# ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**«Психологические и физиологические аспекты наркотической зависимости и учет личности наркомана при расследовании преступлений»**

Ставрополь, 2008 г.

**Содержание**

Введение

Глава 1. Психофизиологические аспекты формирования наркотической зависимости

* 1. История наркомании
  2. Особенности формирования наркотической зависимости
     1. Биологические механизмы формирования зависимости
     2. Психологические механизмы формирования наркотической зависимости

Глава 2. Учет личности людей с наркотической зависимостью при расследовании преступлений

2.1. Судебно-психиатрическая оценка лиц с наркотической зависимостью

2.2. Факторы, влияющие на совершение людьми с наркотической зависимостью преступлений

Глава 3. Особенности преступлений, совершаемых людьми с наркотической зависимостью

3.1. Характерные особенности преступлений, совершаемых лицами с наркотической зависимостью

3.2. Особенности следственных ситуаций, отработки версий и планирование расследований преступлений, совершенных людьми с наркотической зависимостью

3.3. Уголовная ответственность лиц, страдающих наркотической зависимостью

Заключение

Список используемой литературы

**Введение**

Актуальность выпускной квалификационной работы обусловлена тем, что явление наркомании е только не уменьшается, но, наоборот, оно расширяет свои границы, расползаясь вширь и вглубь, и поражает все большее число людей в разных государствах.

Крайне негативное социальное явление – наркомания опасно прежде всего тем, что оно неразрывно связано с преступностью, являясь одновременно и его составной частью, и «фоном», питательной средой, обусловливающей существование многих ее преступных проявлений, и следствием самой преступности. Наркомания и преступность – явления тесно взаимосвязанные, существующие неразрывно между собой, нередко распространяющиеся только потому, что они «подпитывают» друг друга.

По прогнозам специалистов при сохраняющейся тенденции, уже в первом десятилетии XXI в. в России количество лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами и психотропными веществами, может превысить 4 млн.[[1]](#footnote-1)

Многие ученые (В.Д.Менделевич, И.П.Анохина, В.В.Гульдан, Н.Н.Иванец, А.Е.Личко и т.д.), практические работники правоохранительных органов посвятили свое научное творчество исследованию закономерностей и тенденции социально-криминальных взаимодействий и противоречий, поиску путей нейтрализации криминогенных влияний наркомании на цивилизованное развитие общества. Эти закономерности во многом определяют процессы развития, как самой наркомании, так и ее криминогенных последствий в нашей стране.

В действующем УК РФ установлена ответственность практически за все незаконные операции с наркотиками (ст. 228 – 234 УК РФ).

Объектом исследования является наркотическая зависимость, личность наркоманов.

Предмет исследования – психологические и физиологические особенности формирования наркотической зависимости; особенности личности наркоманов и факторы, влияющие на формирование зависимости.

Цель работы – изучение и оценка психологических и физиологических аспектов формирования наркотической зависимости, выявление особенностей личности наркоманов.

Задачи исследования. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

– выявить психологические и физиологические особенности формирования наркотической зависимости;

– выявить факторы, влияющие на совершение преступлений лицами с наркотической зависимостью

– рассмотреть особенности судебно-психиатрической оценки лиц с наркотической зависимостью;

– выделить особенности расследования преступлений, совершенных лицами с наркотической зависимостью;

– выявить особенности уголовной ответственности наркоманов.

Научная новизна и теоретическая часть. На основе результатов психологического и биологического исследования выявлены индивидуально-психологические и физиологические особенности формирования наркотической зависимости. Проведены статистические исследования, основанные на последних данных и показывающие наиболее подверженных риску приобретения наркотической зависимости лиц. Также выявлены особенности судебно-психиатрической оценки лиц, страдающих наркотической зависимостью.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, 3 глав, заключения, списка используемой литературы. Материалы исследования изложены на 101 страницах. Библиография включает 87 наименований.

**Глава 1. Психологические и физиологические аспекты наркотической зависимости**

* 1. **История наркомании**

Человечество познакомилось с психоактивными веществами настолько давно, что сейчас, по всей видимости, уже невозможно сказать, кто начал употреблять их первыми. Почти во всех известных нам культурах можно найти упоминания об употреблении наркотиков. Однако с такой проблемой как зависимость от психоактивных веществ люди столкнулись лишь

недавно – в первой половине XVIII века. Тогда эту проблему попытались решить законодательно: в 1729 году в Китае был принят эдикт против опиума. Для Европы эта проблема возникла намного позже – в конце XIX века. С середины XX века проблема зависимости от наркотиков стала привлекать всё большее внимание общества и институтов здоровья в связи с тем, что в наше время она стала гораздо серьезней, чем в начале прошлого века, так как появилось огромное количество синтетических препаратов, вызывающих зависимость. К тому же в большом количестве случаев их производство и продажа осуществляются незаконно, что не позволяет контролировать качество этих препаратов и их влияние на организм и психику человека[[2]](#footnote-2).

Причины и механизмы возникновения наркомании изучены не достаточно хорошо. В медицине принято говорить, в первую очередь, о наличии врожденной предрасположенности к зависимости и механизмах взаимодействия психоактивных веществ с медиаторами головного мозга. Психология ставит вопрос о наличии психологических причин возникновения зависимости, которые связаны с особенностями личности и ее развития.

Одна из характерных черт нашего времени – широчайшая распространенность разнообразных веществ, способных дать человеку ощущение эйфории. К сожалению, все большая часть современного человечества предпочитает кратковременное легкое удовольствие более трудным и более честным способам радоваться жизни.

Наркомания – это такое состояние жизни, когда человек вместо того, чтобы интересоваться миром, начинает интересоваться только наркотиком, необходимостью его употреблять, своей тягой к нему, ощущениями, которые он рождает. Привязанность к наркотику, к одной-единственной крошечной частичке нашего огромного мира, постепенно выстраивает стену между человеком и всем миром. Эта изолирующая привязанность является смертельным заболеванием, имеющим социальные, физиологические и генетические предпосылки[[3]](#footnote-3).

В истории человечества использование наркотических веществ восходит в глубочайшей древности.

Из документов и исторических хроник известно, что шумеры, китайцы, индийцы, древние греки, ацтеки и племена Сибири хорошо знали действие некоторых наркотиков и использовали их в ритуальных целях, шаманских путешествиях, магических обрядах и церемониях. В доисторические времена, а также и позднее. Право на употребление наркотиков, с учетом того, что они вызывают необычные состояния, имели только посвященные. Использование таких препаратов для остальных членов общества всегда оставалось запретным, а их самовольное употребление влекло за собой самое суровое наказание. Благодаря этим мерам многие народы защитили свое будущее от наркотиков.

Сохранились глиняные таблички культуры шумеров 5 тыс. до н. э. с рекомендациями приготовления и употребления опиума.

Около 2700 г. до н. э. на территории от Малой Азии до Китая использовали коноплю (в виде настоя, напитка): китайский император Шен Нунг рекомендовал ее в употребление как лекарство от головных болей, подагры, рассеянности. В древнем индийском эпосе «Атхарва» и «Ригведа» (1500 лет до н. э.) упоминается о священном напитке сома, в состав которого входила конопля. Этот напиток пили только жрецы и посвященные. Вообще распространение конопли и ее производного - гашиша, имеет на Востоке обширную и интересную историю.

На стенах погребальных комплексов Центральной и Южной Америки есть относящиеся к 3 тыс. до н.э. изображения людей, жующих листья коки (один из способов приема кокаина). В шаманских племенах для ритуальных целей колдунами применялись галлюциногенные грибы (действие этого вещества можно сравнить с действием LSD или мескалином). Также шаманами и знахарями в разные эпохи для вхождения состояния экстаза глубоко религиозного и мистического содержания применялась разновидность мексиканского кактуса – пейота, перед которым приклонялись ацтеки. Они называли его «теонанацаль» – плоть бога – и считали кусочки кактуса воплощением великого мексиканского Бога Солнца[[4]](#footnote-4).

Хорошо известно об использовании наркотических веществ в средние века при изготовлении лекарств, мазей. В XVI знаменитый целитель Парацельс использовал опиум как медицинский препарат.

Использование опиума в медицине и для развлекательных целей было широко распространено среди мусульман на Ближнем Востоке. В настоящее время среди мусульман использование опиатов менее наказуемо, чем употребление алкоголя. Арабские торговцы привезли опиум в Индию и Китай в IX веке, и именно в Китае распространилась практика курения опиума. Зависимость от опиума в Китае была определена как проблема вместе с первым эдиктом против опиума, который был издан в 1729 году. К тому времени в Китае было уже так много опиумных наркоманов, что потребность в наркотиках оставалась очень высокой. Вопреки запрещению на импорт опиума в Китай, англичане продолжали обменивать индийский опиум на китайский чай, и это послужило причиной опиумных войн между Китаем и Великобританией в середине XIX века. Зависимость от опиума была серьезной проблемой в Китае к началу XIX века.

В 1805 году в Европе немецкий аптекарь Сертюрнер выделил первый алкалоид опиума, дав ему название морфин, по имени греческого бога сна Морфия. Морфин является основным активным химическим веществом в опиуме (кодеин – другой опиат найденный в опиуме), он в 10 раз сильнее опиума-сырца. С этого времени морфин стал использоваться в медицинских целях, а открытие шприца сделало инъекции морфина популярными и открыло начало зависимости от наркотиков в Европе и Соединенных Штатах.

Морфин, вводимый через инъекции, обладая сильным и обезболивающим действием, становится повсеместно применяемым средством. Одновременно проясняется проблема отвыкания от морфина. Препарат использовали при лечении тяжелых ранений у солдат во время Гражданской войны в США с обеих воюющих сторон. Зависимость от морфина у солдат была настолько велика, что через некоторое время это стали называть «солдатской болезнью»[[5]](#footnote-5).

В 1874 году британский химик Олдер Райт выявил новое химическое соединение, основанное на преобразовании морфина – диацетилморфин. Тогда открытие Райта осталось без внимания. В 1898 году немецкий фармацевт Гендрих Дрезер (открыл аспирин) заново открыл это химическое соединение и выявил, что оно в 10 раз сильнее морфина. Действие этого лекарства было настолько мощным, что его воспринимали как лекарство с героическими возможностями и назвали героином. Героин немедленно стали использовать в медицинских целях, до тех пор, пока не выяснилось, что героин вызывает еще большую зависимость, чем морфин.

О том, что такое наркотическая зависимость, или наркомания говорить сложно. Видение, интерпретация и понимание этого феномена очень сильно зависят от точки зрения, принадлежности к какой-либо научной парадигме, степени знакомства с ним исследователя и т. п. Мы можем говорить, что наркомания – это болезнь, если придерживаемся медицинской парадигмы; что это латентный суицид, в случае принадлежности к психоанализу, что это проявление аномии, если мы – социологи. Однако все это множество взглядов на одно и то же явление во многом помогает лучше понять, что же собой представляет наркотическая зависимость.

Для начала необходимо отметить, что наркомания – это явление культурно обусловленное. Она появляется только на определенном этапе развития общества, цивилизации – тогда, когда табу на употребление психоактивных веществ вне ритуалов исчезает, только на этом этапе мы встречаем ее. Более того, регулярное (часто ежедневное) употребление наркотиков для получения удовольствия может стать важной частью культуры[[6]](#footnote-6).

Разделение подходов на биологические и психологические служит лучшему пониманию феномена наркомании, разных его аспектов. Но это разделение не подразумевает отсутствие взаимосвязи между этими аспектами зависимости. Наоборот, необходимо всегда помнить о теснейшей связи между психологическими и физиологическими сторонами наркотической зависимости, об их взаимном влиянии друг на друга.

Сначала мы рассмотрим наркотическую зависимость с медицинской точки зрения для лучшего понимания физиологических механизмов формирования и последствий наркомании, а также возможных биологических причин ее возникновения.

В медицине наркомания рассматривается как болезнь.

Наркомания (от греч. narke – помрачение сознания, оцепенение и mania) – страсть) – патологическое влечение к употреблению наркотических средств, вызывающих в малых дозах эйфорию, в больших – оглушение, наркотический сон. При их систематическом употреблении возникает привыкание, сопряженное с возникновением состояния абстиненции, представляющей собой плохое самочувствие при отсутствии наркотических веществ. При наркомании поражаются внутренние органы, возникают неврологические и психические расстройства, развивается социальная деградация. При постоянном приеме наркотиков происходит деградация личности, характеризующаяся интеллектуальным и эмоциональным оскудением, утратой всех интересов, не связанных с наркотиками. Наиболее распространенный вид наркомании – хронический алкоголизм. В качестве особых видов существуют морфинизм, опиофагии, гашишизм, пристрастие к героину[[7]](#footnote-7).

В DSM-IV (американская классификация психических расстройств) принято выделять не наркотическую зависимость как таковую, а целый класс заболеваний и расстройств, обусловленных химическими веществами (Substance-Related Disorders). Сюда включают заболевания и расстройства, связанные с приемом веществ, вызывающих зависимость (включая алкоголь), с побочными эффектами лекарств и с токсическим воздействием. Все эти болезни и расстройства делят на две группы:

* + болезни, вызванные употреблением химических веществ (Substance Use Disorders), – химическая зависимость и злоупотребление химическими веществами;
  + расстройства, обусловленные химическими веществами (Substance-Induced Disorders), – интоксикация, абстиненция, делирий, устойчивая деменция, устойчивое расстройство памяти, психоз, расстройство настроения, тревожные расстройства, сексуальные дисфункции, расстройства сна, вызванные химическими веществами[[8]](#footnote-8).

В DSM-IV химическая зависимость описывается как совокупность когнитивных, поведенческих и физиологических симптомов, указывающих, что индивид продолжает употребление психоактивных веществ, несмотря на обусловленные ими проблемы. Согласно DSM-IV, химическая зависимость – это повторяющаяся модель поведения, которая обычно приводит к толерантности, возникновению абстиненции и компульсивному (навязчивому) поведению, направленному на прием психоактивного вещества. В отдельных случаях мгновенное воздействие психоактивного вещества настолько отклоняется от среднестатистического и характеризуется настолько высокой степенью тяжести, что принято говорить о патологической реакции на это вещество. При этом даже незначительные дозы вещества способны вызвать практически мгновенное изменение психического состояния (вплоть до тяжелых помрачений сознания и комы).

DSM-IV предлагает следующие критерии для диагностики химической зависимости (необходимо наличие трёх или более в течение 12 месяцев):

* + толерантность, определяемая при условии наличия одного из признаков:
  + необходимость в увеличении доз принимаемого вещества для достижения интоксикации или желаемого эффекта;
  + явное ослабление эффекта препарата при сохранении дозы;
  + абстиненция, определяемая по наличию одного из признаков:
  + наличие характерных для данного вещества признаков абстинентного синдрома;
  + такое же (или близкое по структуре) вещество способно облегчить или заставить исчезнуть абстинентную симптоматику;
  + психоактивное вещество принимается в больших количествах или дольше по времени, чем планировалось;
  + есть постоянное желание или неудачный опыт прекращения или контроля потребления наркотика;
  + большая часть времени проводится в поисках наркотического вещества, его потреблении или восстановлении после его приема;
  + в результате приема химического вещества снижается или полностью исчезает не связанная с этим активность;
  + употребление психоактивного вещества продолжается, не смотря на осведомленность о пагубных последствиях такого поведения.

В Международной Классификации болезней (МКБ-10) расстройства, обусловленные употреблением психоактивных средств, подразделены на: зависимость к психоактивным средствам и расстройства, возникающие вследствие злоупотребления психоактивными веществами[[9]](#footnote-9).

Диагностическими критериями наличия наркомании, т.е. зависимости от психоактивных веществ, является наличие у субъекта не менее трех из перечисленных ниже признаков:

1) субъект часто принимает препарат в больших дозах и более длительное время, чем сам намеревался,

2) им овладевает постоянное желание или же он предпринимает одну или несколько безуспешных попыток сократить или урегулировать прием препарата,

3) много времени затрачивается на деятельность, связанную с добыванием препарата (например, кража), его употребление (например, беспрерывное курение) и на то, чтобы прийти в себя после воздействия наркотика,

4) пребывание в состоянии опьянения или похмелья (абстиненции) как раз в тот момент, когда требовалось выполнение каких-либо важных обязанностей на работе, в школе или по дому (например, прогул на работе из-за похмелья или появление на работе или в школе в состоянии сильного опьянения, присмотр за детьми в состоянии интоксикации), или же в тот момент, когда употребление наркотиков сопряжено с риском для жизни (например, управление автомобилем в состоянии интоксикации),

5) важными профессиональными и общественными обязанностями пренебрегают, и они приносятся в жертву ради употребления наркотика,

6) продолжение приема наркотика, несмотря на явные пагубные последствия для здоровья и общественного положения, и осознание того, что дальнейший прием может усугубить эти нарушения (например, продолжение приема героина, несмотря на семейные ссоры, кокаина, несмотря на развивающуюся в результате его употребления депрессию, алкоголя, несмотря на обострение под его влиянием язвенной болезни),

7) заметный рост толерантности: необходимость значительного увеличения доз потребляемого вещества (повышение не менее чем на 50%) для достижения желаемого действия или же значительное ослабление эффекта от прежней дозы.

8) наличие характерного синдрома отмены (см. специфические синдромы отмены в разделе: Психические расстройства органического характера, вызванные употреблением психоактивных средств),

9) употребление наркотика во избежание или для облегчения синдрома отмены[[10]](#footnote-10).

Диагностическим критерием наркомании является также наличие этих симптомов в течение по крайней мере одного месяца или же возобновление их периодически в течение более длительного периода времени.

Ниже приводятся критерии злоупотребления психоактивными веществами, включая те случаи, когда имеет место неправильное употребление таких веществ, не достигающее, однако, степени наркомании:

А. По меньшей мере один из перечисленных признаков нарушения адаптации вследствие употребления психоактивного вещества:

1) продолжение употребления, несмотря на имеющиеся пагубные последствия для здоровья и общественного положения и знание того, что дальнейший прием может усугубить эти нарушения,

2) употребление наркотика в моменты, когда это сопряжено с особым риском (управление автомобилем в состоянии опьянения).

Б. Данные явления наблюдаются постоянно в течение месяца или возобновляются периодически в течение более длительного периода.

В. Отсутствие признаков зависимости к данному веществу. Соответственно МКБ-10 диагноз «злоупотребление» ставят в тех случаях, когда употребление психоактивного вещества началось сравнительно недавно, и применим в отношения наркотиков, не вызывающих выраженного синдрома отмены, таких как каннабис и галлюциногены.

Учитывая тот факт, что сигареты и табак широко доступны, и то, что употребление никотина не вызывает тяжелой интоксикации или профессионального и социального снижения, тяжелая стадия никотиновой зависимости (токсикомании) не выделяется[[11]](#footnote-11).

Наркомания может быть выражена в разной степени у разных лиц или же у одного и того же лица в различные периоды времени. По степени выраженности различают легкую, среднюю и тяжелую наркомании, а также полную или частичную ремиссии. Ниже приводятся критерии, на основании которых оценивается тяжесть наркомании:

Легкая степень: число имеющихся симптомов незначительное, едва достаточное для установления диагноза, наблюдается небольшое снижение в профессиональной и социальной деятельности, нарушение взаимоотношения с окружающими.

Средняя степень: число симптомов и выраженность последствий между легкой и тяжелой степенью.

Тяжелая степень: число симптомов превышает необходимое для постановки диагноза, имеется значительное снижение профессиональной деятельности и серьезное ухудшение общественного положения, а также нарушение взаимоотношения с окружающими.

Частичная ремиссия: в течение последних 6 мес. имеют место эпизодический прием наркотиков и некоторые из перечисленных выше симптомов наркомании.

