



ЕВРОПА

ЗДОРОВЬЕ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Руководство ВОЗ по основным аспектам
охраны здоровья в местах лишения свободы





Ministerie van Justitie
Dienst Justitiële Inrichtingen



Здоровье в исправительных учреждениях

Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья
в местах лишения свободы

Европейское региональное бюро ВОЗ
Проект «Охрана здоровья в тюрьмах»

Редакторы: Lars Møller, Heino Stöver, Ralf Jürgens,
Alex Gatherer, Haik Nikogosian



Аннотация

В настоящем руководстве, в основу которого положены опыт многих стран Европы и рекомендации экспертов, кратко описываются некоторые шаги, которые следовало бы предпринять пенитенциарным системам с целью снижения рисков для здоровья населения, возникающих вследствие принудительного содержания людей под стражей, часто в нездоровых условиях, а также с целью обеспечения медико-санитарной помощи нуждающимся заключенным и укрепления здоровья заключенных и персонала. Для этого прежде всего необходимо, чтобы каждый, кто работает в исправительных учреждениях, хорошо понимал, как тюремное заключение влияет на здоровье и потребности заключенных в охране здоровья, и чтобы каждому, кто нуждается в лечении, уходе и профилактике, в исправительных учреждениях оказывались медико-санитарные услуги на доказательной основе. К числу других обязательных элементов относятся знание рекомендованных на международном уровне норм в области охраны здоровья в исправительных учреждениях и положительное их восприятие; предоставление профессиональной помощи на тех же принципах профессиональной этики, что и в других службах здравоохранения; пропаганда и внедрение комплексного подхода к медико-санитарной помощи с охватом всех сторон жизни в исправительном учреждении при неуклонном соблюдении принципа первичности индивидуальных потребностей при оказании такой помощи, а также укрепление здоровья и благополучия находящихся в заключении людей.

Ключевые слова

HEALTH PROMOTION – organization and administration

HEALTH SERVICES – standards

PRIMARY HEALTH CARE – standards

PRISONS

PRISONERS

QUALITY OF HEALTH CARE

HEALTH PLANNING GUIDELINES

EUROPE

EUR/07/5063925 ISBN 978 92 890 7181 9

Запросы, касающиеся публикаций Регионального бюро ВОЗ, просим направлять по следующему адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

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, 2008 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 пока что еще может не быть полного согласия.

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 четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае 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.

Благодарим за участие в финансировании данной публикации Программу общественного здравоохранения Европейской комиссии, Министерство здравоохранения, благополучия человека и спорта Нидерландов, Министерство здравоохранения и социального обеспечения Норвегии. Благодарим также «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West, AFEW*) за предпечатную подготовку русскоязычной версии документа.

Содержание

Предисловие.....	ix
Вступление.....	x
Авторский коллектив.....	xii
Определения.....	xviii
1. Введение.....	1
Для кого предназначено данное руководство.....	1
Как пользоваться руководством.....	1
Основные положения и важные первые шаги.....	1
Руководство на политическом уровне.....	2
Руководство на уровне администрации учреждения.....	3
Лидерство, проявляемое каждым сотрудником.....	4
Особая лидирующая роль медицинского персонала.....	5
Партнерские отношения в интересах здоровья: роль заключенных.....	6
Партнерские отношения в интересах здоровья: поддержка общества.....	6
Литература.....	6
2. Нормы в области здравоохранения в исправительных учреждениях: заключенный как пациент. Andrew Coyle.....	7
Основные принципы	7
Взаимоотношения между заключенными и медперсоналом	8
Организация медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях.....	10
Европейские пенитенциарные правила.....	12
Заключение.....	13
Литература.....	13
Дополнительная литература для чтения	15
3. Охрана и укрепление здоровья в исправительных учреждениях: комплексный подход с полным охватом всех условий в местах лишения свободы. Paul Hayton	16
Введение.....	16
Основные проблемы, требующие решения.....	17
Подход с комплексным охватом всех сторон жизни или условий в исправительном учреждении, и представление о тюрьме, способствующей укреплению здоровья	19
Литература.....	22
Дополнительная литература для чтения.....	22

4. Первичная медико-санитарная помощь в исправительных учреждениях. Andrew Fraser	23
Введение.....	24
Составляющие первичной медико-санитарной помощи.....	26
Обзор первичной медико-санитарной помощи.....	27
Ресурсы медико-санитарной помощи, имеющиеся в исправительном учреждении.....	28
Наиболее распространенные проблемы, встречающиеся в практике первичной медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях.....	29
Структурные элементы первичной медико-санитарной помощи в исправительном учреждении.....	30
Измерение показателей работы по оказанию медико-санитарной помощи.....	31
Выводы.....	35
Литература.....	36
Дополнительная литература для чтения.....	36
5. Специфические проблемы этического и клинического характера в исправительных учреждениях. Jean-Pierre Restellini	37
Введение.....	38
Медперсонал в исправительных учреждениях.....	38
Дисциплинарные меры.....	40
Физическое ограничение свободы	41
Интимные досмотры тела.....	41
Заклученные, которые прекращают принимать пищу или объявляют голодовку.....	41
Пытки и бесчеловечное или унижающее достоинство обращение.....	45
Смертная казнь.....	46
Выводы.....	46
Литература.....	47
Дополнительная литература для чтения.....	47
6. Инфекционные заболевания. Dumitru Laticevschi	49
Введение.....	49
Гемотрансмиссивные заболевания.....	51
Туберкулез.....	54
Инфекции, передаваемые половым путем.....	57
Кожные заболевания.....	65
Инфекционные заболевания пищеварительного тракта.....	66
Литература.....	67
Дополнительная литература для чтения.....	67
7. ВИЧ-инфекция и права человека в исправительных учреждениях. Rick Lines	68
Общая ситуация: связанные с ВИЧ социальное отторжение и дискриминация в исправительных учреждениях.....	68

Принцип конфиденциальности в исправительных учреждениях.....	70
Обследование на ВИЧ, консультирование до и после обследования.....	72
Принудительные подходы приводят к обратным результатам.....	73
Решение проблем доверия и конфиденциальности: работа с неправительственными организациями, людьми, живущими с ВИЧ, людьми равного статуса и специалистами вне пенитенциарной системы	76
Досрочное освобождение или освобождение из сострадания.....	78
Выводы.....	78
Литература.....	79
Дополнительная литература для чтения.....	80
8. Борьба с туберкулезом в исправительных учреждениях. Jaap Veen.....	81
Введение.....	82
Что такое туберкулез?.....	82
Что можно сделать для снижения риска передачи туберкулеза?.....	85
Как вести больных туберкулезом.....	88
Как должны быть организованы противотуберкулезные службы в пенитенциарной системе?.....	89
Выводы.....	91
Литература.....	92
Дополнительная литература для чтения.....	92
9. Употребление наркотиков и наркологические услуги в исправительных учреждениях. Heino Stöver и Caren Weilandt.....	93
Употребление наркотиков и последствия для заключенных, исправительных учреждений и тюремного здравоохранения.....	93
Определение потребителя наркотиков.....	96
Природа и распространенность употребления наркотиков и связанные с ним риски в исправительных учреждениях.....	97
Профилактика, лечение, снижение вреда и последующий уход.....	100
Организация и практика здравоохранения, лечения и помощи.....	101
Оценка проблем наркозависимости и сопутствующих инфекционных заболеваний	104
Профилактика употребления наркотиков.....	105
Детоксикация.....	106
Блоки, свободные от наркотиков.....	108
Лечение, ориентированное на воздержание, и лечебные сообщества в исправительных учреждениях.....	109
Заместительная терапия.....	109
Консультации и взаимная поддержка со стороны людей равного статуса	111
Программы снижения вреда.....	112
Привлечение местных служб.....	117
Профессиональная подготовка.....	121

Литература.....	121
Дополнительная литература для чтения.....	124
10. Заместительная терапия в исправительных учреждениях. Andrej Kastelic.....	125
Введение.....	126
Что такое заместительная терапия.....	127
Главные цели заместительной терапии.....	128
Доказательства пользы заместительной терапии.....	129
Эффективное лечение.....	134
Критерии лечения и план лечения.....	135
Риски и недостатки.....	136
Вещества, используемые для заместительной терапии.....	136
Основные сведения о лечении.....	142
Связь с лечением по поводу ВИЧ-инфекции.....	143
Особенности лечения женщин.....	144
Перспективы на будущее.....	144
Литература.....	145
Дополнительная литература для чтения.....	146
11. Психическое здоровье в исправительных учреждениях. Eric Blaauw и Hjalmar J.C. van Marle.....	149
Психическое здоровье и психические заболевания в исправительных учреждениях.....	149
Снижение психического вреда и укрепление психического здоровья.....	151
Уровни помощи.....	152
Элементарные условия.....	154
Обучение персонала.....	156
Выводы.....	158
Укрепление психического здоровья в исправительных учреждениях: контрольный перечень вопросов.....	159
Литература.....	162
12. Поддержание здоровья зубов в исправительных учреждениях. Amit Bose и Tony Jenner.....	164
Введение.....	164
Потребности в стоматологической помощи в исправительных учреждениях.....	165
Трудности, возникающие при оказании стоматологической помощи заключенным	165
Укрепление здоровья ротовой полости.....	167
Организация стоматологических служб в исправительных учреждениях.....	168
Примеры передовой практики работы.....	169
Выводы.....	172
Дополнительная литература для чтения.....	172

13. Особые потребности в охране здоровья заключенных-женщин. Jan Palmer	173
Введение.....	174
Проблемы психического здоровья.....	174
Суицидальное поведение в исправительных учреждениях.....	175
Употребление психоактивных веществ.....	178
Беременность.....	182
Дети.....	183
Инфекции, передаваемые половым путем.....	183
Гемотрансмиссивные вирусы.....	184
Насилие.....	184
Вопросы общей гигиены.....	185
Литература.....	187
Дополнительная литература для чтения.....	188
14. Укрепление здоровья и борьба со стрессом у сотрудников исправительных учреждений. Heiner Bögemann	189
Введение.....	189
Исследования по проблемам здоровья сотрудников исправительных учреждений.....	190
Факторы риска и стресс у сотрудников исправительных учреждений.....	190
Часто встречающиеся психосоциальные факторы риска в исправительных учреждениях.....	192
Забота о здоровье как элемент работы с кадрами.....	192
Практические подходы к укреплению здоровья: передовая практика.....	193
Комплексные меры по укреплению здоровья сотрудников исправительных учреждений.....	194
Пример проекта охраны здоровья в исправительном учреждении с указанием важных вех.....	194
Основные аспекты активной охраны здоровья в исправительных учреждениях.....	195
Сети самопомощи в укреплении здоровья в исправительных учреждениях.....	196
Повышение квалификации.....	197
Результаты и перспективы.....	216
Литература.....	216

Предисловие

Одна из постоянных задач, которые должно решать общественное здравоохранение, состоит в том, чтобы донести услуги до людей, больше всего в них нуждающихся, особенно до тех, кого труднее всего достичь. При этом суровая реальность жизни состоит в том, что в каждый данный отрезок времени в любой стране значительная доля людей с разнообразными нарушениями здоровья пребывают в местах лишения свободы. В период содержания под стражей достичь их становится несомненно легче.

Уже свыше десяти лет в рамках ВОЗ действует сеть стран Европейского региона (на сегодняшний день в ней объединены более 30 стран), представленная специалистами высшего звена, утвержденными на уровне министерств, которые регулярно собираются для обмена опытом и фактическими данными о том, как наилучшим образом превратить исправительные учреждения в места, более благоприятные для здоровья как работающего там персонала, так и самих лиц, отбывающих срок наказания. Выявление тяжелых инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция и туберкулез, их адекватное лечение и применение, по мере необходимости, мер по снижению вреда, является значительным вкладом в улучшение состояния здоровья тех сообществ, из которых вышли заключенные и в которые они вернутся после освобождения. Сегодня также известно, что в исправительных учреждениях можно вполне удовлетворительно лечить зависимость от психоактивных веществ. Помочь можно и тем многочисленным заключенным, которые страдают нарушениями психического здоровья.

К числу произошедших в последние годы изменений относится появление реальной возможности для того, чтобы содействовать формированию более здорового образа жизни среди лиц, отбывающих срок заключения, помогая им в борьбе против курения и употребления алкоголя, а возможно и против применения насилия в межличностных отношениях. Для того чтобы можно было судить о прогрессе в данной деятельности в различных странах Европейского региона, создана специальная информационная база данных.

Предлагаемое руководство заслуживает высокой оценки как полезный документ, указывающий пути снижения рисков для здоровья населения из-за недостаточности

предоставляемых услуг, а также пути улучшения здоровья и благополучия ряда групп населения, находящихся в крайне неблагоприятных условиях. Таким образом эта книга может явиться вкладом в сокращение масштабов неравенства в отношении здоровья.

Все больше признается тот факт, что хорошо налаженное здравоохранение в исправительных учреждениях - это один из признаков полноценного общественного здравоохранения в целом.

Д-р Nata Menabde,
Заместитель регионального директора,
Европейское региональное бюро ВОЗ

Вступление

Один из самых убедительных уроков, которые преподал нам конец прошлого века, заключается в том, что общественное здравоохранение больше не может позволить себе игнорировать охрану здоровья в исправительных учреждениях. Рост и быстрое распространение ВИЧ-инфекции и СПИДа, возвращение других тяжелых инфекционных заболеваний, таких как туберкулез и гепатит, а также растущее признание того факта, что исправительное учреждение является не самым подходящим местом для помещения людей с проблемами наркозависимости и расстройствами психического здоровья, — все это буквально вытолкнуло вопросы здравоохранения в исправительных учреждениях в число первоочередных задач, стоящих в повестке дня общественного здравоохранения. Поскольку во всех странах общество пытается справиться с этими серьезными медико-санитарными проблемами, стало ясно, что любая национальная стратегия борьбы с ними требует разработки и включения в нее политики в отношении исправительных учреждений, так как в каждый данный момент в исправительных учреждениях находится несоразмерно большое число тех, кому нужна медицинская помощь.

Хорошая система здравоохранения в исправительных учреждениях дает значительные выгоды. Она позволяет предупреждать распространение заболеваний и укреплять здоровье, давая возможность людям знать, что каждый из них может сделать для поддержания собственного здоровья и благополучия и здоровья других. Однако она также может помочь улучшить состояние здоровья и местного населения и тем самым внести свой вклад в достижение здоровья для всех.

В настоящем руководстве содержатся практическая информация и советы, как достичь хорошего состояния здоровья в исправительных учреждениях. Эти советы основаны на фактических данных, подтверждающих, какие методы дают наилучшие результаты, причем советы эти исходят от избранных экспертов, обладающих богатыми знаниями и опытом в отношении особых потребностей исправительных учреждений и мест принудительного содержания под стражей. В нем в сжатом виде рассказывается, что известно на сегодняшний день, но мы позаботимся и о том, чтобы постоянно получать информацию от тех, кто его написал, и отклики от тех, кто им пользуется, чтобы можно было регулярно обновлять это руководство.

Все исправительные учреждения не похожи друг на друга, но перед ними стоят одни и те же проблемы. Между странами существуют значительные различия по имеющимся ресурсам для улучшения тюремных служб. Положение медицинских служб исправительных учреждений сегодня резко различается в разных учреждениях во всем мире. Одним странам, где эти службы оказывают только элементарные услуги или находятся в рудиментарном состоянии, потребуется помощь во внедрении подходов и методов, описанных в данном руководстве. Другие страны находятся в более благоприятном положении. Но мы полагаем, что все страны смогут найти некоторые области работы своих медицинских служб в исправительных учреждениях, где можно было бы добиться улучшения, и получат практическую пользу от внимательного изучения предлагаемого руководства.

Для того чтобы подойти к проблеме охраны здоровья в исправительных учреждениях Европы комплексно, с охватом разных дисциплин, мы обратились к 16 авторам, обладающим знаниями и опытом как в сфере здравоохранения в исправительных учреждениях, так и в области общественного здравоохранения, и попросили их написать главу, в которой охватывались бы самые важные области здравоохранения в исправительных учреждениях, освещалась бы тесная связь с общественным здравоохранением и раскры-

вались дальнейшие перспективы. Нам очень приятно отметить, что все авторы весьма успешно исполнили нашу просьбу.

В состав редакционной коллегии вошли:

- Jonathan Beunon, Международный комитет Красного Креста, Швейцария;
- Alex Gatherer, медицинский консультант, проект «Охрана здоровья в тюрьмах», Европейское региональное бюро ВОЗ;
- Paul Hayton, управление медицинской службы исправительных учреждений, Министерство здравоохранения, Соединенное Королевство;
- Haik Nikogosian, заместитель директора, отделение программ здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ;
- Eva Korpölin, Группа Помпиду, Совет Европы, Франция;
- Marzena Ksel, управление медицинской службы исправительных учреждений, Польша;
- Lucia Mihailescu, главное управление исполнения наказаний, Румыния;
- Lars Møller, руководитель проекта «Охрана здоровья в тюрьмах», Европейское региональное бюро ВОЗ;
- Edoardo Spacca, «Крэнстоун драг сервисез», Соединенное Королевство;
- Terhi Viljanen, Европейский институт по профилактике преступности и борьбе с ней, Финляндия;
- Caren Weilandt, научно-исследовательский институт Медицинской ассоциации Германии, Германия.

Особой благодарности заслуживает Программа общественного здравоохранения Европейской комиссии, которая выступала в качестве одного из спонсоров данной публикации, и Nina Koch, ассистент проекта «Охрана здоровья в тюрьмах», Европейское региональное бюро ВОЗ.

Lars Møller, Heino Stöver, Ralf Jürgens, Alex Gatherer u Haik Nikogosian

Проект «Охрана здоровья в тюрьмах»

Европейское региональное бюро ВОЗ

Авторский коллектив

Eric Blaauw

Eric Blaauw является координатором по вопросам лечения в службе надзора за условно-досрочно освобожденными *Vouman GGZ Parole* и старшим научным сотрудником кафедры судебной психиатрии медицинского центра Университета им. Эразма в г. Роттердам. Он получил степень доктора философии за исследование процедур содержания под стражей в полиции, но специализируется на исследованиях психических расстройств, программ психологической ориентации и риска суицида в исправительных учреждениях. К другим его научным интересам относятся психология противоправного преследования и использование психологического портрета при уголовных расследованиях. Eric Blaauw опубликовал свыше 60 научных статей и глав книг, а также 8 книг по этой тематике.

Heiner Bögemann

Heiner Bögemann имеет степень магистра общественного здравоохранения и степень доктора философии и является социальным работником и консультантом по психосоциальным вопросам. Много лет он работает с людьми, освободившимися из заключения, в том числе более 10 лет является сотрудником службы пробации. С 1997 по 2000 год он возглавлял проект, посвященный укреплению здоровья и преодолению стресса у персонала исправительных учреждений. Его практический опыт организации здравоохранения в исправительных учреждениях лег в основу новаторской инициативы по созданию Центра здоровья для персонала исправительных учреждений в земле Нижняя Саксония – первого и единственного подобного центра в Германии. Его нынешняя должность – координатор сети, осуществляющей поддержку в вопросах здравоохранения для более 4000 сотрудников. Кроме того, он является членом группы по кризисным ситуациям в исправительных учреждениях своей федеральной земли.

Amit Bose

Amit Bose в настоящее время исполняет должность менеджера по вопросам политики в управлении гигиены ротовой полости и стоматологической подготовки в Министерстве здравоохранения Соединенного Королевства. До этого он работал районным инспектором по повышению качества работы в Министерстве труда и пенсионного обеспечения. Он также работал в компании «Пост офис каунтерс Лтд.», где в 2000 году входил в общенациональную группу по компьютеризации пунктов продажи во всех почтовых отделениях Англии.

Andrew Coyle

Andrew Coyle – профессор кафедры анализа пенитенциарных систем в Королевском колледже Лондонского университета. В период с 1997 по 2000 год был также директором Международного центра тюремных исследований. До этого в течение 25 лет работал на руководящих должностях в службах исполнения наказаний Соединенного Королевства, в этот же период служил начальником в четырех крупнейших тюрьмах. Он является советником по исправительным учреждениям Верховного комиссара ООН по правам человека, Института Латинской Америки ООН, Совета Европы, в том числе его Комитета по предупреждению пыток, и правительств нескольких стран. Он

входит в состав комиссии экспертов против пыток при министре иностранных дел Соединенного Королевства. Получил степень доктора философии по криминологии в Эдинбургском университете. Член совета Королевского колледжа, Лондон. В 2003 году за заслуги в проведении международной реформы пенитенциарной системы был произведен в кавалеры ордена Святого Михаила и Святого Георгия.

Andrew Fraser

Andrew Fraser является директором управления здравоохранения службы исполнения наказаний Шотландии, Соединенное Королевство. С 1993 года работал специалистом общественного здравоохранения. В период с 1997 по 2003 год был заместителем главного медицинского специалиста по вопросам политики общественного здравоохранения в правительстве Шотландии. С 1994 по 1997 год работал директором управления общественного здравоохранения в Национальной службе здравоохранения по региону Северо-Шотландского нагорья. С 1993 по 1994 год был директором по медицинским вопросам отделения национальных служб Шотландского департамента национальных служб. В настоящее время в круг его основных интересов входит реформа службы здравоохранения в исправительных учреждениях, здравоохранение в исправительных учреждениях как часть общественного здравоохранения, национальная политика в отношении проблем, связанных с алкоголем, этика и права человека. Он является членом руководящей группы проекта «Охрана здоровья в тюрьмах» Европейского регионального бюро ВОЗ, членом совета Королевского колледжа врачей Эдинбурга, членом ученого совета по общественному здравоохранению Соединенного Королевства и членом Королевского колледжа терапевтов и хирургов Глазго. До поступления на службу в систему общественного здравоохранения изучал медицину и общественное здравоохранение в университетах Абердина и Глазго, а затем прошел курс обучения по внутренним болезням.

Alex Gatherer

Alex Gatherer в течение многих лет работал директором управления общественного здравоохранения Оксфорда и являлся почетным приглашенным членом Зеленого колледжа Оксфордского университета. Он был советником проекта «Охрана здоровья в тюрьмах» Европейского регионального бюро ВОЗ с момента его основания, а в 2006 году был награжден премией Элвина Смита факультета общественного здравоохранения Королевского колледжа врачей в Лондоне, отчасти в знак признания его заслуг в сфере общественного здравоохранения и охраны здоровья в исправительных учреждениях.

Paul Hayton

Paul Hayton является директором программы «Здоровые тюрьмы» в отделе развития здоровых социальных сред института последипломного образования врачей университета Центрального Ланкашира, Англия. Он участвует в научных исследованиях и разработках в области здравоохранения в исправительных учреждениях для Министерства здравоохранения Соединенного Королевства и работает заместителем директора Сотрудничающего центра Европейского регионального бюро ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах при Министерстве здравоохранения. Он написал несколько статей по проблемам исправительных учреждений и укрепления здоровья и является соавтором книг по данной тематике. До назначения на свою теперешнюю должность занимал посты в Национальной службе здравоохранения, связанные с развитием общественного здравоохранения, со специализацией в области профилактики ВИЧ. Ранее служил в Королевских военно-воздушных силах.

Tony Jenner

Tony Jenner в настоящее время является исполняющим обязанности заместителя главного стоматолога в Министерстве здравоохранения Англии, а с 2003 года работает заведующим отделом политики в отношении гигиены ротовой полости в этом же министерстве. В 1992 году был назначен специалистом-стоматологом общественного здравоохранения, а также региональным специалистом-стоматологом по Северо-Западному региону Англии. С 1971 года вплоть до начала последипломного исследования работал штатным практикующим стоматологом в Национальной службе здравоохранения и в государственной стоматологической службе. Участвовал в руководстве разработки стратегии модернизации стоматологической службы исправительных учреждений Англии для Министерства здравоохранения и Королевской службы исполнения наказаний. С 2002 года является ведущим специалистом министерства по стоматологической помощи в исправительных учреждениях. Также возглавлял разработку стратегии правительства Соединенного Королевства в области гигиены ротовой полости для Англии под названием «Выбор в пользу укрепления здоровья ротовой полости». Член ученого совета по общественному здравоохранению Соединенного Королевства и ученого совета по общей стоматологической практике Соединенного Королевства.

Ralf Jürgens

Ralf Jürgens является одним из основателей Канадской правовой сети по проблемам ВИЧ/СПИДа и с 1998 по 2004 год работал ее исполнительным директором. С 2004 года работал консультантом по вопросам ВИЧ и СПИДа, здравоохранения, политики и прав человека в Буркина-Фасо, Канаде, Кении, Российской Федерации, Сенегале, Таджикистане, Украине и Замбии по направлению таких организаций, как Международный союз по борьбе с ВИЧ/СПИДом, Институт открытого общества, ВОЗ, Управление ООН по наркотикам и преступности, управление международных отношений Министерства здравоохранения Канады и Канадская правовая сеть по проблемам ВИЧ/СПИДа. Ранее был координатором проекта Канадского комитета экспертов по СПИДу и исправительным учреждениям и вел самый первый курс «СПИД и право», который когда-либо преподавался в канадских университетах. Является членом Глобальной группы референтов по ВИЧ/СПИДу и правам человека Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), а недавно, в 2006 году, был сопредседателем секции «Политика» 26-й Международной конференции по СПИДу. Ralf Jürgens является автором многих докладов и более 100 статей по проблемам законности, этики и прав человека, связанным с ВИЧ и СПИДом, редактором целого ряда научных журналов по проблемам ВИЧ и СПИДа и исправительных учреждений. Имеет степень магистра права, полученную в университете Мак-Джилл (Монреаль, Канада), и степень доктора права, полученную в Мюнхенском университете (Германия).

Andrej Kastelic

Andrej Kastelic – врач, работает заведующим Национальным центром лечения наркозависимости в Любляне (Словения). Кроме того, он является начальником отдела координации центров профилактики и лечения наркозависимости в Министерстве здравоохранения Республики Словения и председателем совета директоров. Andrej Kastelic является президентом Адриатической сети по лечению наркозависимости в Юго-Восточной Европе, директором совета Фонда «Звук отражения», консультантом по программам лечения в исправительных учреждениях в Министерстве юстиции Словении и консультантом и/или главным инструктором при разработке программ лечения наркозависимости в местных общинах и исправительных учреждениях в Албании, Азербайджане, Боснии и Герцеговине, Черногории, Румынии, Республике

Сербия, Тайване, бывшей Югославской Республике Македония и Украине. Он служит техническим советником Международной программы развития проектов снижения вреда и является членом временных рабочих групп по заместительной терапии при ВОЗ, ЮНЭЙДС и Управлении ООН по наркотикам и преступности, консультантом Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе, ЮНЭЙДС и членом Комитета экспертов, который подготовил и рецензировал методические указания Европейского союза по метадоновой терапии. Andrej Kastelic написал более 300 книг и статей по наркозависимости и несколько руководств и брошюр для потребителей наркотиков, а также по вопросу профилактики употребления наркотиков.

Dumitru Laticevschi

Dumitru Laticevschi – врач, с 1995 года работал хирургом в Центральной больнице исправительных учреждений в Республике Молдова. С 1997 по 1999 год участвовал в разработке, с 2000 по 2003 год в руководстве, а с 2003 по 2006 год в консультировании программы борьбы с туберкулезом в исправительных учреждениях Республики Молдова. В 2000 году разработал и осуществил экспериментальный проект по обмену игл и шприцев в исправительных учреждениях Республики Молдова. С 2003 по 2006 год руководил отделом Республики Молдова по реализации программ борьбы с туберкулезом/СПИДом, финансируемых Всемирным банком и Глобальным фондом борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. С апреля 2006 года Dumitru Laticevschi работает в Глобальном фонде в качестве руководителя сектора грантов фонда на цели борьбы с туберкулезом, ВИЧ и малярией в группе стран Восточной Европы.

