

Недобровольное (принудительное) и альтернативное лечение наркомании: дискуссионные вопросы теории и практики

МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д.

д.м.н., профессор, Казанский государственный медицинский университет,
Институт исследований проблем психического здоровья, Казань

С использованием парадигмы доказательной медицины анализируется целесообразность, допустимость и ожидаемая эффективность внедрения в России недобровольного (принудительного) и альтернативного лечения наркомании. Рассматривается и оценивается опыт применения сходных мер наркологической помощи в странах мира. Изучаются вопросы ставящихся целей подобного лечения и их достижимости, клинических показаний и юридических оснований, методы и способы терапии и организации, деонтологические аспекты, социальная и экономическая целесообразность. Делается вывод о том, что допустимой с точки зрения медицины может считаться обсуждение не принудительного, а альтернативного лечения наркомании с особым упором на разработку корректных, научно обоснованных и этически оправданных принципов и процедур.

Проблема поиска результативных методов и способов терапии, организации медико-социальной помощи при наркоманиях остается одной из наиболее важных проблем современной российской наркологии. Это связано с тем, что регистрируемая эффективность опиоидной зависимости (оцениваемая по критерию годовой ремиссии) оказывается на практике незначительной — от 7 до 15%, лишь в редких случаях достигая 25% [15, 23, 25, 26, 34], и большое число пациентов отказывается от обращения за наркологической помощью, совершая социальный дрейф в сторону маргинализации. Значимость развития качественной терапии наркоманий можно рассматривать и сквозь призму влияния наркологической болезни на криминальное и рискованное поведение пациентов, создающих угрозу окружающим людям и обществу в целом [4—6, 8, 18, 19—22, 37, 39, 41, 42, 50, 54, 58, 74, 78, 82, 86]. Есть основания утверждать, что эффективность лечения наркомании напрямую влияет на изменение наркотической ситуации в стране и мире. Чем лучше организован лечебно-реабилитационный процесс, чем более активно пациенты сотрудничают с врачами, тем ниже социальные последствия наркомании. Ведь известно, что основными поставщиками наркопреступности (т.е. правонарушений на почве незаконного оборота наркотиков и связанных с ним проблем) являются не люди, эпизодически употребляющие психоактивные вещества, а больные наркоманией. При этом по мере увеличения длительности наркотизации отмечается увеличение доли правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, и уменьшение доли правонарушений против личности и имущественных преступлений [18]. То есть можно утверждать, что незаконный оборот наркотиков обеспечивается в основном людьми с длительными периодами наркотизации, страдающими наркоманией.

В качестве одного из способов улучшения наркоситуации в российском обществе в последнее время активно обсуждается недобровольное (принудительное)* или альтернативное лечение наркомании [2, 3, 6, 7, 11, 14, 21, 25,

26, 28, 31, 33, 35, 38, 42, 43]. Необходимость и целесообразность его внедрения анализируется как в профессиональных, научных, государственных кругах, так и в обществе [2, 6, 26, 31]. Сторонники восстановления отмененной в начале 90-х годов системы принудительного лечения не приводят в своих публикациях подробные характеристики, возможные принципы и структуру новой модели недобровольного лечения, констатируя лишь ее необходимость. Однако можно сделать вывод, что принудительное лечение наркомании в идеале рассматривается ими как направленное не только на больных, совершивших преступления, но и на тех пациентов, кто ведет асоциальный образ жизни и представляет потенциальную опасность для окружающих. Указывается, что для подобной терапии должны быть созданы новые медицинские структуры, не копирующие существовавшие ранее лечебно-трудовые профилактории, и применены иные медико-психосоциальные подходы [3, 6].

По данным социологического мониторинга [25, 26], в настоящее время за принудительное лечение наркомании высказывается треть (35,6%) российских граждан — респондентов (в 2004 г. сторонников было больше половины — 51,9%). Наиболее часто эту позицию занимают работники правоохранительных органов (44% в 2006 году и 70% в 2004 г.). Мнение профессионалов (врачей-наркологов) значительно более либерально — лишь пятая часть (21,2%) из них выступает за внедрение принудительного лечения (в 2004 г. поддерживающих такую точку зрения было несколько больше — 27,6%).

Учитывая тот факт, что анализу подвергается способ лечения и организации медицинской помощи, а не социальная практика, не требующая специальных медицинских знаний, основной упор в дискуссии о необходимости внедрения недобровольного/альтернативного лечения наркомании должен быть сделан исключительно на оценке медицинских и деонтологических аспектов проблемы. Неправомерным следует признать апелляцию к иным, выходящим за рамки научной полемики факторам (пра-

* В статье термины *принудительное, недобровольное, обязательное лечение* употребляются вне юридического контекста, а в качестве синонимов. Они обозначают наркологическую помощь, оказываемую без согласия пациента. В юридическом смысле под *принудительным лечением* понимается терапия больных, признанных судом невменяемыми, в специализированных медицинских учреждениях. *Недобровольным* обозначается госпитализация больного с тяжелыми психическими расстройствами в стационар в случае их опасности для себя или окружающих.

вственному, гражданскому, идеологическому, религиозному), поскольку это выводит научную дискуссию за сферы профессиональной компетенции и лишает аргументацию научной основы.

В настоящее время в соответствии с законодательными нормами, действующими в Российской Федерации, принудительные меры медицинского характера в отношении больных наркоманией могут быть применены [6, 30, 31, 42]. Основанием для их назначения, которое осуществляется судом с учетом заключения комплексной судебной психолого-психиатрически-наркологической экспертизы, может служить преступление, совершенное пациентом в состоянии невменяемости, а значит с признаками того, что он в период инкриминируемого деяния не мог осознавать фактический характер своих действий и руководить ими.

Как показывает практика, доля больных наркоманией, которые совершили преступление, признаны невменяемыми и которым назначено принудительное лечение, незначительна. Это связано с тем, что совершение преступлений наркоманами обычно происходит не в состоянии психоза или не с признаками деменции, что позволяет признавать их либо вменяемыми, либо ограниченно вменяемыми. Судом в таких случаях принимается определение назначить принудительное лечение от наркомании в условиях тюремного заключения.

Другая действующая мера медицинского характера — недобровольная госпитализация больных наркоманией — не отличается от подобной медицинской практики в отношении лиц с другими психическими заболеваниями. Больной госпитализируется в наркологический (психиатрический) стационар без его согласия в соответствии со ст. 29 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Осуществляется эта мера в случае обнаружения у него "тяжелого психического расстройства", подразумевающего наличие острого психоза или деменции [10] в сочетании с неотложными показаниями в виде активной и пассивной опасности — для себя, окружающих или состояния беспомощности. Следует иметь в виду, что, как правило, в понятие *опасность для окружающих* включаются лишь потенциально опасные действия в отношении личности, а не угрозы имущественного ущерба. В то же время известно, что больные наркоманией обычно совершают или намереваются совершить именно имущественные преступления [18, 25, 26]. Это не позволяет по отношению к ним широко применять недобровольную госпитализацию.