Полная ремиссия: на протяжении последних 6 мес. имеет место воздержание от приема наркотиков или же прием наркотиков при отсутствии симптомов наркомании. Имеется категория лиц, принимающих несколько видов различных наркотических веществ; в этих случаях не удается выделить зависимость к одному какому-либо виду наркотиков. Соответственно МКБ такие состояния называют полинаркоманией[[12]](#footnote-12).

В отечественной литературе принято говорить о трех синдромах, являющихся главными составляющими наркотической зависимости:

* + синдром измененной реактивности (исчезновение защитных реакций, повышение толерантности, изменение формы опьянения);
  + синдром психической зависимости (обсессивное влечение, комфорт в состоянии интоксикации);
  + синдром физической зависимости (компульсивное влечение, абстинентный синдром и т. п.)[[13]](#footnote-13).

**1.2 Особенности формирования наркотической зависимости**

Различают этапы постепенной наркотизации:

* + единичное или редкое употребление наркотиков;
  + многократное их употребление без признаков психической и физической зависимости[[14]](#footnote-14).

Наркомания 1-ой степени: сформирована психическая зависимость. Поиск наркотика для получения приятных ощущений, но еще нет физической зависимости, а прекращение приема наркотика пока не вызывает мучительных ощущений.

Мысли о приеме наркотика приобретают навязчивый характер. Наркотик становится «лекарством», снимающим эмоциональное напряжение в конфликтных ситуациях, – трансформируются характереологические и патохарактереологические черты. Основное направление этой трансформации – от стенического типа к астеническому и апатическому. Происходит нарастание социальной дезадаптации. Человек утрачивает прежние положительные ориентации, у него снимается чувство ответственности, долга, способность к сопереживанию.

Наркомания 2-ой степени: уже сложилась физическая зависимость от наркотика; поиск уже направлен не столько на то, чтобы вызвать эйфорию, сколько на то, чтобы избежать мучений, абстиненции (ломки). На 2-ой стадии наркомании появляются ощущения, вызываемые приемом наркотика, притупляются, теряют прежнюю яркость. Общение в группе практически отсутствует, единственная цель общения – употребление наркотика. Взаимный обман, «предательство», полная потеря взаимных обязательств членов группы — обычное явление. Асоциальность доходит до критической черты. Утрачиваются этические принципы, эмоциональные привязанности.

Наркомания последней, 3-ей степени: полная – физическая и психическая деградация.

Считается, что остановиться при приеме наркотиков возможно лишь на первых двух стадиях. Исследования показали, что только 20% принимающих наркотики подростков переходят опасную черту и становятся закоренелыми наркоманами.

Кроме того, подростки, употреблявшие наркотики, но не ставшие наркоманами, все равно приобретают устойчивые психологические комплексы: противопоставление себя общественной морали, традициям, существующим в мире взрослых.

Благоприятным фоном развития детского и подросткового наркотизма являются устойчивые комплексы-реакции[[15]](#footnote-15), основной из которых является реакция эмансипации. В основе ее заложено стремление освободиться от привычных рамок (семьи, учебной среды и т. д.).

Реакция формирования сексуального влечения также обуславливает наркоманию в подростковой среде. Некоторые подростки реализуют сексуальные впечатления путем галлюцинаций сексуального плана. Курение гашиша, по мнению несовершеннолетних, повышает сексуальную потенцию.

Для первого употребления наркотика несовершеннолетними, по результатам нескольких исследований, характерны следующие мотивы:

31% – желание быть, как все (комплекс подросткового конформизма),

19% – стремление испытать новые впечатления (любопытство),

12% – поиск фантастичного,

10% – стремление забыться, отключиться от неприятностей.

Кроме того, к мотивам употребления наркотиков подростками необходимо отнести также такие, как желание расслабиться, повеселиться, стремление выглядеть «крутым». Иногда наркотики принимают «для смелости» либо чтобы не подтвердить статус «гадкого утенка» в среде сверстников. Встречаются случаи насильственного приема наркотиков, когда специально подростков «сажают на иглу», чтобы потом заставить совершать преступления[[16]](#footnote-16).

Одной из значимых причин обращения подростков к наркотикам является инфантилизм – неспособность принимать решения, стремление идти по более простому пути. В отличие от животных и детей взрослеющий и взрослый человек в той или иной степени владеет своими желаниями. Самоконтроль – не только волевая функция, но и навык, приобретаемый усвоением социальных и нравственных норм, воспитанием. Способствует самоконтролю знание последствий злоупотребления наркотическими веществами, ценностные ориентиры, личные, социальные цели, перспектива достижения которых весомее (и соизмерение для индивидуума доступно), чем сиюминутное удовольствие. Соотношение стремления к удовольствию и самоконтроля у подростков таково, что подросток оказывается уязвимым. В этом – опасность наркотизма, и тем большая, чем моложе возраст[[17]](#footnote-17).

Наглядно эта закономерность проступает в случаях так называемой девиантной личности. Рассмотрим подробнее сущность девиантного поведения.

Основой оценки девиантного поведения человека является анализ его взаимодействия с реальностью, поскольку главенствующий принцип нормы – адаптивность – исходит из приспособления (адаптивности) по отношению к чему-то и кому-то, то есть реальному окружению индивида. Взаимодействие индивида и реальности можно представить пятью спосо­бами.

При противодействии реальности индивид активно пытается разрушить ненавистную ему действительность, изменить ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все пробле­мы, с которыми он сталкивается, обусловлены факторами действительно­сти и единственным способом достижения своих целей является борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя или максимально извлечь выгоду из нарушающего нормы общества поведения. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду становится также противодействие, изгнание или попытка изменить индивида, подстроить его под требования реальности. Противостоя­ние реальности встречается при криминальном и делинквентном поведе­нии[[18]](#footnote-18). Например, употребление наркотических средств может быть обу­словлено желанием подростка продемонстрировать собственную независимость от окружающих (взрослость), даже «назло» родным.

Болезненное противостояние реальности обусловлено признаками психической патологии и психопатологическими расстройствами, при которых окружающий мир воспринимается враждебным в связи с субъективным искажением его восприятия и понимания. Симптомы психического заболевания нарушают возможность адекватно оценить мотивы поступков окружающих, и вследствие этого эффективное взаимодействие с окружением становится затруднительным. Если при противостоянии реальности здоровый человек осознанно выбирает путь борьбы с действительностью, то при болезненном противостоянии у психически больного человека данный способ взаимодействия является единственным и вынужденным.

Способ взаимодействия с действительностью в виде ухода от реальности осознанно или неосознанно выбирают люди, которые расценивают реальность негативно и оппозиционно, считая себя не способными адаптироваться к ней. Они могут также ориентироваться на нежелание приспосабливаться к действительности, «не заслуживающей того, чтобы к ней приспосабливались», по причине несовершенства, консервативности, единообразия, подавления экзистенциальных ценностей или откровенно антигуманной деятельности. Уход в мир наркотического дурмана – одна из разновидностей ухода от реальности. Игнорирование реальности проявляется автономизацией жизни и деятельности человека, когда он не принимает в расчет требования и нормы реальности, существуя в собственном узкопрофессиональном мире. При этом не происходит ни столкновения, ни противодействия, ни ухода от реальности. Стороны существуют как бы сами по себе. Подобный вариант взаимодействия с реальностью довольно редок и встречается лишь у небольшого числа повышенно одаренных, талантливых людей с гиперспособностями в какой-либо одной области[[19]](#footnote-19).

Гармоничный человек, как было показано выше, выбирает приспособление к реальности. Однако нельзя однозначно исключать из ряда гармоничных индивидов лиц, которые используют, к примеру, способ ухода от реальности. Это связано с тем, что реальность, так же, как и отдельный индивид, может носить негармоничный характер. Например, добровольное приспособление к условиям авторитарного режима, разделение его ценностей и выбор соответствующего поведения нельзя рассматривать как гармоничное.

В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества, девиантное поведение разделяется на пять типов: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей.

С точки зрения ряда авторов (В.Д.Менделевич, Р.Г.Садыкова), девиантным поведением следует считать любое по степени выраженности, направленности или мотивам поведение, отклоняющееся от критериев той или иной общественной нормы[[20]](#footnote-20). При этом критерии обусловливаются нормами следования правовым указаниям и регламентациям (нормы законопослушания), моральным и нравственно-этическим предписаниям (так называемым общечеловеческим ценностям), этикету и стилю. Некоторые из данных норм имеют абсолютные и однозначные критерии, расписанные в законах и указах, другие - относительные, которые передаются из уст в уста, транслируются в виде традиций, верований или семейных, профессиональных и общественных регламентации.

1) Делинквентный тип девиантного поведения

Разновидностью преступного (криминального) поведения человека является делинквентное поведение – отклоняющееся поведение, в крайних своих проявлениях представляющее уголовно наказуемое деяние. Отличия делинквентного поведения от криминального коренятся в тяжести правонарушений, выраженности антиобщественного их характера. Правонарушения делятся на преступления и проступки. Суть проступка заключается не только в том, что он не представляет существенной общественной опасности, но и в том, что он отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия[[21]](#footnote-21).

2) Аддиктивный тип девиантного поведения

Аддиктивное поведение – это один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций (Ц.П. Короленко, Т.А. Донских)[[22]](#footnote-22).

Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение не удовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удается обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию. Жизнь видится ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразности. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимость что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер: в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации и бесчувственности, он может проявлять недюжинную активность для достижения цели. В этом отношении показателен пример наркомана, для которого вся окружающая жизнь неинтересна и в ней он пассивен. При этом его стремление ввести себе наркотическое вещество, приобрести его отражается в недюжинной энергии, активности и азарте[[23]](#footnote-23).

Основной, в соответствии с имеющимися критериями, особенностью индивида со склонностью к аддиктивным формам поведения является рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов. В норме, как правило, психически здоровые люди легко («автоматически») приспосабливаются к требованиям обыденной (бытовой) жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они, в отличие от лиц с разнообразными аддикциями, стараются избегать кризисов и волнующих нетрадиционных событий.

Базисной характеристикой аддиктивной личности является зависимость.

Для оценки отнесения человека к зависимому типу выделяют перечисленные ниже признаки, пяти из которых достаточно для диагностики клинической зависимости.

1. Неспособность принимать решения без советов других людей.
2. Готовность позволять другим принимать важные для него решения.
3. Готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы.
4. Затруднения начать какое-то дело самостоятельно.
5. Готовность добровольно идти на выполнение унизительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих.
6. Плохая переносимость одиночества – готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать.
7. Ощущение опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь.
8. Охваченность страхом быть отвергнутым.
9. Легкая ранимость, податливость малейшей критике или неодобрению со стороны.

Наряду с зависимостью основным в поведении аддиктивной личности является стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, наполненной обязательствами и регламентациями «скучной» жизнью, склонность к поиску запредельных эмоциональных переживаний даже ценой серьезного риска и неспособность быть ответственным за что-либо[[24]](#footnote-24).

3) Патохарактерологический тип девиантного поведения

Под патохарактерологическим типом девиантного поведения понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания. К ним относятся так называемые расстройства личности (психопатии) и явные или выраженные акцентуации характера. Дисгармоничность черт характера приводит к тому, что изменяется вся структура психической деятельности человека. В выборе своих поступков он часто руководствуется не реалистичными и адекватно обусловленными мотивами, а существенно измененными «мотивами психопатической самоактуализации». Сущностью данных мотивов является ликвидация личностного диссонанса, в частности рассогласования между идеальным «Я» и самооценкой

4) Психопатологический тип девиантного поведения

Психопатологический тип девиантного поведения основывается на психопатологических симптомах и синдромах, являющихся проявлениями тех или иных психических расстройств и заболеваний. Как правило, мотивы поведения психически больного остаются непонятными до тех пор, пока не будут обнаружены основные признаки психических расстройств.

Нередко на базе алкоголизма или наркомании возникают психотические расстройства, которые определяют новый девиантный стереотип поведения человека. Кроме того, его поведение может меняться в зависимости от того, в каком состоянии он находится – в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения или абстиненции.

5) Основанный на гиперспособностях тип девиантного поведения. Особым типом отклоняющегося поведения считают девиации, обусловленные гиперспособностями человека (К.К. Платонов)[[25]](#footnote-25). Выходящим за рамки обычного, нормального рассматривают человека, способности которого значительно и существенно превышают среднестатистические способности. В подобных случаях говорят о проявлениях одаренности, таланта, гениальности в каком-либо одном виде деятельности человека. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождается девиациями в обыденной жизни. Такой человек нередко оказывается неприспособленным к «бытовой, приземленной» жизни. Он не способен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и неподготовленным к трудностям по­вседневной жизни. Если при делинквентном поведении наблюдается про­тивоборство во взаимодействии с реальностью, при аддиктивном – уход от реальности, при патохарактерологическом и психопатологическом – болезненное противостояние, то при поведении, связанном с гиперспособностями – игнорирование реальности. Человек существует в реальности («здесь и теперь») и одновременно как бы живет в собственной реальности, не размышляя о необходимости «объективной реальности», в которой действуют другие окружающие люди. Он расценивает обычный мир как что-то малозначимое, несущественное, и поэтому не принимает никакого участия во взаимодействии с ним, не вырабатывает стиля эмоционального отношения к поступкам и поведению окружающих, принимает любое происходящее событие отрешенно. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гиперспособностями как необязательные, временные и не воспринимаются как значимые для его личностного развития[[26]](#footnote-26).

Мотивы употребления психоактивных и наркотических средств при различных видах девиаций.

Подытоживая рассмотрение типов девиантного поведения, можно указать на тот факт, что зависимость от психоактивных веществ (например, от наркотиков) может включаться в рамки любого из перечисленных типов.

В рамках делинквентного наркотического поведения основным мо­тивом употребления наркотических веществ можно считать стремление к противостоянию реальности, протест против доминирующих в обществе и микросоциуме норм поведения, эпатаж, стремление «взорвать ситуацию», действовать «назло» родителям, учителям. Индивид активно пытается разрушить ненавистную ему действительность, изменить ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все его проблемы обусловлены факторами действительности и единственным способом достижения своих целей является борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду становится также противодействие, изгнание или попытка изменить индивида, подстроить его под требования реальности. Данный вариант формирования психологической зависимости от наркотика следует рассматривать как протестный, требующий гармонизации отношений человека с его окружением[[27]](#footnote-27).

При аддиктивном варианте основным мотивом употребления наркотических веществ становится уход от реальности в иллюзорный, субъективно значимый и комфортный мир. Преобладающей становится гедонистическая мотивация, а типичным – феномен «жажды острых ощуще­ний». Приобщение к наркотическому веществу происходит с целью вывода себя из состояния скуки, безразличия, безрадостности. Такому человеку не удается обнаружить в реальной действительности сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную выраженную эмоциональную реакцию. Наркотическое аддиктивное поведение носит поисковый (творческий, креативный) характер[[28]](#footnote-28).

В рамках патохарактерологического и психопатологического вариантов наркотического девиантного поведения употребление наркотических веществ следует рассматривать как компенсацию «психопатологического дефекта» в виде дискомфорта, связанного с наличием симптомов или патологических черт характера. В подобных случаях наркотик выступает в роли своеобразного «лекарственного средства», купирующего негативные эмоции, позволяющего улучшить процесс коммуникации. При наркотическом девиантном поведении на базе гиперспособностей основными мотивами наркотизации являются мода, престиж, чувства принадлежности к рангу избранных, особых, богемы.

Клинические формы девиантного (отклоняющегося) поведения:

* агрессия;
* аутоагрессия (суицидальное поведение);
* злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение);
* нарушения пищевого поведения (переедание, голодание);
* аномалии сексуального поведения (девиации, перверсии, отклонения психосексуального развития);
* сверхценные психологические увлечения (трудоголизм, гемблинг, коллекционирование, «паранойя здоровья», фанатизм – религиозный, спортивный, музыкальный и прочие);
* сверхценные психопатологические увлечения («философическая интоксикация», сутяжничество и кверулянство, разновидности маний - клептомания, дромомания и другие);
* характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и другие);
* коммуникативные девиации (аутизация, гиперобщительность, конформизм, псевдология, ревность, фобическое и нарциссическое поведение, нигилизм, крусадерство, «вегетативность» и другие);
* безнравственное и аморальное поведение;
* неэстетичное поведение, или девиации стиля поведения[[29]](#footnote-29).

Каждая из клинических форм может быть обусловлена любым типом девиантного поведения, а иногда мотивом выбора той или иной формы служат несколько разновидностей отклоняющегося поведения одновременно. Так, к примеру, алкоголизация может быть связана с аддикциями (уходом от реальности); с патологией характера, при которой употребление и злоупотребление спиртными напитками выступает в роли своеобразной терапевтической компенсации и снятия внутриличностного конфликта; с психопатологическими проявлениями (маниакальным синдромом) или с сознательным доведением себя до определенного психического состояния с целью совершения делинквентных поступков.

Групповое существование – этап в развитии ребенка, приходящийся на возраст 8-12 лет[[30]](#footnote-30).

В дальнейшем усложнение психической деятельности, формирование собственных интересов приводят к индивидуализированным отношениям со сверстниками, появляются личные друзья, приятели. Групповую жизнь в возрасте 14-15 лет можно рассматривать как показатель задержки психического развития, низкого уровня развития. Действительно, в группах, состоящих из юношей 16-20 лет, наблюдаются черты детских групп: направленность на игровую развлекательную деятельность, не целевая активность, легкость аффективной индукции. Отношения по существу обезличены, состав группы случаен. На уровень психического развития указывают также примитивный характер аффектов и склонность к разрушительным действиям. В группе выражено отчужденное, нередко враждебное отношение к взрослым. Молодые люди, на первый взгляд, очень похожи. Такое впечатление производят, конечно, однотипные прически, одежда, манера держаться. Однако главное – недостаточность индивидуального выражения лица и стереотипная усвоенная форма общения с взрослыми. Последнее в свою очередь – отражение группового рисунка поведения. При подробном изучении выясняется недостаточность личной мотивации поведения – оно диктуется группой. В своих рассказах молодые люди употребляют практически только местоимения множественного числа, даже если речь идет о ситуациях нейтральных, не связанных с проступками (вне попытки уйти от ответственности). Попытка установить тип личности, некую постоянную совокупность черт, который вовлекается в злоупотребление с большей частотой, чем другие, трудно осуществима и потому, что потребление начинается в возрасте, когда личность оказывается в неравновесном, достаточно аморфном состоянии[[31]](#footnote-31).

А.Е. Личко выделяет реакцию имитации[[32]](#footnote-32), А.А. Коломеец считает, что высокий риск создается незавершенным формированием мотиваций и нравственных ценностей, повышенной чувствительностью к средовым воздействиям[[33]](#footnote-33). В.В. Гульдан показывает, что опасность угрожает тем подросткам, которым свойственны зависимость от ситуации, пассивное поведение в ней. В этом обширном психологическом исследовании не подтвердилось использование опьяняющих средств с целью избежания трудностей и преодоления проблем.[[34]](#footnote-34)

* + 1. **Биологические механизмы формирования наркотической зависимости**

Все представления о механизмах формирования зависимости можно разделить на две группы: биологические и психологические. Первые делают попытку объяснить это заболевание исходя из положения, что наркомания связана с изменением метаболизма, а вторые – что зависимость вызвана нарушением нормального развития личности. Это не подразумевает, что действует либо один механизм, либо другой. Можно говорить, что это параллельные процессы, идущие одновременно. Но в некоторых случаях доминируют психологические механизмы, а в других – биологические. Также на разных стадиях формирования зависимости приобретать особую важность могут какие-то одни механизмы (например, биологические на последней стадии зависимости, когда психоактивное вещество принимается в первую очередь для предотвращения абстиненции).

