

Альтернативное лечение правонарушителей от наркомании как эффективная форма профилактики рецидивной преступности

КЛИМЕНКО Т.В. д.м.н., руководитель отделения ФГБУ "Московский научно-исследовательский институт психиатрии" Минздравсоцразвития России;
главный научный сотрудник ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России;
e-mail: klimenko17@mail.ru

КОЗЛОВ А.А. д.м.н., заместитель директора—главный врач
ФГБУ "Московский научно-исследовательский институт психиатрии" Минздравсоцразвития России;
e-mail: aakozlov@inbox.ru

ДИДЕНКО Е.С. заместитель начальника Медицинского управления ФСКН России

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

Ключевые слова: альтернативное лечение, недобровольное лечение, наркоправонарушитель, регламент, права человека, контроль

Последние годы в Российской Федерации показатели заболеваемости наркоманией остаются на высоком уровне, достигая у мужчин в возрастной группе от 19 до 35 лет 1,5—2,0% населения [13], а связанные с потреблением психоактивных веществ (ПАВ) социальные, медицинские и экономические аспекты являются одной из актуальных и трудноразрешимых проблем [3]. Рост заболеваемости наркоманиями во всех социальных слоях населения приводит к увеличению числа дезадаптированных лиц с психическими расстройствами, препятствующими их социальному функционированию [14], что обуславливает и рост преступности в этой среде.

Отечественные авторы единодушны в признании прямого воздействия наркотизма на рост преступности [8, 9, 15]. Лица с наркотической зависимостью по мере развития болезни все чаще совершают правонарушения, связанные с незаконным оборотом наркотических средств [11, 16].

Исследования последних лет показывают, что криминогенный потенциал лиц с наркоманической зависимостью по мере прогрессирования болезни увеличивается. При этом наибольшей уголовной релевантностью обладает синдром патологического влечения к приему наркотиков и абстинентный синдром [7]. Прямая корреляционная связь наркоманий с интенсивностью противоправной активности подтверждает необходимость применения к данному контингенту лиц лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе и недобровольного характера, как

эффективного метода профилактики рецидивной преступности.

В отечественной психиатрии и наркологии недобровольные меры медицинского характера всегда рассматривались как наиболее важный сегмент в системе профилактики повторной противоправной активности лиц с психическими и наркологическими заболеваниями [2, 11]. Но в настоящее время в Российской Федерации отсутствуют какие-либо формы недобровольного лечения правонарушителей с наркологическими заболеваниями. С 1967 г. с терапевтическо-реабилитационной целью для обеспечения принудительного лечения осужденных от алкоголизма и наркомании в уголовно-исполнительной системе были организованы специализированные учреждения. После того как в 2003 г. принудительное лечение осужденных от алкоголизма и наркомании было отменено [17], 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 [18]. Как показала практика последующих лет, 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 в течение последних почти 10 лет Российская Федерация фактически была чуть ли не единственной среди развитых стран мира, где не было

предусмотрено никаких недобровольных медицинских мер в отношении правонарушителей с наркологическими заболеваниями.

В большинстве развитых стран мира наиболее эффективной из всех недобровольных мер воздействия в отношении наркоправонарушителей считается альтернативное уголовному наказанию лечение, которое заключается в том, что правонарушителю, имеющему наркологическое заболевание, вместо положенного ему в связи с совершенным правонарушением наказания с его согласия и по решению суда назначается лечение от наркомании. В настоящее время альтернативное лечение применяется в США, странах Европейского Союза и в Австралии, назначается определением суда вместо уголовного наказания по выбору и при согласии правонарушителя [1, 25]. Последние 15 лет число стран, где в отношении правонарушителей с наркологическими заболеваниями суды применяют альтернативные уголовному и административному наказанию лечебно-реабилитационные программы неуклонно растет [33, 34]. 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 [35].

Результаты многолетнего зарубежного опыта применения к наркоправонарушителям альтернативного лечения показывают, что оно позволяет существенно снизить уровень рецидивной преступности среди данного контингента правонарушителей: в США с 47 до 13% (в среднем на 29%); в Канаде — до 11,6% [5, 31]. В Российской Федерации, где в настоящее время программ недобровольного лечения правонарушителей нет, аналогичные показатели значительно хуже: по данным Управления исполнения наказания Волгоградской области, более 70% осужденных, злоупотребляющих наркотическими средствами, после освобождения уже в течение полугода совершили повторные правонарушения, а около 90% из них — в течение года.