Первоочередной и главной целью недобровольной госпитализации лиц с психическими расстройствами, на которых распространяется действие ст. 29 Закона не является излечение пациента. Больной с признаками активной или пассивной опасности направляется на стационарное лечение для того, чтобы с помощью лечебных мероприятий купировать острый психопатологический синдром, провоцирующий потенциальную возможность совершения им преступления против личности. Принципиальным можно считать стремление врачей предотвратить неотложные показания путем интенсивного лечения и далее проводить терапию хронического психического заболевания планомерно вне стен закрытого учреждения.

Таким образом, действующее законодательство позволяет сегодня госпитализировать больного наркоманией в психиатрический (наркологический) стационар только при наличии вышеперечисленных условий (сочетания психотического уровня наблюдаемых психических расстройств с активной или пассивной опасностью криминальных действий против личности).

Сторонников новой трактовки принудительности лечения наркомании не устраивают действующие диагностические критерии и сроки недобровольной госпитализации, и они стремятся к расширению показаний для направления пациентов на принудительную терапию и недобровольную госпитализацию [2, 3, 6, 14].

Известно, что принудительное (недобровольное) лечение в лечебно-трудовых профилакториях было отменено в начале 1990-х годов на основании заключения Комитета конституционного надзора СССР (от 25 октября 1990 г. №8). Оно 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 Заклучению, "лечение больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших правонарушений, должно производиться на добровольных началах".

В некоторых странах мира до настоящего времени практикуется недобровольное (в Китае, Индии, Вьетнаме, Малайзии и части иных азиатских стран) и альтернативное (в странах Европейского Союза, США, Австралии). Однако каждая из перечисленных практик лечения наркомании подвергается критике со стороны мирового медицинского сообщества. Критики недобровольного лечения исходят из понятия *нарушений прав человека* (больного), а также из представлений о том, что "амбициозные цели избавить общество от наркотиков и вылечить всех наркоманов являются нереалистичными" [8, 11, 16, 20, 25, 26, 37, 39, 72, 74, 78, 79, 81]. Профессиональные сообщества вовлечены в дискуссию о научно-доказательной базе эффективности и этичности данных видов терапии [41, 54, 60, 65]. Меньшей критике подвергается альтернативный вид [1, 68, 76, 77].

В отличие от недобровольного (принудительного) опыт альтернативного лечения в отечественной медицине отсутствует. Под альтернативным видом лечения наркомании подразумевается терапия, выбираемая самим пациентом взамен тюремного заключения при подтверждении специалистами диагноза наркомании и в случае совершения больным определенного круга наркопреступлений, не относящихся к тяжким. Обычно к таким показаниям относят: преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков (хранение и приобретение наркотических веществ, исключая случаи, в которых фигурируют крупные размеры), мелкие кражи и воровство с целью добычи средств на покупку наркотиков, неоднократное вождение автотранспорта в состоянии опьянения под действием наркотических веществ и/или совершение ДТП (не повлекшее человеческих жертв) в таком состоянии [1, 39, 44—46, 49, 51—53, 56, 61—63, 68, 71—73, 78—80, 82—85]. Употребление наркотических веществ в данный перечень показаний обычно не входит. В данном контек-

сте лечение рассматривается как гуманный акт — предоставление обществом (судом) пациенту возможности лечиться, а не отбывать срок наказания. Альтернативное лечение нельзя назвать ни недобровольным, 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).

В связи с развернувшейся в научных кругах дискуссией о целесообразности, допустимости и ожидаемой высокой эффективности внедрения в России недобровольного/альтернативного лечения наркомании кардинальными для понимания сути проблемы и принятия обоснованного решения должны стать вопросы:

- 1) о целях подобного лечения и их достижимости;
- 2) критериях применения данной практики (клинических показаниях и противопоказаниях, юридических основаниях для включения и исключения из лечебных программ);
- 3) методах и способах терапии;
- 4) организации данного вида помощи (стационарной и/или амбулаторной, преемственности, комплексности в случаях обнаружения коморбидных расстройств);
- 5) деонтологических аспектах;
- 6) социальной и экономической целесообразности.

Кроме этого, важным является анализ результатов отечественной и мировой практики — опыта функционирования лечебно-трудовых профилакториев в СССР и опыта стран, в которых недобровольное/альтернативное лечение наркомании применяется на протяжении последних полутора десятилетий. Остановимся на анализе каждого из принципиальных вопросов отдельно.

Цели недобровольного/альтернативного лечения наркомании и их достижимость

Еще раз оговоримся, что в рамках данной статьи не рассматриваются выходящие за границы профессиональной медицинской компетенции нравственные, идеологические и гражданские аргументы. Научный подход не предполагает анализ таких декларируемых сторонниками целей лечения, как: стремление облегчить жизнь родственникам и родных больного наркоманией, способствовать духовному росту пациента в процессе терапии [2, 14]. Трудно согласиться с мнением о том, что функцией и целью недобровольного лечения, т.е. медико-психологического процесса могут признаваться "морально-этическая переориентация и подготовка к дальнейшей полноценной жизни". Изменение мировоззрения и нравственности пациента не могут быть целью врачевания. Задачи врача — профессионального "адвоката" своего пациента — исчерпываются квалифицированным и компетентным лечением, профилактикой, реабилитацией и патронажем. Духовные и социальные задачи терапии имеют право на существование в общественном мнении, но вне научной дискуссии о необходимости применения мер медицинского характера больным людям. То же самое можно утверждать и о такой немедицинской цели принудительного лечения наркозависимых, как "длительная изоляция больных от распространителей наркотиков" [14], которую нельзя признать лечебной.

Учитывая тот факт, что предложения по внедрению недобровольного/альтернативного лечения наркомании направлены только на больных, т.е. лиц, имеющих подтвержденные клинические признаки наркологического заболевания (а не на потребителей с донологическими феноменами), при научном анализе адекватных целей следует исходить исключительно из медицинской (лечебной) парадигмы. В этом отношении позволительно сравнить цели недобровольного лечения наркомании с целями недобровольной терапии иных психических заболеваний, на которых распространяется действие ст. 29 "Закона о психиатрической помощи". Регламентируется, что к основным целям относится предотвращение 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" или из-за потенциального "существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи". Повторимся, что действие статьи 29 "Закона" не может распространяться на больных наркоманией вне состояний психозов или деменции (т.е. в обычных для больных состояниях) в силу непсихотического характера их психических расстройств. Это влечет за собой утверждение о том, что перечисленные характеристики ("опасности", "неспособности") не могут быть применены к ним.

"Закон" в отношении психически больных не делает упор на лечебные цели недобровольной госпитализации, хотя понятно, что медицинской целью нахождения пациента в условиях специализированных психиатрических больниц являются стабилизация его психического состояния, становление медикаментозной ремиссии для снижения криминальной активности. Выздоровление от психического заболевания как главенствующая цель в этих случаях не ставится в силу хронического характера большинства психических заболеваний. Основанием для прекращения подобного лечения психически больного является обнаружение достоверных признаков становления устойчивой ремиссии. Это может произойти как через короткий, так и через достаточно длительный период времени, который спрогнозировать заранее невозможно.

