

Организационные и правовые аспекты альтернативного уголовному наказанию лечению правонарушителей от алкоголизма и наркоманий

КЛИМЕНКО Т.В. д.м.н., профессор, главный научный сотрудник; e-mail: klimenko17@mail.ru

ИГОНИН А.Л. д.м.н., профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма; e-mail: aligonin@mail.ru

БАРАНОВА О.В. к.м.н., научный сотрудник Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом; e-mail: oletakoe@mail.ru

ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»
Минздравсоцразвития России

Проанализирован многолетний опыт зарубежных стран по эффективности функционирования альтернативного уголовному наказанию лечению правонарушителей от наркоманий и алкоголизма. Показаны основные критерии отбора лиц для участия в программах альтернативного лечения, основные принципы организации, достигаемые результаты.

Ключевые слова: организация наркологической помощи, альтернативное лечение

Принятая в 2009 г. Концепция антинаркотической политики и подписанная в 2010 г. Президентом страны Стратегия антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. определили первостепенную значимость деятельности по снижению спроса на наркотики, которая реализуется в рамках всех форм профилактики наркотизма. В аспекте *третичной (индикативной) профилактики* алкоголизма и наркоманий одной из наиболее сложных, но важных является проблема оказания медицинской помощи правонарушителям с наркологическими заболеваниями на недобровольной основе [2]. В отечественной психиатрии и наркологии недобровольные меры медицинского характера всегда рассматривались как наиболее важный сегмент в системе профилактики повторной противоправной активности лиц с психическими расстройствами [3]. До 2003 г. с терапевтико-реабилитационной целью для обеспечения принудительного лечения в уголовно-исполнительной системе было организовано значительное число специализированных учреждений, куда направлялись лица, страдающие синдромом зависимости от алкоголя и наркотиков. После того, как 8 января 2003 г. в соответствии с Федеральным законом №№161 и 162 принудительное лечение лиц, страдающих наркоманией и алкоголизмом, было отменено, учреждения специализированного типа прекратили свое существование. Мера принудительного лечения была заменена обязательным лечением, которое, в соответствии со ст. 18 УИК РФ, назначается врачебной комиссией уголовно-исполнительного учреждения, где осужденный отбывает наказание. Как пока-

зала практика, обязательное лечение по сравнению с принудительным назначается значительно реже и не заменяет собой всех задач, которые решались в процессе соединенного с исполнением наказания принудительного лечения осужденных. Поэтому к настоящему времени Российская Федерация оказалась чуть ли не единственной среди развитых стран мира, где не предусмотрено никаких недобровольных медицинских мер в отношении правонарушителей с наркологическими заболеваниями. Между тем, существует позитивный западный опыт осуществления терапии на недобровольной основе в отношении лиц, совершивших преступление в связи со злоупотреблением наркотиками и алкоголем.

В большинстве стран мира национальные концепции антинаркотической и алкогольной политики придерживаются принципа *соразмерности* ответных государственных мер совершенному правонарушению. Этот принцип затрагивает все аспекты принимаемых мер реагирования на проблемы злоупотребления алкоголем и наркотиками, в том числе профилактику и лечение наркологических заболеваний. В соответствии с данным принципом, если лечебно-профилактические меры не приносят успеха и лица, злоупотребляющие наркотиками и алкоголем, продолжают совершать противоправные действия и сталкиваются с системой уголовного правосудия, к ним должны приниматься различные, но соразмерные дисциплинарные ответные меры [7].

Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) неоднократно заявлял о необходимости расширения диапазона ответных мер в отноше-

нии наркоправонарушителей, в том числе связанных и не связанных с тюремным заключением. Для этого государствам предлагается расширить репертуар возможных ответных мер таким образом, чтобы соответствующие органы могли принимать различные, но обязательно соразмерные решения в отношении правонарушителей с учетом конкретных обстоятельств каждого совершенного противоправного деяния [6].

В своем ежегодном Докладе за 2007 г. МККН признает, что одна лишь уголовно-правовая система не может надлежащим образом контролировать всю противоправную деятельность, связанную со злоупотреблением наркотиков. В связи с этим правительством всех стран предлагается разработать новые стратегические подходы к решению проблемы незаконного оборота наркотиков таким образом, чтобы, с одной стороны, максимально снизить перегрузку национальных систем правосудия и пенитенциарных систем малозначительными делами, а с другой, — эффективнее использовать имеющиеся в распоряжении государства иные ресурсы [8]. В своем Докладе за 1996 г. МККН заявил о том, что проблема злоупотребления наркотиками должна решаться одновременно в нескольких плоскостях:

- 1) правоохранительная деятельность, направленная на санацию социальной среды от наркотиков;
- 2) профилактика (предотвращение) немедицинского потребления наркотиков;
- 3) лечение лиц с проблемным потреблением наркотиков;
- 4) реабилитация лиц с зависимостью от наркотиков.

