

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ЧУЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

УДК: 343. 13: 343. 9 (575.2) (043.3).

Алиева Нурлан Касымовна

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НАРКОТИЗМА
В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**

**Специальность 12.00.08.: уголовное право и криминология; уголовно-
исполнительное право**

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата юридических наук

Научный руководитель
доктор юридических наук,
профессор Осмоналиев К.М.

Бишкек – 2013 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. НАРКОТИЗМ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ: КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	
1.1. Понятие наркотизма, характеристика его региональных и национальных тенденций развития	14
1.2. Факторы, обуславливающие наркоманию и незаконный оборот наркотиков в местах лишения свободы	53
ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМЫ И НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАРКОТИЗМА В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ	
2. 1. Правовые, организационные и иные меры предупреждения наркотизма в местах лишения свободы в Кыргызстане	81
2. 2. Зарубежный опыт предупреждения наркотизма в местах лишения свободы.....	97
2. 3. Пути повышения эффективности предупреждения наркотизма в местах лишения свободы	114
ВЫВОДЫ	140
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	144
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	145
ПРИЛОЖЕНИЯ	154

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- АРТ** - антиретровирусная терапия
- ВГС** – вирус гепатита С
- ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека
- ВК** - воспитательная колония
- ВОЗ** - Всемирная Организация Здравоохранения
- ГСИН КР** - Государственная служба исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики
- ГУИН** – Главное управление исполнения наказаний
- ЗПТ** – заместительная поддерживающая терапия
- ИВС** - изолятор временного содержания
- ИК** – исправительные колонии
- ЛЖВС** – лица, живущие с ВИЧ/СПИД
- МККК** - Международный Комитет Красного Креста
- МЛС** – места лишения свободы
- МТР** - Международная Тюремная Реформа
- МЮ КР** - Министерство юстиции Кыргызской Республики
- НПО** - неправительственная организация
- ОБСЕ** - Организация по Безопасности и Сотрудничеству в Европе
- ОЗТ** – опиоидная заместительная терапия
- ПИН** – потребитель инъекционных наркотиков
- ПЛС** – пожизненное лишение свободы
- ПОШИ** – пункты обмена шприцев (игл)
- ПКТ** - помещение камерного типа
- СИЗО** - следственный изолятор
- СПИД** – синдром приобретенного иммунодефицита
- УК КР** – Уголовный кодекс Кыргызской Республики
- УИК КР** - Уголовно-исполнительный кодекс Кыргызской Республики

УИС – уголовно-исполнительная система

УПК КР - Уголовно-процессуальный кодекс Кыргызской Республики

ШИЗО - штрафной изолятор

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертации. Среди множества острых проблем, стоящих сегодня перед государством и обществом, на одно из первых мест выходят наркомания и наркопреступность. Масштабно и системно они, по существу, уже приобрели все признаки глобальной угрозы здоровью нации и, следовательно, национальной безопасности страны.

Проблема наркомании и преступности, с ней связанной, актуальна для Кыргызстана более полутора веков. Не была она решена и в советские времена [1.с.5]. С распадом СССР и обретением независимости проблема наркотизма обострилась многократно. На протяжении последних пятнадцати лет правоохранительные органы изымают огромное количество наркотиков из незаконного оборота. Кыргызстан в силу причин геополитического характера стал страной международного наркотрафика из Афганистана, который производит на сегодняшний день более 75 % опия в мире. Известно, что страны, ставшие транзитными для наркотрафика, неминуемо сталкиваются с обвальным ростом наркомании. Последние десять лет угроза героиновой наркомании также способствует активному распространению СПИДа.

Активизация борьбы с наркотрафиком адекватно сказалась на увеличении доли лиц, отбывающих наказание за преступления, связанные с наркотиками. Так, в Кыргызской Республике уровень наркопреступности составляет от 10 до 12 процентов в структуре общей преступности. В места лишения свободы попадают не только лица, привлеченные к уголовной ответственности за незаконный оборот наркотиков, но и лица, страдающие наркоманией и осужденные за другие виды преступлений. Таким образом, по предварительным оценкам, не менее половины контингента мест лишения свободы знакомы с потреблением различных видов наркотиков, зависимы от них или участвуют в преступлениях, связанных с наркотиками. Многие из этих

людей уже не могут существовать без очередной «дозы» наркотика, и любыми путями стараются раздобыть его.

Не требует доказательства в силу своей очевидности тот факт, что наркотики в местах лишения свободы представляют двойную опасность. Они делают поведение без того непредсказуемых осужденных особо опасным. Наркотики, безусловно, используются неформальными лидерами, т.н. «ворами в законе», «положенцами» и т.п., для укрепления власти криминальных структур и нередко для оказания скрытого либо явного сопротивления администрации учреждений исправительных учреждений. В ходе подавления т.н. тюремных бунтов осенью 2005 г., международной организацией «Кризис Групп» названных «тюремными кошмарами» [2,с.1] правоохрнительными органами были обнаружены плантации наркосодержащих растений, культивировавшихся прямо на территории колонии № 31. При проведении мероприятий по зачистке СИЗО №1 в январе 2012 г. спецподразделениями ГСИН КР наряду с колюще-режущими предметами и деньгами выявлены наркотические средства.

Вскрываются также факты участия персонала исправительных колоний в незаконном обороте наркотиков, коррупционных связей, что также негативно сказывается на состоянии режима отбывания наказания. Попытки наркодилеров наладить каналы поставки наркотиков в исправительные учреждения явление не редкое. Основопологающий закон экономики - "спрос рождает предложение" работает и на территории, казалось бы, полностью изолированного от общества учреждения. Бизнес на «белой смерти» остается одним из наиболее прибыльных видов преступной деятельности.

Преступников нередко привлекают к ответственности, но на их месте появляются новые «дельцы». Потому основное противодействие наркоугрозе должно быть сконцентрировано на предупреждении (пресечении) наркопреступлений, профилактике наркомании. Привыкание, адаптация наркозависимых заключенных в местах лишения свободы проходит

значительно тяжелее, чем в среднем по общей картине. Помимо резкой оторванности от вещества, вызвавшего зависимость, дополнительным отягчающим фактором являются психологические особенности этой группы людей.

Исследования, проведенные в разных странах, иллюстрируют степень потребления наркотиков в тюрьмах. Например, в странах Европейского Союза число заключенных, сообщивших, что когда-то употребляли наркотики, составляет от 29% до 86%, причём в большинстве исследований эти показатели равны или превышают 50%. Число заключенных, активно потребляющих наркотики, находясь в тюрьме, колеблется между 16% и 54%. Данные исследований в странах Европейского Союза показывают, что доля потребителей наркотиков среди находящихся в тюрьмах женщин даже выше. Обследование в Канаде, проведенное Канадской системой исправительных учреждений в 1995 году, выявило, что 40% заключенных начали употреблять наркотики после прибытия в данное исправительное учреждение [3, с. 23].

Как показывают исследования, проведенные в России, у наркозависимых заключенных срок отбывания наказания проходит гораздо более беспокойно, чем у заключенных в среднем: если в среднем число взысканий равно 0,3, то у наркозависимых заключенных оно возрастает до 2,1 взыскания на человека. 7,5% наркозависимых заключенных совершают во время нахождения в местах заключения членовредительство [4, с.45]. Похожая ситуация во всех постсоветских странах. Очевидна связь уровня наркотизации контингента и уровня криминогенности мест лишения свободы.

Однако существующие механизмы предупреждения, направленные на борьбу с наркотизмом в местах лишения свободы, как показывает практика правоприменения, не способствуют стабилизации наркоситуации. Новая криминологическая ситуация требует применения современных приемов управления процессами борьбы с наркотизмом. Трудно не согласиться с А. Шагивалиевым утверждающим, что долгое время тема тюрем и учреждений

системы исполнения наказаний в виде лишения свободы оставалась закрытой и порой недоступной для научных исследований либо могла быть доступна лишь ограниченному кругу лиц [5, с. 48].

Вышеперечисленное определяет актуальность темы исследования.

Связь темы диссертации с крупными научными программами (проектами) и основными научно-исследовательскими работами.

Диссертационная работа является инициативной.

Цель и задачи исследования.

Цель исследования: разработка теоретических основ организации предупредительной деятельности в сфере противодействия наркотизму в местах лишения свободы; выработка предложений и рекомендаций по повышению эффективности соответствующих мер профилактики.

Для достижения названных целей поставлены следующие исследовательские **задачи**:

- охарактеризовать состояние и тенденции наркотизма на региональном и национальном уровнях;
- дать понятие феномена наркотизма в местах лишения свободы;
- исследовать состояние криминальной ситуации в местах лишения свободы, связанной с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков;
- описать формы антинаркотиковой предупредительной деятельности в местах лишения свободы (профилактики наркомании и пресечения незаконного оборота наркотиков);
- рассмотреть международный опыт организации предупреждения наркомании и наркопреступности в местах лишения свободы;
- сформулировать основные направления повышения эффективности предупреждения наркотизма в местах лишения свободы;
- разработать новые предложения и рекомендации по развитию системы противодействия наркотизму в местах лишения свободы.

Научная новизна полученных результатов. Настоящее исследование

является в науке уголовно-исполнительного права и криминологии Кыргызстана первым комплексным исследованием проблем предупреждения наркотизма в местах лишения свободы.

Предлагаемая работа отличается комплексным подходом к изучению проблемы наркотизма в криминологическом аспекте. Новизна исследования определяется и тем, что новой является содержащаяся в диссертации информация количественно-качественного характера, представляющая как теоретический, так и практический интерес. Выводы и предложения исследования основаны на изучении современной криминальной ситуации, сложившейся в сфере борьбы с наркотизмом в местах лишения свободы.

Предложенные рекомендации по совершенствованию действующих и применению новых предупредительных мер позволят, на взгляд автора, повысить эффективность профилактики наркомании и незаконного оборота наркотиков в местах лишения свободы. Отличаются новизной и сформулированные по результатам исследования выводы и предложения.

Практическая значимость полученных результатов. Заключается в получении определенных новых знаний о наркомании, криминологических характеристиках и предупреждении преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков в местах лишения свободы.

Научный материал диссертации может быть использован в преподавании криминологии и пенологии. Предложения по совершенствованию практической деятельности по предупреждению наркотизма имеют прикладное значение и могут найти применение в этих видах деятельности, а также в теоретических исследованиях данной проблемы.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Вывод о том, что проблема наркотизма для стран отдельных стран Центральной Азии, в частности Кыргызстана, имеет долговременный и значимый характер и осложняется такими негативными явлениями как международный терроризм, организованная преступность и религиозный

радикализм, создающими прямые угрозы жизнеспособности общества и целостности государства в условиях переходного периода. При этом сложная и проблемная ситуация с распространением наркомании и незаконного оборота в обществе зеркальным образом отражается и на криминогенной ситуации в местах лишения свободы.

2. Авторское определение наркотизма в местах лишения свободы Кыргызской Республике как негативного социального явления, характеризующегося совокупностью немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ (наркомании) и уголовно-наказуемых деяний, связанных с наркоманией (незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ) в учреждениях системы исполнения наказаний в виде лишения свободы.

3. Характеристика состояния наркотизма в местах лишения свободы как предпосылки реформирования уголовно-исполнительной политики, заключающаяся в необходимости пересмотра концептуальных и практических подходов в организации профилактики наркомании и предупреждения незаконного оборота наркотиков.

4. Вывод о том, что уровень криминогенности в местах лишения свободы напрямую связан с состоянием незаконного оборота наркотиков и эффективности мер противодействия со стороны администрации мест лишения свободы. Наркотические средства, как и другие запрещенные психоактивные вещества, используются организованной преступностью, т.н. «общаком» как инструменты влияния на лиц, отбывающих наказания в местах лишения свободы. На уровень криминогенности также влияет коррумпированность отдельных сотрудников администрации мест лишения свободы.

5. Вывод о том, что постоянная деятельность по профилактике наркомании в рамках модели «Снижения вреда» является мерой двойной превенции распространения ВИЧ – инфекции, ВГС и других сопутствующих заболеваний.

6. Современные задачи предупреждения наркомании и незаконного оборота наркотиков в местах лишения свободы состоят в проведении администрацией исправительных учреждений гибкой политики, направленной на использование стратегий эффективной наркополитики, суть которой заключается в оптимальном балансе реализации стратегии «снижения вреда» в отношении наркопотребителей и жесткой рестриктивной политики в отношении наркораспространителей.

7. Предложения по совершенствованию системы предупредительных мер в сфере противодействия наркотизму в местах лишения свободы с учетом международного опыта, включающие как традиционные меры воздействия, так и апробированные методики, например, использование стратегии «снижения вреда» в профилактике наркомании. Построение модели «чистой зоны» представляется в качестве одного из современных позитивных примеров организации профилактики наркомании в местах лишения свободы.

8. Вывод о том, что построение и функционирование эффективной и объективной системы общественного и иного мониторинга мест лишения свободы, в том числе в отношении лиц, страдающих наркозависимостью, позитивно скажется на уровне защиты прав лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы.

Личный вклад соискателя. Состоит в том, что основные научные результаты диссертационного исследования получены лично автором. Положения, выносимые на защиту, разработаны диссертантом единолично.

Апробации результатов исследования. Осуществлены путем публикаций, участия в научно-практических конференциях и внедрения научных разработок, методических рекомендаций.

Результаты исследования докладывались соискателем на научно-практических конференциях в рамках реализации Компонента 2 «Поддержка реформы пенитенциарной системы в Кыргызской Республике» Проекта ЕС «Поддержка реформы судебной системы в Кыргызской Республике»:

«Современный тюремный менеджмент: проблемы и перспективы» (ноябрь 2009 г., Кыргызстан); «Проблемы ресоциализации осужденных и прогностики в пенитенциарной системе Кыргызской Республики» (ноябрь 2009 г., Кыргызстан).

Отдельные положения диссертационного исследования нашли свое отражение при преподавании соискателем предметов «Уголовно-исполнительное право», «Криминология», «Предупреждение преступлений и административных правонарушений ОВД Кыргызской Республики» в Академии МВД Кыргызской Республики и Чуйском университете.

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. Основные выводы и предложения, содержащиеся в диссертации, опубликованы в 7 научных статьях (общим объемом 3,5 п.л.):

1. Алиева, Н.К. Организационно-правовые меры борьбы с преступлениями, связанными с наркотизмом в Кыргызской Республике [Текст] / Н.К. Алиева // Вестн. Акад. МВД КР. – Бишкек. - 2009. – вып. 10. ч. 1. – С. 42-47.

2. Алиева, Н.К. Борьба с наркоманией в пенитенциарной системе Кыргызской Республики [Текст] / Н.К. Алиева // Реформирование органов внутренних дел в условиях демократического и правового государства: сб. мат. межд. научно-практ. конф. – Бишкек: Академия МВД КР. - 2009. – вып. 10. ч. 2. – С. 14-16.

3. Алиева, Н.К. Основы воспитательного воздействия на осужденных-наркоманов [Текст] / Н.К. Алиева // Социальные и гуманитарные науки. – Бишкек. - 2009. - № 7-8. – С. 96-100.

4. Алиева, Н.К. Роль профилактики в борьбе с наркоманией в исправительных учреждениях УИС Кыргызской Республики [Текст] / Н.К. Алиева // Вестн. Карагандинского ЮИ МВД РК. - 2009. – вып. __. – С. 89-94.

5. Алиева, Н.К. Профилактика наркотизма в местах лишения свободы [Текст] / Н.К. Алиева // Известия ВУЗов. - 2010. - №3. - С. 239-244.

6. Алиева, Н.К. Меры по противодействию наркотизму в учреждениях пенитенциарной системы Кыргызской Республики [Текст] / Н.К. Алиева // Ученые труды Академии МВД Республики Казахстан. – Алматы. - 2010. - С. 113-119.

7. Алиева, Н.К. Криминологическая характеристика лиц, участвующих в незаконном обороте наркотиков [Текст] / Н.К. Алиева // Известия ВУЗов. – Бишкек. - 2010. - №3. - С. 265-269.

Структура и объем диссертации. Определены целью и задачами исследования. Она состоит из введения, двух глав, содержащих пяти разделов, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы, а также приложения с результатами исследования.

ГЛАВА 1. НАРКОТИЗМ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ: КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

1.1. Понятие наркотизма, характеристика его региональных и национальных тенденций развития

Прежде чем приступить к криминологической характеристике наркотизма в местах лишения свободы в Кыргызской Республике, представляется целесообразным уточнить с понятийным аппаратом. Для данного исследования имеют важное значение понятие наркотизма.

Появление в научном и практическом обиходе понятия «наркотизм», наряду с такими понятиями, как «наркомания», «незаконный оборот наркотических средств» и т.п., обусловлено многоаспектностью проблем, возникающих в процессе злоупотребления наркотиками, его распространения в обществе и в связи с порождаемым им спросом на наркотики [10, с. 5].

Данные понятия, несмотря на определенное смысловое сходство, отражают разные грани того широкого спектра проблем, которые связаны с этим негативным социальным явлением.

Различные аспекты борьбы с наркотизмом и незаконным оборотом наркотиков в разное время исследовались в работах советских, российских, казахских и др. ученых. Большой вклад в разработку этого научного направления внесли Н.М. Абдиров, Р.О. Авакян, Л.Н. Анисимов, Т.А. Боголюбова, А.А. Габиани, П.Ф. Гришанин, М.Г. Икрамова, М.К. Кадыров, Д.Д. Кажарский, Б.Ф. Калачев, Ю.А. Карпович, К.Ш. Курманов, А.И. Лукашов, Г.М. Меретуков, Г.М. Миньковский, Н.А. Мирошниченко, А.А. Музыка, Н.И. Ожиганов, В.И. Омигов, В.П. Ревин, Э.Ф.Побегайло, В.Н.Смитиенко, П.Н. Сбирунов, Б.П. Целинский и др.

В Кыргызстане современные вопросы уголовно-правовой борьбы с наркотизмом исследовались К.Ш. Курмановым, К.М.Осмоналиевым,

Б.Б.Ногойбаевым, А.Н. Адиловым, М.К.Саяковой и некоторыми другими отечественными учеными.

Мы разделяем позицию ученых, которые считают, что термин «наркотизм» употребляется «для обозначения социального явления, сущность которого состоит в приобщении к употреблению наркотиков отдельных групп населения» [11, с. 6].

Некоторые казахстанские ученые считают, что наркотизм «выступает не только питательной средой либо следствием влияния преступности на социальные процессы, но и такой своей частью как наркобизнес во многом существенно инициирует качественно негативные изменения в ней, и особенно, в организованной ее части» [12, с. 6].

Анализ нормативно-правовой базы противодействия наркотизму также приводит к выводу, что содержание рассматриваемого понятия достаточно широкое. Так, согласно ст.2 Соглашения между Правительством Республики Казахстан, Правительством Кыргызской Республики и Правительством Республики Узбекистан "О сотрудничестве в борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ и злоупотреблении ими" от 5 апреля 1996 г. под наркотизмом понимается совокупность социальных, правовых и медицинских проблем, связанных с наркотиками [13].

Огромные масштабы распространения наркомании в последние десятилетия, разнообразие и обширность негативных аспектов этого заболевания привели к осмыслению данного явления как проявления определенного социального феномена, который обозначают понятием «**наркотизм**». Причем, если раньше термины наркомания и наркотизм зачастую использовались как синонимы, то в настоящее время их не отождествляют. Разграничение этих понятий имеет научное, методологическое и практическое значение. Из их разделения следуют неоднородные методы изучения соответствующих явлений и процессов, исследования их детерминант, определяются формы противодействия. В то же время

рассматривать наркоманию и наркотизм изолированно друг от друга не имеет смысла, так как они находятся в тесной постоянной взаимосвязи [14].

В отличие от медицинского понятия «наркомания», наркотизм отражает суть общественного явления. Наркотизм является качественно новым понятием, более широким и объемным, чем наркомания, поскольку включает в себя помимо медицинского и социального, также экономический, правовой, криминологический и другие аспекты.

Из множества современных определений наркотизма наиболее полно отражает все его аспекты следующее: *наркотизм* – это негативное социальное явление международного плана, характеризующееся приобщением отдельной части населения страны к немедицинскому потреблению наркотических средств и психотропных веществ, находящихся под специальным международным и внутригосударственным контролем, а также участием в организации и осуществлении их нелегального оборота как в национальных рамках, так и в межгосударственных масштабах [15].

Медицинский аспект наркотизма обусловлен приобщением к злоупотреблению наркотиками определенной части населения. Помимо описанных выше последствий наркомании для здоровья отдельного потребителя, злоупотребление наркотиками негативно сказывается и на процессе репродукции населения страны: снижается производительная функция наркоманов, их дети появляются на свет с различными отклонениями.

Социальный аспект наркотизма вытекает из медицинского и проявляется в совокупности негативных социальных проявлений и их последствий. Все социальные проблемы, связанные со злоупотреблением наркотиками, Комитет экспертов ВОЗ объединяет в две основные группы: нарушение межличностных отношений потребителей наркотиков и распространение неблагоприятных последствий на многих людей [16].

Наиболее ярко социальная опасность наркотизма отражается в его международном, транснациональном характере. С этим явлением сталкиваются

все современные государства, оно угрожает жизни и здоровью всего населения нашей планеты. Наркотизм имеет тенденции к омоложению, феминизации, проникновению соответствующей специфической субкультуры во все социальные слои населения. Особую опасность представляет распространение наркомании в местах лишения свободы.

На фоне слабой антинаркотической политики наркотизм оказывает влияние на все стороны общественной жизни: экономику, социальную сферу, физическое и духовное здоровье населения, культуру, демографию и особенно на преступность.

Экономический аспект наркотизма проявляется в том, что незаконный оборот наркотиков порождает колоссальный по своим масштабам теневой оборот денежных средств. Кроме того, государство затрачивает на медицинское обслуживание наркоманов значительные средства, отвлекая тем самым часть средств от решения других проблем здравоохранения. Из сферы материального и духовного производства происходит постоянный отток рабочей силы, наркоманы составляют сегодня огромную, ничего не производящую, а только лишь потребляющую часть населения. Затраты государственных средств на пресечение незаконного оборота наркотиков не дают сколько-нибудь ощутимого результата.

Правовой аспект наркотизма в нашем государстве обусловлен запретом потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, установленным в Законе Кыргызской Республики от 22 мая 1998 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах». Незаконное потребление и хранение наркотиков без цели сбыта в незначительных размерах влечет административную ответственность по ст.91-2 КоАО КР. Современная уголовно-правовая политика демонстрирует постепенное расширение и ужесточение уголовной ответственности за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков (ст. 246-251 УК Кыргызской Республики).

Криминологический аспект наркотизма обусловлен тем, что он неразрывно

связан с преступностью. Во-первых, лица, злоупотребляющие наркотиками, вследствие ограничения их оборота, регулярно совершают правонарушения, значительная часть которых подпадает под запрет уголовного кодекса. Во-вторых, для наркоманов характерно совершение посягательств корыстной и корыстно-насильственной направленности ради получения средств для приобретения очередной дозы. В-третьих, данные лица, проявляя свою агрессивность под воздействием наркотиков, нередко совершают насильственные преступления [16].

Таким образом, термин «наркотизм» используется в качестве самого широкого понятия, охватывающего все аспекты проблемы незаконного оборота наркотических средств (социальный, экономический, политический и другие аспекты).

С учетом изложенного, в нашем исследовании под понятием наркотизма мы имеем ввиду социальное явление, характеризующееся совокупностью наркомании (немедицинским потреблением наркотических средств или психотропных веществ) и незаконных действий, связанных с наркоманией (незаконным оборотом наркотических средств или психотропных веществ).

Согласно оценкам Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) в 2009 г. [17] в мире приблизительно 185 миллионов человек употребляли наркотики, что составляет около 3 процентов населения. К 2010 году это число увеличилось до 230 миллионов человек или 5 % взрослого мирового населения¹ [17].

Объем мирового потребления запрещенных наркотиков оставался стабильным в течение пяти лет, включая 2010 год, составляя от 3,4 до 6,6 процента взрослого населения (лиц в возрасте 15–64 лет). Тем не менее примерно 10–13 процентов потребителей наркотиков продолжают составлять группу проблемных наркопотребителей с наркотической зависимостью и/или с

¹ Под понятие «потребители наркотиков» включены лица, хотя бы раз употребившие наркотики в течение года, предшествовавшего оценке.

нарушениями, связанными с потреблением наркотиков; при этом высокая распространенность инфицирования ВИЧ (по оценкам, около 20 процентов), гепатитом С (46,7 процента) и гепатитом В (14,6 процента) среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, по-прежнему усугубляет общемировое бремя болезней, и, наконец, что также крайне важно, примерно один из каждых 100 случаев смерти среди взрослого населения связан с употреблением запрещенных наркотиков.

Опиоиды по-прежнему остаются доминирующим видом наркотиков, на долю которых приходится основная часть обращений за медицинской помощью в Азии и Европе; они также являются одной из основных причин обращения за наркологической помощью в Африке, Северной Америке и Океании. Лечение от кокаиновой зависимости и ее последствий характерно главным образом для Северной и Южной Америки, в то время как каннабис – это основное наркотическое средство, являющееся причиной обращения за медицинской помощью в Африке.

Обращения за медицинской помощью в связи с потреблением стимуляторов амфетаминового ряда (САР) наиболее распространены в Азии. На глобальном уровне двумя наиболее широко употребляемыми запрещенными наркотиками по-прежнему являются каннабис (общемировой показатель распространенности потребления в течение года от 2,6 до 5 процентов) и САР, за исключением "экстази" (0,3–1,2 процента), однако данные по их производству имеются в недостаточном количестве. Общий объем производства и культивирования коки, по имеющимся данным, остается стабильным, в то время как производство опиума вернулось на уровни, сопоставимые с 2009 годом.

Общемировой показатель распространенности потребления в течение года кокаина и опиатов (опий и героин) среди взрослого населения в возрасте 15–64 лет остается стабильным, в диапазоне от 0,3–0,4 процента и 0,3–0,5 процента соответственно [18].

Наиболее употребляемым наркотиком остается каннабис, который потребляют около 150 миллионов человек. Следующим по популярности являются стимуляторы амфетаминового ряда (САР). Стимуляторы типа амфетамина и метамфетамина потребляют около 30 миллионов человек, на долю «экстази» приходится примерно 8 миллионов. Около 15 миллионов человек употребляют т.н. опиаты (героин, морфин, опий), из них чуть больше 9 миллионов – потребители героина. Примерно 13 миллионов человек в мире потребляют кокаин.

Таким образом, принимая во внимание условную классификацию наркотиков на «тяжелые» и «легкие» по критерию негативного влияния на организм человека, человечество потребляет в основном продукты каннабиса – 76,6 процента от всех потребляемых наркотиков.

По оценкам экспертов УНП ООН процесс распространения злоупотребления наркотиками, возможно, замедляется [19, с. 3]. Вместе с тем анализ данных об изъятиях наркотиков за период 1990 – 2000 годов свидетельствует о стремительном росте изъятий стимуляторов амфетаминового ряда в последние пять лет, при этом самые крупные изъятия приходились на «экстази».

Согласно оценочным данным о количестве лиц, употребляющих наркотики инъекционно, полученных из 130 стран мира, таковых в мире приблизительно 13 миллионов человек. Однако 78 % из них проживают в развивающихся странах. Как известно, инъекционный способ потребления наркотиков чреват распространением опаснейших инфекционных заболеваний: ВИЧ инфекций, гепатита и т.п. Таким образом, проблема инъекционной наркомании порождает клубок трудноразрешимых проблем. И большинство таких проблем появляется в развивающихся странах, которые не имеют возможностей для соответствующих профилактических мероприятий. И чем дальше, тем ситуация усугубляется, принимая катастрофический характер. От 34 до 46 миллионов человек на начало 2004 г. страдало ВИЧ инфекцией или СПИДом, при этом

только в 2003 году инфицированы от 4,2 миллиона до 5,8 миллиона человек, умерли от СПИДа от 2,5 до 3,5 миллионов человек. Следует отметить, что большинство из этих несчастных людей были инфицированы половым путем. Вместе с тем, ВИЧ инфекция в странах Восточной Европы и Центральной Азии стремительно увеличивается за счет в основном инъекционных наркоманов. Инъекционная наркомания стала в этих регионах спутником ВИЧ инфекции.

В Восточной Европе и Центральной Азии по оценкам ООН живет около 3,2 миллиона инъекционных наркоманов, в Южной и Юго-Восточной Азии – 3,3 миллиона, Восточной Азии и Тихоокеанском регионе – 2,3 миллиона. В Западной Европе и Северной Америке соответственно – по 1,2 и 1,4 миллиона инъекционных наркоманов. Данные цифры позволяют констатировать, что жертвами, например, героиновой экспансии стали в первую очередь не развитые страны Запада, а страны транзита – т.е. развивающиеся страны.

Наиболее опасными для здоровья человека являются полусинтетические (героин, кокаин) и синтетические наркотики (например, стимуляторы амфетаминового ряда, экстази). На долю опиатов, например, приходится 67 процентов общего объема лечения в Азии и 61 процент в Европе. Интересно отметить, что, несмотря на очевидные тенденции глобализации, по-прежнему лидирующее положение кокаин занимает в основном в Южной и Северной Америке, каннабис – в Африке, метамфетамины – в Юго-Восточной Азии и Океании. Однако следует ожидать дальнейшую экспансию этих наркотиков в различные страны мира. Особенно динамичным будет продвижение синтетических наркотиков амфетаминового ряда в Европе, включая восточную Европу, Центральную Азию.

Следует при этом отметить, что по данным УНП ООН 31 % изъятий в Северной и Южной Америке приходится на вещества кокаинового ряда. В Африке в 2002 г. на долю каннабиса приходилось 99 % изъятий всех наркотиков. В 2002 г. на Океанию пришлось более половины изъятий стимуляторов амфетаминового ряда [20].

Интересно отметить, что на протяжении последних десяти лет площади незаконных посевов в «Золотом треугольнике» уменьшались, а в Афганистане, относящемуся, как известно, к району «Золотого полумесяца», стабильно увеличивались. За исключением 2001 года, когда Афганистан производил около 3 тысяч метрических тонн опия ежегодно.

При этом следует учесть тот факт, что климатические условия для произрастания опия в Афганистане более благоприятны, по сравнению с «Золотым треугольником»: если в Мьянме с одного гектара собирают от 6 до 10 кг опия - сырца, то в Афганистане урожайность достигает 40 кг с гектара.

Феномен Афганистана как крупнейшего мирового наркопроизводителя возник не на пустом месте. Министр иностранных дел Афганистана А. Абдулах пояснил по этому вопросу: «Не будем забывать, что исторические несчастья Афганистана и проблемы политики на протяжении свыше двух последних десятилетий породили сельское хозяйство, связанное с опийным маком, в обширных областях нашей страны. Мы не сталкивались с этой проблемой 25 лет назад. Основные причины возросшей зависимости от культивации опийного мака прямо связаны с вторжениями, массовыми выездами людей, засухой, войной и бедностью. Афганистан был страной, достаточно обеспечивающей себя продукцией сельского хозяйства до 1978 г., но внутренние условия затем ухудшились, наркотики становились средством выживания для многих в стране, но также очень выгодным бизнесом производителей, контрабандистов и криминальных кругов в нашем регионе и за пределами» [21].

Эффект возрастания производства и высоких цен объясняет оценочную стоимость произведенных наркотиков в \$ 1,2 миллиарда, что составляет 19 % афганского ВВП. Вместе с тем, доходы от незаконного культивирования опийного мака представляют главный источник дополнительного дохода для афганских крестьян (приблизительно 3,3 миллиона афганцев сказали о зависимости от наркоэкономики), 98 % выгоды от наркотрафика извлекаются в

странах-потребителях, что составляет 25 миллиардов американских долларов [22].