Если экстраполировать перечисленные цели терапии психических заболеваний на наркологическую патологию (не вдаваясь в вопросы учета уровня обнаруживаемых психических расстройств), то следует констатировать их родство по параметрам хронического характера заболеваний, высокой склонности к рецидивированию. Если это так, то и цели недобровольной госпитализации больных с психическими и наркологическими заболеваниями должны быть идентичными. А именно, основной целью должно стать формирование устойчивой ремиссии и купирование острого состояния, а не полное излечение (что маловероятно вследствие прогрессивного и хронического характера болезни). Для этого необходима критичность пациента к собственному психическому состоянию и симптомам болезни, которая, как правило, и формируется вслед за исчезновением острой симптоматики. Но в этом отношении больные наркоманиями и больные с психическими расстройствами, при которых допустимо применение недобровольной госпитализации, принципиально различаются. У первых, несмотря на наличие анозогнозии, критичность к своему заболеванию сохранена.

Анозогнозия, являясь психологическим (а не психопатологическим) феноменом, не может приводить к утрате критичности в психиатрическом смысле термина [24]. Отказ от лечения больного наркоманией и больного с параноидной шизофренией неидентичны. Наркозависимый осознает собственную проблему и признает наличие наркологического заболевания, к примеру в виде аддиктивного влечения, но "отчуждает симптомы". Он не желает лечиться по ряду психологических причин, понимая, что это необходимо. Тогда как "психотический пациент" с параноидным (галлюцинаторным, дементным) синдромом не осознает того, что болен, "сливается с болезненными симптомами" и отказывается от терапии по психопатологическим причинам, приводящим к утрате критичности в виде непризнания себя больным.

Отличается также срок нормализации психического состояния пациентов с наркоманией и, к примеру, с шизофренией. Купирование абстинентного синдрома при наркомании обычно происходит за короткий срок (до полтора недель), тогда как компенсация рецидива шизофрении (или другого хронического психического заболевания) является длительным процессом, занимающим несколько недель или месяцев.

Теоретический и практический интерес представляет анализ динамики основного синдрома наркомании — аддиктивного влечения — в случае изоляции больного и невозможности употреблять наркотическое вещество (к примеру, в местах лишения свободы вне терапии или в диспансере с активным режимом лечения). У подавляющего большинства наркозависимых рецидив болезни возникает в первый же месяц после освобождения [8] или в течение 3 мес. после выписки из стационара [25, 26]. Означает ли последнее, что лечение проводится некачественно? Нет, поскольку часто факт рецидива болезни не связан ни с применяемыми терапевтическими методиками, ни с организацией лечения в стационаре. Невозможность полностью купировать аддиктивное влечение связана с биологическими закономерностями болезни и нередко с игнорированием врачами необходимости длительного поддерживающего лечения с применением специальных методик и средств. Наркомания — хроническое рецидивирующее заболевание, требующее поддерживающей терапии и активного сотрудничества пациента с врачом [23, 25, 26, 32, 36, 37, 41, 55, 57, 67, 68, 70, 75]. Условия изоляции и принуждение не могут способствовать достижению перечисленных целей без применения этиопатогенетически-ориентированных методов лечения и мотивационных тренингов.

Следовательно, если анализировать целесообразность внедрения недобровольной/альтернативной терапии наркомании, то следует учитывать клиническую реальность и отличительные структурно-динамические особенности наркомании, более сходной по существу с личностными расстройствами и расстройствами поведения, нежели с психозами и деменцией. Этот факт позволяет утверждать, что цели недобровольной/альтернативной терапии наркомании должны отличаться от целей подобной медицинской практики при так называемых тяжелых психических заболеваниях. С позиции мирового наркологического профессионального сообщества, цель полного отказа от употребления психоактивных веществ у большинства больных не может ставиться в силу ее малой реалистичности [8, 16, 37, 41]. Достичь полного воздержания можно лишь у незначительного числа пациентов.

Вследствие этого, традиционно выдвигаются иные цели, например снижение частоты и интенсивности наркотизации, формирование "приверженности терапии" и мотивации "удержания в программах", снижение рискованного поведения, связанного с наркотизацией, социально-трудовая адаптация, улучшение "качества жизни", снижение противоправной активности. Типичная цель, ставящаяся наркосудами в США перед их подопечными, — снижение уровня потребления наркотиков [39, 44]. Перечисленные цели достижимы исключительно в условиях амбулаторного недобровольного/альтернативного лечения (о котором пойдет речь ниже) и недостижимы при стационарном характере терапии.

Зарубежный опыт решения перечисленных задач при назначении альтернативного наказания лечения [1, 9, 47, 57–59, 68, 71, 74] демонстрирует возможность сокращать уличную наркопреступность, а также помогает решить еще одну важную проблему — снижения риска заражения и распространения ВИЧ у инъекционных потребителей наркотиков. Эффективной считается программа, которая позволяет свидетельствовать хотя бы о прогрессе в лечении (например, уменьшении частоты наркотизации).

Критерии применения недобровольного/альтернативного лечения наркомании

Если принять за данность необходимость и целесообразность внедрения недобровольного/альтернативного лечения наркомании, то важным вопросом станет вопрос о клинических показаниях и противопоказаниях, а также о юридических основаниях для назначения и прекращения данного вида терапии. В настоящее время обсуждение ведется пока только в рамках анализа медицинских критериев. По поводу социально-юридических показателей в виде перечня криминальных действий, совершение которых может стать основанием для назначения больному наркоманией обязательного лечения, дискуссии в научных кругах не отмечено.

Предлагаются два разных варианта решения вопроса о медицинских показаниях для определения больному принудительного лечения [3, 6, 7, 27, 28, 31, 43]. Оба апеллируют к действующему в РФ "Закону о психиатрической помощи". Оба исходят из того основания, что недобровольное/альтернативное лечение наркомании допустимо только в случае совершения больным с наркотической зависимостью преступления. Лишь в отдельных публикациях предлагается "реорганизовать обязательное лечение некоторых категорий пациентов, не совершивших преступлений" [6]. В ряде выступлений законодателей и работников правоохранительных органов также высказывается мнение о том, что основанием для принудительного лечения может быть состояние простого наркотического опьянения. В данном анализе мы считаем неправомерным рассмотрение целесообразности недобровольного лечения больных, не совершивших преступлений, поскольку это выводит дискуссию за юридические и медицинские рамки.

Если же рассмотреть два перечисленных подхода о назначении недобровольного/альтернативного лечения с учетом клинических и медико-социальных показаний больным наркоманией, совершившим преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, то можно отметить следующие особенности.