Rick Lines

Rick Lines, магистр гуманитарных наук, магистр права, исполнительный директор Ирландского треста по реформированию пенитенциарной системы – ведущей неправительственной организации Ирландии, выступающей за права заключенных и реформирование исправительных учреждений. С 1993 года Rick Lines работает в неправительственных организациях Канады и Европы по защите прав заключенных и реформированию политики и является признанным международным авторитетом по вопросам ВИЧ и СПИДа, снижению вреда и политики в отношении наркотиков в исправительных учреждениях. Rick Lines член нескольких консультативных комитетов по проблемам ВИЧ/СПИДа Исправительной службы Канады и служит советником по технической помощи в министерствах юстиции Румынии и Болгарии от имени учреждений ООН. Он является соавтором труда «Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка больных в условиях исправительных учреждений: основа для действенных ответных мер на уровне страны», который был опубликован в 2006 году совместно Организацией Объединенных Наций, ВОЗ и ЮНЭЙДС. Rick Lines член редакционной коллегии «Международного журнала по охране здоровья заключенных». Он выступал на многих международных конференциях и совещаниях, его статьи были опубликованы в журналах «Обзор политики и законодательства в области ВИЧ/СПИДа», «Обзор европейского законодательства о правах человека» и «Международном журнале по охране здоровья заключенных».

Lars Møller

Lars Møller – врач, специализирующийся в области медицины общественного здравоохранения, в 1998 году получил степень доктора медицинских наук в Копенгагенском университете (Дания). Работал в Институте общественного здравоохранения

Копенгагенского университета в области эпидемиологии и профилактики заболеваний, а также в Национальном совете здравоохранения в Копенгагене. С 1992 по 2001 год был врачом-консультантом в Международном совете по реабилитации жертв пыток. С 2001 года является сотрудником Европейского регионального бюро ВОЗ, с 2002 года руководит проектом «Охрана здоровья в тюрьмах».

Haik Nikogosian

Д-р Haik Nikogosian в настоящее время работает в Европейском региональном бюро ВОЗ и занимает должность заместителя директора отделения программ здравоохранения, а также является руководителем отдела неинфекционных заболеваний и психического здоровья. Он врач, имеет степень доктора философии и доктора медицинских наук. С 1993 года профессор медицинских наук. Ранее работал директором Диагностического центра Армении, директором Национального института здравоохранения Армении и приглашенным профессором университета штата Мэриленд, США. После этого занимал должность министра здравоохранения Армении, а в 2000 году перешел на работу в Европейское региональное бюро ВОЗ. В течение всех последних лет координация работ в сфере злоупотребления алкоголем, наркомании и охраны здоровья в исправительных учреждениях является одним из наиболее важных направлений работы д-ра Haik Nikogosian.

Jan Palmer

Jan Palmer работает медсестрой-консультантом по злоупотреблению психоактивными веществами, последние 10 лет возглавляет работу по созданию клинических наркологических служб в женских исправительных учреждениях. За это время написала и внедрила в практику серию клинических руководств, которые стали первыми национальными протоколами для исправительных учреждений в Западной Европе. Являясь сотрудницей отдела медицинской службы в исправительных учреждениях Министерства здравоохранения, Jan Palmer также оказывает поддержку и дает советы некоторым коллегам, работающим в мужских исправительных учреждениях для взрослых, при создании ими своих клинических наркологических служб. Области профессиональных интересов Jan Palmer включают помощь беременным потребительницам наркотиков и снижение числа случаев вреда и смерти, причиняемых заключенными самим себе во время содержания под стражей. До того как начать эту работу в исправительных учреждениях, Jan Palmer работала в одной из местных наркологических служб, а еще раньше 17 лет проработала во взрослых психиатрических службах, включая оказание помощи больным с двойным диагнозом.

Jean-Pierre Restellini

Jean-Pierre Restellini, доктор медицины, бакалавр права, является членом Комитета по предупреждению пыток при Совете Европы, назначенным от имени Швейцарии. Он является членом руководства Швейцарского учебного центра для сотрудников исправительных учреждений и бывшим членом Центральной комиссии по этике Швейцарской академии медицинских наук.

Heino Stöver

Heino Stöver является социологом и профессором общественного здравоохранения на кафедре педагогики университета имени Карла фон Оссецки в г. Ольденбург (Германия). С 1987 года работает директором архивно-документального центра по наркологической литературе и исследованиям Бременского университета (www.archido.de). Один из основателей Бременского института наркологических исследований (BISDRO) и старший эксперт Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) в Берлине

(Германия). Основные области знаний и опыта Heino Stöver включают предоставление медико-санитарной помощи, наркологические услуги, исправительные учреждения и связанные с ними вопросы здравоохранения. Его опыт научных исследований и консультирования включает работу в качестве консультанта Европейской комиссии, Управления ООН по наркотикам и преступности, ВОЗ, Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости, Международного комитета Красного Креста и Института открытого общества в самых различных проектах и программах. В настоящее время Heino Stöver проводит научные исследования для крупного проекта, касающегося проблемных потребителей наркотиков и алкоголя, содержащихся под стражей в полиции, который финансируется рамочной программой ЕС по сотрудничеству между полицией и судебными органами в вопросах преступности (AGIS), для двух других проектов исследований в рамках AGIS, которые финансируются Европейским союзом, и для европейского исследования по проблеме снижения вреда в исправительных учреждениях Европы (исследование Европейской сети по профилактике наркотиков и инфекций в исправительных учреждениях). Им опубликовано несколько статей и книг по программам заместительной терапии (включая предоставление героина) для населения и для исправительных учреждений, по вопросам здравоохранения в исправительных учреждениях. Он является одним из редакторов «Международного журнала по охране здоровья заключенных». Heino Stöver приобрел опыт работы по реализации проектов, участвуя в нескольких проектах в Европейском союзе, и в настоящее время руководит проектом по установлению партнерских отношений в области укрепления организационно-кадрового потенциала между родственными организациями по контролю и профилактике инфекционных заболеваний в пенитенциарной системе Латвии.

Hjalmar J.C. van Marle

Hjalmar J.C. van Marle является профессором судебной психиатрии на факультете медицины и на юридическом факультете университета им. Эразма в г. Роттердам. Кроме того, он работает судебным психиатром и психотерапевтом в судебно-медицинской амбулаторной клинике «Де Док» в Роттердаме и исполняет штатную должность свидетеля-эксперта в судах. Он также является председателем программы научных исследований в Центре судебно-психиатрической экспертизы в Утрехте. Ранее Hjalmar J.C. van Marle работал главным администратором и начальником медицинской службы в больнице строгого режима Dr S. van Mesdagkliniek в Гронингене и центре судебно-медицинского наблюдения Pieter Vaan Centrum в Утрехте. В течение нескольких лет назначался советником по психиатрии в Министерстве юстиции и в клинике Prof. W.P.J. Romprekliniek в Неймегене. Был профессором судебной психиатрии в университете Неймегена и психотерапевтом в больнице Dr H. van der Hoeven TBS в Утрехте. Ранее был председателем Международной академии права и психического здоровья и членом редакционной коллегии журнала «Forensische Psychiatrie und Psychologie», международного журнала «International Journal of Forensic Health» и Psychiatrienet.nl. С 1979 года Hjalmar J.C. van Marle публикует труды по диагностике и лечению в условиях содержания под стражей делинквентов (сексуальных) с психическими расстройствами, по противодействию агрессии в ходе лечения, по исследованию проблем рецидивизма и факторов риска психических расстройств, а также по политике в области судебной психиатрии в отдельных странах и на международном уровне. В настоящее время области его научных исследований включают: психические детерминанты буйного поведения, персистентная делинквентность у подростков, эффекты лечения и эпидемиология криминальности в сочетании с психиатрической помощью.

Jaap Veen

Д-р Jaap Veen, PhD, начал свою карьеру в должности медицинского инспектора в Ботсване, где, среди других общих обязанностей, в 1976 году помогал разрабатывать национальную программу Ботсваны по борьбе с туберкулезом. С 1979 по 1989 год работал специалистом в районном туберкулезном диспансере в Нидерландах. В 1980 году получил ученую степень в области общественного здравоохранения, а в 1992 году – степень доктора философии. С 1989 по 2005 год работал консультантом по вопросам туберкулеза в Королевском нидерландском фонде борьбы с туберкулезом (KNCV). Пройдя обучение у Karel Styblo, с 1986 года состоял консультантом по борьбе с туберкулезом различных учреждений, включая ВОЗ и Всемирный банк, в странах Африки и Азии, а с 1996 года в Восточной Европе. От имени KNCV координировал проекты по борьбе с туберкулезом в исправительных учреждениях в Казахстане и Республике Молдова, а также был консультантом проектов Международного комитета Красного Креста по борьбе с туберкулезом в исправительных учреждениях стран Южного Кавказа. С 2005 года работает региональным медицинским директором по вопросам туберкулеза проекта HOPE в Центральной Азии. В 2005 году получил степень почетного доктора в Республике Молдова.

Caren Weilandt

Caren Weilandt является психологом и психотерапевтом со специализацией в области психофизиологии, клинической психологии и укрепления здоровья. Имеет степень доктора философии, полученную в Свободном университете Берлина. С 1988 года работает в Научном институте Немецкой медицинской ассоциации (WIAD, Бонн, Германия), где является заместителем директора. Д-р Caren Weilandt участвовала в нескольких исследованиях по проблемам профилактики ВИЧ, проводимых по заказу федерального Министерства здравоохранения Германии и Европейской комиссии. Ее научная деятельность охватывает исследования по психонейроиммунологии и ВИЧ-инфекции, миграции и здоровью, инфекционным заболеваниям и употреблению наркотиков. Она является автором учебных программ по профилактике ВИЧ для нескольких категорий специалистов. С 1996 года координирует работу Европейской сети по профилактике ВИЧ/СПИДа в исправительных учреждениях, в настоящее время является координатором Европейской сети по профилактике наркотиков и инфекций в исправительных учреждениях, которая финансируется Европейской комиссией.

Определения

Термин «исправительное учреждение» служит для обозначения как минимум тех учреждений, в которых содержатся люди, приговоренные судом к лишению свободы на определенный срок за преступления против закона. Однако принципы, подходы и технические рекомендации, содержащиеся в данном руководстве, применимы и в отношении других форм принудительного содержания под стражей. Учреждения, охватываемые термином «исправительное учреждение», в разных странах могут быть разными.

Фраза «исправительное учреждение, содействующее укреплению здоровья» используется для обозначения исправительных учреждений, в которых сведена к минимуму угроза для здоровья; такие обязательные функции исправительного учреждения, как поддержание режима, выполняются в атмосфере заботы о людях, за каждым заключенным признается его неотъемлемое человеческое достоинство и соблюдаются его права человека; медико-санитарные услуги оказываются на таком же уровне и так же профессионально, как и во всей стране; нормой является комплексный подход к укреплению здоровья и благополучия с полным охватом всех условий и сторон жизни в исправительном учреждении.

1. Введение

Для кого предназначено данное руководство

Данное руководство было написано для всех, кто работает в исправительных учреждениях или по роду деятельности причастен к укреплению здоровья заключенных и/или персонала. Естественно, что в эту категорию входят медицинские работники, однако в настоящем руководстве содержится полезная информация и методические рекомендации для всех лиц и организаций, отвечающих за заключенных. Кроме того, оно будет полезно всем, кто имеет хоть какое-то отношение к исправительным учреждениям.

Каждый может внести свой вклад в то, чтобы сделать условия в исправительных учреждениях более здоровыми как для персонала, так и для заключенных и добиться успеха в деятельности по охране и укреплению здоровья в исправительных учреждениях. Применение рекомендаций, содержащихся в данном руководстве, позволит в итоге создать исправительное учреждение, в котором роль каждого сотрудника будет приносить ему удовлетворение, и, кроме того, будет достигнуто заметное снижение того вреда, который может причинять тюремное заключение.

Как пользоваться руководством

Каждая глава написана по одной и той же схеме. Вначале дается перечень основных фактов и проблем, затем приводится общая справочная информация о сути дела и подробно рассматривается сама проблема и то, что можно сделать.

В руководстве принят комплексный подход с полным охватом всех сторон жизни в исправительном учреждении. Поэтому мы советовали бы каждому прочитать определения, предисловие и первые три главы и лишь после этого сосредоточить внимание на конкретной области своей работы или практического интереса, чтобы можно было оценить то, что делается сегодня, и, если необходимо, внести изменения в практику работы.

Основные положения и важные первые шаги

Отдельные люди, которым поручены определенные участки работы исправительного учреждения, могут сделать немало. Однако мы твердо убеждены в том, что создать исправительное учреждение, содействующее укреплению здоровья, можно лишь в том случае, если в решении этой задачи будет участвовать весь персонал, включая руководящий состав, который определяет моральный климат во всем учреждении.

Внедрять изменения нужно с ориентацией на их непрерывность и последовательность. Посредством инициатив и экспериментальных проектов, направленных на решение отдельно взятой проблемы и часто финансируемых со стороны, конечно, можно добиться многого, но все-таки проекты дадут больший эффект, и этот эффект будет иметь более долгосрочный характер, если система здравоохранения в исправительных учреждениях будет строиться на характеристиках устойчивого подхода, т.е. если будет принята разумная политика, основанная на ясно выраженных принципах, которые ведут к эффективной практической работе персонала, получающего всю необходимую поддержку и имеющего хорошую подготовку.

Самым верным способом достичь устойчивости является установление прочных связей и поддержание тесного сотрудничества между медицинскими службами исправительных учреждений и местными гражданскими службами здравоохранения. Такое сотрудничество поможет предотвратить использование исправительных учреждений в качестве учреждений, где медико-санитарная помощь не оказывается.

Для того чтобы исправительное учреждение могло называться учреждением, содействующим укреплению здоровья, требуется наличие многих неперенных составляющих, и среди них – обеспечение руководства на политическом уровне, руководства на уровне администрации учреждения и лидерство, проявляемое каждым сотрудником учреждения на своем месте. Особая роль принадлежит сотрудникам медицинской службы, но и заключенным тоже отводится своя роль, большое значение имеет поддержка со стороны общества.

Руководство на политическом уровне

Очень важны первые шаги, которые начинаются с руководства на политическом уровне (врезка 1.1).

Врезка 1.1. Важные первые шаги на пути к здоровому исправительному учреждению

1. Руководство на политическом уровне:
 - 1.1. признать, что исправительные учреждения выполняют жизненно важную общественную функцию;
 - 1.2. понять, как хорошо организованная охрана здоровья в исправительных учреждениях влияет на здоровье населения;
 - 1.3. поддержать тесное сотрудничество между медицинскими службами исправительных учреждений и гражданскими службами здравоохранения страны;
 - 1.4. поддержать обмен знаниями и опытом между странами: например, проверить, является ли ваша страна участницей проекта ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах».
 2. Выработать и принять государственную политику, учитывающую рекомендации руководящих работников пенитенциарных служб и ведущих советников по вопросам политики здравоохранения.
 3. Позаботиться о том, чтобы сотрудники исправительных учреждений имели беспрепятственный доступ к основным документам, таким как данное руководство, на родном языке или на другом понятном им языке.
-

Пока еще не получил достаточного признания тот факт, что пенитенциарная служба – это общественная услуга, удовлетворяющая определенные фундаментальные потребности общества, такие как потребность людей чувствовать себя в безопасности, и знать, что преступление наказано в достаточной мере и с преступника взыскано по заслугам. Как и в случае всех других общественных услуг, степень и качество предоставления этой услуги зависят от политической воли. Поддержка принципа более здоровых исправительных учреждений на политическом уровне должна быть основана на признании того, что:

- хорошо организованное здравоохранение в исправительных учреждениях является неотъемлемой частью хорошего общественного здравоохранения;
- хорошее общественное здравоохранение позволит сполна использовать возможности, предоставляемые исправительными учреждениями;
- исправительные учреждения могут способствовать улучшению здоровья населения, помогая улучшить здоровье некоторых наиболее обездоленных членов общества.

Опыт нескольких стран Европы заставил обратить внимание на те проблемы, которые часто возникают в тех случаях, когда медицинские службы исправительных учреждений работают в отрыве от служб общественного здравоохранения страны. К таким проблемам относятся трудности в наборе медицинских работников и не соответствующая потребностям система повышения квалификации и обучения кадров. Сегодня настоятельно рекомендуется, чтобы медицинские службы здравоохранения тесно взаимодействовали с гражданскими службами и министерствами здравоохранения, чтобы в исправительных учреждениях можно было обеспечить такой же уровень помощи, как и в местных больницах и в местных сообществах. Более того, как было признано в Московской декларации ВОЗ об охране здоровья в тюрьмах в рамках системы общественного здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003), министерством, ответственным за охрану здоровья в исправительных учреждениях, по возможности должно быть министерство, ответственное за общественное здравоохранение.

Поскольку службы в исправительных учреждениях во всех странах Европы сталкиваются со сходными проблемами общественного здравоохранения и могут многому научиться друг у друга, большинство государств-членов объединились и принимают участие в проекте ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах». В тех странах, которые пока не участвуют в проекте, Министерству здравоохранения рекомендуется поставить перед ВОЗ вопрос либо о членстве, либо о сотрудничестве с проектом, чтобы эти страны тоже смогли воспользоваться возможностями, которые предоставляет проект, и узнавать о новшествах и опыте, которые могут быть для них актуальны.

Потребность в изменении и улучшении практики работы может быть скорее воспринята положительно, а сами изменения могут быть скорее осуществлены, если у людей, которых это касается, будут знания, правильное отношение и понимание того, почему нужно работать по-другому. Настоящее руководство призвано помочь странам, стремящимся к проведению реформ, удовлетворить эти потребности, однако его необходимо иметь на том языке, который понятен сотрудникам. Поэтому самым важным и первоочередным шагом, который должны сделать лица, формирующие политику, может быть организация перевода этого руководства для сотрудников исправительных учреждений в данной стране.

Руководство на уровне администрации учреждения

В современном обществе управлять такими объектами, как исправительные учреждения, сложно. Нагрузка на администрацию на всех уровнях постоянно возрастает из-за действия таких факторов, как переполненность тюрем, эпидемии тяжелых, угрожающих жизни заболеваний, непрекращающееся использование исправительных учреждений для содержания психически больных людей и высокий уровень распространенности злоупотребления веществами во многих странах.

Врезка 1.2. Важные участки работы, которые должна держать под контролем администрация исправительных учреждений

1. Прием вновь поступающих (добиваться уменьшения стресса).
2. Работа с новичками (с целью повышения навыков и умений психологической адаптации).
3. Общие условия (соблюдение чистоты).
4. Общая обстановка (контроль за ситуацией, с круглосуточным дежурством сотрудников по всему исправительному учреждению).
5. Поддержка заключенных, системы наставничества или ключевых работников.
6. Поддержка и поощрение сотрудников.

7. Контакты с родственниками, друзьями и гражданским обществом.
 8. Выработка элементарных жизненных навыков, таких как чтение, письмо и арифметика.
 9. Доступные виды занятий, включая работу, получение образования, активный досуг.
 10. Неприкосновенность частной жизни и сохранение конфиденциальности.
 11. Признание индивидуальности, предоставление выбора, когда это возможно.
-

В настоящее время у большинства заключенных имеется не одна, а сразу несколько проблем. Если прибавить к этому содержание под стражей лиц, ищущих убежища, и высокий процент представителей национальных меньшинств среди отбывающих сроки заключения, все это в совокупности создает чрезвычайно трудные условия работы для тех, кто должен гарантировать режим, безопасность и благопристойность в исправительных учреждениях. Мы надеемся, что ценность данного руководства будет в том, что оно покажет, как успешнее всего можно решать многие из вышеуказанных проблем.

Первейшая задача, которая стоит перед руководителями администрации исправительных учреждений, осуществляющими руководство сверху, но также получающими надежную поддержку от работников министерств, т.е. от сотрудников центрального аппарата, — определять моральный климат, общую атмосферу исправительного учреждения. Контрольный перечень вопросов для руководства, который содержится в публикации проекта ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах», посвященной укреплению психического здоровья в исправительных учреждениях (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999), начинается с таких слов: «Во всех исправительных учреждениях должна распространиться концепция заботы, позитивных ожиданий и уважения».

Далее в этом контрольном перечне рассматриваются другие важные участки, которые должны держать в поле зрения руководители администрации (врезка 1.2). Некоторые руководители исправительных учреждений посчитали необходимым включить в состав руководства учреждения ведущих медицинских работников, чтобы таким образом можно было оценивать все стороны тюремной жизни с точки зрения их влияния на здоровье. Если же медицинские работники числятся сотрудниками службы общественного здравоохранения, их регулярное участие в руководстве исправительным учреждением помогает уменьшить трудности, которые могут возникать, когда лица, ответственные за режим контроля и безопасности, работают вместе с медицинскими работниками, имеющими свои, иные профессиональные нормы и правила. Определенная напряженность в отношениях между медицинским персоналом и персоналом службы режима может быть неизбежной, но ее можно значительно уменьшить, если сотрудники разных служб понимают и научились уважать роль друг друга.

Лидерство, проявляемое каждым сотрудником

Невозможно создать исправительное учреждение, содействующее укреплению здоровья, без вклада каждого его сотрудника в достижение этой цели. При нынешних проблемах здравоохранения в исправительных учреждениях сотрудники должны знать и понимать, в чем состоят эти проблемы, как могут распространяться инфекции, как с ними лучше всего бороться и как можно укреплять здоровье и благополучие.

Если на сотрудников исправительных учреждений прямо или косвенно возложена обязанность оказывать помощь, они должны знать и понимать, что это значит для их повседневной работы. Во многом помочь в получении необходимых знаний должно такое руководство, как это, однако у сотрудников должны быть возможности и дальше

углублять понимание, которое так важно для решения вопросов, связанных со здоровьем, включая вопросы этики.

В исправительных учреждениях, содействующих укреплению здоровья, внимание уделяется не только здоровью заключенных. Не менее важны здоровье и благополучие персонала. Работа в исправительном учреждении часто ставит сотрудников перед трудными вопросами здоровья, перед проявлениями насилия, издевательства, произвола и беспорядков со стороны толпы преступников, а также перед фактом низкого качества и переполненности помещений, в которых живут заключенные, что имеет тяжелые последствия для психосоциального благополучия персонала.

Во многих исправительных учреждениях растет число невыходов на работу сотрудников по болезни. Это указывает на то, как условия в этих учреждениях влияют на здоровье каждого, кто в них работает, и вызывают другие явления, как, например, истощение физических и духовных сил, пьянство и наркомания, уход в себя и неспособность справиться со стрессом, создаваемым тяжелыми переживаниями в повседневной работе. Поэтому необходимо регулярно проверять состояние здоровья сотрудников, а руководство учреждения должно обращать внимание на такие показатели, как заболеваемость сотрудников и уровень текучести кадров.

Во врезке 1.3 дается контрольный перечень начинаний, которые могут помочь сохранить здоровье сотрудников, повысить уровень их информированности и понимания и помочь им укрепить собственное здоровье и благополучие.

Врезка 1.3. Контрольный перечень начинаний по сохранению здоровья, предпринимаемых персоналом и для персонала в исправительных учреждениях

1. Создание групп по укреплению здоровья.
 2. Введение дней информации и здоровья, при проведении которых главное внимание уделяется употреблению наркотиков, алкоголя, питанию, инфекционным заболеваниям, насилию и гендерным вопросам.
 3. Проведение обучения, как можно бросить курить.
 4. Улучшение питания в рабочее время, например, включение фруктов в меню столовой.
 5. Обеспечение возможности консультироваться с коллегами по проблемам и кризисным ситуациям.
 6. Создание региональных рабочих групп для обмена опытом.
 7. Создание структур по оказанию помощи после чрезвычайных происшествий и болезни, обусловленной стрессом (контакт с коллегами и опрос о действиях во время происшествия).
-

Особая лидирующая роль медицинского персонала

Особая роль лидеров в создании исправительного учреждения, содействующего укреплению здоровья, принадлежит врачам, медицинским сестрам и другим медицинским работникам, состоящим на службе в исправительных учреждениях. Они должны начинать работать, имея солидную базу профессиональной подготовки, при получении которой всесторонне изучались и обсуждались такие вопросы, как конфиденциальность, права больных и права человека. Они также должны иметь определенные знания в области эпидемиологии, знать пути распространения заболеваний и как на нездоровье могут влиять факторы образа жизни и принадлежности к определенной социально-экономической категории. Они также должны знать о питании человека и о важности физической активности и свежего воздуха для укрепления здоровья. Они должны быть

начеку и уметь вовремя увидеть потенциальные угрозы для здоровья и быть в состоянии выявлять ранние признаки психических расстройств.

Все сотрудники исправительного учреждения должны знать, что медицинские работники могут делать и о чем их можно попросить, но также знать, к каким видам деятельности медицинских работников нельзя привлекать.

Партнерские отношения в интересах здоровья: роль заключенных

Одним из краеугольных камней в укреплении здоровья является концепция наделения человека правами и возможностями: он должен быть в состоянии сделать выбор в пользу здоровья, и ему должно быть разрешено сделать такой выбор. В деле укрепления здоровья в исправительных учреждениях такой подход невозможен. Поэтому важно, чтобы в тюремном режиме как можно больше предусматривалось прав и возможностей.

Есть одно направление в этой связи, которое имеет большое значение: это предоставление заключенным медико-санитарной информации. Заключенным, страдающим такими хроническими заболеваниями, как диабет, должны вручаться брошюры с изложением фактических данных, в которых объясняется, что может сделать медицинская служба исправительных учреждений, и даются советы о том, как заключенному лучше всего справиться с подобным недугом, находясь в исправительном учреждении. Если брошюры с фактическими данными окажутся неэффективными (либо из-за языковых барьеров, либо из-за малограмотности), следует использовать другие способы распространения информации, например, видеофильмы и другие наглядные пособия или дискуссионные группы по вопросам здоровья, руководимые квалифицированным медработником.

Некоторые брошюры с фактическими материалами и рекомендациями можно составить на основе данного руководства и адаптировать для использования там, где это необходимо.

Партнерские отношения в интересах здоровья: поддержка общества

Большую пользу в укреплении здоровья и благополучия в исправительных учреждениях могут принести регулярные контакты с местными службами и привлечение общественных организаций. По возможности заключенные еще до выхода на свободу должны быть закреплены за основными местными службами, такими, как службы пробабии или условно-досрочного освобождения и социального обеспечения.

Литература

Организация Объединенных Наций (1966). *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*. Женева, Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (<http://www.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2003). Декларация об охране здоровья в тюрьмах в рамках системы общественного здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (http://www.euro.who.int/Document/HIPP/moscow_declaration_eng04.pdf, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

2. Нормы в области здравоохранения в исправительных учреждениях: заключенный как пациент

Andrew Coyle

Основные пункты

- Лица, заключенные в исправительное учреждение, имеют такие же права на медико-санитарную помощь, как и все остальные.
- Администрация исправительных учреждений обязана обеспечивать получение заключенными надлежащей медико-санитарной помощи, а также добиваться того, чтобы условия в исправительных учреждениях способствовали благополучию как заключенных, так и персонала исправительных учреждений.
- Медицинские работники исправительных учреждений должны обращаться с заключенными в первую очередь как с пациентами, а не как с заключенными.
- Медицинские работники исправительных учреждений должны обладать такой же профессиональной независимостью, как и их коллеги, работающие в гражданском обществе.
- Политика в области здравоохранения в исправительных учреждениях должна быть интегрирована в государственную политику в области здравоохранения, и руководство общественного здравоохранения должно быть тесно связано со службами здравоохранения, действующими в исправительных учреждениях.
- Это касается всех аспектов охраны здоровья, но особенно важно для борьбы с инфекционными заболеваниями.
- Важные нормы медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях содержатся в Европейских тюремных правилах, утвержденных Советом Европы.