В 2009 году нелегальное культивирование имело место в 28 провинциях Афганистана из 32 (для сравнения: в 1999 г. – только 18 провинций были вовлечены в незаконное культивирование). В 2009 г. средний доход от выращивания опийного мака составил 12,700 американских долларов с гектара, что намного выше, чем доход от культивирования пшеницы - 222 доллара с гектара. Согласно исследованию Управления ООН по наркотикам и преступности 69% всех опрошенных фермеров в местностях выращивания опийного мака в Афганистане высказали намерение увеличить выращивание опийного мака в 2010 г., 16% собирались оставаться на прежних позициях и только 4% - решили уменьшить посевы опийного мака [23,с.3]. Оптимистические прогнозы на уменьшение посевов опия с началом контртеррористической операции в 2001 г. не оправдались, так же как и провалились попытки установления системы альтернативного сельского хозяйства. Наиболее реальных результатов в этой области достигли в 2001 г. власти талибов, практиковавшие жестокие меры наказания, в первую очередь телесные, по отношению к повинившимся фермерам: им удалось сократить почти полностью посевы опия (с 3 тысяч мт, до 185 мт).

Следует также отметить, что Пакистан – государство, входящее в район «Золотого полумесяца» культивировал опийный мак на незначительных (по сравнению с Афганистаном) площадях: с 1992 г. по 2002 г. площадь опийных плантаций уменьшилась с 9,400 га до 243 га. Иран, объявив джихад наркотикам, с начала 80-х годов ликвидировал все посевы опийного мака.

В 2011 году мировое производство опия составило 7000 тонн. Это более чем на 20% ниже пикового уровня 2007 года, но выше низкого уровня 2010 года, когда болезнь растений уничтожила половину урожая опийного мака в Афганистане, который по-прежнему является крупным производителем опия в мире.

В то время как некоторые общие характеристики проблемы остаются относительно постоянными в течение последних нескольких десятилетий, в динамике и тенденциях производства, незаконного оборота и потребления запрещенных наркотиков происходят существенные сдвиги. За последние сто лет произошло явное сокращение незаконного рынка опиатов – самого проблемного вида наркотических средств. В период с 1906/07 по 2010 год законное и незаконное производство опия (в том числе в виде маковой соломки) сократилось примерно на три четверти. Это сокращение имело место главным образом в первой половине XX века.

Мировой уровень производства опия вновь возрастал вплоть до 2000 года и после этого оставался в основном стабильным. Хотя за последние десять лет потребление опиатов стабилизировалось или снизилось в Западной Европе (которая в течение длительного времени являлась ключевым рынком для потребления героина), динамика других рынков развивалась разнонаправленно. Мировой рынок кокаина, напротив, расширялся с конца XIX века и лишь недавно продемонстрировал некоторые признаки спада. Мировое производство кокаина резко увеличилось в 1980-е и 1990-е годы и стабилизировалось только за последнее десятилетие. Тем не менее в последние годы, по имеющимся данным, количество кокаина, имеющееся в наличии для потребления, уменьшилось (с учетом объемов, изъятых вдоль маршрутов незаконного оборота наркотиков). Потребление кокаина в Северной Америке – регионе с самым большим рынком сбыта кокаина – значительно сократилось за последнее десятилетие, хотя это сокращение было частично компенсировано ростом потребления в Европе и Южной Америке.

Каннабис был и остается наиболее широко распространенным запрещенным наркотиком в мире. В то время как в ряде развитых стран потребление каннабиса остается стабильными или снижается, во многих развивающихся странах по-прежнему наблюдается его рост. В настоящее время во многих развитых странах получило широкое распространение гидропонное

выращивание каннабиса, нередко в закрытом грунте. В результате появился более сильнодействующий наркотик, стали более короткими цепочки снабжения и сократилась потребность в межрегиональном незаконном обороте. В отличие от текущих общих тенденций в области наркотиков растительного происхождения, незаконное изготовление и потребление САР продолжают расти. В период 1998–2010 годов мировой объем изъятий САР увеличился почти в три раза, что гораздо больше роста объема изъятий для наркотиков растительного происхождения. Наиболее значительный рост спроса за последнее десятилетие зарегистрирован в странах Азии. Потребление наркотиков представляет собой весьма динамичное явление в условиях, когда потребители пробуют различные комбинации веществ, подчас смешивая легальные и запрещенные наркотики, а также используя различные способы употребления. По сообщениям, во многих странах растет "полинаркомания", то есть одновременное или поочередное потребление различных психоактивных веществ. Хотя наиболее распространенной является комбинация алкоголя и различных запрещенных наркотиков, во многих местах также довольно часто встречается такая комбинация, как "спидбол" – смесь кокаина и героина. Во многих странах сообщается о высоком уровне немедицинского использования лекарственных средств рецептурного отпуска.

Особенно серьезную проблему представляет немедицинское употребление опиоидов: так, с 1999 года в Соединенных Штатах в четыре раза возросло число случаев смерти от передозировки опиоидов рецептурного отпуска [24].

Определенный интерес представляет собой география изъятий опиатов и героина в частности. Так, в 2008 г. во всем мире изъято 49 255 кг героина. Самые крупные изъятия зафиксированы в Азиатском регионе – 28374 кг. Четверка мировых лидеров по изъятиям героина в 2002 г. выглядит следующим образом: Китай – 9290 кг, Пакистан – 5870 кг, Иран – 3977 кг, Таджикистан – 3958 кг [25, с.270, 333]. После Азиатского региона наиболее крупные изъятия героина в 2002 году осуществлены в Европе – 15216 кг. Лидерами изъятий

героина являются следующие страны – Великобритания – 3928 кг, Италия – 2584 кг, Турция – 2557 кг, Нидерланды - 1122 кг. В том же году Америке Северной и Южной изъято 3051 кг, из которых 2765 кг героина приходится на Соединенные Штаты. В Африке изъято всего 283 кг героина.

Незаконное производство и оборот продуктов каннабиса. В 2008 г. отмечен рост производства марихуаны, оценочное количество которой достигает 32 тыс. тонн. Северная Америка является крупнейшим в мире рынком каннабиса, на долю которого приходится две трети изъятий марихуаны. В свою очередь Западная Европа является крупнейшим в мире рынком сбыта гашиша, общемировой объем производства которого составляет 7,4 тыс. тонн. Примерно 3 тыс. тонн гашиша производится в Марокко. Среди стран производителей в Европе в отчетах ООН отмечают Албанию и Нидерланды. Как уже ранее указывалось, оборот продуктов каннабиса имеет наиболее широкие масштабы и практически затрагивает все страны. Объемы изъятий каннабиса, как правило, превосходят объемы изъятий других видов наркотиков. Так, в 2008 г. в мире было изъято в общей сложности около 5800 тонн продуктов каннабиса: из них - 4700 тонн марихуаны, более 1000 тонн гашиша и более 1000 тонн масла каннабиса, что в совокупности превышает объемы изъятия кокаина в 15 раз, героина – в 100 раз.

Мировой калейдоскоп изъятий гашиша по итогам 2008 г. выглядит следующим образом: 733 тонны изъято в Европе, 262 тонны - в Азии, 74 тонны – в Африке (из которых 66 тонн в Марокко) и всего 2,6 тонны в Америке. Столь огромный объем изъятия гашиша в Европе объясняется рекордным изъятием гашиша в Испании – 564 тонны!!![14, с. 315].

Впрочем, в предыдущие годы Испания изымала из незаконного оборота не меньшие объемы гашиша: 474 тонны в 2000 г., 514 тонн в 2001 г.

Кроме Испании крупные изъятия осуществлены в Великобритании – 59 тонн, 7 тонн – в Португалии, 1,4 тонны – в Российской Федерации. В Азии в

том же году Пакистан изъяс 85 тонн гашиша, Иран – 64 тонны, Афганистан – 50 тонн, Ливан – 28 тонн, Шри-Ланка – 20 тонн.

Рекордсменом по изъятию марихуаны в 2008 г. стала Мексика – изъято 1633 тонны, затем следуют США – 1110 тонн, Индия изъясла 93 тонны, Колумбия – 76 тонн, Нидерланды – 42 тонны. Заметим, что центральноазиатские и кавказские страны изъясли в совокупности около 23 тонн марихуаны, что почти в семьдесят раз меньше, чем в Мексике.

Незаконное производство и оборот стимуляторов амфетаминового ряда (САР). Вероятно, наиболее угрожающей тенденцией последнего десятилетия в общемировой наркоситуации можно выделить расширение масштабов производства и потребления САР. Если в начале 90-х годов доля лабораторий, производящих САР, не превышала 20 процентов, то в 2008 г. из ликвидированных правоохрательными органами 11900 лабораторий 80 процентов производили эти стимуляторы. Годовой объем производства метамфетамина и амфетамина (в пределах 290-516 тонн) и «экстази» (около 50-200 тонн) даже превышает соответствующие показатели производства героина. Основными производителями метамфетамина являются страны Юго-восточной Азии и Северная Америка (США и Мексика). Амфетамин и «экстази» в основном производят в некоторых странах Европы (Нидерланды, Бельгия, Польша, государства Балтии, Германия и Великобритания). Что касается структуры изъятий САР, то более 60 процентов мировых изъятий САР приходилось на метамфетамин и около 20 процентов – на «экстази».

В 2008 г. в мире изъято 21 тонна амфетаминов (не включая «экстази»). Из них 13,8 тонны приходится на Азию, если точнее в основном на юго-восточную ее часть. Так, 8,6 тонны этих стимуляторов изъято в Таиланде, 3,1 тонна – в Китае. В Европе изъято за тот же год 4,6 тонны таких же стимуляторов (в Великобритании – 1,7 тонны, 0,5 тонны в Бельгии, десятками килограммов стимуляторы изымались почти во всех странах Европы). Амфетаминовые стимуляторы изымались в больших количествах в Северной Америке: в США –

1,1 тонна, 0,4 тонны – в Мексике. Всего около 2 кг амфетаминов изъято в Африке. Ставший популярным среди молодежи стимулятор «экстази» (MDA, MDEA, MDMA) в основном изымался в Европе (в Бельгии – 1564 кг, Нидерландах – 849 кг) и Океании (в Австралии – 772 кг). Общее количество изъятых в мире «экстази» в килограммовом исчислении составило около 3,5 тонн. Следует отметить и изъятия другой разновидности САР – метаквалона, которого изъято 10,6 тонны, при этом крупные изъятия отмечались всего в двух странах – Индии (7458 кг) и Китае (почти 3 тонны). Огромное количество – 3,8 тонны галлюциногенов (не включающих ЛСД) изъято в том же году и также две страны больше всех изъяли галлюциногенов – Нидерланды (849 кг) и Австралия (727 кг). Если в начале 1990-х годов наблюдалось резкое повышение спроса на «экстази» на нелегальных рынках Европы и Северной Америки, то в настоящее время положение стабилизировалось и даже произошло некоторое снижение спроса. Вместе с тем, популярность и распространение этого психоактивного вещества резко возросли в развивающихся странах [25].

Таким образом, данные изъятий наркотиков в мире позволяют обрисовать географию распространения наркотиков и САР: кокаиновая наркомания имеет крепкие позиции в основном на Американском континенте и Западной Европе; опиоидно-героиновая зависимость, распространенная в основном в Азии, проникла в Европу и энергично осваивает Северную Америку; каннабисная наркомания распространена по всему свету, но удерживает лидирующие позиции в Северной Америке, Европе, Азии и Африке; особую угрозу стимуляторы амфетаминового ряда пока представляют юго-восточной Азии, Западной Европе и Северной Америке. Однако эти выводы достаточно условны, т.к. наркоситуация меняется весьма динамично и в большинстве случаев высоколатентна.

Согласно отчетам УНП ООН субрегион Центральной Азии является одним из потенциально неблагополучных в мире в связи с резким ростом контрабанды

наркотиков из Афганистана и очевидными тенденциями расширения героиновой наркомании на протяжении последних десяти лет.

Характеризуя современную ситуацию, связанную с наркотиками в Центральной Азии, можно использовать различные выражения типа «наркоагрессия», «наркоэкспансия»² [26, с. 5-6], «интервенция наркомании», которые, означают процесс активного распространения наркотиков и, по сути, являются правильными.

После распада Советского Союза новые суверенные государства оказались перед необходимостью обеспечения собственной безопасности перед нараставшей угрозой наркоэкспансии. Железный занавес рухнул, и перед странами Центральной Азии открылись возможности для интеграции в мировую экономику и мировое политическое сообщество, процессы глобализации только способствовали такого рода перспективам.

Геополитическое расположение этих стран весьма удачно для развития торгово-политических отношений между Европой, и Юго-восточной Азией и Китаем. Коммуникационные возможности, оставшиеся в наследство от некогда могущественной мировой державы (СССР), достаточно развиты. Казалось бы, наступило время ренессанса Великого Шелкового Пути. Так называемый «Великий Шелковый путь» представляет собой многочисленные дороги из Китая, Индии, Японии в Европу, расходящиеся и вновь соединяющиеся, пролегающие через пустыни и горы и связывающие оазисы и торговые города. Однако сам термин «Великий Шелковый путь» закрепился в науке с 19 века. Движение караванов было приостановлено монгольским вторжением в 13 веке. Евразийский торговый путь был покинут купцами, чему способствовал расцвет мореплавания и торговли в 15 веке [27].

² Здесь и далее согласно предложенному А. Зеличенко определению, под наркоэкспансией понимается интенсивное увеличение объемов и расширение границ противозаконных, контрабандных поставок наркотиков на территорию других государств, сопровождаемое зачастую вооруженными прорывами и стычками на государственных границах.

Опиум, возможно, был одним из множества товаров, перевозимых по Великому Шелковому Пути. Развитие производства и международная торговля опиумом в Азии относится к 18 веку и особенно к 19 веку, когда Европейские колониальные империи разделили между собой большую часть Азиатского континента. Вместе с тем, опиумная торговля не использовала маршруты через Центральную Азию, не считая Китайского Туркестана, так как Нижняя Центральная Азия была неожиданно закрыта, после того как Россия взяла верх над Хивинским Каганатом в 1873. В наши дни наркотрафик опиатов вновь использует Центральную Азию как транспортный коридор и наблюдается феномен повторения истории [27].

Пока правительства стран Центральной Азии на протяжении последнего десятилетия определяли приоритеты сотрудничества, наркодельцы из соседнего Афганистана, стран Центральной Азии, быстро сориентировались, что практически прозрачные границы в регионе, потенциально высокая коррупция правоохранительных органов, активный коммерческий товарооборот, наличие общего языка общения, культурной близости, разветвленных диаспор - выходцев из стран ЦА - прекрасная среда для возникновения и развития т.н. «Великого героинового пути» - «Северного маршрута» для афганских наркотиков.

Афганские и таджикские наркокланы, заинтересованные в формировании собственных каналов доставки героина в страны Европы, стали принимать меры по их организации. Активизация использования северного маршрута была вызвана определенным разрушением традиционных наркомаршрутов, следовавших через территорию Пакистана и Ирана, а также стремительным ростом спроса на героин в Центральной Азии и России.

Таким образом, на формирование и развитие наркоситуации в Центральной Азии в 90-х годах прошлого - начале нового столетия оказали влияние следующие факторы:

- устойчивый рост производства наркотиков в Афганистане и увеличение объемов их контрабанды;
- усиление спроса на наркотики в странах СНГ и Европы;
- возникновение нового, т.н. “северного” пути наркотиков через страны бывшего СССР увеличивающегося в масштабах вследствие усиления Ираном контроля на границе с Афганистаном;
- рост социально-экономических трудностей, приводящих к широкому вовлечению в наркобизнес представителей социально-уязвимых слоев населения;
- ослабление государственной системы профилактики наркомании, лечения, отсутствие медико-социальных и реабилитационных центров;
- изменение характера употребления наркотических веществ в сторону увеличения инъекционного способа, как фактор распространения ВИЧ/СПИДа, гепатита, туберкулеза и других сопутствующих заболеваний;
- появление новых синтетических наркотиков (в частности, “экстази” и других), а также рост числа их потребителей;
- наличие собственной сырьевой базы наркотиков в виде зарослей дикорастущей конопли и эфедры, а также сохраняющаяся в отдельных местностях практика незаконной культивации опийного мака [28].

Обследование 1998 г. обнаружило обширные заросли эфедры, которая может быть использована для изготовления эфедрина (в регионе эфедра используется для приготовления эфедрона), главного прекурсора для производства метамфетамина или меткатинона. Около 88,200 га эфедры были обнаружены в Казахстане, 46,400 га – в Кыргызстане и 3,500 га – в Таджикистане.

Климатические условия во всех пяти Центральноазиатских странах в принципе благоприятны для произрастания опийного мака и конопли, которые нелегально культивируются на небольших площадях в деревнях или отдаленных горных регионах [29].

Следует отметить, что некоторые западные эксперты по наркотрафику неверно оценивают объемы произрастания местной конопли и культивирования опийного мака. Так, например, Т. Макаренко утверждает, что «в Центральной Азии свыше 4,5 миллиона гектаров конопли произрастает в Чуйской долине, что позволяет изготовить около 6 тысяч тонн гашиша ежегодно» [30, с. 3]. Это утверждение противоречит данным Проекта УНП ООН «Картирование мест незаконного выращивания наркосодержащих культур в Казахстане, Кыргызской Республике и Таджикистане». «Площадь дикорастущей конопли в Казахстане покрывает более 400,000 га (329,628 габыли обнаружены в 1998 г. плюс 72,049 га идентифицированы в 1999 г. в районах, не охваченных обзором 1998 года). В 1998-1999 гг. в районах, подвергшихся обследованию, урожай конопли оценивался в 3,900 метрических тоннах. Согласно обзору ЮНДКП, проведенному в 1998 и 1999 годах в отдельных районах Центральной Азии, полная площадь посева урожая опийного мака составила 3,6 га в 1999 г. (86% в Таджикистане) и 10 га в 1998 г. (93% в Таджикистане). Это маленькие участки по сравнению с площадями незаконного культивирования опийного мака в Афганистане» [29].

Т. Макаренко также приводит совершенно неадекватные данные о культивировании опия в Казахстане: «... в 1997 году 2,000 га опийного мака были выращены в Казахстане, из которых можно произвести 30 тонн опия» [30].

Таким образом, проблема наркотиков не является для центрально - азиатского региона сравнительно новой.

Кыргызстан, например, в легальных целях культивировал опиумный мак до 1974 г., обеспечивая 86 % потребностей фармацевтической промышленности СССР, что составляло 16 % от мирового легального культивирования опийного мака. Вплоть до 90-х годов объединение Лекарспром СССР заготавливало в Кыргызстане до 500 тонн эфедры. Неподалеку, в г. Шымкенте Казахстана функционировал фармацевтический завод по производству лекарственных

препаратов, содержащих наркотические средства или психотропные вещества [31].

В то же время, вплоть до последних лет употребление наркотиков и наркопреступность в Центральной Азии были намного ниже по сравнению с Западом.

Оценивая объемы наркотрафика в Центральной Азии в 1999 г., тогдашний региональный представитель УКНПП³ в Центральной Азии, Б. Лисович на международном семинаре «Великий Шелковый Путь: борьба с наркотизмом в Центральной Азии» отмечал: «Мы получили неопровержимые доказательства о существовании не только воздушных, автомобильных и железнодорожных «московских» маршрутов контрабанды, маршрутов через Баку в Турцию и, между прочим, 7 наземных маршрутов из Таджикистана, но и о прямых путях авиaperевозок афганских наркотиков через Пакистан, затем через Узбекистан, Кыргызстан и Казахстан и далее по направлению к Франкфурту и Нью-Йорку. В связи с этим, о фактах «покилограммной» конфискации наркотических веществ, вызывающих обычно большое освещение, необходимо серьезно задуматься. В то время как конфискация незначительного количества наркотического вещества вызывает столь бурную реакцию, десятки тонн наркотиков в героиновом эквиваленте проходят через регион. К сожалению, ситуация с незаконным оборотом наркотиков ухудшается быстрее чем мы принимаем меры по ее улучшению»[32, с. 6].

За прошедшие десять лет (1999-2009) ситуация продолжала катастрофически ухудшаться. Страны региона превратились не только в транзитные территории для мирового наркотрафика, но стали активными потребителями страшнейших наркотиков современности – жертвами героиновой экспансии. По оценочным данным около трети транзитных наркотиков оседает в Центральной Азии.

³ УКНПП – Управление ООН по контролю наркотиков и предупреждению преступности. В настоящее время УКНПП переименовано в УНП – Управление по наркотикам и преступности.

В последние годы усиливается тенденция превращения стран Центральной Азии в крупный «отстойник» наркотиков, что одновременно приводит к возрастанию общеуголовной и наркопреступности, а также росту заболеваний различными видами наркоманий среди населения. Можно отметить беспрецедентный факт обнаружения тайника в декабре 1999 г. в селе Тулейкен Ошской области Кыргызстана, в котором содержалось 831 кг 744 гр. опия, 2 кг 638 гр. героина.

Известно, что страны, которые становились транзитными для мировой торговли наркотиками, неминуемо сталкивались с обвальным ростом наркомании, как это случилось в Иране и Пакистане. Согласно данным УНП ООН на 2003 г. в Иране около 1.2 миллиона наркозависимых лиц и 0.5 миллиона в Пакистане.

Растущий наркотрафик, рост контрабанды героина способствовали стремительному росту наркомании в Центральной Азии. В 1990 г. примерно 5,000 зарегистрированных наркоманов приходилось на 50 миллионов жителей региона. С тех пор Центральная Азия испытала на себе самый быстрый темп прироста наркозависимых лиц по сравнению с другими регионами мира. К 2002 году зарегистрирован 18-ти кратный прирост зарегистрированных наркоманов, удельный вес которых составил 0,84% населения.

Во многом рост наркомании объясняется тем, что за последние пять-шесть лет изменилась структура потребления наркотических средств. Если ранее преобладающей была гашишная наркомания, то в последнее время опийная и героиновая наркомании приобретают характер пандемии, спровоцированной «наплывом» дешевого контрабандного опия и героина из Афганистана [27].

При этом Афганистан продолжает оставаться основным очагом распространения наркоугрозы в страны Центрально-азиатского региона, откуда не прекращается рост объема контрабанды наркотиков на восточно-европейские рынки через территории Центрально-азиатских государств и России по так называемому «северному маршруту», несмотря на то, что в 2010

году производство опия в Афганистане сократилось на 50% в связи поразившей опиумный мак грибковым вирусом. Сложившаяся ситуация привела к тому, что вследствие роста цен из-за слабого урожая, увеличиваются посевные площади плантаций опийного мака в Афганистане. По данным УНП ООН цена афганского опиума возросла на 133%. В 2011 году в Афганистане опийным маком было засеяно 131 тыс. гектаров или на 7% выше, чем в 2010 году, а объем производства вырос на 61% - т.е. с 3600 тонн в 2010 году до 5800 тонн в 2011 году [28].

Афганистан является мировым лидером по производству не только героина, но и гашиша, ежегодно поставляя на международный рынок от 1,5 до 3,5 тысяч тонн наркотика, получаемого от конопли.

По оценкам УНП ООН и независимых экспертов около 40% производимых в Афганистане наркотиков проходит транзитом через Иран, 30% через Пакистан и до 30% по «северному маршруту» через Центральную Азию на рынки России и западноевропейских государств.

Прямым следствием наркотранзита стало широкое распространение в Кыргызской Республике немедицинского потребления наркотиков. Согласно статистическим данным Республиканского центра наркологии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, количество лиц, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества, с каждым годом увеличивается. При этом наблюдается постоянное увеличение немедицинского (т.е. инъекционного) потребления наркотиков и прежде всего - героина, что угрожает катастрофическим распространением в Кыргызстане ВИЧ-инфекции, гепатита и других болезней, имеющих сходные пути передачи. Так, в Кыргызстане состоит на учете 4417 ВИЧ-инфицированных граждан, 2 560 из которых являются инъекционными потребителями наркотиков⁴.

По оценкам Международного комитета по контролю над наркотиками (МККН) 0,8% населения Кыргызской Республики потребляют только опиоиды.

⁴ данные по состоянию на 01.09.2012 г.

С учетом лиц, злоупотребляющих продуктами каннабиса, эта группа составляет по ряду экспертных оценок более 1% населения страны.

При этом по официальным данным, количество лиц, стоящих на учете в наркологических учреждениях системы здравоохранения по поводу зависимости от наркотических средств всех видов, к началу 2012 года достигло 10705 человек. Причем, это количество из года в год увеличивается. Если в 1991 году в наркологических учреждениях состояло на учете 1344 человека, то на 1 января 2012 года уже 10705 человек. То есть рост составил 7,9 раза.

Особую угрозу представляет распространение зависимости от психоактивных веществ и наркотиков в подростковой среде, которой сопутствуют такие явления, как детская проституция и бродяжничество, являющиеся следствием общей неблагоприятной социальной среды. Среди молодежи и подростков республики возрастает интерес и, как следствие, спрос на наркотики амфетаминовой группы, поступающие из стран дальнего зарубежья. В молодежной среде стало «модно» употреблять подобные наркотики, приобретаемые на дискотеках и в барах.

Наибольшая концентрация наркозависимых лиц отмечается в городах Бишкек и Ош в связи с превращением их в крупные транзитные и распределительные узлы, через которые проходит значительное количество наркотиков, направляемых в страны СНГ и дальнего зарубежья.

Опиаты остаются субстанцией, вызывающей самые большие проблемы, и почти во всех странах Центральной Азии коэффициенты распространенности опиатов выше среднемировых. На основе оценок, выполненных в 2006 и 2007 гг., Казахстан имел самый высокий коэффициент в регионе Центральной Азии (1%), за которым следовали Узбекистан и Кыргызстан (по 0,8%). Самые низкие коэффициенты распространенности в Таджикистане и Туркменистане (0,54% и 0,32% соответственно). В самом Афганистане отмечается один из самых высоких уровней потребления опиатов в мире, который составляет от 2,3% до 2,9% [33].

Однако данные о потреблении остаются приблизительными. Это препятствует развитию национального потенциала и регионального сотрудничества в стремлении осуществлять стратегические действия для удовлетворения наиболее насущных потребностей населения и решения проблем уязвимого населения. Сложно получить практически полезные данные о потреблении наркотиков с разбивкой по местам или странам без проведения специальных обследований. Хотя такие обследования могут помочь получить превосходные статистические данные, отсутствие системы систематического мониторинга не позволяет правительствам иметь своевременные данные и подрывает их способность планировать меры по сокращению спроса на наркотики и решению сопутствующих проблем, связанных с ВИЧ/СПИДом.

Так, по данным официальных источников в 2002 г. в Казахстане опий употребляли 66,5 % наркозависимых лиц, каннабис – 23,3 %; в Кыргызстане – опий потребляли - 41,5 %, героин – 21,8 %, каннабис – 25,3 %; в Таджикистане – 75,4 % - потребляли героин, опий – 14,2 %; в Узбекистане героин потребляли - 58,9 % наркозависимых лиц, опий – 19,5 %.

Следует иметь в виду, что многие наркопотребители сочетают применение различных наркотиков. Приведенные цифры свидетельствуют, что наиболее сложная обстановка в приграничных с Афганистаном республиках, в которых основными потребляемыми наркотиками является героин.

Согласно данным ВОЗ заболеваемость наркоманией в республиках в 2002 г. несколько снизилась по сравнению с 2001 г. и составила из расчета на 100000 человек населения: в Казахстане – 70,6 наркозависимых лиц; в Кыргызстане – 16,5; в Таджикистане – 8,6; в Узбекистане – 12. Соответственно, на начало 2003 г. на учете состояло наркозависимых лиц: в Казахстане – 49736; в Кыргызстане – 5600; в Таджикистане – 8813 и в Узбекистане – 21360.

Данные проведенного УНП ООН в 2000-2002 гг. исследования по экспресс-оценке злоупотреблениями наркотиками в регионе весьма отличаются от официально зарегистрированного количества наркозависимых лиц [34]. Так,

оценочное количество наркозависимых лиц составило: в Казахстане - 165.000-186.000 при населении - 14.869.021 человек; в Кыргызстане - 80.000-100.000 при населении - 4.867.481 человек; в Таджикистане - 45.000-55.000 при населении - 6.131.000 человек; в Узбекистане - 65.000-91.000 при населении - 24.813.109.

Таким образом, общее оценочное количество наркозависимых лиц в регионе составляет около 300 тыс. человек. Соответственно, уровень оценочного количества наркозависимых лиц на 100 тыс. населения составил: в Казахстане - 1.110-1.251; в Кыргызстане - 1.644-2.054; в Таджикистане - 734-991; в Узбекистане - 262-367.

Сравнительный анализ официальной статистики зарегистрированных наркозависимых лиц приводит к логическому выводу о невысокой репрезентативности проведенного исследования, например, по Казахстану и Кыргызстану данные явно завышены, а по Узбекистану и Таджикистану – занижены.

Сами исполнители данного Проекта УНП отмечают, что данные по республикам весьма приблизительные. Вместе с тем, в целом вывод по результатам исследования верен: Центрально-азиатские государства недостаточно подготовлены к противостоянию со сложившейся ситуацией. Учитывая, что проблема злоупотребления наркотиками имеет тенденцию к росту, являясь результатом транзита наркотиков на западные рынки, представляется необходимым сбалансировать помощь международного сообщества не только в области борьбы с наркотрафиком, но и в сфере сокращения спроса на наркотики [27, с. 24].

Все чаще выявляются случаи распространения ВИЧ-инфекции среди наркозависимых лиц. Вспышки заражения ВИЧ-инфекцией в 2000 г. зарегистрированы среди инъекционных потребителей наркотиков в городах Темиртау (Казахстан), Ош (Кыргызстан) и Янгиюл (Узбекистан) [35, с. 37-38].

Согласно статистике, в среднем 70 % носителей ВИЧ-инфекции (а в Казахстане и Кыргызстане 82 %) заразились инъекционным путем, т.к. являлись инъекционными потребителями наркотиков. Инъекционное потребление наркотиков является основной причиной быстро распространяющейся ВИЧ инфекции и СПИДа, прочими заболеваниями, передающимися парентерально.

Неожиданный и сильный рост ВИЧ инфекции в регионе регистрируется с 1997 г. 1997 г. также годом появления крупных первых партий героина в регионе. В это же время уровень заболеваемости ВИЧ/СПИДом возросли до 1,4 случая на 100,000 населения, тогда как в 1990-1996 гг. этот показатель был очень низким - 0.2 случая. Самого начала распространение ВИЧ инфекции связано с внутривенным потреблением наркотиков, большинство которых составляет героин [36].

Таким образом, героиновая наркомания, связанная с ним пандемия ВИЧ-инфекции в Центральноазиатском регионе – страшное следствие афганского наркотрафика.

Большинство афганских наркотиков проходит через Пакистан – около 40 % объема наркотрафика (южный маршрут), 15 % - через Иран («балканский маршрут»), остальной объем уходит по северному маршруту, т.е. через страны Центральной Азии. Из 45 % наркотрафика примерно 25 % проходит через территорию Туркменистана, остальное – через Таджикистан (в основном) и Узбекистан.

На территорию Таджикистана наркотики опийной группы перемещаются от границ Афганистана через Хатлонскую область в г. Душанбе и далее в северные районы республики. Из Таджикистана наркотики поступают в Кыргызстан и Узбекистан. Если лет десять назад основной поток наркотиков проходил по автотрассе Хорог-Ош, то в настоящее время преимущественное распространение получил конно-пеший способ транспортировки наркотиков практически по всему периметру кыргызско-таджикской границы в

направлении областных центров – Баткена и Оша, что наглядно подтверждается увеличением задержаний наркокурьеров и количеством изымаемых наркотиков. К настоящему времени определились шесть основных направлений поступления наркотиков в Кыргызстан, из которых наибольшую тревогу вызывает Баткенское направление.