Кроме того, программы альтернативного лечения лучше, по сравнению с программами общего типа, обеспечивают удержание правонарушителей в программах лечения [35]. Также данный подход в долгосрочной перспективе считается экономически более выгодным по сравнению с содержанием заключенных в местах лишения свободы [19]. Как правило, бюджет альтернативных программ лечения значительно превышает (в США более, чем в 3 раза) финансовые затраты всех других реабилитационных центров, что 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 альтернативного лечения наркоправонарушителей. Однако по сравнению с финансовыми затратами по содержанию заключенных в тюрьмах специальные программы реабилитации для наркоманов существенно менее затратны [35]. Так, например, в Канаде участие в программе реабилитации одного наркозависимого обходится государству в 8 тыс. канадских долларов, тогда как содержание одного заключенного в местах лишения свободы стоит около 25 тыс. долларов.

Несмотря на большие финансовые затраты, в большинстве стран мира сохраняется тенденция к расширению программ альтернативного лечения. Это связано с достаточно высокой эффективностью программ альтернативного лечения, которые показывают самые высокие показатели по всем аспектам профилактики злоупотребления наркотиками и повторной противоправной активности [1, 6, 20, 21, 23].

С учетом огромного и достаточно позитивного зарубежного опыта применения альтернативного уголовному наказанию лечения наркоправонарушителей как эффективной меры профилактики рецидивной преступности 17.11.2011 г. ГД ФС РФ принят Федеральный закон от 07.12.2011 №420-ФЗ "О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации" (далее — №420-ФЗ), которым наряду с другими законодательными инновациями вводится норма альтернативного уголовному наказанию лечения от наркомании [22].

Но данный федеральный закон формулирует лишь общую норму альтернативного лечения наркоправонарушителей и не оговаривает специальных норм, которые конкретизируют регламент ее применения. По-видимому, специальные нормы применения альтернативного лечения наркоправонарушителей должны быть оговорены в других нормативно-правовых формах (Указы Президента, Постановление Правительства, ведомственные акты), без которых процедура, материально-техническое и кадровое обеспечение процедуры альтернативного лечения невозможно.

Специальными нормативно-правовыми актами необходимо регламентировать процедуру исполнения альтернативного лечения наркоправонарушителей, которое, во-первых, может проводиться как в амбула-

торных, так и в стационарных условиях. Эти формы лечения имеют юридически значимые различия, которые должны быть нормативно определены. За рубежом чаще применяются амбулаторные программы с проживанием реабилитанта в семье. Эта форма терапии поддерживается как более эффективная во всех отношениях экспертами УНП ООН [36]. Например, в Швеции на стационарном принудительном лечении находится не более 6% от всех пациентов [36]. Лишь в некоторых странах Юго-Восточной Азии (Китай, Индия, Малазия, Вьетнам), где применяется не альтернативное лечение, а принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания, обычно используется стационарные формы лечения. Амбулаторные программы обычно предлагаются наркозависимых при активной заинтересованности членов семьи в результатах лечения, а при нестабильной семейной ситуации чаще назначаются стационарные программы.

Необходимо четко определиться с учреждениями, которые исполняют решение суда об альтернативном лечении наркоправонарушителя. Это могут быть общие учреждения здравоохранения, оказывающие наркологическую помощь всем гражданам, или специализированные учреждения либо отделения, предназначенные только для альтернативного наркологического лечения осужденных. В США и в странах Евросоюза все формы деятельности по реабилитации и ресоциализации правонарушителей с наркологическими заболеваниями проводятся в общих реабилитационных центрах, но по специальным программам [10].

Принципиально важным является вопрос, в учреждениях какой формы собственности может быть организовано альтернативное лечение наркоправонарушителей, а также их финансирование. Лечебно-профилактическая и санитарно-профилактическая помощь наркоправонарушителей в программах альтернативного лечения должна оказываться в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья, но при этом законодательно необходимо установить возможность или категорическую невозможность финансирования за счет самого реабилитанта процесса лечения, материально-технического обеспечения реабилитанта (предоставление индивидуального спального места, спальных принадлежностей, обеспечение одеждой и обувью, питанием, медикаментами), а также расходы по содержанию медицинского (реабилитационного) учреждения (оплата коммунально-бытовых услуг, содержание имущества). При допустимости полного или частичного финансирования пребывания наркоправонарушителя в программах терапии, но при отсутствии у него собственных средств необходимо разработать механизм предоставления им лечебно-профилактической

помощи и их материально-технического обеспечения за счет средств федерального бюджета.