Также подчеркивается, что с целью обеспечения и укрепления связей между пенитенциарной системой и системой оказания медицинской помощи правонарушителям необходимо расширить сотрудничество между судебными органами, органами здравоохранения и социального обеспечения. Для этого необходимо более пристально изучать все возможные альтернативы тюремному заключению, разработанные в разных странах мира, принимая во внимание различия национальных правовых доктрин и систем [5].

Во многих странах мира в отношении правонарушителей, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, применяется принудительное, а чаще, альтернативное лечение. В отличие от принудительного лечения, которое назначается решением суда и соединено с исполнением обычно условного наказания, альтернативное лечение в виде специальной терапии по поводу имеющейся алкогольной или наркотической зависимости назначается правонарушителю вместо отбывания уголовного наказания в случаях совершения им незначительных противоправных деяний [17].

Последние 15 лет число стран, где в отношении правонарушителей с наркологическими заболеваниями

ми суды применяют альтернативные уголовному и административному наказанию лечебно-реабилитационные программы неуклонно растет. В настоящее время такой подход помимо всех стран Евросоюза, Соединенных Штатов и Канады применяется в Австралии, Барбадосе, Бермудских островах, Бразилии, Ирландии, Новой Зеландии, Китае, Тринидаде и Тобаго, Чили, Ямайке.

С учетом распространенности немедицинского потребления наркотиков, по своей масштабности достигающей уровня угрозы национальной безопасности страны [19] в решения Совета Безопасности от августа 2009 г., а также в Стратегию антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. были внесены положения о необходимости разработки правовых, организационных и методических основ альтернативного уголовному наказанию лечения правонарушителей от наркоманий. Это было поддержано Президентом страны Д.А. Медведевым на заседании Президиума Госсовета 18 апреля 2010 г., при этом было сказано, что, «несмотря на то, что этой теме уделяется повышенное внимание, действует Государственный антинаркотический комитет, почти год назад принята Стратегия государственной антинаркотической политики до 2020 г., перемен к лучшему пока, конечно, очень и очень мало» [19].

Таким образом, в соответствии с поставленными на самом высоком уровне задачами, опираясь на имеющийся международный опыт, необходимо в Российской Федерации разработать вопросы организации данного вида недобровольной формы оказания помощи больным наркоманией: показания, принципы, законодательное и нормативно-правовое обеспечение, материальная база, финансирование, ведомственная принадлежность. При этом необходимо учесть и собственный опыт организации недобровольного лечения наркологических больных (лечебно-трудовые профилактории, принудительное лечение осужденных в местах лишения свободы) с изучением его не только отрицательных, но и положительных аспектов [15].

К настоящему времени единой и универсальной для всех стран модели применения альтернативных уголовному наказанию мер в отношении правонарушителей с наркологическими заболеваниями нет. В разных странах они формируются по-разному в зависимости от потребностей национальных правовых систем и имеющихся материальных и кадровых ресурсов.

В Бельгии, Германии, Нидерландах, Португалии и Испании в рамках так называемой системы свободы усмотрения полиция располагает полномочиями принимать решение о выделении наркопотребителей из системы уголовного преследования. Если государственный обвинитель принимает решение о нецелесообразности уголовного преследования, перед правонаруши-

телем с проблемным потреблением наркотиков ставятся определенные условия, например требование пройти обязательный курс лечения у психиатра или психолога, в том числе и лечение наркозависимости [24].

Согласно Токийским правилам, правонарушитель может быть условно освобожден от уголовной ответственности при соблюдении определенных условий, например, если он проходит антиалкогольную или антинаркотическую программу терапии [21].

В одних странах организованы самостоятельные суды, деятельность которых ограничена только рассмотрением уголовных дел в отношении наркоправонарушителей и правонарушителей с проблемным употреблением наркотиков. Они получили название *наркосудов*. В других странах функционируют так называемые сосуществующие суды, которые могут назначать осужденным с рискованным образом жизни разнообразные меры социальной и медицинской коррекции, в том числе программы альтернативного или принудительного лечения от наркоманий или алкоголизма.