Сторонники биологического подхода говорят об изменении синтеза и распада нейромедиаторов, вызванном поступлением в организм психоактивных веществ. И.П.Анохина полагает, что механизм формирования психологической зависимости связан с воздействием психоактивного вещества на систему подкрепления (находится в стволовом отделе мозга)[[35]](#footnote-35). Эта система участвует в регуляции мотиваций и эмоционального состояния. Наркотики и алкоголь химическим путем активируют эту систему, причем ее возбуждение гораздо выше, чем в норме, что во многом определяет положительную эмоциональную реакцию.

При длительном употреблении психоактивных веществ происходит истощение запасов нейромедиаторов, так как эти вещества провоцируют их повышенный выброс. Соответственно, в отсутствие наркотиков при нормальном прохождении электрического импульса возникает дефицит нейромедиатора. Это приводит к недостаточному возбуждению системы подкрепления, что выражается ощущением упадка сил, снижением настроения, психоэмоциональным дефицитом. Поэтому при приеме психоактивного вещества происходит улучшение состояния человека, причем на самых ранних стадиях наркомании и алкоголизма это улучшение не только субъективное, но и объективное. Однако довольно быстро формируется порочный круг: после приема наркотика нейромедиатор высвобождается быстрее и в больших количествах, но и разрушается тоже очень быстро, а состояние человека ухудшается.

Другие исследователи считают, что каждое психоактивное вещество действует на нервную систему человека, взаимодействуя с разными нейромедиаторными системами. Такое избирательное воздействие наркотиков объясняют сходством их химического строения со строением нейромедиаторов, например, опиаты схожи с эндорфинами, галлюциногены – с серотонином[[36]](#footnote-36).

Генетическая предрасположенность является одной из важнейшей биологических причин формирования алкоголизма. Но и в формировании наркоманий генетическая предрасположенность играет немалую роль.

Исследования детей показали, что основной вклад в предрасположенность к алкоголю вносит отец. Дети, рожденные от отцов, зависимых от алкоголя, в 4-6 раз чаще заболевают алкоголизмом, чем дети, рожденные от здоровых родителей[[37]](#footnote-37).

Исходя из всего вышесказанного, можно заключить, что в медицине зависимость от психоактивных веществ рассматривают как болезнь, которая характеризуется наличием абстинентного синдрома при отмене (или уменьшения его доз) употребляемого препарата, изменением метаболизма (синдром измененной реактивности) и психического статуса. Болезнь в своем развитии проходит несколько стадий. В клинике принято выделять разные виды наркомании в соответствии с употребляемым веществом (опиомания, кокаинизм, морфинизм и т. д.) Основной механизм формирования зависимости – это изменение метаболизма вследствие встраивания психоактивного вещества в обмен веществ. Существует представление, что каждому психоактивному веществу соответствует свой нейромедиатор, который оно начинает замещать. В отличие от механизмов, причины формирования зависимости изучены не столь хорошо. Основные причины формирования зависимости связаны с нарушением метаболизма, обусловленным генетически. Особенно явно видна генетическая составляющая алкоголизма.

Однако указанные особенности и причины формирования наркозависимости не дают нам полного понимания данного феномена, так как есть люди, злоупотребляющие психоактивными веществами и не имеющие генетической предрасположенности, и, наоборот, люди ее имеющие, но не являющиеся зависимыми. К тому же не совсем ясным является, по какому принципу происходит выбор того или иного наркотика. Очевидно, что для объяснения зависимости от психоактивных веществ недостаточно исследований только в области медицины, биологии и физиологии. Для более глубоко понимания проблемы необходимо привлечение специалистов из других областей: психологии, психиатрии, социологии и смежных с ними[[38]](#footnote-38).

* + 1. **Психологические механизмы формирования наркотической зависимости**

Можно говорить о том, что психологический подход к проблеме зависимости, в том числе от психоактивных веществ, более комплексный, чем в медицине и физиологии. В психологии не проводится четкая грань между изучением причин возникновения зависимости и изучением механизмов ее возникновения и формирования. Возможно, это обусловлено невозможностью для психологии объяснить одно без ссылки на другое.

Однако такой комплексный подход к наркотической зависимости вовсе не означает полного единства психологов в понимании и объяснении данного феномена. Наоборот, в отличие от медицины и физиологии, где существует единая концепция, в психологии мы находим огромное количество разных точек зрения. По всей видимости, это связано с тем, что в психологии нет единой школы и научной парадигмы. Каждая школа рассматривает проблему наркомании в рамках своих теоретических построений, поэтому и выводы, и предлагаемые решения очень сильно отличаются.

Говорить о полной изученности психологических механизмов формирования зависимости нельзя. Мы еще слишком далеки от полного понимания этой проблемы, однако существует целый ряд положений, теоретических построений и исследований, которые служат началом понимания феномена наркомании.

Большой вклад в изучение этой проблемы внесли психоаналитически ориентированные исследователи. Основное внимание они уделяют бессознательному и его влиянию на личность, его роли в формировании зависимого, или аддиктивного поведения. Важно обратить внимание на то, что все психоаналитики не делают глубоких различий между химическими (алкоголизм, наркомания и т. п.) и эмоциональными (трудоголизм, сексоголизм, анорексия и т. п.) зависимостями. Они предполагают, что глубинные механизмы их формирования одинаковы[[39]](#footnote-39).

С точки зрения психоанализа зависимость – это латентный суицид, то есть это попытка покончить с собой, растянутая во времени. Психоактивное вещество используется как средство самоуничтожения. Сам же суицид – это попытка ухода от болезни, психоза или стремление преодолеть внутренние противоречия. Огромное внимание уделяется раннему развитию как основе выбора именно такого способа решения личностных проблем. При этом либо говорят о преобладании влечения к смерти в личности аддикта (неофрейдизм), либо о разрушенном, потерянном или несформированном объекте (школа объектных отношений). Однако в обоих случаях особый акцент делается на развитии индивида на первом году жизни и его фиксации на оральной стадии.

Еще один аспект, которому уделяют внимание психоаналитики, – это идентичность. Сложности в формировании собственной идентичности, ее нарушения могут стать дополнительным фактором риска формирования аддикции[[40]](#footnote-40).

Важно отметить, что среди психоаналитически ориентированных исследователей нет единого мнения относительно механизмов и причин формирования аддикции, хотя, в общем, они довольно сходны.

Еще одно направление в психологии, уделяющее огромное внимание детству, – это семейная психотерапия. С точки зрения адептов данной ветви психологии обстановка в семье и стиль семейных отношений могут стать определяющими при формировании зависимости[[41]](#footnote-41). Анализ стилей воспитания, простроенности границ семьи, коммуникации в семье, семейных ролей позволяют сделать предположения о факторах риска развития нервно-психических заболеваний, зависимостей и т. п. Также отмечается цикличность процессов в семье, формирование «порочных кругов», когда дети, выросшие в семье с неблагоприятными условиями, сами создают такую же семью[[42]](#footnote-42). Исследования, сделанные в рамках этого подхода позволяют понять, почему в семьях зависимых дети часто сами начинают злоупотреблять психоактивными веществами.

При формировании наркомании большое значение имеют личностные особенности человека. Одна из индивидуальных характеристик, имеющая большое значение по отношению к приему наркотиков, – это поиск ощущений или потребность в различных, новых, сложных ощущениях и переживаниях и способность подвергаться физическому и социальному риску ради поиска этих ощущений[[43]](#footnote-43). Существует четыре разных аспекта поиска ощущений: поиск возбуждения приключений, потребность в новом опыте, растормаживание и скука восприятия. Поиск ощущений является одним из источников различия в восприятии наркотика разными людьми, также он отражает высокую степень чувствительности человека к приятным эффектам наркотиков[[44]](#footnote-44).

В процессе формирования наркомании важную роль играет подкрепление научения. Паттерн поведения наркомана не является аномальным, хотя он явно причиняет себе вред. Здесь работает схема с неподходящим способом подкрепления наркотическим веществом. Именно эффектом подкрепления объясняется, например, более частое внутривенное употребление героина, чем курение опиума, которое менее опасно, более приятно, но не так мгновенно действует. Подкрепление формирует целые паттерны поведения, необходимые для получения наркотика. При этом даже долго поддерживаемое социальное поведение может быть прервано. К тому же действия, ведущие к успеху, легче повторяются вследствие субъективного переживания успеха, чем действия, ведущие к неуспеху. Награда мотивирует действие к повторению, наказание – к отказу. Данный механизм поведения формируется в онтогенезе во многом в результате современной системы обучения и воспитания. Наркотик помогает боязливым освободиться от страха и неуверенности. Это позитивное воздействие повышает потребность в наркотиках, стремление к их повторному приему, в то же время оно приводит к отказу от фрустрированных неудачных социальных действий. Надо отметить, что если в медицине гораздо лучше изучены механизмы формирования наркомании (на биохимическом уровне), а причины несколько хуже, то в психологии все ровно наоборот: достаточно хорошо изучены причины наркозависимости, но плохо изучены механизмы ее формирования.

Мы хотим еще раз напомнить, что в формировании зависимости от психоактивных веществ участвуют одновременно и биологические и психологические механизмы. Но в одном случае (например, при злоупотреблении галлюциногенами) большее значение приобретают психологические факторы, а в другом – биологические (например, при опийной наркомании). Вероятно, психологические механизмы зависимости действуют на человека в течение более продолжительного периода времени, чем биологические. Это можно подтвердить тем, что человек, находящийся в состоянии ремиссии, попав в ситуацию, сходную с ситуацией приема наркотиков, может испытать все те чувства, которые у него были при употреблении психоактивного вещества (речь идет о так называемых «флэш-бэках»). Некоторые наркоманы, сейчас не употребляющие наркотики, рассказывают о том, что у них иногда появляются повторные «ломки», особенно после просмотра фильмов о наркоманах или же после общения со своими знакомыми, употребляющими наркотики[[45]](#footnote-45).

По всей видимости, сочетание психологических и биологических факторов определяет и выбор конкретного вида психоактивного вещества. К сожалению, сейчас практически не исследованы механизмы выбора наркоманом того или иного наркотика. Возможно, выбор наркотического вещества проходит в несколько этапов. На первом этапе мы имеем врожденную предрасположенность к наркомании. Затем пробуем вещества из разных групп и выбираем группу препаратов, которые оказывают нужное нам действие. Выбор группы может быть основан как на желании блокировать какой-либо конкретный аффект (о чем пишет Л.Вермсер)[[46]](#footnote-46), так и, наоборот, на желании вызвать определенное эмоциональное состояние. Третий этап – это выбор уже конкретного вещества. По-видимому, здесь уже основными факторами становятся доступность и способ употребления данного наркотика (некоторые наркоманы не начинают принимать наркотики внутривенно, даже если знают, что это поможет расходовать меньшее их количество).

Все психологические причины формирования зависимости можно разделить на две категории:

* + влияние среды (то есть все внешние факторы);
  + особенности строения личности человека, ставшего зависимым.

Можно говорить, что самым главным фактором внешней среды является цивилизация. С одной стороны, она открывает доступ к наркотическим препаратам, а, с другой, регламентирует их употребление. В европейской цивилизации наркотики являются исключительно лекарственными средствами, не зависимо от того, кто их употребляет: наркоман или же пациент больницы. Они утратили свою религиозную функцию (использование в религиозных обрядах), а, следовательно, исчезло и табу на их нецелевое и повседневное употребление.

С развитием цивилизации изменилась и среда обитания людей. В жизнь людей входит все больше и больше техники, что приводит к замене естественной среды обитания на искусственную, а это, в свою очередь, влечет изменения психофизических условий жизни. Последствия этих перемен очень сложно предсказать. Вполне вероятно, что они могут привести к увеличению случаев дезадаптивного поведения, росту количества психических отклонений и заболеваний. К тому же темп изменений с каждым годом становится все выше, что сильно сказывается на людях[[47]](#footnote-47).

Немаловажным фактором влияния среды на риск формирования наркомании является ситуация в обществе. Сегодня большинство социологических теорий связывают распространение девиантных форм поведения (а наркомания, с точки зрения этого подхода, – одна из форм девиации) с явлением социальной аномии. Э.Дюркгейм[[48]](#footnote-48) характеризовал аномию как состояние отсутствия ценностей, «безнормность», присущие переходным периодам, когда старые ценности уже не существуют, а новая система норм и ценностей еще не сформирована. Р.Мертон описывает эту общественную ситуацию как расхождение общественных требований, культурно принятых жизненных целей и имеющихся в распоряжении средств[[49]](#footnote-49). Р.Дарендорф[[50]](#footnote-50) объясняет аномию ослаблением общественных привязанностей; Р.МакИвер – ослабленными социальными и эмоциональными контактами. Однако все авторы сходятся в негативной оценке влияния аномии на общество и его институты. Аномия усиливается в период реорганизации общества, а именно в связи как с общественными регрессиями, так и с быстрыми прогрессивными процессами.

Последние несколько лет в нашем обществе происходят очень резкие изменения, а вместе с ними людям становится сложно оценивать ситуацию, особенно молодежи. На фоне этого происходит быстрая наркотизация общества, что еще раз доказывает влияние макросоциальных факторов на риск возникновения наркомании. Н.С.Курек в своих исследованиях также отмечает, что в годы социальной нестабильности число наркоманий и психических заболеваний резко возрастает[[51]](#footnote-51).

В результате резких изменений в обществе начинается разрушение социальных институтов, из которых, пожалуй, важнейшим является семья. Дезинтеграция семьи – это не только следствие общественных процессов, но и причина будущего состояния общества, так как семья в наибольшей степени отвечает за социализацию ребенка. Ослабление института семьи также может служить причиной формирования девиантного поведения, в том числе и наркомании[[52]](#footnote-52).

Из-за ослабления общественных институтов социализации возросли роль и значение молодежных групп. По существу, они превратились в среду первичной социализации, но при этом они не способны усваивать общественные нормы полностью и адекватно требованиям социума. Молодежная субкультура порой носит дезинтегрирующий характер и способствует формированию девиаций[[53]](#footnote-53). Негативное социокультурное влияние молодежных объединений проявляется в следующих моментах:

* + все большее влияние приобретают группы, образующиеся спонтанным путем в бесконтрольном окружении (улица, места развлечений и т. п.);
  + в группе часто доминирует система отношений приятельского уровня (все дальше оттесняется «дружба» в ее традиционном понимании); группы принимают значительные размеры, что исключает переживания интимности, доверительности;
  + внутригрупповые связи амбивалентны или нейтральны; в спонтанно образуемых, достаточно многолюдных группах много подростков, которые реализуют «общинное одиночество», или одиночество в толпе;
  + молодежные группы часто построены иерархически и охватывают людей разного возраста, что способствует выстраиванию системы власти и подчинения; негативные привычки и поведение старших становится нормой для всех, что приводит к ускорению девиантной «карьеры» младших;
  + жизнь групп насыщена конфликтами, как внутри, так и за ее пределами; часто конфликты между группами перерастают в агрессию; межгрупповым отношениям в высокой степени присущи аттитюды отвержения, нетерпимости, образ мышления, основанный на предубеждении и дискриминации;
  + характерным для молодежных групп является вопрос любви; при выборе личного партнера не принимается во внимание его причастность к какой-либо форме девиации, следовательно, быстро распространяется инстантный секс, что, в свою очередь, оказывает негативное воздействие в эмоциональном, психическом и социальном плане;
  + коммуникативная система внутри группы очень скудна;
  + культура вкуса, в основном, проявляется внешне: в одежде, внешней атрибутике, музыкальных пристрастиях и т. п[[54]](#footnote-54).

Важно отметить, что критическим моментом для приобщения к наркотикам является переход от подросткового возраста к юношескому. Именно в это время знакомится с наркотиками почти половина всех когда-либо приобщившихся к ним, а до 20 лет успевают познакомиться с наркотиками почти 9/10 всех хотя бы однажды, пробовавших их. В целом, если до 20 лет человек не получил опыт употребления наркотиков, то вероятность этого резко снижается. Еще меньше риск вовлечения в периодическое или регулярное потребление.

Еще одним важным фактором формирования наркомании является ценность здоровья. По данным социологов общественная ценность здоровья достаточно высока: из 10 жизненных ценностей «здоровье» – третье, после «работы» и «семьи». Однако здоровье ценится как средство достижения жизненных целей и материальных благ, а не как средство прожить как можно дольше и полноценнее. Относительно высокий рейтинг здоровья еще не означает обязательного самосохранительного поведения. Это можно продемонстрировать данными нашего исследования: 97% опрошенных сказали о своей осведомленности о вреде наркотиков, однако 30% указали на наличие опыта употребления наркотиков в прошлом, а 10% – на актуальное потребление наркотических средств.

Э.Берн пишет, что существуют убедительные доказательства, что алкоголизм не встречается в семьях, где детей приучают связывать выпивку (как правило, вино) с особыми обстоятельствами. Дети, таким образом, учатся пить с надлежащей умеренностью. В таких семьях пьянство не рассматривается как признак силы и мужественности, а презирается как слабость. Э. Берн отмечает, что бескомпромиссное неприятие алкоголя матерью или отцом может способствовать развитию алкоголизма, так как не позволяет «обучить» детей надлежащему использованию и употреблению алкоголя[[55]](#footnote-55).

Еще одна из возможных причин наркомании – это гипо- или гиперопека ребенка родителями. В случае гипоопеки родители практически не интересуются своим ребенком. У таких детей снижена самооценка, наличествуют комплексы неполноценности, они переживают чувство мести и ненависти по отношению к взрослым. Отвержение, холодность, отсутствие тепла и ласки со стороны родителей сначала травмируют ребенка, а затем ожесточают его, подталкивают к поиску «другой жизни», другого общества. Очень часто такие дети обращаются к психоактивным веществам или же пытаются покончить с собой, так как не могут понять причины холодного отношения родителей.

В случае гиперопеки за ребенком постоянно присматривают, ему уделяют чрезмерно много внимания, отказывают в самостоятельности. Жизнь гиперопекаемого ребенка полностью контролируется его родителями, а когда он начинает взрослеть, такая сверхзабота становится ему в тягость. Ребенок пытается обрести самостоятельность любым доступным способом, поэтому он сознательно идет на конфликты с семьей, демонстративно нарушает предписываемые ему нормы поведения. Для такого ребенка наркотики могут стать единственным аспектом жизни, над которым, как ему кажется, он обладает полной властью. Еще одним последствием гиперопеки является инфантилизм. Инфантильный ребенок легко попадает под влияние более опытных товарищей, его легко уговорить попробовать наркотики или подбить на какую-нибудь выходку. Другой вариант гиперопеки – это всеобщий любимец, объект всеобщего поклонения и восхищения, единственный ребенок в большой семье. Для такого ребенка привычны вседозволенность, неограниченная власть над взрослыми, которые его никогда не накажут и не отругают. Очень часто такие дети демонстративны, стараются произвести сильное впечатление на окружающих, для них характерно желание быть лучше всех, что в свою очередь может привести к наркотизации или алкоголизму (например, при желании всех перепить или все попробовать). Еще одним фактором, провоцирующим развитие зависимости, может служить влияние среды проживания и наличие доступа к наркотическим веществам. Для подростков при приобщении к наркотикам и алкоголю самое большое значение имеет пример сверстников[[56]](#footnote-56). Важным фактором может оказаться и мода на употребление наркотиков (например, мода на экстази в клубной хаус-культуре).

