



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Проблемы, связанные с алкоголем, в системе уголовного правосудия: возможность для вмешательства





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Проблемы, связанные с алкоголем, в системе уголовного правосудия: ВОЗМОЖНОСТЬ ДЛЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Авторы:

Lesley Graham, Tessa Parkes, Andrew McAuley
и Lawrence Doi

РЕФЕРАТ

Между алкоголем и преступностью существует взаимосвязь, особенно когда речь идет о преступлениях, совершаемых с применением насилия. Многие заключенные попадают в места лишения свободы за преступления, связанные с алкоголем. За очень редкими исключениями, алкоголь в местах лишения свободы запрещен, и незаконное употребление алкоголя большой проблемы там не представляет. Однако лишение свободы дает возможность заняться решением проблем, связанных с алкоголем, у заключенных, что в принципе может привести к положительному эффекту также и у их родных и друзей и к снижению риска повторных правонарушений, уменьшению издержек для общества и социальных неравенств в отношении здоровья.

Ключевые слова

ALCOHOL DRINKING
ALCOHOLISM AND DRUG ABUSE
INTERVENTION STUDIES
PRISONERS
PRISONS
SOCIOECONOMIC FACTORS

ISBN 978 92 890 0002 4

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:
<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности.....	iv
Предисловие.....	v
Резюме	vii
Интегрированная модель оказания помощи для решения проблем, связанных с алкоголем, у заключенных.....	10
Эквивалентность помощи	10
Уровень скрининга и оценки.....	10
Доступные услуги.....	11
Цели в отношении употребления алкоголя	11
Цели лечения.....	11
Дополнительные потребности	11
Разные потребности разных групп заключенных.....	11
Участие пользователей услугами	12
Участие родственников/неформальных помощников.....	12
Предупреждение рецидивов	12
Кратковременное вмешательство	12
Построение модели помощи	12
Проблемы и трудности реализации модели	13
Режим в местах лишения свободы	13
Ресурсы.....	16
Выбор времени проведения оценки	16
Готовность признать наличие проблемы и обратиться за помощью	16
Учет мнений пользователей	16
Удовлетворение индивидуальных потребностей	17
Непрерывность и преемственность помощи.....	17
Краткий обзор проблем, связанных с алкоголем, в системе уголовного правосудия	17
Методика	17
Проблема	18
Алкоголь и преступность	19
Проблемы, связанные с алкоголем, у заключенных	21
Выявление, идентификация и скрининг	22
AUDIT.....	24
Действенные вмешательства по поводу проблем, связанных с алкоголем.....	25
Психосоциальные поведенческие вмешательства	26
Библиография	28
Начисление баллов за ответы в тесте AUDIT	33

Выражение благодарности

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает благодарность авторам настоящей публикации – д-ру Lesley Graham, младшему специалисту отдела информационных служб управления общественного здравоохранения, Шотландские национальные службы НСЗ, Соединенное Королевство; д-ру Tessa Parkes, старшему преподавателю факультета сестринского и акушерского дела и здравоохранения Стерлингского университета, Соединенное Королевство; г-ну Andrew McAuley, советнику по вопросам общественного здравоохранения Специального комитета по здравоохранению НСЗ Шотландии, и д-ру Lawrence Doi, научному сотруднику факультета сестринского и акушерского дела и здравоохранения Стерлингского университета, Соединенное Королевство.

Экспертное рецензирование документа выполнено д-ром Peter Rice, психиатром-консультантом, специалистом по проблемам, связанным с алкоголем, и д-ром Andrew Fraser, директором управления медико-санитарной помощи и попечения Шотландской пенитенциарной службы, Соединенное Королевство.

Особой благодарности заслуживают г-жа Alicia D'Amore, стажер Европейского регионального бюро ВОЗ, и г-жа Julie Brummer, консультант ВОЗ, за их работу в процессе редактирования публикации.

Техническое редактирование выполнили д-р Lars Møller, руководитель программы "Алкоголь и незаконные наркотики", Европейское региональное бюро ВОЗ, и г-н Stefan Enggist, технический сотрудник, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Предисловие

С 1995 г. в Европейском региональном бюро ВОЗ действует специальная программа по охране здоровья в местах лишения свободы, целью которой является включение этой темы в общую повестку дня общественного здравоохранения. Злоупотребление психоактивными веществами является одной из главных проблем заключенных, и в местах лишения свободы незаконные наркотические средства употребляются часто. Употребление алкоголя, однако, представляет собой меньшую проблему, хотя между алкоголем и преступностью существует тесная связь, особенно когда речь идет о преступлениях, совершаемых с применением насилия. Пронести алкоголь через тюремные стены очень трудно, но, как показывают исследования, 18-30% мужчин и 10-24% женщин либо злоупотребляли алкоголем, либо имели алкогольную зависимость еще до того, как попали в места лишения свободы.

Большинство пенитенциарных учреждений принимают меры против употребления незаконных наркотических средств и зависимости от них, но с алкоголем борьба ведется далеко не так активно. Условия в местах лишения свободы дают возможность выявлять, принимать соответствующие меры или направлять на лечение заключенных, которые имеют проблемы, связанные с алкоголем, и часто недостижимы для служб здравоохранения в обществе. В своем большинстве заключенные – это молодые мужчины, и проблемой многих из них является пьянство. Установлено, что люди, употребляющие алкоголь в больших количествах, более склонны к нарушению закона.

Нередко заключенные являются выходцами из неблагополучных районов и социальных сред, в которых может быть несоразмерно высока смертность, обусловленная алкоголем. Если в местах лишения свободы будут приниматься меры против злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости, это может привести к снижению остроты проблем, связанных с алкоголем, у заключенных, что в свою очередь может иметь благотворные последствия для их родных и друзей. Такие меры также могут привести к снижению риска повторных правонарушений и уменьшению издержек для общества, а также способствовать снижению неравенств в отношении здоровья.

В основу данной публикации положен обзор литературы. В ней приводится информация о различных инициативах, которые могут предприниматься администрацией пенитенциарных учреждений для того, чтобы заключенным, страдающим проблемами вредного употребления алкоголя, уделялось больше внимания и можно было таким образом предотвратить повторные правонарушения после их выхода на свободу. В первую очередь она предназначена для персонала пенитенциарных учреждений, для лиц, вырабатывающих политику и работающих с заключенными, а также для тех людей вне пенитенциарной системы, которые помогают заключенным после отбытия наказания стать полноценными членами общества.

Д-р Gauden Galea

Директор, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья
Европейское региональное бюро ВОЗ

Резюме

Проблемы, связанные с алкоголем, лучше всего выявлять с помощью какого-либо проверенного и подтвержденного инструмента скрининга. Однако доказательств эффективности инструментов скрининга, применяемых в отношении контингента в местах лишения свободы, недостаточно: проблемы, связанные с алкоголем, часто растворяются там в более широких проблемах злоупотребления психоактивными веществами, а исследования отличаются пестротой методов и разным уровнем качества. Тем не менее, наиболее перспективным вариантом в условиях напряженной работы представляется разработанный ВОЗ инструмент скрининга AUDIT ("Тест для выявления нарушений здоровья, обусловленных употреблением алкоголя"), если учесть все более широкое применение этого инструмента в учреждениях уголовного правосудия в целях как исследований, так и практической деятельности и его способность выявлять разные модели поведения в отношении употребления алкоголя.

Также слаба доказательная база, подтверждающая эффективность вмешательств по поводу вредного употребления алкоголя для заключенных в местах лишения свободы, так как вопросы вредного употребления алкоголя растворяются в проблематике злоупотребления другими психоактивными веществами, а проводимые исследования характеризуются пестротой методов и низким качеством. Тем не менее, в последнее время стало публиковаться больше исследований, имеющих высокий уровень качества, в частности, посвященных заключенным женщинам и молодым правонарушителям. В целом наиболее убедительные доказательства эффективности собраны в отношении кратковременных вмешательств и мотивационного интервьюирования по поводу употребления алкоголя, хотя из-за различий в продолжительности и содержании этих вмешательств в разных исследованиях давать какие-либо конкретные рекомендации относительно их применения трудно. По своей сути кратковременное вмешательство является непродолжительной по времени и экспрессивной по форме беседой, в которой учитываются конкретные обстоятельства и содержатся элементы мотивации и которая проводится соответствующим образом подготовленным сотрудником. Эти особенности делают кратковременные вмешательства вполне подходящим вариантом для заключенных, у которых может не хватить времени для того, чтобы воспользоваться другими предлагаемыми в пенитенциарных учреждениях услугами, касающимися вредного употребления алкоголя, либо потому, что они недолго находятся в этих учреждениях, либо в силу характера имеющихся у них проблем. Проведенные недавно исследования по изучению эффективности кратковременных вмешательств в других подразделениях системы уголовного правосудия (таких, как служба пробации) показали, что такие вмешательства приводят к снижению потребления алкоголя и повторных правонарушений. Хотя обобщать эти результаты на весь тюремный контингент можно лишь с оговорками, они, тем не менее, позволяют утверждать, что кратковременные вмешательства являются перспективными как способ борьбы с проблемами, связанными с алкоголем.

Обзор имеющихся фактических данных со всей очевидностью показал, что нужны дополнительные, выполненные по строгой научной методике исследования всего спектра возможных вмешательств по поводу имеющихся у заключенных проблем, связанных с алкоголем. Имеются явные пробелы в исследованиях, касающихся предупреждения рецидива пьянства, непрерывности и преемственности помощи и соотношения затрат и эффективности вмешательств. Было бы также очень ценно, если бы в исследованиях изучались и проблемы, ассоциирующиеся с алкоголем, такие как правонарушения с

применением насилия, проблемы психического здоровья или употребления наркотиков. Полезными и желательными были бы согласованность и сотрудничество при проведении будущих исследований в данной области на европейском уровне.