За рубежом программы альтернативного лечения обычно правонарушителей финансируются из государственного бюджета, значительно реже — через федеральные гранты и еще реже — через благотворительные фонды [10].

Наряду с реабилитационными мероприятиями и помощью в ресоциализации в рамках альтернативного лечения реабилитанты должны получать 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 освободившихся из заключения и у выпускников программы альтернативного лечения [29].

На всех последовательных этапах программы альтернативного лечения необходим обязательный контроль за поведением реабилитантов и за исполнением ими требований режима программы терапии, что обычно осуществляет администрация медицинского учреждения. При этом необходимо законодательно оговорить возможность, условия (уведомление реабилитантов), порядок применения и перечень технических средств надзора и контроля (аудиовизуальные, электронные и иные технические средства), которые допускаются или категорически не допускаются для предупреждения преступлений, нарушений порядка и условий пребывания в программе альтернативного лечения и для получения необходимой информации о поведении реабилитанта.

Среди мер контроля обязательными являются периодические химико-токсикологические исследования на возможное употребление участником программы уличных наркотиков и алкоголя. Они проводятся для решения следующих задач:

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

В зарубежных клиниках альтернативного лечения график и регулярность такого тестирования устанавливается 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 по решению суда химико-токсикологический контроль за режимом трезвости и воздержания от приема уличных наркотиков может быть продлен,

обычно это происходит в течение года после прекращения программы альтернативного лечения [25, 26].

Помимо того, что на участника реабилитационной программы недобровольного лечения судом возлагаются определенные обязанности, они наделяются также и определенными правами. Права любого человека и гражданина вне зависимости оттого, здоров ли он, страдает физическим или психическим недугом, является ли законопослушным гражданином или совершает общественно опасные деяния, обладает ли он свободой в полной мере или в ограниченной форме, — в любом случае его права являются высшей ценностью общества, а защита и обеспечение условий для их реализации — главная обязанность демократического государства. В связи с этим лица, подвергающиеся любому виду лечения, в том числе и лечению по поводу наркомании как альтернативе уголовного наказания, должны пользоваться всеми правами пациентов психиатрических стационаров, предусмотренными ФЗ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" без каких-либо изъятий, а также правами, связанными со специфической процессуальной позицией реабилитанта:

- своевременное проведение слушания/разбирательства в суде;
- адекватное и своевременное уведомление о предстоящем слушании или рассмотрении уголовного дела;
- юридическое консультирование в подходящее для реабилитанта время суток;
- защищенность (иммунитет) от самообвинений;
- возможность встретиться с любыми свидетелями по этому делу и присутствовать при даче ими свидетельских показаний, а также участвовать в перекрестном допросе;
- закрепленные государственные стандарты доказательств, требующие достаточных оснований для направления, продления и прекращения недобровольного лечения;
- эффективные и гуманные методы лечения;
- адекватные процедуры пересмотра актуального уголовного или административного дела.

Участники альтернативных программ лечения по аналогии с психически больными, находящимися на принудительном лечении, особенно при включении их в стационарные программы лечения, могут (или должны) признаваться нетрудоспособными на весь период пребывания в программах терапии и могут (или должны) иметь право на пособие по государственному социальному страхованию и на пенсию на общих основаниях. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) с целью защиты личных прав граждан, подвергающихся недобровольному лечению от алкоголь-

ной и наркотической зависимости, указывает на необходимость обеспечения их права на:

- индивидуальное достоинство;
- недискриминационные программы помощи;
- лечебные программы, соответствующие индивидуальным потребностям;
- общение с людьми;
- иметь личные вещи;
- конфиденциальность медицинской документации;
- юридические консультации на всех этапах слушания дела;
- подачу петиции в определенное время и слушания в суде на предмет законности изоляции [30].

При этом подчеркивается, что пациенту в период недобровольного лечения должны быть предоставлены определенные и реальные процедурные права [28].