Первый подход основывается на стремлении расширить круг психических расстройств, подпадающих под де-

йствие ст. 29 "Закона о психиатрической помощи", и пересмотреть понятие *тяжелые психические расстройства*, включив в него непсихотические нарушения (в том числе "выраженные и создающие опасность для самого пациента и окружающих его людей абстинентные состояния при наркомании") [3, 6, 7, 43]. Второй подход ориентирован на то, чтобы изменить базовые основы психопатологии и признать аддиктивное влечение психопатологическим расстройством психотического уровня, а также считать, что при этом утрачивается контроль над поведением и человек не способен отдавать отчет своим действиям и руководить ими [3, 27, 28].

Традиционно считается, что в большинстве типичных случаев аддиктивное влечение и абстинентный синдром при наркомании не выходят за рамки личностного (непсихотического) уровня психических расстройств [24, 32]. С научной точки зрения нет никаких научных свидетельств и доказательств считать, что наркомания, проявляющаяся синдромом зависимости, является расстройством психотического регистра (тяжелым в собственном психиатрически-юридическом смысле) [22—26, 32, 41].

Следовательно, если говорить о целесообразности внедрения альтернативного лечения наркомании в случае совершения большим наркопреступления, то следует учитывать именно непсихотический характер аддиктивного влечения и психопатологии абстинентного синдрома. Это, в свою очередь, может указывать на возможность применения только амбулаторного лечения и диспансерного наблюдения, а не стационарного, подразумевающего изоляцию.

Методы и способы

недобровольного/альтернативного лечения наркомании

Учитывая тот факт, что эффективность терапии наркомании, оцениваемая на основании критерия годовой ремиссии, крайне низка даже в условиях добровольности оказания помощи и наличия партнерских отношений врача и пациента, важно при анализе целесообразности и результативности внедрения недобровольного/альтернативного лечения учитывать иные цели терапии и выбирать способ лечения, исходя из них.

Считается, что качество лечения более значимо, чем способ оказания помощи [70], но под качеством понимается выбор адекватных тяжести заболевания, этиопатогенетически обоснованных, этически оправданных и научно подтвердивших свою эффективность методик.

Традиционно в наркологии для купирования основного клинического синдрома, являющегося источником противоправной деятельности, — аддиктивного влечения — применяются следующие методы и способы:

- 1) лечение агонистами опиоидов;
- 2) лечение антагонистами опиоидов;
- 3) психотерапевтические интервенции (когнитивно-бихевиоральная, динамическая и др. разновидности психотерапии);
- 4) медико-психосоциальная реабилитация [37, 41, 45, 67, 70, 78].

В мировой наркологии, в отличие от российской, психотропные средства (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы) не рассматриваются в качестве средств, патогенетически-ориентированных при купировании абстинентного синдрома или аддиктивного влечения. Они применяются только в случае обнаружения коморбидной

психической патологии и сами по себе не оказывают никакого действия на патологическое влечение.

Выбор методов и способов терапии в условиях альтернативного лечения осуществляется при соблюдении принципа информированного согласия. Учитывается выбор самого пациента. Суд лишь определяет необходимость прохождения терапии и способы контроля за соблюдением им режима. Специалист (врач) вместе с пациентом подбирает наиболее необходимый и оправданный метод.

По данным эксперта ВОЗ профессора А.Ухтенхагена, в странах Европейского союза, где применяется альтернативное лечение наркомании, от 60 до 90% пациентов выбирают и им соответственно назначается лечение агонистами опиоидов в сочетании с психологической поддержкой (консультированием).

Приоритетность выбора того или иного метода лечения определяется целями и задачами, ставящимися судебной системой перед врачами при назначении недобровольного/альтернативного лечения. Если целью называется полный отказ от употребления наркотиков (как в США и Швеции), то выбираются такие методы, как психотерапия, социальная поддержка, лечение антагонистами опиоидов и даже принудительная трудотерапия (как в Китае и Индии). Если же основной целью обозначается снижение негативных последствий от употребления нелегальных наркотиков в виде криминального и рискованного поведения, снижение риска передачи опасных инфекций (ВИЧ, гепатитов, туберкулеза), то выбор делается в пользу лечения агонистами опиоидов.

Помимо этого частота выбора того или иного метода терапии диктуется характером доминирующего в стране вида наркотической зависимости, поскольку, известно, что назначение терапии агонистами опиоидов целесообразно исключительно в случаях опиоидной зависимости. Возможно поэтому в странах, где наиболее частой является опиоидная зависимость (в Европейском союзе частота героиновой наркомании колеблется от 58,5% до 95%), применяются схемы терапии агонистами, а в странах с ее относительно низкой частотой (в Швеция опиоидная зависимость отмечается лишь у 31,5% всех больных с химическими зависимостями, в США у 14% — по данным UNODC [37, 78]) и доминированием кокаиновой и амфетаминовой зависимостями она отходит на второй план.

Следует отметить, что шоковые методы терапии ("эмоционально-стрессовая психотерапия", гипноз, так называемое кодирование, стереотаксические нейрохирургические операции, электросудорожная терапия, атропинкоматозное лечение и пр.) не применяются как по причине отсутствия научных доказательств их этиопатогенетического воздействия на психопатологию химических зависимостей, так и по этическим и деонтологическим соображениям.

Если проанализировать частоту встречаемости различных видов наркомании в России и применяемые методы терапии, то ситуация окажется следующей. Преобладающей и наиболее социально значимой является опиоидная зависимость (опийная, героиновая наркомания). Около 95% всех пациентов, состоящих на учете в наркологических диспансерах, злоупотребляют опиатами. При этом использование агонистов опиоидов для лечения наркомании запрещено Федеральным законом "О наркотических средствах и психотропных веществах" 1998 г. Таким образом, можно утверждать, что в условиях действия принципа информированного согласия российский пациент не

имеет доступа ко всем методам лечения, разрешенным к применению в мировой наркологической практике и рекомендуемым ВОЗ [36]. Если допустить, что альтернативное лечение опиоидной зависимости будет внедрено в России, то оно, по сути, может оказаться безальтернативным по параметру выбора метода лечения.

Организация недобровольного/альтернативного лечения наркомании

Одним из важных дискуссионных моментов организации недобровольного/альтернативного лечения наркомании является предлагаемый характер и режим контроля за поведением, психическим состоянием пациента и употреблением/неупотреблением им психоактивных веществ в процессе прохождения программы.

В рамках дискуссии, развернувшейся в России, подразумевается, что недобровольное/альтернативное лечение наркомании должно осуществляться исключительно в условиях изоляции пациента от общества, т.е. в стационаре или ином закрытом лечебном специализированном учреждении. Лишь в некоторых публикациях специалистов указывается на необходимость "предусмотреть возможность амбулаторного принудительного лечения" [14].

Непроясненным в связи с этим является вопрос о предполагаемой (ожидаемой) продолжительности недобровольного лечения. Обычно сторонниками называется срок от года до двух лет как оправданный и желательный. Но не указывается, на основании каких критериев он вычислен. Не доказано и не обосновано, является ли он достаточным, недостаточным или избыточным по длительности. Можно предположить, что короткий срок "изоляции для лечения" вряд ли удовлетворит сторонников данной меры. При этом известно [39], что использование длительных сроков тюремного заключения и недобровольного лечения наркомании не способствует повышению его эффективности и в действительности может даже препятствовать достижению целей, преследуемых программами наркосуда. Возможно, поэтому в Швеции, даже несмотря на особо рестриктивное отношение к большим наркоманией, отличающим эту страну от всех иных государств—членов Европейского союза, существует практика недобровольного лечения, но обычный срок принудительной терапии колеблется от 3 до 6 мес. [78].