Очень важным мотивом употребления наркотиков является ожидание от употребления наркотика чего-либо, то есть предвкушение наркотика. Эти ожидания базируются на предыдущих впечатлениях от эффектов каких-либо применявшихся психоактивных веществ. Эти впечатления могут быть прямыми (если человек сам употреблял наркотики) или косвенными (если человек узнал о действии вещества и его эффектах из инструкции, от пробовавших друзей, по телевизору, из книги и тому подобное). Часто ожидания людей в отношении наркотиков являются определяющими в их восприятии и отношении к наркотику. В отдельных случаях это может влиять даже сильнее, чем фармакологическое воздействие психоактивного препарата (в некоторых случаях введение наркоману наркотика-плацебо приводило к облегчению или даже полному снятию симптоматики синдрома отмены). Предвкушение эффектов наркотиков оказывается более заметным в поведении или эмоциях, которые общество не относит к обычным ощущениям, например, агрессии, повышенной сексуальности, эйфории и тому подобное. Например, люди, верящие в то, что героин дает расслабляющий эффект, чувство мягкости, спокойствия, будут испытывать эти эффекты скорее благодаря тому, что они ожидают это, чем специфическому воздействию опиатов. Возвращение после долгого воздержания к обстановке, которая ассоциируется с употреблением наркотиков, может спровоцировать появление симптомов абстиненции и поведения, направленного на поиск наркотиков[[57]](#footnote-57).

Исследование причин возникновения зависимости вследствие особенностей строения личности человека в основном связано с преморбидными характеристиками личности зависимого. Как правило, говорят об отличном от нормы развитии такого человека. Ряд исследователей (Стрельчук И. В., Пятницкая И. Н., Бориневич В. В. и др.) считают, что существует особый тип личностной конституции, психические аномалии, служащие предпосылкой формирования наркомании при первом знакомстве с наркотиками. Они показали, что большинство морфинистов до формирования наркомании являются психопатическими или акцентуированными личностями[[58]](#footnote-58). Среди обследованных больных преморбидные девиации в половине случаев оценивались как акцентуация и в другой половине – как психопатические проявления с социальной дезадаптацией. Наличие акцентуаций характера особенно часто отмечают у лиц, злоупотребляющих героином. В исследовании А.А.Козлова и М.Л.Рохлиной было показано, что 81% наркоманов – акцентуированные личности. Наиболее часто диагностировались три типа акцентуаций: истероидный (24 человека), неустойчивый (17 человек), сочетание этих двух типов (11 человек). Эти же исследователи отмечают высокую частоту психического инфантилизма в преморбидном периоде[[59]](#footnote-59). К.Леонгард также указывает на влияние акцентуации личности на возможность формирования наркомании и алкоголизма. Он отмечает, что возбудимые личности часто становятся хроническими алкоголиками. Это связано с «патологической властью влечений»: решающими для образа жизни и поведения человека часто являются влечения, инстинкты, неконтролируемые побуждения. То, что подсказывается разумом, не принимается во внимание. В жизни возбудимой личности моральные устои не играют сколько-нибудь заметной роли. У некоторых возбудимых личностей состояние психического расстройства нередко носит депрессивный характер, что нередко толкает их или к наркотикам и алкоголю, или к самоубийству. Другой тип акцентуации характера, который может служить фактором риска, – это демонстративный. Демонстративные личности, в первую очередь, характеризуются очень высокой способностью к вытеснению. Поэтому, с одной стороны, они часто хорошо приспособлены к окружающему миру, а, с другой, – истерические черты способствуют формированию асоциального поведения. Демонстративные и истерические личности склонны вытеснять неприятные мысли, которые могли бы побудить их к активным раздумьям, так как они не желают ничем отягощать себя. Именно эта черта может способствовать развитию наркомании в тяжелой форме, потому что вплоть до последнего момента демонстративная личность будет делать все для того, чтобы избежать осознания своего заболевания. К.Леонгард отмечает, что среди зависимых от алкоголя педантичных и ананкастичных личностей не встречается, соответственно акцентуацию данного типа можно считать благоприятным прогностическим признаком[[60]](#footnote-60).

Влияние типа акцентуации характера на риск формирования наркомании и алкоголизма констатировал и А.Е.Личко. Он отмечает, что гипертимные подростки склонны к аддиктивному поведению. Для них характерна апробация разнообразных психоактивных веществ, не задерживаясь на одном и легко переходя от одного к другому. Наиболее привлекательны вещества, вызывающие эйфорию в сочетании с общительностью и активностью, – алкоголь, гашиш и стимуляторы. Однако зависимость развивается не скоро, так как интерес ко всему новому и необычному в жизни отвлекает даже от злоупотребления наркотиками. У людей с акцентуацией характера циклоидного типа особенности поведения зависят от фазы. В гипертимной фазе оно ничем не отличается от поведения гипертимных подростков. В субдепрессивной фазе возможно суицидальное поведение[[61]](#footnote-61). А.Е.Личко пишет, что у эмоционально-лабильных подростков наиболее значимы аффективные реакции интрапунитивного типа. Они используют психоактивные вещества как средство уйти от проблем. Зависимость может развиться очень быстро, так как, обнаружив способ поднять настроение искусственным путем, подросток может начать прибегать к нему все чаще. Эмоциональное отвержение со стороны близких и значимых людей для эмоционально-лабильных подростков служит очень сильным ударом и чаще всего подталкивает к самодеструктивному поведению. В этом случае злоупотребление психоактивными веществами может быть либо «криком о помощи», либо озлоблением на самого себя за неспособность удержать привязанность близкого человека. Личко указывает, что для шизоидных подростков существует определенный риск формирования зависимости. Особенно привлекательны для них те вещества, которые способствуют аутистическому фантазированию или же облегчают контакты со сверстниками. Однако автор пишет, что шизоиды достаточно редко становятся зависимыми от психоактивных веществ. Эпилептоидная акцентуация сама по себе предопределяет риск самодеструктивного поведения. Аддиктивное поведение в этом случае будет одним из частных проявлений самодеструкции. От первых опьянений может пробудиться желание напиваться до «отключения». Наркотиков часто боятся, но если начинают их принимать, то патологическое влечение к ним проявляется быстро и сильно. Поэтому среди подростков-наркоманов и токсикоманов эпилептоиды составляют значительную часть. Истероидные подростки склонны к демонстративным акциям, поэтому, желая продемонстрировать умение много пить или употребление модных наркотических препаратов, могут стать зависимыми (при условии частого повторения такого поведения). При неустойчивом типе акцентуации характера главной жизненной установкой является поиск удовольствия всегда и везде. Именно эта гедонистическая установка создает высокий риск формирования наркомании и алкоголизма. Личко указывает на то, что подростки с сенситивной или психастенической акцентуацией характера вообще не склонны к аддиктивному поведению[[62]](#footnote-62).

Для людей с повышенным риском заболевания наркоманией характерны такие личностные черты, как эмоциональная холодность, эгоцентризм, низкий самоконтроль и враждебность. У них присутствует тревога, стресс, вызванные нежелательными ограничениями или запретами: индивид сопротивляется давлению извне, хочет свободно следовать своим желаниям и преодолеть ощущение пустоты и разрыва с другими людьми. У них выражена гедоническая мотивация, склонность к увлечениям, успеху, насыщенной интересной жизни.

Как уже говорилось, психоаналитически ориентированные исследователи причины возникновения зависимости видят в нарушении детского развития. В большинстве случаев они связывают наркоманию с фиксацией (сбои в развитии инстинктов) на оральной стадии психосексуального развития. Такая фиксация может произойти из-за специфичных отношений ребенка и матери на первом году жизни. Мать такого ребенка не в состоянии удовлетворить его потребности, и, следовательно, ребенок все время находится в состоянии фрустрации. В дальнейшем такой ребенок начинает прибегать к психоактивным веществам для защиты своего Ego, причем доступ к своим чувствам у него закрыт, а, следовательно, внутреннее напряжение очень высоко. Э. Эриксон большое внимание уделяет проблемам идентичности в юношеском возрасте. Он пишет, что причиной наркомании может стать неправильное формирование идентичности или же затруднения в этом: негативная идентичность, спутанность идентичности[[63]](#footnote-63).

Можно говорить о том, что практически все исследователи наркоманий (независимо от подхода, в рамках которого они работают) сходятся в том, что причины наркомании коренятся в неправильном развитии в детском возрасте. Медики основное внимание уделяют генетическим и физиологическим нарушениям, а психологи – нарушениям общения и адаптации, а также влиянию социальной среды. По-видимому, нарушения развития в детском возрасте играют решающую роль в формировании любой формы дезадаптивного поведения, в том числе и наркомании. При этом все возрастающая социальная нестабильность усиливает эти нарушения и негативные тенденции развития личности. Вероятно, с этим связан рост наркомании в нашей стране в последнее десятилетие.

**Глава 2. Учет личности наркомана при расследовании преступлений**

**2.1. Судебно-психиатрическая оценка лиц с наркотической зависимостью**

Формула невменяемости определена в статье 21 УК РФ и характеризуется двумя критериями: медицинским (биологическим) и психологическим (юридическим)[[64]](#footnote-64). Биологический критерий формулы невменяемости нейтрален с юридической точки зрения. Он охватывает все варианты психической патологии, в том числе и наблюдающиеся при состояниях, не исключающих вменяемости. В то же время наличие этого критерия в формуле невменяемости обязательно, поскольку с правовой точки зрения невменяемость есть невозможность лица во время совершения противоправного деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и (или) руководить ими именно вследствие психического расстройства. При судебно-психиатрическом освидетельствовании лиц с психическими расстройствами уголовный кодекс РФ предусматривает 2 основных решения, вытекающих из категории вменяемости и невменяемости.

Основная смысловая нагрузка формулы невменяемости заключена в психологическом критерии, отсутствие которого даже при констатации биологического критерия исключает возможность решения вопроса в сторону невменяемости[[65]](#footnote-65).

Психологический критерий формулы невменяемости в общих психологических понятиях – невозможность осознавать фактический характер своих действий (бездействия) и (или) руководить ими – выражает ту степень болезненных нарушений психики, когда исключается возможность вменения в вину совершенного противоправного деяния. При вынесении экспертного заключения в сторону вменяемости подразумевается способность лица к правильному пониманию значения своих действий и возможность свободного выбора своих поступков, а также – наличие способности к пониманию противоправности своих поступков и наказуемости за содеянное, способности сопоставлять совершаемые деяния с правовыми и морально-этическими нормами[[66]](#footnote-66).

Все эти психические функции реализуются посредством критических способностей, способностей прогнозирования, связанных с ними уровней интеллекта и памяти, запаса знаний, функции мышления.

Принципиален и тот факт, что психологический критерий касается психического состояния лица в целом и ни в коей мере – отдельных его психических функций. Заключая в себе обобщенную характеристику психической деятельности, этот критерий не может определяться каким-то отдельным клиническим признаком.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ), а также основывается на общих клинических принципах и экспертных подходах и включает в себя сопоставление особенностей психического состояния подэкспертных с медицинским и юридическим критерием невменяемости. Экспертное заключение в этих случаях определяется степенью выраженности клинических составляющих наркологического заболевания и особенностями его течения. При этом имеющиеся психопатологические расстройства должны быть соотнесены с категориями «хронического психического расстройства», «временного психического расстройства» и «слабоумия», являющиеся вариантами медицинского критерия невменяемости. Судебно-психиатрическая оценка лиц, совершивших правонарушения в состоянии острой интоксикации (опьянение) психоактивными веществами. При судебно-психиатрической оценке состояний острой интоксикации ПАВ основным является вопрос, можно ли эти состояния считать болезненными и лишают ли они лицо возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и (или) руководить ими при совершении противоправного деяния. Дело в том, что с общебиологической точки зрения состояние интоксикации ПАВ – это состояние нарушенного биопсихического равновесия (нормального жизненного гомеостаза)[[67]](#footnote-67), а стало быть, болезненное, т.е. имеются основания признать наличие медицинского критерия невменяемости.

При этих болезненных состояниях у индивида далеко не всегда сохраняется возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

В существующей практике констатация алкогольного и наркотического опьянения в период совершения противоправного деяния, независимо от степени выраженности его симптомов, исключает невменяемость, если только не отмечается признаков, позволяющих расценить состояние, как качественно другое, именно достигающее психотического уровня.

Непсихотические формы наркотического опьянения по аналогии с простой формой алкогольного опьянения, независимо от их тяжести и степени утраты лицом способности отдавать отчеты в своих действиях и руководить ими, никогда не рассматривались в аспекте критериев невменяемости.

Однако углубленное и системное изучение вопросов соотношения психопатологических нарушений, личностных и ситуационных условий, появление в УК РФ ст.22 дает основание рассматривать указанную проблему с иных позиций.

Состояние алкогольного и, тем более, наркотического опьянения часто имеют достаточно сложную клиническую картину и проявляются многообразными аффективными, невротическими, психосенсорными и вазо-вегетативными нарушениями. Даже при непсихотических формах опьянения наряду с этим могут наблюдаться разнообразные нарушения мышления и расстройства восприятия от сенестопатий до иллюзорных переживаний. Сохранение аллопсихической и интрапсихической ориентировки в этих случаях, отсутствие бессвязности мышления свидетельствуют о сохранении сознания, а значит неправомерности решения вопроса в сторону экскульпации этих лиц. В то же время нарушения мышления от изменения его темпа до утраты последовательности суждений, иллюзорные расстройства свидетельствуют о том, что такие лица не обладают полной способностью оценивать правосохранность своего поведения и руководствоваться этой оценкой.

Не подлежит сомнению, что связанные с состоянием интоксикации ПАВ психические расстройства, не достигающие психотического уровня, не могут не оказывать влияние на поведение индивида. Это ставит подобные расстройства в промежуточное положение между состояниями, подпадающими под критерии экс- и инкульпации, а значит предполагает возможность применения к ним ст.22 УК РФ[[68]](#footnote-68). Согласно этой статье, вменяемое лицо, которое во время совершения преступления не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, подлежит уголовной ответственности, но психические расстройства, не исключающие вменяемости, учитываются судом (так называемая ограниченная вменяемость)[[69]](#footnote-69).

Термин «ограниченная вменяемость» выносится за рамки УК РФ и не упоминается ни в названии ст.22 УК РФ, ни в ее тексте, однако сама формулировка статьи об уголовной ответственности лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости, фактически легализует это понятие и позволяет использовать его в практике судебно-психиатрической экспертизы. Несмотря на давнюю историю вопроса об ограниченной вменяемости, он практически не освещался в отечественной литературе, а если и обсуждался, то обычно в негативном плане. В то же время еще Н.И.Фелинская отмечала, что с ростом психиатрических знаний и более точной квалификации особенности и глубины расстройств психической деятельности необходима дальнейшая разработка вопросов, касающихся вменяемости, и в первую очередь для группы лиц с пограничными нарушениями психической деятельности[[70]](#footnote-70). Здесь имелось в виду, что вследствие тех или иных отклонений психической деятельности лицо, совершающее противоправное деяние, не обладает полной способностью оценивать противоправность своего поведения и руководствоваться этой оценкой.

К настоящему времени накоплен пока еще весьма небольшой опыт применения ст.22 УК РФ[[71]](#footnote-71). Ее введение нарушает дихотомическую четкость клинических и экспертных оценок психического состояния большинства испытуемых, в том числе лиц с синдромом зависимости от ПАВ. Это создает значительные трудности для врачей судебно-психиатрической службы.

Еще В.Х.Кандинский отмечал, что гносеологически проблема ограниченной вменяемости связана с изучением роли субъективного фактора (активности сознания и личности) как ведущего в криминогенной причинно-следственной цепочке, что, в свою очередь, может отражать характер и степень имеющихся у субъекта расстройств[[72]](#footnote-72). Еще до появления формулы невменяемости (1883г.) в законодательстве к обстоятельствам, уменьшающим вину, относили легкомыслие и крайнее невежество. Он указывал, что ограниченно вменяемыми в ряде случаев могут признаваться лица, не обладающие сильной волей. Такое же мнение высказывают современные немецкие психиатры. Естественно, подобные формулировки не могли и, тем более, не могут удовлетворить ни юристов, ни психиатров. Однако они заслуживают определенного внимания.

Вопрос о возможности и правомерности применения ст.22 УК РФ к лицам, находившимся при совершении противоправного деяния в состоянии острой интоксикации ПАВ, неизменно связан с изучением психопатологических состояний, возникающих в очевидной и причинно-следственной связи с активным поведением лица. Так, состояние опьянения, как правило, возникает вследствие произвольного приема ПАВ, причем произвольным является не только сам факт приема, но и доза, в значительной мере определяющая поведение лица. Еще Гиппократ рассматривал пьяниц как людей, добровольно вызывающих у себя безумие. В.П.Осипов по этому поводу писал, что «с медицинской стороны, алкоголь – яд, и всякий выпивший должен считаться отравленным, то есть больным человеком, с другой стороны – пьяница сам привел себя в состояние опьянения. Вот почему законодательство, борясь с преступностью и стремясь с помощью наказания предупредить преступления, не может признавать опьянение обстоятельством, исключающим ответственность». Поэтому юристы всегда решали этот вопрос в сторону наказуемости пьяницы на том основании, что лицо, злоупотребляющее ПАВ, не является душевнобольным человеком и должно знать о возможных последствиях употребления спиртного или любого другого этого ПАВ[[73]](#footnote-73).

Как известно, противоправные действия могут иметь место в двух формах – в виде умысла и в виде неосторожности. Преступление признается умышленным, если лицо, его совершившее, осознавало общественный характер своих действий (или наоборот, бездействия). Преступление квалифицируется как совершенное по неосторожности, если совершившее его лицо предвидело возможные социально-негативные последствия своих действий, не имело умысла на их достижение, но не смогло или не пыталось их предотвратить. И в том, и в другом случае, когда у индивида нарушена способность понимания общественной опасности своего действия или бездействия и его последствий, возможна постановка вопроса об экскульпации этих лиц, то есть важно, чтобы конкретное лицо не только осознавало формальную сторону своих действий, но и их общественный характер, необходимо, чтобы сохранялось понимание того значения, которое имеет данный поступок как преступление.

При судебно-психиатрической экспертизе лиц, совершивших противоправное деяние как в виде умысла, так и по неосторожности, важно установить не только, осознавало ли данное лицо формальную сторону своих действий (их «фактический характер»), но и их общественную опасность, сохранялось ли у лица понимание того значения, которое имеет данный поступок как преступление. Применительно к лицам в состоянии алкогольного или наркотического опьянения это означает, что лицо, сознательно приводящее себя в состояние одурманивания, одновременно понимает возможные общественно опасные последствия такого поступка. Именно поэтому лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, подлежит уголовной ответственности и в отношении инкриминируемого ему деяния является вменяемым[[74]](#footnote-74).

Действующее уголовное законодательство не останавливается на медицинских аспектах данного вопроса в плане соответствия или несоответствия медицинскому критерию невменяемости состояния опьянения ПАВ. Оно просто указывает, что лицо в состоянии алкогольного или наркотического опьянения подлежит уголовной ответственности. Это означает, что констатация состояния опьянения у лица в период совершения им противоправного деяния не служит основанием для экскульпации этого лица[[75]](#footnote-75). Это связано с тем, что лицо еще будучи трезвым и намеренно приведя в себя в состояние опьянения, могло и должно было предвидеть возможность совершения им общественно опасных действий и поэтому в случае совершения преступления должно нести уголовную ответственность

Статья 22 УК РФ[[76]](#footnote-76) не исключает уголовной ответственности лица. Однако она позволяет суду учитывать, что субъект преступления при его совершении не мог в силу имеющихся у него психических нарушениях в полной мере отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. В связи с тем, что состояние опьянения ПАВ не включено в перечень обстоятельств, отягчающих наказание, этот учет может быть только в сторону его смягчения.

Большинство стран имеющих многолетний опыт применения категории ограниченной вменяемости, вносят четкие законодательные ограничения ее применения. Так в УК Швейцарии, Финляндии, Австрии, Греции и Аргентины есть статья уточняющая, что если психические расстройства, не исключающие вменяемость, возникли при активной роли субъекта преступления, то форма ограниченной вменяемости к нему применяться не может. Ее считают обстоятельством, не освобождающим от уголовной ответственности, а только смягчающим. Именно поэтому принятие решения о возможности применения категории ограниченной вменяемости должно соотноситься с изучением роли субъективного фактора (активности сознания и личности) в криминальной причинно-следственной ситуации.