Основные принципы

Качество медико-санитарной помощи, оказываемой заключенным, определяется несколькими международными нормами. Прежде всего, статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (ООН, 1966) устанавливает «право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». Это точно так же относится к заключенным, как и ко всем остальным людям. Лица, находящиеся в заключении, сохраняют свое фундаментальное право на хорошее здоровье, как физическое, так и психическое, и право на такой уровень медико-санитарной помощи, который как минимум эквивалентен уровню помощи, оказываемой в обществе в целом.

Основные принципы обращения с заключенными (ООН, 1990) указывают на то, каким образом следует реализовывать право заключенных на наивысший достижимый уровень медицинского обслуживания: «Заключенные пользуются медицинским обслуживанием, имеющимся в данной стране, без дискриминации в связи с их юридическим положением» (Принцип 9). Иными словами, тот факт, что человек находится в исправительном учреждении, не означает, что его право на надлежащее медицинское обслуживание может быть каким-то образом умалено. Скорее, наоборот. Когда государство лишает людей свободы, оно берет на себя ответственность за их здоровье как с точки зрения условий, в

которых они содержатся под стражей, так и с точки зрения индивидуального лечения, которое может потребоваться. Администрация исправительных учреждений обязана не просто обеспечивать медико-санитарную помощь, но также и создавать условия, которые способствовали бы благополучию как заключенных, так и персонала исправительных учреждений. Заключенные не должны выходить из исправительного учреждения в худшем состоянии, чем до поступления туда. Этот принцип подтвержден в Рекомендации № R (98) 7 Комитета министров Совета Европы (1998) об этических и организационных аспектах медицинского обслуживания в исправительных учреждениях и в документах Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (КПП), в частности, в его *третьем генеральном докладе* (Совет Европы, 1993). Европейский суд по правам человека также принимает все больше судебных решений, подтверждающих обязанность государств обеспечивать здоровье заключенных, находящихся у них на попечении¹.

Иногда выдвигается аргумент, что государства не могут предоставлять заключенным медико-санитарной помощи надлежащего качества по причине нехватки ресурсов. В *одинадцатом генеральном докладе* о своей деятельности (Совет Европы, 2001) КПП подчеркнул обязательства, которые власти несут перед заключенными даже в условиях экономических трудностей:

«КПП известно, что в условиях экономических трудностей... необходимы жертвы, в том числе и в учреждениях исполнения наказания. Однако независимо от существующих трудностей, переживаемых в любой данный момент времени, акт лишения человека свободы всегда подразумевает определенные обязанности по уходу за ним, что требует эффективных методов профилактики, обследования и лечения. Выполнение государственными властями этой обязанности становится тем более важной задачей, когда речь идет о помощи, необходимой для лечения болезней, опасных для жизни».

Что касается обязанности предоставлять заключенным надлежащую медико-санитарную помощь, есть два соображения, которые имеют фундаментальное значение. Одно из них связано с взаимоотношениями между заключенным и медперсоналом, а другое — с тем, как организована медико-санитарная помощь в исправительном учреждении.

Взаимоотношения между заключенными и медперсоналом

Все медицинские работники — сотрудники исправительных учреждений должны всегда помнить, что их первой обязанностью по отношению к любому заключенному, который становится их пациентом, является строгая беспристрастность. Это подчеркивается в первом из Принципов медицинской этики ООН (1982), относящихся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных и задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания, который гласит:

«Работники здравоохранения, в особенности врачи, обеспечивающие медицинское обслуживание заключенных или задержанных лиц, обязаны охранять их физическое и психическое здоровье и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключенными или задержанными».

¹ См., например, дела *Mouisel против Франции* (заявление номер 67263/010), *Hénaf против Франции* (заявление номер 65436/01) и *McGlinchey и другие против Соединенного Королевства* (заявление номер 50390/99).

Международный совет тюремной медицинской службы подтвердил этот принцип при утверждении Афинской клятвы (Медицинский персонал в исправительных учреждениях, 1979):

«Мы, профессиональные работники здравоохранения, работающие в тюрьмах, собравшиеся 10 сентября 1979 г. в Афинах, даем торжественное обещание, в соответствии с клятвой Гиппократова, что приложим все усилия для обеспечения возможно лучшего медицинского обслуживания для всех лиц, заключенных в тюрьму по каким бы то ни было причинам, без предрассудков и в рамках нашей профессиональной этики».

Этот принцип особенно важен для врачей. В некоторых странах врачи, работающие на полной ставке, могут на протяжении всей своей карьеры работать в исправительных учреждениях. В таких условиях у них практически неизбежно сложатся тесные взаимоотношения с администрацией исправительных учреждений, и, более того, они могут войти в старший руководящий состав администрации исправительных учреждений. Одним из последствий этого может быть то, что начальник исправительного учреждения может иногда обращаться к врачу с просьбой помочь в контроле за поведением заключенных, которые создают трудности. Например, охрана может просить врача ввести седативные препараты заключенным, которые проявляют насилие против самих себя, других заключенных или тюремного персонала. В соответствии с законами некоторых стран администрация тюрьмы может требовать от врачей предоставления им конфиденциальной информации о ВИЧ-статусе заключенного. Врачи никогда не должны забывать, что их взаимоотношения с каждым заключенным должны быть в первую очередь взаимоотношениями между врачом и пациентом. Врач никогда не должен делать что-либо с пациентами или быть причиной совершения какого-либо действия над ними, если это не отвечает наилучшим интересам их лечения. Аналогичным образом, как и в отношении всех остальных пациентов, врачи всегда должны получать согласие пациента-заключенного перед совершением каких-либо клинических действий, за исключением случаев, когда пациент по клиническим признакам не обладает дееспособностью для выражения такого согласия. Многие из этих вопросов² подробно разбираются в дипломном Интернет-курсе под названием «Врачи, работающие в тюрьмах: права человека и этические дилеммы», который бесплатно предоставляется в сети Интернет Норвежской медицинской ассоциацией (2004) от имени Всемирной медицинской ассоциации.

Эта первоочередная обязанность относиться к заключенным как к пациентам равным образом распространяется и на других медицинских работников. Во многих странах многие базовые функции медико-санитарной помощи осуществляют медицинские сестры. К этим функциям может относиться проведение предварительной оценки состояния здоровья вновь поступающих заключенных, выдача лекарств или выполнение лечебных действий, предписанных врачом, или первичный прием заключенных, обращающихся с жалобами на здоровье. Медсестры, выполняющие эти обязанности, должны быть надлежащим образом подготовлены к тому, что они делают, и должны при выполнении своих обязанностей относиться к людям в первую очередь как к пациентам, а не как к заключенным. Международный совет медицинских сестер (1998) опубликовал заявление, где говорится, помимо прочего, что национальные ассоциации медицинских сестер должны предоставлять медицинским сестрам, работающим в исправительных учреждениях, доступ к конфиденциальным рекомендациям, консультации и поддержку.

² Версия на компакт-дисках бесплатно предоставляется Международным комитетом Красного Креста.

Организация медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях

Один из методов обеспечения доступа заключенных к медико-санитарной помощи надлежащего качества состоит в налаживании и поддержании тесных связей между осуществляемым в исправительных учреждениях медицинским обслуживанием и общественным здравоохранением. В последние годы некоторые страны начали создавать и укреплять такие связи. Однако многие сторонники реформ систем общественного здравоохранения и здравоохранения в исправительных учреждениях утверждают, что тесной связи будет недостаточно, что охрана здоровья в исправительных учреждениях должна стать частью общей службы здравоохранения страны, а не быть специализированной службой, подчиняющейся министерству, ответственному за исправительные учреждения. В пользу движения в этом направлении существуют убедительные аргументы с точки зрения повышения качества медицинского обслуживания заключенных. В Норвегии, к примеру, процесс передачи местным органам здравоохранения ответственности за осуществление медицинского обслуживания в исправительных учреждениях был завершён в 80-е годы. Во Франции в 1994 году было принято законодательство, в соответствии с которым ответственность за охрану здоровья в исправительных учреждениях была возложена на Главное управление общественного здравоохранения в структуре Министерства здравоохранения. В Англии и Уэльсе ответственность за медицинское обслуживание в исправительных учреждениях, а также соответствующий бюджет в 2002 году были переданы Национальной службе здравоохранения.

Комитет министров Совета Европы (1998) выступил с настоятельной рекомендацией, чтобы «политика в области здравоохранения в местах лишения свободы была интегрирована в государственную политику в области здравоохранения и была совместима с ней». Комитет подчеркивает, что эта интеграция отвечает не только интересам заключенных, но и интересам всего населения, в особенности когда речь идет о программно-стратегических мерах по борьбе с инфекционными заболеваниями, которые могут распространяться из мест лишения свободы в общество в целом. Подавляющее большинство заключенных рано или поздно вернутся в гражданское общество, причем часто в те сообщества, из которых они вышли. Некоторые из них находятся в заключении очень короткое время. При их освобождении ради блага всего общества важно, чтобы они возвращались в общество здоровыми, а не нуждающимися в дополнительной поддержке служб общественного здравоохранения и не носителями инфекционных заболеваний. Преимущество медико-санитарной помощи между исправительными учреждениями и обществом — это императив для общественного здравоохранения. Многие люди приходят в исправительные учреждения и уходят из них каждый день: тюремный персонал, адвокаты, чиновники и другие посетители. Это означает наличие значительного потенциала передачи тяжелых заболеваний или инфекции. Поэтому исправительные учреждения не могут рассматриваться как объекты здравоохранения, отдельные от других учреждений в обществе.

ВОЗ настоятельно рекомендует, чтобы здравоохранение в исправительных учреждениях и общественное здравоохранение были тесно связаны. В Московской декларации ВОЗ об охране здоровья в тюрьмах в рамках системы общественного здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003) рассматриваются некоторые причины того, почему так важны тесные рабочие отношения с органами общественного здравоохранения.

- Среди контингента исправительных учреждений непропорционально велика доля выходцев из наиболее маргинализированных групп общества, людей с плохим здоровьем и хроническими незалеченными болезнями, потребителей наркотиков,

- уязвимых людей и лиц, предающихся рискованным видам деятельности, таким как употребление инъекционных наркотиков и коммерческие сексуальные услуги.
- Перемещение людей, уже являющихся носителями инфекции или подвергающихся высокой степени риска заражения болезнью, в исправительные учреждения и обратно в гражданское общество без эффективного лечения и последующего наблюдения создает риск распространения инфекционных заболеваний как внутри пенитенциарной системы, так и за ее пределами. Принимаемые ответные меры профилактики и лечения должны быть основаны на научных фактах и на разумных принципах общественного здравоохранения, в них должны участвовать частный сектор, неправительственные организации и пострадавший контингент.
 - В большинстве исправительных учреждений мира наблюдаются нездоровые условия жизни. Там распространены такие явления, как переполненность, насилие, недостаток света, свежего воздуха и чистой воды, плохое питание и действия, способствующие распространению инфекций, такие как нанесение татуировок. Показатели заражения туберкулезом, ВИЧ и гепатитом там намного выше, чем среди населения в целом.

В Декларации дается ряд рекомендаций, которые могли бы послужить основой для улучшения медицинского обслуживания всех лиц, содержащихся под стражей, охраны здоровья персонала исправительных учреждений и содействия достижению целей общественного здравоохранения в каждом государстве-члене в Европейском регионе ВОЗ.

- Правительствам государств-членов рекомендуется развивать тесные рабочие связи между министерством здравоохранения и министерством, ответственным за пенитенциарную систему, для обеспечения высокого уровня качества лечения лиц, содержащихся под стражей, защиты сотрудников, совместного обучения работников современным нормам борьбы с болезнями, высокого уровня профессионализма медперсонала в исправительных учреждениях, преемственности лечения между пенитенциарной системой и обществом и унификации статистики.
- Правительствам государств-членов рекомендуется обеспечить такое положение, при котором все необходимое медицинское обслуживание предоставлялось бы лицам, лишенным свободы, бесплатно.
- Системам общественного здравоохранения и здравоохранения в исправительных учреждениях рекомендуется сотрудничать в целях достижения такого положения, при котором руководящим принципом политики предупреждения передачи ВИЧ-инфекции и гепатита в пенитенциарных системах стало бы снижение вреда.
- Системам общественного здравоохранения и здравоохранения в исправительных учреждениях рекомендуется сотрудничать в целях раннего выявления туберкулеза и его немедленного и адекватного лечения, а также предупреждения его распространения в пенитенциарных системах.
- Государственным органам, общегражданским медицинским службам и медицинским службам исправительных учреждений, международным организациям и СМИ рекомендуется объединить свои усилия по разработке и осуществлению комплексного подхода к борьбе с двойной инфекцией – туберкулеза и ВИЧ.
- Государственным организациям, общегражданским медицинским службам и медицинским службам исправительных учреждений рекомендуется активизировать свою деятельность и объединить усилия для повышения качества психологической и психиатрической помощи заключенным.
- Правительствам государств-членов рекомендуется работать над улучшением условий содержания в исправительных учреждениях в целях соблюдения минимальных требований здравоохранения в отношении освещенности, воздуха, пространства и питания.

- Европейскому региональному бюро ВОЗ рекомендуется добиваться того, чтобы все его специализированные отделы и сотрудники в странах учитывали в своей работе потребности и проблемы пенитенциарных систем, связанные с медицинским обслуживанием, и разрабатывали и координировали меры по улучшению здоровья лиц, содержащихся под стражей.

Европейские пенитенциарные правила

Все страны – участницы проекта ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах» также являются членами Совета Европы. Комитет министров Совета Европы (1973) принял Европейские минимальные стандартные правила обращения с заключенными, которые были практически скопированы с Минимальных стандартных правил обращения с заключенными, принятых Организацией Объединенных Наций (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 1957). В 1973 году Совет Европы насчитывал 15 членов. К началу 1987 года Совет расширился до 21 члена, и Комитет министров Совета Европы (1987) принял новый комплекс Европейских пенитенциарных правил. В то же время Комитет министров отметил, что «важные тенденции в обществе и изменения, касающиеся обращения с заключенными и управления деятельностью исправительных учреждений, сделали желательной новую формулировку Минимальных стандартных правил обращения с заключенными, составленных Советом Европы (Резолюция (73) 5), чтобы поддержать и поощрить самые лучшие из этих изменений и дать простор для дальнейшего прогресса». В 2005 году в состав Совета Европы входило уже 46 государств. По этой причине Совет Европы решил пересмотреть Европейские пенитенциарные правила 1987 года.

В пересмотренных Европейских пенитенциарных правилах, принятых 11 января 2006 года Комитетом министров Совета Европы (2006), содержится значительно расширенный раздел, посвященный медицинскому обслуживанию в исправительных учреждениях. Впервые Европейские пенитенциарные правила содержат конкретное указание на обязанность администрации исправительных учреждений обеспечивать охрану здоровья всех заключенных (§ 39) и на необходимость организации медицинского обслуживания в исправительных учреждениях в тесном сотрудничестве с общегражданскими органами здравоохранения (§ 40).

Рекомендуется, чтобы в каждом пенитенциарном учреждении были доступны услуги не менее одного врача общей практики, а также имелся другой персонал, надлежащим образом подготовленный для оказания медико-санитарной помощи (§ 41). Меры по обеспечению гарантированного медицинского обслуживания начинаются с момента поступления в исправительное учреждение, когда заключенные имеют право на медицинский осмотр (§ 42), и продолжаются в течение всего срока содержания под стражей (§ 43). В комментарии к Европейским пенитенциарным правилам приводится ссылка на некоторые недавние изменения в условиях тюремного заключения, имеющие отношение к медико-санитарной помощи. Одно из них – растущая тенденция к назначению судами очень длительных сроков заключения, что повышает вероятность того, что заключенные преклонного возраста могут умереть в тюрьме. С этим связана необходимость в надлежащем и гуманном лечении всех неизлечимо больных заключенных. Совет Европы (1998) также внес рекомендацию по лечению заключенных, объявивших голодовку. Помимо удовлетворения потребностей отдельных заключенных в охране здоровья, лицам, ответственным за здравоохранение в исправительных учреждениях, также рекомендуется проверять общие условия содержания под стражей, включая пищу, воду, гигиену, санитарию, отопление, освещение и вентиляцию, а также исправность и чистоту одежды и постельных принадлежностей заключенных (§ 44). Европейские пенитенциарные правила также рекомендуют принимать меры по удовлетворению

потребностей заключенных, нуждающихся в специализированном лечении (§ 46), и заключенных, нуждающихся в психиатрическом лечении (§ 47).

Следует особо отметить еще одно важное изменение. В соответствии с Европейскими пенитенциарными правилами 1987 года администрация исправительных учреждений могла налагать «наказание путем помещения в карцер и любые другие наказания, которые могут иметь негативные последствия для физического или психического здоровья заключенного» только при условии, что медицинский работник в письменном виде удостоверит, что заключенный по состоянию здоровья может быть подвергнут такому наказанию. Это привело к обеспокоенности по поводу того, что, давая такое подтверждение, врач на деле давал разрешение на осуществление наказания, что противоречит клятве Гиппократа. В пересмотренных Европейских пенитенциарных правилах это требование отсутствует.

Заключение

В данной главе были изложены руководящие принципы осуществления медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях. Исходной точкой является принцип, в соответствии с которым решения в отношении медико-санитарной помощи должны приниматься на клинических основаниях, а в основе каждого клинического решения и действия должны лежать интересы пациента и его согласие. Важнейшее значение имеют профессиональная независимость медицинского работника и автономность пациента даже в исправительных учреждениях, равно как и необходимость обеспечения эквивалентности помощи. Было высказано мнение, что эти требования с наибольшей вероятностью будут выполняться в том случае, если организация предоставления медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях будет тесно увязана с предоставлением медико-санитарной помощи в остальном обществе. Эти принципы связаны с международными нормами в области прав человека, включая пересмотренные Европейские пенитенциарные правила.

Литература

Committee of Ministers of the Council of Europe (1973). *Resolution (73) 5, The European Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (adopted by the Committee of Ministers on 19 January 1973)*. Strasbourg, Council of Europe, 1973.

Committee of Ministers of the Council of Europe (1987). *Recommendation No. R (87) 3 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (adopted by the Committee of Ministers on 12 February 1987)*. Strasbourg, Council of Europe.

Committee of Ministers of the Council of Europe (1998). *Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison (adopted by the Committee of Ministers on 8 April 1998)*. Strasbourg, Council of Europe, 1998.

Committee of Ministers of the Council of Europe (2006). *Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (adopted 11 January 2006)*. Strasbourg, Council of Europe.

Council of Europe (1993). *3rd general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1992*. Strasbourg, Council of Europe, 1993 (CPT/Inf (93) 12).

Council of Europe (2001). *11th general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000*. Strasbourg, Council of Europe, 2001 (CPT/Inf (2001) 16).

International Council of Nurses (1998). *Nurses' role in the care of detainees and prisoners*. Geneva, International Council of Nurses (<http://www.icn.ch/psdetainees.htm>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Norwegian Medical Association (2004). *Doctors working in prison: human rights and ethical dilemmas*. Oslo, Norwegian Medical Association (<http://www.lupin-nma.net>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (1957). Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. *Приняты на первом Конгрессе Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшемся в Женеве в 1955 году, и одобрены Экономическим и Социальным Советом в его резолюциях 663 С (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 года*. Женева, Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm).

Prison Health Care Practitioners (1979). *Oath of Athens* [Медицинские специалисты, практикующие в исправительных учреждениях (1979). Афинская клятва]. London, Prison Health Care Practitioners (http://www.prisonhealthcarepractitioners.com/Medical_ethics.shtml, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

United Nations (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [Организация Объединенных Наций (1966 г.) *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*. Женева, Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека]. <http://www.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

United Nations (1982). *Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. [Организация Объединенных Наций (1982). Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных и задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения. Приняты Генеральной Ассамблеей ООН, резолюция 37/194 от 18 декабря 1982 г. Нью-Йорк, ООН].

United Nations (1990). *Basic Principles for the Treatment of Prisoners*. [Основные принципы обращения с заключенными. Приняты и провозглашены Генеральной Ассамблеей ООН, резолюция 45/111 от 14 декабря 1990 г.]. Нью-Йорк, ООН.

WHO Regional Office for Europe (1999). *Mental health promotion in prisons: a consensus statement*. In: *Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting, The Hague, the Netherlands, 18–21 November 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2003). *Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2003 (http://www.euro.who.int/Document/NIPP/moscow_declaration_eng04.pdf, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Дополнительная литература для чтения

Coyle A, Stern V (2004). Captive populations: prison health care. In: Healy J, McKee M, eds. *Accessing health care*. Oxford, Oxford University Press.

Tomascevski K (1992). *Prison health: international standards and national practices in Europe*. Helsinki, HEUNI.

3. Охрана и укрепление здоровья в исправительных учреждениях: комплексный подход с полным охватом всех условий в местах лишения свободы

Paul Hayton

Основные пункты

- Заключение, как правило, имеют более слабое физическое, психическое и социальное здоровье, чем население, живущее на свободе.
- Исправительные учреждения должны регулярно оценивать состояние своего контингента, чтобы обеспечить такое положение, при котором программы укрепления здоровья и профилактики точно соответствовали бы потребностям заключенных.
- Такие распространенные проблемы, как издевательства, произвол преступных «авторитетов» и скука, превращают исправительное учреждение в такую среду, в которой трудно вести работу по укреплению здоровья, но в которой одновременно существует уникальная возможность охватить важными аспектами укрепления здоровья, гигиенического просвещения и профилактики болезней тех, кто в обычных условиях не поддается такому охвату. В исправительных учреждениях могут быть созданы хорошие возможности для уменьшения неравенства в отношении здоровья.
- Потребности персонала и заключенных необходимо рассматривать в совокупности, особенно в таких областях, как прекращение курения.
- Комплексный подход к укреплению здоровья с полным охватом всех сторон жизни и условий в исправительном учреждении предполагает три главных компонента: 1) общие порядки в исправительном учреждении, способствующие укреплению здоровья (например, курс на прекращение курения в тюрьме); 2) создание в исправительном учреждении такой среды, которая помогает поддерживать здоровье, и 3) профилактика заболеваний, санитарно-гигиеническое просвещение и другие меры по укреплению здоровья, которые направлены на удовлетворение потребностей в охране здоровья, выявленных в каждом исправительном учреждении.
- Все служащие исправительных учреждений должны быть ознакомлены со своей потенциальной ролью в укреплении здоровья заключенных, соответствующим образом обучены и обеспечены поддержкой в выполнении этой роли.
- На уровне государства и на местном уровне должна быть создана система программных целей и принципов, обеспечивающая поддержку этой работы.

Введение

Помимо предоставления медико-санитарной помощи, в исправительных учреждениях также должно проводиться санитарно-гигиеническое просвещение, просвещение больных, профилактика и другие меры по укреплению здоровья, направленные на удовлетворение потребностей тюремного контингента. Предпосылками к успешной реабилитации и обустройству на свободе являются хорошее здоровье и благополучие, а это, в свою очередь, требует создания в каждом исправительном учреждении такой среды, которая благоприятствует здоровью. В данной главе содержатся методические рекомендации о том, как помочь сотрудникам, работающим с заключенными:

- в рамках подхода с комплексным охватом всех сторон жизни в исправительном учреждении укреплять физическое, психическое и социальное здоровье заключенных (а где это необходимо, и персонала);
- предупреждать ухудшение здоровья заключенных во время содержания в местах лишения свободы или из-за того, что они попали в тюрьму;
- содействовать заключенным в усвоении норм здорового поведения, которые они могли бы вынести с собой на свободу.

В качестве руководящих принципов в данной главе предлагается следующее:

- подход к укреплению здоровья во всех исправительных учреждениях на основе охвата всех сторон жизни в исправительном учреждении;
- более широкое использование в исправительных учреждениях практики укрепления здоровья на доказательной основе;
- распространение информации об укреплении здоровья и профилактике заболеваний и передового опыта в этой области.

Основные проблемы, требующие решения

Как правило, контингент исправительных учреждений в Европе формируется из представителей таких слоев общества, которые характеризуются высокими уровнями нездоровья и социального отторжения. У заключенных обычно бывает более слабое физическое, психическое и социальное здоровье, чем у остального населения. Из-за своего образа жизни они с большей вероятностью оказываются под угрозой нездоровья. Многие заключенные до поступления в исправительное учреждение редко соприкасались с медико-санитарными службами на регулярной основе или вообще не соприкасались. Преобладающими проблемами здоровья среди заключенных являются психические расстройства, наркозависимость и инфекционные заболевания. Исправительные учреждения должны регулярно оценивать потребности своего контингента, чтобы добиться такого положения, при котором программы укрепления здоровья и профилактики точно удовлетворяли бы потребности всех заключенных.

Сложная задача и уникальная возможность

Исправительное учреждение представляет собой среду, в которой особенно сложно проводить работу по укреплению здоровья. На уровне отдельного человека исправительное учреждение отнимает автономию и может тормозить или подрывать чувство собственного достоинства. Распространенными проблемами являются издевательства, произвол тюремных или лагерных криминальных «авторитетов» и скука, а поскольку семейные узы в результате разлуки нарушаются, может усугубляться социальное отторжение при выходе на свободу.

В то же время тюремное заключение также представляет собой уникальную возможность для реализации всех аспектов укрепления здоровья, санитарно-гигиенического просвещения и профилактики заболеваний.

- Исправительное учреждение позволяет получить доступ к социально неблагополучным группам населения, до которых в обычных условиях добраться трудно. Поэтому оно дает прекрасную возможность решить проблему неравенства в отношении здоровья благодаря конкретным медико-санитарным мерам вмешательства, а также мерам, которые оказывают воздействие на более широкие детерминанты здоровья.

- Каждое исправительное учреждение способно стать средой, укрепляющей здоровье; вопросы духовного, физического, социального и психического здоровья и благополучия могут решаться в любом отдельно взятом учреждении.
- Для многих заключенных, которые, до того как попали в заключение, вели беспорядочный образ жизни, это иногда бывает единственной возможностью сколько-нибудь упорядоченно подойти к оценке их состояния здоровья и удовлетворению потребностей в охране здоровья.

Для одних тюрьма — место, где они живут, для других — место, где они работают. По возможности следует поощрять всякие инициативы по укреплению здоровья персонала.

Потребности заключенных в укреплении здоровья: примеры оценки

Главным элементом в успешных мерах вмешательства и условием положительных исходов является оценка потребностей в охране здоровья. Потребности в охране здоровья можно оценить путем изучения эпидемиологических данных и общения с заинтересованными партнерами (включая врачей, другой медперсонал и, что особенно важно, всех других сотрудников исправительного учреждения, которые имеют влияние на заключенных, например, преподавательский состав, а также самих заключенных). В следующем ниже разделе перечисляются темы, которые могут быть актуальными для исправительных учреждений всей Европы, хотя перечень этот далеко не исчерпывающий. Необходимо установить приоритеты посредством оценки потребностей в охране здоровья на местах.