Сторонниками внедрения недобровольного лечения наркомании в России никак не проработан вопрос о том, что делать с пациентом, у которого через короткий промежуток времени после завершения подобного лечения возникнет рецидив наркологического заболевания. А подобных пациентов может оказаться до 90%. Априори считается, что таких пациентов надо возвращать в терапевтическую программу по причине необоснованно раннего ее завершения. Но внедрение этой практики способно еще более запутать процедуру обоснованности ее назначения.

Если проанализировать опыт стран мира, то можно отметить преобладание амбулаторного альтернативного лечения над стационарным. На необходимость сохранения и развития данной тенденции указывают и эксперты Управления ООН по наркотикам и преступности. Лишь в некоторых азиатских странах (Китае, Индии, Вьетнаме, Малайзии) доминирует лечение за стенами закрытых учреждений, критикуемое мировым, в том числе наркологическим, сообществом. В Швеции же на стационарном недобровольном (принудительном) лечении находится

лишь около 6% от всех госпитализированных наркозависимых [78].

Еще одним дискуссионным вопросом является вопрос о методах контроля за употреблением психоактивных веществ участниками обязательных лечебных программ. Понятно, что в случае стационарного недобровольного/альтернативного лечения проблема контроля значительно упрощается, а при амбулаторном — усложняется. Обычно для данных целей используется регулярное, а также незапланированное тестирование на употребление психоактивных веществ [39, 44, 48, 53, 57, 64, 68, 70, 71]. В таком случае удастся получить реальную картину и в соответствии с ней принимать меры по плану дальнейшего лечения или передачи/возврата пациента в исправительную систему.

Немаловажным и дискуссионным теоретическим вопросом является вопрос о том, что признавать нарушением режима недобровольного/альтернативного лечения. Имеются разные подходы к решению этого вопроса. Все они применяются только при амбулаторной системе альтернативного лечения. В рамках первого основной упор делается на факте совершения/несовершения пациентом новых преступлений/правонарушений, связанных с наркопотреблением и незаконным оборотом наркотиков. При втором — на регистрации события употребления наркотических веществ (рецидиве заболевания).

Еще более сложным считается оценка признака нарушения режима альтернативного лечения в случае употребления наркозависимым других психоактивных веществ (например, алкоголя или марихуаны). Считать ли это основанием для вывода больного из лечебной программы или нет? Обычно данные вопросы решаются индивидуально. Однако доминирующей парадигмой считается стремление удержать пациента в лечебных программах и избежать заключения под стражу. В логике подобной парадигмы альтернативное лечение рассматривается как своеобразное отсроченное и условное наказание. Поэтому предлагается использовать принципы преемственности и этапности, которые предполагают снижение строгости (режима) условий контроля над пациентом по мере успешного продвижения в лечебной программе и усиление в случае нарушений. В некоторых программах предусмотрена система вознаграждений, поощрения больного за соблюдение режима воздержания. Если пациент полностью завершил программу, с него (подсудимого) может сниматься обвинение в совершении преступления. С другой стороны, известно [39], что при полном срыве реабилитационной программы виновный может быть заключен в тюрьму на срок — около 1 недели — с последующим возвращением в амбулаторную лечебную группу.

Для того чтобы определить критерии, на основании которых происходят изменения в режиме лечения и наказания пациента, судья наркосуда может составлять "договор на случай непредвиденных обстоятельств". В нем подробно указываются эти критерии и последствия того или иного поведения правонарушителя в процессе реабилитационной программы.

Крайне сложной является проблема организации лечения наркомании в случае обнаружения у пациента коморбидных расстройств. Как правило, наркомания сочетается с другими психическими и поведенческими расстройствами и с инфекционными заболеваниями (ВИЧ, гепатитами) [17, 23, 34, 36, 37, 41]. Частота психической коморбидности составляет до 76% (включая поведенчес-

кие расстройства), гепатитами В и С — 85–95%, ВИЧ-инфекцией — 12–36% [23, 26].

Недостаточно разработанным остается вопрос об организации альтернативного лечения пациентам, которые до совершения преступления продолжали находиться в долгосрочных лечебно-реабилитационных и поддерживающих программах (миннесотской, анонимных наркоманов, заместительной терапии и др.). Вопрос заключается в том, следует ли им рекомендовать продолжать прохождение тех же курсов или пойти на кардинальную смену схемы терапии и реабилитации.

Деонтологические аспекты

недобровольного/альтернативного лечения наркомании

Если рассматривать недобровольное/альтернативное лечение как медицинскую процедуру, а наркоманов, ее получающих, как хронически больных, то следует признать, что на весь этот процесс должны распространяться принципы медицинской этики и деонтологии.

В рамках биомедицинских и правовых проблем психиатрии во главу угла ставятся вопросы обеспечения прав граждан при оказании психиатрической помощи [24, 26, 29, 40]. Наркология, фактически являясь неотъемлемой частью психиатрии, до настоящего времени не подвергалась столь же пристальному вниманию биомедики как психиатрия. Видимо, это было связано с нерешенностью вопроса об отношении к больным алкоголизмом и наркоманией как к пациентам в полном смысле этого понятия. (До сих пор во многих странах мира наркологические заболевания не входят в число включаемых в систему обязательного медицинского страхования.) Рядом наркологов выдвигалось даже предложение о том, что "не следует избавлять наркоманов от так называемых ломок" [12], т.е. исповедовалась назидательная тактика терапии.

Считается, что основополагающими этическими принципами в наркологии должны быть принципы автономии, непричинения вреда, благодеяния, справедливости, правдивости, приватности, конфиденциальности, лояльности, компетентности [29, 40, 54, 60, 65].

В ракурсе деонтологической обоснованности внедрения недобровольного/альтернативного лечения все этические проблемы предстают в гротескном виде. Они более остры и дискуссионны даже по сравнению с обсуждением принудительным мер медицинского характера в отношении психически больных. Исходя из принципов медицинской этики и права, применение обязательного лечения в наркологии допустимо исключительно в случаях сочетания социальной опасности с психотическим уровнем психических расстройств у пациента, что на практике встречается крайне редко. Следовательно, с этических позиций допустимо вести речь только об альтернативном лечении наркомании, назначаемом больным наркоманией лицам в случае совершения ими определенного круга преступлений и правонарушений. К последним не может относиться факт употребления психоактивных веществ, так как он является отражением стержневого симптома болезни.

В области правил проведения альтернативного лечения наркомании можно отметить наличие следующих проблем биомедицинской этики и медицинского права:

- 1) проблема реализации принципа "информированного согласия";
- 2) проблема конфиденциальности;
- 3) проблема существования принципа "одномоментного отказа от употребления психоактивных веществ"

как условия для включения пациента в лечебно-реабилитационные программы;

4) проблема применения научно необоснованных методик;

5) проблема доступности всего имеющегося в мировой наркологии реестра методик лечения и стандартов терапии.