Кроме Баткенского направления, включающего горные тропы из Джергетальского и Гармского районов Таджикистана в Баткенскую область Кыргызстана, а также упомянутого Кызыл - Артского направления, охватывающего трассу Ош - Хорог и прилегающие к нему зоны, приграничные с Мургабским районом Горно-Бадахшанской автономной области Таджикистана, следует также выделить Алтын - Мазарское направление, начало которого исходит от Рушанского плоскогорья через ущелья Заалайского хребта до Чон - Алайской долины, наконец, Ленинадское направление, охватывающее все шоссейные дороги, начиная от Ляйлякского района Кыргызстана прилегающих к нему районов Узбекистана в направлении г. Ош.

Самые крупные задержания героина в Кыргызстане были зафиксированы именно в Баткенской области. Расположение Баткенской области на границе с Таджикистаном и Узбекистаном, наличие нескольких узбекских анклавов удобно для наркоконтрабандистов. В 1999-2000 г. эта территория явилась местом так называемых «баткенских вторжений» международных экстремистов Исламского движения Узбекистана. Действия международных террористов и наркосообществ были направлены на дестабилизацию ситуации в регионе, где сходятся приграничные территории Кыргызстана, Узбекистана и Таджикистана.

Из Узбекистана транзит наркотиков идет на территорию России, на Кавказ через Западный Казахстан.

После того как в 2000 г. Узбекистан ввел визовый режим, автомобильный поток наркотиков по афгано-таджикским маршрутам вновь повернул в сторону Кыргызстана, в частности через Горный Бадахшан (Хорог-Ош).

Практически вся огромная территория Казахстана используется наркоконтрабандистами как зона транзита. Данные по туркменским маршрутам, к сожалению, отсутствуют.

Существует версия, что после усиления контроля на ирано-афганской границе, наркотики, транспортировавшиеся через территорию Ирана, хлынули транзитом через Туркменистан. Выход этой страны к Каспийскому морю делает транспортировку более быстрой и дешевой, что, несомненно, характеризует Туркменистан как одну из самых удобных транзитных зон. Однако власти республики очень неохотно говорят на эту тему и холодно реагируют на предложения о сотрудничестве в борьбе с незаконным оборотом наркотиков. В связи с этим сильно затруднен доступ к информации о количестве наркотиков, следующих через Туркменистан что, отрицательно сказывается на эффективности решения этой проблемы [37 с. 21].

Анализируя структуру и динамику наркопреступности, необходимо помнить о поправке на латентность, а также о том, что данные о регистрации преступлений отражают, прежде всего, степень активности правоохранительных органов, но не фактическое состояние явления. Повышение активности относительно высоколатентных преступлений, связанных с наркотиками, незамедлительно ведет к росту количества регистрируемых преступлений и, как правило, увеличению объемов наркотиков, изымаемых из незаконного оборота.

Латентность масштабов незаконного оборота наркотиков обуславливается как объективными, так и субъективными факторами. К примеру, имеющимися в наличии силами и средствами противодействия наркоконтрабанде из Афганистана просто нереально эффективно обеспечить осмотр и досмотр сотен грузовых машин, проезжающих по трассе и, возможно, провозящих наркотики. Практически невозможно установить контроль над тысячами горных ущелий, которые соединяют Кыргызстан, Узбекистан и Таджикистан и используются контрабандистами.

Тем не менее, статистические показатели незаконного оборота наркотических средств, несмотря на их относительную ненадежность, подтверждают устойчивую тенденцию разрастания масштабов наркотизма.

В 2002 г., к примеру, Казахстан изъял из незаконного оборота свыше 56 тонн различных наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, там зарегистрировано 13313 наркопреступлений. Из изъятых наркотиков (около 17 тонн) относится к каннабисной группе (888). Кроме того, в 2003 году в Казахстане из незаконного оборота изъято 17 тонн 300 кг различных видов наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (марихуана -16 тонн 514 кг, гашиш - 164 кг 274 гр., маковая соломка - 262 кг 185 гр., опий - 219 кг, героин - 123 кг, таблетки - 444 штуки и ампулы психотропных веществ - 20).

Хотя здесь изымается огромное количество каннабиса органы уделяют основное внимание задержанию контрабандистов, поставляющих в регион более опасные для здоровья наркотики - опий и героин, изъятия которых возрастает с конца 90-х годов. С 1993 г. в регионе зафиксировано 30-ти кратное увеличение изъятий героина. Таджикистан по изъятиям героина занимает четвертое место в мире.

Если в 1995 г. изъятия героин составляли всего 3% от всех изымавшихся в Центральной Азии опиатов Азии (в переводе на героиновый эквивалент), то его доля возросла до 74% в 2000 г. и превысила 90% в 2001 г. Изъятия героина утроилось с менее одной метрической тонны в 1998 г. до трех метрических тонн, и эта тенденция продолжалась в 2001г. Предварительные подсчеты по Центральной Азии по изъятию героина показывают, что они составили 5 метрических тонн в 2001 г.[37, с. 3]. Безусловным лидером по объемам изъятий наркотиков опиатной группы является Таджикистан. По данным Агентства по контролю наркотиков при Президенте Таджикистана в 2003 г. правоохранительными структурами Таджикистана и российскими пограничниками изъято из незаконного оборота 9 тонн 603 кг наркотических

средств (превышены показатели 1996 года в 2,7 раза; 2002 года на 43%) [38,с. 9].

Основным контрабандным видом наркотиков стал героин. Количество изъятого героина возросло с 6 кг в 1996 году до 5 тонн 600 кг в 2003 году.

Согласно обзорной справки 2003 г. по итогам борьбы с наркотиками Агентства по контролю наркотиков при Президенте Республики Таджикистан на долю Таджикистана приходится 82% наркотиков опийной группы, изъятых в странах Центральной Азии. С 1999 года на территории Таджикистана из незаконного оборота изъято свыше 30 тонн наркотиков опийной группы, в том числе более 16 тонн героина, что спасло от наркозависимости около 20 миллионов человек и исключило из незаконного оборота миллионы криминальных финансовых средств. Безусловно, вклад Таджикистана в пресечение афганского наркотрафика несоизмеримо выше, в сравнении с другими республиками Центральной Азии.

Похожая картина и в Кыргызстане и Узбекистане [39, с. 11].

В 2003 г. в Узбекистане из незаконного оборота изъято 1080,5 кг наркотических средств. В 2002 г. из 839,6 кг изъятых наркотиков было изъято героина 256,3 кг, 76 кг опия, 44,7 кг гашиша, 462,6 кг – марихуаны и кокаина. В результате предпринятых мер в целом по республике, правоохранительными органами в 2003 году было выявлено 8893 преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, что составило рост на 2 %. Судебными органами республики по фактам незаконного оборота наркотиков рассмотрены 5460 уголовных дел в отношении 6845 лиц. Всего за 2003 год в республике за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, задержано 177 граждан стран СНГ и дальнего зарубежья, в том числе граждан Таджикистана - 80, Кыргызстана - 31, России - 14, Туркменистана - 20, Казахстана - 15, Афганистана - 7, Грузии - 3, Ирана - 1, Украины - 2, Кореи - 2, Белоруссии - 1, Турции – 1. Из обзорной справки по итогам 2003 г. Национального Центра Узбекистана по контролю наркотиков.

Власти Туркменистана в прошлом изымали крупные количества опиатов. Так, 4,6 тонны опиума было изъято в 1999 [40, с. 21]. Согласно данным УНП ООН Туркменистан еще несколько лет назад также изымал крупные партии контрабандных прекурсоров. В 1996-1998 гг. всего по Центральной Азии было изъято 1096 кг героина, из них 77 % относились к Туркменистану. В течение 1995-2000 годов более чем 198 тонн прекурсоров было задержано в Туркменистане, большинство которых было уксусным ангидридом, используемым в производстве героина [41, с. 13].

Следует отметить, что отдельные страны Центральной Азии имеют крупную химическую промышленность, продукция которой может быть использована в производстве героина. В течении 1995-1998 гг., 77.6 тонн таких прекурсоров было изъято в Узбекистане.

Однако данные по изъятиям наркотиков Туркменистан не предоставляет с 2000 г.

Вывод о том, что наркопреступность имеет тенденцию к увеличению, подтверждается также динамикой удельного веса наркопреступности в структуре преступности. Так, например, если в начале 90-х годов в структуре преступности в Кыргызстане каждое 23 преступление было связано с наркотиками, то к концу 90-х уже каждое 10 зарегистрированное преступление имело непосредственное отношение к незаконному обороту наркотиков - увеличение составило почти в 2 с лишним раза. Подобные тенденции и в других странах Центральной Азии.

Структура зарегистрированной наркопреступности в средних значениях выглядит следующим образом. Преобладают преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков без цели сбыта. В борьбе с незаконным оборотом наркотиков уголовно-правовые меры применяются в основном к лицам, приобретающим и хранящим наркотики для собственного потребления, или к мелким сбытчикам. При таком положении дел снижается эффективность уголовно-правовой борьбы. Между тем, преступные группы, занимающиеся

незаконным оборотом наркотиков, как правило, редко попадают в сферу внимания правоохранительных органов, в основном, в силу объективных трудностей выявления и изобличения.

В странах Центральной Азии с начала девяностых годов завершилась стадия стихийного саморазвития организованной преступности, при которой господствуют организованные группы малой численности (3-4 человека), с узкой специализацией и локально-объектовой зоной преступного влияния, началась стадия формирования или уже функционирования преступных сообществ. Здесь следует оговориться, что действительная картина не всегда соответствует мифам относительно слишком развитых наркосиндикатов в регионе, как это утверждается в одной исследовательницей, которая пишет о «сети афганских, кыргызских и российских наркосиндикатов, которые осуществляют трафик опиатов через Центральную Азию, Россию, балтийские страны и в Западную Европу» [30]. Данное утверждение по нашему мнению неверно. Если бы это был действительно хорошо организованный наркотрафик, осуществляемый сетью наркосиндикатов как высшей формы организованной преступности, то изъятие героина в Европе должно было бы измеряться тоннами, а не килограммами. Именно так это было в случае с колумбийскими картелями или китайскими триадами. Применительно к Таджикистану и Туркменистану мы можем предположить участие в наркотрафике развитых преступных организаций, чему также свидетельствуют и крупные изъятия наркотиков. Там же имеются и факты вовлечения в наркотрафик высокопоставленных должностных лиц. Но в Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане пока не видны признаки наркосиндикатов, подобных колумбийским картелям.

По данным ГУВД Москвы, группы афганских и таджикских наркоконтрабандистов обычно состоят из 5-10 человек, реже из 20-25. Однако не стоит переоценивать силу и сплоченность большинства этих (и других) незаконных сообществ. Хотя между их участниками и могут складываться

долгосрочные отношения, в большинстве случаев они сводятся к элементарным отношениям покупателя и продавца, в которых не просматривается ни централизованная структура, ни какая-либо другая специфическая черта. Так как из Таджикистана вывозятся относительно малые количества героина, цепочка лиц — участников распространения наркотиков обычно довольно коротка и не имеет более трех-четырёх звеньев, включая конечного потребителя. Импортёр одновременно является и оптовым продавцом, который по прибытии в Россию продает героин более мелкими партиями [42].

Однако, когда речь идет об организованном наркотрафике на границе Афганистана, здесь налицо все признаки наркосиндикатов, которые характеризуются определенной стратегией, вооруженностью и устойчивостью. Доказательство этого - непрекращающиеся вооруженные стычки на границе: Иран за двадцатилетнее противостояние наркотрафику потерял на границе с Афганистаном более 3000 сотрудников спецподразделений, пресекающих наркоконтрабанду.

Согласно информации начальника Пограничного управления ФСБ России в Республике Таджикистан генерала А. Баранова, в 2003г. пограничные наряды «12 раз были обстреляны как из сопредельного Афганистана, так и с таджикской территории, 25 раз были вынуждены вступать в боевые столкновения с вооруженными нарушителями границы, как правило, с превосходящими силами противника. Соединениям и частям «зеленых фуражек» противостоит настоящая криминальная международная армия специального назначения, имеющая четкую и разветвленную структуру, жесткую субординацию. При организации переправ отмечается тщательная подготовка и согласование действий одновременно нескольких групп. Организаторами акций постоянно проводятся мероприятия по дезинформации и отвлечению пограничных сил и средств. Кроме того, наркодельцы отлично оснащены технически, весьма мобильны. Распространенным стало использование ими специальных средств связи, которые включают

маскираторы речи. В 2003 году нами было изъято у наркокурьеров 14 различных радиостанций. Кроме наркотиков нарушители переправляют еще и средства терроризма. В 2003 году мы обнаружили и изъяли 13 переносных зенитно-ракетных комплексов типа «Стрела» и три пусковые установки к ним, а также реактивные и танковые снаряды, мины, гранаты, выстрелы к гранатометам. Плюс было изъято свыше 100 кг взрывчатых веществ - в 5,3 раза больше, чем в 2002 году»[43, с.18].

Таджикские организованные наркогруппировки уже открыто бросают вызов правоохранительным органам, как собственной страны, так и соседних государств. Так, возмутительный по своей наглости случай произошел совсем недавно в приграничном районе Кыргызстана: нападение на сотрудников МВД в целях освобождения задержанного наркокурьера. В мае 2004 г. «сотрудниками Главного управления по борьбе с наркобизнесом МВД КР по южному региону был взят под стражу гражданин сопредельной республики. У него обнаружили и изъяли около трех килограммов порошка белого цвета, предположительно героина. Однако несколько неизвестных лиц, прибывших с таджикской стороны, воспрепятствовали действиям милиционеров. Вооруженные тремя автоматами и пистолетом Макарова, они произвели выстрелы в воздух и под угрозой применения силы забрали с собой соотечественника, как предполагают, подельника» [44,с.44].

Получили распространение сдача в залог имущества и даже семей наркокурьеров, зависимых от наркобаронов. Данные примеры подтверждают тенденцию укрепления организованной преступности в сфере наркобизнеса в местности, не контролируемой надлежащим образом властями. Слабостью государственной власти непременно пользуется организованная преступность. Наглядным подтверждением этого могут служить происшедшие во второй половине 1999 и 2000 годов драматические события, связанные с вторжением на территорию Кыргызстана вооруженных бандформирований международных

исламских экстремистов, имевших многолетний опыт боевых действий в Афганистане и Таджикистане [45, с. 6].

Наркобизнес приносит огромные прибыли, и соблазн получить хотя бы их часть создает благоприятные предпосылки для развития коррупции в правоохранительных органах. Коррупция, как форма социальной патологии, связанная с фактами покровительства, сотрудничества с наркодельцами в значительной степени увеличивает латентность незаконного оборота наркотиков.

В содержание наркокоррупции входит не только банальный подкуп представителей власти (госслужащих), но любые деяния, связанные с оказанием поддержки и развития наркобизнеса. Так, например, в сети «розничной» торговли героином сотрудники правоохранительных органов осуществляют «прикрытие» торговли на улицах, из притонов за соответствующее вознаграждение. Работники следственных органов и судьи, вовлеченные в наркокоррупцию, занимаются «развалом» и переквалификацией уголовных дел.

Наркокоррупция распространяется особенно быстро, когда она имеет место среди руководства специализированной структуры, призванной бороться с наркотрафиком. И примеров этому множество. Так, в начале января 2004 г. с 30 кг героина был арестован высокопоставленный сотрудник Агентства по борьбе с наркобизнесом полковник З., занимавший пост начальника управления этого ведомства по Заравшанской долине. Еще 6 кг опия нашли около его дома. Осведомленные источники в Душанбе утверждают, что задержание и арест наркобарона в погонах связаны с тем, что между силовыми структурами Таджикистана также идет своя война за бизнес на «белой смерти» [46, с.45].

Широкую огласку за рубежом получил беспрецедентный в Центральной Азии случай участия в наркобизнесе таджикских дипломатов и руководства министерства обороны. «Посол Таджикистана в Казахстане был дважды задержан за транспортировку наркотиков, включавших 62 кг героина; торговый

представитель Таджикистана в Казахстане был пойман с 24 кг героина. 9 августа 2002 года бывший заместитель министра обороны Таджикистана был осужден за использование военного вертолета для контрабанды наркотиков» [47].

Спустя два года, директор Агентства по контролю за наркотиками при Президенте Таджикистана генерал Г. Мирзоев был арестован по подозрению в совершении нескольких тяжких преступлений. Очевидно, что приведенные примеры свидетельствуют о далеко неблагоприятной ситуации в этой сфере в соседней республике.

По оценке американских экспертов в Узбекистане «коррупция процветает, и обычной практикой чиновников правоохранительных органов является "подбрасывание" наркотиков подозреваемым». В том же докладе отмечено, что «Казахстан продолжает предпринимать шаги по борьбе с наркоманией на своей территории, но коррупция в органах государственной власти осложняет усилия по улучшению мер борьбы с наркобизнесом» [48]. Существует множество публикаций об огромной коррупции, связанной с наркотрафиком, в Туркменистане [49].

Наркобизнес гораздо прибыльнее, чем другие виды криминального бизнеса, в том числе даже нелегальной торговли оружием, а потому давно стала одним из основополагающих направлений в деятельности организованной преступности в Центральной Азии. Организованная преступность, представляющая высокую общественную опасность и форму социальной патологии, выражается в постоянном и относительно массовом воспроизводстве и функционировании устойчивых преступных сообществ. Она контролирует, осуществляет контрабанду и распространение (сбыт) наркотических средств, в том числе нелегальные поставки наркотиков в Россию, страны Запада, «отмывание» денег, получаемых от наркобизнеса. Однако правоохранительные органы Центральной Азии пока не могут противопоставить адекватные меры.

Следует еще раз оговориться, что статистические данные, относящиеся к наркотрафику и мерам борьбы с ним, ненадежны, т.к. эта сфера обладает повышенной латентностью, оценка масштабов наркомании и наркотрафика всегда основываются на приблизительных выводах. Вместе с тем, очевидно, что факторы, связанные с продолжающимся ростом наркотизма, продолжают оказывать выраженное негативное влияние на развитие стран центрально-азиатского региона, создавая постоянные угрозы действующим системам безопасности.

Теперь в целом о наркоситуации в Кыргызской Республике. Она имеет тенденцию к ухудшению, что подтверждается данными изъятий наркотиков. Изъятие наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров из незаконного оборота в Кыргызской Республике за последние 10 лет выросло с 1849 килограмм в 1999 г. до 8191 килограмм в 2009 г., или в 4,4 раза. Противодействие незаконному обороту наркотиков является важнейшим фактором обеспечения стабильности в обществе и успешного развития государства.

В 2011 году правоохранными органами Кыргызской Республики, включая Государственную службу по контролю наркотиков при Правительстве Кыргызской Республики (далее – ГСКН КР) выявлено 1924 наркопреступлений, что на 381 факт или на 24.6% больше чем в прошлом году (1 543).

В период с 1974 по 1993 год в Кыргызстане изымались в основном наркотики группы каннабиса. Однако, начиная с 1993 года, начался период афганской опиумной и героиновой наркоэкспансии. Постепенно происходила замена поставок опиума на героин. Так, в 2007 году опиума в Кыргызстане изъято 270 килограммов, в 2008 году выведено из незаконного оборота 140 килограмм опиума, в 2008 году 376 килограмм, в 2010 году – 38 килограмм, и в 2011 году – 70 килограммов.

Параллельно с опиумом на нелегальном рынке стал появляться героин: в 1994 году его изъято 5 граммов, в 1995 году – 299 граммов, в 1996 году – 1

килограмм 100 грамм, в 1997 году – 4 килограмма 200 граммов, в 1998 году – 24 килограмма 732 грамма, в 1999 году – 24 килограмма 759 граммов, в 2000 году – 206 килограммов. В период до 2009 года, объемы его изъятия ежегодно достигали 200 – 250 килограммов. Так, в 2007 году героина изъято 431 килограмм, в 2008 году – 299 килограммов, в 2009 году – 341 килограмм, в 2010 – 156 килограмм, а в 2011 году – 332 килограмма.

Наркотики каннабисной группы изымаются в Кыргызской Республике в значительных объемах. Так если в 2007 году изъято в Кыргызстане 4 тонны 468 килограмм, в 2008 году 5 тонн 198 килограмм, то в 2009 году 5 тонн 763 килограмма. Причем, марихуана постепенно вытесняется из незаконного оборота гашишем. Так ее изъято в 2007 году 4 тонны 28 килограммов, в 2008 году 3 тонны 422 килограмма, а в 2009 году - 2 тонны 95 килограмма. Гашиша изъято в 2007 году 440 килограммов, в 2008 году – 457 килограммов, а в 2009 году уже 718 килограмм [50].

В 2011 году из незаконного оборота всеми правоохранительными органами Кыргызской Республики изъято 45 тонн 729 килограммов 749 граммов наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, что на 37 тонн 789 килограммов 307 граммов больше чем за 2010 год (8 т. 340 кг 442 гр.).

Реальные цифры могут намного превышать приведенные сведения, учитывая высочайшую степень латентности преступлений, связанных с наркотиками.

По данным ООН в КР общее количество площадей, пораженных дикорастущей коноплей, составляет более 6 тысяч гектаров, что потенциально позволяет изготовить 4248 тонн марихуаны или 148 тонн гашиша высокого качества [51].

Анализ деятельности правоохранительных структур по выявлению и задержанию контрабанды наркотиков в настоящее время не дает оснований рассчитывать, что в ближайшее время обстановка улучшится, т.к. в последние

годы показатели, характеризующие распространение наркомании и наркобизнес, сохраняют устойчивую тенденцию роста. Наркомания, к сожалению, с каждым днем все глубже и глубже проникает в жизнь общества. Изыскиваемые методы преодоления, разрабатываемые законодательные и иные направленные против него меры, противодействия, достижения науки отстают от изобретаемых преступниками способов извлечения максимальной прибыли от наркобизнеса, обхода законодательства и наркокоррупции. Центральноазиатские страны, в особенности Таджикистан и, возможно, Кыргызстан находятся под большим риском оказаться втянутыми в нелегальное производство наркотиков.

Наркоэкспансии следует противопоставить научно-обоснованную, продуманную и последовательную политику, направленную на снижение уровня наркотизма. Главной целью при этом остается обеспечение наркологической безопасности.

При всей пессимистичности прогнозов наркоситуации в странах Центральной Азии, все же хотелось бы верить оптимистичным убеждениям известного врача-нарколога профессора Дженишбека Назаралиева: «Я глубоко убежден, что наркоманию возможно одолеть! Тому свидетельством опыт других стран и континентов, ... где дело борьбы с наркоманией стало частью государственной идеологии, «делом каждого и всех». К сожалению, руководство многих ныне независимых республик постсоветского пространства так и не осознало истинные масштабы бедствия, связанного с массированным наступлением наркотика, не осознало трагические последствия этого для генофонда наших народов. В этом отношении для стран Центральной Азии предоставляется уникальная возможность продемонстрировать миру: на что мы способны! Уверен, что, объединившись и выработав общую стратегию противодействия наркобизнесу и наркомании, мы сможем войти в следующий век не как страны азиатского наркотрафика, а действительно как государства Великого Шелкового Пути, соединившего некогда культуры и цивилизации

Востока и Запада. В этом наша общая миссия, за которую мы ответственны перед своими потомками и будущим своих государств» [52, с. 5-6].

1.2. Факторы, обуславливающие наркоманию и незаконный оборот наркотиков в местах лишения свободы

Проблемы, существующие в обществе, зеркальным образом отражаются в пенитенциарной системе. А.К. Шагивалиев отмечает, что пенитенциарная система Кыргызской Республики больна теми же болезнями, что и все общество в условиях переходного периода. Причем в гораздо большей степени и в прямом и переносном смысле этого слова. Полный развал некогда мощной производственной базы ГУИН и связанная с ним безработица, наличие среди осужденных (по примерным оценкам – более половины) больных такими опасными заболеваниями, как туберкулез, наркомания, гепатитС и др., скудное питание, недостаточное финансирование (менее 30 % от минимальных потребностей), отсутствие элементарных бытовых условий и еще многие проблемы дают нам основание обратить на них самое пристальное внимание [53, с. 56]. Иначе в ближайшем будущем неизбежны массовые проявления вполне обоснованного недовольства со стороны осужденных [54]. Этот прогноз, данный А.К. Шагивалиевым в 2001 году, в то время прокурора Генеральной прокуратуры Кыргызской Республики, осуществлявшим надзор за местами лишения свободы, не был принят всерьез руководством ГУИН. К сожалению, буквально через четыре года, страна была потрясена серией массовых тюремных бунтов в нескольких колониях, получивших название по версии Интернешнл Крайзис Групп «тюремных кошмаров Кыргызстана».

В местах лишения свободы всего мира осужденные находят возможность получать незаконные наркотики, и это происходит вопреки усилиям тюремной администрации, выражаемым в многочисленных мерах, направленных на предотвращение поступлений наркотиков в тюрьмы, ужесточение контроля над

распределением рецептурных препаратов и строгий надзор за соблюдением законодательного запрета на незаконное владение и употребление наркотиков [55].

Многие осужденные попадают в места лишения свободы, уже имея серьезный опыт употребления наркотиков. Более того, многие из них оказываются в заключении из-за преступлений, связанных с наркотиками: их производством, владением, оборотом, употреблением, – или преступлений, совершенных с целью получения средств на их приобретение.

За последние годы во многих тюрьмах существенно возросло количество осужденных (что привело к перенаселенности тюрем). Причина данного явления во многом обусловлена политикой активного преследования и заключения под стражу людей, занимающихся торговлей и употреблением незаконных препаратов. Люди, употреблявшие наркотики до заключения, как правило, находят способ продолжать употребление и в тюрьме. Часть осужденных начинает употреблять наркотики в заключении, используя их, как средство для релаксации и снижения стресса, вызванного, в том числе, фактом пребывания в перенаселенной среде, часто ассоциированного с проявлениями насилия.

Многие люди, употребляющие инъекционные наркотики в местах лишения свободы, практикуют совместное использование инъекционного оборудования, в частности, – игл и шприцев. Иглы и шприцы для осужденных являются дефицитными предметами, так как достать и пронести их сложнее, чем наркотики. Традиционно, в широком кругу людей, употребляющих инъекционные наркотики, циркулирует крайне малое количество игл. Например, в России, согласно опросам, проведенным среди осужденных, на состоящий из 40 камер блок может приходиться лишь один шприц, которым пользуются до 200 человек, и который может передаваться через забор из металлической сетки, отделяющий ВИЧ-положительных осужденных от ВИЧ-отрицательных. Инъекционное оборудование, в основном, изготавливается

кустарно, а подобие игл – из подручных материалов, включая застывшую пластмассу и шариковые ручки (и одно, и другое наносит огромный вред венам и вызывает различные заболевания).

Свидетельства быстрого распространения ВИЧ-инфекции и ВГС как результата распространения инъекционного употребления наркотиков и совместного использования инъекционного оборудования, вызванного отсутствием стерильного инъекционного оборудования, были обнаружены в ряде тюрем стран Восточной Европы. В странах Центральной Азии осужденные во многом являются «движущей силой» эпидемий туберкулеза и ВИЧ-инфекции и быстрого распространения эпидемии ВГС.

Большинство потребителей инъекционных наркотиков из числа тех, кому удалось прекратить (или снизить частоту) употребления в период заключения, возвращаются к инъекционному употреблению по освобождению, подвергаясь повышенному риску смертельной передозировки как результата снижения толерантности к опиатам. Рост смертности от передозировок в первые недели после освобождения отмечается многими исследователями. И это бесспорно указывает на необходимость предоставления услуг по лечению наркотической зависимости в тюрьмах с целью снижения смертности и подчеркивает важность предоставления метадоновой заместительной терапии не только в контексте стратегии профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах (см. ниже), но и для снижения показателей смертности, вызванной передозировками, в период после освобождения.

Прежде чем перейти к характеристике детерминант наркотизма в местах лишения свободы, представляется целесообразным немного остановиться на описании пенитенциарной системы в целом и учреждениях исполнения наказаний в виде лишения свободы Кыргызской Республики.

Исполнение наказаний, особенно в виде лишения свободы, существенно затрагивает права, как осужденных, так и членов их семей. В рамках проводимых реформ в пенитенциарной системе, в 1995 году Управление

исправительных дел, находящееся в ведении МВД, было преобразовано в ГУИН МВД. В составе МВД УИС функционировала до 2002 года.

Далее в рамках проведения комплексного реформирования судебной системы и правоохранительных органов, а также реализации Концепции реформирования уголовно-исполнительной системы [56], руководствуясь международной практикой и принимая во внимание необходимость гуманизации и демилитаризации, система исполнения наказаний была передана из ведения МВД в структуру Минюста.

Уголовно-исполнительная (пенитенциарная) система Кыргызстана объединяет 31 учреждение, в том числе: 6 следственных изоляторов, 14 колоний-поселений, 1 колонию для содержания несовершеннолетних лиц мужского пола и 10 исправительных колоний, включая колонию для содержания осужденных женщин. В уголовно-исполнительной системе функционируют управление уголовно-исполнительных инспекций и департамент по конвоированию. Из 31 исправительного учреждения дислоцируются: в Ошской области - 2, Джалал-Абадской - 3, Баткенской - 1, Таласской - 2, Нарынской - 1, Иссык-Кульской - 3, остальные - 19 или 68 процентов от общего числа учреждений УИС расположены в Чуйской долине. В УИС функционирует одно исправительное учреждение для содержания женщин - ИК - 2.

К сожалению, уголовно-исполнительная система оказалась не в состоянии выполнить требования УИК об исполнении наказаний в колониях общего (во всех регионах), особого (северный и южный регионы) режимов, воспитательной колонии усиленного режима для несовершеннолетних лиц мужского пола, воспитательной колонии общего режима для лиц женского пола, колоний общего и усиленного режимов для осужденных-бывших работников судов и правоохранительных органов. А в имеющихся исправительных учреждениях не были созданы обычные, облегченные и

строгие условия отбывания наказания, обеспечивающие дифференцированное содержание осужденных [56].

После отмены в 2007 году в Кыргызской Республике смертной казни в отношении более 200 осужденных к высшей мере наказания пересмотрены приговоры, и им назначено наказание в виде ПЛС. УИК предусмотрено содержание данной категории лиц в ИК особого режима, каковых в структуре УИС нет. А содержание осужденных к ПЛС в колониях строгого режима существенным образом негативно влияет на оперативную обстановку в этих учреждениях.

Условия содержания в УИС не соответствуют национальным и международным стандартам. По результатам оценки, проведенной в 2006 году ОБСЕ и организацией «Международная тюремная реформа» (Penal Reform International), выявлено, что актуальной является проблема отопления помещений, что было подтверждено и представителями Международного комитета Красного Креста в июле 2009 года. Санитарно-технические узлы во всех пенитенциарных учреждениях находятся в неудовлетворительном состоянии. Международный комитет Красного Креста и Международная гуманитарная организация «Врачи без границ» направили свое внимание на модернизацию систем санитарии, водоснабжения и канализации в нескольких учреждениях УИС, где содержатся и получают лечение больные туберкулезом. Однако многое еще предстоит сделать, чтобы обеспечить все учреждения УИС соответствующими системами отопления, водоснабжения и санитарии, которые будут отвечать потребностям и стандартам, изложенным в Минимальных стандартных правилах ООН по обращению с заключенными, с целью создания более здоровой среды проживания и предотвращения распространения социально значимых заболеваний.