Все заключенные почти наверняка нуждаются:

- в рекомендациях в отношении того, как предупреждать инфекционные заболевания, в том числе в рекомендациях о том, как избегать болезней, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции и гепатита, а также в рекомендациях в отношении прививок против гепатита В;
- в рекомендациях об образе жизни, связанном с повышенным риском, в том числе в рекомендациях о том, как избегать передозировки наркотиком при выходе из заключения (они нужны для всех, поскольку персонал не может выявить всех заключенных, входящих в группу риска); и в защите от вреда, причиняемого курением (включая пассивное курение);
- в поддержке в вопросах усвоения норм здорового поведения, включая правильно определенные уровни физической активности и сбалансированного питания;
- в мерах по укреплению психического здоровья, включая выделение достаточного времени для общения; в каких-либо разумных занятиях (работа, образование, художественная самодеятельность и физическое воспитание); в контактах с внешним миром и помощи в сохранении семейных связей.

Следует считать, что эти потребности есть у всех заключенных, хотя не обязательно все заключенные непременно входят в группы риска. Это объясняется тем, что персоналу исправительных учреждений трудно определить всех, входящих в группы риска, а также тем, что все заключенные нуждаются в информации для уменьшения страха и клейма позора. Подобного рода меры предполагают осуществление программных установок и практических шагов, которые не обязательно предназначены для непосредственного воздействия на здоровье, но обладают потенциалом оказывать влияние на здоровье и благополучие отдельного человека.

Многие заключенные могут нуждаться:

- в обучении психологическим навыкам, в том числе в обучении навыкам познавательного поведения, в занятиях, ведущих к повышению самооценки, в обучении с целью развития мыслительных навыков и в обучении тому, как сдерживать гнев;
- в санитарно-гигиеническом просвещении и просвещении, связанном с охраной здоровья, в том числе в обучении практическим навыкам, тому, как искать работу, обучении выполнению родительских обязанностей, обучении навыкам социального поведения и жизненным навыкам, в рекомендациях о питании и о физической активности и курении;
- в конкретных мерах по укреплению здоровья, в том числе иметь доступ к слушателю, приятелю или к иному равноценному лицу и в поддержке в решимости бросить наркотики, алкоголь или курение.

Некоторые заключенные могут нуждаться:

- в просвещении больных о таких болезнях, как туберкулез, в том числе о вариантах лечения;
- в иммунизации против туберкулеза, инфекции *Pneumococcus* или гриппа;
- в рекомендациях относительно конкретных болезней, таких как небольшие недомогания, диабет, эпилепсия, астма, менопауза и серповидно-клеточная анемия;
- в доступе к профилактике рака и консультациям и услугам, связанным с ранним выявлением рака.

Подход с комплексным охватом всех сторон жизни или условий в исправительном учреждении и представление о тюрьме, способствующей укреплению здоровья

Большое значение для повышения шансов на успех мер вмешательства имеет выработка подхода к укреплению здоровья на основе комплексного охвата всех сторон жизни или условий в исправительном учреждении (врезки 3.1 и 3.2).

Представление о тюрьме, способствующей укреплению здоровья, строится на сбалансированном подходе, при котором признается, что исправительные учреждения должны быть:

- безопасными;
- надежно охраняемыми;
- перевоспитывающими и укрепляющими здоровье;
- работающими на принципах соблюдения норм приличия и прав человека.

Права человека и нормы приличия представляют собой важные предпосылки укрепления здоровья потому, что они лежат в основе всех аспектов тюремной жизни. Основа, на которой можно вести работу по укреплению здоровья, создается, если соблюдаются следующие условия:

- лечение заключенных с соблюдением требований закона;
- наличие необходимых помещений, которые содержатся в чистоте и оснащены всем необходимым;
- оперативное реагирование на обоснованные жалобы заключенных;
- защита заключенных от вреда;
- создание для заключенных такого режима, при котором тюремное заключение не является невыносимым;
- справедливое и последовательное обращение со стороны персонала.

Врезка 3.1. Выработка подхода с комплексным охватом всех сторон жизни в исправительном учреждении путем создания многопрофильной бригады в одной из тюрем Англии

В государственной тюрьме Ризли («учебной тюрьме» с режимом средней строгости примерно на 1000 мужчин) была разработана стратегия укрепления здоровья на три года, в которой применялся подход к оздоровлению и укреплению здоровья на основе комплексного охвата всех сторон жизни в данной тюрьме. Проект здоровых тюрем был разработан многопрофильной группой, состоящей из энтузиастов из числа сотрудников и заключенных. Эта группа также осуществляла мониторинг эффективности проектов.

В тюрьме Ризли главное внимание было обращено на следующие области:

- введение вновь поступающих заключенных в системы медико-санитарной помощи, действующие в тюрьме;
 - прекращение курения;
 - посещение отцами и родственниками и организация семейных посещений на высоком качественном уровне;
 - питание с точки зрения пищевых продуктов и с точки зрения пищевых веществ;
 - гигиена;
 - психическое здоровье (с акцентом на правонарушителей с нарушениями психики);
 - сексуальное здоровье и инфекционные болезни;
 - вечерние занятия.
-

Врезка 3.2. Государственный подход: приказ по Тюремной службе № 3200 – программный документ, принятый на высоком государственном уровне Тюремной службой Ее Величества по Англии и Уэльсу для поощрения подхода к созданию здоровой тюрьмы на основе комплексного охвата всех сторон жизни в тюрьме

Приказы по тюремной службе являются обязательными к исполнению для начальников тюрем, которые должны обеспечить их исполнение во вверенной им тюрьме. В указанном выше приказе говорится следующее (HM Prison Service for England and Wales, 2003): «Начальникам тюрем во взаимодействии с Национальной службой здравоохранения обеспечить включение в свои механизмы местного планирования в достаточном объеме и в явной форме необходимых аспектов укрепления здоровья... Раздел местного плана, посвященный укреплению здоровья, должен предусматривать конкретные меры по удовлетворению потребностей как минимум в пяти главных областях:

1. Укрепление психического здоровья и благополучия.
2. Курение.
3. Здоровое питание с точки зрения пищевых продуктов и пищевых веществ.
4. Здоровый образ жизни, включая здоровый секс, взаимоотношения и активный образ жизни.
5. Злоупотребление наркотиками и другими веществами.

Эти области здоровья и благополучия должны отражать процесс оценки потребностей в охране здоровья, а не просто оценки потребностей в медико-санитарной помощи, и в них должен применяться комплексный подход с охватом всех сторон жизни в исправительном учреждении. В консультациях должен быть представлен самый разнообразный спектр профессиональных заинтересованных партнеров, и в этот процесс должны также быть вовлечены заключенные. Приказ № 3200 по Тюремной службе помог повысить внимание, уделяемое укреплению здоровья, и значимость вклада, который тюрьмы могут сделать в общественное здравоохранение в Англии и Уэльсе».



Рис. 3.1. Комплексный подход к укреплению здоровья с охватом всех условий в исправительном учреждении

Все руководители среднего звена, директора и начальники исправительных учреждений всех стран Европы и их сотрудники могут делать следующее:

- добиваться, чтобы ваше исправительное учреждение способствовало укреплению здоровья, а не просто оказывало медико-санитарную помощь;
- добиваться, чтобы обязанности руководства по укреплению здоровья в вашем исправительном учреждении были четко определенными, чтобы были ясно определены обязанности руководства среднего звена, включая взаимодействие между работниками различных служб в рамках единого коллектива;
- принять программно-стратегический документ с изложением общего курса исправительного учреждения в отношении укрепления здоровья, а в своих планах уточнить все обязательства по работе и требуемые ресурсы и учебные мероприятия;
- принять и реализовать на практике принятое на основе консенсуса Заявление ВОЗ об укреплении психического здоровья в исправительных учреждениях (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999) – это хорошее начало для внедрения подхода с комплексным охватом всех сторон жизни в исправительном учреждении;
- в системе планирования и практической работы исправительных учреждений принять комплексный подход к укреплению здоровья с охватом всех сторон жизни в исправительном учреждении: к укреплению здоровья надлежит относиться не как к вопросу только медико-санитарной помощи, а считать его составной частью общего курса на обеспечение норм приличия и прав человека в исправительном учреждении;
- подумать, как вы можете контролировать выполнение поставленных задач и оценивать прогресс;
- считать приоритетными такие группы заключенных и сотрудников исправительного учреждения, которые могут быть наиболее уязвимыми для неблагоприятных воздействий тюрьмы на здоровье, и рассмотреть вопрос о том, как ослабить эти воздействия на такие группы.

Литература

HM Prison Service for England and Wales (2003). *Prison Service Order 3200 – Health Promotion*. London, HM Prison Service for England and Wales (http://pso.hmprisonservice.gov.uk/PSO_3200_health_promotion.doc, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (1999). Mental health promotion in prisons: a consensus statement. In: *Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting, The Hague, the Netherlands, 18–21 November 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Дополнительная литература для чтения

Caraher, M. et al. (2002) Are Health-promoting prisons an impossibility? Lessons from England and Wales. *Health Education*, 102:219-229. Department of Health (2002). *Health promoting prisons: a shared approach*. London, Department of Health (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4006230&chk=AgAYAB, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Ewles L, Simmet I (1999). *Health promotion: a practical guide*. London, Bailliere Tindall.

Hayton P, Boyington J (2006). Prisons and health reforms in England and Wales. *American Journal of Public Health*, 96:1730–1733.

Marshall T, Simpson S, Stevens A (2000). *Toolkit for health care needs assessment in prisons*. Birmingham, University of Birmingham (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/03/43/55/04034355.pdf>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

4. Первичная медико-санитарная помощь в исправительных учреждениях

Andrew Fraser

Основные пункты

- Исправительное учреждение представляет собой особые условия для первичной медико-санитарной помощи. Все тюремные медицинские службы должны направлять свои усилия на оказание заключенным медико-санитарной помощи, равноценной той помощи, которая оказывается в гражданском обществе.
- Главной целью медико-санитарной помощи является помощь больным, и в этом медико-санитарная помощь в исправительном учреждении ничем не отличается от помощи в гражданском обществе. Медицинские работники в исправительных учреждениях также обслуживают суды и консультируют начальников исправительных учреждений. При этом они в максимальной степени обеспечивают участие своих пациентов в оказании помощи.
- Как у заключенных, так и у медицинских работников есть права и обязанности. Медицинские работники должны соблюдать принятые в стране нормы и правила работы, а также международные правила и рекомендации.
- Медицинские работники должны понимать отрицательные воздействия тюремной или лагерной жизни и стремиться минимизировать их, а также использовать те возможности, которые может обеспечивать исправительное учреждение, с пользой для своих пациентов.
- Медицинские службы исправительных учреждений должны понимать потребности своих пациентов в охране здоровья и стремиться в максимально возможной степени удовлетворять их в рамках имеющихся средств и принятых в стране норм.
- В большинстве случаев среди потребностей в охране здоровья заключенных преобладают проблемы психического здоровья и наркозависимости. Также распространены и требуют внимания и другие виды хронических расстройств здоровья и инфекции.
- Служба первичной медико-санитарной помощи должна знакомиться со своими пациентами при их поступлении, оказывать помощь в период их заключения и помогать подготовиться к освобождению.
- Службы здравоохранения исправительных учреждений должны понимать политику в области правосудия и здравоохранения и структуры, в которых они работают, и стремиться устанавливать и поддерживать связи с местными службами здравоохранения, что особенно важно при ведении лиц, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями.
- Каждое исправительное учреждение должно иметь врачебную, сестринскую, стоматологическую, психологическую и фармацевтическую службы и соответствующее административное обеспечение.
- Каждое исправительное учреждение должно иметь доступ к службам здравоохранения в любое время дня и ночи.
- Каждое исправительное учреждение должно иметь систему учета своей деятельности, включая учет основных фондов, ресурсов, процессов, основных клинических проблем и исходов, в том числе опасных случаев.
- Первичная медико-санитарная помощь в исправительных учреждениях имеет большое значение для благополучия больных, всех заключенных и гражданского общества, эффективности пенитенциарных служб и здоровья населения в целом.

Введение

Медико-санитарная помощь заключенным — неотъемлемая и неперенная часть работы каждого исправительного учреждения. Основой медицинских служб исправительных учреждений является первичная медико-санитарная помощь.

Первичная медико-санитарная помощь — это наиболее действенный и оперативный элемент медико-санитарной помощи в любой системе общественного здравоохранения (ВОЗ, 1978), и как таковая она должна быть обеспечена любому заключенному. Как более подробно описано в главе 2, заключенные имеют те же права на медико-санитарную помощь, что и другие граждане в обществе.

Цель медико-санитарной помощи

В большинстве аспектов цель медико-санитарной помощи в исправительном учреждении такая же, как и вне исправительного учреждения. Главная ее функция заключается в оказании помощи больным, а главная работа — лечебная. Однако медико-санитарная помощь в полном объеме также включает в себя элементы профилактики заболеваний и укрепления здоровья (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 1957).

Как и в гражданском обществе, у системы первичной медико-санитарной помощи имеются вспомогательные обязанности. Медицинским работникам исправительных учреждений иногда приходится выполнять другие обязанности и оказывать другие услуги. Они могут представлять отчеты в суд и давать заключения о досрочном освобождении заключенных по общим или специфическим медицинским основаниям. В большинстве стран эти процедуры осуществляются в соответствии с законами и правилами. При отсутствии исключительных обстоятельств, таких как возможность причинения вреда больному или интересам кого-либо другого, указываемого в медицинском заключении (интересы третьей стороны), больные должны иметь право ознакомиться с содержанием заключения и должны получать копии заключений и переписки.

Несмотря на многочисленные сходства в медико-санитарной помощи между исправительными учреждениями и гражданским обществом, имеются также и различия. Исправительное учреждение связано с утратой свободы, и это влечет за собой многочисленные последствия для медико-санитарной помощи.

- Заключенные автоматически утрачивают социальную составляющую здоровья, включая утрату контроля обстоятельств больного, утрату поддержки со стороны семьи и привычного социального окружения и отсутствие информации и знакомства с окружением.
- Окружающая среда в исправительном учреждении часто представляет угрозу для психического благополучия, особенно угрозу для ощущения личной безопасности.
- В большинстве обстоятельств заключенные не могут выбирать для себя обслуживающий медперсонал.
- Аналогичным образом медперсонал первичной медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях не может выбирать своих больных.
- Ни больной, ни медперсонал не выбирают времени начала и окончания курсов лечения или в целом взаимоотношений врач—больной — это в большей степени определяет суд.
- Обычно больные, являющиеся заключенными, нуждаются в медико-санитарной помощи высокого уровня.

В таблице 4.1 перечислены права и обязанности больных и медперсонала. Задача исправительных учреждений – минимизировать отрицательное воздействие тюремного заключения на здоровье заключенных и принимать меры к охране здоровья и созданию возможностей для реабилитации и помощи.

Таблица 4.1

Права и обязанности больных и медперсонала в исправительных учреждениях

	Больные	Медперсонал первичной медико-санитарной помощи
Права	Доступ к помощи.	Средства оказания медико-санитарной помощи на уровне, равноценном уровню медико-санитарной помощи в гражданском обществе.
	Качество медико-санитарной помощи, равноценное качеству помощи, оказываемой общественным здравоохранением.	Безопасность и защита личной неприкосновенности.
	Конфиденциальный и частный характер взаимоотношений.	Защищенность от угрожающего поведения.
	Гуманное и уважительное отношение.	Взаимное уважение в отношениях с больными.
Обязанности	Сотрудничать в программах лечения.	Действовать прежде всего в интересах больного.
	Делиться с лицами, оказывающими помощь, информацией о своем здоровье, чтобы можно было принимать решения на основе полной информированности.	Соблюдать требования, предъявляемые к медицинским работникам в отдельности и к медперсоналу в целом.
	Проявлять уважение к лицам, оказывающим помощь, во взаимоотношениях не допускать угрожающего поведения и доверять медперсоналу.	<p>Вести работу в соответствии с профессиональными нормами, принятыми в стране.</p> <p>Сохранять конфиденциальность и соблюдать врачебную тайну во взаимоотношениях с больными.</p> <p>Обеспечивать профессиональную компетентность.</p> <p>Поддерживать высокое профессиональное мастерство в областях клинической практики, необходимых больным.</p> <p>Работать слаженно в качестве бригады первичной медико-санитарной помощи в интересах больных.</p> <p>Участвуя в осуществлении программ помощи, работать в тесном взаимодействии с руководством и персоналом исправительного учреждения.</p> <p>Поддерживать взаимодействие со службами здравоохранения в местном сообществе и в больницах.</p>

Влияние тюремной жизни

На здоровье заключенных влияют все аспекты тюремной жизни, а не только качество предоставляемого медицинского обслуживания.

Для того чтобы создать наилучшие условия для хорошего здоровья и полноценной медико-санитарной помощи, исправительные учреждения должны принять комплексный подход с охватом всех сторон жизни в исправительном учреждении (подробнее см. главу 3) и обеспечить:

- здоровую среду и культуру помощи и реабилитации;
- атмосферу, в которой заключенные чувствуют себя в безопасности в обществе других заключенных и при общении с персоналом учреждения;
- условия, в которых заключенные могут конфиденциально беседовать с другими людьми;
- возможности поддерживать семейные связи (путем организации посещений);
- информацию о внутреннем распорядке в исправительном учреждении;
- меры по минимизации чувства одиночества и скуки;
- достаточное питание, возможности для физических упражнений и выхода на свежий воздух;
- достаточное уединение, освещенность, вентиляцию, отопление (а иногда и охлаждение) и доступ к санитарным удобствам в камере или бараке.

Персонал и руководство исправительного учреждения должны быть знакомы с основными проблемами здоровья и быть подготовленными в этих вопросах, в частности, в вопросе о том, что именно определяет положительное или отрицательное воздействие тюремной среды на здоровье. Персонал также должен уметь вовремя распознать признаки тяжелой болезни, а для преодоления кризисной ситуации всегда должны быть под рукой специалисты по оказанию первой помощи и по психическому здоровью.

Составляющие первичной медико-санитарной помощи

Основные элементы медицинской службы в исправительных учреждениях показаны в разделе, посвященном Минимальным стандартным правилам обращения с заключенными (врезка 4.1), разработанным ВОЗ и Управлением Верховного комиссара ООН по правам человека (1957). На этом авторитетном источнике построена вся остальная часть данной главы.

Врезка 4.1. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными

Медицинское обслуживание

22. 1) Все заведения должны иметь в своем распоряжении по крайней мере одного квалифицированного медицинского работника, имеющего познания в области психиатрии. Медицинское обслуживание должно быть организовано в тесном взаимодействии с местными или государственными органами здравоохранения. Оно должно охватывать психиатрические диагностические службы и там, где это необходимо, лечение психически ненормальных заключенных.
- 2) Больных заключенных, нуждающихся в услугах специалиста, следует переводить в особые заведения или же в гражданские больницы. Тюремные больницы должны располагать оборудованием, установками и лекарствами, необходимыми для должного медицинского ухода за больными и для их лечения, а также достаточно квалифицированным персоналом.

- 3) Каждый заключенный должен иметь возможность прибегать к услугам квалифицированного зубного врача.
 23. 1) Женские заведения должны располагать особыми помещениями для ухода за беременными женщинами и роженицами. Там, где это возможно, следует заботиться о том, чтобы роды происходили не в тюремном, а в гражданском госпитале. Если же ребенок рождается в тюрьме, то об этом обстоятельстве не следует упоминать в метрическом свидетельстве.
 - 2) Там, где заключенным матерям разрешается оставлять младенцев при себе, нужно предусматривать создание яслей, располагающих квалифицированным персоналом, куда детей следует помещать в периоды, когда они не пользуются заботой матери.
 24. Каждого заключенного следует подвергать медицинскому осмотру при его принятии и затем по мере надобности, с тем чтобы устанавливать, не болен ли он физически или умственно; принимать необходимые меры; изолировать заключенных, о которых можно предположить, что они страдают какой-либо инфекционной или заразной болезнью; выявлять физические или умственные недостатки, которые могут воспрепятствовать их перевоспитанию, и определять, какова их физическая способность к труду.
 25. 1) О физическом и психическом здоровье заключенных обязан заботиться врач, который должен ежедневно принимать или посещать всех больных, всех тех, кто жалуется на болезнь, а также всех тех, на кого было обращено его особое внимание.
 - 2) Всякий раз, когда врач считает, что физическое или умственное здоровье заключенного было нарушено или грозит быть нарушенным в результате его заключения или в связи с какими-нибудь условиями заключения, он докладывает об этом директору.
-

Обзор первичной медико-санитарной помощи

Вмешательства в порядке первичной медико-санитарной помощи требуются как минимум во время наибольшей угрозы здоровью заключенных, а именно во время поступления и накануне освобождения, но они также нужны и для того, чтобы решать проблемы здоровья, возникающие во время тюремного заключения.

- Каждого заключенного во время поступления в исправительное учреждение должен осмотреть медицинский работник, а вскоре после поступления его должен осмотреть врач (врезка 4.2).
- Через определенный период времени, достаточный для обустройства в исправительном учреждении, должно быть определено состояние здоровья каждого заключенного или должна быть рассмотрена оказываемая ему медико-санитарная помощь (врезка 4.3).
- Первичная медико-санитарная помощь в исправительном учреждении должна быть доступна для всех заключенных, когда они обращаются с просьбой о такой помощи, в соответствии с их потребностями. Следует регулярно рассматривать потребности заключенных, отбывающих длительные сроки заключения, и согласовывать с ними цели помощи и лечения.
- Каждый больной должен получать помощь при подготовке к освобождению, должен быть установлен контакт между ним и местными гражданскими службами первичной медико-санитарной помощи.

Врезка 4.2. Первичная оценка состояния здоровья каждого заключенного

При первичной оценке состояния здоровья необходимо дать ответ на следующие вопросы:

1. Представляют ли заключенные как больные опасность для самих себя?
 - а. Имеется ли у них какое-либо тяжелое заболевание или находятся ли они в стадии абстиненции или отмены лекарственного препарата?
 - б. Находятся ли они под угрозой членовредительства или самоубийства?
2. Представляет ли больной угрозу или опасность для окружающих?
 - а. Имеется ли у него какое-либо заболевание, которое легко передается другим и ставит под угрозу здоровье других?
 - б. Является ли он опасным по причине его психического состояния или может ли он быть буйным в своем поведении?

Примечание: медперсонал исправительного учреждения должен оценивать угрозу, которую больной представляет для других, только по медицинским признакам.

Врезка 4.3. Последующая оценка состояния здоровья каждого заключенного

Принимаются ли меры в отношении неотложных проблем здоровья (вопросы 1 и 2 во врезке 4.2)?

- 1) Требуют ли эти проблемы более детальной оценки и разработки плана лечения?
 - 2) Каков анамнез данного заключенного и каковы результаты более широкой оценки его здоровья?
 - 3) Нуждается ли данное лицо в осмотре узкими специалистами, в планах лечения узкими специалистами или в дополнительных исследованиях?
 - 4) Нуждается ли данное лицо в плане комплексной медико-санитарной помощи по поводу нескольких заболеваний — например, по поводу психического расстройства и наркозависимости?
 - 5) Кто будет осуществлять меры, предусмотренные в планах оказания помощи?
 - 6) Что может сделать:
 - а. больной?
 - б. бригада медработников?
 - в. вторичная или специализированная помощь?
 - г. реабилитационная бригада?
 - д. в целом исправительное учреждение для поддержания здоровья больного?
-

Ресурсы медико-санитарной помощи, имеющиеся в исправительном учреждении

Исправительным учреждениям необходимо учитывать, что большинство заключенных нуждаются в значительном объеме медико-санитарной помощи. Для того чтобы обеспечить заключенным такой уровень медико-санитарной помощи, который по крайней мере не ниже уровня помощи, обеспечиваемой населению в целом, необходимо, чтобы на медико-санитарную помощь в исправительных учреждениях были выделены достаточные ресурсы. Кроме того, важно воспользоваться возможностью, которую представляет собой для заключенных тюремное заключение. Многие заключенные являются выходцами из маргинальных и бедных слоев общества и имеют слабое здоровье. Поскольку здравоохранение в исправительных учреждениях является составной частью общественного здравоохранения, полноценная медико-санитарная помощь в исправительном учреждении в конечном итоге уменьшает угрозу для здоровья людей в обществе.

Во все тюремные системы поступают люди, которые:

- являются маргиналами, бедными, бездомными или безработными, страдают психическими расстройствами и наркозависимостью;
- вели беспорядочный образ жизни, не имели доступа к необходимой и регулярной медико-санитарной помощи и имеют по несколько сочетанных проблем здоровья;
- имеют такие потребности в медико-санитарной помощи, которые требуют привлечения специалистов из целого ряда областей, включая стоматологию, психологию, оптометрию и фармацевтическое дело.

В идеале оказание первичной медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях ведет к уменьшению разрыва в здравоохранении и содействует достижению равенства в отношении здоровья, поскольку заключенные получают доступ к помощи по поводу известных заболеваний – помощи, которая иначе может быть им недоступна в гражданском обществе (например, психиатрическая помощь, стоматологическая помощь и ведение состояний, сохраняющихся в течение длительного времени), и поскольку создается возможность оценить, выявить и излечить заболевания, особенно психические, инфекционные болезни и проблемы, связанные с наркозависимостью.

Наиболее распространенные проблемы, встречающиеся в практике первичной медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях

Первичная медико-санитарная помощь в исправительных учреждениях призвана решать очень широкий спектр распространенных проблем (врезка 4.4). У заключенных выше вероятность наличия практически любой клинической проблемы, чем среди населения в целом. Ни одно состояние не является характерным только для исправительных учреждений, но большинство состояний в основном распространены в исправительных учреждениях. На некоторые состояния могут оказывать влияние (часто в сторону ухудшения) условия тюремного заключения: например, состояние тревоги, депрессия и другие проблемы психического здоровья.

Медико-санитарные службы исправительных учреждений должны быть способны вести работу в следующих четырех наиболее важных областях. Это прежде всего:

- первичная медико-санитарная помощь;
- психическое здоровье;
- инфекции – особенно туберкулез, гемотрансмиссивные вирусы, в т.ч. ВИЧ, кожные болезни;
- зависимость от психотропных веществ, особенно наркозависимость и алкоголизм.

Бригады первичной медико-санитарной помощи должны уметь распознавать и лечить широкий спектр хронических заболеваний. К числу наиболее распространенных состояний среди контингента исправительных учреждений относятся эпилепсия, заболевания легких и сердца, заболевания и нарушения репродуктивной системы у женщин.

Все медицинские службы должны быть сами профессионально подготовлены к оказанию психиатрической помощи и помощи при наркозависимости или иметь оперативный доступ к специалистам в этих областях.

Врезка 4.4. Наиболее распространенные проблемы в практике медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях

Физическое нездоровье включает в себя:

- 1) зависимость от психотропных веществ (наркотиков, алкоголя, табака);
- 2) инфекции;
- 3) болезни зубов;
- 4) хронические заболевания (болезнь легких, болезнь сердца, диабет, эпилепсия, заболевания репродуктивной системы, рак).

Психические расстройства включают в себя:

- 1) плохое настроение или неуверенность в себе (низкое самоуважение и зависимость от психотропных веществ: наркотиков или алкоголя);
- 2) ощущение тревоги;
- 3) депрессию;
- 4) тяжелые психические расстройства.