В США система альтернативного лечения организована не только при наркосудах, но и при трети федеральных окружных судов, в которых также решается вопрос об альтернативном лечении, но уже в отношении правонарушителей с алкогольной зависимостью. Кроме того, в США при так называемых низовых тюрьмах организованы отделы недобровольного лечения, где с осужденными ежедневно и обычно по технологии 12-шаговой программы работают психотерапевты.

Впервые практика предоставления наркозависимому правонарушителю права выбора между назначенным ему в связи с совершенным правонарушением уголовным наказанием и лечением по поводу наркомании была применена в США, где в 1971 г. был организован первый наркосуд. К настоящему времени в стране функционирует более 300 наркосудов. Помимо Соединенных Штатов наркосуды активно работают во многих странах Евросоюза и в Канаде.

Наркосуды во всех странах, где они организованы, обычно рассматриваются как коалиция между судьями, медицинскими учреждениями и общественными организациями. Эти суды могут принять решение о прекращении уголовного преследования правонарушителя, но при этом на него накладывается обязанность пройти программу лечения по поводу имеющегося у него наркологического заболевания. Такая тактика судов отражает применяемый в законодательствах многих стран Европы и в США принцип комплексного подхода в отношении правонарушителей с наркологическими заболеваниями. Суды такого рода преследуют цель посредством участия правонарушителей в лечебно-реабилитационных программах,

находящихся в ведении судебной системы, сформировать у них навыки трезвой жизни и прекратить связанную со злоупотреблением наркотиками преступную деятельность. При этом участники таких программ не несут традиционно назначаемого наказания, такого, как тюремное заключение.

Суды разных стран различаются по критериям отбора правонарушителей в программы альтернативного лечения, по механизмам контроля над ее исполнением, а также по оценке ее результатов. Но, по существу, суды всех стран, имеющие отношение к программам альтернативного лечения, функционируют по одинаковым принципам [10].

Для направления правонарушителей в наркосуды во всех странах разработаны критерии отбора, наиболее типичными среди которых являются следующие:

- 1) совершившие ненасильственные правонарушения;
- 2) никогда не совершавшие правонарушений, связанных с продажей наркотиков;
- 3) наличие у правонарушителя мотивации на лечение.

Как показывает многолетний опыт работы американских и европейских наркосудов, не все правонарушители, которые отвечают критериям отбора наркосудов и которым предлагается в качестве альтернативы осуждению лечение от наркомании, соглашаются на это лечение. Более половины потенциальных кандидатов на прохождение альтернативного уголовному наказанию терапевтического курса (а в некоторых наркосудах не более 20%) отдают предпочтение тюремному заключению вместо предлагаемого им лечения от наркомании. С одной стороны, это связано с отсутствием у правонарушителя установки на прекращение злоупотребления наркотиками, а с другой стороны, с тем, что требования к лицу, находящемуся в альтернативной программе антинаркотического лечения, чрезвычайно жесткие. Поэтому тюремное заключение рассматривается многими правонарушителями с наркологическими заболеваниями как менее для них обременительное. Многолетний опыт работы наркосудов показывает, что вероятность выбора альтернативного лечения вместо уголовного наказания увеличивается у правонарушителей с большим стажем наркопотребления и с более тяжелыми формами наркотической зависимости. Правонарушители с более легкими формами наркоманий, а также не имеющие наркотической зависимости, реже соглашаются на включение их в программы альтернативного лечения. Это соответствует и отечественным исследованиям, согласно которым вероятность обращения лиц с наркологическими заболеваниями за медицинской и социальной помощью увеличивается по мере увеличения стажа наркотизации и продолжительности наркомании, а также у лиц с более тяжелыми формами наркологических заболеваний [1].

Суды предлагают правонарушителям различные по форме программы альтернативного лечения:

- 1) амбулаторные программы с проживанием в семье;
- 2) стационарные программы, которые обычно применяются при выявленной у правонарушителя нестабильной семейной ситуации.

Программы альтернативного лечения предусматривают 3 последовательных этапа реабилитации:

- 1) психотерапевтическая и психологокоррекционная реабилитация в форме ежедневных психотерапевтических групп;
- 2) терапия занятостью с вовлечением в любые формы профессиональной и социальной активности (обучение и устройство на работу);
- 3) этап кандидатов на официальный выпуск из программы альтернативного лечения;
- 4) этап (программа) психотерапевтической и социальной поддержки для выпускников.