Одной из приоритетных проблем для УИС на сегодняшний день является вопрос содержания лиц, осужденных к ПЛС. После отмены в 2007 году смертной казни в Кыргызской Республике, у всех осужденных к

исключительной мере наказания (смертная казнь) были пересмотрены приговоры и назначено наказание в виде пожизненного лишения свободы.

В настоящее время в Кыргызской Республике 257 заключенных приговорены к пожизненному лишению свободы, включая 172 лица, непосредственно получивших эту меру наказания в результате отмены смертной казни. Сейчас данная группа заключенных содержится в разных учреждениях УИС - в СИЗО 1 и 5 и в локальных участках особого режима - ИК- 1, 3 и 16 [56].

Меры, принятые УИС по содержанию ПЛС в СИЗО и ИК строгого режима, являются временными и не обеспечивают содержания осужденных данной категории в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

С 2007 года УИС проводит работы по строительству специального корпуса для содержания осужденных ПЛС на базе ИК - 19 (с. Жаны-Жер).

Коммунально-бытовой сектор исправительных учреждений и плачевное состояние энергетического хозяйства в УИС, вследствие своей ветхости, не в состоянии обеспечить условия содержания заключенных в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами. Отсутствие элементарных коммунально-бытовых условий отрицательно влияет на оперативную обстановку в исправительных учреждениях и значительно снижает возможность для осуществления полноценного и эффективного пенитенциарного процесса по исправлению и перевоспитанию заключенных.

В целях улучшения условий содержания заключенных в Кыргызской Республике необходимо создать модельно-образцовые учреждения УИС, соответствующие национальным и международным стандартам, с подготовленным персоналом, которые будут служить эталоном образцового пенитенциарного учреждения для УИС.

Дислокация исправительных учреждений не соответствует пропорциям численности населения. Так, 68 процентов исправительных учреждений расположены в Чуйской области, тогда как в Ошской, Баткенской, Таласской,

Нарынской и Иссык-Кульской областях исправительные учреждения закрытого типа отсутствуют. В южном регионе нет исправительной колонии строгого режима. В Баткенской и Таласской областях отсутствуют СИЗО, вследствие чего конвоирование заключенных является весьма затратным мероприятием для республиканского бюджета [56].

Руководство пенитенциарной системой осуществляется Государственной службой исполнения наказаний (ГСИН) при Правительстве Кыргызской Республики, образованное в октябре 2009 г. на базе Главного управления исполнения наказаний (ГУИН) Министерства юстиции Кыргызской Республики.

На 1 января 2012 года в исправительных учреждениях республики содержалось около 9 832 человек, на учете в УИИ состоит около 4217 человек, всего 14045 человек.

Для сравнения в закрытых учреждениях содержалось: на 01.01.2004 г. – 16934 человек, на 01.01.2005 г. – 16662 человек, на 01.01.2006 г. – 15758 человек [57, с. 9].

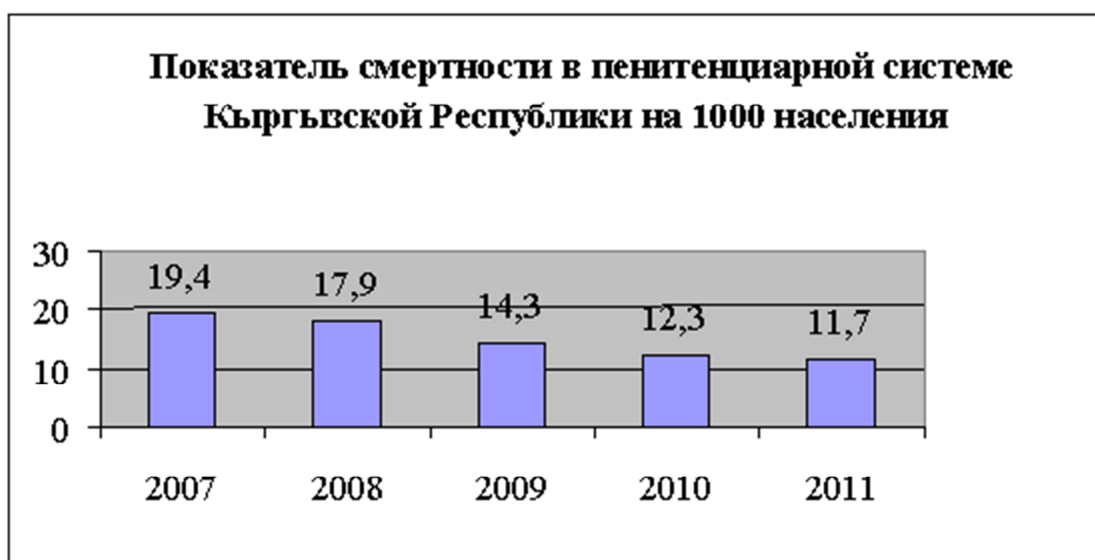
Большинство заключенных (94,57 %) составляют лица работоспособного возраста от 18 до 55 лет.

Основное количество (65,53 %) составляют осужденные за тяжкие и особо тяжкие преступления.

Отмечается неуклонный рост численности осужденных к ПЛС.



Имеется тенденция к снижению смертности осужденных.



В результате улучшения питания и условий содержания, реализации медицинских и социальных программ снижена заболеваемость осужденных.

В 2011 году были проведены активные мероприятия по выявлению заболеваемости туберкулезом.

В результате реализации лечебно-профилактических и социальных программ, пресечения путей проникновения наркотических средств, ситуация по распространению ВИЧ-инфекции находится под контролем.

Как это видно из приведенных цифр, произошло резкое снижение т.н. «тюремного населения», за последние пять лет – более чем в полтора раза. Такое снижение численности произошло в результате проведенной работы по применению к осужденным Законов КР «Об амнистии» от 10.04.2004 года и от 13.08.2005 года, а также Закона КР от 25.06.2007 г. «О внесении изменений и дополнений в Уголовный, Уголовно-процессуальный и Уголовно-исполнительный кодексы Кыргызской Республики, кодекс Кыргызской Республики об административной ответственности», получивший среди юридической общественности название закона «О гуманизации».

Снижение плотности тюремного населения можно отнести к успехам пенитенциарных реформ. На самом деле, этот показатель (300 осужденных на 100.000 населения) в Кыргызстане более чем в два раза меньше российского (710) и почти в полтора раза меньше чем у ближайшего соседа – Казахстана (540), однако больше почти в 13 раз чем в Индии (23). Кроме того, искусственное снижение количества осужденных произошло, как уже отмечено, в связи с не всегда оправданными законами «Об амнистии».

Начиная с 1991 г. до 2009 г. в Кыргызстане было издано 16 актов об амнистии. Объясняя причины частых актов об амнистии, А.К. Сманалиева пишет: «Тяжелая ситуация, сложившаяся в пенитенциарной системе, связанная с социально-экономическими проблемами, в свою очередь заставляет государство прибегнуть к порочной практике изданий актов амнистий и рассмотрения их своеобразной альтернативой лишению свободы»[58, с. 4].

По нашему мнению, излишне частые амнистии способствуют девальвации предупредительной роли уголовного закона. Впрочем, сложившаяся практика его применения свидетельствует о необходимости фундаментальной коррекции фокуса уголовной репрессии.

В Кыргызстане до сих пор не разработаны подходы к определению рубежей (показателей) возможного или приемлемого уровня судимости населения, предельного наполнения мест лишения свободы и других элементов,

определяющих уровень реализации карательного аспекта уголовной политики. Между тем, совершенно очевидно, что уровень судимости населения и применения уголовной репрессии все еще высок. Здесь концептуальные положения также могут опираться на зарубежный опыт. Например, в ФРГ приговоры к лишению свободы составляют около 5%, а в Кыргызстане - 42-44%. В ФРГ около 60% приговоров к лишению свободы определяют срок до 1 года, в Кыргызстане - примерно 20%. Опираясь на этот опыт, целесообразно выработать стратегию совершенствования законодательного компонента уголовной политики, имеющего целью снижение в разумных пределах судимости к лишению свободы и совершенствованию согласованной уголовной политики в этом направлении.

Ужесточение уголовной политики выглядит естественной в условиях роста преступности. Этого активно требует ригористично настроенная часть населения и политиков: расстрелять, повесить, ликвидировать немедленно и т.п. Однако, как показывает опыт европейских стран, преобладающей тенденцией в период «криминального взрыва» должно быть не ужесточение, а рациональное развитие и даже смягчение уголовной политики [59, с. 67]. Одной из причин, которые обуславливают такую, на первый взгляд, парадоксальную реакцию является ограниченность материальных и профессиональных ресурсов, которые общество может использовать для противодействия преступности. Эти ресурсы невозможно увеличивать темпами, пропорциональными росту криминальных проявлений. Кроме того, экстенсивный путь развития дорогостоящей и громоздкой системы уголовной юстиции, при попытке его реализовать, приводит к еще более разрушительным последствиям для общества, чем сама преступность [60, с. 6].

Вполне очевидно, что излишне большое тюремное население представляет проблему, а в отдельных случаях конкретную угрозу обществу. Поэтому возникает закономерный вопрос о необходимости активизации применения существующих и внедрения новых наказаний, альтернативных лишению

свободы. Этой проблеме была посвящена международная конференция «Проблемы применения наказаний, альтернативных лишению свободы в Кыргызской Республике», состоявшаяся в мае 2003 г. в г.Бишкек. Эти же вопросы нашли отражение в повестке другой международной конференции «Развитие пенитенциарной системы в Кыргызской Республике: результаты, проблемы и перспективы», состоявшейся в июне того же года. В итоговых документах конференции зафиксированы настоятельная необходимость пересмотра санкций отдельных статей Особенной части УК КР с целью исключения наказаний в виде лишения свободы, целесообразность замены их имущественными наказаниями или общественными работами, ограничением свободы, а также создание службы пробации. В целях дальнейшей гуманизации уголовной политики предлагается расширить возможности судов для применения условно-досрочного освобождения от наказания неопасным преступникам, расширить перечень дел частного обвинения и возможности досудебного и судебного освобождения от уголовной ответственности за примирением сторон и т.п.

В уголовном законодательстве, по нашему мнению, должно найти отражение положение о том, что условно-досрочное освобождение от отбывания наказания является правом осужденного, а не прихотью администрации мест лишения свободы.

Указанные проблемные ситуации могут быть положены в основу концептуальных положений, направленных на устранение избыточности уголовной репрессии.

Современная уголовная политика Кыргызстана не сильно отличается от политики борьбы с преступностью советского периода и характеризуется неразборчивостью, избыточностью и жестокостью репрессий [61, с. 45].

Неразборчивость существующей уголовной политики проявляется в том, что согласно данным статистики в орбиту уголовного преследования попадают в основном, «жертвы» социальной политики государства – люмпены,

малообеспеченная часть общества, наркозависимые лица, как правило, привлекаемые к ответственности за преступления против собственности. В этом выражена адресность уголовной политики, острие которой направлено не против организованной, профессиональной преступности, коррупции, а сконцентрировано на борьбе с легкораскрываемой бытовой преступностью, преступлениями, совершенными в условиях очевидности.

Практика правоприменения, статистические данные свидетельствуют о том, что острие уголовной репрессии сегодня направлено на потребителей наркотиков. Следствием чего является неоправданно большое количество осужденных наркозависимых лиц.

Как нам представляется, проблема наркотизма усугубляется в местах лишения свободы многократно, что обусловлено, в первую очередь спецификой пенитенциарной системы. В тюрьмах ситуация для наркоманов становится тем более невыносимой. Так, в некоторых местах заключения количество наркоманов достигает 70 процентов от общего числа заключенных. Многие стали наркоманами уже в тюрьме [62,с.311]. Очевидно, что криминальная субкультура самым негативным образом влияет на наркозависимость осужденных лиц. Общеизвестно, что места лишения свободы представляют собой своеобразные благоприятные анклавы, где преступники могут общаться друг с другом столько и как угодно, сколько это невозможно в условиях законопослушной, свободной жизни. Впрочем, эта проблема малоизученна и поэтому рекомендации по предупреждению наркотизма отрывочны и не систематизированы.

Понятие наркотизма в местах лишения свободы Кыргызской Республике можно определить как социальное явление, характеризующееся совокупностью немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ (наркомании) и уголовно-наказуемых деяний, связанных с наркоманией (незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ) в учреждениях системы исполнения наказаний в виде лишения свободы.

К сожалению, фактор латентности не позволяет определить точные масштабы проблемы наркотизма не только в местах лишения свободы, но и обществе в целом. Поэтому в нашем исследовании мы опирались на метод экспертных оценок, как наиболее подходящий в изучении феномена наркотизма в местах лишения свободы.

Проблема распространения наркотиков, их незаконного оборота и комплекса негативных противоправных явлений, связанных с этим, обусловлена рядом причин как внутреннего, так и внешнего характера:

- сложной обстановкой в пенитенциарных учреждениях республики и увеличением поставок наркотиков «извне». Сохраняется возможность неконтролируемой передачи наркосодержащих веществ вследствие слабой оснащённости техническими средствами ИУ, службы исправительных учреждений, коррумпированности отдельных должностных лиц системы исполнения наказания,

- в пенитенциарные учреждения большая часть заключенных при поступлении в ИУ уже имеют прошлое, связанное с инъекционным, и другим видом не только употребления наркотиков, но и незаконного их распространения. Это означает, что употребление наркотиков в тюрьмах, и ее распространение зеркально отражает употребление и незаконный оборот наркотиков с целью сбыта в обществе в целом. Болезни вне тюрьмы приходят в тюрьмы, и наоборот, болезни, приобретенные в тюрьмах, затем могут распространяться вне тюрьмы. В целом, как видим, многое зависит от общественного внимания, комплексного подхода в решении данной проблемы, степени оказания медицинской или иной помощи лицам, находящимся в заключении, а также и отбывшим наказание.

Для расширения масштабов наркобизнеса преступные элементы - организованные наркодиллеры стремятся оказать влияние на общую ситуацию, как в стране в целом, так и на контингент (тюремное население) пенитенциарной системы [63], и превратить их в источник немалого дохода

[48].

Одним из первых, кто предпринял попытку обратить внимание общественности на проблему наркотиков в тюрьмах Кыргызстана, был Омбудсмен КР Турсунбай Бакир уулу, который в 2005 г. в рамках цикла публичных выступлений в Центре Социальных исследований АУЦА, выступил с докладом «О пенитенциарной системе в Кыргызстане» и рассказал о причинах серий бунтов в тюрьмах и о том, как коррумпированность власти мешает реформированию пенитенциарной политики в республике [65, с. 54].

Основной целью института Омбудсмeна Кыргызстана является предупреждение правонарушений и защита прав человека. Защита прав осужденных и реформа пенитенциарной системы - одно из направлений деятельности Омбудсмeна. В институте Омбудсмeна на тот момент действовало 12 инспекций, занимающихся определенной областью защиты прав человека в Кыргызстане и граждан КР за рубежом. В том числе в их компетенцию входила защита осужденных - наших граждан, находящихся в тюрьмах зарубежных государств.

Как уже было отмечено, осенью 2005 г. в ИК 31 Кыргызстана осужденные подняли бунт и требовали лучших жизненных условий, соответствующего питания и медицинского обеспечения. Кульминационным моментом того бунта стало убийство депутата Жогорку Кенеша Тынычбека Акматбаева и трех государственных служащих, включая главу ГУИН МЮ КР А.Полотова во время их инспектирования состояния тюрем республики. Кризис в пенитенциарной системе тогда приобрел политическую окраску. Власти страны заявили, что бунты являются частью разборок между воинствующими криминальными группировками в стране, как следствие - силовые ведомства штурмовали бунтующие колонии для установления легитимной власти.

На тот момент в пенитенциарной системе республики содержалось свыше 17 тысяч человек, из которых 182 человека были приговорены к смертной казни. По оценкам различных международных организаций 127 ВИЧ-

инфицированных находились в местах лишения свободы, около 60 % осужденных являлись наркоманами и 90 % из них впервые попробовали наркотики в тюрьме. Известно, что тюрьмы являются местами, где высок риск заражения такими заболеваниями как наркомания, туберкулез и ВИЧ/СПИД. Так, четвертая часть всех зарегистрированных больных туберкулезом содержатся в тюрьмах (около 2600 человек).

Причины возникновения бунтов среди заключенных Омбудсмен видит в:

- а) недостаточном финансировании ИУ из государственного бюджета;
- б) коррупции, захлестнувшей систему исполнения наказания.

Если государственный бюджет выделял на питание и содержание одного человека в тюрьме 17 сом из положенных 35 сом, то после бунтов это содержание выросло всего лишь до 22 сомов на осужденного. «Государство не может прокормить всех осужденных», – отмечает Омбудсмен в своем Отчете [66, с. 56]. «Более того, осужденные не обеспечены самыми необходимыми элементарными вещами: как постельное белье и принадлежности, одежда, осужденные носят и едят то, что приносят им родственники, а те у которых нет родственников - ходят в лохмотьях зимой и летом» [67, с.58]. Другой причиной - является коррумпированность пенитенциарной системы. Омбудсмен привел пример двух пенсионеров, которые пожаловались ему на то, что им не разрешили передать продукты своим родственникам в тюрьме. Сотрудники колонии заявили, что чтобы передать продукты бабушки должны были заплатить «мзду», либо отдать им часть продуктов. Получается, что родственники должны платить за свидание с осужденными в нарушение законодательства и отдавать продукты питания.

Омбудсмен также привел другой пример, когда следователи предлагали заключенным взять на себя вину за несовершенно преступление взамен на наркотики, а если они отказывались, то их пытали. Омбудсмен, имея право проводить собственные независимые расследования, привел еще несколько примеров того, как некоторым подозреваемым предложили взять на себя

преступления взамен на наркотики, но оказалось, что подозреваемому инкриминировали воровство имущества, когда он находился в тюрьме.

В Отчете по результатам Проекта УНП ООН «Экспресс оценка ситуации, связанной с потреблением наркотиков в Центральной Азии» один из респондентов из числа бывших осужденных описывает похожую картину: «Милиционеры часто ловят наркомана с одной дозой (обычно разовой), держат определенное время в СИЗО, затем, когда у него появляется «кумар» (абстинентный синдром), перед ним ставят шприц с героином и предлагают «подписаться» еще на какие-либо преступления (чаще кражи) взамен на возможность «подлечиться». При этом, как правило, обещаются «золотые горы»: ежедневное «взгревание» (подпитка) наркотиками в СИЗО и на зоне, предоставление «крыши» (покровительства) и т.п.» [68].

Более того, Омбудсмен считает, что отдельные сотрудники колоний прямо виновны в высоком уровне наркомании в пенитенциарной системе и являются там основными распространителями наркотиков. Нам представляется, что Омбудсмен прав во многом. Отчасти это подтверждается и результатами нашего исследования [69, П 1]. Так, по мнению, 50 % процентов опрошенных лиц, отбывших наказания в виде лишения свободы, наркотики в зоны проникают благодаря деятельности отдельных сотрудников администрации мест лишения свободы. Интересно отметить, что по этому вопросу позиция сотрудников пенитенциарной системы изменяется существенно, лишь 10 % опрошенных сотрудников считают, что наркотики в МЛС попадают при содействии администрации МЛС.

Рассматривая преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, в местах лишения свободы, выясняя причины и условия их совершения, а также рассматривая меры по их пресечению и предотвращению, убеждаешься в том, что сама изоляция от общества - как мера наказания предполагает ряд ограничений, которые у некоторых лиц могут вызывать дезадаптацию, еще большую дистанцированность от общества, усугублять

непринятие тюремной среды специфической субкультуры [70, с.7]⁵

Причинами преступности в широком смысле этого слова можно считать все те обстоятельства, без которых она не могла бы возникнуть и не могла существовать, но все эти обстоятельства играют не одинаковую роль. Одни из них создают лишь реальную возможность преступных мотивов, а другие превращают эту возможность в действительность. Поэтому первые надо рассматривать как условия, а вторые как причины. Причинами преступности в местах лишения свободы являются, те активные силы, которые своим действием порождают ее существование. На данный момент одной из проблемой для пенитенциарных органов является распространение наркотических средств, т.е. их незаконная передача и потребление на территории ИУ.

К числу существенных факторов, влияющих на наркотизм, следует отнести не только значительное сужение и ослабление контактов с родственниками или членами семьи, но и ограничение возможностей приобщаться к духовным ценностям общества с помощью, литературы и искусства, СМИ, к примеру, получить высшее и среднее специальное образование, контактировать с трудовыми коллективами, трудиться индивидуально, а также держать связь с общественными организациями и т.д.

Важное дезадаптирующее, отчуждающее значение может иметь восприятие самим осужденным наказания в виде лишения свободы, как несправедливого, причиняющего незаслуженные страдания, что достаточно для подавляющего большинства преступников впервые оказавшиеся наказанными, негативные субъективные состояния и переживания осужденных во многом вызывающие ощущение ими враждебность тюремной среды, опасением быть избытым, обиженным или оскорбленным, причем очень часто без надежды на

⁵ По данным исследований, проведенных в 1990 г. Ю.А. Алферовым и В.Г. Козюлей - каждый пятый наркоман приобщился к наркотикам именно в местах лишения свободы).

то, что обидчик будет наказан самим потерпевшим или кем-нибудь еще.

В литературе, посвященной проблемам наркомании, издавна ставился вопрос о тех особенностях личности, которые способствуют формированию данной патологии. Р. Буккарт писал, что лишь лица определенного психического склада или психически больные могут стать наркоманами [71, с.12]. В начале XX века он писал, что большинство обследованных больных были чрезвычайно экзальтированными либо страдали душевными расстройствами, а П.Б. Ганнушкин считал возможным, что в некоторых случаях наркомания психопатическое развитие личности, «для того чтобы сделаться привычным наркоманом необходима конституциональная предрасположенность» [72]. Другие исследователи Р. Bruhn, N. Magge, И.Г. Ураков, Г.И. Исмаилов считают одной из основных причин формирования наркомании дефекты воспитания, которые приводят к нарушению социальной адаптации, проявляющейся неустойчивостью побуждений и мотивов поведения, отсутствие социально направленных стабильных интересов [73, с. 91-98].

Существенные причины живучести наркомании кроются в серьезных недоработках самих сотрудников ИУ. Пагубное влияние на общую нравственную атмосферу общества оказывают факты пренебрежительного отношения к закону, очковтирательство, взяточничество, поощрение угодничества, отсутствие заботы о людях, когда условия жизни и труда подменились политическими заигрываниями, снижается обстановка требовательности, дисциплины, ответственности. Образовался разрыв между словом и делом. Парадные мероприятия ради галочки в пункте не приносят ощутимых действий на исправление осужденных.

Самое разрушающее воздействие на обеспечение режима отбывания наказания проявляется, когда сотрудники пенитенциарного учреждения вовлекаются в наркобизнес. Принося в ИУ сотрудник наркотик, не задумываясь сбывает его любыми путями, в этих условиях разрастается безответственность

способствующая определенной деформации психологии тюремного населения, и теми кто над ними надзирает. Порождаются обоюдные искаженные завышенные или заниженные притязания. Во главу угла стоит жажда легкой жизни, зависти, смещение нравственных и материальных ценностей. В различных странах такие факты рано или поздно вскрываются. «Получить свою долю от «черного барыша» стараются не только родные и «кореша» сидельцев, но и некоторые сотрудники тюрем и колоний. Как известно, к таким «доброхотам» арестанты относятся весьма бережно. Один из внутренних каналов исполнители наказания перекрыли по информации сотрудника оперслужбы УФСКН РФ по РТ Алексея Бугрова. Совместными усилиями в сентябре в исправительной колонии №19 сотрудники смогли изболбить медсестру, которая рискнула примерить на себя роль наркокурьерши. Женщина, в один «прекрасный» момент, воспользовавшись своим служебным положением, пронесла осужденному, решившему с помощью наркотиков скрасить серые тюремные будни, почти 5 грамм героина» [74]. Отсутствие официальной статистики в Кыргызстане об участии сотрудников администрации в наркобизнесе, не свидетельствует о реальном отсутствии таких фактов.

Среди факторов, объясняющих приобщение к наркотикам, следует считать нездоровый психологический климат в ИУ, нерешенность ряда социальных проблем, связанных с пребыванием в определенном помещении, который не соответствует элементарным санитарным нормам, серость каждого дня пребывания, как выразился наркоман осужденный – «расцветивался наркотиком». По данным исследования, проведенного в Кыргызстане, выделены следующие мотивы употребления наркотиков: «расслабиться, развеяться», «единственное развлечение», «от безделья», «чтобы подлечиться», «страх перед «кумаром»» [75].

Дабы создать видимость мнимого благополучия, замалчиваются факты потребления наркотиков со стороны осужденных – это известно по

определенным причинам, на это наложено «Табу». Недооценка такого фактора гласности и безнаказанности правонарушителей создают благоприятную почву, для появления новых очагов наркомании в ИУ в среде новых поступивших осужденных.

Досуг осужденных, это проблема несет такие недостатки, как нужда в духовном общении, в трудовой занятости осужденных, на фоне бездеятельности в ИУ, асоциальное тюремное общество начинает праздное развлекательное времяпрепровождение, инициаторы чаще всего главари некоторых группировок обычно из опытных осужденных, глубоко испорченных, преднамеренно вовлекают новых осужденных в потребление наркотика.

Нельзя игнорировать личные качества осужденных, неумение общаться с людьми, быть верным в дружбе, неуживчивости, замкнутости, слабОВОЛИИ, в желании утвердиться в тюремной среде не показаться трусом, любопытством, желанием попробовать наркотик и т.д. Из опроса наркоманов в ИУ показало, что 70 % наркоманов быстро и легко переходили от обычных сигарет и папирос к курению гашиша и иного дурманящего средства еще будучи на свободе, а тюремные условия повышают потребность в наркотиках.

Важным звеном в механизме причинно-следственной связи, определяющей развитие наркомании в ИУ, являются уже опытные наркоманы сидящие в ИУ, поступающие осужденные в ИУ, рецидивисты, в тюремной среде - как женщин, так и мужчин, в том числе несовершеннолетних.

Отрицательно сказывается на распространение наркомании в ИУ серьезные недостатки медицинских мер борьбы с нею. Не отвечают требованиям выявление и поставка на учет лиц злоупотребляющих наркотиками осужденных. Не везде есть надлежащие специализированные учреждения, где можно было бы определить наркозависимость поступающего осужденного, препараты дорогие для лечения наркомана, не решена проблема экспресс диагностики, имеющие лаборатории ненадлежащего оснащения, нет

специалистов наркологов, лаборантов и т.д., для выявления лиц приобщившихся к наркотикам и принять меры противодействия на той стадии, где наиболее вероятен эффект лечения.

Следует учесть и недоработки пропаганды в ИУ здорового образа жизни.

Анализ практики приводит к выводу, что организованные преступные группы, занимающиеся наркобизнесом, обладая значительным капиталом и коррумпированными связями, имеют реальную возможность маскировать способы распространения наркотика в ИУ, активно противодействуя раскрытию преступной деятельности, по уголовным делам, из интервью участников процесса по категории дел распространения наркотика, подозреваемые, обвиняемые, под устрашением быть жестоко наказанным даже порой боясь лишения жизни, отказывают давать показания и называть виновных, и дела закрываются за недоказанностью преступления.

В правовых нормах нет стимулирующих норм, при раскаянии, нет правовых гарантий при конфиденциальной основе оказании активной помощи по делам данной категории осужденными.

Необходимо отметить существование определенной зависимости между стилем руководства отрядом со стороны его начальника и характером отношений актива с лидерами неформальных групп среди осужденных. В данном случае стиль руководства мы связываем с тем, какие нормы - формальные или неформальные - в основном поддерживаются начальником ИУ, насколько он контролирует положение в подчиненном ему ведомстве осужденных и сотрудников ИУ, а все это тоже влияет на уровень потребления наркотика и связанных с ним насилия. Если руководитель придерживается главным образом официальных предписаний, если он твердо проводит свой независимый курс, знает все наиболее значимые события и ситуации в отряде, то агрессивные действия там редки. При этом конечно, он должен ориентироваться и на неформальные общечеловеческие ценности, которые имеют место и среди

преступников. Такая ориентация способна еще больше укрепить его авторитет, сделать его выразителем справедливости.

Среди причин преступности в местах лишения свободы особое место занимают те, которые связаны с недостатками и упущениями в деятельности администрации колоний. Мы говорим об «особом месте» потому, что указанные недостатки имеют не только прямое криминологическое значение, но и существенно затрудняют процесс исправления осужденных. Помехи в этом процессе, в свою очередь, могут стать причиной дальнейших насильственных действий в ИУ.

Все имеющие опасные последствия и недостатки можно сгруппировать следующим образом:

1) применение представителями администрации насилия к осужденным - от словесных оскорблений до рукоприкладства, что может вызвать ответную агрессию не только в отношении должностных лиц, но и в качестве психологической компенсации на других преступников;

2) попытки добиться некоего подобия дисциплины подстрекательством к физическим расправам одних осужденных, как правило, неформальных лидеров и их окружения, над непокорными;

3) несправедливое разрешение возникающих в среде преступников конфликтов, причем наиболее опасны и аморальны случаи, когда предпочтение отдается явно более сильному или заведомо неправому, например вору в законе или другому подобному лидеру;

4) нежелание администрации вообще вмешиваться в конфликты преступников, делание вида, как будто их нет;

5) неумение, а иногда нежелание администрации защитить обижаемого, отвергаемого, что, помимо всего прочего, создает в учреждении общую атмосферу беспредела и уверенность лишенных свободы в том, что они полностью во власти произвола и беспредела;

б) сокрытие фактов насильственных преступлений от учета, нежелание реагировать на них, что формирует цепную реакцию агрессии и жестокости;

7) непонимание, что в современных условиях унижение личного достоинства, в какой бы-то форме оно ни проявлялось и от кого бы ни исходило, воспринимается крайне болезненно.

8) столь же острая реакция осужденных на помехи в получении материальных благ, в первую очередь продуктов питания, а также препятствия в деле общения с родными и близкими, другими лишенными свободы, проведения досуга и т.д.;

9) неудовлетворительная организация охраны и надзора за осужденными, слабый контроль, в том числе оперативный, за их поведением [76, с.45].

Все выше сгруппированные причины нам позволяют сказать следующее: осужденный в местах лишения свободы ищет и будет искать способы доставить себе удовольствие, чтобы облегчить свои страдания, либо иным образом спрятаться от пугающей его действительности путем применения различных одурманивающих наркотических веществ, а многообразие видов наркомании существует издавна.

Изучение многочисленных материалов, существующей оперативной и судебно-следственной практики в области расследования преступлений, связанных с наркотиками в ИУ, и в стране прежде всего, с их распространением, позволило вычленив основную группу факторов, которые сегодня в наибольшей мере инициируют процветание применения и распространения наркотических и психотропных веществ в Кыргызстане, воздвигая последнюю в ранг проблем национальной безопасности.

Несомненно, для эффективной борьбы с наркопреступностью в местах лишения свободы, необходимо применять эффективные меры не только со стороны сотрудников ГСИН, но чтобы все граждане, общественность, государство объединили свои усилия против этого реально опасного явления. Однако на данный момент идет борьба лишь только с последствиями

преступлений в пенитенциарных учреждениях, а, как известно, чтобы излечить - именно излечить, а не залечить любую болезнь, в том числе и болезнь тюремного общества, коей и является наркотизм в местах лишения свободы, следует основной упор сделать на воздействие на первопричины рассматриваемого явления и факторы, способствующие ему.

Наркопреступность (незаконный оборот наркотиков) в местах лишения свободы является частью пенитенциарной преступности. Пенитенциарная преступность – это совокупность преступлений, совершаемых во всех режимных видах ИУ, воспитательная колония для несовершеннолетних, женская колония, СИЗО, ИВС. Данное понятие происходит от латинского *poenitentia* – раскаяние.