Применительно к лицам, совершившим преступление в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, это означает, что развивающиеся в состоянии опьянения психические расстройства непосредственно связаны с фактором произвольности действий субъекта преступления. Однако действующий УК РФ не содержит конкретных ограничений на применения ст. 22 УК РФ, что дает возможность ее использования в отношении данной категории субъектов преступлений. В таких случаях применение ст. 22 УК РФ в сторону смягчения наказаний, как это подразумевается в отношении лиц со всеми другими пограничными психическими расстройствами, не отвечает принципам уголовного права и не способствует предупреждению преступлений.

В соответствии с этим при решении вопроса о возможности применения ст. 2 УК РФ в таких случаях должен проводится тщательный анализ не только развивающихся в результате приема ПАВ психических расстройств, но и тех обстоятельств, при которых возникло состояние опьянения: 1) произвольность приема ПАВ, приведение в состояние опьянения насильственным путем или путем обмана; 2) осведомленность лица о действии употребляемого им ПАВ; 3) наличие или отсутствие предшествующего субъективного опыта употребления данного ПАВ; 4) связь приема данного ПАВ с какими либо иными психическими расстройствами[[77]](#footnote-77).

Если лицо было приведено в состояние опьянения насильственным путем или путем обмана если оно не было осведомлено о психофизическом действии данного ПАВ, если оно не имело субъективного опыта его применения или употребление было обусловлено атарактическими или аддиктивными механизмами, то в этих случаях возможно применение ст. 22 УК РФ. Поскольку не подлежит сомнению, что состояние одурманивания часто лишает опьяневшее лицо способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых им противоправных действий и руководить ими.

Если же использование ПАВ было связано с культуральными и ситуационными факторами либо с гедонистическими мотивами и субъект преступления был хорошо осведомлен, в том числе и по собственному опыту, о возможных последствиях этого употребления, то в данном случае применение к этому лицу ст.22 УК РФ неправомерно. Суд в праве учитывать перечисленные выше обстоятельства, но уже как усугубляющие вину. Это представляется тем более актуальным, что на фоне роста «пьяной преступности» состояние опьянения исключено законодательством из перечня обстоятельств, усугубляющих вину субъекта преступления.

Продолжительное время в общественном сознании складывался достаточно негативный образ больных наркологическим заболеванием и, в частности, в частности больных наркоманией. В первую очередь это было связано с убеждением об их повышенной общественной опасности и криминальной активности.

Многочисленные исследования показывают, что развитие различных форм зависимости от ПАВ сопровождается учащением привлечения этих лиц к уголовной ответственности, при этом структура преступности среди них зависит от вида ПАВ, в отношении которого формируется зависимость. Лица с алкогольной зависимостью чаще совершают имущественные правонарушения и правонарушения против личности (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, грабежи, разбойные нападения). Эти данные по структуре правонарушений, совершенных лицами с алкогольной зависимостью, отражают общие тенденции роста преступности, наблюдающиеся последние годы на территории России, где преступления, сопряженные с физическим и психическим насилием над личностью, с причинением телесных повреждений занимают значительное место в общей структуре преступности.

В отличие от этого, лица, страдающие наркоманией, чаще всего (по нашим данным, до 36,8%) совершают противоправные действия, связанные с изготовлением, хранением, перевозкой и сбытом наркотиков[[78]](#footnote-78). Это соответствует данным по общему массиву преступности, согласно которым преступность, связанная с наркотиками, выросла в 2004 году в 4,2 раза, а число привлекаемых к уголовной ответственности сбытчиков наркотиков увеличилось в 2,3 раза. Аналогичного мнения придерживаются В.Е.Пелипас и И.О.Соломандина. Они считают, что в основном страдающие наркоманией лица совершают незаконные операции с наркотическими средствами без цели сбыта. Наряду с этим среди лиц, страдающих наркоманией, наблюдается снижение доли особо тяжких преступлений – убийств и покушений на убийство, нанесений тяжких телесных повреждений. Возможно, именно такое изменение в структуре преступности больных наркоманией по сравнению с общим массивом преступности позволяет некоторым зарубежным исследователям считать, что потребление наркотиков не относится к факторам, провоцирующим преступное поведение[[79]](#footnote-79).

Наибольшей криминогенной активностью отличаются больные во второй стадии развития зависимости от ПАВ. Они же чаще совершали наиболее тяжкие противоправные действия, направленные против личности, против общественной безопасности и порядка.

В подавляющем большинстве случаев на первой стадии формирования зависимости от ПАВ противоправные действия определяются не болезненными психопатологическими переживаниями, в том числе и синдромом патологического влечения к ПАВ, а социально детерминированы. Противоправному поведению способствует асоциальное окружение, неправильные социально-нравственные ориентиры, следствие воспитания, корыстные и другие психологически понятные мотивы. Формирующиеся при этом патологическое влечение к ПАВ, даже если оно и не является основным мотивом совершения противоправных деяний, имеет некоторое опосредованное значение. Противоправное поведение обычно – это следствие формирования установок, характерных для лиц с антиобщественной направленностью, где система норм и ценностей допускает удовлетворение потребностей путем совершения криминальных действий. Отсутствие положительных социальных установок, общественная пассивность, эгоизм, ограниченность потребностей на бытовом уровне, слабый профессиональный и общеобразовательный рост в сочетании с криминальным окружением, отсутствием должного контроля со стороны семьи и близких, злоупотребление наркотическими веществами им алкоголем – таковы основные факторы совершения антиобщественных и антисоциальных поступков[[80]](#footnote-80).

Однако даже преморбидно положительные социальные ориентиры в виде оценки значимости объекта, представляющего социальную ценность, не предопределяют дальнейший социальный маршрут. Это связано с тем, что они подвержены определенным динамическим сдвигам в процессе социальной и групповой интеракции. Поэтому возникновение социальной дезадаптации в форме снижения квалификации, частой перемены мест работы, нарушений семейных отношений способствуют включению таких лиц в группу с антисоциальной направленностью.

У индивидов с первой стадией формирующейся зависимости от ПАВ противоправная активность обычно связана с такими личностными особенностями, как утрата этических принципов и эмоциональных привязанностей, извращенные этические представления и стереотипы, принятые в референтной группе, в которую входило данное лицо, повышенная возбудимость, взрывчатость, агрессивность, слабость волевого контроля. Повышенная внушаемость и пассивная подчиняемость, снижение морально-этических норм, извращенное понимание этических принципов приводят к совершению правонарушений против личной и общественной собственности.

Трудно бывает отнести те или иные личностные девиации, принимающие участие в формировании общественно-опасного поведения, за счет развивающейся зависимости от ПАВ либо сочетанной с ней другой психической патологии. Это, по-видимому, и не принципиально, поскольку криминальная активность – одна из форм социальной дезадаптации, и именно в этом плане нужно рассматривать личностную и поведенческие особенности таких лиц для объяснения механизмов совершения ими противоправных деяний.

По мнению Ю.А.Александровского, «психическая адаптация индивида является результатом деятельности целостной самоуправляемой системы, активность которой обеспечивается не просто совокупностью отдельных компонентов (подсистем), а их взаимодействием и содействием, что порождает новые интегративные качества, не присущие отдельным подсистемам». При этом состояние психической дезадаптации и сопряженная с ней социально-бытовая дезадаптация – это результат нарушения функциональных возможностей всей адаптационной системы в целом, в том числе и внешней. В этой связи не представляется принципиально важным разграничивать генез массы личностных особенностей, принимающих участие в той или иной форме социальной активности, в том числе и криминальной, тем более, что лежащие в основе криминальной активности социально-психологические и конституциально-биологические факторы тождественны преморбидно-личностным особенностям лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами[[81]](#footnote-81).

У больных на второй стадии зависимости от ПАВ независимо от ведущего клинического синдрома совершение противоправных действий также определяется социальными факторами, аналогичными свойственным больным на первой стадии зависимости. Однако в этих случаях особенности ведущего клинического синдрома, не являющиеся основной причиной совершения правонарушений, имеют некоторое опосредованное значение. Значительную долю эксцессов обычно составляют правонарушения, вытекающие из таких характерологических особенностей этих больных, как повышенная возбудимость, взрывчатость, агрессивность, нарушение волевого контроля: это правонарушение против личности, против общественной безопасности и порядка. Повышенная внушаемость, снижение морально-этических задержек как результат, присоединившийся к наркомании и отрицательного психологического влияния приводят к совершению преступлений против личной и общественной собственности.

На третьей стадии зависимости от ПАВ особенности социальной адаптации больных и совершения ими общественно опасных действий тесно связаны со спецификой их психического состояния. Несмотря на относительную сохранность профессиональных навыков и бытовых стереотипов, большинство из них, как правило, нигде не работают, отмечается стойкая утрата трудоспособности. Некритичность, неспособность к осмыслению ситуации и сопоставлению своих действий социально-ограничительными нормами и правилами морали, повышенная возбудимость и расторможенность влечений способствует совершению правонарушений, направленных против порядка и общественной безопасности, против общественной и личной собственности[[82]](#footnote-82).

Поскольку до 36% всей криминальной активности лиц с признаками наркомании приходится на долю противоправных действий, сопряженных с наркотиками, интересно изучение связи криминальной активности этих лиц с их патологическим влечением к наркотикам. Проведенные исследования показали, что в большинстве случаев не представляется возможным установить какую-либо связь антиобщественной деятельности этих лиц с той или иной формой патологического влечения к наркотическим средствам, а криминальная активность, в том числе и сопряженная с наркотиками, оказывается больше обусловленной социальными стереотипами, навязанными либо перенятыми у окружающих. В то же время примерно в трети случаев обнаруживается в разной степени интенсивности связь имеющегося патологического влечения с совершенным антиобщественным действием.

В наиболее простом виде это выражается в тех случаях, когда хранение либо товарные действия с наркотическими средствами совершаются в силу имеющегося патологического влечения к приему наркотиков. Поскольку именно на первой стадии наркомании динамика патологического (обессивного) влечения определяется ритмом наркотизации и его дезактуализацией только в состоянии наркотического опьянения, именно здесь эти лица прибегают к постоянному хранению наркотического вещества либо к необходимости его приобретения.

В течение многих лет судебно-психиатрической оценки лиц с различными видами зависимости от ПАВ (хронический алкоголизм, нарко- и токсикомании) в практике судебно-психиатрической экспертизы используются традиционные подходы к ним как к состояниям, включающим лишь медицинский критерий невменяемости, что при отсутствии юридического критерия безоговорочно обуславливает инкульпацию этих лиц[[83]](#footnote-83).

**2.2. Факторы, влияющие на совершение людьми с наркотической зависимостью преступлений**

Возраст. Характер преступного поведения человека во многом зависит от его возраста. Проведенный нами анализ показал, что преступность в сфере незаконного оборота наркотиков - проблема молодежная. Среди лиц, совершивших такие преступления, большинство (66,7%) составляют молодые люди в возрасте 18-29 лет. Средний возраст лиц, осужденных за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, составляет 28,2 года, в то время как этот показатель для лиц, осужденных за другие преступления, - 32,6 года. При этом наблюдается большая разница в среднем возрасте мужчин и женщин (соответственно, 27,4 и 33,2 года). Что касается преступников-наркоманов, то их средний возраст не превышает 26 лет.

Молодежный возраст наркопреступности объясняется следующими факторами: во-первых, первичный прием наркотиков приходится на возрастной период от 12 до 16 лет. В общей структуре подростковой и юношеской наркомании 12-15-летние составляют 6-7%; во-вторых, дельцам наркобизнеса легче распространить наркоманию среди молодежи в силу ее природной любознательности, желания самоутвердиться, несамостоятельности мышления, стремления к подражанию, используя при этом отработанные приемы психического и физического воздействия на несовершеннолетних[[84]](#footnote-84).

Семейное положение. Многими исследователями установлена возможность антикриминогенного влияния семьи на личность. Не являются в данном случае исключением и лица, вовлекаемые в незаконный оборот наркотиков.

Среди лиц, совершивших преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, наибольшую долю составляют холостые мужчины и вдовцы - 54,1%, женщины - 45,1%.

Необходимо отметить неблагоприятные тенденции, касающиеся семейного положения рассматриваемой категории лиц по сравнению с другими категориями. Прежде всего наблюдается большая доля лиц, у которых после совершения преступления распались семьи, - 15,7% (среди лиц, совершивших иные преступления, она составляет 11,1%). В худшем положении находятся женщины: после совершения преступления и осуждения семьи у них распались в 20,2% случаев (у мужчин – в 16,5%). Доля таких лиц среди больных наркоманией составляет 11,1%.

Приведенные данные не должны вызывать особого удивления. По всей вероятности, сказываются две причины: личные качества преступников, предопределяющие непрочность семьи еще до совершения преступления; отрыв от семьи, невозможность проживать вместе с ней, отсутствие каких бы то ни было контактов с близкими, обусловленное нахождением осужденного в изоляции.

Другой неблагоприятной тенденцией является то, что у рассматриваемой категории лиц труднее решаются вопросы создания семьи после осуждения. Доля лиц, создавших семью в период отбывания наказания, составила 2,2% (среди лиц, совершивших иные преступления, – 5,1%). Причем проблема создания семьи гораздо труднее решается у женщин. Только 0,9% из них сумели это сделать. Среди мужчин таких в три раза больше (3,0%).

Другими причинами, отрицательно влияющими на прочность семьи, являются случайность доходов от наркобизнеса, отрицательная оценка супругами заболевания наркоманией. Надо сказать, что в системе ценностных ориентации многих преступников рассматриваемой категории семья играет отнюдь не главную роль[[85]](#footnote-85).

Постоянное место жительства – один из стабилизирующих антикриминогенных факторов. Отсутствие либо вынужденная смена места жительства, непривычная обстановка, бытовая неустроенность - все это отрицательно сказывается на поведении человека. Общая характеристика лиц, осужденных за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, по этому показателю свидетельствует об относительном благополучии в данной сфере - большинство имеют постоянное место жительства. Наибольший процент лиц, не имевших жилья или не сохранивших его после осуждения, составляют женщины. По сравнению с мужчинами, среди них таких лиц почти в два раза больше. Безусловно, это обстоятельство необходимо учитывать в профилактической и социально - реабилитационной работе.

Образовательный уровень. Известно, что образование играет важную роль в формировании личности, в значительной мере определяя ее интеллектуальный и культурный уровень. Высокий образовательный уровень в своей основе является антикриминогенным фактором.

Приведенные ниже статистические данные за 2006 год тому подтверждение. Так, среди лиц, совершивших преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, число работников органов государственного управления, кредитно-финансовой и банковской систем, имеющих, как правило, высшее образование, весьма незначительно (соответственно, 7 и 22 чел.) по сравнению с числом рабочих (23802 чел.).

Средний уровень образования лиц, осужденных за преступления в рассматриваемой сфере, несколько выше среднего уровня образования лиц, осужденных за другие преступления (соответственно, 9,6 и 9,3 балла). Причем данный показатель у мужчин на порядок выше, чем у женщин, и составляет, соответственно, 9,6 и 8,7 балла[[86]](#footnote-86).

Знание отмеченных выше обстоятельств имеет важное значение. При проведении общепрофилактических, оперативно-розыскных мероприятий следует учитывать повышенную склонность к совершению указанных преступлений лиц с более высоким уровнем образования. В данном случае этот показатель не является в полной мере антикриминогенным фактором, на который обычно указывается в юридической литературе. Доля лиц, совершивших преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, имеющих среднее специальное, неполное высшее и высшее образование, почти в три раза больше доли лиц, совершивших иные преступления, и составляет, соответственно, 36,8 и 10,3 %.

Наличие специальности и трудовая деятельность. Важным показателем характеристики лиц, совершивших преступление в сфере незаконного оборота наркотиков, является наличие у них специальности и трудовая деятельность до осуждения. Существенное значение имеют и данные о лицах, не занимавшихся трудовой деятельностью, так как это наиболее криминогенный контингент. По данным Министерства юстиции РФ, из числа лиц, совершивших преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, более 70% не имели постоянного источника дохода, 55,7% из них не работали, хотя абсолютное большинство их проживало в городской местности (89,1%), незначительная часть - в рабочих поселках (6,1%), в сельской местности (3,2%), иной местности (0,2%). Значительная доля лиц не имеют специальности - почти каждый третий (32,5%). Среди них женщины составляют 34,8%.

Наличие наркотической зависимости. Научный и практический интерес представляет степень корреляционной зависимости между совершением преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков и заболеванием наркоманией лиц, их совершающих. Установление такой зависимости влияет на выбор средств борьбы с преступлениями этой категории, определение места и роли мер медицинского и иного характера.

Из числа лиц, совершивших преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, большинство (68,2%) являются потребителями наркотиков. Вместе с тем значительная их часть (38,7%), к которым применена такая мера медицинского характера, как принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра, больными себя не признают. Доля лиц мужского пола при этом превышает долю лиц женского пола почти в двенадцать раз[[87]](#footnote-87).

Анализ применения принудительных мер медицинского характера показал следующее: до совершения преступления 29,1% больных наркоманией проходили курс лечения в наркологических учреждениях органов здравоохранения; 3,4% - в психоневрологических диспансерах; 1,7% - в исправительных колониях; 7,3% - в иных наркологических учреждениях. Большинство (65,8%) курса лечения от наркомании не проходили.

Уголовно-правовая и специально-криминологическая характеристики дают представление именно о тех чертах личности, которые привели его к совершению преступления. Эти особенности и дефекты личности необходимо знать каждому сотруднику органов внутренних дел, учитывать в своей работе по профилактике преступлений[[88]](#footnote-88).

Все наиболее значимые отрицательные качества в концентрированном виде проявляются через совершаемые преступления.

Квалификация совершенного преступления. В сфере незаконного оборота наркотиков в основном совершаются преступления, предусмотренные ч. 1 ст. 228 УК, - незаконное приобретение или хранение без цепи сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере (48,7%).

Иные преступления в сфере незаконного оборота наркотиков в ранжированном ряду располагаются следующим образом: деяния, предусмотренные ч. 2 ст. 228; совершенные: в отношении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере (ч. 3 ст.228) - 8,1%; группой лиц по предварительному сговору (ч. 3 ст.228) - 6,1%; неоднократно (ч. 3 ст. 228) - 3,1%; незаконное приобретение или хранение (в целях сбыта), изготовление, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ (ч. 2 ст.228) - 5,2%.

Мужчинами по сравнению с женщинами больше совершается преступлений, уголовная ответственность за которые предусмотрена ч, 1 ст. 228, - 64,3% (женщины - 17,3%). В то же время женщины по сравнению с мужчинами чаще совершают такие преступления, как незаконное приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, перевозка, пересылка, сбыт наркотических средств или психотропных веществ - 10,2% (мужчины - 3,5%); деяния, предусмотренные ч. 1, ст. 228, совершенные: группой лиц по предварительному сговору, в крупном размере - 13,3% (мужчины -4,9%), организованной группой лиц, в особо крупном размере 15,7% (мужчины - 7,4%). Среди женщин почти в три раза по сравнению с мужчинами больше лиц, осужденных за организацию либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ (ст. 232), - соответственно, 0,8 и 0,3%; в семь раз больше осужденных за преступления против семьи и несовершеннолетних - соответственно, 2,1 и 0,3%.

Больные наркоманией (наркоманы) совершают преступлений больше по сравнению со всеми лицами, осужденными за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков[[89]](#footnote-89). Среди них такие, как незаконное приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупных размерах (соответственно, 52,0 и 48,7%); организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ (0,6 и 0,2%); преступления против семьи и несовершеннолетних (0,6 и 0,2%); хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ (0,9 и 0,6%). Гораздо реже совершаются такие преступления, как незаконное приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ (соответственно, 2,2 и 5,2%); деяния, предусмотренные ч. 2 ст. 228, совершенные: в отношении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере (соответственно, 4,5 и 8,1%), организованной группой либо в отношении наркотических средств или психотропных веществ в особо крупном размере - ч. 4 ст. 228 (соответственно, 5,0 и 10,0%).