Проблема реализации принципа "информированного согласия" заключается в том, что больной с наркотической зависимостью в процессе оказания ему медицинской наркологической помощи обязан получать весь объем информации, необходимый ему для осознанного и ответственного принятия решения о выборе терапии. Условия недобровольного/альтернативного лечения наркомании не должны оказываться исключением в реализации этого права.

Принцип конфиденциальности в условиях недобровольного/альтернативного лечения должен способствовать реализации права пациента на тайну его жизни. Следовательно, информация о пациенте, выбравшем на альтернативной основе лечение вместо тюремного заключения, не может быть предоставлена лицам, не занятым в оказании ему помощи. В исключительных случаях в соответствии с законом эти сведения могут быть переданы, к примеру, представителям правоохранительных органов.

Одним из основополагающих терапевтических принципов российской наркологии является принцип "отказа от употребления психоактивных веществ" [13]. Суть его сводится к тому, что перед пациентом ставится условие, выполнение которого напрямую влияет на объем предлагаемой ему медицинской помощи и является решающим фактором включения пациента в реабилитационные программы и исключения из них. Это условие — самостоятельный отказ от употребления любых психоактивных веществ до включения в программы лечения. Этическая сторона вопроса заключается в том, насколько обоснованным может считаться требование врача к пациенту избавиться от симптома (патологического влечения к психоактивным веществам) до начала терапии и как относиться к рецидивам болезни. Можно предполагать, что существование подобного условия диктуется позицией некоторых врачей-наркологов, в соответствии с которой они рассматривают влечение к ПАВ в качестве "вредной привычки" или "нравственного изъяна", от которого можно избавиться усилием воли. Российская наркология исходит из принципа-требования одномоментного отказа пациента от употребления ПАВ, не беря в расчет существование иного принципа — поэтапного снижения дозы ПАВ и ступенчатого выхода в ремиссию. Можно утверждать, что "принцип отказа от ПАВ" противоречит этическим нормам, рекомендующим "помогать всем больным без различия". Его автоматический и безусловный перенос на систему обязательного лечения может перечеркнуть реализацию ее целей.

Этической следует признать и проблему, которая может возникать в условиях внедрения недобровольного/альтернативного лечения наркомании — проблема доступа ко всему спектру методик лечения. К примеру, в ряде стран мира (в том числе в России) до настоящего времени больной героиновой (опийной) наркоманией лишен возможности получать лечение с использованием агонистов опиоидов. Дублирование этого запрета при недобровольном/альтернативном лечении наркомании следует признать усугублением нарушения этического принципа доступности лечения.

Социальная и экономическая целесообразность недобровольного/альтернативного лечения наркомании: накопленный опыт и доказательства

Анализируя необходимость и возможность внедрения программ недобровольного/альтернативного лечения наркомании, не выходя за рамки медицинской парадигмы, следует признать, что социальные и экономические аспекты проблемы должны учитываться, но не могут являться для врачей основополагающими при принятии решения о необходимости данной практики.

Социальная целесообразность внедрения обязательного лечения наркомании видится ее сторонникам в снижении социальной напряженности в обществе, семьях, в снижении криминальной активности и рискованного поведения, способствующего, к примеру, распространению опасных инфекций (ВИЧ). Она расценивается как приоритетная. Психиатры-наркологи также заинтересованы в изменении неадекватного и опасного поведения больных, но врачебные приоритеты расставлены иначе, с упором на охрану здоровья пациента. Именно поэтому медики чаще нацелены не на изоляцию больного, а на как можно более быструю и полную интеграцию его в общество. Считается, что нередко противоправная деятельность наркозависимых является ответной реакцией на стигматизацию и дискриминацию их со стороны общества на основании диагноза заболевания [25, 26]. Поэтому при анализе социальной целесообразности необходимо учитывать интересы как пациентов, так и общества. Медицинская этика и деонтология требуют от врача делать упор на первом.

Более чем за пятнадцатилетнюю историю существования практики альтернативного лечения наркомании в мире (к примеру, наркосудов в США) проведены десятки исследований ее эффективности и экономической выгоды. Однако результаты исследований противоречивы и вызывают споры [8, 39, 44, 57, 59, 61–64, 66, 68–74, 76–78, 80, 81, 85, 86]. Как, к примеру, оценить исследование в Майами [цит. по 39], которое показало, что терапевтическую программу успешно завершили 950 клиентов, 892 провалили программу, 350 оставались в программе на момент исследования, 373 получили ордер на принудительную явку в суд. Трехлетнее исследование в Нью-Йорке обнаружило сокращение количества случаев рецидивизма с 47% до 13% (в среднем на 29%) [73].

Многие другие исследования не позволили авторам утверждать, что система альтернативного лечения наркомании обладает более высокой эффективностью по сравнению с другими мерами. Видимо, противоречивость полученных результатов связана с отсутствием единых унифицированных критериев оценки качества подобной терапии.

Отмечались попытки изучить специфические характеристики лиц, успешно прошедших назначенное наркосудом лечение. Оказалось, что к таким характеристикам относится более старший возраст и меньшая криминальность, предшествовавшая альтернативному лечению, а также индивидуализация при выборе программных компонентов [44]. В других исследованиях эти результаты не были подтверждены.

В отличие от неоднозначности полученных результатов по анализу эффективности недобровольного/альтер-

нативного лечения, оценка экономической эффективности программ альтернативного лечения продемонстрировала их выгоду по сравнению с затратами на содержание в местах лишения свободы [44].

Большинство авторов подвергает критике сам утилитарный подход к оценке эффективности недобровольных методов лечения наркомании, обнаруживая в нем цинизм и игнорирование гуманитарной составляющей понятия *вред* [54, 77].

Крайне сложной оказывается научный анализ результативности существовавшей в СССР практики принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями, которые вели так называемый асоциальный образ жизни. Нам не известно ни одного научного исследования эффективности данного подхода, проведенного по законам доказательной медицины. Как правило, организаторами здравоохранения приводились аргументы нравственного и гражданского порядка, которые нельзя признать корректными при анализе медицинской процедуры.

Заключение

Таким образом, проведенный анализ дискуссионных вопросов теории и практики недобровольного (принудительного) и альтернативного лечения наркомании позволяет констатировать тот факт, что решение вопроса о внедрении в России подобных медицинских мероприятий, ограничивающих права больных, нуждается в серьезном научном и этическом обосновании. 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 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.

Трудно согласиться с мнением некоторых российских психиатров-наркологов о том, что необходимо восстановить обязательное лечение некоторых категорий пациентов, не совершивших преступления, но ведущих асоциальный образ жизни, потому что вряд ли логично и оправданно "лечить" образ жизни. Понятие *асоциальность* расплывчато, а *терапия асоциальности* может привести к массовым злоупотреблениям наркологией. Возвращение к практике принудительного лечения не совершивших преступлений больных наркоманией, признанной ненаучной, нарушающей принципы медицинской этики, может стать основанием для справедливого упрека психиатров-наркологов в непрофессионализме, морализме и выходе за рамки своей компетенции.