В литературе описываются два вида субъектов исследуемой преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков его характеристики, [77, с. 596] и специфика детерминации преступного поведения:

- осужденные, отбывающие наказание в ИУ, обвиняемые в СИЗО, ИВС;
- сотрудники органов и учреждений Государственной системы исполнения наказания (ГСИН) при Правительстве КР, производственно-технический, медицинский, педагогический персонал, а также другие неаттестованные работники ГСИН.

подавляющая часть всех преступлений, связанных с наркотиками совершаются осужденными и заключенными с лицами с отрицательными характеристиками уголовно-правового и нравственно-психологического характера, что значительно осложняет криминогенную ситуацию в ИУ.

Уголовно-правовая характеристика осужденного имеет важное значение для изучения личности, поскольку именно она дает представление о чертах (дефектах) личности осужденного, наличие которых привело его к совершению рецидивного преступления, чтобы исправить эти дефекты, их в первую очередь должна знать сотрудники исправительного учреждения.

В исследованиях данных В.В. Меркурьевым и О.В. Старковым динамики

числа отбывающих лишение свободы осужденных за разные преступления в сравнении, в котором доля преступления связанного с незаконным оборотом наркотиков колеблется от 9, 2% до 9, 7% от общего количества вторичного преступления в ИУ, т.е. есть некоторое увеличение [78, с. 858] Вместе с тем нельзя говорить, что тенденция увеличения отражает картину преступности в целом, так как следует учитывать латентность преступления [79, с.286].

Преступность сотрудников органов и учреждений, исполняющих уголовное наказание, включает преимущественно должностные преступления, а также связанные с незаконным оборотом наркотиков.

Изучение многочисленных материалов, существующей оперативной и судебно-следственной практики в области расследования преступлений, связанных с наркотиками в ИУ, прежде всего, с их распространением, употреблением, позволило вычленить основную группу факторов, которые сегодня в наибольшей мере инициируют процветание незаконному обороту наркотических, психотропных веществ в местах лишения свободы, воздвигая последнюю в ранг проблем национальной безопасности. Все эти обстоятельства играют не одинаковую роль, одни создают реальную возможность преступных мотивов, а другие превращают эту возможность в действительность.

На вопрос: «Откуда осужденный снабжается наркосодержащими веществами»? - есть объяснение – существуют два основных пути проникновения наркосодержащих веществ: через обслуживающий персонал и сотрудников ИУ и посетителей близких, родных, знакомых, которые приходят на свидания к осужденному. Существуют также варианты переброса наркотиков через стены ИУ, через т.н. «запретку». Основополагающий закон экономики - "спрос рождает предложение" работает и на территории, казалось бы, полностью изолированного от общества учреждений.

Администрацией исправительных учреждений всех режимных условий проводятся плановые операции по изъятию предметов, запрещенных в местах

лишения свободы, в том числе алкоголя и наркотиков. В 2009 г. из незаконного оборота в пенитенциарной системе КР изъято около 2,5 кг наркотических и психотропных веществ, преимущественно гашиша и героина [80]. В 2005 г. в закрытых учреждениях было изъято 2 кг 493 наркотиков [81].

Высокая латентность наркопреступлений не позволяет нам представить полную картину наркоситуации в пенитенциарной системе. Но вывод очевиден, количество выявляемых преступлений вообще и связанных с наркотиками в частности незначителен. Ежегодно в пенитенциарной системе выявляется около 50-60 различных преступлений, из которых около трети связано с наркотиками. Для сравнения: в Татарстане, чье население не намного превосходит население Кыргызстана, за 2008 год в колониях республики было зафиксировано свыше 120 фактов изъятия наркотиков при попытке их доставки, перехвачены сотни тысяч наркодоз, возбуждено 75 уголовных дел [82, с. 43]. Взаимодействие помогло наркополицией нанести в уходящем году серьезный удар по системе снабжения наркотиками исправительных учреждений Татарстана.

Впрочем, сами аналитики пенитенциарной системы отмечают: «Несмотря на предпринимаемые меры по улучшению организации службы надзора и режима за осужденными состояние данной работы оценивается как неудовлетворительное. Роль служб надзора по профилактике преступлений и происшествий слабая. Ими своевременно не выявляются негативные проявления среди осужденных. За 2005 год по вине службы надзора было допущено 35 преступлений и происшествий [83].

Проведенными исследованиями выявлены различия в состоянии наркопреступности в колониях для мужчин и женщин. Например, наркотики в женскую колонию (ИК – 2) поступают лишь в незначительных количествах, главным образом во время этапирования вновь прибывающих осужденных из следственного изолятора (СИЗО). Так, оба задержания (2005 год) с марихуаной и гашишем в незначительных количествах, которые женщины пытались

пронести в зону, спрятав пакетики в прическах, были проведены именно во время досмотра вновь прибывших из СИЗО [84]. Малое количество потребителей во многом объясняется тем, что героин в колонию поступает редко, в ограниченном количестве, а потому имеет высокую цену. Подавляющее же большинство женщин-осужденных, хотя и имели б желание попробовать его или продолжить привычное "на воле" потребление, средств на приобретение не имеют. Как поясняли интервьюируемые, большинство лишено возможности купить даже лишний кусок мыла. С другой стороны, из-за низкой платежеспособности специального контингента колонии N 2 в поставках наркотиков в эту зону не заинтересованы ни сбытчики, ни организованные преступные группировки, во множестве снабжающие мужские колонии. Существующая же в уголовном мире практика создаваемых криминальными авторитетами так называемых "общаков", которые зачастую снабжают определенную часть осужденных бесплатно, на женскую колонию по ряду причин не распространяется.

Согласно исследованиям Н.П. Барабанова, проведенным в 2000 г., места лишения свободы привлекают особое внимание дельцов наркобизнеса как объекты, в которых содержатся потребители наркотиков. Наиболее подвержены такому воздействию те учреждения, которые находятся в городах или вблизи них, в регионах со сложной - наркоситуацией. Кроме того, наркотики и другие сильнодействующие вещества всегда занимали в жизни осужденных значительное место, поскольку они в условиях изоляции остаются, чуть ли не единственным средством, используемым для снятия стрессов, чувства тревоги, характерных для осужденных. С другой стороны, наркотический «подогрев» поощряется преступной субкультурой, а потому увеличение обращения с наркотиками в структуре преступности в ИУ, может служить показателем усиления влияния криминальных обычаев и традиций.

Наркотические средства в учреждениях исполнительной системы изымаются в малых количествах. Это говорит о быстрой реализации

доставляемых наркотиков и отлаженном механизме их поставки и сбыта осужденным, который глубоко законспирирован, в том числе и не без участия персонала ИУ, что есть необходимость активизации работы оперативных аппаратов по выявлению каналов поступления наркотических средств в места лишения свободы для привлечения к ответственности лиц, незаконно сбывающих наркотические средства, созданию в системе ГСИН совместно с агентством по контролю за наркотиками создания базы данных о лицах, совершающих незаконный сбыт наркотических средств.

Согласно проведенному нами опросу 70 % опрошенных лиц, отбывших наказания в местах лишения свободы, считают, что наркотики в зонах легкодоступны, лишь 10 % процентов из них считают наркотики труднодоступными. Интересно отметить, что сотрудники пенитенциарной системы считают иначе: лишь 20 % из них полагают, что наркотики в МЛС легкодоступны. По нашему мнению, данные цифры могут свидетельствовать о том, что администрация мест лишения свободы имеет недостаточное представление о состоянии наркопреступности в исправительных учреждениях.

ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМЫ И НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАРКОТИЗМА В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

2.1. Правовые, организационные и иные меры предупреждения наркотизма в местах лишения свободы в Кыргызстане

В Кыргызской Республике, с момента обретения независимости в 1991 г., на самом высоком уровне уделялось внимание проблеме наркотизма. Так, Кыргызстан, одним из первых на постсоветском пространстве в 1994 г. присоединился к антинаркотическим конвенциям ООН, годом ранее образовал Государственную комиссию при Правительстве Кыргызской Республики по контролю наркотиков, что позволило стране интегрироваться в международную систему противодействия наркомании и незаконному обороту наркотиков. К ним относятся: Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., Конвенция ООН о психотропных веществах 1971 г. и Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г.

В 1998 г. был принят Закон КР «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», регулирующий правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, а также устанавливающий меры противодействия их незаконному обороту в целях оказания наркологической помощи и охраны здоровья граждан, общественной и государственной безопасности. Закон касается и ИУ. Это главная законодательная платформа в области организации борьбы с наркотизмом.

В предупреждении наркотизма мы выделяем профилактику наркомании и предупреждение (пресечение) незаконного оборота наркотиков.

В профилактике наркомании выделяют первичную, вторичную,

третичную виды, а также сокращение или «Снижение вреда».

Под первичной профилактикой понимается предупреждение негативного влияния обычаев социальной среды, формирование нравственных и гигиенических убеждений, исключающих и вытесняющих возможность рискованного поведения на основе пропаганды здорового образа жизни. Следует отметить, что в Кыргызской Республике вопросы первичной профилактики до настоящего времени остаются самыми неразработанными. В стране отсутствует четко проработанная стратегия первичной профилактики, как отдельного направления. Практически все мероприятия в сфере первичной профилактики осуществляются отдельными органами местного самоуправления, министерствами и ведомствами, главным образом, здравоохранения и образования, которые в свою очередь, перекладывают эту ответственность на врачей и учителей, чья прямая ответственность лежит в несколько иной плоскости. До настоящего времени в республике отсутствует понимание первичной профилактики как заботы всего общества, то есть считается, что профилактикой заболеваний и отклоняющегося поведения должны заниматься работники медицины, образования, правоохранные органы, но не само общество в целом и органы местного самоуправления. Многие ее положения внесены в различные государственные и национальные программы, но выполнение в основном осуществляется формально.

В основном мероприятия в сфере первичной профилактики сводятся к различного рода конференциям и «круглым столам», изданию небольшими тиражами литературы «антинаркотического» характера. В проводимых профилактических мероприятиях отсутствуют новаторские элементы и практически решается всего лишь один вопрос – заострение внимания общества на проблемах злоупотребления наркотиками.

Под вторичной профилактикой, как правило, понимают – максимально раннее полное и комплексное осуществление лечебных мероприятий

(наркологическая помощь), оздоровление социальной почвы, применение мер воспитательного воздействия в коллективе и семье.

Спектр лечебных услуг в Кыргызской Республике включает в себя:

- детоксификацию или лечение синдрома отмены;
- заместительную поддерживающую терапию с использованием метадона;
- немедикаментозную терапию зависимости (программы «без наркотиков»

или медико-психологической реабилитации)

Детоксификация практикуется во всех медицинских учреждениях, государственных и частных. Основной моделью детоксификации является «психофармакологическая модель», т.е. симптоматическое лечение с использованием широкого спектра психотропных, обезболивающих, кардиотонических и других лекарственных препаратов. Хотя такой способ детоксификации не является клинически и экономически оправданным, тем не менее, он имеет широкое распространение.

Третичная профилактика - это предупреждение прогрессирования заболеваний и его осложнения. С 2004 года в стране внедрены «drugfree» программы немедикаментозного лечения (или лечение «без наркотиков»), которые также называются программами медико-психологической реабилитации.

Эти программы реализуются в стационарных и амбулаторных условиях и, соответственно, имеют различные задачи. Полноценных реабилитационных центров в системе Министерства здравоохранения Кыргызской Республики не имеется.

Амбулаторные программы ориентированы, главным образом, на мотивирование на получение и продолжение лечения, а также профилактику рецидивов.

Основными задачами стационарных лечебных программ «без наркотиков» являются достижение стойкой ремиссии или полного воздержания от приема наркотиков после завершения лечебной программы.

Критериями приема в программу немедикаментозного лечения являются предварительное прохождение детокс-терапии и высокий уровень мотивации пациента на лечение.

Финансирование лечебных программ «без наркотиков» в настоящее время производится в основном из грантовых средств, что сказывается на перспективах их осуществления в будущем.

Следует отметить, что стратегией с четко описанными целями, задачами, мероприятиями, подготовкой кадров и финансированием мероприятий по постлечебному уходу и реинтеграции лиц с наркотической зависимостью или другими проблемами, связанными с потреблением наркотиков страна не располагает.

Из существующих программ, которые, с некоторой долей условности, могут быть названы программами последующего ухода и реинтеграции, следует отметить 12-шаговые программы Общества Анонимных Наркоманов (АА).

Стратегия сокращения вреда (СВ), связанного с употреблением наркотиков, приобретает в Кыргызской Республике все большее значение.

Это связано с неблагоприятными тенденциями роста числа инъекционных потребителей наркотиков, угрозой распространения инфекций, передающихся инъекционным способом.

Программы снижения вреда в стране ориентированы, прежде всего, на инъекционных потребителей наркотиков. Приоритетность этой группы обусловлена труднодоступностью ИПН для профилактических вмешательств, высоким риском смертности, передозировок, распространенностью инфекционных заболеваний.

Для развития программ снижения вреда, повышения потенциала неправительственных организаций (НПО), работающих по профилактике ВИЧ/СПИДа, потребления наркотиков и наркомании, координации деятельности программ снижения вреда в 2004 году инициативной группой из

пяти НПО была создана Ассоциация программ снижения вреда «Партнерская сеть» Кыргызстана, которая в настоящее время играет заметную роль, как в адвокации программ Снижения вреда, так и в подготовке кадров и повышении потенциала тех неправительственных организаций, которые вовлечены в деятельность по профилактике ВИЧ/СПИДа среди ИПН.

Ключевыми задачами снижения вреда являются обеспечение доступности и приближение помощи наркозависимым лицам, увеличение охвата ИПН программами снижения вреда через:

- предоставление стерильных шприцев, игл, презервативов;
- предоставление базовой медицинской помощи и консультаций специалистов;
- расширение ассортимента услуг;
- обучение навыкам менее опасного поведения при инъекционном употреблении наркотиков;
- повышение роли сообщества и созависимых в программах снижения вреда;
- подготовку кадров для программ снижения вреда [85].

Программы сокращения вреда осуществляются как в гражданском обществе, так и в пенитенциарной системе.

В уголовно-исполнительной системе Кыргызской Республики проблемам распространения наркомании и заболеваний, передающихся инъекционным путем (ВИЧ/СПИД, ИППП, вирусные гепатиты) уделяется особое внимание. В последние годы отчетливо прослеживаются результаты в области реформирования тюремного здравоохранения в данном направлении.

На сегодняшний день в уголовно-исполнительной системе при поддержке международных и неправительственных организаций реализуются проекты и программы в различном направлении:

- Миннесотская модель реабилитации лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков, основанная на методологии программы «12 шагов» Сообщества

анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов (программа «Атлантис»). В этом направлении в 8-и учреждениях УИС открыты реабилитационные центры «Атлантис». На базе ИК - 31 открыт Центр реабилитации и социальной адаптации заключенных;

- программа обмена шприцев и игл среди инъекционных потребителей наркотиков - реализуется в 12-и учреждениях (в 10-ти ИК, и по одной - в СИЗО и КП);

- программа заместительной поддерживающей терапии метадонотерапией внедрена в 3-х учреждениях (в одном ИК и в 2-х СИЗО);

- программа подготовки осужденных к освобождению и их социальной адаптации - в 12-и учреждениях (в 11-ти ИК и в 1-ом СИЗО) функционируют Бюро социального сопровождения;

- значительно расширена и укреплена учебная база профессиональной подготовки и переподготовки персонала УИС;

- отремонтированы и оборудованы в соответствии с международными стандартами туберкулезно-легочные больницы ИК - 27 и 31, в которых проводится лечение больных туберкулезом по стратегиям DOTS и DOTS+.

Значительно улучшены инфраструктура учреждений, условия содержания и питание заключенных.

Впервые в УИС создана социально-психологическая служба, в штаты учреждений УИС введены аттестованные должности психологов и социальных работников [86].

В результате исполнения Программы в УИС была заложена база для развития службы пробации. Так, в мае 2008 года [постановлением](#) Правительства Кыргызской Республики «О передаче уголовно-исполнительной инспекции из ведения Министерства внутренних дел Кыргызской Республики в ведение Главного управления исполнения наказаний Министерства юстиции Кыргызской Республики» от 14 мая 2008 года № 222 УИИ были переданы из

МВД в ведение Минюста, что послужило развитию мер, альтернативных лишению свободы, и началом процесса демилитаризации УИС.

Однако, несмотря на некоторые позитивные итоги выполнения Программы, многие мероприятия, связанные с необходимостью вложения финансовых средств, не были выполнены.

В области снижения спроса на наркотики реализуются следующие компоненты:

1. Информационно-образовательные программы:

- проведение круглых столов, рабочих совещаний по улучшению реализации внедренных в учреждения УИС КР программ;

- проведение семинаров, тренингов по профилактике наркомании и ВИЧ СПИДА в исправительных учреждениях КР среди медицинских, немедицинских сотрудников УИС и осужденных;

- разработка и распространение информационного материала по профилактике ВИЧ/СПИДА, наркомании, и ИППП и других социально значимых заболеваний.

2. Программа профилактики алкоголизма и наркомании в учреждениях ГСИН КР «Атлантис».

Программа «Атлантис» предназначена для лечения осужденных, зависимых от алкоголя и наркотиков. В терапии используются Минесотская модель лечения зависимости – социальное и психологическое восстановление личности, основанная на методологии Сообщества анонимных алкоголиков (АА), анонимных наркоманов (АН), применяемая в сочетании с психотерапевтическим и психокоррекционным воздействием в условиях малых групп. Программа рекомендована американским государственным агентством по лечению алкоголиков и наркоманов. При разработке программ был использован многолетний опыт работы программы «Атлантис» в Польше и членов терапевтической группы в лечении алкоголизма и наркомании. Срок лечения: 4-6 месяцев. Реализация данной программы предполагает

обязательное участие консультантов зависимости - лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков, имеющие длительный срок трезвости, таким образом, обеспечивая создание и функционирование групп само- и взаимопомощи. На начало 2009 г. Реабилитационные центры «Атлантис» полноценно функционируют в шести исправительных колониях, в двух колониях работы по открытию РЦ на стадии завершения, полный курс лечения по данной программе в 2008 году окончили 127 осужденных, на конец 2008 года в РЦ «Атлантис» проходили курс реабилитации 79 пациентов. Функционирование данных центров с 2007 года осуществляется в рамках бюджетного финансирования, в тесном сотрудничестве с неправительственными и общественными организациями, работающими в данном направлении, такими как «РАНАР», «РАНС», «РАНС плюс» и другие. Сам факт перехода на бюджетное финансирование свидетельствует о признании эффективности данной профилактической программы на официальном уровне. Это при том, что еще лет пятнадцать назад сами по себе разговоры на эту тему даже не поддерживались.

В области снижения вреда от употребления наркотических средств реализуются следующие компоненты:

1. Информационно-образовательные программы.
2. «Обмен шприцев и игл среди инъекционных потребителей наркотиков в учреждениях ГСИН КР». На начало 2009 г. в УИС КР функционировало 14 пунктов обмена шприцев (ПОШ в 10 исправительных колониях и 1 колонии-поселении). В ПОШ предоставляются следующие услуги: обмен шприцев и игл, консультации медицинских работников, направление на обследование ВИЧ, ИППП, вирусные гепатиты, индивидуальные беседы, лекции, тренинги, раздача информационно-образовательного материала, дезинфицирующих средств, индивидуальных средств защиты. Данная программа реализуется в виде проекта ГСИН КР.

3. «Пилотная программа заместительная поддерживающая терапия метадонотом в пенитенциарной системе Кыргызской Республики». Программа начата 15 января 2008 года. Проект планируется реализовывать на базе трех учреждений ГСИН КР: ИК – 47, СИЗО 1 и СИЗО 5. На сегодняшний день проект в полном объеме реализуется в ИК 47, на 1.01.2009 год в программе участвовало 65 пациентов. На стадии запуска проект в СИЗО 1 и в СИЗО 5 ведутся подготовительные работы.

4. Предоставление услуг по социальному сопровождению осужденных, с ориентиром на ЛЖВ и наркозависимых на сегодняшний день – в 10 исправительных колониях и 1 СИЗО функционируют социальные бюро, в которых предоставляется юридическая, психологическая и социальная помощь, проводится подготовка заключенных к освобождению, передача в гражданский сектор.

В рамках всех перечисленных проектов, при поддержке международных организаций в пенитенциарных учреждениях по возможности организовываются и проводятся различные акции, посвященные Международному дню борьбы против злоупотребления, распространения и незаконного оборота наркотиков, Дню борьбы со СПИДом, Дню памяти погибших от СПИДа и др. в виде конкурсов, КВН, концертов, информационных сессий и т.д.

В целях определения объективных данных о степени распространения наркомании, вида и качества услуг, предоставляемых в пенитенциарных учреждениях, в УИС КР проводятся исследования в данной области. С 2004 года и ежегодно другие подобные исследования периодически проводятся, как местными неправительственными и международными организациями, так и независимыми экспертами.

Кроме того, Министерством юстиции Кыргызской Республики совместно с международными организациями было организовано и проведено несколько круглых столов, совещаний образованных координирующими органами и

конференций по вопросам профилактики наркомании и связанных с этим вопросов. Проведение некоторых мероприятий было освещено в СМИ.

Одновременно с этим огромное внимание уделяется обучению медицинского персонала УИС в данной области. В рамках тесного сотрудничества ГСИНКР с Министерством здравоохранения КР врачи, работающие в области профилактики наркомании и ВИЧ/СПИДа проходят обучение, а также при поддержке международных организаций участвуют в различных семинарах, конференциях, знакомясь также с опытом зарубежных стран.

В обучающий курс Учебного Центра ГСИН КР с 2006 года включена 12-часовая программа «Охрана здоровья в учреждениях ГСИН КР», в рамках которой отдельный блок посвящен вопросам профилактики и лечения наркомании и наркопотребления в местах лишения свободы. Данный курс проходят различные группы сотрудников УИС КР (вновь принятые из разных служб и подразделений).

Кроме того, в УИС КР в 2007 году была подготовлена национальная команда тренеров из числа медицинских сотрудников УИС в количестве 26 человек и совместно с партнерами были разработаны Модули тренингов: для осужденных – «Последствия употребления наркотиков», для немедицинских сотрудников УИС - «Последствия употребления наркотиков», для медицинских сотрудников УИС - «Консультирование в контексте снижения спроса на наркотики».

Сотрудники УИС КР входят в состав структуры республиканской информационной сети по сбору неконфиденциальной информации о наркотиках и наркомании «Дамос», являясь при этом информационными контактными лицами от ГСИН КР.

На базе Управления международного сотрудничества ГСИНКР функционирует Информационно-аналитический центр по охране здоровья в УИС, основной деятельностью которого является сбор статистической

информации, создание базы данных в области профилактики и лечения социально-значимых заболеваний, в результате чего данный Центр может служить базой для создания единой информационной сети.

Вся эта деятельность проводится при большой технической, финансовой и методической поддержке международных организаций, таких как ПРООН, ВОЗ, Фонд Сорос-Кыргызстан, СПИД Фонд Восток-Запад, Программ ЕС и ПРООН BOMSA/CADAP, Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC), Центральноазиатской программы по ВИЧ/СПИДу (CARHAP) и других.

Весьма детальное описание осуществления программы обмена шприцев и игл (ПОШИ) представлено А. Зеличенко на примере ИК – 2 в 2005 г. Он пишет: «ПОШИ в ИК-2 проводится уже около трёх лет. В настоящее время обмен непосредственно проводят специально обученная медсестра и сама начальник медсанчасти. Имеется (1) один волонтер из числа осужденных, которому в выходные дни выдается по 10-15 шприцев и жестко контролируется возврат. Шприцы и иглы поступают от НПО "Интер-Демилге" централизованно через ГУИН. ПОШИ осуществляется в медсанчасти. Из-за ремонта помещения детского дома сейчас в ней отмечают скученность, что не мешает медперсоналу проводить индивидуальные беседы практически с каждым клиентом. На стендах имеются брошюры по профилактике ВИЧ/СПИДА, в том числе в условиях мест лишения свободы. Опрошенные осужденные отмечают дружелюбное, участливое отношение к клиентам со стороны медицинского персонала. В медсанчасти имеется осмотренное нами нуждающееся в капитальном ремонте помещение, которое может быть использовано специально для обмена шприцев. По мнению имеющего богатый опыт в решении подобных вопросов начальника колонии, для его ремонта и оборудования необходимо выделить (1 000) одну тысячу долларов США. Для проведения же различных профилактических программ - лекций, бесед, "круглых столов" и др. по профилактике ВИЧ/СПИДА и наркомании вполне

подходят осмотренные мной хорошо оборудованные помещения учебной комнаты и видео салона. При проведении мероприятий с участием всех осужденных в летнее время вполне подходит помещение клуба» [87].

В рамках ПОШИ выдаются шприцы емкостью 2 и 5 мл. Такие предпочитают клиенты, такие поставляются донорами. В программе обмена шприцев с начала года было (8) клиентов, затем их количество возросло до (11) одиннадцати. С июля сего года значится уже (16) шестнадцать постоянных клиентов. Не регулярно же ходит значительно больше - до (50) пятидесяти человек. В 2005 году было обменено 1140 шприцев. Со слов медиков, их меняют только тем, о ком достоверно известно, что они - наркопотребители. Проконтролировать же, кому выдает шприцы волонтер, практически не возможно. Об услугах ПОШ оповещают сами клиенты, волонтер. Для учетных данных здесь ежемесячно собирается информация о количестве клиентов и обмененных (возвращенных) шприцах. В медсанчасти имеется строго зафиксированная с помощью скотча картонная коробка с прорезью. Предварительно показав медперсоналу, сами клиенты или волонтер бросают туда использованные шприцы с иглами, и получают в обмен такое же количество. Как ранее отмечалось, при этом с каждым клиентом проводится индивидуальная беседа о вреде наркопотребления. По мере наполнения коробки, но не реже одного раза в месяц, в присутствии представителя администрации, обычно - дежурного помощника начальника колонии, коробка сжигается вместе с содержимым, о чем составляется акт. По окончании исследования администрация колонии представила перечень мер, внедрение которых, по ее мнению, могло бы сыграть существенную роль в профилактике ВИЧ/СПИДа и потребления осужденными колонии N 2 внутривенных наркотиков:

- Продолжить обмен шприцев и игл;

- Интенсифицировать информационно-профилактическую работу в различных формах (лекции, беседы, семинары, "Круглые столы", раздача буклетов, брошюр и так далее);

- Провести программы "Анонимные алкоголики" и "Анонимные наркоманы".

- В случае если создание программы "Атлантис" возможно без отделения осужденных и создания им более комфортных условий (по мнению администрации, с учетом особенностей психологии женской колонии, это может привести к агрессии по отношению к участникам программы), начать ее скорейшее осуществление;

- Обучить медицинский персонал новым формам и методам лечения наркозависимости, предоставить им необходимые лекарства и медицинские препараты.

Сегодня все еще можно констатировать, что несмотря на некоторую активизацию работы по предупреждению наркотизма, в исправительных учреждениях, в женской и воспитательной колонии для несовершеннолетних, общий уровень проводимых мероприятий остается низким. Данное состояние в двойне губительно в пенитенциарной среде, в тюремном обществе, которое уже наказано за совершение преступления.

При том, что определенные шаги по созданию системы профилактики наркотизма уже предприняты, механизм координации субъектов такой деятельности все еще не отработан должным образом, сказывается недостаток профессионализма подразделений, отдельных сотрудников - по наркотикам, в компетенцию которых входит данная работа. В борьбе с наркотизмом тюремного населения отсутствует комплексный подход, четкое взаимодействие органов пенитенциарной системы и органов тюремного здравоохранения по выявлению и учету осужденных, потребляющих наркотики, по применению к ним необходимых профилактических мер воспитательного и медицинского характера. Между этими ведомствами в республике до сих пор не отработана

должная система взаимного информирования о лицах, как освобожденных из мест лишения свободы, так и поступивших в ИУ в отношении которых проводилось принудительное лечение от наркомании, а также не организована взаимная сверка базы данных информации о них. Кроме того, многие осужденные впервые приобщаются к потреблению наркотиков в местах лишения свободы, где распространению последних нередко способствуют обслуживающий персонал или военнослужащие конвойных, охранных частей внутренних войск.

В данном случае вполне уместным будет поставить вопрос о необходимости создания в стране целостной системы предупреждения правонарушений и вторичной преступности в ИУ, в женской колонии и в колонии для несовершеннолетних, в организации их здорового образа жизни в ИУ.

Во главе этой системы должен находиться компетентный профессиональный орган, обладающий полномочиями и статусом, позволяющим осуществлять реальное взаимодействие со всеми соответствующими субъектами правоотношений, координирующей работу и на деле реализующий государственную политику в сфере преодоления правонарушений и вторичной преступности в местах лишения свободы, среди несовершеннолетних, женщин, налаженная система культивирования в среде тюремного общества - здорового образа жизни.

В настоящее время различными социальными институтами, неправительственными обществами проводятся некоторые пилотные проекты [88] в реформировании пенитенциарной системы, в этом направлении, однако по-прежнему отсутствует должное взаимопонимание и подчиненность единой, социально полезной политике исправления осужденных.

Следует поднимать материально-техническую базу наркологических служб в системе тюремного здравоохранения - на сегодняшний день она в республике крайне слабая, что существенно влияет на своевременное качество

выявления и лечения больных. Недостаточно выделяется лекарственных препаратов для лечения наркоманов в ИУ, следует признать то, что практически отсутствует лабораторная экспресс-техника, для определения содержания наркотиков в крови, не хватает современного медицинского оборудования, для обследования и лечения больных осужденных, в целях пресечения наркотизма, особенно в женской, в воспитательной колонии для несовершеннолетних. В данных учреждениях следует улучшить методы организацию лечебно-воспитательной работы.

Основные факторы, препятствующие развитию медицинской службы пенитенциарных учреждений и улучшению здоровья осужденных:

- недостаточность нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность медицинской службы уголовно-исполнительной системы;
- недостаточное взаимодействие тюремного и гражданского здравоохранения;
- недостаточное финансирование, слабая материально-техническая база медицинских учреждений уголовно-исполнительной системы;
- плохие условия содержания, некачественное питание осужденных;
- отсутствие финансирования профилактических программ;
- недостаточный объем информации, знаний персонала уголовно-исполнительной системы по вопросам сохранения здоровья осужденных;
- отсутствие статистических показателей, мониторинга здоровья тюремного населения в общегражданской статистике.

К сожалению, сегодня, все еще не устанавливаются источники приобретения наркотических средств обвиняемых в СИЗО, затем в ИУ различных режимов. Весьма низка эффективность деятельности исполнительных органов по установлению, перекрытию каналов распространения наркотиков, в том числе неэффективна работа по выявлению, разоблачению и привлечению к ответственности, сбытчиков, распространителей наркотических средств.

Неудовлетворительно решается и проблема организации свободного времени осужденных. В среде осужденных потребителей наркотиков превратилось в отрицательный фактор, все более закрепляющий негативные тенденции развития отрицательного поведения в условиях ослабления или отсутствия влияния институтов контроля дисциплины и правил пребывания осужденных в ИУ.

У молодых потребителей наркотиков, наблюдается доминирование в жизни, отрицательного влияния элементов криминальной среды. В этой связи можно утверждать, что в основе наркотизма осужденных находятся, прежде всего, изъяны воспитания, влияющие на формирование нравственного облика, недостатки и упущения в деятельности социальных институтов, призванных вести борьбу с этим злом.

В совокупности с внешними обстоятельствами, способствующими распространению наркотизма среди осужденных, изъяны воспитания криминальной личности создают ту негативную основу, которая способна реально поддерживать наркотизм.