Применение наказания. Анализ практики применения уголовных наказаний к лицам, совершившим преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, позволяет выработать меры по совершенствованию санкций соответствующих статей Общей и Особенной частей УК РФ как в законодательном плане, так и в плане их применения. «Даже самая точная санкция может остаться декларацией при ее неправильном, не учитывающем сложившихся реалий, применении»[[90]](#footnote-90).

Статистические данные Министерства юстиции РФ показывают, что среди привлеченных к уголовной ответственности доля лиц, которым назначено наказание, составляет: в виде лишения свободы - 33,9%; исправительных работ - 5,8%; штрафа - 1,1%. Основная же доля лиц (54,0%) осуждается к уголовным наказаниям условно.

Средний срок лишения свободы (3,7 года) примерно одинаков для всех категорий лиц, совершивших преступления в рассматриваемой сфере. Исключение составляют женщины (4,2 года) и больные наркоманией (3,3 года).

Поскольку судебная практика не идет по пути ужесточения наказаний за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков нет необходимости в законодательном плане ужесточать уголовные репрессии в отношении лиц, совершающих преступления в этой сфере: достаточный «резерв» уже имеется в действующем законодательстве.

Количество судимостей. Количество судимостей в значительной степени предопределяет степень общественной опасности лица. По этому показателю лица, совершившие преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, ничем не отличаются от лиц, совершивших иные преступления. Среднее число судимостей у мужчин превышает среднее число судимостей у женщин почти в три раза и составляет, соответственно, 2,9 и 1,0. Доля женщин с одной судимостью достигает 88,6%, мужчин - 36,5%. Отсюда следует, что мужчины имеют большую склонность к совершению преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков после отбытия наказания, то есть характеризуются повышенной рецидивоопасностью. У больных наркоманией среднее число судимостей составляет 1,8.

Наркотическое опьянение и совершение преступления. Многие преступления в сфере незаконного оборота наркотиков совершаются в состоянии наркотического опьянения (35,4%). При этом на долю мужчин приходится 41,1%, женщин - 12,4%. Отсюда напрашивается естественный вывод: состояние наркотического опьянения - путь к совершению преступления. Поэтому, профилактируя употребление наркотиков, мы тем самым предупреждаем совершение наркоманами преступлений.

Возраст начала употребления наркотических веществ. В плане ранней профилактики преступлений, совершаемых наркоманами, представляет интерес возраст, с которого началось приобщение лица к наркотикам. Анализ показывает, что возраст всех категорий лиц, вовлекаемых в незаконный оборот наркотиков, равен примерно 19 годам, хотя интенсивное их потребление начинается с 14 лет.

Признание лицом заболевания наркоманией. Субъективная оценка лицом факта своего заболевания наркоманией, безусловно, является определяющей для эффективного лечения. Из числа опрошенных осужденных, которым было назначено принудительное наблюдение и лечение, 36,4% признают себя больными, 5,1% - отрицают факт заболевания. Остальные 58,5% отказались отвечать на данный вопрос[[91]](#footnote-91).

Причины употребления наркотиков. С позиции криминологии, совершенствования профилактической работы важное значение имеет знание причин употребления наркотиков, источников их приобретения, мест потребления, а также отношения лиц, совершающих преступления на почве наркомании или больных ею, к проблеме наркомании вообще. Эти данные должны учитываться при выработке стратегии и тактики борьбы с незаконным оборотом наркотиков.

Опрос лиц, употребляющих наркотики, показал, что основным определяющим мотивом их употребления является любопытство (46,3%). Причем эта закономерность характерна как для мужчин, так и для женщин, больных наркоманией. Второе место занимают «имеющиеся жизненные трудности» (8,3%). На третьем месте – «безысходность в личной жизни» (7,7%); на четвертом – «подражание друзьям, знакомым» (7,2%). У определенной части лиц причиной употребления наркотиков стала зависимость от них, полученная в результате применения этих средств в процессе лечения других заболеваний.

Мотивация употребления наркотических веществ имеет несколько форм:[[92]](#footnote-92)

1. Атарактическая мотивация заключается в стремлении применить какое-либо психоактивное вещество с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта.
2. Гедонистическая мотивация выступает как бы продолжением и развитием атарактической, но разительно отличающейся от нее по качеству. Атарактическая приводит эмоциональное состояние в норму из сниженного, а гедонистическая способствует повышению нормального (несниженного) настроения.
3. Мотивация с гиперактивацией поведения близка к гедонистической, но основывается не на эйфоризирующем, а на активирующем эффекте вещества. При данной форме мотивации базисной становится потребность вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия с помощью веществ, провоцирующих необычную, запредельную живость реакции и активность.
4. Субмиссивная мотивация применения веществ отражает неспособность человека отказаться от предлагаемых окружающими наркотических веществ.
5. Псевдокультурная мотивация основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристастиях личности. Человек рассматривает употребление наркотических веществ сквозь призму «изысканности вкуса», причастности к кругу избранных – знатоков[[93]](#footnote-93).

Основными источниками приобретения наркотиков являются неизвестные лица (67,0%) или знакомые (17,0%). Изготовление наркотиков самими потребителями составляет 6,3%.

Местами потребления наркотиков служат собственные квартиры наркоманов (45,2%) или квартиры их знакомых (14,4%). Вопреки бытующему общественному мнению, дискотеки и другие места отдыха занимают третье место. Отсюда главные усилия органов внутренних дел должны направляться на обнаружение таких квартир. Эта задача в силу объективных причин гораздо сложнее, чем выявление наркоманов на дискотеках и в других местах отдыха. Хотя последние также должны находиться в поле зрения правоохранительных органов и других субъектов профилактики незаконного оборота наркотиков, поскольку там присутствует молодежная аудитория со всеми вытекающими криминогенными последствиями.

Анализ социально-демографических, специально - криминологических и уголовно-правовых свойств лиц, совершивших преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, позволяет составить социально-криминологический «портрет», собирательный образ их личности.

Мужчины: возраст 27 лет; в большинстве случаев не имеют семьи, имеют постоянное место жительства; образование - общее среднее; как правило, владеют специальностью, не употребляют наркотики; в основном совершают деяния, предусмотренные ст. 228 УК; неоднократно судимы.

Женщины: возраст 33 года; в большинстве своем имеют семьи; имеют постоянное место жительства, неполное среднее образование; как правило, владеют специальностью; в основном не потребляют наркотики; в большинстве случаев совершают деяния, предусмотренные ст. 228 УК; не судимые; как правило, не совершают преступления в состоянии наркотического опьянения.

Из них лица, употребляющие наркотики (больные наркоманией): возраст 25 лет; не имеют семьи; имеют постоянное место жительства, неполное среднее образование, в большинстве случаев специальность; совершают деяния, предусмотренные ст. ст. 228 и 229 УК; начинают употреблять наркотики в возрасте от 14 до 16 лет (женщины с 18 лет); не считают себя больными наркоманией; основной мотив употребления наркотиков - любопытство; основной источник приобретения - неизвестные лица; наиболее распространенное место потребления наркотиков - собственная квартира или квартира знакомых.

Социально-демографические свойства: возраст 25 - 30 лет; не женаты; образование – незаконченное среднее; по социальному положению до совершения преступления – как правило, рабочие или без определенных занятий; трудоспособны; на момент совершения преступления были обеспечены работой[[94]](#footnote-94).

Уголовно-правовые свойства. Наркоманы-преступники, по сравнению с наркоманами - не преступниками, чаще совершают преступления в сфере незаконного оборота наркотиков: незаконное приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере; деяния, предусмотренные п. 2 ст. 228 УК РФ, совершенные организованной группой либо в отношении наркотических средств или психотропных веществ в особо крупном размере; деяния, предусмотренные ч. 2 ст. 228 УК РФ, совершенные в отношении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере; незаконное приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ; хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ; преступления против семьи и несовершеннолетних; средний срок наказания в виде лишения свободы - 3,7 лет; среднее число судимостей - 1,8.

Уголовно-исполнительные свойства; добросовестно относится к труду; пассивный к участию в общественной жизни; в плане соблюдения требований режима отбывания наказания в целом характеризуется положительно.

Особенности психологических характеристик: достаточный уровень субъективного контроля над значимыми событиями; склонность представлять большинство важных жизненных событий как результат собственных действий; наличие субъективного ощущения ответственности за то, как складывается их жизнь; повышенный уровень субъективного контроля над эмоционально положительными событиями; склонность рассматривать свои успехи и достижения как следствие собственных способностей добиваться поставленных целей[[95]](#footnote-95).

**Глава 3. Особенности преступлений, совершаемых людьми с наркотической зависимостью**

**3.1. Характерные особенности преступлений, совершаемых лицами с наркотической зависимостью**

Все преступления, так или иначе порожденные, обусловленные или соприкасающиеся с наркоманией, условно можно подразделить на несколько групп. Круг преступлений, связанных с наркотиками, в каждой группе достаточно широк[[96]](#footnote-96).

В первую группу объединим преступления, совершаемые потребителями наркотиков. Сюда прежде всего относятся запрещенные законом действия по приобретению, изготовлению, перевозке и другие операции с наркотиками, совершаемые лицами, пробившимися к потреблению ядовитого дурмана и добывающими эти препараты в личных целях для последующего использования. В действующем УК РФ установлена ответственность практически за все незаконные операции с наркотиками. Уголовно наказуемы приобретение, хранение, изготовление, пересылка, перевозка, сбыт, хищение либо вымогательство наркотиков, склонение к потреблению наркотических средств, организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств, выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотическими средствами (ст. 228 – ст.234 УК РФ)[[97]](#footnote-97).

При этом рано или поздно наркоманы-потребители вынуждены идти на контакт со сбытчиками, представителями преступных группировок. Часто, не имея необходимых денег на приобретение очередной порции наркотика для себя, они берут в долг, а потом «отрабатывают», оказывая услуги сбытчикам по распространению наркотических средств. Тем самым лица, попавшие в наркотическую зависимость, незаметно для себя преодолевают хрупкую грань от уголовно не наказуемого деяния (потребление) к тяжкому преступлению (распространение)[[98]](#footnote-98).

Ко второй группе преступлений, связанных с наркотиками, относятся корыстные и корыстно-насильственные общественно опасные деяния, на которые решаются наркоманы с единственной целью получения денег для приобретения наркотических средств. Особенность течения болезни наркомании состоит в том, что втянувшийся, а затем превратившийся в хронического больного наркоман не может все время обходиться одним и тем же количеством потребляемых наркотических средств. Постепенно, но неизбежно его суточная дозировка увеличивается многократно. Параллельно, подобно сообщающимся сосудам, из личности как бы «вытекает» последняя способность своим трудом зарабатывать деньги, желание остановиться, обратиться за помощью. Наркоман все больше деградирует, превращаясь в раба наркотика, ради которого он готов на все. Преступление в такой ситуации – это для него достаточно быстрый и единственно приемлемый путь получения денег.

В третью группу входят агрессивные преступления, которые совершают наркоманы, находясь в состоянии наркотического опьянения. В таком состоянии наркоман представляет реальную опасность и угрозу причинения физического вреда и себе, и окружающим его людям. Находясь под воздействием наркотиков, он, как правило, не может адекватно и объективно оценивать ситуацию, в которой оказался. Его больное воображение воспринимает реальность искаженно. Все предопределяет общественно опасное поведение наркомана, совершение им агрессивных и насильственных преступлений против жизни и здоровья людей. В таком состоянии наркомана трудно остановить, ему абсолютно все равно, находится ли перед ним женщина, или ребенок, или престарелый человек[[99]](#footnote-99).

Когда все сдерживающие запреты и барьеры под влиянием наркотика разрушены, наркоманам становится чуждым чувство раскаяния за содеянное, они не испытывают угрызений совести или страха перед наказанием за свое общественно опасное поведение. В силу этого преступления против личности, совершаемые наркоманами, находящимися в наркотическом опьянении, часто отличаются особой жестокостью и цинизмом, сопровождаются длительным и безжалостным издевательством над потерпевшим.

В последние годы повсеместно отмечается значительный рост насильственных преступлений, совершаемых не только на почве алкоголизма, но и наркомании[[100]](#footnote-100). Криминологи отмечают, что особое беспокойство вызывают сложившиеся изменения в структуре совершаемых преступлений: растет количество умышленных убийств (на 200 %), умышленных тяжких телесных повреждений (на 250 %), изнасилований (на 150 %). При этом характерно, что совершение преступлений в состоянии алкогольного или наркотического опьянения возросло на 180 %.

В четвертую группу преступлений, связанных с наркотиками, входят те, которые совершаются против подрастающего поколения. Невозможно в полной мере оценить опасность и размер вреда, наносимый наркоманией здоровью детей, подростков и молодых людей, а в конечном итоге – будущему генофонду общества.

В эту группу преступлений входят общественно опасные деяния, которые связаны с распространением наркомании вширь, втягиванием в это занятие все новых жертв из числа молодежи. Попав в хроническую зависимость к наркотикам, не в силах самостоятельно справиться с тяжелым недугом, при этом потеряв работу, а с ней и зарплату, данная категория лиц вынуждена рано или поздно решать вопрос об источнике получения денег на наркотические средства. Они не могут оставаться в одиночестве. Им нужно окружение. Нередко ради денег они идут на совершение корыстных преступлений, но самый простой способ решения своей проблемы – втянуть в занятие наркоманией новых людей, на средства которых можно какое-то время продолжать приобретать необходимые порции наркотических средств. Проще всего это сделать путем вовлечения в занятие наркоманией несовершеннолетних и молодых людей.

Хронические наркоманы, как правило, прибегают к различным ухищрениям, уловкам, обману, чтобы получить очередную дозу наркотического дурмана, боясь своих взрослых покровителей-наркоманов, начинают воровать и приносить из дома деньги и ценности, а затем совершать и другие правонарушения[[101]](#footnote-101).

В пятую группу входят те преступления, которые совершаются из-за наркотиков в местах лишения свободы. Здесь наркомания является как бы следствием преступности, хотя после некоторого промежутка времени она вновь превращается в ее причину. Так, лица, отбывающие уголовные наказания, нередко именно в зоне впервые пробуют наркотические вещества, постепенно добровольно или принудительно втягиваются в систематическое их потребление. Оказавшись на свободе, они не только, продолжают оставаться в плену наркотической зависимости, но и становятся активными членами организованных преступных сообществ и группировок, специализирующихся на распространении наркотиков, занимающихся наркобизнесом.

**3.2 Особенности следственных ситуаций, отработки версий и планирование расследований преступлений, совершенных лицами с наркотической зависимостью**

Уголовные дела о преступлениях в сфере наркобизнеса возбуждаются в основном по результатам оперативно-розыскной деятельности. Это связано с такими обстоятельствами, существенно затрудняющими выявление и расследование данных преступлений, как:

а) отсутствие важнейшего первоисточника информации потерпевшего (лица, приобретающие и потребляющие наркотики, таковыми себя не считают);

б) глубокая законспирированность действий преступников, каналов поступления и сбыта наркотиков;

в) строгое разграничение ролей, использование тайников и паролей, наличие преступной контрразведки;

г) относительная доступность и многообразие источников сырья для изготовления наркотиков;

д) необходимость выявления всех законспирированных звеньев преступной цепи, имеющей четко организованный и к тому же межрегиональный (международный) характер[[102]](#footnote-102).

По основной массе дел данной категории складываются сложные (неблагоприятные для раскрытия) следственные ситуации. Лишь в единичных случаях могут возникать простые ситуации, когда с самого начала расследования факт преступления и лицо, его совершившее, достаточны очевидны. Такие ситуации могут быть при задержании лиц, перевозящих наркотики, при досмотре в аэропорту, в пограничных зонах и др. Здесь имеются данные о приобретении, хранении или перевозке наркотиков, а иногда и о виновном лице. Однако и такие ситуации, как правило, осложняются тем, что всплывают новые эпизоды преступных действий и новые лица, причастные к ним.

Поэтому простая ситуация начала расследования вскоре трансформируется в сложную, например в случаях поступления дополнительных сведений о ранее неизвестных эпизодах деятельности замаскированной преступной группы с межрегиональными связями, при установлении источников приобретения наркотиков. Тогда перед следственными органами встают новые задачи, что при недостатке достоверной информации создает существенные трудности.

Из сложных ситуаций можно выделить проблемные, характеризующиеся отсутствием или неполнотой сведений о существенных чертах преступления или лице, его совершившем. Наиболее типичны проблемные ситуации, отличающиеся существенным дефицитом сведений о событии и обстоятельствах преступления, при наличии данных о подозреваемом. Сложность таких ситуаций состоит в том, что правоохранительным органам приходится искать источники восполнения острого недостатка необходимых сведений о произошедшем.

Возможны проблемные ситуации, когда о преступнике нет никаких данных (например, при кражах наркотиков). Тогда сложность состоит не в выявлении преступления, а в его раскрытии, ибо связь между преступным событием, виновным лицом, последствиями и местом происшествия носит неочевидный характер. В ходе расследования сложные (конфликтные) ситуации могут возникать:

1) при доступе адвоката;

2) при ознакомлении обвиняемого с материалами уголовного дела;

3) в ходе проведения следственных действий (например, очной ставки, допроса, обыска)[[103]](#footnote-103).

Проблемные ситуации складываются при существенной неполноте сведений об обстоятельствах и механизме преступных действий, например при хищениях наркопрепаратов с химфармпредприятий, из медицинских учреждений, когда действует организованная группа, включающая представителей администрации (медперсонала), с использованием служебного положения.

План действий зависит от количества версий, направленности и специфики их проверки. Рекомендуется алгоритмический подход к расследованию. Алгоритм совместных действий следователя и органа дознания может содержать следующие действия:

а) задержание, освидетельствование, допрос подозреваемых;

б) обыск по месту их жительства и работы, а также их соучастников или в любом другом месте возможного хранения наркосредств, сырья, приспособлений для их транспортировки и документов, подтверждающих преступную деятельность;

в) осмотр изъятых предметов и документов;

г) допрос свидетелей;

д) назначение и проведение судебных экспертиз;

е) изучение экспертных заключений для использования в допросах виновных лиц.

В данной ситуации следователи и работники дознания должны непосредственно ознакомиться с технологическим процессом производства наркосодержащих медпрепаратов, производственной документацией, знать способы хищений наркотиков, используя при этом помощь сведущих лиц[[104]](#footnote-104).

Особо сложные ситуации обычно складываются, когда проблемность расследования, обусловленная недостатком доказательств виновности подозреваемого, сочетается с активным противодействием следствию (например, в ходе задержания с поличным при сбыте наркотиков). Сочетание проблемных факторов с конфликтными и приводит к таким сложным ситуациям[[105]](#footnote-105).

Здесь некоторые субъекты преступления могут быть известны, но сведения о них, а также их сообщниках бывают фрагментарны; данные же о способе, конечной цели совершения преступных действий и других обстоятельствах могут и вовсе отсутствовать. Предмет преступной деятельности (конкретные наркотики) также точно не установлен, ибо нет заключения соответствующей экспертизы. В момент сбыта обычно задерживаются участники сделки, причем в ряде случаев имеются ее очевидцы.

Например, была осуждена Лежелелекова - неоднократно судимая, в том числе и за незаконный оборот наркотических средств, употребляющая наркотики. Она знала место сбыта наркотиков и лицо, их сбывающее (цыганку Розу), но, не имея средств на их регулярное приобретение, занялась "посредничеством". За получение возможности "уколоться", она брала деньги у других наркоманов, не вхожих в дом Розы, покупала наркотик и получала свою долю в виде бесплатной инъекции[[106]](#footnote-106).