После окончания всего цикла мероприятий и успешного завершения программы альтернативного лечения производство по уголовному делу прекращается. Уголовное обвинение с выпускника программы либо снимается и эта судимость за ним не числится, либо выносится решение о наказании, не связанном с тюремным заключением, либо решение об условном освобождении.

На всех последовательных этапах программы альтернативного лечения обязательно предусмотрены химико-токсикологические исследования на возможное употребление участником программы уличных наркотиков и алкоголя. Они проводятся для решения следующих задач:

- 1) как предупреждающая мера;
- 2) как необходимая диагностическая процедура для оказания немедленного вмешательства при нарушении реабилитантом режима трезвости.

График и регулярность такого тестирования устанавливаются судами индивидуально для каждого участника программы. Первое время такие аналитические исследования проводятся ежедневно. В последующем при условии соблюдения реабилитантом всех требований программы терапии они могут проводиться реже. После окончания программы альтернативного лечения суд может продолжить химико-токсикологический контроль за режимом трезвости и воздержания от приема уличных наркотиков. Обычно это происходит в течение года после прекращения программы альтернативного лечения.

Помимо химико-токсикологического контроля на всех этапах альтернативного лечения обязательными являются организация системных мероприятий по реабилитации и ресоциализации участников программы, патронаж за их социальным маршрутом. Последние годы во всех странах наблюдается рост потенциала наркосудов не только в отношении программ альтер-

нативного лечения, но и в системе социальной реабилитации выпускников программы альтернативного лечения, а также в отношении правонарушителей после их освобождения из заключения и для осужденных с наркологическими заболеваниями в тюрьмах. Обычно осужденные включаются в реабилитационные программы за полгода до освобождения. После освобождения для не имеющих семей и жилья создают защищенные места, где они могут переночевать, провести санобработку и т.д.

Все формы деятельности по реабилитации и ресоциализации правонарушителей с наркологическими заболеваниями проводятся в общих реабилитационных центрах, но по специальным программам. Обычно реабилитационными центрами предлагается несколько вариантов реабилитационных программ:

- 1) реабилитационные мероприятия проводятся в помещении тюрьмы при непосредственном общении с психологами, социальными работниками и психотерапевтами;
- 2) реабилитационные услуги оказываются осужденным по телекоммуникационным каналам (телемедицина);
- 3) осужденные ежедневно доставляются из тюрьмы в реабилитационный центр для психокоррекционной работы с ними.

Кроме того, реабилитационные центры организуют многообразные программы реабилитации осужденным разного пола и возраста в зависимости от их социального статуса, образования и национальности (европейцы, латиноамериканцы, афроамериканцы и т.д.).

Наряду с реабилитационными мероприятиями и помощью в ресоциализации в рамках альтернативного лечения реабилитанты получают весь комплекс необходимой медицинской помощи. Согласно Резолюции 45/111 Генеральной Ассамблеи ООН (п.9), заключенные должны пользоваться медицинским обслуживанием, имеющимся в данной стране, без дискриминации в связи с их юридическим положением. Высокий уровень оказываемых медицинских услуг во многом определяют более высокие показатели здоровья у освобожденных из заключения и у выпускников программы альтернативного лечения [23].

Программа альтернативного лечения, конкретные мероприятия и способы контроля за их реализацией определяются судом. За ходом осуществления программы терапии следит созданная при суде междисциплинарная группа из представителей правосудия и здравоохранения, возглавляемая судьей. Представители суда для инспекции либо выезжают в реабилитационный центр по месту реализации программы, либо вызывают к себе для отчета о ходе программы и пациента и врача. Сотрудники реабилитационного центра, где программа альтернативного лечения реализуется, являются испол-

нителями решения суда. Если они считают необходимым внести в установленную судом программу коррективы, то они имеют право обратиться в суд с ходатайством об изменении режима или объема проводимых в рамках альтернативного лечения мероприятий.