Сопутствующие проблемы включают в себя:

- 1) «уязвимость» людей (необучаемость, травма головного мозга, затрудненность обучения, например, вследствие заболевания аутистического спектра или синдрома Аспергера, дислексия);
- 2) характер приговора (причинение вреда женщинам, преступления против детей, издевательства или мысленное переживание того, как данный человек был жертвой насилия).

Плохое общее состояние включает в себя:

- 1) гигиену;
 - 2) питание;
 - 3) подвижность;
 - 4) расстройство личности;
 - 5) психическую травму и стресс.
-

Структурные элементы первичной медико-санитарной помощи в исправительном учреждении

Качество первичной медико-санитарной помощи в исправительном учреждении зависит от многих факторов:

- общего количества ресурсов, имеющихся в распоряжении пенитенциарной системы;
- состояния развития первичной медико-санитарной помощи в обществе, включая наличие права на пользование стоматологическими, фармацевтическими ресурсами и ресурсами для проведения клинических исследований;
- развития психиатрической помощи в обществе.

В отдельно взятом исправительном учреждении на качество помощи оказывают влияние следующие факторы:

- численность контингента заключенных;
- отношение начальника исправительного учреждения к необходимости предоставлять медико-санитарную помощь заключенным;
- состав контингента с точки зрения преобладания в нем заключенных с короткими или длительными сроками заключения;

- мужское или женское исправительное учреждение: у заключенных-женщин обычно бывает больше потребностей;
- состав контингента с точки зрения наличия в нем многих заключенных, принадлежащих к уязвимым категориям, или молодых взрослых или престарелых заключенных, которым, весьма вероятно, будет требоваться больше вмешательств.

Измерение показателей работы по оказанию медико-санитарной помощи

Способность измерять показатели работы зависит от количества ресурсов, выделенных на медико-санитарную помощь в исправительных учреждениях, от наличия в исправительном учреждении людей, способных вести учет данных, и от наличия достижимых и общепризнанных критериев правильного ведения работы. Она также отражает состояние системы общественного здравоохранения в стране.

Основные области измерения показателей работы включают в себя:

- помещения и их оснащенность;
- равноценность уровня помощи и организационных аспектов в исправительном учреждении и в службах общественного здравоохранения;
- знание потребностей и имеющийся потенциал для удовлетворения потребностей заключенных-больных;
- благоприятную среду;
- культуру;
- время, имеющееся для выполнения различных задач;
- качество помощи;
- внимание, уделяемое общественному здравоохранению и охране здоровья;
- внимание, уделяемое укреплению здоровья;
- системы медико-санитарной информации;
- связь со службами общественного здравоохранения.

Показатели работы зависят от наличия в достаточном количестве необходимых помещений и оборудования, а также порядков, позволяющих заключенным легко пользоваться услугами медицинских служб. Это немаловажный вопрос, и его решение зависит от того, насколько охрана в состоянии конвоировать заключенных и обеспечивать безопасность и спокойствие медицинских работников. В конечном счете помещения должны обеспечивать защиту конфиденциальности и интимности личной жизни, а возможности оценки состояния здоровья и постановки диагноза должны соответствовать по уровню квалификации и укомплектованности кадрами возможностям службы общественного здравоохранения. Более сложные услуги первичной медико-санитарной помощи могут включать в себя размещение больных для дневного ухода и лечения, а также стационар. Помещения должны быть удобными для оказания помощи, т.е. быть достаточных размеров, чистыми, иметь естественное освещение, удобный доступ для инвалидов и включать в себя комнаты для проведения встреч, консультаций специалистов и для администрации.

Соответствие (эквивалентность) службам общественного здравоохранения. Медицинская служба национальной системы исправительных учреждений должна соблюдать принятые в стране нормы и правила профессиональной практики, нормативы качества помощи и нормативно-законодательные требования. Положительным аспектом демонстрации такой эквивалентности является использование таких же критериев

оценки служб исправительных учреждений, что и в местных службах общественного здравоохранения; в государственных медицинских институтах, колледжах, академиях и в группах независимой тюремной инспекции; в международных организациях и сравнимых пенитенциарных системах.

Медицинским службам исправительных учреждений необходимо иметь кадры, способные фиксировать и понимать потребности заключенных в охране здоровья и оказывать помощь, используя при этом:

- ресурсы, достаточные для удовлетворения потребностей больных;
- культуру исправительных учреждений, которая направлена на поддержку своей медицинской службы и обеспечение доступа заключенных к медико-санитарной помощи.

Важнейшее значение в создании среды, в которой заключенные и тюремный персонал ценят крепкое здоровье, чувствуют себя в безопасности и поддерживают друг друга, имеет руководство со стороны начальника исправительного учреждения. В исправительном учреждении должна существовать культура уважения и прав, которой сопутствуют:

- гуманная культура медицинских работников, при которой соблюдаются конфиденциальность и интимность личной жизни больных и их право на медико-санитарную помощь, равноценную помощи, получаемой населением в целом;
- действенная система подачи жалоб в тех случаях, когда что-то делается неправильно;
- возможность женщинам обращаться к врачу-женщине или к другому медицинскому работнику, если они того пожелают.

Должно быть достаточно времени для того, чтобы:

- оценивать состояние и назначать лечение больных;
- собираться вместе всей медико-санитарной бригадой;
- поддерживать и повышать свою квалификацию и участвовать в неформальных объединениях коллег по профессии, разделяющих общие интересы, осуществлять такой метод оценки, который демонстрирует уровень знаний персонала при выполнении им своих функций согласно современным требованиям;
- поддерживать программы активного обучения;
- быть способным обеспечивать высокий уровень качества помощи.

Должно быть обеспечено качество помощи.

- Медицинский работник в исправительном учреждении должен стремиться к получению знаний и навыков по крайней мере в области общей медицинской практики, психиатрии и борьбы с наркозависимостью и инфекциями. Эти навыки должны проявляться у медицинского персонала из других областей медицины.
- Стоматологи должны быть хорошо подготовлены к лечению тяжелых заболеваний зубов.
- В крупных учреждениях, располагающих специализированными службами, такими как больницы и центры дневного пребывания больных, должна быть обеспечена достаточная укомплектованность кадрами различной специализации, позволяющая работать с тяжело больными пациентами.
- В исправительных учреждениях, в которых содержатся женщины и молодые люди, должны работать медики, имеющие навыки выявления и лечения специфических для этих категорий заключенных болезней, в том числе навыки оказания помощи детям раннего возраста.

- Все медицинские работники должны быть соответствующим образом обучены и подготовлены к работе в условиях ограничений клинической практики в исправительном учреждении; в том числе им необходимо обеспечивать высокое качество работы на принципах последовательности и преемственности, иметь навыки работы в коллективе, уметь принимать разумные решения при назначении препаратов, способных вызывать привыкание, или психотропных препаратов и придерживаться такой тактики, которая способствует сохранению доверия со стороны уязвимых людей, являющихся их пациентами в исправительных учреждениях.

Служба первичной медико-санитарной помощи должна обладать компетентностью в вопросах общественного здравоохранения и укрепления здоровья или иметь доступ к необходимым для этого специалистам. Комментарии в отношении роли медико-санитарной помощи в этой области содержатся также в Минимальных стандартных правилах обращения с заключенными.

- Медицинские работники должны быть образованными, знать и демонстрировать высокий уровень гигиены; они должны быть способны оценить чистоту помещений в исправительном учреждении, знать о необходимости и уметь наладить действенную борьбу с туберкулезом, в том числе проверку результатов.
- Для ограничения передачи гемотрансмиссивных вирусов и болезней, передаваемых половым путем, нужны действенные процедуры контроля.
- Для медпунктов, заключенных и персонала во всем исправительном учреждении должна существовать программа борьбы с курением.
- Должна быть принята методика разбора опасных происшествий в случае таких серьезных событий, как смерть заключенного, смерть после освобождения из заключения, принятие программ профилактики суицида и поступление людей, страдающих тяжелыми психическими расстройствами.

Врезка 4.5. Выдержка из Минимальных стандартных правил обращения с заключенными

Врач обязан регулярно осуществлять инспекцию и докладывать директору по следующим вопросам:

- количество, качество, приготовление и условия раздачи пищи;
- гигиена и чистота заведения и содержащихся в нем лиц;
- санитария, отопление, освещение и вентиляция в заведении;
- пригодность и чистота одежды и спальных принадлежностей заключенных;
- соблюдение правил, касающихся физкультуры и спорта в случаях, когда эта работа не возлагается на специализированный персонал.

Директор должен принимать во внимание доклады и советы, направляемые ему врачом в соответствии с правилами 25 (2) и 26, и, если он согласен с рекомендациями последнего, немедленно принимать меры по проведению их в жизнь; если же эти рекомендации выходят за рамки его компетенции или если он с ними не согласен, то он должен немедленно представить вышестоящим органам как свой собственный доклад, так и рекомендации врача.

Должна быть создана служба, которая объединяет укрепление здоровья с более широкой деятельностью исправительного учреждения, как-то:

- поощрение людей к тому, чтобы они приобретали элементарные жизненные навыки;

- поощрение учебы с целью получения работы и занятия целенаправленной деятельностью;
- подыскание подходящего жилья после освобождения;
- поощрение участия в программах, предназначенных для того, чтобы помочь людям прекратить употребление незаконных и вредных наркотических веществ, курение табака и чрезмерное употребление алкоголя;
- поощрение людей к тому, чтобы они регулярно занимались физкультурой и учились готовить и с удовольствием употребляли пищевые продукты, обеспечивающие сбалансированное и здоровое питание.

Таблица 4.2

Основные факторы среды и образа жизни, имеющие большое значение для укрепления здоровья заключенных

Социальные, экономические и жизненные обстоятельства	Образ жизни	Проблемы здоровья
Переполненность	Курение	Наркотики и наркозависимость
Этническая неоднородность, языковые и религиозные различия	Наркотики	Психическое здоровье
Инвалидность, особенно умственная, или инвалидность вследствие порока развития или заболевания головного мозга	Алкоголь	Здоровье зубов
Бедность	Питание	Инфекции
Низкий уровень гигиены или плохое питание	Сексуальное здоровье	Хронические состояния
Хаотичный, беспорядочный образ жизни	Отношения, связанные с противоправным обращением	
Низкий уровень образования	Изменение личности	
Мало активов или социального капитала		
Объект насилия в прошлом		
Слабость потенциала семьи, родительской ответственности и поддержки со стороны близких		

Службы здравоохранения в исправительных учреждениях должны обеспечивать высокий уровень делопроизводства в ведении историй болезни своих больных, не уступающий передовым методам делопроизводства в общегражданской службе здравоохранения.

- Должны существовать практически исполняемые процедуры регистрации, поиска клинической информации и обмена ею для обеспечения оказания помощи больному.
- Должны быть приняты стандартные методы отчетности о работе здравпунктов и учета оказываемой помощи и предоставления отчетных документов начальнику

- исправительного учреждения, государственным пенитенциарным службам и сторонним организациям с использованием анонимных данных, полученных из учетной документации медицинской службы.
- Для больных должна существовать система подачи жалоб, которая используется как для устранения явных недостатков, так и для изучения опыта больных.

Служба здравоохранения в исправительных учреждениях должна поддерживать прочные связи со службами общественного здравоохранения за пределами исправительного учреждения по многим причинам. К ним относятся:

- обеспечение продолжения лечения больных, поступающих в исправительное учреждение;
- гарантированное обеспечение услуг первичной медико-санитарной помощи, психиатрической помощи, помощи при наркозависимости и других видов непрерывной помощи после освобождения из исправительного учреждения;
- обеспечение доступа к услугам специалистов;
- обеспечение доступа к специализированной помощи системы общественного здравоохранения в случае какого-либо происшествия или вспышки заболевания;
- обеспечение такого положения, при котором медперсонал исправительного учреждения мог бы иметь доступ к получению образования и повышению квалификации и пользоваться такими возможностями;
- разрешать медработникам обмениваться клинической информацией в целях непосредственного оказания помощи больным в соответствии с пожеланиями больного и принятыми нормами и правилами обеспечения конфиденциальности.

Выводы

Медицинские службы в исправительных учреждениях существуют прежде всего для больных заключенных.

Старший врач или начальник медицинской службы отвечает за полноценное оказание услуг от имени начальника исправительного учреждения, часто выполняя эту функцию во взаимодействии с местной службой общественного здравоохранения. Услуги высокого качества могут оказать глубокое воздействие на здоровье заключенных в отдельности и всех сразу, на полноценное функционирование пенитенциарной системы и на здоровье населения страны.

Действующие в режиме обычной практики системы сбора данных и необходимых клинических исследований трудностей и проблем должны давать возможность службе первичной медико-санитарной помощи в исправительном учреждении описывать, демонстрировать свою работу с заключенными в исправительном учреждении и отчитываться об этой работе.

Условия в исправительном учреждении во многих отношениях специфичны. Они дают возможность оказывать качественную первичную медико-санитарную помощь контингенту, здоровье которого зачастую бывает крайне ослабленным и доступ которого к помощи часто наталкивается на препятствия или вовсе отсутствует.

Литература

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1957). *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolution 663C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977.* [Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (1957). Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. Приняты на первом Конгрессе Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшемся в Женеве в 1955 году, и одобрены Экономическим и Социальным Советом в его резолюциях 663 С (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 года]. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm).

WHO (1978). *Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978.* Geneva, World Health Organization (Health for All Series, No. 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Дополнительная литература для чтения

Committee of Ministers of the Council of Europe (1998). *Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison (adopted by the Committee of Ministers on 8 April 1998).* Strasbourg, Council of Europe, 1998.

Committee of Ministers of the Council of Europe (2006). *Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (adopted 11 January 2006).* Strasbourg, Council of Europe.

European Health Committee (1998). *The organisation of health care services in prisons in European Member States.* Strasbourg, Council of Europe.

Scottish Prison Service (2005). *Clinical governance audit framework.* Edinburgh, Scottish Prison Service.

Scottish Prison Service and NHS Education for Scotland (2005). *Competency framework for nursing staff working within the Scottish Prison Service.* Edinburgh, Scottish Prison Service and NHS Education for Scotland.

Scottish Prison Service/NHS Scotland (2006). *A guide to health needs assessment in Scottish prisons.* Edinburgh, Scottish Prison Service/NHS Scotland (<http://www.sps.gov.uk/Default.asp?docid=1642>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

5. Специфические проблемы этического и клинического характера в исправительных учреждениях

Jean-Pierre Restellini

Основные пункты

- Независимо от обстоятельств конечной целью медицинского персонала в исправительных учреждениях должны оставаться благосостояние и достоинство заключенных.
- На результаты медицинских осмотров и анализов, проводимых в исправительных учреждениях с согласия пациентов в рамках клинической помощи, должны распространяться те же требования к конфиденциальности, что применяются обычно в соответствии с нормами этики в медицинской практике.
- Для того чтобы максимально избежать всякой путаницы между функциями врача, связанными с медицинскими осмотрами и лечением при осуществлении медико-санитарной помощи, и другими функциями, такими, как проведение медицинских экспертиз (например, судебно-медицинские заключения), врач должен четко разъяснить пациенту в начале консультации, что врачебная тайна не будет распространяться на результаты любых медицинских осмотров и анализов, проведенных в целях экспертизы.
- Независимо от соображений безопасности медицинский персонал должен иметь неограниченный доступ в любое время и в любом месте ко всем заключенным, включая тех, к кому были применены дисциплинарные меры.
- Медперсонал ни при каких обстоятельствах не должен участвовать в применении любых принудительных санкций против заключенных или в лежащем в основе этих санкций процессе принятия решений, поскольку это ставит под угрозу любые последующие взаимоотношения между врачом и пациентом.
- Медицинский персонал не должен осуществлять каких-либо врачебных действий над обездвиженными людьми (в том числе и в наручниках), за исключением людей, страдающих от острых психических заболеваний, которые представляют непосредственную серьезную угрозу для себя или других.
- Врачи, осуществляющие интимные досмотры тела, должны объяснять заключенным перед началом досмотра тела, что они участвуют в нем только в качестве экспертов и их действия не преследуют лечебных или диагностических целей.
- Во время голодовок врачи должны избегать ситуаций, когда заключенные, администрация исправительных учреждений или судебные власти будут стремиться воспользоваться их врачебными решениями для достижения своих целей.
- Врачи обязаны документально фиксировать физические признаки и/или психические симптомы, которые могут указывать на то, что заключенный был подвергнут пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению, и, принимая во внимание пожелания пациентов, докладывать о таких фактах по соответствующим каналам.
- Медицинская служба в исправительных учреждениях способна играть очень важную роль в борьбе с противоправным обращением в учреждении или за его пределами. В данном отношении особенно важны физикальные осмотры и психологические оценки, проводимые при поступлении новых заключенных.

- Все работники здравоохранения, постоянно и регулярно работающие с заключенными, должны иметь доступ к специальной программе повышения квалификации. Она должна затрагивать вопросы особенностей и условий работы в различных исправительных учреждениях, действий в потенциально опасных или связанных с насильем ситуациях, а также риска этических нарушений, характерных для деятельности работников здравоохранения в исправительных учреждениях.
-

Введение

В других главах данного руководства уже поднимались важные вопросы, касающиеся эквивалентности медико-санитарной помощи, конфиденциальности и согласия пациента-заключенного на проводимые действия после получения им всей информации. В данной главе будут рассмотрены другие весьма специфические и деликатные проблемы здоровья, с которыми сталкиваются медицинские работники (а также администрация пенитенциарных учреждений) в практике пенитенциарной медицины.

Медперсонал в исправительных учреждениях

Верность сразу нескольким принципам

Врачи, работающие в исправительных учреждениях, часто разрываются между необходимостью соблюдать верность разным принципам. Их основная обязанность заключается в предоставлении лицам, содержащимся под стражей, наилучшей возможной помощи. Однако эта обязанность может находиться в противоречии с другими приоритетами, в частности, с приоритетами администрации исправительного учреждения. На практике бригада медицинских работников часто вынуждена, несмотря на свое молчание, принимать во внимание соображения порядка и безопасности. И наоборот, охране может быть трудно понять установки, убеждения и поведение медперсонала, если это, как они полагают, противоречит правилам и требованиям, существующим в исправительных учреждениях.

Хотя это и не рекомендуется, но иногда тюремный врач также выступает в качестве лечащего врача для охранников (а иногда даже членов их семей)³. В подобных условиях положение врачей является крайне сложным, поскольку их обязанность заключается в одновременном оказании помощи людям, которые фактически противостоят друг другу, если не сказать находятся в конфликте.

Это постоянное состояние напряженности может быть преодолено только путем проведения регулярных встреч различных профессиональных органов, в ходе которых можно будет вносить необходимые коррективы. Обмен мнениями и информацией в ходе этих встреч тем более важен, что в значительной части учреждений острая нехватка медперсонала может вынуждать администрацию исправительных учреждений поручать определенные задачи, связанные с медико-санитарной помощью, сотрудникам охраны.

Независимо от обстоятельств конечной целью, которую должны преследовать работники здравоохранения, остается благополучие и достоинство пациентов. Пациентам, персоналу и начальнику исправительного учреждения следует четко разъяснить, что первоочередная задача медперсонала в исправительном учреждении заключается в оказании медицинской помощи заключенным и что вся проводимая работа основана на

³ Эти два вида деятельности врача желательно четко разделить физически. Следует оговорить заранее, например, какую часть своего времени врач будет уделять персоналу, что два комплекта лекарств (для заключенных и для персонала) будут храниться раздельно. Лучше всего обеспечить наличие двух кабинетов для приема больных.

строгих медицинских и этических принципах медицинского профессионализма, независимости и эквивалентности и конфиденциальности помощи.

Параллельные и взаимоисключающие виды деятельности

От врача, работающего в исправительном учреждении, может потребоваться выполнение двух в некотором смысле противоположных ролей. Во-первых, это роль специалиста, оказывающего помощь заключенному как пациенту, а во-вторых, роль независимого медицинского эксперта, которого просят дать медицинские показания в отношении больного в суде или в ином процессе судопроизводства. В то время как специалист, оказывающий помощь, занимается обеспечением благополучия отдельного больного, врача, выступающего в роли медицинского эксперта, просят раскрыть врачебные сведения, которые в иных обстоятельствах являются конфиденциальными, в интересах правосудия и общества. В соответствии с общепринятыми этическими правилами врач может быть или тем, или другим. Совмещать эти две функции допустимо только в условиях кризиса или чрезвычайной ситуации.

Однако на практике реалии пенитенциарных учреждений часто вынуждают врачей выходить за рамки своей строго ограниченной роли терапевтов. Например, судебные или тюремные власти могут попросить врача засвидетельствовать, что какое-либо лицо может по состоянию здоровья быть помещено под стражу, или попросить подготовить судебно-медицинское заключение в случае утверждения о противоправном обращении. В идеале такие задачи должны выполняться независимым врачом, не состоящим на службе в пенитенциарной системе. Если же тюремный врач вынужден выполнять подобную задачу, врач, которому поручено осмотреть заключенного в качестве медицинского эксперта, должен в самом начале консультации четко проинформировать пациента, что на результаты медицинского осмотра и анализов врачебная тайна распространяться не будет, чтобы избежать путаницы между этими двумя ролями.

Врача, работающего в исправительном учреждении, могут попросить оценить угрозу для общества, которую представляет заключенный (в связи с просьбой об условно-досрочном освобождении под честное слово или отпуске). В таких ситуациях врач должен отреагировать на подобную просьбу с крайней осторожностью и четко указать, что его мнение может быть основано только на оценке, проведенной в данный момент, и не должно считаться окончательным и не может прогнозировать будущего поведения. В таких случаях, поскольку заключенный может видеть, что тюремный врач играет реальную роль в его освобождении или в продолжении срока заключения, это может повлиять на отношения между врачом и пациентом, и поэтому и в этом случае наилучшим решением было бы получить независимое медицинское заключение.

Вопросы совести и серьезный этический конфликт

Многочисленные параметры, которые затрагивают работу врачей в исправительных учреждениях, могут вступать в противоречие с их личными убеждениями. Поэтому настоятельно рекомендуется назначать работников здравоохранения для работы в исправительных учреждениях только на добровольной основе и после предварительного специализированного обучения. В странах, где произошла интеграция медицинских служб исправительных учреждений с гражданскими службами здравоохранения, больные, содержащиеся в исправительных учреждениях, считаются просто еще одной категорией в рамках более широкого общества, и поэтому ожидается, что медперсонал будет оказывать услуги и помощь на таком же уровне, как и в обществе в целом.

Врачи, пытаясь при выполнении своих обязанностей соблюдать обычные профессиональные и этические нормы, могут вступать в конфликт не только с решениями администрации исправительных учреждений, но также и с местными правилами и даже законами. В таких случаях врачи не должны оставаться в изоляции, им следует обращаться за советами в свою национальную профессиональную организацию (Национальную медицинскую ассоциацию) и, при необходимости, узнавать мнение коллег, работающих в этой области в других странах, в том числе обращаться за поддержкой во Всемирную медицинскую ассоциацию⁴.

Дисциплинарные меры

В любом исправительном учреждении доступ к подразделениям медико-санитарной помощи может быть сопряжен с большими трудностями по причине главенства соображений безопасности. Это особенно проявляется в дисциплинарных отделениях и в блоках строгого режима. Администрация исправительных учреждений часто старается ограничить контакты с определенными заключенными до строжайшего минимума.

Однако независимо от соображений безопасности медперсонал должен пользоваться неограниченным доступом в любое время и в любое место ко всем заключенным, включая тех, к которым были применены дисциплинарные меры. Врач, отвечающий за данное учреждение, несет ответственность за обеспечение того, чтобы заключенные на практике могли постоянно пользоваться своим правом на медицинское обслуживание.

В случае, когда администрация исправительного учреждения решает наказать заключенного за нарушение правил, санкции могут принимать различную форму. Медперсонал ни в коем случае не должен участвовать в исполнении каких-либо санкций или в процессе принятия решений относительно этих санкций, поскольку это не является врачебными действиями и поэтому ставит под угрозу любые последующие взаимоотношения между врачом и пациентом.

К врачам часто могут обращаться в том случае, когда в качестве санкции рассматривается помещение в карцер. Неоспоримо доказано, что изоляция заключенных в дисциплинарном порядке вредит здоровью, и ООН поддерживает меры, направленные на отмену подобной практики⁵. В случаях же, когда эта мера применяется, она должна быть ограничена как можно более коротким сроком. Таким образом, врачи не должны быть соучастниками действий, направленных на изоляцию или ограничение свободы перемещения заключенных, кроме как исключительно на медицинских основаниях, и не должны признавать заключенного годным по состоянию здоровья к дисциплинарной изоляции или любой иной форме наказания.

Однако после того как санкция применена, врачи должны крайне внимательно следить за состоянием наказанного заключенного. Хорошо известно, что каждый случай дисциплинарной изоляции влечет за собой значительный стресс и риск (в частности, риск самоубийства). Врачи должны обращать особое внимание на эту категорию заключенных и регулярно посещать их по собственной инициативе сразу же после вступления в силу постановления о помещении в карцер и затем ежедневно для оценки их физического и психического состояния и выявления любого ухудшения их благополучия. Врачи должны немедленно информировать администрацию исправительных учреждений всякий раз, когда у заключенного обнаруживается проблема со здоровьем.

⁴ Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) была создана для того, чтобы обеспечивать независимость врачей и добиваться достижения возможно более высоких норм этического поведения и ухода со стороны врачей во всякое время и в любых ситуациях. Дополнительную информацию см. на www.wma.net.

⁵ «Основные принципы обращения с заключенными», принятые ООН и провозглашенные Генеральной Ассамблеей, резолюция 45/111 от 14 декабря 1990 г. Принцип 7.

Физическое ограничение свободы

В исправительных учреждениях могут возникать ситуации крайней напряженности. В таких случаях администрация исправительных учреждений может принимать решения о применении к одному или нескольким заключенным мер физического ограничения свободы с единственной целью предупредить причинение вреда самим этим заключенным или другим заключенным и персоналу. И в этом случае ограничения должны применяться на минимальные сроки, необходимые для достижения указанных целей, и никогда меры ограничения не должны применяться в качестве наказания⁶. Поскольку решение применить физические ограничения в ситуациях насилия не является врачебным действием, врач не должен играть в этом процессе какую-либо роль.

Однако могут быть случаи, когда та или иная форма ограничения должна быть применена по медицинским основаниям, как, например, в случае психического расстройства, когда больной подвергается большому риску причинить вред самому себе или другим. Решение о физическом ограничении для таких целей должно приниматься только тюремным врачом и медперсоналом исключительно на основании клинических критериев и без какого-либо влияния со стороны немедицинского персонала исправительного учреждения.

Медицинский персонал никогда не должен осуществлять каких-либо врачебных действий в отношении людей с ограниченной подвижностью (включая людей в наручниках), кроме как в отношении пациентов, страдающих острыми психическими заболеваниями, которые могут представлять непосредственный серьезный риск для себя или других. Врачи никогда не должны соглашаться осматривать пациента, у которого завязаны глаза.

Интимные досмотры тела

По соображениям безопасности может возникнуть необходимость обыска заключенного, чтобы убедиться в том, что он ничего не прячет в естественных полостях тела. Во многих случаях бывает достаточно держать заключенного под строгим наблюдением и ждать, пока запрещенный предмет не будет исторгнут естественным образом. Тюремные врачи и медсестры не должны проводить досмотры тела, анализы крови или мочи для выявления продуктов обмена наркотиков или другие обследования, кроме тех, которые проводятся на медицинских основаниях и с согласия пациента. Вагинальные, анальные и другие телесные осмотры с проникновением в естественные полости являются процедурой, выполняемой в первую очередь в целях обеспечения режима, а не в медицинских целях, и поэтому не должны входить в круг обязанностей медперсонала исправительных учреждений. Когда же в виде исключения интимные осмотры тела признаются необходимыми, в идеале для таких задач следует привлекать врачей со стороны. Как альтернативный вариант, такие обследования могут проводить надлежащим образом подготовленные сотрудники службы охраны одного пола с осматриваемым лицом, но и в этом случае они должны проводиться только в соответствии с установленным порядком, который предполагает подотчетность и уважение человеческого достоинства осматриваемого.