В данной публикации, при подготовке которой широко использовался опыт работы в Соединенном Королевстве, в частности, в Шотландии, описывается интегрированная модель оказания помощи заключенным по поводу проблем, связанных с алкоголем, вместе с примерами передовой практики. В основу модели положен принцип, согласно которому медико-санитарная помощь в местах лишения свободы должна быть эквивалентной помощи, которая предоставляется в обществе, и в ней предусматривается три уровня оценки. Вначале проводится скрининг (с помощью теста AUDIT), затем сортировка, помогающая направить людей на тот уровень вмешательства, который наиболее соответствует их состоянию. В процессе сортировки должно быть определено наличие других сопутствующих медицинских или социальных проблем, а также рисков, и, кроме того, могут быть выявлены те, кто нуждается во вмешательстве в первую очередь, учитывая высокий спрос на эти вмешательства. Тем, у кого употребление алкоголя определяется как опасное или вредное (от 8 до 19 баллов за ответы в тесте AUDIT), обычно предлагается одно или несколько вмешательств на 1-м и 2-м уровнях, смотря по ситуации. Такие вмешательства могут включать кратковременные вмешательства и мотивационное интервьюирование. Те, кто набирает 20 и более баллов за ответы в тесте AUDIT, имеют более высокую вероятность алкогольной зависимости и должны проходить комплексную оценку. После этого им могут быть предложены более интенсивные вмешательства на 3-м или 4-м уровне, такие как различные формы психотерапии.

На третьем (очень важном) уровне проводится оценка проблемы, связанной с алкоголем, индивидуально у каждого человека, учитывается характер этой проблемы и с каждым обсуждаются цели терапевтического воздействия, которые он или она ставит перед собой, и выявляются более широкие медико-санитарные и социальные потребности. Не менее важно обеспечить непрерывность и преемственность помощи в обществе для тех, кто начал лечение в заключении, или добиться направления в гражданские службы тех, у кого проблема была выявлена, но имеются препятствия, мешающие осуществить вмешательства (например, длительность срока заключения).

При реализации интегрированной модели помощи необходимо принимать во внимание несколько моментов. Представленная в данной публикации модель была разработана на основании результатов исследований, проведенных в Шотландии, и базируется на модели оказания помощи обычному населению в Соединенном Королевстве. Поэтому, возможно, возникнут вопросы, связанные с возможностью переноса этой модели в иную среду, которые нужно будет решать при ее реализации в контексте другой культуры. Для реализации модели необходимо иметь достаточные ресурсы (например, персонал как для оказания помощи, так и для обеспечения ее доступности), что также может быть проблемой на фоне повсеместной нехватки денежных средств.

Несмотря на неоспоримые доказательства эффективности услуг по противодействию вредному употреблению алкоголя, на их оказание обычно выделяется недостаточно ресурсов как в местах лишения свободы, так и в обществе. В Европейском плане действий по сокращению вредного употребления алкоголя на период 2012-2020 гг.¹ оказание таких

¹Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012-2020 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г.
(<http://www.ndphs.org//documents/2816/WHO%20EURO%20Alcohol%20Action%20Plan%20Rus.pdf>, по состоянию на 20 января 2013 г.).

услуг предусматривается в качестве одного из рекомендуемых направлений эффективной политики в отношении алкоголя. Сам по себе режим в местах лишения свободы может как способствовать, так и препятствовать оказанию этих услуг. Политика (общий принцип) полного запрета алкоголя в местах лишения свободы обеспечивает там среду трезвости. Однако такая среда является искусственной и не позволяет заключенным, например, на практике применять обретенные ими знания о соблюдении умеренности в питье или навыки психосоциальной адаптации для предупреждения рецидива пьянства. Кроме того, незаконно произведенные спиртные напитки могут вредить здоровью и приводить к беспорядкам и волнениям среди заключенных. Если одни заключенные могут не желать признавать наличие у них проблемы, связанной с алкоголем, то для других пребывание в заключении открывает желанную возможность признать проблему и получить помощь.

В качестве вывода можно утверждать, что, несмотря на ограниченную доказательную базу в отношении действенности вмешательств, осуществляемых на сегодняшний день, уже сама по себе высокая распространенность проблем, связанных с алкоголем, среди тюремного контингента является благоприятной возможностью и открывает хорошие перспективы добиться широкого спектра положительных эффектов в процессе работы по искоренению имеющихся у заключенных проблем, связанных с алкоголем.

Интегрированная модель оказания помощи для решения проблем, связанных с алкоголем, у заключенных

Данная модель была заимствована из исследования "*Prison health needs assessment for alcohol problems*" ["Оценка потребностей в медико-санитарной помощи в местах лишения свободы в связи с проблемами, связанными с алкоголем", на англ. языке] (1), авторы которого, в свою очередь, заимствовали ее из работы "*Models of care for alcohol misusers (MOCAM)*" ["Модели помощи лицам, злоупотребляющим алкоголем (MOCAM)"] (2).

Эквивалентность помощи

Один из основополагающих принципов пенитенциарного здравоохранения состоит в том, что медико-санитарная помощь в местах лишения свободы должна быть эквивалентной помощи, оказываемой в обществе (3).

Уровень скрининга и оценки

Необходимо проводить оценку на трех уровнях, перечисленных ниже.

Скрининг

Для определения наличия у того или иного лица проблемы, связанной с алкоголем, необходимо провести экспресс-оценку, предпочтительно с использованием проверенного и подтвержденного инструмента скрининга. Некоторые инструменты скрининга (например, тест AUDIT) позволяют определить, какой вид вмешательства может быть наиболее подходящим в конкретных обстоятельствах: например, число баллов от 8 до 19 за ответы в тесте AUDIT показывает, для кого могло бы быть полезно кратковременное вмешательство (4).

Сортировка

Следующий этап представляет собой более полную оценку имеющихся у данного лица проблем, связанных с алкоголем, и его цель заключается в том, чтобы определить тяжесть этих проблем и степень срочности оказания помощи, включая оценку факторов риска и определение наиболее подходящего вида вмешательства. Сортировка также может выявить мотивацию данного лица к прохождению лечения. В соответствии с моделью стадий изменения поведения, человек проходит через четыре основных стадии, связанные с изменением поведения в отношении собственного здоровья: "подготовительное" размышление (включает рецидив), размышление (включает окончательное принятие решения), действие и поддержку (5). На основе модели стадий изменения поведения были разработаны два варианта вопросника, касающегося готовности к изменению, которые могут помочь правильно определить стадии изменения поведения у пользователей услуги (оба варианта широко используются в практике) (6).

Комплексная (специализированная) оценка

Полная оценка риска применяется в отношении тех, кто имеет более сложные потребности, и тех, для кого могут потребоваться вмешательства в виде структурированного лечения по поводу проблем, связанных с алкоголем. Это процесс, в ходе которого точно определяется природа проблемы, выявляется наличие других проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, одновременное наличие проблем психического и соматического здоровья, оценивается социальное функционирование и выявляются проблемы, связанные с агрессивным и противоправным поведением. Может потребоваться, чтобы комплексную оценку выполняли другие члены многопрофильной бригады специалистов; при этом нужно рассматривать ее не как единовременное событие, а как продолжающийся процесс.

Доступные услуги

В тех случаях, когда скрининг вновь поступающих заключенных в обычной практике работы пенитенциарных учреждений не предусмотрен, направление на оказание услуг по поводу проблем, связанных с алкоголем, часто основывается на модели направления по инициативе заключенного. Заключенные могут не пожелать, чтобы их направляли на получение услуг, при поступлении в пенитенциарное учреждение, а попросить об этом позже. Часто тревожное время начинается перед выходом из заключения на свободу. Необходимо, чтобы порядок и схемы направления на получение помощи были известны и понятны как персоналу, так и заключенным, и чтобы в них учитывался высокий уровень проблем грамотности среди заключенных.

Цели в отношении употребления алкоголя

Более благоприятный исход лечения может быть достигнут в том случае, если проводящие его специалисты принимают предпочтительную для пациента цель в отношении употребления алкоголя (полное воздержание или умеренное употребление алкоголя). Raistrick и соавторы (6) предлагают оставить цель умеренного употребления алкоголя за теми пациентами, которые имеют менее тяжелые проблемы, например, за лицами, чье употребление алкоголя отнесено к категориям опасного и вредного. Когда рекомендуется цель умеренного употребления алкоголя, преимущество состоит в том, что это может привлечь людей, которых может отпугивать цель полного воздержания. Обычно, если умеренное употребление алкоголя не противопоказано ввиду наличия медицинских проблем, связанных с алкогольной зависимостью, или ввиду таких обстоятельств, как беременность, конкретные цели в отношении употребления алкоголя нужно оговаривать с каждым человеком индивидуально. В процессе лечения цели у человека могут меняться.

Цели лечения

При планировании и оценке эффективности лечения необходимо увязывать вмешательства по поводу проблем, связанных с алкоголем, с другими аспектами жизни человека, а не только с его привычками относительно употребления алкоголя. В планах лечения нужно учитывать такие соображения, как соматическое здоровье, профессиональные устремления, социальные связи и отношения дружбы, жилищные условия и агрессивность поведения.

Дополнительные потребности

У людей с проблемами, связанными с алкоголем, могут быть и другие сложные проблемы, такие как нарушения психического здоровья и употребление наркотиков. Такие сочетанные состояния часто встречаются у заключенных в местах лишения свободы. Многие из тех, кто имеет проблемы, связанные с алкоголем, совершили в свое время преступления с применением насилия, поэтому следует подумать о возможности применения вмешательств, направленных на преодоление проблем и алкоголя, и буйного поведения.

Разные потребности разных групп заключенных

Разные группы заключенных имеют свои, отличные от других характеристики. В основе этих различий могут лежать такие факторы, как возраст, пол, этническая принадлежность или религиозные убеждения. Например, женщины-правонарушительницы часто имеют многочисленные и сложные потребности, к которым необходимо приспосабливать оказываемые им услуги (7).

Участие пользователей услугами

Пользователи услугами должны участвовать в выборе формы лечения или вмешательства, которое они получают. Причин этому несколько, в том числе улучшение перспектив успешного исхода лечения.

