение врачей-наркологов о принципах наркологической помощи (по результатам анкетного опроса специалистов в области наркологии) // XII Съезд психиатров России: Сборник материалов. — М., 1995. — С. 822—823.
9. Смирнов О.Г. Социально-медицинские аспекты наркологической помощи — иные принципы // XIII Съезд психиатров России: Сборник материалов. — М., 2000. — С. 268.
10. Соломоницина И.О., Пелипас В.Е. Проблемы правового положения наркологических больных // XII Съезд психиатров России: Сборник материалов. — М., 1995. — С. 830—831.
11. Дьяченко А.П., Цымбал Е.И. Принудительные меры медицинского характера в системе социального контроля над злоупотреблением наркотиками / XIII Съезд психиатров России: Сборник материалов. — М., 2000. — С. 239.
12. Цымбал Е.И. Правовое регулирование оказания наркологической помощи: проблемы и пути их решения. Ч. 2 // Наркология. — 2005. — №6. — С. 8—15.
13. Цымбал Е.И., Дьяченко А.П. Правовые основания оказания наркологической помощи // XIII Съезд психиатров России: Сборник материалов. — М., 2000.
14. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А. Место медицинских мероприятий в общей системе мер по противодействию злоупотреблению алкоголем в России // Наркология. — 2006. — №12. — С. 2—5.
15. Макушкин Е.В., Игонин А.А., Клименко Т.В., Трифонов О.И. Недобровольные медицинские меры, применяемые к осужденным наркологическим больным: Пособие для врачей / Под ред. А.С. Кононец / Минюст, ГУИН, ГНЦССП им. В.П. Сербского. — М., 2004. — 60 с.
16. Менделевич В.Д. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти. — Казань: Школа, 2004. — 240 с.
17. Гатауллин В., Шагеева Р. Принудительные меры медицинского характера в уголовном законодательстве зарубежных стран // Законность. — 18.10.2004. — №10.
18. Казаковцев Б. Защита прав пациентов психиатрических учреждений в европейских странах // Независимый психиатрический журнал. — 2006. — №4.
19. Уголовное уложение (Уголовный кодекс) Федеративной Республики Германия: текст и научно-практический коммента-

## ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

рий / Пер. с нем. П.В. Головенкова. — М.: Проспект, 2010. — 280 с. — С. 59, 62.

20. Понкина А.И. О постановке научной проблемы определения невменяемости в уголовном праве штата Калифорния // Нравственные императивы в праве. — 2008. — №1. — С. 83—84.

21. Кубарь О.И. Этические и правовые проблемы исследований на человеке: из истории России XX века // Человек. — 2001. — №3. — С. 11.

22. Крылова Н. Проведение биомедицинских исследований на человеке // <<http://www.narcom.ru/publ/info/467>>. (Последнее посещение 01.11.2009).

23. Szasz T. Primum Nocere // The Freeman. — 2004. — December. — №54. — P. 24—25.

<<http://www.szasz.com/freeman6.html>>. (Последнее посещение 01.11.2009). Цит. по: Мотов В.В. Недобровольная психиатрическая госпитализация в США // Независимый психиатрический журнал. — 2007. — №1.

24. Conrad P., Schneider J. Deviance and Medicalization. — St. Louis: Mosby, 1980.

25. Мейлахс П. Человек наркозависимый: свободный преступник или больной раб? Анатомия криминального и медицинского дискурсов наркомании // <<http://www.narcom.ru/publ/info/477>>. (Последнее посещение 01.11.2009).

26. Пелипас В.Е. Обзор зарубежного законодательства в области оказания наркологической помощи населению // Правовое регулирование в сфере оказания наркологической помощи, профилактики ВИЧ/СПИД, противодействия незаконному обороту наркотиков: Международный опыт. — М., 2002.

27. Гришко А.Я. Правовые и криминологические проблемы социальной реабилитации хронических алкоголиков и наркоманов: Дисс. на соискание ученой степени д.юрид.н.: 12.00.08 — Уголовное право и криминология; уголовно-исполнительное право / Академия МВД России. — М., 1993.

28. Пелипас В.Е., Соломоницина И.О. // Вопросы наркологии. — 1996. — №1. — С. 83—93.

29. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System. — 3<sup>rd</sup> ed. — St.P. (Minn.): Wes Group, 1999.

30. Мотов В.В. Недобровольная психиатрическая госпитализация в США // Независимый психиатрический журнал. — 2007. — №1.

31. Берзин В.А. Правовые позиции, касающиеся недобровольного наркологического лечения лиц с синдромом тяжелой алкогольной зависимости, в решениях Европейского суда по правам человека // Наркология. — 2009. — №10. — С. 81—84.

## LEGAL PROBLEMS OF INVOLUNTARY NARCOLOGICAL TREATMENT OF ALCOHOLISM

### BERZIN V.A.

Article is about the problems of involuntary examination and involuntary narcological treatment of an alcoholic. The question addressed to the constitutional-legal point of view. Article considers the conflict between the rights and freedoms of an alcoholic who refuses to voluntarily undergo such treatment, and the rights of family members of such individuals, society as a whole.

**Key words:** involuntary narcological treatment of alcoholism, alcoholism, human rights