Основная проблема внедрения альтернативного лечения может заключаться в процедурах, а не в принципах. В отличие от принудительного альтернативное лечение наркомании, которое выглядит в теоретическом аспекте в целом правомерным и гуманистически-ориентированным, на практике также может превратиться в непродуктивную и репрессивную меру. К этому может привести

использование расширительных медико-диагностических и социально-юридических критериев для назначения альтернативного лечения; непредусмотренность амбулаторного принципа ее применения. Этому может способствовать непредоставление больному всего имеющегося в распоряжении мировой наркологии спектра лечебных методик (включая использование агонистов опиоидов); включение в стандарты лечения шоковых методов терапии и научно не обоснованных психотерапевтических интервенций; отсутствие гарантии конфиденциальности.

Дальнейшее углубленное изучение опыта использования альтернативного лечения наркомании в мире способно прояснить ситуацию и позволить избежать трагических для больных и общества ошибок при выборе медицинских процедур, направленных на улучшение наркоситуации в стране, становления эффективной наркологической службы и улучшения качества лечения больных.

Список литературы

1. Альтернативные наказания в странах—членах ЕС. — European Legal Database on Drugs. — www.narkotiki.ru.
2. Берестов (Анатолий) Священник РПЦ: иностранные спецслужбы подсаживают российскую молодежь на наркотики. — www.novopol.ru.
3. Гофман А.Г. Иллюзии заместительной терапии//Независимый психиатрический журнал. — 2006. — №1. — С.69—72.
4. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кривенков А.Н., Кулагина Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами (общая и судебно-психиатрическая практика). — М., 2000. — 300 с.
5. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кулагина Н.Е., Пищикова Л.Е. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты). — М.: МНЦ "Информкоррекция", 2003. — 316 с.
6. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Место медицинских мероприятий в общей системе мер по противодействию злоупотреблению алкоголем в России// Наркология. — 2006. — №12. — С.2—5.
7. Дьяченко А.П., Цымбал Е.И. Принудительные меры медицинского характера в системе социального контроля над злоупотреблением наркотиками// Материалы XIII съезда психиатров России, М., 2000. — С.239.
8. Екабсоне И. Новые технологии в сфере снижения спроса на наркотики: Презентация на Межрегиональной научно-практической конференции "Наркомания и общество", Казань, 2006.
9. Зазулин Г.В., Фролова Н.А. Опыт Швеции в проведении антинаркотической политики// Наркология. — 2005. — №7. — С.16—24.
10. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Постатейный комментарий к Закону РФ/ Под редакцией В.П.Котова. — М.: Республика, 1993. — 238 с.
11. Зыков О.В. О негативных последствиях возврата к принудительному лечению больных наркоманиями// Вопросы наркологии. — 1998. — №1. — С.72—74.
12. Иванец Н.Н. Наркология без наркотиков// Фармацевтический Вестник — 1998. — № 10 (161).
13. Иванец Н.Н. Наркология — предмет и задачи. Современная концепция терапии наркологических заболеваний// Лекции по наркологии. — М.: Нолидж, 2000. — С.7—15, 134—148.
14. Иванец Н.Н. О целесообразности принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями. — www.narkotiki.ru.
15. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). — М.: Медпрактика, 2001. — 128 с.
16. Клаймен М. Политика борьбы с наркотиками: путь умеренных ожиданий. — www.nar.edu, www.narcom.ru.
17. Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии: Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 1996. — 351 с.
18. Клименко Т.В., Мосилян К.Л. Профилактика противоправной активности лиц с наркотической зависимостью// Наркология. — 2006. — №10. — С.54—57.
19. Кондрашова С.М. Противоправное поведение лиц с синдромом зависимости от опиоидов (судебно-психиатрический аспект): Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 2005. — 30 с.
20. Левинсон Л., Очерет Д. Запрещенные психоактивные вещества. Международные нормы. Федеральное законодательство. Ведомственные акты. — М., 2004. — 297 с.
21. Макушкин Е.В., Игонин А.Л., 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.
22. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
23. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологический и психопатологический аспект). — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 328 с.
24. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика (издание 3-е переработанное и дополненное). — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 528 с.
25. Менделевич В.Д. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти. — Казань: Школа, 2004. — 240 с.
26. Менделевич В.Д. Наркомания и наркология в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа. — Казань: Медицина, 2006. — 262 с.
27. Надеждин А.В. — Советская Россия, 19 октября 2000 г., № 121 (12016).
28. Надеждин А.В. Антинаркотическая работа: взгляд участников конференции//Антинарк. — 2003. — №2. — С.5.
29. Пелипас В.Е. Этические проблемы в практической наркологии// Вопросы наркологии. — 1998. — №1. — С.75—94.
30. Пелипас В.Е., Соломоницина И.О. Права лиц с зависимостью от психоактивных веществ// Права человека и психиатрия в Российской Федерации. — М.: Московская хельсинская группа, 2004. — С.204—218.
31. 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.
32. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб.: Экспертное бюро, 1997. — 496 с.
33. Рыбакова Л.Н., Калачев Б.П. Мнение врачей-наркологов о принципах наркологической помощи (по результатам анкетного опроса специалистов в области наркологии)// Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С.822—823.
34. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидной зависимостью. — М.: Медицина, 2005. — 304 с.
35. Смирнов О.Г. Социально-медицинские аспекты наркологической помощи — иные принципы// Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С.268.
36. Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭДС. Заместительная поддерживающая терапия в ведение пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. — ВОЗ, 2004. — 40 с.
37. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных. — Нью-Йорк, ООН, 2003. — 23 с.
38. Соломоницина И.О., Пелипас В.Е. Проблемы правового положения наркологических больных// Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С.830—831.
39. Тарасова Н. Практика лечения наркомании в США: наркосуды как новая форма организации лечения наркоманов. — www.narcom.ru
40. Тихоненко В.А., Ивановский А.Я., Шишков С.Н. Психиатрия, этика и право// Руководство по социальной психиатрии. — М.: Медицина, 2001. — С.51—73.
41. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. Наркология / Пер. с англ. — М.; СПб.: БИНОМ, 2000. — 320 с.