Участие родственников/неформальных помощников

Важную роль в вовлечении людей, имеющих проблемы с употреблением алкоголя, в процесс вмешательства и лечения и достижения более благоприятных исходов могут играть их родные и близкие. Нужно не концентрировать все усилия исключительно на пациенте, а рассматривать в качестве неотъемлемого элемента целей лечения его социальную среду (включая его круг социального общения и семью). Это подводит нас к необходимости уделять больше внимания более широкой совокупности положительных исходов лечения. Для описания выздоровления, которое не зависит от формальных лечебных воздействий, но часто достигается опосредованно, через группы взаимной помощи, поддержку со стороны лиц равного статуса, родственников и друзей, используется термин "естественное выздоровление". Однако, хотя эти соображения и считаются важными аспектами лечения, нужно признать, что, когда речь идет о людях, находящихся в заключении, возможность включения таких подходов в процесс лечения может быть ограничена или вовсе нереальна.

Предупреждение рецидивов

Обычно это означает работу, проводимую с пациентом после детоксификации или лечения, направленную на предупреждение возврата к вредному употреблению алкоголя. Это цель, а не способ лечения. В методах предупреждения рецидивов упор делается на способности распознать факторы риска, выработке навыков психофизиологической адаптации и самоэффективности. Они расширяют психосоциальное функционирование и помогают достичь целей в отношении употребления алкоголя. Такие подходы совместимы с другими вмешательствами, например, фармакологическим лечением и программами взаимной поддержки. Принципы предупреждения рецидивов должны быть включены во все методы специализированного лечения по поводу проблем, связанных с употреблением алкоголя, в самых разных учреждениях и социальных средах.

Кратковременное вмешательство

ВОЗ разработала "Тест для выявления нарушений здоровья, обусловленных употреблением алкоголя" (AUDIT), который представляет собой простой метод проверки на чрезмерное употребление алкоголя и используется в качестве вспомогательного средства при проведении кратковременного вмешательства (8) (Приложение 1). С его помощью можно определить чрезмерное употребление алкоголя как причину нынешнего болезненного состояния. На его основе также можно построить вмешательство, направленное на то, чтобы помочь людям, употребление алкоголя которыми является опасным и вредным, уменьшить или прекратить употребление алкоголя и тем самым избежать его пагубных последствий.

Построение модели помощи

Интегрированная модель помощи представляет собой динамичную карту, на которой показано, как можно разумно распланировать по времени и осуществить ряд различных вмешательств по поводу вредного употребления алкоголя, чтобы помочь тем, у кого выявлено наличие проблем, связанных с алкоголем, в соответствии с их потребностями. В таблице 1 перечислен полный спектр научно обоснованных вмешательств с целью

сокращения вредного употребления алкоголя, которые могут быть организованы по возрастающим уровням интенсивности.

Таблица 1. Модель помощи лицам, злоупотребляющим алкоголем: уровни вмешательства

Уровни	Вмешательства
1	Предоставление информации и советов, касающихся алкоголя; скрининг; простые кратковременные вмешательства; направление к специалисту
2	Вмешательства с открытым доступом, без плана оказания помощи, специально затрагивающие употребление алкоголя
3	Структурированное лечение с планом оказания помощи вне стационара, направленное на сокращение вредного употребления алкоголя
4	Стационарное лечение силами специалистов, направленное на сокращение вредного употребления алкоголя, и реабилитация в лечебнице

Источник: адаптировано из работы *Models of care for alcohol misusers (MoCAM)* (2).

После того, как потребности пациента выявлены (в том числе посредством проверенного и подтвержденного инструмента скрининга), можно приступить к осуществлению одного или нескольких вмешательств, применяя метод поэтапной помощи, при котором сначала предоставляется помощь самого низкого уровня интенсивности, которая может потребоваться, а затем при необходимости уровень интенсивности может быть повышен. Одна из таких моделей помощи была разработана в соответствии с принятыми ВОЗ категориями тяжести проблем, связанных с алкоголем, а именно: опасное употребление, вредное употребление и алкогольная зависимость (2). В ней описываются качество помощи, компетентность и производительность персонала при оказании помощи, которые тоже должны учитываться при выстраивании модели помощи. После разработки модели ее необходимо сделать динамичной и добиться оптимального интегрирования не только с другими услугами и вмешательствами, осуществляемыми в пенитенциарном учреждении (например, с услугами психиатрической помощи), но и с услугами, оказываемыми в обществе, чтобы тем самым обеспечить преемственность и непрерывность помощи после освобождения из заключения. Помочь в этом может разработка маршрута помощи по поводу проблемы, связанной с алкоголем, который представляет собой согласованный на местном уровне шаблон, где расписано все то, что должно происходить на разных стадиях лечения отдельного пациента. На рис. 1 показан маршрут оказания интегрированной помощи высокого уровня интенсивности по поводу проблем вредного употребления алкоголя, который был разработан для заключенных в Шотландии (1).

Проблемы и трудности реализации модели

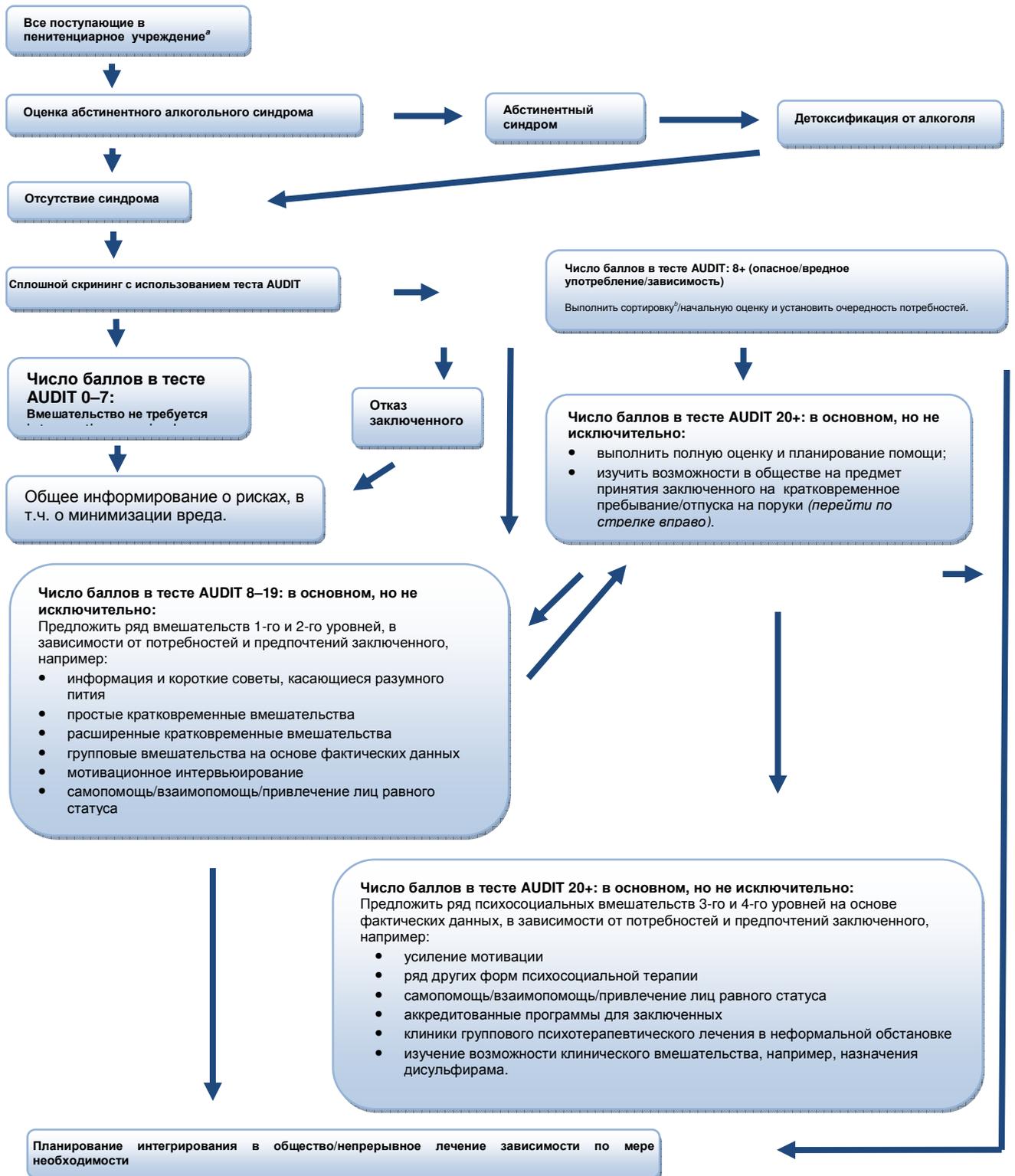
При реализации интегрированной модели помощи по поводу проблем, связанных с алкоголем, которые имеются у заключенных, необходимо принимать во внимание ряд вопросов, имеющих в данном случае первостепенное значение.

Режим в местах лишения свободы

Медико-санитарную помощь в местах лишения свободы приходится оказывать в условиях тюремного режима, где главной задачей является охрана заключенных и поддержание порядка. Пенитенциарные учреждения часто бывают переполнены заключенными, в них происходит постоянное движение заключенных между тюрьмой и обществом на свободе и между разными местами заключения. Такое непостоянство контингента до крайности усложняет доступ к получению помощи и обеспечение ее преемственности и непрерывности. В большинстве, если не во всех пенитенциарных учреждениях употребление алкоголя запрещено, хотя незаконное производство спиртных напитков

может иметь и имеет место, и это может не только вызывать беспорядки и нарушения режима, но и создавать угрозу для здоровья. Отсутствие алкоголя может иметь как положительные стороны (например, вынужденно трезвый образ жизни и отсутствие стимуляторов к употреблению алкоголя), так и отрицательные (проявляющиеся в том, что кратковременные вмешательства, профилактику рецидива пьянства и другие меры невозможно реально осуществлять на практике).

Рис. 1. Маршрут интегрированной помощи по поводу вредного употребления алкоголя для заключенных



Примечание. В целом маршрут определяется числом баллов, набранных за ответы в тесте AUDIT, однако необходимо самостоятельно оценивать каждый случай и учитывать и другие аспекты, такие как наличие сочетанных нарушений здоровья.

^а В любой момент пребывания заключенного в пенитенциарном учреждении, если он (она) или другие считают, что у него (у нее) имеется проблема, связанная с алкоголем, процесс помощи для него (для нее) может быть начат с самого начала.