Заключенные, которые прекращают принимать пищу или объявляют голодовку

Заключенные могут прекращать есть по разным причинам.

- Религиозные соображения: заключенные могут прекратить есть, если предлагаемая им еда приготовлена не в соответствии с религиозными предписаниями.

⁶ Стандартные минимальные правила. Правило 33. Европейские пенитенциарные правила (2006). Правило 68.

- Администрация исправительного учреждения должна решать такие проблемы и обеспечивать учет религиозных соображений при приготовлении еды для заключенных.
- Соматические проблемы: заключенные могут перестать употреблять пищу из-за соматических проблем (таких, как заболевания зубов, язвы, непроходимость пищеварительного тракта, очень плохое состояние здоровья в целом и высокая температура). Эти проблемы должны решаться посредством организации необходимого лечения.
 - Психические расстройства: заключенные могут переставать есть по причине психических расстройств, таких как психоз, боязнь отравления, общие депрессивные расстройства и невротическая анорексия. Эти заключенные должны получать такую же медико-санитарную помощь, какая была бы им оказана на свободе.
 - Голодовка протеста: заключенные могут отказываться принимать пищу в знак протеста, чтобы добиться каких-либо изменений в режиме или привилегиях, или для получения каких-либо субъективно воспринимаемых или реальных прав.

В подобных случаях имеет место коллизия двух ценностных рядов:

- обязанность государства сохранять физическую целостность и жизнь лиц, непосредственно находящихся у него на попечении, в частности, лиц, находящихся в местах лишения свободы;
- право каждого человека свободно распоряжаться собственным телом.

Такие ситуации создают сложности для медицинских работников в исправительных учреждениях. Часто врачу бывает очень трудно, поскольку ему приходится избегать опасности того, что заключенный, администрация исправительных учреждений или судебные власти будут пытаться использовать врачебные решения в своих целях.

Наиболее важным руководством для тюремных врачей в отношении голодовок является Декларация о голодовках, принятая на 43-й Всемирной медицинской ассамблее на Мальте в ноябре 1991 года (Мальтийская декларация⁷) и существенно переработанная в октябре 2006 года (Всемирная медицинская ассоциация, 2006). Основные положения этой Декларации: врачи должны получать от пациентов согласие перед тем, как применять какие-либо медицинские навыки для помощи им. Каждый человек, включая заключенных, имеет право отказываться от лечения постольку-поскольку выполняются следующие условия:

Человек является дееспособным — иными словами, он не страдает от психических расстройств, которые изменяют его способность принимать решения. Врач должен провести собеседование с каждым заключенным, который отказывается от пищи, и выяснить причину отказа. В каждом случае отказа от еды всегда разумно получить еще одно заключение от независимого психиатра относительно здравости рассудка.

Лицо поступает так по своей воле, что означает, что оно не подвержено давлению извне (семья, другие заключенные или политическая группировка).

Отказ от лечения не создает угрозы для других (это относится, например, к случаям таких потенциально заразных болезней, как туберкулез).

⁷ Декларация Всемирной медицинской ассоциации о голодовках, принятая 43-й Всемирной медицинской ассамблеей на Мальте в ноябре 1991 г. и переработанная на Генеральной Ассамблее ВМА в г. Пиланесберг, Южная Африка, в октябре 2006 г.

В случае когда голодовка выражает угнетенное состояние как реакцию на юридический статус заключенного, без каких-либо очевидных изменений способности принимать решения, врачи должны деликатно выбрать правильный образ действий. Они должны учитывать, что в подавляющем большинстве случаев заключенный не хочет смерти; напротив, он желает улучшить свои условия жизни. Часто пациент ожидает, хотя это и не всегда высказывается напрямую, что врач, который будет неизбежно вызван в случае продолжения голодовки, будет выступать в качестве посредника и сможет защитить его в этой борьбе.

В подобных ситуациях врачебный подход иногда должен быть откровенно отеческим и включать в себя убедительную дискуссию с голодающими пациентами о принятии хотя бы минимального количества калорий. Столкнувшись с твердой позицией врача, заключенный, испытывающий депрессию, может воспрянуть духом и позже вернуться к нормальному здоровому рациону питания.

Для того чтобы придать своим аргументам больший вес, пациенты могут потребовать госпитализации. В этом случае госпитализация, не обоснованная клиническим состоянием пациента, не должна выглядеть как косвенное содействие достижению целей. Тем не менее ранняя госпитализация может позволить лучше контролировать биологические параметры. Более того, радикальное изменение окружения может привести к тому, что заключенный решит прервать голодовку, не потеряв лица перед своими товарищами.

Если пациент твердо придерживается своей позиции (по собственной воле оказывать нажим с целью изменения своей судьбы относительно дальнейшего наказания или вести политическую борьбу), врачам следует ограничить свое вмешательство предупреждением об опасностях, которым подвергают себя голодающие, отказываясь принимать пищу.

Врач должен регулярно посещать пациентов и, с их согласия, проводить регулярные контрольные осмотры. Эти консультации должны проводиться в позитивной, необезличенной атмосфере, причем врач должен информировать пациентов о прогрессирующем ухудшении здоровья. Таким образом, пациенты могут свободно изменить свое решение в любое время и прекратить голодовку, если они будут надлежащим образом проинформированы об усугублении риска, которому они себя подвергают.

Иногда участники голодовки могут просить предоставить им определенный тип питания, например, гиперкалорийный жидкий концентрат, богатый белками, витаминами и микроэлементами. Обычно подобные просьбы лучше всего удовлетворять. Назначение такого концентрата может защитить здоровье пациента от необратимого вреда. Продлевая срок голодовки, это решение может дать возможность как заключенному, так и властям предложить приемлемое для обеих сторон решение во избежание летального тупика.

Врач должен информировать администрацию исправительного учреждения и судебные власти об изменениях в состоянии здоровья пациента, предоставляя им регулярные и последовательные отчеты о здоровье. Эти тщательно подготовленные и строго объективные медицинские отчеты являются частью врачебного долга по отношению к лицу, находящемуся в опасности, и позволяют властям принимать более адекватные решения.

Клинические симптоматические аспекты (у изначально здорового молодого человека)

При сухой голодовке человек отказывается принимать любую твердую пищу или жидкости. Смерть наступает в течение 4–10 дней, в зависимости от различных факторов, таких как:

- температура и влажность окружающей среды;
- уровень стресса и физической активности голодающего.

Смерть обычно наступает вследствие изменений сердечного ритма.

При полной голодовке человек употребляет только пресную воду, без употребления других пищевых веществ.

Теоретически резервы человеческого организма позволяют человеку выживать в течение 75–80 дней, не получая ни единой калории. Тем не менее тяжелые, иногда смертельные нарушения могут проявляться уже через 40 дней после начала полной голодовки в связи с расстройствами нервной системы или сердечно-сосудистой системы, вызванными истощением витаминов или серьезными нарушениями электролитического равновесия.

Обычно клиническое развитие голодовки у здорового, молодого пациента, который не отказывается от воды, проходит следующим образом.

Первая неделя

Ощущение голода и усталость. Иногда возможны спазмы в желудке.

Вторая и третья недели

Нарастание слабости, сопровождающееся головокружением, трудностью сохранения вертикального положения. Постепенное исчезновение ощущений голода и жажды. Постоянное ощущение холода.

Третья и четвертая недели

Прогрессирующее ухудшение указанных выше симптомов. Замедление умственных способностей.

Пятая неделя

Попеременное пребывание в сознательном и бессознательном состоянии (от легкой дезориентации до ступора и сонливости, апатии и анозогнозии, за которыми следуют аномальные движения глаз, первоначально неконтролируемые движения, а затем паралич). Общее отсутствие координации движений с заметным затруднением глотания. Ухудшение зрения и слуха, ведущее к потере зрения и слуха. Иногда – диффузные кровоизлияния.

Смерть может наступить внезапно либо по причине изменений сердечного ритма, либо спустя несколько часов после начала коматозной стадии в результате гипогликемии.

В настоящее время большинство голодающих следуют определенному рациону питания, употребляя некоторые витамины, микроэлементы и некоторую пищу (сладкие напитки, сладости или другую пищу в небольших количествах). Такая голодовка позволяет человеку «держаться» несколько месяцев, хотя продолжительная голодовка представляет серьезный риск перманентного повреждения нервной системы, в частности, развития синдрома Вернике – комплекса симптомов нервной системы, характеризующегося состоянием умственного помрачения и выраженной трудностью поддержания равновесия.

На практике, поскольку на голодовку могут влиять различные факторы (такие, как вид голодовки, условия в месте содержания под стражей – температура, влажность – и психические раздражители), медицинское определение риска и времени возможного наступления смерти практически невозможно.

Однако некоторые медицинские факторы могут создать предрасположенность к стремительно фатальной эволюции голодовки. К числу основных относятся сердечные заболевания (особенно ишемическая болезнь сердца) и почечная недостаточность. К относительным факторам относятся диабет, в особенности первого типа, гастрит, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, которые могут проявиться в качестве проблем в течение первых десяти дней голодовки.

Принудительное кормление в исправительных учреждениях недопустимо. Такая процедура может быть оправдана только в том случае, когда серьезное психическое расстройство влияет на способность человека принимать решения. В целом, однако, если голодовка является логическим продолжением борьбы, задуманной в здравом уме, а не патологической реакцией пациента, находящегося в тяжелой депрессии и думающего о самоубийстве, тюремные врачи должны уважать волеизъявление пациента и ограничивать свое вмешательство ролью медицинского консультанта. В переработанной Мальтийской декларации особо отмечается, что принудительное кормление не может быть этически приемлемой мерой, а также говорится, что кормление, сопровождаемое угрозами, принуждением, применением силы или физическим ограничением, в огромном большинстве случаев является формой бесчеловечного или унижающего достоинство обращения. Из этой формулировки ясно следует, что медицинский персонал по этическим соображениям не может участвовать в такой процедуре, которая сама по себе является формой ненадлежащего обращения.

Пытки и бесчеловечное или унижающее достоинство обращение

Медицинские работники совершают серьезное нарушение правил медицинской этики, если они:

- каким-либо образом содействуют (хотя бы простым фактом своего присутствия) пыткам или консультируют лиц, осуществляющих пытки;
- предоставляют для этой цели помещения, оборудование, инструменты или вещества;
- подтверждают, что заключенный сможет выдержать сеанс пыток;
- ослабляют сопротивление жертвы пыткам.

Однако служба здравоохранения исправительного учреждения потенциально может играть очень важную роль в борьбе с противоправным обращением в данном учреждении и за его пределами (особенно в полицейских участках). В ходе медицинских консультаций люди иногда демонстрируют физические признаки или даже психические

симптомы, сравнимые с последствиями пыток или других форм жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.

В свете этих фактов особенно большое значение имеет физикальный осмотр и психическое освидетельствование новоприбывших заключенных.

Во время физикального осмотра (и особенно осмотра по прибытии) любые следы насилия, сравнимого с пытками, должны надлежащим образом отмечаться и регистрироваться как в личном деле лица, помещаемого под стражу, так и в общем журнале, куда заносятся все следы травм. В равной степени должны фиксироваться психологические или психиатрические нарушения, которые тоже могут указывать на то, что человека подвергали какой-либо форме противоправного обращения. Такая информация должна без промедления автоматически направляться администрации исправительного учреждения или органам судебного контроля. Заключенные в любой момент могут получить копию медицинского заключения.

Однако сам факт, что службами здравоохранения у жертвы установлены следы травматических поражений, сравнимых с пытками, может повлечь за собой репрессии против жертвы. Чтобы наилучшим образом защитить пациентов от риска возмездия, врачи должны официально проинформировать пациентов, что они собираются докладывать компетентным органам о фактах, полученных ими в ходе консультации. Если пациенты опасаются, что будут подвергнуты репрессиям, они могут решить не рассказывать о том, как были получены эти повреждения, и даже солгать.

В своем заключении врачи должны проводить четкое различие между утверждениями (обстоятельства физической или психической травмы, описанные пациентом) и жалобами (субъективные ощущения, испытываемые пациентом) и клиническими и параклиническими объективными результатами (размер, расположение, характер повреждений, рентгеновские снимки, лабораторные результаты и т.д.). При наличии соответствующей подготовки и опыта врачи должны указывать, совпадают ли утверждения пациентов с их собственными клиническими результатами.

Смертная казнь

Работники здравоохранения ни при каких обстоятельствах не должны быть соучастниками (даже посредством присутствия) приведения в исполнение высшей меры наказания, не должны участвовать в осмотре заключенного непосредственно перед казнью, не должны подтверждать смерть и не должны выдавать свидетельства о смерти.

Выводы

В данной главе рассказывается о неотъемлемых качествах, как человеческих, так и профессиональных, которые необходимы для правильной и этически корректной работы в качестве сотрудника службы здравоохранения в такой сложной среде.

Все работники здравоохранения, осуществляющие медицинское обслуживание заключенных на постоянной основе, должны иметь доступ к специальной программе обучения. В ней должны затрагиваться все вопросы, поднятые в данной главе, включая особенности работы в различных исправительных учреждениях, действия в потенциально опасных или связанных с насилием ситуациях и риск нарушений этики, характерных для их деятельности в качестве работников здравоохранения в исправительных учреждениях.

Литература

World Medical Association (2006). *Declaration of Malta on Hunger Strikers*. Adopted by the 43rd World Medical Assembly Malta, November 1991 and editorially revised at the 44th World Medical Assembly Marbella, Spain, September 1992, and revised by the WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006 [Мальтийская декларация об участниках голодовок. Принята на 43-й Всемирной медицинской ассамблее в ноябре 1991 г. с редакционными изменениями, внесенными на 44-й Всемирной медицинской ассамблее в Марабелле, Испания, в сентябре 1992 г., и переработанная Генеральной Ассамблеей ВМА в г. Пиланесберг, Южная Африка, в октябре 2006 г.]

Дополнительная литература для чтения

Antonovsky A (1979). *Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco, Jossey Bass.

Augestad LB, Levander S (1992). Personality, health and job stress among employees in a Norwegian penitentiary and in a maximum-security hospital. *Work & Stress*, 6:65–79.

Bögemann H (2004). *Gesundheitsforderung in totalen Institutionen*. Oldenburg, BIS-Verlag (Schriftenreihe “Gesundheitsforderung im Justizvollzug”, Band 10).

Committee of Ministers of the Council of Europe (2006). *Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (adopted 11 January 2006)*. Strasbourg, Council of Europe.

Committee of Ministers of the Council of Europe (2006). *Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (adopted 11 January 2006)*. Strasbourg, Council of Europe.

Council of Europe (1993). 3rd general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1992. Strasbourg, Council of Europe, 1993 (CPT/Inf (93) 12). [Совет Европы (1993). Третий генеральный отчет о деятельности КПП в период с 1 января по 31 декабря 1992 года. Страсбург, Совет Европы, 1993 год. (CPT/Inf (93) 12).]

Council of Europe (2001). *11th general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000*. Strasbourg, Council of Europe, 2001 (CPT/Inf (2001) 16). [Совет Европы (2001). Одиннадцатый генеральный отчет о деятельности КПП в период с 1 января по 31 декабря 2000 года. Страсбург, Совет Европы, 2001 год. (CPT/Inf (2001) 16).]

Coyle A (2002). *A human rights approach to prison management: handbook for prison staff*. London, International Centre for Prison Studies.

European Health Committee (1998). The organisation of health care services in prisons in European Member States. Strasbourg, Council of Europe. [Европейский комитет здравоохранения (1998). Организация медико-санитарных служб в исправительных учреждениях в государствах – членах Европейского союза. Страсбург, Совет Европы.]

Gerstein L, Topp H, Correl G (1987). The role of the environment and person when predicting burnout among correctional personnel. *Criminal Justice and Behavior*, 14:352–369.

Goffman E (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth, Penguin.

Penal Reform International (1995). *Making standards work: an international handbook on good prison practice*. The Hague, Penal Reform International.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1999). Health professionals with dual obligations. In: *Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Istanbul Protocol)*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. [Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (1999). Работники здравоохранения с двойными обязанностями. В публикации: «Руководство по полноценному расследованию и документации пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказаний (Стамбульский протокол)». Женева, Управление Верховного комиссара ООН по правам человека.]

Penal Reform International (1995). *Making standards work: an international handbook on good prison practice*. The Hague, Penal Reform International.

United Nations (1982). Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982. New York, United Nations. [ООН (1982). Принципы врачебной этики, связанные с ролью работников здравоохранения, в частности врачей, по защите заключенных и лиц, содержащихся под стражей, от пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказаний. Утверждено резолюцией Генеральной Ассамблеи 37/194 от 18 декабря 1982 года. Нью-Йорк, ООН].

Whitehead J, Lindquist C (1986). Correctional officer job burnout. A path model. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 23:23-42.

WHO Regional Office for Europe (1999). Mental health promotion in prisons: a consensus statement. In: *Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting, The Hague, the Netherlands, 18–21 November 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Wool R, Pont J (2006). *Prison health. A guide for health care practitioners in prisons*. London, Quay Books.

World Medical Association (1975). Declaration of Tokyo: Guidelines for Medical Doctors Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. Helsinki, World Medical Association. [Всемирная медицинская ассоциация (1975). Токийская декларация: Инструкции для врачей в отношении пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказаний в связи с содержанием под стражей и тюремным заключением. Хельсинки, Всемирная медицинская ассоциация.]

World Psychiatric Association (1996). Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. Ch ne-Bourg, World Psychiatric Association. [Всемирная психиатрическая ассоциация (1996). Декларация об этических нормах психиатрической практики, Шен-Бург, Всемирная психиатрическая ассоциация.]

6. Инфекционные заболевания

Dumitru Laticevschi

Основные пункты

- Заключение подвержены большому риску заражения инфекционными заболеваниями: они не могут контролировать окружающую их среду, а сочетание факторов передачи — возбудителей, реципиентов и путей передачи — намного менее благоприятно в исправительных учреждениях, чем в гражданском обществе.
 - Инфекционные заболевания являются следствием взаимодействия между возбудителями и реципиентами, но на их распространенность влияют такие факторы, как финансирование служб здравоохранения и практика организации работы исправительных учреждений.
 - С инфекционными заболеваниями в исправительных учреждениях невозможно бороться путем принятия разрозненных клинических мер вмешательства. В интересах заключенных, персонала исправительных учреждений и общества в целом забота о здоровье должна быть включена в более широкие государственные программно-стратегические меры, которые затрагивают исправительные учреждения.
 - Для борьбы с инфекционными заболеваниями существуют медико-санитарные меры вмешательства, дающие максимальный эффект при минимальных затратах и имеющие под собой прочную доказательную основу.
-

Введение

Еще в древности люди поняли, что распространение заболеваний можно уменьшить за счет улучшения санитарных условий в обществе. В Древнем Риме государство поддерживало снабжение населения продовольствием, чистой водой и организацию общественных бань. Когда развитие торговли и повышение мобильности населения привели к росту и перенаселенности средневековых городов и возникновению в них нездоровых условий жизни, действенными мерами борьбы с заболеваниями для городов, которые были в состоянии последовательно применять такие меры в принудительном порядке, стали изоляция больных и обязательный карантин для прибывающих в город путников, которые до этого могли соприкоснуться с болезнью. В новейший период, благодаря открытию вакцин и антибиотиков, произошли разительные перемены, приведшие, среди прочего, к искоренению оспы и резкому снижению младенческой смертности. Однако, несмотря на то что сбор доказательных данных ведется во всем мире с незапамятных времен и недавно были достигнуты новые успехи в медицинских науках, инфекционные заболевания и в XXI веке остаются основной причиной смерти. Главная причина, по которой люди остаются уязвимыми, заключается в том, что источник инфекции обычно находится вне данного человека. Ключевыми факторами в передаче являются подверженность воздействию окружающей среды или контакты с другими инфицированными людьми.

Особому риску подвергаются заключенные, поскольку они практически никак не контролируют окружающую их среду и обычно не имеют никаких вариантов выбора плотности и состава своего окружения. В исправительных учреждениях сочетание факторов передачи — возбудителей, реципиентов и путей передачи — намного менее благоприятно, чем оно обычно бывает в гражданском обществе (рис. 6.1).



Рис. 6.1. Взаимодействие факторов, вызывающих инфекционные заболевания в исправительных учреждениях

Необходимым звеном в цепи инфекции являются возбудители (бактерии, вирусы, простейшие, гельминты и грибы). Подавляющее большинство контингента исправительных учреждений составляют выходцы из бедных и маргинальных слоев общества, у которых мало доступа к услугам здравоохранения. Вследствие поведения, обстоятельств жизни и материальных условий возбудители инфекции больше распространены среди этих людей.

Типичный заключенный — это, вероятнее всего, человек, лишенный каких-либо реальных возможностей в жизни, переболевший различными болезнями, употребляющий наркотики и алкоголь. Он (или она), вероятно, жил в переполненных людьми жилых помещениях до заключения и будет жить в таких условиях и после выхода на волю и может подвергаться риску заразиться какими-либо болезнями через пищу и воду.

На частоту заболевания и тяжесть болезни в исправительных учреждениях отрицательно влияют запущенные болезни, анатомические дефекты, наличие сопутствующих инфекционных и неинфекционных заболеваний, непоследовательное лечение в прошлом антибиотиками, большие дозы и длительный период воздействия на организм, а также низкий пищевой статус.

В условиях большой скученности людей и зачастую в нездоровой среде исправительного учреждения возбудители инфекции могут распространяться многими разнообразными путями: непосредственно — через касание, половые сношения, прямой разлет каплей от кашляющего человека или соприкосновение с экскрементами и отбросами, или же посредством нескольких механизмов не прямой передачи, когда передача от бактерионосителя может происходить через пищу, воду, одежду, принадлежности для нанесения татуировки или зараженные шприцы; передача воздушным путем может происходить через аэрозоли, образующиеся в больших, плохо проветриваемых и едва отапливаемых помещениях; переносчики же могут передаваться через мух, комаров и клещей.

Профилактика заболеваний в исправительных учреждениях может быть организована на трех уровнях.

- На индивидуальном уровне работники здравоохранения обычно проводят клинические меры вмешательства, такие как введение антибиотиков для предупреждения

- инфекции ран или лечения чесотки в целях профилактики бактериальных осложнений. Однако значительная часть медицинских услуг в исправительных учреждениях оказывается непрофессионально – в форме самолечения или оказания помощи друг другу самими заключенными. Нужно стараться не возлагать на заключенных всю вину за то, что они ведут себя так, что это приводит к болезням, поскольку люди часто не в состоянии полностью контролировать обстоятельства.
- На институциональном уровне применение безопасных методов проведения обысков и скрининга позволяет предупреждать подверженность гемотрансмиссивным заболеваниям, или же путем организации в административном порядке проветривания закрытых помещений можно уменьшить передачу туберкулеза.
 - На уровне всего контингента вмешательства с целью укрепления здоровья организуются с позиций общественного здравоохранения и могут включать в себя регулирование количества и качества пищи, принятие нормативов качества воды или воздуха в помещениях и реализацию крупномасштабных мер по обмену шприцев.

Для предупреждения распространения инфекционных заболеваний необходимо направить усилия на самые слабые звенья в цепи «возбудитель – передача – реципиент» (рис. 6.1). Например, хлорирование воды уничтожает некоторых возбудителей; пропаганда использования презервативов ведет к устранению контакта, необходимого для передачи; использование репеллентов, дезинфицирующих средств и защитной одежды помогает бороться с переносчиками, а вакцинация создает иммунитет у реципиента.

При выборе наиболее правильной стратегии лицам, вырабатывающим политику, необходимо принимать во внимание угрозы, связанные с данным заболеванием, осуществимость мер вмешательства, соотношение издержек на осуществление этих мер и достигаемых результатов, а также соображения равенства. Ввиду специфических обстоятельств в исправительных учреждениях некоторые подходы могут оказаться более трудными для осуществления.

Проблемы исправительных учреждений в целом и охраны здоровья в них в частности не всегда оказываются в числе первоочередных вопросов, стоящих на повестке дня политиков, но угроза передачи инфекционных заболеваний в исправительных учреждениях и из исправительных учреждений в общество показывает, насколько важно улучшать доступ к медико-санитарной помощи и укреплять здоровье в исправительных учреждениях. Исправительные учреждения – это одновременно и трудности, и возможности для борьбы с распространением инфекционных заболеваний: трудности потому, что условия жизни в исправительных учреждениях часто увеличивают риск передачи, а возможности потому, что у многих людей доступ к медицинским услугам в тюрьме намного лучше, чем обычно бывает у них на свободе. К тому же контингент в исправительном учреждении расположен компактно и не слишком мобилен, что несколько облегчает усилия по проведению массовых обследований с целью выявления инфекционных заболеваний. Наконец, в исправительном учреждении, может быть, легче, чем на свободе, добиться соблюдения режимов лечения.

Гемотрансмиссивные заболевания

Гемотрансмиссивные возбудители – это возбудители, находящиеся в крови человека и способные вызывать заболевание у других людей, к которым может попасть кровь и кровепродукты. Наиболее значимыми (но не единственными) гемотрансмиссивными возбудителями являются вирус гепатита В, вирус гепатита С и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). В исправительных учреждениях угрозе попадания в организм крови и других содержащихся в организме человека жидкостей в результате травмы острыми

предметами (иголами и т.п.), повреждения слизистой оболочки и кожного покрова могут быть подвержены как работники медицинской службы, так и сотрудники охраны. Ниже перечислены общие меры предосторожности для профилактики распространения гемотрансмиссивных вирусов в исправительных учреждениях.

Медперсоналу и сотрудникам охраны необходимо:

- рассматривать любой предмет как потенциальный носитель гемотрансмиссивных возбудителей;
- избегать прямых манипуляций с зараженными материалами;
- носить перчатки при выполнении любых процедур, в ходе которых возможно соприкосновение с кровью или другими жидкостями организма.

Медперсоналу необходимо:

- закрывать все порезы водонепроницаемыми перевязочными материалами;
- применять подручные средства (как, например, полотенца и носовые платки) в качестве впитывающих барьеров при обработке ран с сильным кровотечением;
- тщательно очищать и стерилизовать инструменты, испачканные кровью;
- применять эффективные дезинфицирующие средства (например, хлорную известь).

Администрация должна обеспечивать наличие всех необходимых средств и приспособлений для защиты сотрудников охраны; обеспечивать медперсонал оборудованием, необходимым для того, чтобы выполняемые медико-санитарные процедуры были безопасными для него и для заключенных, и добиваться того, чтобы у заключенных был доступ к средствам, которые защищали бы их от заражения инфекциями (и в конечном счете делали исправительные учреждения более безопасным местом для работающих в них людей), например, к хлорной извести для дезинфицирования острых предметов, а также к программам обмена игл и шприцев.

В следующем разделе поясняется более подробно, как можно уменьшить риск внутривенной передачи гемотрансмиссивных вирусов и передачи инфекций при выполнении татуировки и пирсинга.