42. Цымбал Е.И. Правовое регулирование оказания наркологической помощи: проблемы и пути их решения. Ч.2// Наркология. — 2005. — №6. — С.8—15.
43. Цымбал Е.И., Дьяченко А.П. Правовые основания оказания наркологической помощи// Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С.275.
44. Adult Drug Court. Evidence indicates, Recidivism, Reductions and Mixed, Result of other outcomes. GAO, Report of congressional committees. — Washington, 2005. — 86 p.
45. Bean P., Nemitz T. Drug Treatment: What Works? London: Routledge, Taylor and Francis Group, 2004.
46. Belenko S. The impair of drug offenders on the criminal system. — Cincinnati, OH: Andersen, 1990.
47. Billinger K. A focus group investigation of care-provider perspectives in Swedish institutions for the coercive care of substance abusers// International Journal of Social Welfare. — 2005. — Vol. 14(1). — P.55—64.
48. Brecht M.L., Anglin M.D., Dylan M. Coerced treatment for methamphetamine abuse: Differential patient characteristics and outcomes// American Journal of Drug and Alcohol Abuse. — 2005. — Vol.31(2). — P.337—356.
49. Brochu S., Cournoyer L-G., Tremblay J. et al. Understanding Treatment Impact on Drug-Addicted Offenders// Substance Use and Misuse. — 2006. — Vol.41. — P.1937—1949.
50. Council of Europe; de Valbuena AR. Ethical Eye: Drug Addiction. — Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2005.
51. Day A., Tucker K., Howells K. Coerced offender rehabilitation — A defensible practice?// Psychology, Crime & Law. — 2004. — Vol.10(3) (Special Issue). — P.259—269.
52. Deschenes E., Turner S., Greenwood, P. Drug Court or Probation? An Experimental Evaluation of Marocopa County's Drug Court// The Justice System Journal. — 1995. — Vol.55. — P.73.
53. Evans E., Longshore D. Evaluation of the substance abuse and crime prevention act: Treatment clients and program types during the first year of implementation// Journal of Psychoactive Drugs. — 2004. — Supplement 2. — P.165—174.
54. Feinberg J. Harm to Self. — Oxford University press, 1989. — 448 p.
55. Finch E., Brothie J., Williams K., Ruben S., Felix L., Strang J. Sentenced to treatment: Early experience of drug treatment and testing orders in England// European Addiction Research. — 2003. — Vol.9(3). — P.131—137.
56. Gregoire T.K., Burke A.C. The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems// Journal of Substance Abuse Treatment. — 2004. — Vol.26(1). — P.337—343.
57. 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.
58. Hansen 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 sample// Medical Care. — 2004. — Vol.42(11). — P.1117—1124.
59. Hills H.A., Rugs 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.
60. Hall W. Ethical eye: drug addiction// Addiction. — 2006. — Vol.101(3). — P.460—461.
61. Horrocks C., Barker V., Kelly N., Robinson D. Coercive treatment for drug misuse: A dialogical juncture// Journal of Community and Applied Social Psychology. — 2004. — Vol.14(5). — P.345—355.
62. Inciardi J. Compulsory Treatment in New York: Brief Narrative History of Misjudgement, and Misrepresentation// Journal of Drug Issue. — 1988. — Vol.18(4). — P.547—560.
63. Kelly J.F., Finney J.W., Moos R. Substance use disorder patients who are mandated to treatment: Characteristics, treatment process, and 1- and 5-year outcomes// Journal of Substance Abuse Treatment. — 2005. — Vol.28(3) — P.213—223.
64. Klag S., O'Callaghan F., Creed P. The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: (a) An overview and critical analysis of thirty years of research. (review)// Substance Use & Misuse. — 2005. — Vol.40(12). — P.1777—1795.
65. Kleinig J. Ethical issues in substance use intervention// Substance Use & Misuse. — 2004. — Vol.39(3). — P.369—398.
66. London M., Canitrot J., Dzialdowski A., Bates R., Gwynn A. Contact with treatment services among arrested drug users// Psychiatric Bulletin. — 2003. — Vol.27(6). — P.214—216.
67. Longshore D., Teruya C. Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis// Drug and Alcohol Dependence. — 2006. — Vol.81(2). — P.179—188.
68. Mackey P. Alternative Treatments for Heroin Addiction. — www.parliament.nsw.gov.au.
69. Mihanovic M., Restek-Petrovic B., Babic G., Sain I., Telarovic S., Zilic-Dzeba J. Involuntary hospitalizations in the psychiatric hospital (Jankomir) before and following the alterations and amendments made to ZZODS// Collegium Antropologicum. — 2004. — Vol.28(1). — P.385—391.
70. Millar T., Donmall M., Jones A. Treatment effectiveness: demonstration analysis of treatment surveillance data about treatment completion and retention. — London, 2004.
71. Nolan J. Drug Courts in Theory and Practice. — Aldine de Gruyter, 2002. — 264 p.
72. Norland S., Sowell R.E., DiChiara A. Assumptions of Coercive Treatment: A Critical Review// Criminal Justice Policy Review. — 2003. — Vol. 14(4). — P.505—521.
73. Repel M. et al. The New York State adult Drug Court Evaluation: Policies// Participants and Impacts Drug Court Review. — 2003. — Vol.IV, Issue 2. — Virginia: National Drug Court Institute.
74. Ridgely M.S., Iguchi M.Y. Coercive use of vaccines against drug addiction: Is it permissible and is it good public policy?// Virginia Journal of Social Policy & the Law. — 2005. — Vol.12(2). — P.260—329.
75. Rush B.R., Wild T.C. Substance abuse treatment and pressures from the criminal justice system: data from a provincial client monitoring system// Addiction. — 2003. — Vol.98(8). — P.1119—1128.
76. Stevens A., Berto D., Heckmann W., Kersch V., Oeuvray K., Van Ooyen M. Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review// Substance Use & Misuse. — 2005. — Vol.40(3). — P.269—283.
77. Stevens A., McSweeney T., van Ooyen M., Uchtenhagen A. On coercion// International Journal of Drug Policy. — 2005. — Vol.16. — P.207—209.
78. UNODC. Sweden's successful drug policy: a review of the evidence. — 2006 (September). — 55 p.
79. Wallace B. Making Mandated Addiction Treatment Work. — Lanhan: Jason Aronson, 2005.
80. Wallander L., Blomqvist S. Who "needs" compulsory care? A factorial survey of Swedish social workers' assessments of clients in relation to the Care of Abusers (Special Provisions)// Act. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. — 2005. — Vol.22 (English Supplement). — P.63—86.
81. Webster C.D. Compulsory treatment of narcotic addicts// International Journal of Law and Psychiatry. — 1986. — Vol.8(2). — P.133—159.
82. Wild T.C. Social control and coercion in addiction treatment: Towards evidence-based policy and practice. (review)// Addiction. — 2006. — Vol.101(1). — P.40—49.
83. Wilde M.L. The liability of Alaska mental health providers for mandated treatment// Alaska Law Review. — 2003. — Vol.20. — P.271—303.
84. Wiley D., Beattie M., Nguyen H., Puckett K., Banerjee K., Poon W. When you assume...the reality of implementing a legally mandated substance abuse treatment program// Journal of Psychoactive Drugs. — 2004. — Supplement 2. — P.175—180.
85. Yates R., McIvor G., Eley S., Malloch M., Barnsdale L. Coercion in drug treatment: The impact on motivation, aspiration and outcome// Helsinki Finland: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 2005. — №47. — P.159—169.
86. Young D., Fluellen R., Belenko S. Criminal recidivism in three models of mandatory drug treatment// Journal of Substance Abuse Treatment. — 2004. — Vol.27(4). — P.313—323.