^б Сортировка является одним из важнейших элементов процесса принятия решения. Она включает установление наличия у заключенного других социальных или медицинских проблем и определение очередности решения проблем, наиболее всего требующих вмешательства в контексте повышенного спроса на услуги.

Источник: Parkes et al. (1).

Ресурсы

В последние годы в местах лишения свободы, как, впрочем, и в обществе, проблемы, связанные с алкоголем, находились в тени проблем наркотиков. Они считались менее приоритетными и на их решение выделялось меньше ресурсов, что в результате привело к появлению у некоторых групп населения многочисленных неудовлетворенных потребностей (9). Однако масштабам проблем, связанных с алкоголем, и практическим стратегиям решения этих проблем как на международном уровне (10), так и на уровне отдельных стран (11) в Европе стали уделять все больше внимания. Как заключенные, так и персонал пенитенциарных учреждений признают, что для оказания услуг, связанных с вредным употреблением алкоголя, в местах лишения свободы выделяется недостаточно ресурсов (1). Первым шагом в выявлении характера и масштабов проблем, связанных с алкоголем, и определении необходимых для их решения ресурсов является оценка потребностей в средствах для решения указанных проблем. Убедительным аргументом в доказывании необходимости выделения дополнительных ресурсов (если они потребуются) могут также служить фактические данные, полученные при проведении такой работы.

Выбор времени проведения оценки

Лучше всего выявлять наличие проблем, связанных с алкоголем, с помощью проверенного и подтвержденного инструмента скрининга в момент поступления в пенитенциарное учреждение, особенно если учесть, что некоторые заключенные (в частности, находящиеся в следственных изоляторах) могут быть освобождены из-под стражи прямо в зале суда или очень скоро после оглашения решения суда (12). Однако, поскольку такие оценки наличия или отсутствия проблемы могут быть связаны с использованием информации, в значительной мере основанной на словах самих заключенных, и проводиться в тот момент, когда приходится уделять время многим другим неотложным процедурам, истинная распространенность проблем, связанных с алкоголем, может оказаться заниженной (12).

Готовность признать наличие проблемы и обратиться за помощью

Некоторые заключенные могут не пожелать признать, что у них имеется проблема, связанная с алкоголем, или не захотеть заниматься ею (1). В то же время, другие могут признать, что у них действительно есть проблема с алкоголем, и охотно воспользоваться возможностью заняться ее решением. Примерно половина заключенных в Шотландии (48%) указали, что, если бы им в тюрьме была предложена помощь по поводу имеющейся у них проблемы, связанной с алкоголем, они бы приняли эту помощь (13). Предоставление услуг на хорошем уровне может повысить ожидания персонала и заключенных и создать у них мотивацию к обращению за помощью.

Учет мнений пользователей

Представляется разумным выяснять мнения пользователей услугами либо на уровне отдельных лиц относительно помощи, оказываемой им лично, либо относительно помощи в более широком плане (1). В результате исследования, проведенного методом фокус-групп среди шотландских заключенных, было установлено, что заключенные хотели бы, чтобы в проведении вмешательств по поводу проблем, связанных с алкоголем, участвовало больше людей со стороны, например, специально приходящих в тюрьму специалистов, работающих с населением, а также людей, которые сами испытали

проблемы, связанные с алкоголем. Заключенные также высказали пожелание, чтобы к оказанию помощи привлекались бывшие заключенные (1).

Удовлетворение индивидуальных потребностей

Очень важно выявить потребности, связанные с проблемой алкоголя, у каждого человека и в соответствии с этими потребностями адаптировать проведение правильно подобранных вмешательств. Также важно принимать во внимание более широкие потребности пациентов, связанные, например, с проблемами психического здоровья, употреблением наркотиков, уровнем грамотности или отсутствием жилья. Важной особенностью интегрированной модели помощи, ориентированной на интересы и нужды человека и целостной по своему содержанию, является направление пациентов в другие службы для получения нужных им услуг.

Непрерывность и преемственность помощи

Непрерывность и преемственность помощи можно определить как согласованный и интегрированный подход к предоставлению целого спектра услуг с целью удовлетворения потребностей, связанных с решением проблем вредного употребления алкоголя у заключенных, с момента вынесения приговора или помещения в предварительное заключение и затем на протяжении всего срока их пребывания в местах лишения свободы и после выхода на свободу. Важнейшим элементом этого подхода является партнерство и сотрудничество между службами, действующими в пенитенциарной системе и в обществе.

Краткий обзор проблем, связанных с алкоголем, в системе уголовного правосудия

Методика

Для целей написания данного документа был переработан и обновлен краткий обзор, проведенный для публикации *Prison health needs assessment for alcohol problems* ["Оценка потребностей в медико-санитарной помощи в местах лишения свободы в связи с проблемами, связанными с алкоголем", на англ. языке](1).

В первоначальный обзор были включены только исследования и обзоры, опубликованные на английском языке и проведенные или обновленные в период с января 1995 г. по август 2009 г. В переработанный и обновленный обзор вошли исследования, выполненные в период с сентября 2009 г. по февраль 2012 г. Исследования или оценки, опубликованные до 1995 г., могут не отражать современных подходов к выявлению или лечению проблем, связанных с алкоголем. Помимо поиска в специальных базах данных были проведены широкие поиски в Интернете с целью обнаружения программных документов, оценок или обзоров, которые образуют базу фактических данных. Из скрининговых исследований в оба обзора были включены такие исследования, в которых оценивалась надежность и действительность одного или нескольких инструментов скрининга, предназначенных для работы с тюремным контингентом. Из оценочных исследований были включены такие исследования, в которых оценивались следующие аспекты:

- *контингент*: правонарушители, находящиеся в местах лишения свободы (в том числе отбывающие короткие сроки заключения и малолетние правонарушители), и заключенные следственных изоляторов;
- *вмешательства*: вмешательства в отношении лиц, у которых были выявлены проблемы, связанные с алкоголем;

- *дизайн исследования:* исследования эффективности (рандомизированные контролируемые испытания, контролируемые клинические испытания, прерванные временные ряды, предварительные и дополнительные исследования), другие виды оценки, содержащие данные об эффективности, и качественные исследования, посвященные факторам, препятствующим или способствующим лечению в данной группе;
- *исходы:* сокращение потребления алкоголя, воздержание, снижение рецидивизма или иные исходы, определяемые в отдельных исследованиях, например, качество жизни.

Публикации о результатах скрининга

В ходе поиска литературы при подготовке первоначального краткого обзора было найдено и включено в обзор 11 статей и еще 2 статьи из ручного поиска. В результате поиска литературы для обновленного обзора была найдена только одна новая статья, но извлечь ее для включения в обзор авторы не успели. Еще одну статью нашли после того, как был проведен поиск в мае 2012 г., и поэтому она была включена в обзор (14). Всего для подготовки настоящего документа были использованы данные из 14 статей о результатах скрининга.

Публикации о результатах вмешательств

В ходе поиска литературы при подготовке первоначального краткого обзора было найдено и включено в обзор 29 статей. Для использования в обновленном обзоре было найдено и включено еще 11 статей. Всего для подготовки настоящего документа были использованы данные 40 статей о результатах вмешательств.

Проблема

Алкоголь представляет собой психоактивное, токсичное вещество, которое способно вызывать привыкание (15). Он является одним из причинных факторов более 60 видов заболеваний и травм, и на его долю в 2004 г. пришлось 6,4% всех случаев смерти в Европейском регионе ВОЗ (16). Как количество алкоголя, потребленного в течение всей жизни, так и сочетание частоты употребления и количества алкоголя, употребляемого за один прием, повышают риск причинения вреда разной степени и разной формы для здоровья человека и для общества; чаще всего при этом прослеживается зависимость "доза-реакция" (17). Некоторые последствия, такие как опьянение или травма, являются острыми, в то время как другие, такие как заболевание печени или некоторые виды онкологических заболеваний, являются следствием более продолжительного употребления алкоголя. Последствия употребления алкоголя могут проявляться в виде вреда, причиняемого другим людям, равно как и самому пьющему (11). Вред, обусловленный употреблением алкоголя, может также способствовать расширению неравенств в отношении здоровья, поскольку он несоразмерно больше затрагивает группы населения, находящиеся в более неблагоприятных условиях (18). Например, в 2009 г. люди, живущие в наиболее обездоленных районах Шотландии, имели в шесть раз выше вероятность умереть от причины, связанной с алкоголем, чем люди, живущие в наиболее благополучных районах (19).

В большинстве европейских стран употребление алкоголя среди взрослого населения (в возрасте 15 лет и старше) является обычным делом: 80-95% взрослых выпивают как минимум время от времени (10). Европейский регион ВОЗ является самым пьющим регионом мира: потребление алкоголя на душу взрослого населения в Европейском союзе (ЕС) более чем в два раза превышает общемировой показатель (10,20). В 2009 г. среднее потребление на одного взрослого в ЕС (плюс Норвегия и Швейцария) составило 12,5 литров чистого спирта, что соответствует более чем двум стандартным дозам (1 доза = 12

г чистого спирта) в день (20). Хотя в течение последнего десятилетия потребление алкоголя на одного взрослого в ЕС остается относительно стабильным, это объясняется изменяющимися региональными тенденциями в потреблении (20). Так, в Южной и Западной Европе среднее потребление среди взрослых сокращается (Франция и Италия), тогда как в Восточной Европе, странах Северной Европы и в Соединенном Королевстве оно растет (10,20).