В последнее время к проблеме борьбы с наркоманией и токсикоманией в КР приковано внимание не только СМИ, остро реагирующих на каждый факт обнаружения источников незаконного оборота наркотических средств в ИУ, но государственных и международных организаций⁶ [89].

В конечном итоге следует определить систему субъектов предупреждения преступления объема и предела деятельности на всех уровнях, а значит обусловить надлежащие результативные профилактические мероприятия в ИУ.

Таким образом, предупреждение наркотизма проводится несистемно, хаотично, ограничено. При этом возможности профилактики наркомании

⁶ Комиссия по сотрудничеству с Центральной Азией финансирует проект «Предотвращение распространение наркотиков в тюрьмах». 27 января 2007 г. на пресс-конференции данный проект осуществляется в рамках программы в Центральной Азии Эрих Мюллер, проект осуществляется по реабилитации наркозависимых заключенных центром «Атлантис».

ограниченны, а пресечение незаконного оборота наркотиков затруднено в силу слабых оперативных позиций администрации мест лишения свободы и недостаточного контроля. Перечисленное является предпосылками реформирования уголовно-исполнительной политики в целом. В частности, очевидна необходимость пересмотра концептуальных и практических подходов в организации профилактики наркомании и предупреждения незаконного оборота наркотиков, включая использование позитивного зарубежного опыта.

2. 2. Зарубежный опыт предупреждения наркотизма в местах лишения свободы

В связи с законодательным запретом на различные действия с наркотиками потребители инъекционных наркотиков регулярно вступают в конфликт с законом. Во многих случаях это приводит к периодическому лишению свободы. Например, исследования, проведённые в США, участниками которых были 25 000 человек, потреблявших инъекционные наркотики, показали, что примерно 80% из них отбывали тюремное заключение [2].

В 1995 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) провела обследование рискованного поведения, приводящего к заражению ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в 12 городах, результаты которого показали, что от 60% до 90% участников исследования попали в тюрьму после того, как начали потреблять инъекционные наркотики, и что большинство из них побывали в заключении несколько раз.

Потребители наркотиков не обязательно прекращают их использование только потому, что оказались за решёткой. Во многих случаях они продолжают регулярно или от случая к случаю потреблять наркотики в течение всего срока своего тюремного заключения. Как было заявлено ЮНЭЙДС в 1997 году, «длительный опыт показал, что наркотики, иглы и шприцы проложат себе путь через самые толстые и надёжно защищенные тюремные стены», и одно

исследование за другим документально фиксировало широкое потребление инъекционных наркотиков в тюрьмах по всему миру. Фактически исследования выявили, что, попав в места лишения свободы, люди не только продолжают потребление наркотиков, но многие заключённые впервые начинают потреблять инъекционные наркотики в период пребывания в исправительных учреждениях.

Отчёт за 2002 год, подготовленный для Европейского Союза, показал, что от 0,3% до 34% заключённых стран Европейского Союза и Норвегии потребляли инъекционные наркотики, отбывая срок тюремного заключения. В отчёте также говорилось о том, что от 0,4% до 21% потребителей инъекционных наркотиков пристрастились к наркотикам в тюрьме, и что большинство из них используют для инъекций общий инструментарий.

Исследования, проведённые во Франции и Германии, показали, что случаи использования общего инъекционного инструментария среди находящихся в заключении женщин отмечаются чаще, чем среди заключённых мужчин. Исследования, проведённые в Австралии, выявили, что от 31% до 74% потребителей инъекционных наркотиков употребляли наркотики во время пребывания в тюрьме, и что от 60% до 91% сообщили, что пользуются общим инъекционным инструментарием. Одно исследование выявило, что из 36 человек, сообщивших, что, попав в заключение, потребляли инъекционные наркотики и при этом использовали общие шприцы, заявили, что они впервые стали их использовать в тюрьме.

В Таиланде первая волна заражения ВИЧ возникла в 1988 году среди потребителей инъекционных наркотиков. Если с начала года уровень ВИЧ-инфицирования был практически ничтожным в процентном отношении, то к сентябрю он возрос до 40%, что было отчасти связано с передачей вируса через потребителей инъекционных наркотиков, которые попадали в исправительные учреждения и выходили на свободу. Не так давно учёные пришли к выводу, что «в Бангкоке потребители инъекционных наркотиков

подвержены значительно большему риску заражения ВИЧ при общем использовании игл большим числом заключённых во время пребывания в камерах предварительного заключения».

В России обследование 1087 заключённых выявило, что 43% являются потребителями инъекционных наркотиков, и что 20% из них продолжали употреблять наркотики в тюрьме. Среди участников этой группы 64% пользовались для инъекций инструментарием, который ранее уже употреблял кто-то другой, и 13,5% начали потреблять инъекционные наркотики во время пребывания в тюрьме." В Нижегородской области, в исправительных учреждениях которой содержится 28 000 заключённых, администрация установила, что все 220 ВИЧ-позитивных заключённых заразились путем внутривенного введения наркотиков.

В Мексике исследование двух тюрем показало - что доля потребителей инъекционных наркотиков составляла соответственно, 37% и 24%.

Наличие в тюрьмах наркотиков, число заключённых, поступающих в тюрьмы и являющихся активными потребителями наркотиков с большим стажем, а также тех, кто начал употреблять наркотики во время пребывания в заключении, нехватка игл - всё это превращает тюрьмы в места повышенного риска быстрого распространения ВИЧ и ВГС. Данные о передаче ВИЧ в тюрьмах документально фиксируются с конца восьмидесятых годов.

С 1987 по 1989 гг. в Бангкоке резко возросло число случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Уровень распространения ВИЧ подскочил с 2% до 27% в течение 1987 года, а затем к концу 1988 года увеличился до 43%. Столь существенный подъём показателей распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков жителей столицы Таиланда совпал по времени с амнистией, благодаря которой из тюрем вышло на свободу большое число заключённых. Шесть исследований заражения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Таиланде

выявили, что пребывание за решёткой в значительной степени было связано с заражением ВИЧ-инфекцией.

Исследования, проведённые в шотландской тюрьме Гленохил, предоставили убедительные доказательства возможности вспышки ВИЧ-инфекции среди людей, находящихся в местах лишения свободы. Была исследована вспышка ВИЧ в тюрьме в 1993 году. Ещё до проведения исследования 263 заключённых, находившихся в этом исправительном учреждении во время вспышки, были освобождены или переведены в другие тюрьмы. Из оставшихся 378 заключённых 227 стали участниками исследования. 76 человек из этой группы сообщили, что они в течение длительного периода времени потребляли инъекционные наркотики, и 33 участника впервые пристрастились к потреблению инъекционных наркотиков в Гленохиле. 29 из числа последних прошли тестирование на ВИЧ, и 14 оказались ВИЧ-позитивными, причём среди них 13 были инфицированы тем же самым штаммом ВИЧ, что послужило доказательством заражения в тюрьме. Все заключённые, заразившиеся в Гленохиле, сообщили о длительном периоде пользования общими шприцами.

В австралийской тюрьме для доказательства заражения ВИЧ людей, потреблявших инъекционные наркотики, были использованы эпидемиологические и генетические методы. Для исследования было выбрано 25 из 31 заключённых. При тестировании оказалось, что двое из них не были инфицированы ВИЧ, семеро скончались, двое других не захотели принять участия в исследовании, и только 14 человек стали его участниками. Были обнаружены убедительные доказательства, что восемь из этих 14 заразились ВИЧ, находясь в тюрьме. В Литве во время выборочных проверок, проведённых в 2002 году государственным Центром СПИДа, у 263 заключённых тюрьмы Алитус тест на ВИЧ дал положительный результат. Проверки в других 14 литовских тюрьмах выявили только 18 случаев ВИЧ-инфекции. Перед обследованием заключённых тюрьмы Алитус во всей Литве было

зарегистрировано всего 300 случаев ВИЧ-инфекции, что составляло менее 0,01% населения - самый низкий показатель в Европе. Было установлено, что вспышка в тюрьме Алитус произошла из-за использования общего инструментария для инъекций.

В ходе исследования, проведённого в 1995 году канадской государственной системой исправительных учреждений, было обнаружено, что среди 4285 заключённых федеральных тюрем 11% сами заявили, что начали потреблять инъекционные наркотики после прибытия в данное исправительное учреждение.

Особенно высокий уровень потребления инъекционных наркотиков был выявлен в Тихоокеанском регионе - 23% заключённых сообщили об их потреблении. В ходе проведённого в 1995 году исследования заключённых тюрьмы провинции Квебек в Монреале было обнаружено, что 73,3% мужчин и 15% женщин потребляли наркотики в стенах исправительного учреждения. Среди них 6,2% мужчин и 1,5% женщин сообщили, что потребляли инъекционные наркотики.

Многочисленные исследования также документально фиксируют распространение ВГС среди заключённых. Тот факт, что инфекция гепатита намного чаще возникает в местах лишения свободы, подтверждён исследованиями, проведёнными в Германии в 1996 году в женской тюрьме Вехта, в Нижней Саксонии. Исследование выявило, что 78% женщин, потребляющих наркотики, были заражены вирусом гепатита В и 74,8% - вирусом гепатита С. Кроме этого, авторы обнаружили в местах содержания под стражей значительное число случаев сероконверсии. Почти половина женщин, у которых была выявлена сероконверсия (20 из 41) заразились гепатитом в тюрьме.

Исследования выявили отдельные факторы, способствующие наркомании в тюрьмах. В большинстве исправительных учреждений, особенно в промышленно развитых странах, устраивают систематические или от случая к

случаю проверки заключённых на наличие в организме наркотиков, в основном по результатам анализа мочи. Заключённые, которые уличены в употреблении наркотиков, могут быть подвержены уголовным наказаниям или административным взысканиям, что может выражаться в потере привилегий или в увеличении срока заключения.

Поэтому заключённые, потребляющие наркотики, всячески стараются избежать выявления наркотических средств. Анализ мочи может определить присутствие наркотиков. Некоторые наркотики очень быстро выводятся из организма человека, другие остаются в организме в течение длительного периода времени, и их можно выявить, в том числе и по анализу мочи. Что особенно важно с точки зрения распространения ВИЧ и ВГС в тюрьмах, курение марихуаны оставляет следы в моче намного дольше (до одного месяца), чем наркотики, вводимые путём инъекций, такие как кокаин и героин. Поэтому логично, что некоторые заключённые предпочитают делать инъекции наркотиков (с серьёзными последствиями для здоровья), чтобы не подвергнуться наказанию за курение марихуаны (которое не подвергает здоровье большому риску). Учитывая нехватку стерильных игл и частое использование общих игл в тюрьмах, переход на потребление инъекционных наркотиков может привести к разрушительным последствиям для здоровья каждого заключённого. Ряд исследований показал, что проведение анализов мочи на присутствие запрещённых наркотиков увеличивает вред, связанный с потреблением инъекционных наркотиков, в том числе и потенциальную угрозу распространения ВИЧ и ВГС.

Использование общих игл для внутривенного введения наркотиков сопряжено с большим риском заражения ВИЧ и ВГС из-за присутствия остатков крови на игле после инъекции. Для людей, потребляющих инъекционные наркотики, лишение свободы увеличивает вероятность заражения ВИЧ и ВГС в связи с использованием общими иглами. Так как проще доставлять в тюрьму контрабандные наркотики, а не иглы, там, как

правило, ощущается нехватка игл. В результате заключённые вынуждены многократно использовать шприцы и пользоваться общими иглами. Одна игла может циркулировать среди большого числа заключённых, потребляющих инъекционные наркотики, либо быть спрятана в доступном для всех месте, чтобы любой заключённый мог воспользоваться ею в случае необходимости. Иглой может владеть один человек и давать её другим напрокат за деньги, либо его может пользоваться только один заключённый, но довольно долгое время, в течение нескольких месяцев, пока она не сломается. Иногда для инъекций используются самодельные устройства, в которых вместо игл приспособлены подручные материалы; это приводит к повреждению вен, появлению рубцов, инфекциям в местах инъекций и другим поражениям.

В отсутствие эффективного лечения наркозависимости велика вероятность того, что значительная доля наркозависимых заключённых продолжают потреблять наркотики и преступать закон; при этом многие из них будут подвергаться риску инфицирования ВИЧ как во время заключения, так и на свободе. В США статистические данные, представленные в Бюро судебной статистики, показывают, что среди условно осужденных те, кто часто потребляет наркотики, имеют на 53 % больше шансов подвергнуться повторному аресту, чем те, кто наркотиков не потребляет [90].

Срок, в течение которого заключённый находится в тюрьме, дает возможность разорвать порочный круг «наркопотребление - преступления» и снизить вред от потребления наркотиков [91]. Однако многие наркопотребители отбывают в тюрьме короткие сроки или содержатся там лишь на период следствия. Это означает, что время для терапевтических вмешательств часто бывает ограничено. Кроме того, удовлетворение разнообразных потребностей наркозависимых заключённых в тюрьме может оказаться затруднительным.

Зарубежом уже несколько десятилетий практикуют методы профилактики опиодной заместительной терапии (ОЗТ). Впервые ОЗТ реализована в 1968 г в США. С конца 1990-х годов стала широко внедряться в мире. На 2009 год

ОЗТ доступна в тюрьмах Канады, Австралии, 19 стран ЕС (в Испании 82% всех наркозависимых в тюрьмах получают ОЗТ), Ирана, Индонезии, Албании, Молдовы, Кыргызстана (79 пациентов) [92, с. 33]. Чаще всего в пенитенциарной системе применяются метадон.

1 мг метадона замещает действие 4 мг морфина; следовательно, 50 мг. метадона могут заменить 200 мг. героина [75]. Производится метадон в виде микстуры 1мл/1мг, сиропа 5мл/2мг, таблеток по 5 мг и раствора для инъекций в ампулах по 1, 2, 3,5 и 5 мл 1-% раствора. Он применяется в виде рацемата (D-,L-метадон) или левовращающего изомера (L-метадон, поламидон), который в 2 раза активнее, чем рацемат. Метадон может использоваться любым путём — перорально (peros – через рот, лат.), внутривенно, подкожно. Однако при этом наблюдается различный фармакологический эффект. Перорально применяется в виде порошка. Во избежание перераспределения метадона в сферу незаконного оборота препарат чаще назначается в жидком виде, обычно в виде сладкого сиропа. В другом случае необходимая доза препарата растворяется в 50 мл апельсинового сока и выдаётся больному. Таким образом, больной ни по вкусу, ни по запаху не может определить концентрацию метадона в растворе. В жидкие формы для изменения вкуса препарата может добавляться хинин. При приёме внутрь быстро депонируется в печени и жировой ткани, откуда длительно в малых дозах поступает в кровь. Именно это свойство используется при употреблении его в качестве средства медикаментозной терапии опийных наркоманий. И именно с ним связано такое высокое количество передозировок со смертельным исходом, когда участники программы на её фоне употребляли и другие опиаты. Действие метадона после однократного приёма продолжается 24 – 36 часов в отличие от героина, который действует 6 часов. Метадон назначается обычно 1 раз в день, начальная суточная доза составляет 20-30 мг, затем её медленно поднимают до более высокого уровня. Рекомендуются, чтобы больной в начале лечения находился под наблюдением медицинских

работников в течение 3-4 часов после приёма метадона. В литературе описаны смертельные исходы от передозировки при ошибочном назначении слишком больших доз метадона пациентам с низкой толерантностью к опиоидам [93, с. 4].

Существует ряд подтверждений того, что ОЗТ, в частности метадоновая поддерживающая терапия, может применяться в самых разных тюремных условиях.

Тюремные ОЗТ показали свою эффективность в деле снижения частоты инъекционного потребления наркотиков и сопутствующего ему использования нестерильного инъекционного инструментария при условии, что обеспечивается достаточная дозировка и лечение проводится в течение длительных периодов времени. Возможно также снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и других парентеральных инфекций среди заключенных.

Подобные программы приносят и другие выгоды для здоровья участвующих в них заключенных, а также для тюремных систем и общества в целом. Например, заключенные, получающие адекватную ОЗТ, с меньшей вероятностью вновь попадают в тюрьму. Было отмечено, что ОЗТ оказывает положительный эффект на поведение в местах заключения, снижая стремление к добыче наркотиков и тем самым усиливая тюремную безопасность. Хотя изначально администрации многих тюрем выражали беспокойство по поводу возможных проблем с безопасностью, насильными попаданиями метадона в незаконный оборот, эти проблемы не возникали или успешно решались там, где проходила реализация программ ОЗТ.

Против использования ОЗТ в тюремных условиях было выдвинуто несколько аргументов. Некоторые критики считают препараты-антагонисты просто психотропными веществами, использование которых задерживает личностный рост, столь необходимый для выхода за пределы сосредоточенного вокруг наркотиков существования. Другие возражают против применения ОЗТ по моральным причинам, утверждая, что эта мера является лишь заменой

одного наркотика, вызывающего зависимость, другим. Наконец, третьи указывают на тот факт, что в тюрьме человек обычно потребляет наркотики гораздо реже, чем на свободе. В связи с этим иногда утверждается, что необходимости в тюремных ОЗТ нет. Однако каждый отдельный случай инъекционного потребления наркотиков в тюрьме сопровождается высоким риском инфицирования ВИЧ или другой парентеральной инфекцией, поскольку при этом обычно используется нестерильный инъекционный инструментарий. Кроме того, существует множество доказательств полезности использования ОЗТ среди гражданского населения, что указывает на ту важную роль, которую ОЗТ способна играть и в снижении вреда среди заключенных.

Оценки тюремных программ ОЗТ выявили несколько более низкие уровни наркопотребления после освобождения среди участников программ по сравнению с теми, кто в этих программах не участвовал [94].

Одной из положительных сторон предоставления МПТ в тюремных условиях является то, что она позволяет начавшим лечение на свободе продолжить его в тюрьме. Это особенно важно с учетом того, что, согласно исследованию Shewan, Gemmell, Davies(1994), лица, получавшие МПТ, но вынужденные отказаться от метадона после заключения в тюрьму, часто возвращаются к потреблению наркотиков, часто в пределах тюремной системы и часто -инъекционным способом. Результаты этого исследования были подтверждены в ходе проведенного в Великобритании опроса врачей общей практики, имеющих право назначать метадон. 42 из 68 респондентов сообщили о неблагоприятных для нескольких пациентов последствиях лишения свободы, включая тяжелые симптомы отмены, возврат к инъекционному потреблению героина, использование нестерильного инъекционного инструментария и беспорядочное потребление наркотиков как в тюрьме, так и после освобождения.

Более длительный курс МПТ ассоциируется с более низкой смертностью. В их исследовании не было зарегистрировано ни одного случая смерти среди участников программы МПТ, тогда как среди не участвовавших в программе умерли 17 человек. Эти данные согласуются с предыдущими данными о более низкой смертности среди участников программ МПТ [95]. Из восьми указанных в исследовании Dolanetal. человек, умерших от передозировки наркотиков, четверо никогда не получали метадон, а другие четверо прекратили прием метадона до выхода из тюрьмы, что подчеркивает важность перехода от лечения в тюрьме к лечению на свободе без перерыва.

В последние годы многие исследования фокусировались на смертности среди тех, кто освобожден из тюрем; при этом было зафиксировано большое количество смертей в течение первых недель после освобождения из-за передозировки наркотиков [96]. Вероятно, данный феномен можно объяснить снижением толерантности к опиатам во время пребывания в тюрьме и возобновлением инъекционного потребления наркотиков после освобождения. Кроме того, только что вышедшие на свободу заключенные, по-видимому, подвергаются более высокому риску передозировки метадона [97]. Эти данные указывают на полезность и необходимость лечения на протяжении всего срока тюремного заключения для предотвращения подобных рискованных ситуаций и подчеркивают важность ОЗТ не только как стратегии профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах, но и как стратегии снижения смертности от передозировки после освобождения.

В сравнении с программами детоксикации (записались на лечение 37 % заключенных, удержались 9 %), программа МПТ в тюрьме Нью-Йорка в значительной мере содействовала включению в лечение (85 %) и продолжению лечения через 6 месяцев (27 %) после освобождения [98], также установили, что большая доля заключенных, начавших ОЗТ в тюрьме, продолжили получать ее на свободе, из чего был сделан вывод, что с помощью ОЗТ «можно эффективно вовлечь большое число заключенных с

историей опиоидной зависимости в лечение как во время заключения, так после освобождения».

Имеющиеся данные указывают на то, что программы ОЗТ эффективны в деле профилактики рецидива правонарушений и повторных тюремных заключений [99], особенно в тех случаях, когда метадон предоставляется в течение более длительных, непрерывных периодов времени, когда назначаются дозы метадона в диапазоне от умеренных до высоких и когда предоставление метадона сопровождается дополнительной поддержкой. Напротив, в некоторых более ранних программах, где эти условия не выполнялись, участники программы с той же или даже с большей долей вероятности, чем не участвовавшие в ней, могли повторно совершить преступление [100]. В некоторых учреждениях степень успеха может также быть ниже при параллельном потреблении заключенными с опиатной зависимостью крэка и кокаина, проблему которых программа МПТ не решает.

В ряде исследований было продемонстрировано, что МПТ оказывает положительное влияние на тюремную среду, делая заключенных более управляемыми, снижая их стремление найти наркотик, смягчая раздражительность, сокращая случаи насилия и тем самым упрочивая тюремную безопасность [101]. Например, одно из исследований установило, что заключенные, получающие МПТ, в отличие от соответствующей группы заключенных, не получающих МПТ, после начала терапии совершали значительно меньше серьезных внутритюремных проступков, связанных с наркотиками, и проводили значительно меньше времени в принудительной изоляции [102]. Заключенные сообщили о положительном эффекте от предоставления ОЗТ в тюремных условиях как для себя лично, так и для тюрьмы в целом. В частности, согласно их сообщениям, они прекратили потреблять героин и думать о нем, ощущали меньшую склонность к агрессии, вели себя спокойнее, расслабились, стали лучше выглядеть, больше думать и понимать: кроме того, в тюрьме снизились потребление наркотиков и

торговля ими, сократились случаи избиений и вымогательств и в целом стало спокойнее

Хотя изначально выражалась озабоченность проблемами безопасности, насилия и широкой подпольной торговли метадонем, исследования показали, что ни одна из этих проблем после внедрения программ МПТ в тюрьмах не возникла. Ученые предположили, что отсутствие серьезных проблем с дисциплиной среди заключенных, получающих МПТ, можно отнести на счет режима лечения метадонем, который снимает не только острые симптомы отмены наркотика, но также физический голод или тягу, сопутствующие отмене героина [103]. В одном исследовании 86 % тюремного персонала заявили, что, по их мнению, программа МПТ приносит пользу отдельному человеку, тюрьме и обществу в целом. Сотрудники службы режима видят полезность программы в том, что она помогает контролировать в тюрьме героиновую зависимость и устраняет проблему подпольной торговли метадонем, обеспечивая официальную его доступность.

К сожалению, многие заключенные вновь начинают потреблять инъекционные наркотики после выхода из тюрьмы, но при этом подвергаются повышенному риску умереть от передозировки из-за снижения толерантности к опиатам. Во множестве исследований отмечалось большое число смертей в течение первых недель после выхода на свободу, связанных с передозировкой наркотиков. Это указывает на полезность и необходимость лечения зависимости на протяжении всего срока тюремного заключения в целях недопущения подобных рискованных ситуаций и подчеркивает значимость ОЗТ не только как стратегии профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах, но и как стратегии снижения числа смертей от передозировки после освобождения. Имеются данные о том, что лица, получавшие ОЗТ и вынужденные затем отказаться от нее после заключения в тюрьму, часто возвращаются к потреблению наркотиков, часто в пределах тюремной системы и часто - инъекционным способом. Отсутствие преемственности между клинической

практикой на свободе и в тюрьме сводит на нет пользу от ОЗТ для отдельных людей и общества в целом.

Однако, общий успех оцененных тюремных программ ОЗТ и другие имеющиеся данные убедительно свидетельствуют о том, что реализация ОЗТ в тюремных условиях возможна и что при адекватной дозировке и предоставлении лечения в течение всего срока заключения, а также после освобождения, эти программы снижают инъекционное потребление наркотиков, использование нестерильного инъекционного инструментария и, как следствие, риск передачи ВИЧ и других парентеральных инфекций. Это означает, что аналогичные программы полезны в любой стране, где ОЗТ доступна для гражданского населения.

Существуют другие виды лечения наркотической зависимости. В отличие от ОЗТ, которая становится все более доступной во многих тюремных системах (отчасти благодаря ее способности снижать инъекционное потребление наркотиков и сопутствующий риск распространения инфекций), другие виды лечения наркотической зависимости, имеющие своей целью, помимо решения прочих задач, профилактику ВИЧ-инфекции, в тюрьмах обычно не внедряются. Именно поэтому данных об их эффективности в деле профилактики ВИЧ-инфекции очень мало.

Однако качественное, адекватное и доступное лечение может усилить тюремную безопасность, улучшить здоровье и социальное функционирование заключенных, а также снизить уровень рецидива. Исследования продемонстрировали важность предоставления длительного лечения, поддержки и удовлетворения индивидуальных потребностей заключенных, включая женщин, несовершеннолетних и представителей этнических меньшинств.

Стремительный рост наркомании угрожает сегодня всем слоям общества и наносит ему огромный ущерб, выражающийся в человеческих жертвах, расходах на здравоохранение, росте преступности, снижении

производительности труда. Дополнительную угрозу представляет полинаркомания (употребление более одного вида наркотиков) причем зачастую в сочетании с алкоголем, что очень характерно для ИУ. Такие опасные формы наркомании осложняют процесс лечения. В этой связи подчеркивается важность достижения прогресса в снижении спроса на наркотики, что является ключевым условием улучшения общего положения в области их незаконного оборота. Без снижения спроса на наркотики борьба против их нелегального производства может принести лишь временный успех, так как ликвидация одного снабжения приведет к появлению другого.

Опасность наркомании настоятельно требует первоочередного внимания программам ее предупреждения и лечения, нацеленным на группы повышенного риска контингент пенитенциарного учреждения. Сложнейшей задачей является разработка эффективных методов лечения, особенно полинаркомании и злоупотребления кокаином и другими видами наркосодержащих веществ.

Исследования также показали, что для получения долгосрочных дивидендов от инвестиций в лечение заключенных важную роль играет эффективная помощь после освобождения. Эта помощь, не ограничиваясь содействием в получении дальнейшего лечения от наркотической зависимости, должна включать в себя и социальную поддержку.

В исследованиях выдвигается предположение, что альтернативы лишению свободы, такие как лечение зависимости в обществе, могут оказаться более рентабельными в плане снижения медицинского, социального и экономического вреда от потребления запрещенных наркотиков, а расширение мер профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах должно в идеале сочетаться с оценками программ замены уголовной ответственности наркопотребителей, не замеченных в насилии, альтернативными видами воздействия.

Наконец, снижение числа людей, которые находятся в тюрьме или направлены в центры принудительного лечения и реабилитации, существующие в некоторых странах, по причине потребления наркотиков, должно стать приоритетом.

В связи с этим рекомендуется следующее:

1. Тюремные администрации в странах, где ОЗТ предоставляется гражданскому населению, должны срочно внедрять программы ОЗТ и распространять их как можно скорее. Особые усилия следует направить на то, чтобы заключенные, получавшие ОЗТ до лишения свободы, могли без перерыва продолжить лечение в тюрьме.

2. Тюремные администрации должны предоставить наркозависимым заключенным другие варианты лечения, особенно в случаях зависимости от таких веществ как стимуляторы типа амфетамина. Поскольку данных об эффективности альтернативных видов лечения в деле профилактики ВИЧ-инфекции очень мало, следует оценить их эффективность с точки зрения снижения частоты инъекционного потребления наркотиков и использования нестерильного инъекционного инструментария.

3. Тюремные администрации должны уделять особое внимание доступности лечения и социальной поддержке заключенных при их освобождении, а также сотрудничать с представителями соответствующих органов власти для обеспечения доступности комплексной помощи после освобождения.

4. Государства должны утвердить и усилить принцип предоставления лечения, консультирования, просвещения и реабилитации как альтернативы осуждению и наказанию за связанные с наркотиками правонарушения.

5. Тюремные системы должны предоставить заключенным возможность проживания в отделениях «без наркотиков». Однако на сегодняшний день не существует каких-либо данных относительно эффективности отделений «без

наркотиков» как меры профилактики ВИЧ-инфекции. В связи с этим необходимо оценить их эффективность с точки зрения привлечения и удержания ПИН, а также в плане снижения уровня инъекционного потребления наркотиков и использования нестерильного инъекционного инструментария. Небольшое число исследований продемонстрировали, что так называемые отделения «без наркотиков» («drug-free» units) способны помочь заключенным снизить уровень наркопотребления во время пребывания в тюрьме. Однако в этих исследованиях ничего не говорится о том, удастся ли привлечь в такие отделения и удержать в них наиболее проблемных наркопотребителей, в частности потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

В Кыргызстане такая рекомендация уже внедрена и носит название Проекта «Чистая зона» - Центра реабилитации и социальной адаптации для заключенных. ЦРСА, расположенный на территории исправительного учреждения № 31 в селе Молдовановке, является своеобразным чистилищем, способным вернуть к нормальной жизни заключенных, больных туберкулезом и наркоманией. В Кыргызстане необходимо принять еще ряд мер для ресоциализации заключенных, и новый ЦРСА способен стать началом реформ в пенитенциарной системе. На реабилитацию в Центр заключенные приходят добровольно, пройдя курс восстановления в центре «Атлантис». ЦРСА рассчитан на 100 человек.

Меры по снижению доступности наркотиков. Несмотря на то, что многие тюремные системы значительные средства вкладывают в снижение доступности наркотиков, существует очень мало достоверных, последовательных эмпирических данных, подтверждающих эффективность этих мер в сокращении уровней наркопотребления. В частности, отсутствуют какие-либо свидетельства того, что эти меры способны привести к снижению риска инфицирования ВИЧ.

Учитывая результаты масштабных и многократно проверенных

исследований в странах Запада и некоторых постсоветских стран, можно рекомендовать использование методик в рамках модели «Снижения вреда» в качестве меры двойной превенции распространения ВИЧ – инфекции, ВГС и других сопутствующих заболеваний.

2.3. Пути повышения эффективности предупреждения наркотизма в местах лишения свободы

Существуют ряд специфических правовых особенностей, характеризующих обстановку в Кыргызстане и оказывающих прямое влияние на формирование организационно-правовой платформы построения системы общих мер предупреждения наркотизма вообще и среди осужденных в том числе. Они сводятся к следующему кругу значимых обстоятельств:

- пассивность законодателя в компетентном решении рассматриваемой проблемы и, как следствие, отсутствие закона (законов), напрямую определяющего стратегию и тактику борьбы с незаконным оборотом наркотиков и распространением наркомании в ИУ;

- толерантность официальной власти по отношению к проблемам наркомании и наркоторговли (в местах лишения свободы во всех регионах);

- несовершенство уголовного и уголовно-исполнительного законодательства в части оценки характера и степени опасности деяний, связанным с незаконным оборотом наркотиков в ИУ, в том числе как составляющая проблемы вторичной криминализации;

- наличие огромных, по существу малоконтролируемых исправительных учреждений по стране;

- отсутствие собственных специализированных научно-исследовательских институтов (учреждений) по изучению проблем борьбы с наркотизмом государственно-правовыми, профилактическими мер в ИУ.