Татуировка и пирсинг

Хотя во многих странах нанесение татуировки в исправительных учреждениях запрещено, оно практикуется очень широко. Татуировка часто наносится в антисанитарных условиях с помощью карандашей, авторучек, булавок или иголок. Вводимые пигменты могут включать грифель, сажу, тушь для ресниц, древесный уголь и просто землю. Грязные приспособления для нанесения татуировки могут выступать эффективным средством передачи гемотрансмиссивных инфекций. Нанесение татуировки связано с риском занесения ВИЧ-инфекции, вируса гепатита В, вируса гепатита С и столбняка. Краски, используемые для татуировки, могут вызывать аллергические реакции. В редких случаях, когда совершенно не соблюдается гигиена и высока распространенность заболеваний, могут передаваться туберкулез и сифилис, если в процессе нанесения татуировки используют мочу и слюну.

Во многих исправительных учреждениях также широко распространен пирсинг. Чаще всего прокалываются такие части тела, как мочка уха и хрящ ушной раковины, бровь, губа, нос, язык, сосок, пупок и наружные половые органы. В отверстия, оставленные иглами в этих частях тела, вставляются нательные украшения. В некоторых

тюремных культурах в крайнюю плоть часто вставляют металлические шарики или же пропитывают ее мазями для увеличения диаметра. Такие биологически инертные металлы, как хирургическая сталь или золото, редко бывают доступны заключенным, и это увеличивает риск занесения инфекции и аллергических реакций.

Предупреждение передачи гемотрансмиссивных заболеваний через нанесение татуировки требует принятия мер на трех уровнях.

- На индивидуальном уровне: татуировщики должны мыть руки и надевать перчатки. У них должны быть средства для стерилизации используемых приспособлений между проведением процедуры на разных заключенных. В идеале стерильные татуировочные иглы должны использоваться только один раз и затем выбрасываться в надежно закрывающиеся контейнеры. Оставшаяся краска для татуировки после завершения процедур всегда должна выбрасываться. Место татуировки требует такого же ухода, как и поверхностный ожог: участок кожи должен содержаться в чистоте и увлажняться до тех пор, пока татуировка не заживет окончательно.
- На уровне учреждения: можно выделить помещения для безопасного нанесения татуировки и в них создать условия для стерилизации принадлежностей, чтобы уменьшить передачу гемотрансмиссивных заболеваний. Однако в исправительных учреждениях редко имеются помещения для безопасного нанесения татуировки. В отсутствие таких помещений заключенные сами должны отвести для нанесения татуировки (или пирсинга) чистый участок с хорошим освещением
- На уровне контингента: в распоряжении заключенных должны иметься чистые принадлежности для нанесения татуировки, заключенные должны иметь возможность организовывать комнаты для безопасного нанесения татуировки, однако то, в какой степени все это возможно, зависит от того, насколько восприимчивы администрация исправительных учреждений и министерства, ведающие исправительными учреждениями, к аргументам общественного здравоохранения.

Внутривенная передача

С наибольшим риском передачи гемотрансмиссивных инфекций связано переливание крови. Однако меры, обеспечивающие безопасность крови (отбор доноров и проверка донорской крови), позволили резко уменьшить вероятность получения гемотрансмиссивных инфекций через переливание крови.

Еще одним путем, которым легко передаются гемотрансмиссивные заболевания, является использование одних и тех же шприцев для инъекционного введения наркотиков. Несмотря на усилия, предпринимаемые для того, чтобы не дать наркотикам проникнуть в исправительные учреждения, во многих из них употребление инъекционных наркотиков широко распространено и является фактором риска передачи гемотрансмиссивных инфекций. Поскольку пронести в тюрьму принадлежности для инъекций намного сложнее, чем сами наркотики, часто в исправительном учреждении ходят по рукам лишь несколько шприцев, что повышает вероятность того, что одним и тем же шприцем будут пользоваться многие люди. Когда шприц введен в вену, шток отводится назад, чтобы игла наверняка находилась в вене. Некоторое количество крови, которое при этом попадает в шприц, может оставаться там и быть инъецировано следующим потребителем наркотика. Передача происходит в результате обмена кровью. Потребитель инъекционных наркотиков, который никогда не пользуется общими шприцами, не заразится ВИЧ или другими гемотрансмиссивными инфекциями через шприцы.

Профилактика основана на блокировании передачи, обусловленной использованием зараженных шприцев. На популяционном уровне в случае принятия прагматич-ных стратегий снижения риска создаются самые благоприятные условия для предупреждения передачи. Если такие стратегии приняты, учреждения могут содействовать безопасным способам инъекционного употребления различными мерами вмешательства – от санитарного просвещения до программ обмена игл и шприцев. Каждый потребитель наркотиков должен избегать использования общих приспособлений для инъекций, а когда реализуются программы обмена игл и шприцев, принимать в них участие. Если чистых игл и шприцев в наличии нет, для уменьшения риска передачи инфекции следует использовать хлорную известь, но риск от этого не становится меньше. Благодаря высокой концентрации вируса гепатита В и вируса гепатита С в кровотоке и их способности выживать вне живого организма ими заразиться гораздо легче, чем ВИЧ. Для профилактики инфицирования вирусом гепатита В и вирусом гепатита С потребители инъекционных наркотиков должны избегать делиться с другими потребителями наркотиков какими бы то ни было материалами для инъекционного введения, в том числе шприцами, ватой, водой и сосудом для варки.

Туберкулез

Возбудителями туберкулеза (ТБ) являются бактерии *Mycobacterium tuberculosis*. Эти бактерии распространяются воздушно-капельным путем и поражают преимущественно легкие. Источником является человек, болеющий легочным ТБ в активной форме, который распространяет *Mycobacterium tuberculosis* через взвешенные в воздухе частицы при кашле, чихании, во время разговора или пения. Исправительные учреждения часто бывают переполнены и плохо отапливаются. Для предупреждения потери тепла заключенные часто наглухо закрывают окна, и это создает идеальную среду для устойчивого присутствия *Mycobacterium tuberculosis* в воздухе. Люди, живущие в одном помещении с больными активной формой туберкулеза, подвергаются наибольшему риску инфекции.

Большинство людей, которые вдыхают туберкулезные бактерии и становятся инфицированными, не проявляют никаких симптомов и не чувствуют себя больными. *Mycobacterium tuberculosis* остаются живыми в организме этих людей, но размножаться прекращают. Такое положение называется скрытой, или латентной, инфекцией. У большинства людей с латентной инфекцией активная форма туберкулеза так и не развивается. Но когда иммунная система не в состоянии остановить рост бактерий, *Mycobacterium tuberculosis* начинают размножаться, вызывая активную форму туберкулеза. У людей с ВИЧ иммунная система чрезвычайно ослаблена, и это повышает их уязвимость. В исправительных учреждениях распространенность ВИЧ-инфекции выше, чем среди населения в целом, что создает дополнительную трудность для программ борьбы с туберкулезом. Иммунную систему человека также могут ослаблять злоупотребление психоактивными веществами и небольшая масса тела (и то и другое широко распространено в исправительных учреждениях).

Значительно уменьшить распространение туберкулеза может индивидуальное поведение людей, болеющих туберкулезом.

- Самое важное – необходимо регулярно принимать противотуберкулезные препараты.
- Важно также прикрывать рот тканью при кашле, чихании или смехе.

- Люди с активной формой туберкулеза не должны посещать места, где возможен контакт со здоровыми людьми.
- Необходимо часто открывать окна, чтобы можно было как следует проветрить помещения.

Нужно помнить, что туберкулез распространяется воздушно-капельным путем. Вопреки широко распространенным предубеждениям люди не могут заразиться через рукопожатие, пользование сиденьями для унитаза или пользование одними и теми же тарелками и приборами с людьми, больными туберкулезом.

Легочный туберкулез может вызывать следующие симптомы:

- кашель в продолжение более двух недель;
- откашливание мокроты или крови;
- боль в груди;
- слабость и утомляемость;
- потеря массы тела;
- жар;
- пот ночью.

К мерам, принимаемым на институциональном уровне для предупреждения распространения туберкулеза, относятся: принятие графиков проветривания жилых зон, меры по обеспечению хорошего отопления (при этом не закрывая окна наглухо) и предоставление заключенным возможности находиться достаточное время на открытом воздухе. Поддержка в выявлении больных (например, посредством направления заключенных с симптомами к медработникам) может приводить к более раннему началу лечения и тем самым уменьшать количество времени, в течение которого заразные больные находятся вместе с другими заключенными, а значит, может быть одной из эффективных мер борьбы с туберкулезом.

Тот факт, что при правильном лечении туберкулез излечим, привел к появлению самых действенных мер вмешательства — мер, в которых учитывается популяционный аспект. Математическое моделирование показывает, что выявление не менее 75% инфекционных больных и вылечивание не менее 85% из них резко сокращают коэффициент передачи среди населения, причем настолько, что это позволяет, по существу, установить контроль над этим заболеванием. В этом заключаются классические цели борьбы с туберкулезом, предусмотренные стратегией, рекомендованной ВОЗ (дополнительную информацию см. в главе 8).

В идеале борьба с туберкулезом в исправительных учреждениях должна быть интегрирована в общегосударственную программу борьбы с ТБ, принятую в стране, но в тех случаях, когда это невозможно, противотуберкулезные службы исправительных учреждений можно укрепить и независимо от других. Качественное лечение с применением полного спектра противотуберкулезных лекарственных препаратов будет положительно сказываться на здоровье как отдельных лиц, так и всего контингента исправительных учреждений, не создавая значительного риска возникновения лекарственной устойчивости даже в тех крайних случаях, когда некоторые люди не могут завершить курса лечения, потому что освобождаются из заключения до окончания лечения.

В основе диагноза — окрашивание и прямое микроскопическое исследование мокроты. Представляется оправданным проведение массового рентгенологического

обследования всего контингента в исправительном учреждении, но оно должно быть дополнено массовым обследованием на наличие симптомов и пассивным выявлением больных.

Определения больных, данные ВОЗ

Для того чтобы не допустить неправильного лечения людей, которые ранее проходили лечение (и тем самым уменьшить возможность выработки лекарственной устойчивости), для обеспечения рационального использования ресурсов и для снижения числа побочных эффектов за счет исключения чрезмерно больших доз ВОЗ рекомендует, чтобы стандартные режимы лечения соответствовали диагностической категории каждого больного туберкулезом. Категории больных определяются по локализации туберкулеза, результату микроскопии мазка мокроты, тяжести туберкулеза и наличия в анамнезе предыдущего лечения по поводу туберкулеза.

Обычно после приема лекарств в течение нескольких недель больные туберкулезом чувствуют себя хорошо и перестают быть заразными. Это имеет важные последствия: когда больные туберкулезом больше не заразны и не чувствуют себя больными, они могут функционировать точно так же, как и до развития у них активной формы туберкулеза. К сожалению, диагноз ТБ, словно клеймо, еще долго сохраняется за человеком и после того, как он перестал быть заразным, вызывая ничем не оправданную неприязнь у окружающих и отвлекая внимание от невыявленных больных активной формой туберкулеза или от больных туберкулезом, которые проходят лечение и все еще остаются заразными.

Иногда противотуберкулезные препараты могут вызывать побочные эффекты. К числу наиболее тяжелых побочных эффектов относятся: потеря аппетита, тошнота и рвота, желтизна кожи или глаз, жар в течение трех или более дней, боль в области живота, сыпь, легко начинающееся кровотечение, изменение зрения, звон в ушах и потеря слуха.

Хотя клиническая картина улучшается быстро, туберкулезные бактерии погибают в организме человека, больного туберкулезом, медленно. Для завершения лечения требуется не менее шести месяцев.

Исходы лечения

Незавершенность лечения может привести к рецидивам болезни и к выработке устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Это означает, что данное лекарство больше не способно убивать бактерии. Иногда бактерии становятся резистентными к двум самым сильнодействующим противотуберкулезным препаратам — изониазиду и рифампицину. Такое состояние называется туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и представляет собой очень серьезную проблему. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя лечится с помощью противотуберкулезных препаратов резервного ряда, которые менее эффективны по сравнению с обычными противотуберкулезными препаратами и могут вызывать больше побочных эффектов.

Для того чтобы лечение проходило без перерыва, в большинстве программ борьбы с туберкулезом внедрена стратегия лечения под непосредственным наблюдением (DOT). При этой стратегии лекарственные препараты принимаются в присутствии медработника, который наблюдает за их приемом. Прогресс, достигаемый в ходе лечения, измеряется по завершении начальной фазы в конце второго месяца путем микроскопии мазка мокроты, а затем снова в фазе продолжения и в конце лечения.

Важной организационной особенностью стратегии, рекомендованной ВОЗ для борьбы с ТБ, является то, что исходы лечения (таблица 6.1) регистрируются таким образом, что становится возможным когортный анализ.

Таблица 6.1

Определения исходов лечения ТБ, данные ВОЗ

Излечен	Больной, у которого результаты микроскопии мокроты были отрицательными в последний месяц лечения и по крайней мере при одном предыдущем исследовании.
Лечение завершено	Больной, который полностью прошел курс противотуберкулезного лечения, но не отвечает критериям, позволяющим определить случай как Излечен или Неудача лечения .
Неудача лечения	Больной, у которого определяется положительный результат микроскопии мазка мокроты на 5-м месяце или в более поздние сроки лечения.
Умер	Больной, который умер в ходе лечения по любой причине.
Лечение прервано	Больной, лечение которого прерывалось на 2 месяца подряд и более.
Выбыл	Больной, который был переведен в другой учетный регистр и исход лечения которого неизвестен.

Инфекции, передаваемые половым путем

Среди контингента исправительных учреждений, имеющего инфекции, передаваемые половым путем, можно ожидать увеличения числа случаев ВИЧ-инфекции: при инфекциях, передаваемых половым путем, которые нарушают целостность кожного покрова или слизистых оболочек, легко начинается кровотечение, а это повышает инфекционность данного человека и его восприимчивость к ВИЧ-инфекции. Кроме того, инфекции, передаваемые половым путем, являются важным прогностическим фактором ВИЧ-инфекции, так как они указывают на наличие поведения, связанного с передачей ВИЧ. Самый лучший способ предупреждения инфекций, передаваемых половым путем, – вообще избегать половых контактов, но это для многих заключенных нереально, так как большинство из них находятся в возрасте половой активности, а некоторые из них могут подвергаться различным формам сексуального насилия. Однако заключенных можно поощрять к тому, чтобы они учились предупреждать инфекции, передаваемые половым путем, и распознавать наиболее распространенные симптомы таких инфекций, а также обращались за медико-санитарной помощью, как только заметят какие-либо симптомы.

ВИЧ

ВИЧ обнаруживается в крови, но также может быть в сперме, влагалищном отделяемом, грудном молоке, слюне и слезах. Он не может выживать или воспроизводиться вне живого организма-хозяина, но может легко распространяться через половой контакт с инфицированным человеком. В конце 90-х годов прошлого столетия появилась высокоактивная антиретровирусная терапия, благодаря которой изменился статус ВИЧ-инфекции: из смертельной болезни она превратилась в контролируемое хроническое состояние. Однако излечение все еще невозможно, а высокоактивная антиретровирусная терапия остается дорогостоящей. Жизненно важной стратегией по-прежнему

является профилактика. Риск приобрести или передать инфекции, передаваемые половым путем, в том числе ВИЧ-инфекцию, может быть значительно уменьшен при надлежащем (правильном) и постоянном (каждый раз) использовании презервативов для половых сношений – вагинальных, анальных или оральных.

Для того чтобы программы борьбы с ВИЧ-инфекцией в исправительных учреждениях были комплексными, они должны включать следующие компоненты:

- профилактику новых случаев инфицирования, в частности, посредством: 1) уменьшения передачи половым путем за счет повышения уровня жизненных умений и навыков (особенно среди молодых заключенных), обеспечения легкого и анонимного доступа к презервативам и смазкам, борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем, уведомления партнеров и реализации мер, направленных на снижение распространенности сексуальной эксплуатации и случаев изнасилования; 2) обеспечения безопасности крови путем проведения анализов переливаемой крови на ВИЧ, снижения числа переливаний крови без абсолютной необходимости и привлечения доноров из групп пониженного риска; 3) снижения частоты передачи через зараженные общие приспособления для инъекционного введения наркотиков за счет внедрения программ обмена игл и шприцев, заместительной терапии и просвещения силами самих заключенных;
- облегчение страданий от ВИЧ-обусловленных заболеваний путем предоставления необходимого ухода, лечения (в том числе высокоактивной антиретровирусной терапии) и поддержки при ВИЧ-инфекции и обусловленных ею заболеваниях;
- облегчение социальных последствий посредством принятия мер по противодействию связанным с ВИЧ-инфекцией социальному отторжению и дискриминации;
- проведение эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
- обеспечение легкого доступа к добровольному консультированию по вопросам ВИЧ-инфекции и тестированию на ВИЧ.

Управление ООН по наркотикам и преступности, Программа ЮНЭЙДС и ВОЗ недавно (в 2006 году) опубликовали документ «Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка больных в условиях исправительных учреждений: основа для действенных ответных мер на уровне страны».

В течение последнего десятилетия произошли большие изменения в лечении людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, в результате чего снизились смертность и заболеваемость: то, что раньше было смертельной болезнью, стало контролируемым хроническим состоянием.

Хотя большинство людей во всем мире, живущих с ВИЧ и нуждающихся в лечении, по-прежнему не имеют доступа к такому лечению, позволяющему спасти им жизнь, инициатива ВОЗ и ЮНЭЙДС по доведению числа получающих лечение в странах с низким уровнем доходов к 2005 году до трех миллионов человек (инициатива «Три к пятому») в сочетании с беспрецедентным наличием денежных средств, предоставленных Глобальным фондом борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, привела к быстрому расширению масштабов применения антиретровирусной терапии. В значительной мере это стало возможным благодаря тому, что схемы лечения были унифицированы и адаптированы к условиям ограниченности ресурсов. Применение фиксированных комбинаций лекарственных препаратов позволяет решить несколько проблем: значительно уменьшаются суточные дозы таблеток, улучшается соблюдение режима лечения и снижается риск выработки лекарственной устойчивости, сокращаются издержки, облегчается организация снабжения и создаются лучшие условия для осуществления стратегий лечения под наблюдением.

На прошедшем недавно Совещании высокого уровня по борьбе со СПИДом 2006 года мировое сообщество приняло обязательство предпринять все необходимые усилия по достижению к 2010 году цели обеспечить всеобщий доступ к комплексным программам профилактики, лечению, уходу и поддержке.

Предоставление доступа к антиретровирусной терапии нуждающимся в ней в условиях исправительных учреждений — задача нелегкая, особенно там, где ограничены ресурсы, однако решать ее нужно и можно. Исследованиями документально установлено, что когда заключенным предоставляется помощь и доступ к антиретровирусной терапии, достигаются хорошие результаты. Процент соблюдающих режим лечения в исправительных учреждениях может быть такой же, как и среди населения в гражданском обществе, а то и выше, но улучшения в состоянии здоровья, достигнутые в период тюремного заключения, могут быть сведены на нет, если не будет проводиться тщательное планирование выхода заключенного на свободу и не будут установлены связи с гражданскими службами здравоохранения.

Поскольку антиретровирусная терапия становится все более доступной в странах с низким уровнем доходов и странах с переходной экономикой, огромное значение будет иметь обеспечение ее доступности и в пенитенциарных системах этих стран. Обеспечение непрерывности помощи при переходе больного из гражданского общества в исправительное учреждение и обратно в общество, а также непрерывности помощи внутри пенитенциарной системы представляет собой один из фундаментальных элементов успешных усилий по расширению масштабов лечения.

Необходимы устойчивые программы лечения ВИЧ в исправительных учреждениях, интегрированные в общие программы стран по лечению ВИЧ или хотя бы связанные с ними (врезки 6.1 и 6.2).

Врезка 6.1. Стратегии лечения ВИЧ-инфекции

- Антиретровирусная терапия для подавления репликации вируса и индуцирования иммуновосстановления.
 - Лечение и профилактика инфекций, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами.
 - Профилактика экспозиции по инфекциям, вызываемым условно-патогенными микроорганизмами.
-

В своих рекомендациях, касающихся инициирования антиретровирусной терапии среди взрослых и подростков, ВОЗ проводит различия между условиями, в которых имеется возможность проводить тестирование на CD4, и условиями, в которых такой возможности нет.

Если имеется возможность тестирования на CD4, лечение начинается на:

- IV стадии заболевания по классификации ВОЗ, независимо от числа CD4;
- III стадии заболевания по классификации ВОЗ, при этом надо принять во внимание возможность (исходя из сопутствующих клинических состояний) использования числа CD4 < 350 на мм³ для обоснования принимаемых решений;
- I или II стадии заболевания по классификации ВОЗ, если число CD4 < 200 на мм³.

Если возможности тестирования на CD4 нет, лечить бессимптомных взрослых с заболеванием на стадии I не рекомендуется. Лечение начинается на:

- IV стадии заболевания по классификации ВОЗ, независимо от общего числа лимфоцитов;
- III стадии заболевания по классификации ВОЗ, независимо от общего числа лимфоцитов;
- I или II стадии заболевания по классификации ВОЗ, если общее число лимфоцитов <1200 на мм³.

В настоящее время имеются в наличии многие антиретровирусные препараты – нуклеозидные и нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы и ингибиторы протеазы (врезка 6.3).

Врезка 6.2. Рекомендации ВОЗ в отношении классификации стадий ВИЧ-инфекции и болезни

ВОЗ рекомендует следующую систему классификации ВИЧ-инфекции и болезни у взрослых и подростков.

Клиническая стадия I по классификации ВОЗ: отсутствие симптомов

- Снижения веса не наблюдается.
- Отсутствие симптомов или только персистирующая генерализованная лимфаденопатия.
- Степень двигательной активности 1: симптомы отсутствуют, активность обычная.

Клиническая стадия II по классификации ВОЗ: легкая степень болезни

- Снижение веса на 5–10%.
- Незначительные проявления поражения слизистых оболочек и кожи, опоясывающий герпес в течение последних пяти лет, повторяющиеся инфекции верхних дыхательных путей (бактериальный синусит или отит).
- Степень двигательной активности 2: симптомы есть, активность обычная.

Клиническая стадия III по классификации ВОЗ: умеренная степень болезни

- Снижение веса >10%.
- Необъяснимая хроническая диарея или необъяснимая продолжительная лихорадка (более одного месяца), кандидозный стоматит (молочница), волосистая лейкоплакия ротовой полости, легочный ТБ в течение последнего года, тяжелые бактериальные инфекции (такие, как пневмония и пиомиозит).
- Степень двигательной активности 3: в постели более 50% дневного времени в течение последнего месяца.

Клиническая стадия IV по классификации ВОЗ: тяжелое заболевание (СПИД)

- Синдром ВИЧ-обусловленного истощения.
- Пневмония *Pneumocystis carinii*, токсоплазмоз головного мозга, криптоспорозная диарея продолжительностью более одного месяца, внелегочный криптоспороз, цитомегаловирусная болезнь помимо болезни печени, селезенки или лимфатических узлов (ретинита), вирусная инфекция простого герпеса кожнослизистого или висцерального, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия и любой рассеянный эндемичный микоз, кандидоз пищевода, трахеи, бронхов, атипичный *Mycobacterium tuberculosis* (острый милиарный или легочный), нетифоидная септицемия, вызванная *Salmonella*, внелегочный туберкулез, лимфома, саркома Капоши, ВИЧ-обусловленная энцефалопатия.

Врезка 6.3. Рекомендации ВОЗ в отношении антиретровирусной терапии

Схема лечения препаратами основного ряда

ставудин или зидовудин

+

ламивудин

+

невирапин или ифавиренц

Схема лечения препаратами резервного ряда

тенофовир дизопроксил фумарат или абакавир

+

диданозин

+

ингибитор протеазы: лопинавир с поддержкой малой дозой ритонавира или саквинавир с поддержкой малой дозой ритонавира

Серьезной проблемой, с которой связана антиретровирусная терапия, является то, что любое прерывание лечения может привести к устойчивости по меньшей мере к некоторым из применяемых препаратов. Медперсонал должен стараться обеспечивать соблюдение схемы лечения. Кроме того, необходимы и другие меры для того, чтобы не происходило прерывания лечения. На уровне страны: 1) ведомства, ответственные за исправительные учреждения, должны быть представлены в национальных координационных комитетах по борьбе с ВИЧ/СПИДом, а решение проблем исправительных учреждений должно быть предусмотрено в согласованных программах действий по борьбе с ВИЧ и СПИДом и охватываться системой мониторинга и оценки на общегосударственном уровне; 2) ведомства, ответственные за исправительные учреждения, должны принимать участие во всех аспектах расширения масштабов лечения — от подачи заявок на финансирование (чтобы добиться целевого выделения средств на нужды исправительных учреждений) до разработки, реализации и мониторинга и оценки планов расширения масштабов лечения; 3) министерство, ответственное за здравоохранение, и министерство, отвечающее за пенитенциарную систему, должны тесно сотрудничать, признавая, что охрана здоровья в исправительных учреждениях — это охрана здоровья всего населения; или же правительство должно возложить ответственность за организацию здравоохранения в исправительных учреждениях на то же министерство, учреждение или ведомство, что и обеспечивает медико-санитарную помощь всему населению; 4) необходимо разработать методические указания, в которых бы определялось, что людям, живущим с ВИЧ, разрешается иметь при себе свои лекарства или они должны обеспечиваться лекарствами после ареста и заключения в места лишения свободы и в любой момент при переводе из одного учреждения в другое внутри пенитенциарной системы или при доставке на судебные слушания. Сотрудники полиции и исправительных учреждений должны знать о том, как важно поддерживать непрерывность лечения. На региональном и местном уровне исправительные учреждения должны установить партнерские отношения с поликлиниками, больницами и вузами, а также неправительственными организациями (в том числе с организациями людей, живущих с ВИЧ) в целях обеспечения медико-санитарной помощи заключенным и разработки не параллельных, а единых программ помощи и лечения.

Лица, получающие антиретровирусную терапию, восстанавливают свою иммунную конституцию, и это может привести к воспалительной реакции в первые 1–2 месяца. Клиническими проявлениями этого могут быть жар, вздутие лимфатических узлов, могут быть затронуты легочная и центральная нервная системы. У людей со скрытой инфекцией ТБ может развиваться активный туберкулез. В случае развития активного

туберкулеза прекращать антиретровирусную терапию не нужно. Есть целый ряд особых соображений, касающихся больных туберкулезом:

- рифампицин взаимодействует с невирапином и ингибиторами протеазы;
- возрастает количество принимаемых таблеток, и поддерживать соблюдение схемы лечения становится труднее;
- рекомендуемые препараты основного ряда — зидовудин или ставудин + ламивудин + ифавиренц (600 или 800 мг в день), а альтернативная схема — зидовудин + ламивудин + абакавир;
- польза применения невирапина представляется спорной ввиду вероятности повышения печеночной токсичности и слабой эффективности.

С применением антиретровирусных препаратов связаны некоторые отрицательные последствия:

- митохондриальная токсичность при применении нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы;
- молочный ацидоз, митохондриальная токсичность и липодистрофия при применении нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы;
- сыпь и гепатит при применении ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы;
- липодистрофия, гиперлипидемия и гипергликемия при применении ингибиторов протеазы.

Антиретровирусная терапия требует проведения клинических и лабораторных оценок в начале лечения для определения исходного состояния и затем регулярно в ходе лечения. При определении исходного состояния оцениваются стадия заболевания ВИЧ, сопутствующие состояния (туберкулез и беременность), сопутствующее медикаментозное лечение (в том числе традиционное), масса тела и готовность больного к лечению. В процессе лечения оцениваются признаки и симптомы потенциальной токсичности лекарственных препаратов, масса тела, восприимчивость к лечению и соблюдение схемы лечения, а когда имеются клинические показания и в зависимости от применяемой схемы лечения антиретровирусными препаратами, выполняется лабораторная оценка.