Среднее потребление алкоголя взрослыми связано с числом людей, употребляющих алкоголь в больших количествах, а также с уровнем обусловленного алкоголем вреда (15). Тенденции, наблюдаемые в европейских странах, подчиняются общепризнанной закономерности, в соответствии с которой изменения в уровнях обусловленного алкоголем вреда в данной стране связаны с потреблением на душу взрослого населения (21). В Европейском регионе самый высокий процент общего бремени нездоровья и преждевременной смертности, обусловленных алкоголем, среди всех регионов ВОЗ. В 2004 г. годовая распространенность нарушений здоровья, обусловленных употреблением алкоголя², составила в Европейском регионе 1 на 20 (5,5%), причем среди мужчин этот процент выше (9,1%) (16). Потребление алкоголя и модели его употребления имеют вполне определенные последствия для здоровья и всего общества. В 2004 г. 11,8% всех случаев смерти среди мужчин и женщин в возрасте 15-64 лет произошли по причинам, связанным с алкоголем (20). Кроме того, из-за употребления алкоголя в ЕС (плюс Норвегия и Швейцария) было утрачено более четырех миллионов лет здоровой жизни (DALY – показатель, соответствующий числу лет, утраченных вследствие либо преждевременной смертности, либо инвалидности). Среди мужчин обусловленная алкоголем доля общего числа DALY составила 15%, среди женщин – 4%. Также значительным является и экономическое бремя обусловленного алкоголем вреда. В 2003 г. материальные издержки для ЕС оценивались в сумме 125 млрд евро, а нематериальные затраты составили еще 270 млрд евро (22).

Алкоголь и преступность

Между алкоголем и преступностью существует тесная связь, особенно когда речь идет о преступлениях, совершаемых с применением насилия, и это совершенно очевидно во всех европейских странах. Преступления, связанные с алкоголем, широко распространены и обходятся обществу очень дорого: в 2003 г. сумма ущерба, причиненного такими преступлениями в Европе, оценивалась в 33 млрд евро (22). Преступность, связанная с алкоголем, ассоциирует с многочисленными социальными преступлениями, такими как антиобщественное поведение, нарушающее общественный порядок, вандализм, управление транспортным средством в состоянии опьянения, грабеж, изнасилование, нападение и убийство. Употребление алкоголя создает повышенный риск того, что гражданин может стать как виновником, так и жертвой преступления с применением насилия (23).

В таблице 2 приведен обзор всех преступлений, связанных с алкоголем, и преступлений с применением насилия в некоторых странах Европы. Поскольку стандартного определения преступления, связанного с алкоголем, нет, при сравнении положения дел в разных странах нужно быть осторожным.

Исследования, проведенные в отдельных странах, более подробно иллюстрируют взаимосвязь между алкоголем и преступностью. Например, в Соединенном Королевстве

² Нарушения здоровья, обусловленные употреблением алкоголя, или проблемы, связанные с алкоголем, можно определить как опасное употребление алкоголя, вредное употребление алкоголя или алкогольная зависимость (8).

(Шотландия) в период с 2010 по 2011 г. алкоголь был точно установленным фактором в 69% убийств, когда было известно состояние алкогольного опьянения обвиняемого (23). По данным проверки влияния алкоголя на пациентов, попадающих в отделения неотложной помощи Шотландии (Scottish Emergency Department Alcohol Audit) (25), примерно 70% случаев нападений, жертвы которых попали в травматологические отделения и отделения неотложной помощи, были связаны с алкоголем. Кроме того, 50% взрослых заключенных и 75% несовершеннолетних преступников указали, что в момент совершения своих преступлений они были пьяны (13,26). В одном исследовании 50% заключенных, осужденных за совершение преступлений с применением насилия, считали, что одним из факторов, толкнувших их на преступление, был алкоголь (27).

Таблица 2. Преступления, связанные с алкоголем, в некоторых странах ЕС (%)

Страна (год)	Преступления, связанные с алкоголем (%)	Связанные с алкоголем преступления, совершенные с применением насилия (%)
Бельгия (2001 г.)	20	40
Германия (2002 г.)	7	24
Соединенное Королевство (Англия и Уэльс) (2003 г.)	25	48
Финляндия (1990 и 1995 гг.)	47	66

Источник: Anderson & Baumberg (22).

Связанные с алкоголем преступления можно описать тремя широкими категориями (28):

- *прямая причинно-следственная связь*: преступления, непосредственно связанные с употреблением алкоголя, такие как управление транспортным средством в состоянии опьянения и пребывание в состоянии алкогольного опьянения;
- *способствующий фактор*: алкоголь как фактор, провоцирующий или облегчающий совершение преступления (например, нападения, антиобщественное поведение);
- *отношения сосуществования*: преступления, не связанные с употреблением преступниками алкоголя.

Таким образом, взаимосвязь между алкоголем и преступностью не является простой причинно-следственной связью. Например, в том, что касается насилия, признается, что алкоголь является как причинным (29), так и способствующим фактором (23). На поведение субъекта и его суждение могут влиять особые фармакологические эффекты (30). Однако не всякое употребление алкоголя приводит к насилию и не всякое насилие вызвано алкоголем. Существует сложное взаимодействие между количеством выпитого алкоголя, моделями употребления алкоголя и индивидуальными или контекстными факторами. Связь между алкоголем и насилием оказывается сильнее в странах, в которых употребление алкоголя характеризуется острой интоксикацией, как, например, в северных странах Европы (23). В теоретических моделях, построенных на эмпирических данных, факторы сгруппированы в четыре широкие категории (адаптировано из (31)):

1. Физические и психологические влияния алкоголя на человека:

- снижение самоконтроля и ослабление моторной функции;

- ослабление умственной деятельности, самосознания и способности одновременно воспринимать несколько внешних сигналов и решать проблемы;
 - индуцированная алкоголем "миопия" (близорукое сосредоточение внимания только на ближайших обстоятельствах);
 - повышенная готовность рисковать.
2. Личностные характеристики:
- импульсивность;
 - фрустрация;
 - состояние тревоги;
 - употребление алкоголя по определенным моделям.
3. Условия среды, в которой употребляется алкоголь:
- неудачная планировка помещений, в которых употребляется алкоголь, с повышенной вероятностью переполненности людьми;
 - низкое соотношение количества обслуживающего персонала и посетителей;
 - поощрение к употреблению напитков в больших количествах.
4. Культурный контекст:
- социальная приемлемость появления в общественных местах в пьяном виде;
 - социальная приемлемость насилия;
 - неупорядоченное употребление спиртных напитков;
 - представления о личной ответственности в состоянии опьянения.

Меры, направленные на борьбу со связанными с алкоголем преступлениями, должны включать вмешательства на индивидуальном уровне и более широкие вмешательства для воздействия на социальную, физическую и культурную среду.

Проблемы, связанные с алкоголем, у заключенных

У заключенных проблемы, связанные с алкоголем, часто сопровождаются другими сочетанными состояниями, такими как злоупотребление наркотиками и нарушения психического здоровья, что чрезвычайно затрудняет диагностику и удовлетворение сложных потребностей, связанных с этими проблемами (32,33). Также было показано, что заключенные, имеющие проблемы, связанные с алкоголем, часто подвержены высокой степени воздействия таких факторов, ведущих к социальному отторжению, как безработица, низкий уровень образования и ограниченность социальной поддержки (1). Для того, чтобы добиться оптимальных исходов лечения, не менее важно учитывать эти факторы и воздействовать на них.

В одном из международных систематических обзоров было установлено, что от 18 до 30% мужчин и от 10 до 24% женщин имеют проблемы, связанные с алкоголем, которые определяются как "злоупотребление алкоголем/алкогольная зависимость" (34), а по данным исследования, проведенного в Соединенных Штатах Америки, распространенность этих проблем среди контингента в местах лишения свободы выше, чем среди обычного населения. Было отмечено, что исследования характеризуются пестротой методов и разным уровнем качества и испытывают влияние таких факторов, как различия в критериях постановки диагноза, время проведения скрининга/оценки состояния заключенных и культурные различия (34).

В тех странах, где увеличилось потребление алкоголя, можно предположить, что увеличилась также и распространенность проблем, связанных с алкоголем, среди заключенных. Например, в Шотландии потребление алкоголя с 1994 г. увеличилось на 11% (35). В 2011 г. 50% шотландских заключенных сами указывали, что в момент совершения своих преступлений они были пьяны – это на 10% больше, чем за предыдущие пять лет (13). По данным проведенного в Шотландии продольного исследования среди молодых правонарушителей, доля тех, кто считает, что в их преступлении определенную роль сыграл алкоголь, увеличилась с 48% в 1979 г. до 58% в 1996 г. и до 80% в 2007 г. (36). Хотя проблемы заключенных, связанные с алкоголем, и не всегда имеют непосредственную связь с совершенными ими преступлениями, во многих случаях такая связь все же имеется, особенно с преступлениями, совершенными с применением насилия (27). Наряду с лечением нарушений, связанных с алкоголем, заключенным должны быть также доступны и вмешательства по предупреждению такого противоправного поведения (27).

Выявление, идентификация и скрининг

Для того, чтобы начать работу с заключенными, имеющими проблемы, связанные с алкоголем, в качестве первого шага должна быть обеспечена возможность выявить таких заключенных. Проводимое в обычном порядке составление клинического анамнеза можно расширить за счет использования проверенного и подтвержденного инструмента скрининга на наличие проблем, связанных с алкоголем. Для изучения разных аспектов проблем, связанных с алкоголем, разработано много инструментов скрининга или идентификации (37). Однако имеется мало сведений о том, что такие инструменты когда-либо проверялись в тюремном контингенте (см. таблицу 3), хотя они и были использованы для идентификации проблем, связанных с алкоголем, в различных контингентах правонарушителей (малолетние, женщины, мужчины, смешанный состав взрослых).

Таблица 3. Основные инструменты скрининга, выявленные в обзорах

Сокращенное название	Значение/описание
AUDIT	Тест для выявления нарушений здоровья, обусловленных употреблением алкоголя
CAGE	УРВО ("Уменьшение потребления, ощущение раздражения, ощущение вины, желание опохмелиться")
FAST	Инструмент скрининга из четырех пунктов в два этапа
MAST	Мичиганский скрининговый тест на алкоголь
M-SASQ	Едиственный вопрос: "Как часто вы выпиваете 6 (женщины)/8 (мужчины) или более стандартных доз алкоголя за один прием?"
SASSI	Скрининговый вопросник для осторожного выявления злоупотребления алкоголем
TCUDS	Скрининговый вопросник Техасского христианского университета для выявления употребления наркотиков
MMPI	Миннесотский многофакторный личностный тест
UNCOPE	Продолжаете ли вы употреблять алкоголь или наркотики дольше, чем намеревались? Забывали ли вы когда-либо о некоторых своих обычных обязанностях из-за употребления алкоголя или наркотиков? Хотели ли вы когда-либо прекратить употреблять алкоголь или наркотики, но не смогли? Говорили ли вам когда-нибудь родственники, друг или еще кто-либо, что им не нравится то, что вы употребляете алкоголь или наркотики? Оказывались ли вы когда-либо в таком состоянии, когда вы были поглощены мыслями о своем желании употребить алкоголь или наркотики? Принимали ли вы когда-либо алкоголь для того, чтобы снять эмоциональный дискомфорт (например, грусть, гнев или скуку)?