В аспекте обеспечения прав реабилитантов находится и решение вопроса о возможности привлечения их к труду и распоряжение средствами, которые они при этом зарабатывают. Многие функционирующие к настоящему времени на территории Российской Федерации реабилитационные центры организованы по принципу самоокупаемой трудовой коммуны, когда все заработанные реабилитантами средства идут на погашение материально-технического содержания реабилитационного центра и материально-бытового обеспечения пребывания в нем реабилитантов, что нередко вызывает у оппонентов серьезные возражения и сомнения по поводу законности использования бесплатного труда реабилитантов. В связи с этим необходимо соответствующими нормативно-правовыми документами оговорить возможность и регламент привлечения реабилитантов к труду, а также формы стимулирования организаций, которые предоставляют рабочие места для участников амбулаторных программ реабилитации, формы страхования (социальное, пенсионное) реабилитантов в программах альтернативного лечения, формы их ответственности за причинение материального ущерба учреждению, где проводится программа альтернативного лечения.

Во всех странах соблюдение режимных требований, установленных судом в отношении участника программы альтернативного лечения, вознаграждается, а их несоблюдение влечет за собой различные санкции, вплоть до возобновления уголовного преследования. На первых этапах развития системы альтернативного лечения наркоправонарушителей любые даже незначительные нарушения режимных требований рассматривались как основание для исключения реабилитанта из программы терапии и возобновления его уголовного преследования. Однако по мере накопления опыта по реабилитации наркозависимых лиц к выявленным нарушениям режима стали отно-

ситься более дифференцированно. Единичные нарушения режимных требований, в том числе, выявление употребления уличных наркотиков, в большинстве стран обычно не влекут за собой штрафных санкций, поскольку рассматриваются 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 воздержания, он может быть подвергнут более серьезным санкциям [4].

Наряду с санкциями в отношении нарушителей режима необходимо предусмотреть виды и порядок применения мер поощрения, которые могут иметь отношение не только к прописанным в №420-ФЗ юридическим последствиям, но и к послаблению режимных требований пребывания в программе альтернативного лечения.

Таким образом, введение в №420-ФЗ общей нормы альтернативного уголовному наказанию лечения наркоправонарушителей требует разработки специальных норм, регламентирующих его применение, а также нормы, относящиеся к "правам пациента" и "режиму содержания осужденного в медицинском учреждении". Раньше подобные вопросы регулировались ведомственными нормативными правовыми документами, но в настоящее время считается, что все вопросы, затрагивающие права человека, должны содержаться в федеральном законе.