Как видно, проблем в профилактике наркотизма в ИУ много и решить их можно только при предпринятии мер, влияющих на формирование реальной системы предупреждения наркотизма осужденных, которые как нам видится следующими:

1) обеспечение базовых и экспериментальных учреждений, занимающихся профилактикой вторичных правонарушений осужденных и, обеспечение медицинским, бытовым оборудованием, аудио- и видеотехникой, в том числе:

а) социально реабилитационных центров для осужденных;

б) специальных учебно-воспитательных методов, для осужденных с антиобщественным поведением, центров с ориентацией на психолого-педагогической и медико-социальной помощи осужденным, в том числе подростков и женщин поступающих в ИУ с наркозависимыми симптомами при прибытии в ИУ осужденного.

2) разработки мероприятий по организации интеллектуального развития и досуга осужденных всех режимных условий, женщин и несовершеннолетних в том числе:

а) обеспечение трудовой деятельностью, поддержки и сохранения образования (среднего, средне-специального, высшего);

б) развитие способностей у осужденных, привлекать их индивидуально к творческому, художественному искусству к примеру, прикладного национального характера (изделия из кожи, керамики, шерсти и т.д. не криминального характера;

в) организация музыкально театральные секций (хор, игры на различных инструментах, сочинения музыки, песни и т.д.);

г) организация спортивных, оздоровительных секций для осужденных с антиобщественным поведением;

3) разработки и осуществления мероприятий по профилактике потребления вредных веществ, как алкоголь, токсические вещества:

а) организацию специализированной наркологической помощи осужденным;

б) специализацию стационаров и кабинетов для обследования, для добровольного лечения и реабилитации осужденных, потребляющих наркотики и другие вещества, влекущие одурманивание, и потерю здоровья окончательно;

в) разработку методических рекомендаций для работников социальных служб при ИУ, сотрудников правоохранительных органов, тюремных врачей, психологов, педагогов и родителей, членов семьи осужденных, с целью быть бдительными для выявления у осужденных, различных режимных условий, женщин, несовершеннолетних, пристрастие к потреблению наркотиков.

Работу по профилактике наркотизма, пресечению незаконного оборота наркосодержащих веществ, следует проводить комплексно, опираясь на глубокие научные исследования в этой области, с использованием наиболее эффективных форм и методов. Более того, результаты научного исследования, и на практике, со всей очевидностью следует анализировать, делать выводы и продумать как последовательно целенаправленно вести государственную политику, без всего этого бороться успешно с этим асоциальным явлением невозможно [104].

Борьба с наркотизмом и ее незаконным оборотом в ИУ должна рассматриваться как комплексная задача, что определяет необходимость создания соответствующей службы в государственной исполнительной структуре, которая должна включать в себя систему органов, способных осуществить неотложные и достаточные меры по пресечению попыток превращения исправительных учреждений Кыргызстана в один из центров потребления наркотика, и укреплять криминальный бизнес, его распространения и процветания, следует поставить реальный заслон и предупредить его влияние на формирование еще более криминального тюремного населения.

Результатами исследования, проведенными А. Зеличенко, по мониторингу осуществления программ профилактики наркомании и ВИЧ/СПИДа в рамках стратегии «Снижения вреда» стали следующие рекомендации:

- Усилить информационно-образовательный компонент:
- Нарастивая качество проводимых мероприятий, работать на "охват", т.е. активно проводить в учреждениях семинары, тренинги, добиваясь вовлечения ста процентов осужденных и личного состава.
- В этих целях шире практиковать хорошо зарекомендовавший себя принцип "Равный - равному", расширить подготовку тренеров среди личного состава мест лишения свободы.
- Повышать информированность слушателей о формах и методах профилактики и лечения различных заболеваний, таких как туберкулез, ВИЧ/СПИД, наркомания, вирусные гепатиты, инфекций, передающихся половым путём.
- Формировать у слушателей навыки безопасного поведения, снабжать их информацией о предоставляемых услугах и программах как в самом учреждении, так и в уголовно-исполнительной системе в целом, а также и на свободе (психологические, медицинские, юридические, социальные).
- Расширить издание и распространение информационно-образовательных материалов по всем направлениям: медицинское, юридическое, социальное.
- Стимулировать деятельность рабочей группы при ГСКН по выработке нового антинаркотического законодательства.
- В силу не эффективности проводимого в местах лишения свободы принудительного лечения от наркозависимости по приговору суда, побудить рабочую группу переосмыслить саму необходимость существования в законе такой правовой нормы.

- Оборудовать специализированные кабинеты для проведения ПОШИ в учреждениях, где такая программа проводится, но отдельных кабинетов для этого не имеется.

- Начать программу обмена шприцев и оборудовать специализированные кабинеты в учреждениях, где такая программа в настоящее время не работает (СИЗО, отдельные колонии-поселения).

- Расширить ассортимент инъекционного оборудования, предоставляемого ПОШИ.

- В целях обеспечения утвержденной Государственной программой Кыргызской Республики по профилактике ВИЧ/СПИДа стратегии безопасности медицинских процедур, оказать помощь медицинской службе ГСИН КР в дополнительном обеспечении лечебно-профилактических учреждений УИС высокоэффективным оборудованием для дезинфицирования и утилизации использованных инструментов, расходными медицинскими материалами (шприцами, жгутами, перчатками, презервативами и т.д.).

- Оказать финансовую, техническую и методическую помощь для внедрения в пенитенциарную систему программу "Заместительная терапия для потребителей инъекционных наркотиков".

- Распространить и расширить реабилитационные программы ("Атлантис") в исправительных колониях и, соблюдая преемственность - в колониях-поселениях.

- Провести рабочую встречу руководителей медицинской службы ГСИН и республиканского центра "СПИД" с целью уточнения стратегии и практики межведомственного взаимодействия.

- Подготовив квалифицированные кадры, открыть в учреждениях пункты до и после тестового консультирования и тестирования (ДКТ).

- Создать единый механизм работы всех лечебно-профилактических программ, обеспечить их взаимодействие, единую систему мониторинга и оценки [105].

На сегодняшний день существует множество доказательств возможности реализации ПОШ в системе исправительных учреждений, включая мужские и женские тюрьмы, тюрьмы всех уровней безопасности и любой численности, от самой малой до самой большой. ПОШ были успешно внедрены в тюрьмах Молдовы и Кыргызстана, в ряде других стран программы проходят этап планирования. Обмен стерильных игл и шприцев положительно оценивается осужденными, употребляющими инъекционные наркотики, и является важным фактором для существенного уменьшения практик совместного использования инъекционного оборудования и снижения уровня ВИЧ-инфицирования, обусловленного данным поведением. Данных о наличии негативных последствий внедрения ПОШ в тюрьмах, а также использования игл в качестве оружия не существует. Важно отметить, что ПОШ не приводят к росту употребления наркотиков в целом и инъекционных наркотиков в частности. Исследования показывают, что внедрение ПОШ в местах лишения свободы фактически содействует направлению людей, употребляющих наркотики, в программы лечения наркотической зависимости.

Было обнаружено, что обеспечение осужденным беспрепятственного и конфиденциального доступа к ПОШ является ключевым фактором успешности программ. Люди с неохотой обращаются к услугам ПОШ, если боятся отрицательных последствий – например, вероятности оказаться «под стражей» в момент использования автомата, выдающего иглы и шприцы, – или если доступ к ПОШ осуществляется посредством медицинских сестер или иных медицинских работников. В ситуациях ограниченного доступа к программе, невозможности получить нужный вид шприцев, а также отсутствия доверия программе в целом польза для персонала тюрем также снижается, поскольку осужденные будут продолжать прятать иглы и шприцы, тем самым потенциально увеличивая риск получения травм персоналом.

Аргументы в пользу внедрения ПОШ для осужденных более убедительны, чем для общего населения. Несмотря на то, что употребление в

тюрьмах, как правило, происходит с меньшей частотой, каждое употребление сопряжено с большим риском из-за трудностей получения стерильного оборудования и высокой частоты его совместного использования. Кроме того, частая смена осужденных означает потенциально большее количество партнеров по совместному инъекционному употреблению, чем за стенами тюрьмы, и приводит к значительному взаимопроникновению групп: осужденных и людей, находящихся на свободе. Поскольку большинство осужденных в какой-то момент покидают стены тюрем, внедрение ПОШ идет на пользу не только осужденным и персоналу, но и людям, с которыми бывшие осужденные, по выходе на свободу вступают в сексуальные отношения или с которыми они оказываются связанными через употребление наркотиков [106].

Кроме того, успешное предупреждение наркотизма требует:

- Соответствующее техническое оснащение правоохранительных органов.
- Повышение уровня профессиональной подготовки сотрудников в сфере борьбы с наркопреступностью, в том числе с привлечением специалистов зарубежных стран, очень многое упирается в финансирование.

- Обеспечение реальной самостоятельности службы госнаркоконтроля, которая должна курироваться первым лицом государства, учитывая масштабность угрозы наркотиков. К примеру, в США успешно работает специальная группа по борьбе с наркотиками, независимая от всех других структур и имеющая прямой выход на президента страны [107, с.6]. В итоге первый руководитель имеет возможность получать объективную информацию и затем реагировать, используя всю полноту власти.

- Изучение и использование опыта зарубежных стран. Как известно, к наркомании в разных странах относятся по-разному. Условно такое отношение можно разделить на три группы. Первая – крайне негативное отношение. Так, например, в Иране, Малайзии, Сингапуре за хранение и употребление наркотиков возможна высшая мера наказания – смертная казнь. (Кстати, о возможности заимствования такого «опыта» у нас в республике следует

развернуть дискуссию в обществе.) Вторая – негативное отношение, сопровождающееся комплексом мер по искоренению наркомании. На решение этих проблем из государственного бюджета выделяются немалые средства. Созданы специальные службы по борьбе с наркотиками. К примеру, в Германии, Японии, США. Третья – послабляющий режим. Разрешено употребление некоторых наркотических средств со слабо выраженным действием, например, марихуаны, по такому пути пошли в Голландии.

- Увеличение штатной численности сотрудников службы контроля по наркотикам;

- Создание эффективной кинологической службы в пенитенциарных учреждениях и др.

В числе первоочередных мер и по результатам исследований следует добиваться системной деятельности самих субъектов борьбы с распространением и сбытом наркотиков в ИУ.

- Обеспечение соответствующего информационного и функционального уровня деятельности соответствующих служб ИУ и многое другое.

В обществе до сих пор не оказывается должного понимания угрозы распространения и употребления наркотиков как социальной стабильности общества, так и угрозы здоровью нации как таковой, при этом проблема наркомании не всегда вычленяется как самостоятельная, зачастую рассматриваясь в общем контексте преступности, а о местах лишения свободы принято умалчивать.

Проблема распространения и употребления наркотиков в ИУ Кыргызстана является общенациональной проблемой, которая требует незамедлительных действий со стороны государства, поскольку по своим долгосрочным последствиям она должна быть отнесена в категорию прямых угроз национальной безопасности Кыргызстана. Причем признание это должно быть сделано с учетом контингента пенитенциарной системы на высшем уровне. Все мероприятия должны освещаться в СМИ самым широким образом.

Профилактика преступности в местах лишения свободы представляет собой часть профилактических усилий в масштабах всего общества по борьбе с преступными проявлениями и прежде всего с преступностью, связанной с наркотиками.

Чем выше уровень наркомании в стране, тем выше и опаснее этот уровень в исправительных учреждениях. Поэтому можно сказать, что решение острых социальных проблем и противоречий, в том числе, повышение эффективности воспитания и внедрение идеологии «снижения вреда» наравне с повышением материального благосостояния людей является той основой, на которую должна опираться работа по предупреждению наркотизма, где бы оно ни имело место. Излишне доказывать, что успешная профилактика наркомании среди осужденных самым благотворным образом скажется на рецидиве соответствующего вида преступлений.

Искоренение наркомании среди осужденных – принципиально невыполнимая задача так же, как и ликвидация преступности. Однако вполне реально снизить ее уровень.

Успешное предупреждение наркотизма среди осужденных возможно при условии целенаправленного обучения сотрудников исправительных учреждений способам и приемам выявления, изучения и разрешения конфликтов среди преступников. Для этого в учебных заведениях МВД КР, готовящих специалистов для работы в местах лишения свободы, необходимо разработать теорию пенитенциарной конфликтологии с тем, чтобы преподавать соответствующую дисциплину сотрудникам пенитенциарных учреждений. Возможно, что названная дисциплина будет создана в рамках курса социальной психологии для исправительных учреждений.

Поскольку среди осужденных 20-25 % страдают различными психическими аномалиями, столь же необходимым представляется обучение основам пенитенциарной психиатрии.

Преступность в местах лишения свободы, в том числе насильственная, ее причины и механизмы, личность виновных, формы и методы борьбы с ней в целом должны изучаться пенитенциарной криминологией. Не исключено, что конфликтология и психиатрия могут стать составной частью этой криминологии.

Среди профилактических мероприятий, которые осуществляются непосредственно в исправительных колониях, прежде всего рассмотрим те, которые связаны со стилем управления отрядами.

Их начальники должны избегать произвольности при принятии решений, вырабатывать четкие критерии оценки индивидуального и группового поведения и реагирования на проступки, не делать акцент на применение наказания и не допускать компромисса делегированием преимуществ членам одних групп в противовес осужденным из других.

Профилактика насильственных действий должна быть направлена на снижение межгрупповой напряженности с учетом следующих основных положений:

- при проведении мероприятий по защите притесняемых среди осужденных основной массы целесообразно избегать ситуаций публичного обсуждения членов неформальных групп, занимающих полярные статусы в преступной субкультуре для того, чтобы предотвратить конфликты между такими группами, а также внутри них;

- создавать по мере возможности одинаковые условия для разностатусных осужденных во всех сферах жизнедеятельности.

В справедливость администрации осужденные должны верить и именно это обстоятельство снизит влияние неформальных авторитетов, утверждающих всю власть путем насилия. Иными словами, администрация должна взять на себя исполнение функции защиты справедливости, столь необходимой в местах лишения свободы. В этой связи администрации следует:

1. Своевременно выявлять высокостатусные группы и элитный слой осужденных, которые являются потенциальными источниками негативного влияния и агрессивных действий, и через них контролируется незаконный оборот наркотиков.

2. Держать подобные группы под постоянным контролем, в том числе так называемых исполнителей, которые выполняют карательные функции и являются своеобразной исполнительной властью, с помощью которой осуществляется большинство насильственных действий в ИУ и колонии поселения.

3. Своевременно устанавливать участников конфликтов, анализировать их психологические особенности и искать способы разрешения конфликтных ситуаций без применения насильственных действий; гласно информировать осужденных о последствиях и применяемых санкциях в отношении нарушителей.

4. Пресекать различного рода дезинформацию, слухи, которыми умело манипулирует «асоциальная» часть осужденных для восстановления «справедливости» или оправдания своих действий. Для этого, конечно, нужно вовремя выявлять такие слухи.

5. Оказывать психологическую поддержку лицам, прибывающим в пенитенциарное учреждение, особенно в период нахождения в карантине, ориентировать их на сознательный выбор положительного круга общения и своевременно блокировать неформальные связи, с отрицательно ориентированными осужденными. Необходимо помнить, что первые дни пребывания под стражей являются наиболее травматичными. В целях защиты только что лишенный свободы человек может прибегнуть к насилию. В таком же положении другой может стать его жертвой.

6. Понимать доминирующие психические состояния осужденных, анализировать причины, их вызывающие, и принимать меры для их

своевременного предупреждения и правильного разрешения. В ряде случаев для этого бывает необходима помощь родных и близких.

7. В доверительных беседах желательно снимать негативные эмоциональные состояния, особенно среди лиц молодежного возраста, поскольку именно они для разрядки агрессивности или поднятия своего статуса нередко используют так называемые компенсирующие формы взаимодействия, в основе которых лежит употребление наркотиков, алкоголя, совершение гомосексуальных актов и других насильственных действий.

Рассмотрим вопросы профилактики насилия со стороны наиболее агрессивных личностей – осужденных с психическими аномалиями.

Выявление таких лиц должно проводиться с учетом следующих моментов:

- прежде всего, необходим отбор всех сведений о лицах, состоявших ранее на учете в психоневрологическом диспансере и прошедших или направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу (по материалам личного дела и медицинской документации), при отсутствии полных сведений от осужденных необходимо делать запросы о выписках из амбулаторных карт психоневрологических диспансеров и копий актов судебно-психиатрической экспертизы по месту ее проведения.

Клинико-психиатрическому и психологическому обследованию должны подвергаться осужденные с нарушенными формами поведения (внешне немотивированные поступки, неадекватные реакции, конфликтность, нарушение режима содержания и т.п.), лица, обращающиеся в медчасть с различными жалобами невротического, астенического и ипохондрического характера, лица с расстройствами настроения, психотическими расстройствами, перенесшие черепно-мозговую травму, больные алкоголизмом и наркоманией.

Психиатр должен не просто регистрировать лиц с психическими расстройствами в соответствии с поступающей на них медицинской

документацией, как это делается по большей части в настоящее время, но и активно выявлять таких лиц, участвовать в решении их бытовых и трудовых проблем, вопросов применения санкций, досрочного освобождения, позволять больше контактов с родными и близкими и т.д. Психиатр должен давать заключения и по поводу устранения факторов, травмирующих психику, в том числе связанных с условиями содержания осужденных.

Необходимо принять срочные меры по психофармакологическому обеспечению осужденных. Отсутствие сейчас необходимых для купирования психических расстройств психотропных средств приводит к хронизации патологических состояний, делает малореальным наступление стойких ремиссий, утяжеляет медицинскую и криминологическую ситуацию в ИУ. Вынужденное использование психотропных средств широкого спектра действия для различных категорий больных приводит к образованию побочных эффектов терапии, подрывает авторитет врачей.

Говоря о предупреждении насилия среди осужденных, насилия как карательной черте их образа жизни, нельзя не остановиться на профилактической роли религии. Действительно, мечеть, церковь и религия, с их постулатами ненасилия, милосердия, сострадания и прощения, способна сделать многое, чтобы смягчить тюремные нравы, сформировать принципиально иное отношение к агрессии как способу разрешения жизненных конфликтов, показать пути их снятия, помочь преступникам относиться друг к другу с большей добротой и пониманием. Священнослужители могут делать это в своих проповедях, в беседах с отдельными осужденными, использовать для этого такую весьма эффективную форму, как исповедь, которая должна приводить к покаянию, как средству очищения души. Священнослужители могли бы принимать участие в разрешении конкретных конфликтов, как между осужденными преступниками, так и между ними и администрацией, например при массовых беспорядках, бунтах и захватах заложников.

Сейчас в жизни всего общества и в местах лишения свободы, в частности, наблюдается тот период, когда старые духовные и нравственные ориентиры и ценности потеряли былую силу, а новые еще не набрали ее. Поэтому образовался своеобразный вакуум, который выступает одним из самых серьезных факторов, порождающих насилие в стране.

Религия может частично заполнить этот вакуум, поскольку мы знаем, сколько кровавых преступлений было совершено во имя религии и бога (религии – любой, бога – любого). Нужно помнить и о том, что во все прошлые века практически все население было верующим, хотя немалая часть его лишь соблюдала церковные ритуалы и внешние предписания, конформно подчиняясь традициям и обычаям, следуя полученному воспитанию. Тем не менее, факт остается фактом, что совершали преступления главным образом верующие, и вера в бога удерживала от проступка только часть людей. Церковь же пыталась спасти души преступников в тюрьме и на каторге, иногда на эшафоте.

Однако насилие продолжает оставаться типичной чертой пенитенциарных (исправительных) учреждений. Поэтому не следует возлагать на религию и церковь чрезмерные надежды ни в борьбе с преступностью вообще, ни в профилактике насилия в местах лишения свободы.

Религия – очень важное средство формирования, укрепления и развития нравственности, важное, но не единственное. Порядочным человеком может быть и неверующий.

В деле профилактики насилия в тюремных заведениях особое значение имеет индивидуальная работа с конкретным лицом, которая может быть даже успешнее, чем в условиях свободы. Дело в том, что осужденный вследствие его изоляции постоянно находится в поле зрения воспитателя или другого представителя администрации.

Основой индивидуальной профилактики является криминологическое учение о личности преступника, причинах и механизме его поведения.

Признание личности источником противоправных действий определяет необходимость сосредоточения воспитательно-предупредительных усилий именно на ней должно акцентироваться усилия предупредительного характера. Практически это означает, что в ходе индивидуальной работы с конкретным осужденным, в беседах с ним нужно все время обращать внимание на его личную виновность в уже совершенных агрессивных поступках, на недопустимость переноса вины на других людей или обстоятельства.

Однако многочисленные беседы с осужденными показали, что они почти всегда склонны винить в собственных аморальных действиях кого угодно, но не себя. Это самым существенным образом затрудняет их действительное исправление, поскольку они не овладевают субъективными механизмами своей ненадлежащей активности и поэтому далеко не всегда способны управлять своим поведением.

Индивидуально-профилактическое воздействие должно осуществляться с учетом типологической принадлежности данного индивида. Типологический подход во многом облегчает такое воздействие: если в ходе работы с конкретным осужденным, который может встать на преступный путь, будет выяснена его принадлежность к определенному типу личности, это позволит сравнительно быстро составить представление о его индивидуальных особенностях и в зависимости от этого построить предупредительную работу с ними. Типологии могут быть заимствованы из работ по психологии с осужденными.

Эффективная деятельность психологов с осужденными возможна только при совместном участии в ней сотрудников всех отделов, подразделений и служб учреждения, родственников осужденных, представителей общественных организаций, священнослужителей и других. Подобная организация предоставляет возможность создать в учреждении своеобразную систему, способную решать проблемы осужденных, осуществлять постоянный контроль их поведения, упреждающе влиять на факторы, способные дестабилизировать

обстановку в учреждении [108, с.168].

Начальная фаза адаптации (первые 5-6 месяцев): на данном этапе психологу пенитенциарного учреждения необходимо изучить характерологические особенности, жизненную позицию вновь прибывших осужденных, их позитивную или негативную направленность на соблюдение требований режима содержания в ИУ. Также необходимо выявить из группы вновь прибывших людей психическими отклонениями, суицидальной направленностью, склонных к членовредительству, созданию конфликтных ситуаций [108, с.169].

Нивелирование – вторая фаза адаптации. Она длится с 5-6 месяцев до конца первого года заключения.

Завершение адаптации – третья фаза обычно наступает к концу первого года отбывания наказания.

В последний период заключения психологу необходимо проводить мероприятия по подготовке осужденного лица к выходу на свободу. Возможные формы интервенций – проведение тренингов на социальную компетентность, тренингов на стрессоустойчивость, проблемно-ориентированное консультирование. При этом особое внимание обращается на выработку у него сопротивляемости к тем негативным явлениям и трудностям, с которыми он может встретиться после выбытия из ИУ [108, с. 171].

Злоупотребление наркотиками, губельно в молодежной среде – поражается и настоящее, и будущее общества. Полная, с точки зрения наркологов, картина распространения злоупотребления, включающая формы токсикомании, все более трагична. Вещества и препараты, не включенные в список наркотиков, как правило, еще более злокачественны, приводят к еще большему ущербу для индивидуума.

Наркомания, как подчеркивают эксперты Всемирной организации здравоохранения, является большой угрозой для здравоохранения в мировом масштабе.

Однако в республике до сих пор не осуществляется комплексная, целенаправленная, систематическая деятельность, направленная против распространения наркотизма несовершеннолетних в обществе. По существу, вся эта работа сводится только лишь к выявлению несовершеннолетних потребителей наркотических средств и психотропных веществ, когда они совершают преступление и оказываются в колонии для несовершеннолетних.

Именно потребители, работа с которыми крайне формализована, продолжают преобладать среди лиц, привлекаемых к уголовной ответственности за незаконные действия с наркотиками. Так, 71,6 % уголовных дел были возбуждены по факту приобретения подростками наркотических средств без цели сбыта для собственного потребления. Число подростков, находящихся под диспансерным наблюдением по городу по Бишкеку и Чуйской области, за год увеличилось на 25,6 %. По данным прокуратуры города Бишкека по факту незаконного приобретения и хранения наркотических средств были задержаны 71 подросток до 18 лет.

Недавно в прокуратуре южной столицы начала функционировать коллегия, решающая вопросы о состоянии надзора за применением законодательства о несовершеннолетних и молодежи, а также о незаконном приобретении, хранении и обороте наркотиков. Однако эта мера оказалась малодейственной, так как помимо всего прочего имеет место вымогательство подростков. Зарегистрирован случай, когда несовершеннолетний Н. В течение двух месяцев передал двум своим сверстникам деньги родителей в сумме 1.300 долларов США [109].

Тем не менее, наиболее социально опасная категория лиц в наркотизме, к тому же паразитирующая на наркомании, а именно распространители наркотиков, организаторы их незаконного оборота, остается вне сферы адекватного правового реагирования, и это положение, из года в год сохраняется и растет.

Сегодня все еще можно констатировать, что, несмотря на некоторую

активизацию работы по предупреждению наркотизма, в том числе среди несовершеннолетних, общий уровень проводимых мероприятий остается крайне низким. Государственные органы, призванные проводить эту работу, требования законодательства исполняют в недостаточной мере. При этом отсутствует механизм координации их деятельности, сказывается недостаток профессионализма подразделений министерств и государственных комитетов, и исправительных учреждений в компетенцию которых входит данная профилактическая работа.

В борьбе с наркотизмом в колонии для несовершеннолетних отсутствуют комплексный подход, четкое взаимодействие сотрудников исправительной колонии и органов здравоохранения по выявлению и учету несовершеннолетних, потребляющих наркотики, по применению к ним необходимых профилактических мер воспитательного и медицинского характера. Между этими ведомствами республики до сих пор не отработана должная система взаимного информирования о лицах, освобожденных из мест лишения свободы, в отношении которых проводилось принудительное лечение от наркомании, а также не организована взаимная сверка данных банков информации. Кроме того, не секрет многие осужденные впервые несовершеннолетние приобщаются к потреблению наркотиков в местах лишения свободы, где распространению последних нередко способствуют обслуживающий персонал и военнослужащие конвойных частей внутренних войск.

В данном случае вполне уместным будет поставить вопрос о необходимости создания в стране целостной системы предупреждения правонарушений несовершеннолетних, организации их здорового образа жизни в колонии. Во главе этой системы должен находиться компетентный орган, обладающий полномочиями и статусом, позволяющим ему осуществлять реальное взаимодействие со всеми соответствующими субъектами общественных отношений, координировать их работу и на деле реализовывать

государственную политику в сфере преодоления правонарушений среди несовершеннолетних, культивирования здорового образа жизни в среде подрастающего поколения.

В настоящее время различными социальными институтами некоторая работа в этом направлении проводится, однако по-прежнему отсутствует должное взаимопонимание и подчиненность единой, социально полезной предупредительной, профилактической политике.

Следует поднимать материально-техническую базу наркологических учреждений – на сегодняшний день она в республике крайне слабая. В областях нетнаркодиспансеров, а если есть, то слиты с психиатрическими учреждениями, что существенно влияет на качество выявления и лечения наркозависимых больных. В республике недостаточно лекарственных препаратов для лечения наркоманов, практически отсутствует лабораторная экспресс-техника для определения содержания наркотиков в крови несовершеннолетнего, не хватает современного медицинского оборудования для обследования и лечения больных.

В целях пресечения наркотизма в среде несовершеннолетних следует улучшать организацию воспитательной работы в колонии, а после отбытия наказания в трудовых коллективах, по месту жительства подростков, а также уделять много времени в семьях, т.к. развитие наркомании несовершеннолетних происходит в основном в семейно-бытовой сфере, которая практически не контролируется. Большинство подростков начинали и продолжают потреблять наркотики в собственных квартирах или в квартирах других подростков, во дворах жилых кварталов. Между тем, возможности позитивного влияния семьи и общественных формирований по месту жительства государством используются крайне незначительно.

К сожалению, сегодня, как правило, все еще не устанавливаются источники приобретения наркотических средств несовершеннолетними в колонии, весьма низка эффективность деятельности исправительных органов

по установлению, перекрытию каналов распространения и сбыта наркотиков, в том числе неэффективна работа по выявлению, разоблачению и привлечению к уголовной ответственности производителей, сбытчиков, распространителей наркотических средств.

Неудовлетворительно решается и проблема организации свободного времени несовершеннолетних в колонии. В среде несовершеннолетних потребителей наркотиков оно превращается в отрицательный фактор, все более закрепляющий негативные тенденции развития человеческого поведения в условиях ослабления или отсутствия влияния институтов социального контроля со стороны администрации и надзорных инстанций.

У подрастающего поколения, особенно среди несовершеннолетних потребителей наркотиков, наблюдается доминирование потребительского отношения к жизни, усугубляемого отрицательным влиянием элементов криминогенной среды. В этой связи можно утверждать, что в основе наркотизма несовершеннолетних находятся, прежде всего, изъяны воспитания, влияющие на формирование нравственного облика подростков, недостатки и упущения в деятельности социальных институтов, призванных вести борьбу с этим злом. В совокупности с внешними обстоятельствами, способствующими распространению наркотизма среди несовершеннолетних в местах лишения свободы, изъяны воспитания личности подростков создают ту негативную основу, которая способна реально поддерживать наркотизм в его поступательном развитии.

Работу по профилактике в местах лишения свободы наркотизма следует проводить, опираясь на глубокие научные исследования в этой области, с использованием наиболее эффективных форм и методов. Более того, результаты исследования, практика со всей очевидностью должны показывать, результат. Для этого нужна продуманная последовательная государственная поддержка, исходящая из политики бороться с этим асоциальным явлением [110, с.96-133].

Борьба с наркотизмом в ИУ должна рассматриваться как комплексная задача, что определяет необходимость создания соответствующей государственной структуры, которая должна включать в себя систему органов, способных осуществить неотложные и достаточные меры по пресечению попыток превращения ИУ Кыргызстана в один из центров международного наркобизнеса, распространения и сбыта наркосодержащих веществ, предупреждения его доминирующего влияния на формирование исправительных воздействий на осужденных.

Наряду с этим недостаточной остается работа правоохранительных органов по выявлению преступлений, связанных с организацией сбыта в ИУ. Этой немаловажной проблеме в аспекте роста числа потребителей наркотических средств не уделяется должного внимания.

Именно показатели выявленных таких видов преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств вообще, а в частности в ИУ, СИЗО должны стать особыми критериями результативности деятельности правоохранительных органов.

Одной из важнейших форм борьбы с преступностью, в том числе с преступлениями, связанными с незаконным оборотом наркотических средств, является профилактика. При этом акцент должен делаться на выявление причин и условий, способствующих совершению преступлений. В общегосударственном масштабе вопросам программирования, предупреждения и борьбы с преступностью, в том числе с ее отдельными видами, в последние годы уделяется особое внимание. Но меры, принимаемые на общереспубликанском уровне, не дадут весомой отдачи, если в регионах не проникнутся пониманием серьезности ситуации.

Необходимо объединение усилий местных исполнительных и правоохранительных органов, заинтересованных организаций и общественности. Следует отметить, что принятые программы предупреждения и борьбы с преступностью не всегда реализуются в полной мере. Тому

причиной и ресурсная необеспеченность этих программ, резко увеличивающаяся в условиях нестабильности экономики, постановка заведомо невыполнимых задач, а нередко и склонность к шумным и быстро затихающим кампаниям. Только тщательное изучение проблемы предупреждения и борьбы с преступностью и выработка реально осуществимых мер позволит добиться желаемых результатов.

На наш взгляд, неперенными элементами программы предупреждения и борьбы с преступностью должны быть:

а) концепция борьбы с наркопреступностью, ее комплексный анализ, принципы и основные направления борьбы;

б) меры по повышению эффективности деятельности правоохранительных органов, в том числе по совершенствованию профессиональной подготовки и материальной обеспеченности их работников;

в) меры по вовлечению негосударственных организаций и населения в борьбу с правонарушениями и наркопреступностью;

г) меры по повышению правовой культуры осужденных.