Наиболее эффективными инструментами скрининга были признаны тесты AUDIT, MMPI и TCUDS, а в одном исследовании сообщалось о высокой достоверности и надежности при обследовании заключенных теста TCUDS II. Хороший уровень достоверности, позволяющий использовать его в учреждениях для малолетних преступников, имеет производный от MMPI тест MMPI-A.

Было установлено, что AUDIT является эффективным инструментом как в мужском, так и в женском контингенте, а для выявления опасного употребления алкоголя у женщин надежным инструментом служит короткий, легкий в использовании тест AUDIT-C (1). В проведенном недавно исследовании (14) испытывалась эффективность более коротких инструментов скрининга в учреждениях уголовного правосудия, включая тюрьмы, и было установлено, что, если сравнивать с тестом AUDIT, вполне приемлемые скрининговые качества имеют как FAST, так и M-SASQ.

В отличие от теста AUDIT с его высокой эффективностью, инструмент SASSI оказался неэффективным и не позволил успешно выявлять заключенных с проблемами, связанными с алкоголем. Проявляющаяся у инструмента SASSI-A тенденция к неправильной классификации большого числа лиц, не употребляющих психоактивных веществ, делает его использование при работе с малолетними преступниками нежелательным (1). При обследовании заключенных-мужчин эффективность SASSI можно считать средней по сравнению с другими инструментами скрининга, которые проходили проверку на эффективность (1).

Тест UNCOPE хотя и не используется в местах лишения свободы так же широко, как другие инструменты скрининга, может, тем не менее, быть весьма полезным благодаря тому, что он короткий и обладает высокой прогностической способностью. Способность теста UNCOPE давать точные прогнозы в разных подгруппах населения делает его

потенциально привлекательным для использования в тюремном контингенте, в котором встречаются носители разных культур. Однако для того, чтобы дать окончательное заключение о его эффективности, нужен дополнительный фактический материал (1).

На возможность делать обобщения на основании предыдущих результатов влияют несколько факторов. Во-первых, ограничено число исследований. Во-вторых, во многих исследованиях алкоголь рассматривается не отдельно, а включается в более общую проблему злоупотребления психоактивными веществами. Также следует отметить разнородный характер исследований, когда изучаются разные подгруппы контингента и используются разные инструменты. Из-за этих сложностей, на которые накладывается отсутствие исследований на европейском уровне, трудно с уверенностью делать какие-либо окончательные утверждения. Однако ввиду все более широкого использования инструмента скрининга AUDIT в учреждениях уголовного правосудия как в целях исследования, так и в практических целях, а также учитывая его способность проводить различие между разными моделями поведения в отношении употребления алкоголя, этот инструмент представляется самым перспективным, а в учреждениях, через которые проходят большие потоки людей, можно применять его сокращенные варианты.

AUDIT

AUDIT - это инструмент скрининга, разработанный ВОЗ для выявления лиц, имеющих проблемы, связанные с употреблением алкоголя (8). Поведение в отношении алкоголя можно определить в соответствии с классификацией нарушений здоровья, связанных с употреблением алкоголя, в которой модели потребления разбиваются на три категории в порядке возрастания риска и вреда, оцениваемых с помощью инструмента AUDIT.

- *Опасное употребление алкоголя* – это такая модель употребления алкоголя, при которой возрастает риск вредных последствий для пьющего или для других людей. Несмотря на отсутствие у данного лица, употребляющего алкоголь, какого-либо расстройства в настоящий момент, модели опасного употребления важны с точки зрения общественного здравоохранения.
- *Вредное употребление* означает употребление алкоголя, которое приводит к определенным последствиям для соматического и психического здоровья. К числу вредных последствий, вызываемых алкоголем, некоторые относят и социальные последствия.
- *Алкогольная зависимость* – это совокупность поведенческих, когнитивных и физиологических явлений, которые могут развиваться после многократного употребления алкоголя. Обычно они включают сильное желание выпить, ослабленный контроль над употреблением алкоголя, упорное употребление алкоголя, несмотря на вредные последствия, придание употреблению алкоголя более высокой приоритетности, чем другим занятиям и обязанностям, повышенную переносимость алкоголя и физическую реакцию на отмену алкоголя при прекращении его употребления.

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, у заключенных, как и среди населения в целом, различаются по своему характеру и колеблются в пределах от неумеренного употребления, возможно, с перерывами, до хронической зависимости. Проведенное в 2011 г. в Шотландии исследование показало, что из тех, кто набирает 20 баллов и более за ответы в тесте AUDIT (что указывает на возможную зависимость), у пьющих более молодого возраста привычное употребление и аддиктивное поведение проявляются реже (27). Это свидетельствует о важности проведения дальнейшей клинической оценки,

которая не ограничивается использованием инструмента скрининга, и о необходимости предлагать пациенту несколько вмешательств сообразно с его состоянием.

В одном из обследований среди заключенных в Австралии (38) уровни опасного и вредного употребления алкоголя, определенные по числу набранных баллов в тесте AUDIT, составили, соответственно, 57% и 18% среди заключенных-мужчин и 49% и 13%, соответственно, среди женщин (12). В другом исследовании с относительно небольшой выборкой (n = 47) было установлено, что проблемы, связанные с алкоголем, имеют до 60% заключенных-мужчин во Франции (8 и более баллов в тесте AUDIT), причем, когда скрининг проводился через две недели после начала срока тюремного заключения, показатель распространенности был выше, чем при его проведении в самом начале (12).

Обследование злоупотребления психоактивными веществами среди заключенных в Соединенном Королевстве (Англия и Уэльс) (39) показало высокий процент респондентов, как мужчин, так и женщин, у которых по числу баллов в тесте AUDIT было установлено опасное или вредное употребление алкоголя. Среди мужчин у 58% заключенных в следственном изоляторе и у 63% осужденных заключенных было определено опасное или вредное употребление алкоголя, а у 30% в обеих выборках были определены либо вредное употребление, либо возможная зависимость. Среди женщин у 36% заключенных в следственном изоляторе и у 39% осужденных заключенных было определено опасное или вредное употребление алкоголя, из них, соответственно, у 14% и 11% ответы указывали на вредное употребление алкоголя и зависимость. Аналогичные показатели были получены сравнительно недавно в исследовании Newbury-Birch et al. (40): у 59% заключенных-мужчин ответы указали на уровни опасного и вредного употребления, из них примерно у одной трети (36%) употребление алкоголя было определено на уровнях возможной зависимости. Однако в отношении женщин показатели в этом исследовании были заметно выше, чем до этого: у 63% были определены опасный или вредный уровни употребления алкоголя, а у 42% уровни возможной зависимости. Parkes и соавторы (1) с помощью инструмента AUDIT провели скрининг 259 новых заключенных-мужчин в Шотландии и установили, что у 73% число баллов указывало на наличие проблем той или иной степени тяжести, связанных с алкоголем, из них у 36%, возможно, была алкогольная зависимость; более высокое число баллов набирали заключенные, отбывавшие более короткие сроки заключения. Что касается заключенных в следственном изоляторе, у 68% было выявлено нарушение здоровья, обусловленное употреблением алкоголя, а у 34%, возможно, была алкогольная зависимость.

Действенные вмешательства по поводу проблем, связанных с алкоголем

После получения положительного результата скрининга и проведения сортировки необходимо провести дополнительную оценку состояния заключенного, чтобы определить его потребности и наметить соответствующие им меры вмешательства. Меры могут включать кратковременные вмешательства по поводу опасного употребления алкоголя, когнитивно-поведенческую терапию для лиц, у которых употребление алкоголя достигло уровня, классифицируемого как вредное, и которые стали зависимыми от алкоголя, фармакологическое лечение острого синдрома отмены алкоголя или профилактику возврата к употреблению алкоголя.

Ниже кратко изложены возможные вмешательства, которые могут быть предприняты при наличии проблем, связанных с алкоголем. Описываемые вмешательства не охватывают всех мер, которые возможны в принципе, а основаны на тех мерах, о которых сообщается в литературе и которые классифицированы в работе Parkes et al. (1).

Психосоциальные поведенческие вмешательства

Кратковременные вмешательства по поводу проблем, связанных с алкоголем, и мотивационное интервьюирование

Кратковременные вмешательства по поводу проблем, связанных с употреблением алкоголя, – это приемы, применяемые с целью выявления реально существующей или потенциальной проблемы, связанной с употреблением алкоголя, и стимулирования у пациента желания сделать что-нибудь, чтобы покончить с проблемой (41). Они включают мотивационное интервьюирование, которое проводится с пациентами только один или два раза. В исследованиях, выполненных на материале пенитенциарных учреждений, мотивационные интервью давали весьма скромные результаты, такие как уменьшение числа случаев управления транспортными средствами в состоянии опьянения, уменьшение употребления психоактивных веществ, установление контактов с целью лечения в течение 60 дней после выхода на свободу (отдельно о лечении по поводу проблем употребления алкоголя не сообщалось) и увеличение количества баллов за ответ на вопрос о намерениях после проведения теста. Об оценке того, как проводились кратковременные вмешательства по поводу употребления алкоголя, сообщалось только в исследованиях, проводимых в местах содержания под стражей (не тюремного типа). В одном исследовании очень высокого качества сообщалось об отсутствии какой-либо разницы в употреблении алкоголя или совершении преступлений, но спустя три месяца было установлено снижение травматизма и повышение готовности изменить поведение. В другом исследовании, также при контрольном наблюдении по истечении трех месяцев, было установлено снижение как в совершении противоправных действий, так и в употреблении алкоголя, (обзор исследования дается в (1)).