В особо сложной ситуации (например, при задержании за изготовление или сбыт наркотиков) рекомендуется следующий алгоритм действий следователя и оперативных работников:

а) осмотр места задержания;

б) личный обыск задержанного, осмотр изъятых у него предметов и вещей;

в) обыск по месту возможного хранения или изготовления наркотиков;

г) осмотр изъятых наркотиков, приспособлений для их изготовления, предметов и документов;

д) освидетельствование и допрос подозреваемого. Дальнейшие действия аналогичны указанным ранее, причем предложенный алгоритм может и должен корректироваться в зависимости от изменений следственной ситуации.

При задержании с поличным, когда у преступника изъяты наркотики, необходимо своевременно получить доказательства его виновности. Для этого взаимодействие следователя и оперативных работников должно начинаться с момента установления причастности конкретного субъекта (например, посредника) к содеянному (незаконное приобретение, хранение, сбыт и т.д.) и продолжаться до окончания предварительного расследования.

Совершенно необходимо использовать оперативно-розыскные меры для сбора материалов, характеризующих личность, связи, образ жизни подозреваемых; проверки наличия у них предметов и документов, могущих быть доказательствами по делу; выявления источников и мест сокрытия наркотиков; выяснения иных обстоятельств, которые трудно проверить следственным путем. При выявлении в ходе расследования ранее неизвестных соучастников преступления и новых эпизодов противоправной деятельности подозреваемых также необходимы активные оперативно-розыскные мероприятия[[107]](#footnote-107).

Специфика расследования уголовных дел в сфере наркобизнеса приводит к возникновению сложных (проблемных) ситуаций даже на завершающем этапе расследования. Поступившие оперативные данные о новых эпизодах и лицах, участвовавших в наркооперациях, обусловливают необходимость производства оперативно-розыскных и следственных действий, типичных для первоначального этапа расследования (задержание, обыск и т.д.).

Построение и проверка версий основной метод разрешения проблемных и особо сложных ситуаций. Версии не только определяют направленность расследования, но и делают его целеустремленным, обеспечивая быстрое и полное раскрытие преступлений, совершенных в сфере наркобизнеса.

Исходную информацию о событии преступления и обстоятельствах его совершения сотрудники правоохранительных органов нередко получают при задержании и обыске подозреваемого по месту жительства или работы. Однако задержание с поличным и результаты обыска подтверждают лишь факт обнаружения наркотика у конкретного гражданина. Поэтому при выдвижении версий нужно активнее использовать сведения, полученные оперативным путем: об образе жизни подозреваемого, о его связях, местах времяпровождения, маршрутах передвижения, способах и средствах совершения преступления (например, при краже, сбыте, транспортировке, контрабанде наркотиков).

Анализ полученных сведений формирует обоснованные предположения о случившемся и способствует построению на их основе конкретных следственных версий. Последние необходимы для объяснения произошедшего при минимальных исходных данных, выбора верного направления уже в самом начале расследования. При этом следует помнить, что исходные данные допускают несколько вероятных объяснений, поэтому дальнейший сбор данных, в том числе и из оперативных источников, совершенно необходим[[108]](#footnote-108).

По фактам хищений наркосредств с химфармпредприятий, из лечебных учреждений, аптек версии наиболее часто выдвигаются по следующим обстоятельствам: имело ли место хищение, кто его совершил; способ и время посягательства; количество похищенных наркотиков, место их сокрытия; каналы и пути сбыта; участие в хищении членов преступных сообществ и др.

При расследовании преступлений, связанных со сбытом наркотиков, выдвигаются версии: об источнике, каналах и системе сбыта, перевозке (контрабанде) наркотиков; о личности сбытчиков; связях сбытчика и скупщика; о цели скупки (нажива, перепродажа) и т.д.

Если подозреваемый известен, но характер произошедшего не ясен, а факты незаконного приобретения, хранения и сбыта наркотиков задокументированы неполно, можно выдвигать наиболее типичные общие версии, зависящие от исходной следственной ситуации[[109]](#footnote-109).

1. Задержание при перевозке (транспортировке) наркотиков:

а) задержанный член преступной группировки по незаконным операциям с наркотиками (хищению, заготовке, скупке, переработке и сбыту);

б) подозреваемый перевозчик, выполняющий отдельные задания организатора, посредника, скупщика или другого члена преступной группы.

2. Задержание после обнаружения наркотиков в жилище (тайнике):

а) подозреваемый приобрел, похитил, изготовил наркотик для сбыта в розницу или оптом;

б) подозреваемый член преступной группы (перекупщик, производитель, заготовитель, расхититель, посредник) распространяет и хранит наркотики.

3. Задержание в момент сбыта наркотиков:

а) продавца-расхитителя, изготовителя, скупщика наркотика в местах его произрастания, изготовления или у оптового сбытчика; посредника в преступной группе по сбыту наркотика; сбытчика наркотиков оптом для дальнейшей реализации, имеющего соучастников;

б) покупателя-скупщика наркотиков оптом, сбывающего его в притонах и других местах большими или мелкими партиями; содержателя притона для потребления наркотика;

в) продавца и покупателя членов одной или разных преступных групп, совершающих сделки систематически; находящихся в родственных, дружеских взаимоотношениях; друг друга не знающих, действующих через посредника[[110]](#footnote-110).

Например, осужденный по ст.228 УК РФ утверждал, что героин он купил у неизвестного лица по просьбе и за деньги ранее незнакомого ему гражданина - сотрудника милиции, проводившего проверочную закупку наркотиков. Милиционер подтвердил эти показания, пояснив, что на предложение продать наркотик, осужденный ответил, что за ним нужно ехать в центр поселка. Прибыв в указанное место, осужденный куда-то уходил, после чего принес шприц с героином[[111]](#footnote-111).

Если задержанию и обнаружению наркотиков предшествовали оперативно-розыскные мероприятия и личность подозреваемого установлена, то обычно известны и другие обстоятельства преступления. Это способствует выдвижению и проверке вполне конкретных версий.

В случае внезапного задержания подозреваемого при изготовлении, хранении или сбыте наркотиков выдвижение версий усложняется, так как отправным моментом служит лишь факт их обнаружения. Так, при изъятии у подозреваемого опия-сырца, который заготавливают в определенных регионах, выдвигаются версии о вероятном месте и способе его приобретения: сырец похищен в процессе переработки на химфармзаводе (особенно если он обнаружен у работающего там лица); опий собран на незаконных посевах мака; похищенное или собранное сырье перевозится от скупщика к сбытчику, переправляется контрабандным путем и др.

При изъятии лекарственных наркопрепаратов следует учитывать их расфасовку (таблетки, порошки, растворы), что может указывать на их хищение с химфармпредприятий, из медицинских учреждений или аптек.

Если изъяты поддельные медицинские рецепты на получение таких препаратов, то выдвигается версия о том, что подозреваемый имеет преступные связи с лечащими врачами.

При нарушении правил хранения, перевозки, выдачи наркотических средств отрабатываются версии о причинах нарушения: слабый контроль руководства за деятельностью сотрудников, незнание соответствующих правил и инструкций, умышленное их нарушение в целях создания излишков, последующего хищения и реализации. Анализируя событие преступления и личность виновного, можно получить сведения и о других обстоятельствах расследуемого уголовного дела.

Проверка выдвинутых версий о причастности гражданина к наркобизнесу осуществляется в зависимости от описанных выше ситуаций. Важное значение здесь имеют вещественные доказательства, обнаруженные при задержании, обыске, осмотре. Поэтому следственные действия и оперативно-розыскные мероприятия должны быть сориентированы на установление каналов поступления и способов приобретения наркотиков, выявление всех соучастников и членов организованной преступной группы, ее межрегиональных (международных) связей[[112]](#footnote-112).

Планирование расследования – динамичный процесс, связанный с непрерывным поступлением данных, установлением новых обстоятельств, побуждающих к корректировке плана. Каждое преступление в сфере наркобизнеса имеет особенности, поэтому планирование следственных действий и оперативно-розыскных мер должно быть индивидуальным и своевременным. Так, допрос курьера, задержанного с наркотиками, без проведения обыска по месту его жительства или работы грозит утратой ценных вещественных доказательств, ибо их обязательно заберут сообщники.

В согласованных планах следователя и органа дознания определяются направления оперативно-розыскных мер (без расшифровки источников оперативных сведений). Совместно с оперативным работником следователь формулирует задачи, определяет общие условия их решения негласным путем. В плане должны быть указаны исполнители, определены сроки и место проведения совместных следственных действий и оперативно-розыскных мероприятий, их последовательность (задержание, осмотр, обыск, меры по сохранению обнаруженных наркотиков, других вещественных доказательств и следов), порядок действий при личном обыске, освидетельствовании, допросе задержанных и др.

Поступающие от органов дознания оперативные данные облегчают корректировку плана расследования, определение тактики проведения наиболее сложных следственных действий. Эти сведения облегчают поиск необходимых доказательств, способствуют их правильной оценке.

Основная цель планирования установить способы, место и время совершения преступных действий, каналы поступления, сбыта и реализации наркотиков.

В зависимости от вида (группы) преступлений в сфере наркобизнеса планирование и решение задач по их раскрытию бывает различным. Так, специфика расследования замаскированных хищений наркотиков из медицинских учреждений и химфармпредприятий (ст. 229 УК РФ)[[113]](#footnote-113), их незаконного изготовления, приобретения и сбыта (ст. 228 УК РФ)[[114]](#footnote-114) состоит в том, что при возбуждении уголовного дела оперативным работникам примерно известны лица, причастные к преступлению, в то время как обстоятельства содеянного ясны лишь отчасти.[[115]](#footnote-115)

Выявление хищений, совершаемых лицами, которым наркосредства вверены по роду их служебных функций или под охрану, имеет свою специфику. Такие преступления весьма трудно обнаружить путем официальных проверок, ревизий, инвентаризаций, что объяснимо тщательной маскировкой расхитителями своих действий. Если установлены нарушения правил производства, приобретения, хранения, учета, отпуска, перевозки или пересылки наркосредств (ст. 228 УК РФ), нужно выяснить, не связано ли это с замаскированными хищениями и не является ли результатом преступной деятельности лиц, передававших или сбывавших наркотики.

Очень важна оперативная разработка, например, сбытчиков наркотиков, осуществляемая с соблюдением правил конспирации. Основная ее цель выявить связи сбытчиков с оптовыми поставщиками: являются ли они членами наркомафии, в какой степени осведомлены о структуре и составе криминального сообщества или же просто приобретают у поставщиков наркотики оптом и перепродают их наркоманам в розницу.

# 3.3 Уголовная ответственность наркоманов

Статьи, по которым наркоманы чаще всего привлекаются к уголовной ответственности: ст.202 УК РФ (употребление наркотических средств без назначения врача), ст.139 УК РФ (кража), ст.140 УК РФ (грабёж). Как показывают исследования, начатые ещё в 90-х годах, наркоманы почти не совершают хулиганств, разбоев. Чаще всего их преступления направлены добычу и употребление наркотических веществ, кражи и грабежи чаще всего направлены на добычу чужого имущества, продав которое, можно купить наркотик.

Субъективной стороной преступлений, предусмотренных ст. 202, ст. 139, ст. 140 УК является умысел, т.е. такая форма вины, при которой лицо сознает значение своих действий и их последствий и выражает волю на достижение преступного результата[[116]](#footnote-116). Воля выражается направлением умственных и физических усилий на совершение преступления, или, иначе говоря, воля выражается путем управления своими действиями. Обязательным признаком субъекта является вменяемость, т.е. способность осознавать фактический характер своего поведения и руководить им.

Способны ли наркоманы в состоянии наркотического голодания понимать значение своих действий? Скорее всего способны, т.к. они не находятся под влиянием помутняющих рассудок препаратов.

Способны ли наркоманы руководить своими действиями?

Наркоманы, соблюдающие ритм наркотизации, не чувствуют зависимости и абсолютно уверены в своих возможностях перестать употреблять наркотик. Они принимают очередную дозу еще тогда, когда не испытывают острой абстиненции. Поэтому такие наркоманы, несомненно, способны руководить своими действиями. Они могли бы вместо приема очередной дозы обратиться в медицинское учреждение для лечения[[117]](#footnote-117).

Ст. 202 УК: «Лицо, добровольно сдавшее наркотические средства, а также добровольно обратившееся в медицинское учреждение за оказанием врачебной помощи в связи с потреблением наркотических средств в немедицинских целях, освобождается от наказания за действия, предусмотренные настоящей статьей»[[118]](#footnote-118).

Если же наркоманы своевременно не принимают наркотика, то все их желания, мысли и цели направлены на поиск препаратов, способных изменить их психическое состояние, и они не способны удержаться от совершения действий, направленных на получение наркотика. Т.е. не способны руководить своими действиями. Если же лицо не способно руководить своими действиями, оно не может быть признано виновным и вменяемым. Нет вины – нет и субъективной стороны, а без вменяемости нет субъекта уголовной ответственности, а, следовательно, и состава преступления.

Какие же меры воздействия применять к лицам, из-за зависимости не подлежащим уголовной ответственности?

К уголовной ответственности за преступления, направленные на добычу и употребление наркотических веществ, следует привлекать только употребивших наркотики впервые или употребляющих такие препараты эпизодически. Из-за отсутствия состава преступления не подлежит уголовной ответственности наркоман, принимающий наркотические вещества систематически и пропустивший время очередного приёма наркотика, и из-за наступившего расстройства психики совершивший преступление с целью добычи и употребления наркотика. К таким лицам следует применять меры медицинского характера. В соответствии с ч.1 ст.11 УК: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения предусмотренного настоящим Кодексом деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчета в своих деяниях или руководить ими вследствие душевной болезни, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики. К такому лицу по назначению суда могут быть применены меры воздействия, предусмотренные частью 1 статьи 59 настоящего Кодекса».

Ч.1 ст. 59 УК: «Меры воздействия медицинского характера применяются к лицам, указанным в статье 11 настоящего Кодекса. Мерами воздействия медицинского характера является помещение на лечение в психиатрическую больницу с обычным или усиленным наблюдением. Лицо, помещенное на лечение в психиатрическую больницу с усиленным наблюдением, содержится там в условиях, исключающих совершение им опасных деяний»[[119]](#footnote-119).

Таким образом, прежде чем наказывать наркоманов за совершение преступлений, направленных на добычу и употребление наркотиков, необходимо сначала выяснить, в каком состоянии было совершено преступление, как долго и с какой периодичностью лицо употребляло наркотики. В случае подозрений на невменяемость в момент совершения преступления следует провести судебно-психиатрическую экспертизу.

**Заключение**

В заключении выпускной квалификационной работы можно сделать следующие выводы:

1) мы выявили физиологические особенности формирования наркотической зависимости, которые заключаются в воздействии ПАВ на нейромедиаторы;

2) выявили психологические особенности формирования наркотической зависимости, среди которых можно выделить влияние внешних факторов на человека и особенности строения личности человека, ставшего зависимым;

3) выявили социально-демографические, а также психологические факторы, влияющие на совершение преступлений лицами с наркотической зависимостью, в результате которых можно составить криминологический портрет лиц с наркотической зависимостью, совершивших преступление: возраст 25 лет; не имеют семьи; имеют постоянное место жительства, неполное среднее образование, в большинстве случаев специальность; совершают деяния, предусмотренные ст. ст. 228 и 229 УК; начинают употреблять наркотики в возрасте от 14 до 16 лет (женщины с 18 лет); не считают себя больными наркоманией; основной мотив употребления наркотиков – любопытство; основной источник приобретения – неизвестные лица; наиболее распространенное место потребления наркотиков – собственная квартира или квартира знакомых;

4) рассмотрели особенности судебно-психиатрической оценки лиц с наркотической зависимостью, которая основывается на понятиях вменяемости и невменяемости;

5) выделили особенности расследования преступлений, совершенных лицами с наркотической зависимостью. Здесь возможно множество сложных ситуаций, характеризующихся отсутствием или неполнотой сведений о существенных чертах преступления или лице, его совершившем;

6) выявили особенности уголовной ответственности наркоманов. Также мы рассмотрели состав преступлений, совершенных лицами с наркотической зависимостью. Выявили статьи, по которым чаще всего наступает ответственность за преступления, совершенные наркоманами.

**Список используемых источников**

**Нормативная база**

1. БВС РФ №2 2002 г.
2. БВС РФ №4 2004 г.
3. Статья 228 УК РФ. Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов
4. Статья 229 УК РФ. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ
5. Статья 140 УК РФ. Отказ в предоставлении гражданину информации
6. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.96 № 63-ФЗ в редакции от 28.12.2004, с изменениями от 30.01.2005 г. // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25