Список литературы

1. Альтернативные наказания в странах-членах ЕС. European Legal Database on Drug. http://www.narkotiki.ru/comments_3188.html.
2. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). — М.: МНЦ "Инфокоррекция", 2003. — 317 с.
3. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В., Кулагина Н.Е. Медикаментозные и немедикаментозные биологические методы, применяемые при лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ в острых (подострых) состояниях// Наркология. — 2004. — №1. — С. 41—43.
4. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 год. — Организация Объединенных наций: Нью-Йорк, 2008. — 156 с. (п. 53).
5. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 г., п.54
6. Зазулин Г.В., Фролова Н.А. Опыт Швеции в проведении антинаркотической политики// Наркология. — 2005. — №7. — С. 16—24.
7. Клименко Т.В., Смирнова Г.Г., Кондрашова С.М. Противоправная активность лиц с зависимостью от психоактивных веществ (клинико-социальный аспект)// Российский психиатрический журнал. — 2005. — №5. — С. 25—30.
8. Клименко Т.В., Игонин А.А., Дмитриев А.С. и др. Противоправная активность лиц с опиоидной зависимостью, сочетанной с иной психической патологией (клинический и судебно-психиатрический аспекты)// Пособие для врачей. — М., 2005. — 35 с.
9. Клименко Т.В., Игонин А.А., Дворин Д.В. Противоправная активность лиц с зависимостью от стимуляторов (клинический и судебно-психиатрический аспект)// Пособие для врачей. — М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2007. — 28 с.
10. Клименко Т.В. Система противодействия злоупотреблению алкоголем и наркотиками в США: эпидемиологические данные, государственная политика, законодательство, реабилитационная стратегия// Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. Всероссийская научно-практ. конференция с межд. участием. 22—23.04.2011. — Материалы конф. — М.: МГППУ, 2011. — С. 29—39.
11. Козлов А.А., Клименко Т.В., Шевцова Ю.Б., Шапошникова В.В. Правовые аспекты оказания медицинской помощи лицам с зависимостью от наркотиков на недобровольной основе// Обозреватель. — 2009. — №2 (229). — С. 51—57.
12. Кондрашова С.М. Противоправное поведение лиц с синдромом зависимости от опиоидов (судебно-психиатрический аспект). — Автореф. дисс. ...канд.мед.наук. — М., 2005. — 35 с.
13. Кошкина Е.А. Последствия злоупотребления психоактивными веществами для здоровья нации. Выступление на VII Всероссийском форуме "Здоровье нации — основа процветания России", 15—17 сентября 2011 г.
14. Оружьев Н.Я. Дезадаптация лиц с наркологическими заболеваниями. — Дисс... докт. мед. наук. — М., 2002. — 317 с.
15. Рохлина М.Л. Козлов А.А., Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
16. Субханбердина А.С. Опиоидная зависимость в структуре сочетанной психической патологии (клинический и судебно-психиатрический аспект). Автореф. дисс. ...докт. мед.наук. — М., 2004. — 40 с.
17. Федеральный закон № 162-ФЗ от 8 декабря 2003 г. "О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации".
18. Федеральный закон № 163-ФЗ от 8 декабря 2003 г.
19. Adult Drug Court. Evidence Indicators, Recidivism, Reductions and Mixed, Result of other outcomes. GAO, Report of congressional committees. — Washington. — 2005. — 86 p.
20. Billinger K. A. A focus group investigation of care-provider perspectives in Swedish institutions for the coercive care of substance abusers// Int. J. of Social Welfare. — 2005. — Vol. 14. — №1. — P. 55—64.
21. Gottfredson D. C. et al. Effectiveness of Drug treatment courts: evidence from a randomized trial// Criminology and Public Policy. — 2003. — Vol. 2, №2. — P. 171—196.
22. Graph-kremlin.consultant.ru/page.as
23. Hancan H., Alegria M., Caban C. A., Pena M., Lai S., Shrout P. Drug treatment health and social service utilization by substance abusing women from a community-based samples// Medical Care. — 2004. — Vol. 42, № 11. — P. 1117—1124.
24. Hills H. A., Rags D., Young M. S. The impact of substance use disorders on women involved in dependency court// Washington University Journal of Law & Policy. — 2004. — Vol. 14. — P. 359.
25. Maskey P. Alternative Treatments for Heroin Addiction. <http://www.parliament.nsw.gov.au>.
26. Millar T., Donmall M., Jones A. Treatment effectiveness: demonstration analysis of treatment surveillance data about treatment completion and retention. — London, 2004.
27. Nolan J. Drug Courts in Theory and Practice/ Aldine de Cruyter. — 2002. — 264 p.
28. NIDA (National Institute on Drug Abuse): Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice// Research Monograph Series. — N. 86. — P. 200.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

29. Office for Official Publications of the European communities. Luxemburg, 2002. — P. 20.
30. Porter L., Arif A. E., Curran W. J. The Law and the treatment of drug and alcohol-dependent persons // World Health Organization. — Geneva. — 1986. — P. 40—42.
31. Repel M. et al. The New York State adult Drug Court Evaluation: Policies Participants and Impacts Drug Court Review. — 2003. — Vol. 1Y, Issue, 2, National Drug Court Institute.
32. Ridgely M. S., Iguchi M. Y. Coerciver use of vassines against drug addiction: Is it permissible and is it good public policy? // Virginia J. of Social Policy & the Law. — 2005. — Vol. 12, №2. — P. 260—329.
33. Stevans A., Berto D., Heckmann W., Kerschi V., Oeuvray K., Van Ooyen M. Quazi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review // Substance Use & Misuse. — 2005. — Vol. 40, № 3. — P. 269—283.
34. Stenens A., McSweeney T., Van Ooyen M., Uchtenhagen A. On coercion // Int. J. of Drug Policy: a review of the evidence. — 2005. — Vol. 16. — P. 207—209.
35. United States. Government Accountability Office. Adult Drug Court. GAO report GAO-05-219 Washington D.C. 2005.
36. UNODC. Sweden's successful drug policy: a review of the evidence. — 2006. — 55 p.

ALTERNATIVE TREATMENTS FOR CRIMINAL DRUG OFFENDERS AS AN EFFECTIVE MEANS OF CRIME RELAPSE PREVENTING

KLIMENKO T.V., KOZLOV A.A., DIDENKO E.S.

Analyzed an alternative to criminal penalties for drug addiction treatment drug-addicted criminals as a general legislative initiative and the necessity for special legislation governing the procedure for its application.

Key words: alternative treatment, involuntary treatment, drug-addicted criminals, regulations, human rights, monitoring.