Практика показывает, что одними силовыми методами невозможно стабилизировать криминогенную обстановку. Без привлечения общественности не обойтись. По мнению ученых-аналитиков, на уровень преступности влияют примерно 250 факторов. Правоохранительные органы могут воздействовать только на 40-45 из них, остальные находятся вне сферы их воздействия. Если этот пробел не будет восполнен, то криминогенная ситуация и далее будет усугубляться.

Должна возрасти роль чиновников всех уровней, несущих ответственность за реализацию региональных программ предупреждения и борьбы с преступностью.

Необходимо постоянно анализировать складывающуюся обстановку в регионе, с учетом происходящих изменений перерабатывать и дополнять региональные программы по ИУ, использовать все, что дает положительные

результаты в стабилизации ситуации. Восстановление и организация различных форм вовлечения населения в реализацию мер по предупреждению преступности у нас обязательно дадут свои положительные результаты. Шире нужно привлекать к реализации таких мер общественные объединения, движения, фонды и другие организации, уставами которых предусмотрены воспитательные и профилактические функции. Согласно данным опроса, сотрудники пенитенциарных учреждений достаточно высоко оценивают эффективность общественного контроля (так считают 60 % сотрудников).

Один из парадоксов изоляции людей в местах заключения состоит в том, что, будучи помещены туда за совершение преступлений и для того, чтобы исправиться, они совершают в этих местах новые преступления, порой не менее тяжкие. Этот факт лишний раз указывает на неэффективность и бессилие исправления преступников посредством изоляции от общества [111, с. 162].

Низкая эффективность исправления и системы предупреждения наркотизма очевидна. Сами бывшие осужденные отмечают низкую эффективность пресечения незаконного оборота наркотиков в местах лишения свободы. Так считают 70 % опрошенных. Также отмечают низкую результативность профилактических программ вообще. В то же время достаточно положительно оценивают эффективность профилактических программ в рамках стратегии «Снижения вреда» (50 % респондентов). В качестве положительных примеров в этом направлении странам Центральной Азии можно рекомендовать успешный опыт функционирования Реабилитационных Центров «Атлантис» и Проекта «Чистая зона» в пенитенциарных учреждениях Кыргызстана. Постоянная деятельность по профилактике наркомании в рамках модели «Снижения вреда» является мерой двойной превенции распространения ВИЧ – инфекции, ВГС и других сопутствующих заболеваний, обладает доказанным позитивным эффектом.

Ввиду характерной для всех учреждений уголовно-исполнительной системы закрытости, вопросы здоровья осужденных редко попадают в сферу

обсуждения широкой общественности. Вместе с тем, они крайне актуальны с точки зрения общественного здравоохранения. Тюрьмы предоставляют уникальную возможность коррекции поведения, связанного с высоким риском передачи ВИЧ-инфекции и ВГС, – например, совместного использования инъекционного оборудования – посредством внедрения доказавших свою эффективность мероприятий общественного здравоохранения, включая программы обмена шприцев.

Улучшение качества здоровья осужденных и снижение частоты передачи инфекционных заболеваний пойдет на пользу всем людям, прямо или косвенно связанным с местами лишения свободы – например, работникам тюрем и членам их семей. Внедрение мер, направленных на снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и ВГС, поможет сделать учреждения УИС более безопасными не только для осужденных, но и для сотрудников.

Передвижения и взаимодействия людей в период между пребыванием в местах лишения свободы и жизнью на воле означают, что инфекционные заболевания и связанные с ними расстройства здоровья не могут быть ограничены тюремными стенами. Когда люди, живущие с ВИЧ и / или гепатитом С, выходят на свободу, вопросы здоровья бывших осужденных неминуемо приобретают широкий общественный резонанс.

Для снижения риска распространения в тюрьмах таких заболеваний, как наркомания, ВИЧ-инфекция и ВГС, можно сделать многое. Все страны региона принимают определенные меры по профилактике передачи ВИЧ-инфекции и ВГС в тюрьмах, но большинство подобных стратегий не включает программы обмена игл и шприцев, хотя данные, полученные в тюрьмах ряда стран (в частности, Молдовы и Кыргызстана), указывают на эффективность этих программ в снижении риска распространения заболеваний и не подтверждают наличия каких-либо отрицательных незапланированных последствий (более подробно эта тема раскрыта в разделе, посвященном результатам исследований). Доступ к проверенным и научно подтвержденным методикам

лечения наркотической зависимости (в особенности, к программам метадоновой заместительной терапии) для осужденных, страдающих опиоидной зависимостью, остается крайне ограниченным даже в тех странах, где подобные программы доступны для общего населения.

В данной связи, представляется необходимым срочное внедрение следующих широкомасштабных программ:

- информирование и обучение, включая обучение по методике «равный-равному»;
- распространение презервативов и профилактика сексуального насилия;
- добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию;
- лечение ВИЧ-инфекции, уход и поддержка, включая предоставление антиретровирусной терапии всем нуждающимся в ней осужденным;
- обмен игл и шприцев;
- предоставление доказавших свою эффективность, научно подтвержденных методик лечения наркотической зависимости, – в особенности, метадоновой заместительной терапии.

В конечном итоге, любые меры по эффективному противодействию распространению ВИЧ-инфекции, ВГС и ТБ в тюрьмах не могут рассматриваться вне контекста общих вопросов прав человека и тюремной реформы. Люди, находящиеся в местах лишения свободы, чаще страдают от нарушений прав человека и более подвержены риску заболевания ВИЧ-инфекцией, ВГС и ТБ. При этом, проблема ВИЧ-инфекции, ВГС и ТБ в тюрьмах в огромной степени обусловлена условиями содержания, системой управления тюрьмами и национальной политикой.

Перенаселенность, насилие, недостаточное естественное освещение и вентиляция, отсутствие защиты от суровых климатических условий являются весьма характерными признаками многих учреждений УИС, которые вкупе с нехваткой средств личной гигиены, скудным питанием, отсутствием доступа к чистой питьевой воде и плохим медицинским обслуживанием оказывают

серьезное влияние на рост уязвимости осужденных к ВИЧ-инфекции и другим инфекционным заболеваниям, а также на увеличение смертности. Неприемлемые условия проживания осложняют или сводят на нет эффективность мер по профилактике здоровья, предпринимаемых работниками тюрем.

Таким образом, программы направленные на профилактику распространения заболеваний в тюрьмах и оказание медицинской помощи осужденным, живущим с ВИЧ / ВГС / ТБ, могут быть эффективны только в контексте более широкого круга мероприятий, направленных на улучшение условий содержания осужденных. Именно поэтому меры по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции в тюрьмах необходимо начинать с предоставления услуг по профилактике ВИЧ-инфекции, но при этом также не следует забывать о необходимости срочного проведения реформ, направленных на улучшение описанных выше условий.[112]

Осужденные сохраняют за собой все права, которых они не были лишены фактом заключения под стражу. Наказанием является утрата свободы, а не утрата основных прав человека. Как и все люди, осужденные имеют право на сохранение максимального возможного уровня здоровья. В контексте ВИЧ-инфекции, ВГС и ТБ это означает право на полноценные и научно обоснованные методики профилактики и на эффективное лечение.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного нами исследования проблемы наркотизма в местах лишения свободы могут быть сформулированы следующие выводы:

1. История противодействия наркомании и незаконному обороту наркотиков не позволяют относиться к проблеме наркотизма как преходящему и искоренимому явлению. Проблема наркотизма для стран отдельных стран Центральной Азии, в частности Кыргызстана, имеет долговременный и значимый характер и осложняется такими явлениями как международный терроризм, организованная преступность и религиозный радикализм, создающими прямые угрозы жизнеспособности общества и целостности государства в условиях переходного периода.

2. Понятие наркотизма в местах лишения свободы Кыргызской Республике можно определить как социальное явление, характеризующееся совокупностью немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ (наркомании) и уголовно-наказуемых деяний, связанных с наркоманией (незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ) в учреждениях системы исполнения наказаний в виде лишения свободы. Условия исполнения наказаний в виде лишения свободы, казалось бы обеспечивающие рестриктивные режимы и контроль за поведением заключенных, не гарантируют отсутствие там незаконного оборота наркотиков и наркомании.

3. Сегодня во многих странах значительные средства тратятся на лишение наркозависимых лиц свободы: такой подход влечет за собой довольно высокие уровни рецидива вскоре после освобождения. Нет никаких свидетельств того, что этот подход экономически оправдан. Поэтому рекомендуются шире применять в отношении наркозависимых преступников, совершивших незначительные и нетяжкие преступления, наказания, альтернативные лишению свободы виды наказаний: условное осуждение, исправительные или общественные работы и т.п.

4. Состояние наркотизма в местах лишения свободы Кыргызстана характеризуется нами как неблагоприятное и негативно влияющее на общую обстановку. Предупреждение наркотизма проводится несистемно, хаотично, ограниченно. При этом возможности профилактики наркомании ограничены, а пресечение незаконного оборота наркотиков затруднено в силу слабых оперативных позиций администрации мест лишения свободы и недостаточного контроля. Перечисленное является предпосылками реформирования уголовно-исполнительной политики в целом. В частности, очевидна необходимость пересмотра концептуальных и практических подходов в организации профилактики наркомании и предупреждения незаконного оборота наркотиков. В связи с существенными изменением качественного состава спецконтингента: ухудшился криминогенный состав осужденных к лишению свободы; увеличилось количество больных наркоманией, психическими расстройствами, туберкулезом, гепатитом С, ВИЧ-инфицированных. Поэтому дальнейшее развитие пенитенциарных учреждений необходимо строить в тесном взаимодействии со службами социальной защиты, здравоохранения, образования, общественными и правозащитными организациями.

5. Исследование подтвердило гипотезу о том, что уровень криминогенности в местах лишения свободы напрямую связан с состоянием незаконного оборота наркотиков и эффективности мер противодействия со стороны администрации мест лишения свободы. Как и во всех постсоветских странах, наркотические средства и другие запрещенные психоактивные вещества используются организованной преступностью, т.н. «общаком» в качестве инструментов влияния на лиц, отбывающих наказания в местах лишения свободы. Недостаточный уровень профессионализма администраций мест лишения свободы, а в отдельных случаях их коррумпированность либо зависимость от криминальных авторитетов являются объяснением отсутствия заметных позитивных результатов в пресечении незаконного оборота наркотиков.

6. Существующая модель организации профилактики наркомании и пресечения незаконного оборота наркотиков в местах лишения свободы в Кыргызстане в целом не претерпела изменений и опирается на традиционные методы: профилактические беседы, проведение поисковых и обысковых мероприятий в местах лишения свободы и т.п. Нисколько не умаляя значение таких мер предупреждения и пресечения наркотизма, вместе с тем, следует разрабатывать, внедрять и развивать модель с более широкими и разнообразными методами профилактики. Например, построение модели «чистой зоны», как это уже сделано в ИК 31 ГСИН КР, представляется в качестве одного из современных позитивных примеров организации профилактики наркомании в местах лишения свободы. Функционирование Реабилитационных центров «Атлантис» доказало свою эффективность и с 2007 года осуществляется в рамках бюджетного финансирования, в тесном сотрудничестве с неправительственными и общественными организациями, работающими в данном направлении. Сам факт перехода на бюджетное финансирование свидетельствует о признании эффективности данной профилактической программы на официальном уровне.

7. Учитывая результаты масштабных и многократно проверенных исследований в странах Запада и некоторых постсоветских стран, можно рекомендовать использование методик в рамках модели «Снижения вреда» в качестве меры двойной превенции распространения ВИЧ – инфекции, ВГС и других сопутствующих заболеваний. Успешному внедрению указанных моделей профилактики наркомании, ВИЧ/СПИДа, ВГС должно предшествовать укрепление медицинской и психологической служб пенитенциарных учреждений.

8. Несмотря на то, что в Кыргызстане предприняты определенные меры для внедрения системы общественного мониторинга за местами лишения свободы, формализованный подход, практикуемый ГСИН КР не способствует дальнейшим процессам обеспечения транспарентности пенитенциарной

системы, выявлению реального уровня защиты прав и интересов заключенных, в том числе затруднен мониторинг соблюдения прав наркозависимых лиц и других уязвимых групп заключенных. В этой связи построение и функционирование эффективной и объективной системы общественного и иного мониторинга мест лишения свободы, в том числе в отношении лиц, страдающих наркозависимостью, позитивно скажется на уровне защиты прав лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы.

9. Современные задачи предупреждения наркомании и незаконного оборота наркотиков в местах лишения свободы состоят в проведении администрацией исправительных учреждений гибкой политики, направленной на использование стратегий эффективной наркополитики, суть которой заключается в оптимальном балансе реализации стратегии «снижения вреда» в отношении наркопотребителей и жесткой рестриктивной политики в отношении наркораспространителей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Предложения по совершенствованию практической деятельности по предупреждению наркотизма в пенитенциарной системе имеют прикладное значение и могут найти применение в этих видах деятельности, а также в теоретических исследованиях данной проблемы. Результаты диссертационной работы на тему: «Предупреждение наркотизма в местах лишения свободы», используются в процессе обучения курсантов, слушателей очного и заочного обучения, адъюнктов, студентов в рамках дисциплины «Криминология», «Предупреждение преступлений и административных правонарушений органами внутренних дел Кыргызской Республики», также основные положения и выводы диссертационного исследования внедрены и используются в практической деятельности сотрудников уголовно-исполнительной системы при Государственной службе исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРА

1. Тюремный кошмар Кыргызстана. Доклад № 118 Азия – 16 августа 2006 г. InternationalCrisisGroup. www.crisisgroup.org.
2. Обмен игл в тюрьмах: Уроки всестороннего изучения международного опыта и подтверждённых доказательствами результатов. - Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2005. С.23.
3. Костюк М.Ф. Уголовно-правовые и криминологические проблемы борьбы с преступностью в исправительных учреждениях./Под ред. П.Г. Пономарева. – М.: Академия управления МВД России, 2000. С.45.
4. Шагивалиев А.К. Места лишения свободы Кыргызстана: история и современность. – Бишкек, 2001. С. 48.
5. Страновой отчет по результатам Проекта УНП ООН «Экспресс оценка ситуации, связанной с потреблением наркотиков в Центральной Азии», подготовленный А. Кудайкуловой
6. Зеличенко А.Л. Рапорт по результатам проведения оценки состояния дел с внедрением программ "Снижения вреда" в исправительных колониях ГУИН МЮ Кыргызской Республики (выполнялось по заданию DFID в период с 19 декабря 2005 по 20 января 2006 года). Доступно по URL: http://zhurnal.lib.ru/z/zelichenko_a_1/narkosituacijawkolonijahkyrgyzstana.shtml.
7. Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2005;
8. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: лечение наркотической зависимости. – Женева: ВОЗ, 2007;
9. Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии. – Павлодар, 2007.
10. Саякова М.К., Осмоналиев К.М. Предупреждение наркотизма несовершеннолетних. Монография. – Бишкек, 2001. С.5.

11. Миньковский Г.М., Побейгало Э.Ф., Ревин В.П. Уголовно-правовые средства борьбы с наркотизмом в России. - М.: Академия МВД России, 1994. С.6.
12. Абдиров Н.М., Маами К.А., Сарсеков Б.С. Уголовно-правовые меры борьбы с преступлениями, связанными с наркотиками. - Алматы, 1998. С.6.
13. Соглашение между Правительством Республики Казахстан, Правительством Кыргызской Республики и Правительством Республики Узбекистан "О сотрудничестве в борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ и злоупотреблении ими" от 5 апреля 1996 г. // Правовые основы организации борьбы с наркотизмом. Сборник нормативных актов (извлечений) и методических материалов. – Бишкек, 2001.
14. Источник: Summary data from International conference “Drug Routs from Central Asia to Europe”, Paris, 2003
15. Источник: Отчет Управления ООН по наркотикам и преступности «Illicit Drugs Situation in the Regions Neighboring Afghanistan and the response of ODCCP”. October 2002. P.3.
16. Горбатова, М.А. Противодействие наркопреступности: мировой и региональный опыт: специализированный учебный курс / Под ред. Р.А. Хашимова / Челябинский центр по исследованию проблем противодействия организованной преступности и коррупции / М.А. Горбатова. – Челябинск, 2008.
17. Всемирный доклад о наркотиках 2009. Краткий обзор. Том 1. Анализ. – Вена: УНП ООН, 2009.
18. Всемирный доклад о наркотиках 2012. Краткий обзор. Том 1. Анализ. – Вена: УНП ООН, 2012
19. Абдулах А. Выступление на международной конференции «Пути наркотиков из Центральной Азии в Европу». Париж, 22 мая 2003 г.
20. Всемирный доклад о наркотиках 2003. Краткий обзор. Том 1. Анализ. – Вена: УНП ООН, 2003.

21. Отчет Управления ООН по наркотикам и преступности «Illicit Drugs Situation in the Regions Neighboring Afghanistan and the response of ODCCP». October 2002. P.3.
22. Summary data from International conference “Drug Routs from Central Asia to Europe”, Paris, 2003.
23. Отчет УНП ООН «Afghanistan.Farmers’ Intentions Survey 2008/2009». УНПООН, Февраль 2010. С.3.
24. Всемирный доклад о наркотиках 2003. Краткий обзор. Том 1. Анализ. – Вена: УНП ООН, 2003.
25. World Drug Report 2009. Volume 2.Statistics.UNODC.C.270, 333.
26. Зеличенко А.Л. Афганская наркоэкспансия 1990 – х годов и проблема национальной безопасности Кыргызстана. – Бишкек, 2003. С. 5-6.
27. Наркотики в Центральной Азии. – Бишкек, 2003. С.25-31.
28. Из справки о наркоситуации в Кыргызской Республике, составленной ГСКН, 2011г.
29. Прохорова, М.Л. Наркотизм: социально-психологические, криминологические и уголовно-правовые аспекты. – Саратов, 2001. – С. 9.
30. Макаренко, Tamara. “Crime, Terror and the Central Asian Drug Trade”. HarvardAsiaQuarterly, Summer 2002. VolumeVI, No. 3.
31. Курманов К.Ш. Уголовно-правовые и криминологические проблемы борьбы с наркотизмом: автореферат дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.08. - уголовное право и криминология; исправительно-трудовое право : защищена 20.09.1991 / К. Ш. Курманов ; Институт философии и права Академии наук Республики Кыргызстан. - Алма-Ата, 1991. - 45 с.
32. Лисович Б. Выступление на международном семинаре «Великий Шелковый Путь: борьба с наркотизмом в Центральной Азии». Бишкек, 1999.
33. ЮНОДК: Региональная программа для Афганистана и соседних стран. Проект от 3 июня 2011.

34. Источник: Отчет по Региональной конференции по проблемам наркомании в Центральной Азии "Оценка ситуации и соответствующие меры", 26-28 июня 2002 года, Ташкент, Узбекистан
35. Жаркова Н. Наркотики в Центральной Азии. / Зеркало 21 века, № 45 (21), 13-19 ноября 2003 г.
36. The Drug and Crime Situation in Central Asia. Compendium Analysis. ROCA UN ODC. 2003.
37. Источник: Отчет УКНПП ООН «Illicit Drugs Situation in the Regions Neighboring Afghanistan and the response of ODCCP». Октябрь 2002. С.3.
38. Витебский И. Криминальная армия специального назначения / Независимое обозрение, 19 марта 2004 г.
39. Из обзорной справки по итогам 2003 г. Национального Центра Узбекистана по контролю наркотиков.
40. The Drug and Crime Situation in Central Asia. Compendium Analysis. ROCA UN ODC. 2003.
41. Отчет УКНПП ООН «Illicit Drugs Situation in the Region Neighboring Afghanistan and the Response of ODCCP». Ноябрь 2002. С.13.
42. Paoli, Leticia. "Преступный оборот наркотиков в России". Русский народный сервер против наркотиков, 14 апреля 2003 г. Database on-line. Available from <<http://www.narcom.ru/ideas/socio/87.html>>. [1 June 2004].
43. Витебский И. Криминальная армия специального назначения / Независимое военное обозрение, 19 марта 2004 г.
44. Хамидов О. Наркокурьера увели за кордон / Вечерний Бишкек, 19 мая 2004 г.
45. Князев А.И. К истории и современному состоянию производства наркотиков в Афганистане и их распространения в Афганистане. – Бишкек, 2003. С.6.
46. Война наркобаронов / Россия. 12 апреля 2004 г.

47. McDermott, Roger, 2002. Border Security in Tajikistan: Countering the Narcotics Trade?. London: DefenseAcademyoftheUnitedKingdom.

48. Из доклада Госдепартамента США о международной стратегии по контролю за наркотиками. URL: <http://usinfo.state.gov/ruski/>.

49. Лебедев Г. Туркменский транзит. / Новая газета, 4 ноября 2002 г.; А.Кулиев. О наркомании и наркоторговле в Туркменистане / Эркин Туркменистан, 24 апреля 2002 г.; Р. Назаров. Ниязовский наркосиндикат. URL: http://www.gundogar.org/?topic_id=33&id=828

50. Статистические данные из Проекта Концепции антинаркотиковой политики Кыргызстана на 2010-2015 гг.

51. Информационный справочник АКН КР за первое полугодие 2006 г С. 3-4.

52. Назаралиев Дж. Б. Обращение к участникам международного семинара «Великий Шелковый Путь: борьба с наркотизмом в Центральной Азии», Бишкек, 19-20 мая 1999 г.

53. Шагивалиев А.К. Места лишения свободы Кыргызстана: история и современность. – Бишкек, 2001. С. 56.

54. Тюремный кошмар Кыргызстана. Доклад № 118 Азия – 16 августа 2006 г. InternationalCrisisGroup. Доступно по URL: www.crisisgroup.org.

55. ВОЗ, ООН, ЮНЭЙДС (2004). Краткая информация для выработки политики: снижение уровня ВИЧ-инфицирования в тюрьмах.

56. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О Концепции реформирования пенитенциарной системы Кыргызской Республики на период до 2010 года» от 9 декабря 2002 года № 833

57. Деятельность Главного управления исполнения наказаний Министерства юстиции Кыргызской Республики: итоги 2005 года. – Бишкек, 2006. С.9.

58. Сманалиева А.К. Амнистия в уголовном законодательстве Кыргызской Республики. Автореферат дисс... канд. юрид. наук. – Бишкек, 2009. С.4.

59. Осмоналиев К.М. Уголовная политика Кыргызстана: вопросы теории и практики. – М., 2005. С.67.
60. Ревин В.П., Стахов Я.Г., Зябко Е.В. Концептуальные положения уголовной политики // Современные проблемы уголовной политики, уголовного права и криминологии. Труды Академии управления МВД РФ. – М., 2002. С.6.
61. Осмоналиев К.М. Уголовная политика Кыргызстана: вопросы теории и практики. – М., 2005. С.45.
62. Малинов Ю. Испания: шприц в камеру. В кн. «Война с наркомафией: пока без победителей / Сост. Л.Н. Елин. – М.: Республика, 1992. – С. 311.
63. Каримов Д. Доступно по URL: <http://www.24kg/investigation/53060-2009/07/14/116124.html>
64. NEWSru.com// В мире//27 августа 2006 г.
65. Турсунбай Бакируулу. Проблемы пенитенциарной системы Кыргызской Республики // Цикл публичных лекций. – Бишкек: Центр социальных исследований АУЦА, 2005. С.54.,
66. Турсунбай Бакир уулу. Проблемы пенитенциарной системы Кыргызской Республики // Цикл публичных лекций. – Бишкек: Центр социальных исследований АУЦА, 2005. С. 56.,
67. Турсунбай Бакир уулу. Проблемы пенитенциарной системы Кыргызской Республики // Цикл публичных лекций. – Бишкек: Центр социальных исследований АУЦА, 2005. С.58.
68. Страновой отчет по результатам Проекта УНП ООН «Экспресс оценка ситуации, связанной с потреблением наркотиков в Центральной Азии». – Бишкек, 2002.
69. См. Приложение 1.
70. Алферов Ю.А., Козюля В.Г. Наркомания в ИТУ и пути ее преодоления: Учебное пособие. –М., 1990 С.7.

71. Букарт Р. Хроническое отравление морфием и лечение путем отнятия. СПб, 1882; Букарт Р. Морфинизм и его лечение. Спб.,1900.
72. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. –М., 1933
73. Ураков И.Г., Исмаилов Г.И. Клиническая психиатрия Узбекистана. Ташкент, 1976. С.91-98.
74. Мустафина И. Татарстан. / Труд, 24 января 2008 г.
75. Страновой отчет по результатам Проекта УНП ООН «Экспресс оценка ситуации, связанной с потреблением наркотиков в Центральной Азии». – Бишкек, 2002
76. Костюк М.Ф. Уголовно-правовые и криминологические проблемы борьбы с преступностью в исправительных учреждениях./Под ред. П.Г. Пономарева. – М.: Академия управления МВД России, 2000.С.45.
77. Российская криминологическая энциклопедия/Под ред.А.И. Долговой. –М., 2000. С.596.
78. Криминология: учебник/Под общ. Ред. А.И.Долговой. –М., Норма, 2008. С.858.
79. Карпец И.И. Преступность: иллюзии и реальность. –М., 1992. С. 286.
80. Справка о деятельности учреждений системы ГСИН КР за 2009 г.
81. Деятельность Главного управления исполнения наказаний Министерства юстиции КР: итоги 2005 г. – Бишкек, 2006.С.12.
82. Мустафина И. Татарстан. / Труд, 24 января 2008 г.
83. Деятельность Главного управления исполнения наказаний Министерства юстиции КР: итоги 2005 г. – Бишкек, 2006.С.12.
84. Зеличенко А.Л. Рапорт по результатам проведения оценки состояния дел с внедрением программ "Снижения вреда" в исправительных колониях ГУИН МЮ Кыргызской Республики(выполнялось по заданию DFID в период с 19 декабря 2005 по 20 января 2006 года). Доступно по [URL:http://zhurnal.lib.ru/z/zelichenko_a_l/narkosituacijawkolonijahkyrgyzstana.shtml](http://zhurnal.lib.ru/z/zelichenko_a_l/narkosituacijawkolonijahkyrgyzstana.shtml)

85. Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в Кыргызской Республике, утвержденная [Указом](#) Президента Кыргызской Республики от 22 декабря 2004 года № 445.

86. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 15 мая 2012 года № 297 «Об утверждении Национальной стратегии развития уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы Кыргызской Республики на 2012-2016 годы»

87. Доступно по [URL: http://zhurnal.lib.ru/z/zelichenko_a_1/narkosituacijawkolonijahkyrgyzstana.shtml](http://zhurnal.lib.ru/z/zelichenko_a_1/narkosituacijawkolonijahkyrgyzstana.shtml)

88. Проект БОМКА-КАДАП контракт №069-571; Проект Полицейская разведка (ПОЛИНТ); Проект Система мониторинга злоупотребления наркотиками (ДАМОС); Проект Предотвращение распространения наркотиков в тюрьмах.

89. Источник akipress.kg/ <http://www.for.kg/ru/news/23681/>.

90. Bureau of Justice Statistics, 1995.

91. Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2005; McSweeney, Turnbull, Hough, 2002

92. Керими Н. Услуги по профилактике и лечению ВИЧ для лиц, потребляющих наркотики: как измерить их доступность? // Сопещение по вопросам ОЗТ, 22 июня 2009 г., Астана, Казахстан. С.33.

93. Maуkut M.O., 1977; Wilmart S.S., GoldsteinA., 1974.

94. Алтынбекова Г.И., Кожахметова Б.А., Россинский Ю.А. К вопросу о заместительной поддерживающей терапии метадоном. – Павлодар-Караганда, 2004. С.4.

95. Mitchell, Wilson, MacKenzie, 2006.

96. Darke, Ross, Zador, Sunjic, 2000; Bird, Hutchinson, 2003; Harding-Pink, 1990; Joukamaa, 1998; Seaman. Bret-tie, Gore, 1998; Seymour, Oliver, Black, 2000; Shewan et al., 2001; Singleton et al., 2003; Verger et al., 2003.

97. Cooper et al., 1999.

98. Kinlock et al. 2002

99. Bertram, Gorta, 1990a; Tomasino et al., 2001; Johnson et al., 2001; Levasseur et al., 2002.
100. Mitchell, Wilson, MacKen-zie, 2006
101. Wale, Gorta, 1987; Hume, Gorta, 1988; Herzog, 1993; Magura et al., 1993; Johnson et al., 2001.
102. Johnson et al., 2001.
103. Bertram, 1991; Wale, Gorta, 1987; Magura et al., 1993; Herzog, 1993; Heimeret al., 2005
104. Интыкбаев М.К., Абдиров Н.М. Подросток в орбите наркотизма: проблемы, предупреждение». – Караганда, 1997. С.96-133
105. Доступно по [URL: http://zhurnal.lib.ru/z/zelichenko_a_l/narkosituacijawkolonijahkyrgyzstana.shtml](http://zhurnal.lib.ru/z/zelichenko_a_l/narkosituacijawkolonijahkyrgyzstana.shtml)
106. ВИЧ/СПИД в местах заключения/Сборник методических пособий для разработчиков политики, администрации тюрем и тюремного персонала/Нью-Йорк, 2009.
107. О.Фоменко. Нарковойна. // Ваше право. №3. 2003. С. 6.
108. Бредихина Е.В. Психологическая служба в условиях пенитенциарного учреждения. // Антинаркотическая политика и медико-санитарные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии. – Павлодар, 2007. С.168.
109. А. Мукушева. «Молодежь и наркотики». Юридическая газета. 5.04.2000. № 15
110. Интыкбаев М. К., Абдиров Н. М. «Подросток в орбите наркотизма проблемы, предупреждение». Караганда, 1997. С.96-133.
111. ВИЧ/СПИД в местах заключения/Сборник методических пособий для разработчиков политики, администрации тюрем и тюремного персонала/Нью-Йорк, 2009.
112. ВОЗ, ООН, ЮНЭЙДС (2004). Краткая информация для выработки политики: снижение уровня ВИЧ-инфицирования в тюрьмах.

Приложение 1.

Результаты анкетирования в рамках диссертационного исследования

№	Вопрос	Ответы сотрудни- ков пенитен- циарной системы	Ответы лиц, отбывших наказание в МЛС
1.	Каков примерный процент лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы, потребляют наркотики	15-25 %	50-70%
2.	Существует ли дискриминация наркозависимых в МЛС: а) да; б) нет.	10 % 90 %	20 % 80 %
3.	Насколько доступны наркотики в МЛС: а) легкодоступны; б) труднодоступны; в) затруднились ответить.	20 % 40 % 40 %	70 % 10 % 20 %
4.	Основные пути проникновения и распространения наркотиков в МЛС: а) незаконный пронос заключенными; б) незаконные передачи с воли; в) через авторитетов преступного мира; г) через администрацию ИУ;	30 % 30 % 25 % 10 %	10 % 20 % 20 % 50 %

	д) иное	5 %	
5.	Оценка успешности пресечения незаконного оборота наркотиков в МЛС:		
	а) эффективна;	25%	10 %
	б) неэффективна;	35 %	70 %
	в) затруднились ответить	30 %	20 %
6.	Оценка эффективности профилактики наркомании в МЛС:		
	а) высокая результативность;	30 %	10 %
	б) низкая результативность;	40 %	60 %
	в) затруднились ответить	30 %	30 %
7.	Оценка мер профилактики в рамках стратегии «снижения вреда» в МЛС: ОЗТ метадон, АРТ, обмен шприцев:		
	а) отрицательная;	30 %	10 %
	б) положительная;	30 %	50 %
	в) затруднились ответить	40 %	40 %
8.	Эффективность общественного контроля над пенитенциарной системой:		
	а) низкая;	20 %	30 %
	б) высокая;	60 %	40 %
	в) затруднились ответить	20 %	30 %