Соблюдение требований, установленных судом в отношении участника программы альтернативного лечения, вознаграждается, а их несоблюдение влечет за собой различные санкции, вплоть до возобновления уголовного преследования. Во всех странах на первых этапах реализации программ альтернативного лечения правонарушителей от наркоманий и алкоголизма любые, даже незначительные, нарушения установленных судом требований рассматривались как условие для исключения правонарушителя из лечения и возобновления его уголовного преследования. Однако практически во всех странах по мере накопления собственного опыта суды стали более дифференцированно относиться к выявленным нарушениям режима. Единичные нарушения режимных требований, в том числе и выявление употребления уличных наркотиков, в большинстве стран обычно не влекут за собой штрафных санкций, поскольку суды последние годы стали рассматривать это в рамках допустимых рецидивов наркологического заболевания в процессе выздоровления. При систематическом злоупотреблении уличными наркотиками, а также при стремлении участника программы скрыть имеющиеся у него нарушения режима содержания он подвергается более серьезным санкциям. В США для таких случаев предусмотрены санкции в форме непродолжительного лишения свободы. Целью таких непродолжительных помещений правонарушителя в условия тюремного заключения является стремление сформировать у него ответственность за собственное выздоровление. И лишь при нарушениях режима, которые судом расценены как злобные, а также при отсутствии какого-либо эффекта от иных мер дисциплинарного воздействия реабилитанты исключаются из программы альтернативного решения и в отношении них возобновляется уголовное преследование. Аналогичные подходы применяются и в отношении выпускников программы, которые нарушают режим трезвости. Суд в отношении них может вынести решение об их направлении в места заключения.

Если участник программы альтернативного лечения совершает повторное правонарушение, он обычно исключается из программы лечения, и в отношении него принимаются меры воздействия, предусмотренные по инкриминируемому ему правонарушению системой уголовного правосудия [9].

Международные конвенции разрешают судам гибко применять свои полномочия и возможности назначений санкций с целью содействия удержанию правонарушителя в лечебной программе, а также для повышения вероятности успешного завершения лечения, повышения уровня общественной безопасности участника программы и профилактики его повторной противоправной активности [12].

Считается, что альтернативные уголовному наказанию лечение, реабилитация и социальная реинтеграция правонарушителей являются эффективными только в том случае, если они направлены на формирование у правонарушителя четкой установки на полное воздержание от употребления алкоголя и наркотиков [18]. Успешность программы зависит также от опыта осуществляющих ее людей, степени взаимодействия между органами уголовного правосудия и органами здравоохранения [12].

Программы альтернативного лечения правонарушителей финансируются из бюджета штата, значительно реже — через федеральные гранты и еще реже — через благотворительные фонды. Как правило, бюджет программы наркосуда значительно превышает (в США более чем в 3 раза) финансовые возможности всех других реабилитационных центров. Это связано с большими объемами дорогостоящих химико-токсикологических исследований (в США стоимость одного исследования, по данным на 2011 г., от 10 до 15 долл.), значительно большей психотерапевтической нагрузкой программы с соответствующим кадровым обеспечением, затратами на содержание самих наркосудов и финансированием их координирующей и контрольной деятельности. В связи с этим в некоторых штатах США (например, в Калифорнии) губернаторы в период экономического кризиса 2009—2010 гг. и в связи с дефицитом бюджета штата ставили вопрос о сворачивании программ наркосудов. Однако в большинстве штатов США и стран мира, несмотря на большие финансовые затраты, связанные с деятельностью наркосудов и их аналогов, сохраняется тенденция к расширению программ альтернативного лечения и программ медико-социальной помощи в тюрьмах осужденным, которые вместо предложенного им альтернативного лечения от наркомании или алкоголизма предпочли тюремное заключение. Это связано с достаточно высокой эффективностью наркосудов, программы которых показывают самые высокие показатели по всем аспектам профилактики злоупотребления наркотиками и повторной противоправной активности.

Многолетний опыт работы наркосудов в различных странах показал, что успешность их работы определяется следующими факторами:

- 1) эффективное руководство со стороны суда над исполнителями и участниками программ альтернативного лечения для обеспечения последовательности и результативности применяемых альтернативных лечебно-реабилитационных мер;
- 2) активное взаимодействие всех специалистов, имеющих отношение к программам терапии, между собой при одновременном сохранении их профессиональной независимости;
- 3) осведомленность юристов, курирующих программы альтернативного лечения, в вопросах терапии и социальной реабилитации лиц с наркологическими заболеваниями;

4) осведомленность представителей системы здравоохранения, участвующих в программах альтернативного лечения, о принципах профилактики противоправной активности;

5) разработка четких критериев отбора правонарушителей для участия в альтернативной лечебно-реабилитационной программе на основании результатов объективного скрининга потенциальных кандидатов;

6) организация оперативных процедур перевода правонарушителей в альтернативные лечебно-реабилитационные учреждения сразу же после их задержания;

7) наличие оперативно осуществляемых санкций за несоблюдение требований программы и поощрений за их соблюдение;

8) постоянный скрининг промежуточных результатов и четкая установка на достижение более высоких показателей [11].