Сравнительно недавно о проведении кратковременных вмешательств и мотивационных интервью в пенитенциарных учреждениях сообщалось в американских исследованиях, в частности, среди женщин и несовершеннолетних правонарушителей. Begun et al. (42) провели рандомизированное контролируемое испытание вмешательства в виде мотивационного интервью среди заключенных-женщин перед выходом на свободу (n = 729). Через два месяца после выхода на свободу наблюдалось значимое снижение числа баллов, набираемых в тесте AUDIT. Однако в другом рандомизированном контролируемом исследовании мотивационного интервьюирования среди заключенных-женщин (n = 245) не было выявлено никакого снижения в уровне употребления алкоголя через один, три и шесть месяцев (43). В рандомизированном контролируемом испытании, проведенном в Швеции, 296 заключенных, употребляющих наркотики, были произвольно распределены по группам, в которых проводилось стандартное планирование перед выходом на свободу (оно включает стратегии уменьшения употребления наркотиков), мотивационное интервьюирование или мотивационное интервьюирование с усиленным обучением (для консультантов) (44). При всех трех вмешательствах было отмечено уменьшение употребления алкоголя при контрольном наблюдении через 30 дней без какой-либо значимой разницы между группами. Кроме того, 55% участвующих в испытании заключенных по истечении 30 дней сообщили о полном воздержании от алкоголя (при поступлении в пенитенциарное учреждение таких было 12%). В рандомизированном контролируемом испытании с участием 162 молодых заключенных мужчин проводилось сравнение мотивационного интервьюирования с релаксационным тренингом для уменьшения употребления алкоголя и марихуаны. У тех, с кем проводились мотивационные интервью, уровни употребления алкоголя (и марихуаны) при контрольном наблюдении через три месяца были значительно ниже (45). Во второй статье с описанием результатов этого исследования не было отмечено какого-либо ослабления эффекта мотивационного интервью симптомами депрессии (46). В качественном

исследовании, проведенном среди молодых заключенных, был сделан вывод о приемлемости мотивационного интервьюирования как меры вмешательства (47).

Единственным исследованием кратковременных вмешательств (в противоположность мотивационному интервьюированию) в местах лишения свободы было рандомизированное контролируемое испытание кратковременного вмешательства, проводимого с женщинами ($n = 245$) перед освобождением из заключения и через месяц после освобождения. Каждое вмешательство продолжалось 30-45 минут. Через три месяца после освобождения число дней полного воздержания было статистически значимым, однако к концу шестого месяца эта разница исчезла (48).

Когнитивно-поведенческое консультирование или психологические вмешательства

В литературе сообщается о положительных исходах вмешательств в форме когнитивно-поведенческого консультирования или психологических вмешательств, в том числе о снижении числа случаев повторных правонарушений, а также об уменьшении употребления алкоголя или о полном воздержании (1). В частности, к положительным изменениям в психосоциальном функционировании молодых женщин-правонарушительниц привело вмешательство HEART ("Целостное вмешательство для подростков, входящих в группу риска"), которое включало использование методов когнитивно-поведенческой терапии (49). McMurran и соавторы (50) выполнили систематический обзор действенных вмешательств для женщин-правонарушительниц, в который вошли четыре исследования психосоциальных вмешательств, и пришли к выводу, что фактических данных о том, какой метод самый эффективный, недостаточно. Было отмечено, что у заключенных-женщин, как правило, больше проблем психологического здоровья, чем у мужчин, и что это нужно принимать во внимание при планировании и осуществлении вмешательств.

Духовные вмешательства

В работе Parkes et al. (1) был сделан вывод о том, что действенным методом лечения алкогольной (и наркотической) зависимости является программа "12 шагов помощи". Было показано, что медитация випассана также приводит к положительным результатам после освобождения из заключения и снижает тягу к алкоголю. Это позволяет утверждать, что вмешательства, включающие в себя духовный элемент, могут быть полезными, однако при их осуществлении необходима чуткость по отношению к культурным и индивидуальным особенностям пациента.

Семейные вмешательства

В двух исследованиях, проведенных в Соединенных Штатах Америки, оценивались семейные вмешательства, проводимые в отношении несовершеннолетних правонарушителей (их обзор содержится в работе (1)). Участники одного из них были произвольно разбиты на две группы – получающие вмешательство, направленное на расширение прав и возможностей семьи, и получающие вмешательство в форме расширенного спектра услуг. Хотя контрольное наблюдение через 36 месяцев и не показало какой-либо значимой разницы между этими вмешательствами, было отмечено, что люди, прошедшие курс семейного вмешательства, уменьшили употребление алкоголя. Во втором экспериментальном исследовании контрольной группы не было. Однако процент повторных правонарушений по истечении шести месяцев у тех, кто прошел семейное вмешательство, оказался ниже (44%), чем средний показатель по стране (65-85%). Эти результаты показывают, что такие вмешательства перспективны, однако требуют дополнительного, более строгого в научном отношении исследования, в том числе и в других странах.

Группы по обсуждению последствий для жертв

В рандомизированном контролируемом испытании, проведенном в Соединенных Штатах Америки, группа заключенных, осужденных за управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения, в течение 28 дней обсуждала последствия своего преступления для пострадавших. По истечении двух лет каких-либо значимых изменений в употреблении алкоголя и в числе случаев управления автомобилем в состоянии опьянения или повторных правонарушений не наблюдалось (обзор приводится в (1)).

Психотерапевтические группы лечения в неформальной обстановке

Имеющиеся ограниченные данные позволяют предположить, что психотерапевтические группы могут приводить к положительным исходам, включая снижение употребления алкоголя и уменьшение случаев повторных правонарушений. В группы, которые были включены в исследования, входили несовершеннолетние правонарушители и женщины, а также заключенные из общего контингента мест лишения свободы. Однако большинство исследований не ограничивались только заключенными с проблемами, связанными с алкоголем: в некоторых исследованиях в состав групп входили лица, у которых одновременно были проблемы, связанные с употреблением наркотиков, и нарушения психического здоровья (обзор исследований приводится в (1)). В недавно проведенном исследовании молодых заключенных-женщин, имеющих проблемы, связанные с употреблением как наркотиков, так и алкоголя, в отношении которых проводилось вмешательство HEART (49), также был применен метод психотерапии в составе неформальной группы. В результате наблюдались положительные изменения в психосоциальном функционировании, однако отдельно об изменениях в употреблении алкоголя не сообщалось. Хотя вмешательства в форме психотерапевтических групп, возможно, и эффективны, их осуществление может быть связано с большими затратами денег и времени.

В последнее время публикуется все больше исследований высокого качества, посвященных вмешательствам по поводу проблем, связанных с алкоголем, у заключенных, особенно у женщин и несовершеннолетних правонарушителей. В большинстве из них исследуются вмешательства в форме мотивационных интервью или кратковременные вмешательства и отмечается разная степень успеха этих вмешательств как внутри исследуемых подгрупп, так и между ними. В целом же положительные результаты этих исследований, посвященных эффективности мотивационного интервьюирования/кратковременных вмешательств в местах лишения свободы, обнадеживают. Если рассматривать эти вмешательства также и в свете результатов исследований, которые показывают, что кратковременные вмешательства эффективны в уменьшении потребления алкоголя и снижении числа случаев повторных правонарушений, когда они применяются в системе наказания без тюремного заключения (пробации) (51) (хотя и с некоторыми оговорками в отношении возможности обобщения этих результатов на тюремный контингент), они представляются наиболее обоснованными и построенными на самой прочной доказательной базе. Необходимо отметить, что в разных исследованиях продолжительность вмешательств была разной. Ни в том, ни в другом обзоре также не было выявлено ни одного исследования, посвященного соотношению затрат и эффективности вмешательств.

Библиография

1. Parkes T et al. *Prison health needs assessment for alcohol problems*. Edinburgh, NHS Health Scotland, 2011.
2. *Models of care for alcohol misusers (MoCAM)*. London, National Treatment Agency for Substance Misuse/Department of Health, 2006.

3. *Basic principles for the treatment of prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990.* New York, United Nations, 1990 (<http://www2.ohchr.org/english/law/basicprinciples.htm>, accessed 27 September 2012).
4. Healthscotland.com. Alcohol brief interventions (ABI) professional pack [web site]. Edinburgh, NHS Health Scotland, 2011 (<http://www.healthscotland.com/documents/3273.aspx>, accessed 27 September 2012).
5. Prochaska JO, DiClemente CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy.* Homewood, Dow Jones-Irwin, 1984.
6. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems.* London, National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006.
7. *Commission on Women Offenders.* Edinburgh, Scottish Government, 2012 (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/0039/00391828.pdf>, accessed 27 September 2012).
8. Babor TF et al. *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care, 2nd ed.* Geneva, World Health Organization, 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf, accessed on 27 September 2012).
9. Drummond C et al. *Alcohol needs assessment research project (ANARP). The 2004 national alcohol needs assessment for England.* London, Department of Health, 2005 (http://www.alcohollearningcentre.org.uk/_library/Resources/ALC/OtherOrganisation/Alcohol_needs_assessment_research_project.pdf, accessed 27 September 2012).
10. Global information system on alcohol and health (GISAH) [Глобальная информационная система "Алкоголь и здоровье"] [веб-сайт на англ. языке]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html>, accessed 27 September 2012).
11. Global status report on alcohol and health ["Глобальный доклад о положении дел в отношении алкоголя и здоровья", веб-сайт, на англ. языке]. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html, accessed 27 September 2012).
12. Maggia B et al. Variation in audit (alcohol used disorder identification test) scores within the first weeks of imprisonment. *Alcohol and Alcoholism*, 2004, 39(3):247–250.
13. Carnie J, Broderick R. *Scottish prisoner survey 2011.* Edinburgh, Scottish Prison Service, 2011.
14. Coulton S et al. Screening for alcohol use in criminal justice settings: an exploratory study. *Alcohol and Alcoholism*, 2012, 47(4):423–427.
15. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity.* Oxford, Oxford University Press, 2010.
16. Rehm J et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 2009, 373:2223–2233.
17. *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 27 September 2012).
18. *Violence prevention: the evidence.* Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf, accessed 27 September 2012).
19. *Alcohol statistics Scotland 2011.* Edinburgh, NHS National Services Scotland, 2011.
20. Anderson P, Møller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf, accessed 27 September 2012).
21. Leon D, McCambridge J. Liver cirrhosis mortality rates in Britain from 1950 to 2002: an analysis of routine data. *Lancet*, 2006, 367(7):52–56.

22. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspective*. Institute of Alcohol Studies, United Kingdom, 2006.
23. *Alcohol and interpersonal violence policy briefing*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98806/E87347.pdf, accessed 27 September 2012).
24. *Homicide in Scotland 2010–2011*. Edinburgh, Scottish Government, 2011.
25. Scottish Emergency Department Alcohol Audit (SEEDA) Group. *Understanding alcohol misuse in Scotland: harmful drinking two: alcohol and assaults*. Edinburgh, NHS Quality Improvement Scotland, 2006.
26. Carnie J, Broderick R. *Scottish prisoner survey 2011 – young offenders*. Edinburgh, Scottish Prison Service, 2011.
27. MacAskill S et al. Assessment of alcohol problems using AUDIT in a prison setting: more than an “aye or no” question. *BMC Public Health*, 2011, 11:865.
28. Deehan A. *Alcohol and crime: taking stock*. London, Home Office, 1999.
29. Boden J, Fergusson DM, Horwood LJ. Alcohol misuse and violent behaviour: findings from a 30-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2012, 122:135–141.
30. Ramstedt M. Population drinking and homicide in Australia: a time series analysis of the period 1950–2003. *Drug and Alcohol Review*, 2011, 30:466–472.
31. Graham K, Wells S, West P. A framework for applying explanations of alcohol-related aggression to naturally occurring aggressive behaviour. *Contemporary Drug Problems*, 1997, 24(4):625–666.
32. Graham L. *Prison health in Scotland: a health care needs assessment*. Edinburgh, Scottish Prison Service, 2007.
33. Rutherford M, Duggan S. Meeting complex needs in prisons. *Public Health*, 2009, 123(6): 415–418.
34. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 2006, 1:181–191.
35. Robinson M et al. *Monitoring and evaluating Scotland’s alcohol strategy: an update of alcohol sales and price band data*. Edinburgh, NHS Health Scotland, 2011.
36. McKinlay W, Forsyth A, Khan F. *Alcohol and violence among young male offenders in Scotland (1979–2009)*. Edinburgh, Scottish Prison Service, 2009 (SPS Occasional paper No. 1).
37. Connors G, Volk R. Self-report screening for alcohol problems among adults. In: Allen J, Wilson V, eds. *Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers*. Bethesda, MD, National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 2003.
38. Butler T et al. Drug use and its correlates in an Australian prisoner population. *Addiction Research and Theory*, 2003, 11(2):89–101.
39. Singleton N, Farrell M, Meltzer H. *Substance misuse among prisoners in England and Wales*. London, Office for National Statistics, 1999.
40. Newbury-Birch D et al. Sloshed and sentenced: a prevalence study of alcohol use disorders among offenders in the North East of England. *International Journal of Prisoner Health*, 2009, 5(4):201–211.
41. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://whqlib.doc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6b.pdf, assessed on 27 September 2012).
42. Begun A, Rose S, Lebel T. Intervening with women in jail around alcohol and substance abuse during preparation for community reentry. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2011, 29(4):453–478.
43. Clarke JG, Anderson BJ, Stein MD. Hazardously drinking women leaving jail: time to first drink. *Journal of Correctional Health Care*, 2011, 17(1):61–68.

44. Forsberg LG et al. Motivational interviewing delivered by existing prison staff: a randomized controlled study of effectiveness on substance use after release. *Substance Use & Misuse*, 2011, 46(12):1477–1485.
45. Stein LA et al. Motivational interviewing for incarcerated adolescents: effects of depressive symptoms on reducing alcohol and marijuana use after release. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 2011, 72(3):497–506.
46. Stein LA et al. Motivational interviewing to reduce substance-related consequences: effects for incarcerated adolescents with depressed mood. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011, 118(2–3):475–478.
47. D’Amico EJ, Osilla KC, Hunter SB. Developing a group motivational interviewing intervention for first-time adolescent offenders at-risk for an alcohol or drug use disorder. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2010, 28(4):417–436.
48. Stein MD et al. A brief alcohol intervention for hazardously drinking incarcerated women. *Addiction*, 2010, 105(3):466–475.
49. Roberts-Lewis AC et al. Assessing change in psychosocial functioning of incarcerated girls with a substance use disorder: gender sensitive substance abuse intervention. *Journal of Offender Rehabilitation*, 2010, 49(7):479–494.
50. McMurrin M et al. Interventions for alcohol-related offending by women: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 2011, 31(6):909–922.
51. McGovern R et al. *Alcohol screening and brief intervention in probation*. London, Institute of Psychiatry, King’s College London, 2012.

Приложение 1

Разработанный ВОЗ тест для выявления нарушений здоровья, обусловленных употреблением алкоголя (AUDIT): версия для интервью

<p>1. Как часто вы употребляете напиток, содержащий алкоголь?</p> <p>(0) Никогда <i>[перейдите к вопросам 9–10]</i> (1) 1 раз в месяц или реже (2) 2–4 раза в месяц (3) 2–3 раза в неделю (4) 4 и более раз в неделю</p>	<p>6. Как часто за последний год вам было необходимо выпить с утра, чтобы прийти в себя после выпитого накануне большого количества алкоголя?</p> <p>(0) Никогда (1) Реже одного раза в месяц (2) Каждый месяц (3) Каждую неделю (4) Каждый день или почти каждый день</p>
<p>2. Сколько порций спиртных напитков вы выпиваете в обычный день употребления алкоголя?</p> <p>(0) 1 или 2 (1) 3 или 4 (2) 5 или 6 (3) 7, 8 или 9 (4) 10 или больше</p>	<p>7. Как часто за последний год у вас возникало чувство вины или угрызений совести после употребления алкоголя?</p> <p>(0) Никогда (1) Реже одного раза в месяц (2) Каждый месяц (3) Каждую неделю (4) Каждый день или почти каждый день</p>
<p>3. Как часто вы выпиваете шесть или более порций за один прием?</p> <p>(0) Никогда (1) Реже одного раза в месяц (2) Каждый месяц (3) Каждую неделю (4) Каждый день или почти каждый день <i>[если суммарное число баллов за ответы на вопросы 2 и 3 равно 0, перейдите к вопросам 9 и 10]</i></p>	<p>8. Как часто за последний год вы не могли вспомнить, что было накануне вечером, из-за того, что вы употребляли алкоголь?</p> <p>(0) Никогда (1) Реже одного раза в месяц (2) Каждый месяц (3) Каждую неделю (4) Каждый день или почти каждый день</p>
<p>4. Как часто за последний год вы чувствовали, что, начав пить, вы не способны остановиться?</p> <p>(0) Никогда (1) Реже одного раза в месяц (2) Каждый месяц (3) Каждую неделю (4) Каждый день или почти каждый день</p>	<p>9. Получали ли вы или кто-либо другой телесные повреждения из-за того, что вы употребляли алкоголь?</p> <p>(0) Нет (2) Да, но не за прошедший год (4) Да, за прошедший год</p>
<p>5. Как часто за последний год вы из-за употребления алкоголя не делали того, чего от вас обычно ожидают?</p> <p>(0) Никогда (1) Реже одного раза в месяц (2) Каждый месяц (3) Каждую неделю (4) Каждый день или почти каждый день</p>	<p>10. Высказывал ли кто-либо из ваших родственников или друзей или же врач или иной медицинский работник обеспокоенность по поводу употребления вами спиртных напитков или предлагал вам уменьшить употребление алкоголя?</p> <p>(0) Нет (2) Да, но не за прошедший год (4) Да, в прошедшем году</p>

Начисление баллов за ответы в тесте AUDIT

За ответ на каждый вопрос начисляется от 0 до 4 баллов таким образом, что за первый ответ на каждый вопрос начисляется 0, за второй ответ 1, за третий ответ 2, за четвертый ответ 3 и за последний ответ 4 балла. За ответы на вопросы 9 и 10, предполагающие только три варианта ответа, начисляется 0, 2 и 4 балла (слева направо).

Число баллов 8 и более ассоциируется с вредным или опасным употреблением алкоголя, число баллов 13 и более у женщин и 15 и более у мужчин может указывать на алкогольную зависимость.

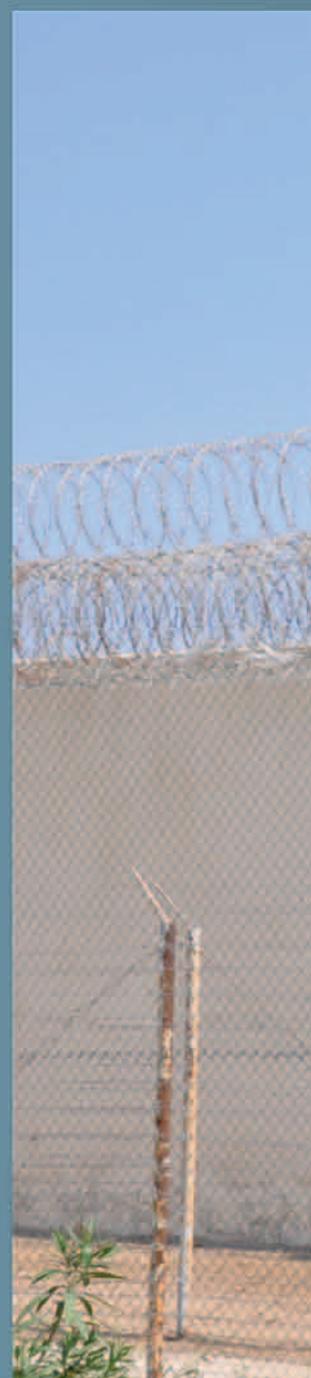
Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Проблемы, связанные с алкоголем, в системе уголовного правосудия:
возможность для вмешательства



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int