**Учебная и методическая литература**

1. Анастази А. Дифференциальная психология. Индивидуальные и групповые различия в поведении. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2001
2. Андреева М. Н., Голубкова Н. Я., Новикова Л. Г. Молодежная субкультура: нормы и системы ценностей // СОЦИС' 89 №4
3. Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез). // Лекции по наркологии под. ред. Н. Н. Иванца, М., 2000
4. Анохина И. П., Векшина Н. Л., Веретинская А. Г. Центральные механизмы предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ // Журнал неврологии и психиатрии 97 №12
5. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // Лекции по наркологии / Под ред. Н.И.Иванца. М.: Нолидж, 2000.
6. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии: В 2 т. М.: Медпрактика М. Т.1, 2002.
7. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступность и психические аномалии. М., 1987
8. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. М., 1991
9. Ашмарин И. П., Каразеева Е. П., Стукалов П. В. Биохимические пути в исследовании психических и нервных болезней. // Нейрохимия: учебник для биологических и медицинских ВУЗов / под ред. акад. РАМН И. П. Ашмарина и проф. П. В. Стукалова. М.: Изд. Ин-та биомедицинской химии РАМН, 1996, с.415 − 423
10. Бабаян Э. А. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии/ Под ред. Г. В. Морозова. М., 1988
11. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. М., 1987
12. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология. М., 1998
13. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – СПб., 1994
14. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. Ставрополь, 1999
15. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М., 1968
16. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1998
17. Бухановский А.О. Болезнь зависимого поведения: определение, систематика, клиника // Актуальные вопросы охраны психического здоровья. Краснодар, 2003
18. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб., 1989
19. Васильева Л.П., Гульдан В.В., Гусинская Л.В. и соавт. Особенности мотивации правонарушений против собственности, совершаемых психопатическими личностями // Профилактика общественно опасных действий психически больных. М., 1986
20. Вермсер Л. Компульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения под ред. С. Даулинга, М., 2000
21. Волков Е.Н. Основные модели контроля сознания (реформирования мышления) // Журнал практического психолога. М.: Фолиум, 1996. № 5
22. Волынский А.Ф. Расследование преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков//Криминалистика. М., 1999. Гл. 23
23. Врублевский А. Г. Наркомании и токсикомании: общие представления //Лекции по наркологии под. ред. Н. Н. Иванца, М., 2000
24. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. М., 1999
25. Гульдан В. В., Романова О.Л. Подросток-наркоман и его окружение // Вопросы психологии. 1993, №2. С. 26-32
26. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. Томск, 1994
27. Дарендорф Р. Современные социальные конфликты – «Иностранная литература», 1993, №4
28. Двойменный И. А. Незаконный оборот наркотиков // СОЦИС 99 №5
29. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003
30. Додс Л. М Психическая беспомощность и психология аддикции // Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга, М., 2000
31. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд. СПб.: «Союз», 1998
32. Ермаков Ю.М., Исаков С.А., Симоненко А.В., Новиков В.П. Незаконный оборот наркотиков. Вопросы теории и практика противодействия. – М.: Юнити-Дана, 2006
33. Запесоцкий А. Молодежь в современном мире: проблемы индивидуализации и социо-культурной интеграции. СПб: ИГУП, 1996
34. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Клинические особенности постабстинентных нарушений при героиновой наркомании и некоторые подходы к их лечению // Журнал неврологи и психиатрии 99 №9
35. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий // Журнал невропатологии и психиатрии. Т.97. № 9, 1997
36. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. – НГМА, 2001
37. Кесельман Л. Социальные координаты наркотизма, – СПб., 1999
38. Козлов А. А. Бузина Т. С. Психологические особенности больных наркоманиями // Журнал неврологи и психиатрии 99 №10
39. Козлов А. А., Рохлина М. Л. «Наркоманическая» личность // Журнал неврологии и психиатрии' 2000 № 7, с. 23 − 27
40. Коломеец А.А. Об этиологических факторах наркоманий // Вопр.наркологии. - 1989. - №1.- с. 34-38
41. Кон И. С. Психология ранней юности. М., 1989
42. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. Минск, 1988
43. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. - Новосибирск, Наука. – 1990
44. Кошкина Е.А. Оценка распространенности наркоманий и токсикоманий в динамике на федеральном и региональном уровнях // Наркомания: ситуация, тенденция, проблемы. М., 1999
45. Криминалистика. Особенная часть / Ответ. Ред. В.Е. Корноухов. М.: ЮРИСТЪ, 2001
46. Кулагина И. Ю., Колюцкий В. Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. – М.:ТЦ «Сфера», 2001
47. Курек Н. С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М., 1996
48. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Р.-на-Д., 1997
49. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков // Психология индивидуальных различий/ Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. М., 1982
50. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков // Психология индивидуальных различий/ Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. М., 1982
51. Личко А. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М., 1999
52. Луценко Е.П. Методика расследования преступлений, совершенных наркоманами. - М., 2006
53. Люрссен Э. Проблема наркомании с точки зрения современного психоанализа // Энциклопедия глубинной психологии. Т.2. Новые направления в психоанализе. Психоанализ общества. Психоаналитическое движение. Психоанализ в Восточной Европе. Пер. с нем. / Общ. ред. А. М. Боковикова. – М., «Когито-Центр», МГМ, 2001
54. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007
55. Менделевич, В. Д. Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. - Йошкар-Ола: Марево, 2002
56. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. Социальная структура и аномия. // Социологические исследования. - 1992. - №2-4
57. Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. Т.1. М.: Медпрактика-М, 2002
58. Пелипас В.Е. Этические проблемы в практической наркологии // Вопросы наркологии. № 1, 1998
59. Платонов К.К. Структура и развитие личности. - М., 1986
60. Прохоров Л., Тащилин М. Назначение наказания и российская криминальная ситуация // Российская юстиция. 1999 № 8
61. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. – Л.: Медицина, 1975
62. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994
63. Раковская О. А. Социальные ориентиры молодежи: тенденции, проблемы, перспективы. М., 1993
64. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманиями // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: Сборник научных трудов. СПб., 1991
65. Сердюкова Н. Б. Наркотики и наркомания. Ростов н/Д., 2000
66. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005
67. Соломзес Д. А., Чеурсон В., Соколовский Г. Наркотики и общество. М., 1998
68. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2-е изд., под ред. Циркина С.Ю. – СПб.: Питер, 2004
69. Танасевич В.Г. Теоретические основы методики расследования преступления //Советское государство и право, 1976г., № 6
70. Терентьева А. В. Особенности развития ребенка в алкогольной семье и возможности реабилитационной работы. // Семейная психология и семейная терапия, 1998, №3, с. 90 − 95
71. Фелинская Н. И. О некоторых спорных вопросах в проблеме психопатии. - Журн.невропат. и психиатр. 1965, вып. 11
72. Фрейд З. По ту сторону принципа наслаждения. Я и Оно. Неудовлетворенность культурой. – СПб.: Алетейя, 1998
73. Фрейд З. Статьи о кокаине. – СПб.: Б. С. К., 1998
74. Чудковский В. С., Чистяков Н. Ф. Основы психиатрии. – Р.-на-Д.: Феникс, 1997
75. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. – СПб., 1998
76. Шабанов П.Д, Штиакельберг О.Ю. Наркомании. Санкт-Петербург, 2000
77. Шпаков А. О. Иллюзия рая. – СПб.: «Татьяна», «Зенит», 1999
78. Эйдемиллер Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: Методическое пособие. М.: Фолиум, 1996
79. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2000
80. Эриксон Э. Идентичность. Теоретическая интерлюдия. // Психология самосознания. Хрестоматия. – Самара; БАХРАХ – М, 2000
81. Материалы сайта: http://www.narcom.ru

1. Кошкина Е.А. Оценка распространенности наркоманий и токсикоманий в динамике на федеральном и региональном уровнях // Наркомания: ситуация, тенденция, проблемы. М., 1999 [↑](#footnote-ref-1)
2. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // Лекции по наркологии / Под ред. Н.И.Иванца. М.: Нолидж, 2000. [↑](#footnote-ref-2)
3. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. М., 1987 [↑](#footnote-ref-3)
4. Сердюкова Н. Б. Наркотики и наркомания. Ростов н/Д., 2000 [↑](#footnote-ref-4)
5. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. [↑](#footnote-ref-5)
6. Шабанов П.Д, Штиакельберг О.Ю. Наркомании. Санкт-Петербург, 2000. [↑](#footnote-ref-6)
7. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. – Л.: Медицина, 1975 [↑](#footnote-ref-7)
8. Сердюкова Н. Б. Наркотики и наркомания. Ростов н/Д., 2000 [↑](#footnote-ref-8)
9. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2-е изд., под ред. Циркина С.Ю. – СПб.: Питер, 2004. [↑](#footnote-ref-9)
10. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2-е изд., под ред. Циркина С.Ю. – СПб.: Питер, 2004. [↑](#footnote-ref-10)
11. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2-е изд., под ред. Циркина С.Ю. – СПб.: Питер, 2004. [↑](#footnote-ref-11)
12. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2-е изд., под ред. Циркина С.Ю. – СПб.: Питер, 2004. [↑](#footnote-ref-12)
13. Сердюкова Н. Б. Наркотики и наркомания. Ростов н/Д., 2000 [↑](#footnote-ref-13)
14. Бухановский А.О. Болезнь зависимого поведения: определение, систематика, клиника // Актуальные вопросы охраны психического здоровья. Краснодар, 2003 [↑](#footnote-ref-14)
15. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М., 1968 [↑](#footnote-ref-15)
16. Андреева М. Н., Голубкова Н. Я., Новикова Л. Г. Молодежная субкультура: нормы и системы ценностей // СОЦИС' 89 №4 [↑](#footnote-ref-16)
17. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. Минск, 1988 [↑](#footnote-ref-17)
18. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступность и психические аномалии. М., 1987 [↑](#footnote-ref-18)
19. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1998 [↑](#footnote-ref-19)
20. Менделевич, В. Д. Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. - Йошкар-Ола : Марево, 2002. [↑](#footnote-ref-20)
21. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. М., 1991 [↑](#footnote-ref-21)
22. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. - Новосибирск, Наука. - 1990. [↑](#footnote-ref-22)
23. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. М., 1999 [↑](#footnote-ref-23)
24. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. Томск, 1994 [↑](#footnote-ref-24)
25. Платонов К.К. Структура и развитие личности. - М., 1986 [↑](#footnote-ref-25)
26. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. Ставрополь, 1999 [↑](#footnote-ref-26)
27. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб., 1989 [↑](#footnote-ref-27)
28. Волков Е.Н. Основные модели контроля сознания (реформирования мышления) // Журнал практического психолога. М.: Фолиум, 1996. № 5 [↑](#footnote-ref-28)
29. Додс Л. М Психическая беспомощность и психология аддикции // Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга, М., 2000 [↑](#footnote-ref-29)
30. Кулагина И. Ю., Колюцкий В. Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. – М.:ТЦ «Сфера», 2001 [↑](#footnote-ref-30)
31. Запесоцкий А. Молодежь в современном мире: проблемы индивидуализации и социо-культурной интеграции. СПб: ИГУП, 1996 [↑](#footnote-ref-31)
32. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков // Психология индивидуальных различий/ Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. М., 1982 [↑](#footnote-ref-32)
33. Коломеец А.А. Об этиологических факторах наркоманий // Вопр.наркологии. - 1989. - №1.- С. 34-38 [↑](#footnote-ref-33)
34. Гульдан В. В., Романова О.Л. Подросток-наркоман и его окружение // Вопросы психологии. 1993, №2. С. 26-32. [↑](#footnote-ref-34)
35. Анохина И. П., Векшина Н. Л., Веретинская А. Г. Центральные механизмы предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ // Журнал неврологии и психиатрии 97 №12 [↑](#footnote-ref-35)
36. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003 [↑](#footnote-ref-36)
37. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // Лекции по наркологии / Под ред. Н.И.Иванца. М.: Нолидж, 2000 [↑](#footnote-ref-37)
38. Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез). // Лекции по наркологии под. ред. Н. Н. Иванца, М., 2000 [↑](#footnote-ref-38)
39. Фрейд З. Статьи о кокаине. – СПб.: Б. С. К., 1998 [↑](#footnote-ref-39)
40. Чудковский В. С., Чистяков Н. Ф. Основы психиатрии. – Р.-на-Д.: Феникс, 1997 [↑](#footnote-ref-40)
41. Эйдемиллер Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: Методическое пособие. М.: Фолиум, 1996 [↑](#footnote-ref-41)
42. Терентьева А. В. Особенности развития ребенка в алкогольной семье и возможности реабилитационной работы. // Семейная психология и семейная терапия, 1998, №3, с. 90 − 95 [↑](#footnote-ref-42)
43. Фрейд З. По ту сторону принципа наслаждения. Я и Оно. Неудовлетворенность культурой. – СПб.: Алетейя, 1998 [↑](#footnote-ref-43)
44. Шпаков А. О. Иллюзия рая. – СПб.: «Татьяна», «Зенит», 1999 [↑](#footnote-ref-44)
45. Козлов А. А. Бузина Т. С. Психологические особенности больных наркоманиями // Журнал неврологи и психиатрии 99 №10 [↑](#footnote-ref-45)
46. Вермсер Л. Компульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения под ред. С. Даулинга, М., 2000 [↑](#footnote-ref-46)
47. Люрссен Э. Проблема наркомании с точки зрения современного психоанализа // Энциклопедия глубинной психологии. Т.2. Новые направления в психоанализе. Психоанализ общества. Психоаналитическое движение. Психоанализ в Восточной Европе. Пер. с нем. / Общ. ред. А. М. Боковикова. – М., «Когито-Центр», МГМ, 2001 [↑](#footnote-ref-47)
48. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд. СПб.: «Союз», 1998 [↑](#footnote-ref-48)
49. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. Социальная структура и аномия. // Социологические исследования. - 1992. - №2-4. [↑](#footnote-ref-49)
50. Дарендорф Р. Современные социальные конфликты -"Иностранная литература", 1993, №4 [↑](#footnote-ref-50)
51. Курек Н. С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М., 1996 [↑](#footnote-ref-51)
52. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2000 [↑](#footnote-ref-52)
53. Гульдан В. В., Романова О.Л. Подросток-наркоман и его окружение // Вопросы психологии. 1993, №2. С. 26-32 [↑](#footnote-ref-53)
54. Раковская О. А. Социальные ориентиры молодежи: тенденции, проблемы, перспективы. М., 1993 [↑](#footnote-ref-54)
55. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – СПб., 1994 [↑](#footnote-ref-55)
56. Кон И. С. Психология ранней юности. М., 1989 [↑](#footnote-ref-56)
57. Бабаян Э. А. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии/ Под ред. Г. В. Морозова. М., 1988 [↑](#footnote-ref-57)
58. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994 [↑](#footnote-ref-58)
59. Козлов А. А., Рохлина М. Л. «Наркоманическая» личность // Журнал неврологии и психиатрии' 2000 № 7 [↑](#footnote-ref-59)
60. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Р.-на-Д., 1997 [↑](#footnote-ref-60)
61. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков // Психология индивидуальных различий/ Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. М., 1982 [↑](#footnote-ref-61)
62. Личко А. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М., 1999 [↑](#footnote-ref-62)
63. Эриксон Э. Идентичность. Теоретическая интерлюдия. // Психология самосознания. Хрестоматия. – Самара; БАХРАХ – М, 2000 [↑](#footnote-ref-63)
64. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.96 № 63-ФЗ в редакции от 28.12.2004, с изменениями от 30.01.2005 г. // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25 [↑](#footnote-ref-64)
65. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007 [↑](#footnote-ref-65)
66. Анастази А. Дифференциальная психология. Индивидуальные и групповые различия в поведении. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2001 [↑](#footnote-ref-66)
67. Ашмарин И. П., Каразеева Е. П., Стукалов П. В. Биохимические пути в исследовании психических и нервных болезней. // Нейрохимия: учебник для биологических и медицинских ВУЗов / под ред. акад. РАМН И. П. Ашмарина и проф. П. В. Стукалова. М.: Изд. Ин-та биомедицинской химии РАМН, 1996 [↑](#footnote-ref-67)
68. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.96 № 63-ФЗ в редакции от 28.12.2004, с изменениями от 30.01.2005 г. // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25 [↑](#footnote-ref-68)
69. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007 [↑](#footnote-ref-69)
70. Фелинская Н. И. О некоторых спорных вопросах в проблеме психопатии. - Журн.

    невропат. и психиатр. 1965, вып. 11. [↑](#footnote-ref-70)
71. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.96 № 63-ФЗ в редакции от 28.12.2004, с изменениями от 30.01.2005 г. // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25 [↑](#footnote-ref-71)
72. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. – НГМА, 2001 [↑](#footnote-ref-72)
73. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий // Журнал невропатологии и психиатрии. Т.97. № 9. 1997 [↑](#footnote-ref-73)
74. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология. М., 1998 [↑](#footnote-ref-74)
75. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003 [↑](#footnote-ref-75)
76. Статья 22 УК РФ. «Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости» [↑](#footnote-ref-76)
77. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007 [↑](#footnote-ref-77)
78. Ермаков Ю.М., Исаков С.А., Симоненко А.В., Новиков В.П. Незаконный оборот наркотиков. Вопросы теории и практика противодействия. – М.: Юнити-Дана, 2006 [↑](#footnote-ref-78)
79. Пелипас В.Е. Этические проблемы в практической наркологии // Вопросы наркологии. № 1, 1998 [↑](#footnote-ref-79)
80. Соломзес Д. А., Чеурсон В., Соколовский Г. Наркотики и общество. М., 1998 [↑](#footnote-ref-80)
81. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007 [↑](#footnote-ref-81)
82. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. – СПб., 1998 [↑](#footnote-ref-82)
83. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология. М., 1998 [↑](#footnote-ref-83)
84. Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. Т.1. М.: Медпрактика-М, 2002 [↑](#footnote-ref-84)
85. Кесельман Л. Социальные координаты наркотизма, – СПб., 1999 [↑](#footnote-ref-85)
86. Ермаков Ю.М., Исаков С.А., Симоненко А.В., Новиков В.П. Незаконный оборот наркотиков. Вопросы теории и практика противодействия. – М.: Юнити-Дана, 2006 [↑](#footnote-ref-86)
87. Сердюкова Н. Б. Наркотики и наркомания. Ростов н/Д., 2000 [↑](#footnote-ref-87)
88. Ермаков Ю.М., Исаков С.А., Симоненко А.В., Новиков В.П. Незаконный оборот наркотиков. Вопросы теории и практика противодействия. – М.: Юнити-Дана, 2006 [↑](#footnote-ref-88)
89. Васильева Л.П., Гульдан В.В., Гусинская Л.В. и соавт. Особенности мотивации правонарушений против собственности, совершаемых психопатическими личностями // Профилактика общественно опасных действий психически больных. М., 1986 [↑](#footnote-ref-89)
90. Прохоров Л., Тащилин М. Назначение наказания и российская криминальная ситуация // Российская юстиция. 1999 № 8 [↑](#footnote-ref-90)
91. Материалы сайта: http://www.narcom.ru [↑](#footnote-ref-91)
92. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007 [↑](#footnote-ref-92)
93. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. - Новосибирск, Наука. – 1990 [↑](#footnote-ref-93)
94. Материалы сайта: http://www.narcom.ru [↑](#footnote-ref-94)
95. Врублевский А. Г. Наркомании и токсикомании: общие представления //Лекции по наркологии под. ред. Н. Н. Иванца, М., 2000 [↑](#footnote-ref-95)
96. Васильева Л.П., Гульдан В.В., Гусинская Л.В. и соавт. Особенности мотивации правонарушений против собственности, совершаемых психопатическими личностями // Профилактика общественно опасных действий психически больных. М., 1986 [↑](#footnote-ref-96)
97. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.96 № 63-ФЗ в редакции от 28.12.2004, с изменениями от 30.01.2005 г. // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25 [↑](#footnote-ref-97)
98. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманиями // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: Сборник научных трудов. СПб., 1991 [↑](#footnote-ref-98)
99. Двойменный И. А. Незаконный оборот наркотиков// СОЦИС 99 №5 [↑](#footnote-ref-99)
100. Додс Л. М Психическая беспомощность и психология аддикции // Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга, М., 2000 [↑](#footnote-ref-100)
101. Васильева Л.П., Гульдан В.В., Гусинская Л.В. и соавт. Особенности мотивации правонарушений против собственности, совершаемых психопатическими личностями // Профилактика общественно опасных действий психически больных. М., 1986 [↑](#footnote-ref-101)
102. Двойменный И. А. Незаконный оборот наркотиков// СОЦИС 99 №5 [↑](#footnote-ref-102)
103. Волынский А.Ф. Расследование преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков//Криминалистика. М., 1999. Гл. 23 [↑](#footnote-ref-103)
104. Волынский А.Ф. Расследование преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков//Криминалистика. М., 1999. Гл. 23 [↑](#footnote-ref-104)
105. Танасевич В.Г. Теоретические основы методики расследования преступления //Советское государство и право, 1976г., № 6 [↑](#footnote-ref-105)
106. БВС РФ №2 2002 г. [↑](#footnote-ref-106)
107. Луценко Е.П. Методика расследования преступлений, совершенных наркоманами. - М., 2006 [↑](#footnote-ref-107)
108. Волынский А.Ф. Расследование преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков//Криминалистика. М., 1999. Гл. 23 [↑](#footnote-ref-108)
109. Волынский А.Ф. Расследование преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков//Криминалистика. М., 1999. Гл. 23 [↑](#footnote-ref-109)
110. Волынский А.Ф. Расследование преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков//Криминалистика. М., 1999. Гл. 23 [↑](#footnote-ref-110)
111. БВС РФ №4 2004 г. [↑](#footnote-ref-111)
112. Криминалистика. Особенная часть / Ответ. Ред. В.Е. Корноухов. М.: ЮРИСТЪ, 2001 [↑](#footnote-ref-112)
113. Статья 229. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ [↑](#footnote-ref-113)
114. Статья 228. Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов [↑](#footnote-ref-114)
115. Луценко Е.П. Методика расследования преступлений, совершенных наркоманами. - М., 2006 [↑](#footnote-ref-115)
116. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.96 № 63-ФЗ в редакции от 28.12.2004, с изменениями от 30.01.2005 г. // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25 [↑](#footnote-ref-116)
117. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Клинические особенности постабстинентных нарушений при героиновой наркомании и некоторые подходы к их лечению // Журнал неврологи и психиатрии 99 №9 [↑](#footnote-ref-117)
118. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.96 № 63-ФЗ в редакции от 28.12.2004, с изменениями от 30.01.2005 г. // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25 [↑](#footnote-ref-118)
119. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.96 № 63-ФЗ в редакции от 28.12.2004, с изменениями от 30.01.2005 г. // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25 [↑](#footnote-ref-119)