МККН в своих ежегодных докладах неоднократно отмечает, что хотя медико-социальную помощь лицам с наркологическими заболеваниями предпочтительнее оказывать на добровольной основе, это не является непременным условием эффективности проведенной терапии. Успешному завершению лечения может способствовать наличие мощного стимула и столкновение правонарушителя с системой уголовного правосудия может стать тем условием, которое подтолкнет его к лечению [13].

Оценка многолетнего функционирования и результативности альтернативного лечения правонарушителей от алкоголизма и наркомании в различных странах мира показывает, что по сравнению с иными альтернативами уголовному преследованию они дают более высокие результаты по снижению уровня повторной противоправной активности и лучше обеспечивают удержание правонарушителей в программах лечения. Кроме того, данный подход считается и экономически более выгодным, поэтому система наркосудов развивалась по всем странам мира последние годы достаточно быстро [24].

Список литературы

- Альтшулер В.Б. Клиника алкоголизма // Руководство по наркологии: В 2-х т. Т. 1. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 203—233.
- Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии острой интоксикации (опьянения) психоактивными веществами // Наркология. — 2003. — №3. — С. 12—16.
- Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). — М: МНЦ «Инфокоррекция» 2003. — 317 с.
- Дмитриева Т.Б., Игонин А.А. Актуальные проблемы организации обязательного (принудительного) лечения наркологических больных в России // Наркология. — 2007. — №2. — С. 8—11.
- Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 1996 год. — Организация Объединенных наций: Нью-Йорк, 1997. — 154 с. (п.п. 24, 26).
- Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 1996 год. — Организация Объединенных наций: Нью-Йорк, 1997. — 154 с. (п.п. 29—31).
- Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 год. — Организация Объединенных наций: Нью-Йорк, 2008. — 156 с. (п. 7, 19).
- Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 год. — Организация Объединенных наций: Нью-Йорк, 2008. — 156 с. (п. 20).
- Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 год. — Организация Объединенных наций: Нью-Йорк, 2008. — 156 с. (п. 53).
- Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 год. — Организация Объединенных наций: Нью-Йорк, 2008. — 156 с. (п. 54).
- Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 год. — Организация Объединенных наций: Нью-Йорк, 2008. — 156 с. (п. 55).
- Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 год. — Организация Объединенных наций: Нью-Йорк, 2008. — 156 с. (п. 56).
- Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 год. — Организация Объединенных наций: Нью-Йорк, 2008. — 156 с. (п. 57).
- Игонин А.А., Тузикова Ю.Б., Иришкин Д.А. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение // Наркология, 2004 — №3. — С.
- Казаковцев Б.А., Стяжин В.Д., Тарасевич Л.А. Психосоциальная реабилитация пациентов с синдромом зависимости, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре // Наркология. — 2002. — №11. — С. 12—18.
- Клименко Т.В. и др. Клинико-социальные факторы формирования противоправной активности лиц с опийной зависимостью // Медицина в Кузбассе, 2003 — №3. — С. 118—119.
- Клименко Т.В. Этические и организационные аспекты недобровольного лечения лиц с наркологическими заболеваниями с учетом национального и зарубежного опыта // На пути к профессиональной наркологии (аналитические статьи и очерки) / Под ред. В.Д. Менделевича. — М.: Пресс-Медиа, 2008. — С. 143—149.
- Козлов А.А., Куценко Е.А., Клименко Т.В., Шевцова Ю.Б. Злоупотребление наркотиками, ВИЧ/СПИД и антинаркотическая политика в Китайской Народной Республике и Гонконге. Сообщение 1 // Наркология. — 2009. — №6. — С. 18—24.
- Медведев Д.А. Выступление на заседании президиума госсовета 18 апреля 2011 года в г.Иркутске. — <http://www.ran.ru/antidrugs/20110418/365615166.html>
- Пелипас В.Е., Цетлин М.Г., Соломонидина И.О. Опыт применения принудительного и обязательного лечения наркологических больных в Российской Федерации // Современные проблемы наркологии: Сб. научн. тр. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М., 2005. — С. 203—235.
- Тарасов Н.В. Наркомания: Опыт борьбы в США. — ЮРКНИГА, 2004. — 184 с.
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction: Varying Pathways to Similar Objectives. — P. 20, 86—87.
- Office for Official Publications of the European communities. — Luxembourg, 2002. — P. 20.
- United States. Government Accountability Office. Adult Drug Court. GAO report GAO-05-219 Washington D.C., 2005.