Сифилис

Без лечения возбудитель сифилиса *Treponema pallidum* сохраняется в организме пожизненно, приводя к калечащим повреждениям, нарушениям нервной системы и смерти. Эволюция сифилиса происходит несколькими фазами, для каждой из которых характерны свои симптомы.

- Первичный сифилис: от трех недель до трех месяцев после инфицирования в месте внедрения (на половых органах, анальном отверстии, губах или во рту) появляются безболезненные мокнущие язвы (шанкр). Шанкр продолжается от трех до шести недель. Во время первичной фазы на этом участке тела могут вспухать лимфатические узлы.
- Вторичный сифилис: от трех до шести недель после шанкра появляется сыпь на теле, часто на ладонях рук и подошвах ног. К другим симптомам относятся субфебрильность, утомление, фарингит, неравномерное выпадение волос (алопеция), потеря веса, распухшие лимфатические узлы, головная боль и мышечные боли. Фаза вторичного сифилиса длится до двух лет.

- Скрытый сифилис: эта фаза характеризуется отсутствием каких-либо симптомов.
- Поздний сифилис: у больных сифилисом, не прошедших лечения, могут произойти тяжелые повреждения нервной системы, сердца, головного мозга и других внутренних органов, и эти повреждения могут вызвать смерть.

Сифилис распространяется при вагинальных, анальных или оральных половых сношениях без предохранения, при поцелуях или от матери плоду в период беременности. Он наиболее заразен в ранних фазах — жидкость, которая истекает из шанкра, обладает высокой инфективностью.

Диагноз: пробы крови проверяются посредством серологических анализов. Диагноз может быть подтвержден микроскопическим исследованием жидкости из шанкра методом темного поля. Лечение: очень хорошие результаты дают антибиотики. Бледная трепонема чрезвычайно чувствительна, и болезнь полностью излечима. Однако повреждения, которые она может вызвать в более поздние фазы, непоправимы. Профилактика: риск передачи уменьшает постоянное пользование презервативом (при вагинальных, анальных и оральных сношениях).

Гонорея

Возбудителем гонореи является бактерия *Neisseria gonorrhoeae*, которая внедряется в уретру у мужчин и женщин и в шейку матки, матку и фаллопиевы трубы у женщин. *Neisseria gonorrhoeae* может поражать рот, горло, глаза и анальное отверстие. У многих мужчин, заболевших гонореей, симптомы не проявляются, однако у большинства симптомы развиваются через 2–5 дней после заражения.

Симптомы: ощущение жжения при мочеиспускании и белые или зеленоватые выделения из полового члена. Иногда мужчины жалуются на болезненность или вздутие яичек. У большинства инфицированных женщин симптомов не наблюдается. Когда же симптомы присутствуют, они не отличаются высокой специфичностью для гонореи: боль или жжение при мочеиспускании, влагалищные выделения или кровотечение могут указывать на самые банальные инфекции мочеполовых путей. Ректальная инфекция *Neisseria gonorrhoeae* может не вызывать никаких симптомов, но может проявляться в виде выделений, зуда, болезненных ощущений и кровотечения в заднем проходе или болей при дефекации.

Передача: гонорея распространяется через контакт с половым членом, влагалищем, ртом или задним проходом.

Незалеченная гонорея может вызывать тяжелые осложнения. У женщин она может приводить к бесплодию или внематочным беременностям в результате повреждения фаллопиевых труб. У мужчин бесплодие наступает вследствие эпидидимита — воспаления придатка яичек. Гонорея может вызывать артрит или сепсис, что создает угрозу для жизни.

Диагноз: гонорея может быть диагностирована путем окрашивания по Граму пробы из уретры и ее исследования под микроскопом. Поскольку гонорея указывает на сексуальное поведение с высокой степенью риска, всем заключенным, которым поставлен диагноз гонорея, необходимо предлагать пройти тестирование на другие инфекции, передаваемые половым путем.

Лечение: гонорею можно вылечить антибиотиками, однако все более серьезной проблемой становятся штаммы гонореи с лекарственной устойчивостью. Важно добиваться

того, чтобы люди, болеющие гонореей, соблюдали схемы лечения и проходили полный курс медикаментозного лечения. Даже когда инфекция излечивается, повреждения, вызванные болезнью, могут оказаться необратимыми.

Профилактика: риск передачи гонореи уменьшается при использовании презерватива. Можно поощрять заключенных к тому, чтобы они прекращали половые сношения и обращались к врачу при первом появлении генитальных симптомов (таких, как выделение или жжение при мочеиспускании).

Трихомониаз

Трихомониаз вызывают одноклеточные простейшие.

Симптомы: женщины могут заметить пенистые выделения с пятнами крови и зуд во влагалище, боль и жжение при мочеиспускании, учащение мочеиспускания, желудочно-кишечный дискомфорт и боли во время полового акта. Симптомы появляются через 4–28 дней после контакта. У мужчин симптомы бывают редко, и иногда и у женщин симптомов не отмечается.

Передача: трихомониаз передается через вагинальный половой акт. Диагноз ставится на основании микроскопического исследования вагинальных выделений или уретральных проб.

Лечение: трихомониаз можно вылечить имидазолами. При этом важно лечить всех партнеров во избежание возможной повторной инфекции.

Профилактика: риск инфекции снижается при надлежащем использовании презерватива. Ограничение числа половых партнеров уменьшает риск встречи с большим трихомониазом.

Инфекции мочевых путей

Инфекции мочевых путей вызывает восхождение в уретру и мочевой пузырь ректальных бактерий, перемещенных во влагалище или половой член. Это часто происходит во время полового акта или эротической игры, однако инфекции мочевых путей также могут быть вызваны несоблюдением личной гигиены, приводящим к соприкосновению влагалища или уретры с фекалиями.

К числу инфекций мочевых путей относятся цистит, уретрит (при котором поражаются мочеточники) и уретрит (когда поражается уретра). Если оставить инфекции мочевых путей без лечения, это может привести к инфекции почек (пиелонефриту). Инфекции мочевых путей распространены среди мужчин и женщин, ведущих активную половую жизнь. Обычно вероятность попадания инфекции у женщин выше ввиду анатомии женской уретры (она короче и расположена ближе к заднему проходу). Однако в исправительных учреждениях совершение анальных половых актов без предохранения может подвергать заключенных-мужчин повышенному риску инфекций мочевых путей.

К симптомам инфекций мочевых путей относятся непреодолимые позывы к мочеиспусканию, болезненное и иногда непроизвольное мочеиспускание, особенно ночью, боль в нижней части живота или в спине, жар, кровь и гной в моче.

Диагноз обычно основывается на клинических признаках.

Для лечения используются антибиотики и симптоматические лекарственные препараты.

Для профилактики инфекций мочевых путей заключенные должны пользоваться презервативом при вагинальных или анальных половых сношениях, использовать смазку, следить за тем, чтобы лобковая область была чистой и сухой, принимать достаточное количество жидкостей, мочиться при возникновении позыва и мочиться сразу же после сношения.

Кожные заболевания

Чесотка

Возбудителем чесотки является чесоточный клещ, который чаще всего передается половым путем, но в условиях переполненности жилых помещений в исправительных учреждениях заключенные также могут передавать его друг другу посредством случайных контактов, через постельные принадлежности и одежду. Наиболее характерным симптомом является зуд. Он становится особенно сильным в ночное время. Изогнутые линии грязноватого вида окружены небольшими бугорками и участком сыпи. Чаще всего очаги чесотки расположены на тонком кожном покрове полового члена, на бедрах, ягодицах, вокруг пупка и между пальцами. Чесотка обычно не представляет никакой трудности для клинического диагноза. Часто она диагностируется самими больными.

Чесотка вызывает физические страдания и может ассоциировать с тяжелой бактериальной инфекцией.

Для лечения чесотки всем, кто заразился ею или мог быть заражен, на все тело с головы до ног наносятся содержащие серу лекарственные средства. Все постельное белье, полотенца и одежда, которые могли оказаться зараженными, обрабатываются в автоклаве, кипятятся или подвергаются химчистке.

Педикулез (головные вши)

Возбудителем педикулеза является *Pediculus humanus capitis* – насекомое, паразитирующее у людей на голове. Когда вошь находится вне организма-хозяина, она погибает в течение двух дней. Педикулез – частое явление в исправительных учреждениях, однако достоверные данные о его распространенности имеются редко. Вши встречаются в трех формах: гнида, личинка и взрослое насекомое. Гниды представляют собой овальные яйца *Pediculus humanus capitis*, которые налипают на волосы. Гнида превращается в личинку. Для созревания личинки требуется около семи дней, и все это время личинки питаются кровью. Взрослые вши откладывают гниды в течение примерно 30 дней и питаются кровью. Симптомы педикулеза включают ощущение того, что что-то шевелится в волосах, зуд, раздражение и иногда инфицированные язвы от расчесывания. Головные вши передаются при контакте с зараженным паразитами человеком, через зараженную одежду и при пользовании зараженными расческами, щетками, полотенцами и постельным бельем. Диагноз можно поставить путем осмотра волос на присутствие гнид, личинок или взрослых вшей. Обычно педикулез вызывает только дискомфорт и неудобства. Но иногда вследствие расчесывания он может осложняться вторичными бактериальными инфекциями. Лечение проводится инсектицидами. Некоторые из них убивают вшей, но не образовавшихся гнид, для уничтожения которых требуется повторная обработка через 7–10 дней. Большинство инсектицидов безопасны при условии правильного применения, но они могут и создавать опасность при неправильном или чрезмерном нанесении. Для предупреждения повторного заражения

и дальнейшего распространения педикулеза вся одежда и все постельное белье стираются в горячей воде или подвергаются химической чистке, если в последние двое суток перед обработкой они соприкасались с человеком – носителем педикулеза. Как вариант, одежду можно уложить в полиэтиленовые мешки и герметично закупорить на две недели. Расчески и щетки необходимо вымыть теплой водой с мылом.

Инфекционные заболевания пищеварительного тракта

Гастроэнтерит

Гастроэнтерит – это раздражение и воспаление пищеварительного тракта. Он широко распространен как среди населения в целом, так и в исправительных учреждениях. В большинстве стран по частоте случаев он уступает только насморку. Возбудители гастроэнтерита самые разные – вирусы, бактерии или паразиты. Вызывать гастроэнтерит могут также пищевые отравления, стресс, злоупотребление алкоголем или табаком, пищевые аллергии, неправильное питание, аспирин или кортикоиды, однако легко передаваться может вирусный и бактериальный гастроэнтерит.

К симптомам относятся потеря аппетита, тошнота, рвота, понос, колики в животе, жар или озноб, слабость и головная боль. Вирусный гастроэнтерит обычно длится от нескольких часов до нескольких дней. Бактериальные или паразитарные инфекции могут длиться более недели и для лечения могут потребовать применения антибиотиков. Для здорового человека это состояние так же тривиально, как и насморк, однако рвота и понос могут привести к обезвоживанию организма и тяжелым нарушениям обмена веществ. Заключение пожилого возраста подвержены значительному риску шока от обезвоживания. Воспалительное повреждение слизистой оболочки кишечника может вызвать понос, который продолжается и после того, как пройдет первоначальная инфекция. Дополнительному риску осложнений подвергаются лица, болеющие гастроэнтеритом, у которых также имеются сахарный диабет или хронические заболевания печени или почек.

Для лечения заключенные должны уменьшить физическую активность на период рвоты и поноса; в первый день пить только прозрачные жидкости до прекращения рвоты и поноса; во второй день избегать твердой пищи и есть рис, сухари, суп и хлеб и воздерживаться от острой жареной пищи, молочных продуктов, сырых овощей и фруктов; выпивать в день 1,5–2,5 литра жидкости для компенсации обезвоживания вследствие поноса и рвоты и воздерживаться от приема аспирина и ибупрофена. В тяжелых случаях медработник исправительного учреждения может назначить противорвотное и/или спазмолитическое средство. Прием такого средства следует прекратить, как только восстановится нормальная перистальтика кишечника. Затяжная диарея может потребовать проведения анализов и специального антибактериального лечения. При тяжелом обезвоживании организма иногда может потребоваться парентеральная регидратация, и заключенным следует обращаться за медицинской помощью, если в стуле обнаруживается слизь или кровь, если симптомы не исчезают в течение более 48 часов или если они чувствуют сильную боль в животе или прямой кишке. При аналогичных симптомах могут начинаться хирургические абдоминальные катастрофы, поэтому вначале необходимо исключить их.

Инфекции, способные вызывать гастроэнтерит, можно успешно предупредить соблюдением обычных правил гигиены. К ним относятся: регулярная чистка и дезинфицирование туалетов; мытье рук после пользования туалетом, перед едой и перед приготовлением пищи; хранение и разделка сырого мяса и сырой рыбы отдельно от приготовленной пищи; пользование индивидуальными полотенцами.

Пищевое отравление

Пищевое отравление – острое заболевание, вызванное употреблением пищи, зараженной бактериями, бактериальными токсинами, вирусами, природными ядами (например, грибами) или химическими веществами. Чаще всего оно бывает вызвано бактериями, такими как *Staphylococcus aureus*, *Salmonella* и патогенные *Escherichia coli*. Эти бактерии обычно встречаются в окружающей среде, но для того, чтобы вызвать заболевание, требуется большое количество бактерий. Бактерии наиболее активно размножаются при температурах от 5°C до 65°C. Риск пищевого отравления значительно снижается при надлежащей температурной обработке и охлаждении пищевых продуктов. Иногда могут быть инфицированы одновременно большие группы заключенных, которые ели одну и ту же пищу в исправительном учреждении или разделили домашнюю еду, принесенную родственниками. Симптомы пищевого отравления могут продолжаться несколько дней и обычно включают в себя абдоминальные колики, понос, рвоту, тошноту и жар. Наступает пищевое отравление обычно внезапно, а улучшение происходит без какого-либо особого лечения. Тяжелые случаи могут приводить к угрожающим жизни расстройствам нервной системы, печени и почек, а иногда заканчиваться смертью. К числу мер, которые должны быть приняты для предупреждения пищевых отравлений, относятся следующие: мытье рук и утвари до и после манипуляций с сырыми пищевыми продуктами, чтобы предотвратить перекрестное заражение; подача на стол горячей пищи немедленно или поддержание ее температуры выше 70°C, чтобы предупредить размножение бактерий, и разогревание консервированных пищевых продуктов в течение 5–10 минут перед тем, как попробовать их, чтобы уничтожить токсины ботулизма.

Литература

United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS and WHO (2006). HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response [Управление ООН по наркотикам и преступности, Программа ЮНЭЙДС и ВОЗ (2006). Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка больных в условиях исправительных учреждений: основа для действенных ответных мер на уровне страны] Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (<http://www.who.int/hiv/treatment/en/index.html>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Дополнительная литература для чтения

University of Illinois, McKinley Health Center (2006). Health information handouts [web site]. Urbana, McKinley Health Center (<http://www.mckinley.uiuc.edu/Handouts/list%20by%20topics.html>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO (2000). Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers. Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/docstore/gtb/publications/prisonsNTP/index.html>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

7. ВИЧ-инфекция и права человека в исправительных учреждениях

Rick Lines

Основные пункты

- Усилия по уменьшению связанных с ВИЧ-инфекцией социального отторжения и дискриминации должны быть одним из элементов действенных и основанных на принципах соблюдения прав человека стратегий и программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией в исправительных учреждениях.
- Связанные с ВИЧ-инфекцией социальное отторжение и дискриминация часто ведут к тому, что пенитенциарные системы не соблюдают своей обязанности обеспечивать надлежащий уровень медико-санитарной помощи.
- Люди, находящиеся в исправительных учреждениях, имеют право на соблюдение конфиденциальности своей личной медицинской информации. Обеспечение этой конфиденциальности является важнейшим условием предоставления реальной помощи без нарушения норм этики.
- Исправительные учреждения обязаны предоставлять беспрепятственный доступ к добровольному обследованию на ВИЧ, которому должно сопутствовать консультирование до и после обследования.
- Обязательное обследование на ВИЧ и принудительная сегрегация заключенных, живущих с ВИЧ, являются неэтичными и неэффективными мерами.
- Программам борьбы с ВИЧ и СПИДом в исправительных учреждениях приносит пользу сотрудничество со сторонними неправительственными организациями и учреждениями здравоохранения, с людьми, живущими с ВИЧ, и с самими заключенными. Такое сотрудничество следует поощрять на всех уровнях.

Общая ситуация: связанные с ВИЧ социальное отторжение и дискриминация в исправительных учреждениях

Как отмечается в Декларации об обязательствах в отношении ВИЧ/СПИДа, принятой в июне 2001 года 189 странами, представленными на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу: «Уязвимым необходимо отдавать приоритет в ответных мерах [против ВИЧ/СПИДа]». Это заявление имеет особое значение для борьбы с ВИЧ и СПИДом в исправительных учреждениях.

Во многих странах категории населения, наименее защищенные от заболевания или уже пораженные ВИЧ и СПИДом, также являются группами повышенного риска криминализации и лишения свободы, поскольку многие из тех же социальных и экономических условий, которые повышают уязвимость с точки зрения ВИЧ и СПИДа, также повышают уязвимость с точки зрения тюремного заключения. В результате в некоторых странах на категории населения с наиболее высокими показателями распространенности ВИЧ-инфекции приходится также непропорционально большая доля заключенных в исправительных учреждениях. Это обстоятельство имеет большое значение для политики в области охраны здоровья в исправительных учреждениях и должно учитываться в рамках комплексных мер, принимаемых в ответ на распространение ВИЧ и СПИДа в исправительных учреждениях.

В исправительных учреждениях люди, живущие с ВИЧ, нередко оказываются самой уязвимой и отверженной частью тюремного контингента. Часто боязнь ВИЧ и СПИДа ставит ВИЧ-положительных заключенных в такое положение, при котором они подвергаются повышенному риску социальной изоляции, насилия и нарушений прав человека со стороны как заключенных, так и персонала исправительного учреждения. В исправительных учреждениях этот страх усиливается под действием трех факторов:

- неправильной информации о путях передачи (в частности, ложного представления, будто ВИЧ может передаваться через случайное соприкосновение);
- закрытого характера среды в исправительных учреждениях (в частности, наличие общих помещений для проживания, помывки и приема пищи в сочетании с культурой надзора и контроля);
- стигмы и дискриминации в отношении уязвимых категорий (секс-работников, лиц, употребляющих незаконные наркотики, и гомосексуалистов) среди заключенных.

Страх перед ВИЧ и СПИДом и опасение быть отвергнутым обществом из-за того, что станет известно (или возникнет подозрение) о наличии ВИЧ-инфекции, отрицательно сказывается на людях и подрывает успех мер борьбы с ВИЧ и СПИДом. Например, опасение возможной дискриминации может побуждать заключенных не соглашаться на добровольное обследование на ВИЧ. Оно также может заставить заключенных, живущих с ВИЧ, не обращаться за медико-санитарной помощью. Поэтому борьба со стигмой и дискриминацией, связанными с ВИЧ и СПИДом, в исправительных учреждениях имеет большое значение для защиты прав заключенных, живущих с ВИЧ, и для повышения эффективности услуг, связанных с проблемами ВИЧ и СПИДа.

Как отмечалось в главе 2, в декларациях и рекомендациях многочисленных международных органов и организаций поддерживается принцип, согласно которому заключенные имеют право на получение такого же уровня медико-санитарной помощи, который предоставляется в гражданском обществе, и не должны страдать от недостаточной медико-санитарной помощи только из-за своего статуса заключенных. К числу международных правовых документов, поддерживающих этот «принцип эквивалентности», относятся, среди прочих, «Основные принципы обращения с заключенными», принятые ООН⁸, изданные ВОЗ «Методические указания по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях» (*Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*)⁹ и принятые ООН «Международные методические указания, касающиеся ВИЧ/СПИДа и прав человека» (*International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*)¹⁰. Программа ЮНЭЙДС также поддержала этот принцип в своих показаниях на слушаниях в Комиссии ООН по правам человека¹¹. Более того, можно утверждать, что государство обязано предоставлять людям, содержащимся под стражей, более высокий уровень помощи, учитывая крайне тяжелые проблемы здоровья, встречающиеся среди контингента исправительных учреждений во всем мире, и обязательства государства,

⁸ Принцип 9: Заключенные пользуются медицинским обслуживанием, имеющимся в данной стране, без дискриминации в связи с их юридическим положением (Организация Объединенных Наций, 1990).

⁹ Принцип 1: Все заключенные имеют право получать медико-санитарную помощь, включая профилактические мероприятия, эквивалентную помощи, которая предоставляется в гражданском обществе, без какой-либо дискриминации в связи с их правовым статусом (ВОЗ, 1993).

¹⁰ Методическое указание 4: Государства должны пересмотреть и реформировать уголовное законодательство и системы исправительных учреждений так, чтобы они соответствовали международным обязательствам в области прав человека и не использовались ненадлежащим образом в контексте ВИЧ/СПИДа или не были направлены против уязвимых категорий. (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и ЮНЭЙДС, 2006).

¹¹ «Что касается действующих программ профилактики ВИЧ/СПИДа и помощи при ВИЧ/СПИДе, заключенные имеют право получать медицинскую помощь на том базовом уровне, который существует в гражданском обществе» (ЮНЭЙДС, 1997).

вытекающие из норм международного права, по защите жизни и благополучия людей, которых оно содержит под стражей (Lines, 2006).

Принцип эквивалентности имеет фундаментальное значение для содействия соблюдению прав человека и обеспечения надлежащего уровня качества медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях. Хотя связанные с ВИЧ стигма и дискриминация и создают препятствия на пути достижения такого уровня качества, пенитенциарные системы могут и должны предпринимать упреждающие шаги во многих ключевых областях для того, чтобы добиться внедрения надлежащего уровня помощи больным ВИЧ и СПИДом, основанной на соблюдении норм прав человека и медицинской этики.

Поэтому одним из основных элементов в выработке действенных ответных мер здравоохранительного и социального порядка по борьбе с ВИЧ/СПИДом в исправительных учреждениях является создание системы программно-стратегических целей и принципов – в политике, законодательстве, в образовательных программах и в подготовке персонала, которая направлена на противодействие социальному отторжению и дискриминации и ложной информации о ВИЧ и СПИДе. Кроме того, существование и негативное влияние стигмы и дискриминации из-за ВИЧ и СПИДа должны признаваться и учитываться при разработке действенных ответных мер по борьбе с ВИЧ и СПИДом, основанных на соблюдении прав человека в исправительных учреждениях.

Принцип конфиденциальности в исправительных учреждениях

Исправительные учреждения представляют собой закрытые общества, в повседневной жизни которых центральное место занимают безопасность и надзор. В подобной среде добиться абсолютной конфиденциальности может быть невозможно. Однако, несмотря на все трудности, необходимо проводить в жизнь такие принципы и такие методы практической работы, которые позволяют обеспечить максимальную конфиденциальность – как внешне, так и в действительности – для того, чтобы добиться осуществления действенных ответных мер по борьбе с ВИЧ и СПИДом, основанных на соблюдении прав человека.

В повседневной жизни заключенные, живущие с ВИЧ, вследствие своего ВИЧ-статуса сталкиваются с социальной изоляцией, дискриминацией и даже насилием. Это социальное отторжение, или стигма, и дискриминация вызывают у заключенных, живущих с ВИЧ, стресс и страх, а также отбивают охоту у других обращаться с просьбами о проведении обследования и/или предоставлении им доступа к лечению. Именно поэтому для многих заключенных, живущих с ВИЧ, конфиденциальность статуса ВИЧ имеет первостепенное значение.

В условиях исправительных учреждений конфиденциальность может быть нарушена как открытыми, так и более незаметными, скрытыми действиями.

Например, во многих странах недостаточный уровень образования и подготовки персонала исправительных учреждений приводит к ошибочному мнению, будто статус ВИЧ какого-либо заключенного представляет собой проблему безопасности труда. В таких условиях охранники исправительного учреждения нередко полагают, что они имеют право знать, у кого из заключенных имеется ВИЧ-инфекция, так как ошибочно считают, что такая информация защитит их от подверженности воздействию ВИЧ на работе. Если подобную ложную информацию не опровергать, она может способствовать созданию такой атмосферы, в которой персонал будет часто, а то даже и постоянно нарушать конфиденциальность. Это подрывает безопасность персонала тем, что

способствует ложному представлению о «риске» и «безопасности» на работе. Это также является нарушением права заключенных на врачебную тайну и может поощрять такую рабочую атмосферу, в которой медицинских работников принуждают разглашать врачебную информацию немедицинскому персоналу, например, сотрудникам тюремной охраны и администрации.

Конфиденциальность также могут подрывать сами заключенные, которые, как и тюремные охранники, ошибочно считают, что, когда люди, живущие с ВИЧ, выявлены, это защитит их от ВИЧ-инфекции. Ложная информация о ВИЧ и СПИДе может породить страхи о риске передачи ВИЧ, если люди живут в одних и тех же помещениях, пользуются одними и теми же душевыми или банями, принимают одну и ту же пищу и т.д. Такие психологические установки могут подрывать действенность инициатив по предупреждению ВИЧ среди заключенных, создавая атмосферу, в которой самым эффективным способом защитить себя от ВИЧ-инфекции считается не изменение поведения, связанного с высоким риском, а выявление заключенных, живущих с ВИЧ. Такие установки также поддерживают атмосферу дискриминации (и возможного насилия) против людей, живущих с ВИЧ.

В условиях исправительных учреждений конфиденциальность также может быть нарушена более изолированными, менее открытыми действиями. Например, на личных делах, историях болезни или тюремных камерах заключенных, о которых известно, что у них ВИЧ-инфекция, могут ставиться особые метки или маркировка. Для заключенных, живущих с ВИЧ, в исправительном учреждении также может быть введен иной порядок предоставления приема у врачей, выдачи результатов обследования на ВИЧ и раздачи лекарств, чем для ВИЧ-негативных заключенных, и этот факт, конечно же, не останется незамеченным для других заключенных и для персонала исправительного учреждения. Тюремные служащие могут решить, что им нужно следовать определенным правилам при контактах с теми заключенными, которые известны как живущие с ВИЧ или подозреваются в этом, и не соблюдать таких правил при общении с другими заключенными, например, носить резиновые перчатки. Все эти действия могут указывать на статус ВИЧ того или иного человека.

Сотрудники исправительных учреждений, которые умышленно нарушают обязанность хранить конфиденциальность информации о заключенных, нарушают тем самым право заключенных на неприкосновенность личной жизни (Betteridge, 2004). Гарантии соблюдения тайны медицинской информации особенно важны для поддержания доверия к медперсоналу исправительного учреждения. Если заключенные не смогут быть уверенными в том, что конфиденциальность медицинской информации о них надежно защищена, вероятность их обращения за медико-санитарной помощью для обследования и лечения ВИЧ будет меньше. Они также будут с большей вероятностью избегать консультирования и просвещения по вопросам профилактики ВИЧ.

Несмотря на трудности, изначально присущие пенитенциарной системе, международные нормы, принятые ВОЗ (1993), Всемирной медицинской ассоциацией (2004) и другими организациями, предусматривают, что заключенные имеют право на то, чтобы медицинская информация о них пользовалась таким же режимом конфиденциальности, как информация о больных вне пенитенциарной системы. Особенно ясно об этом сказано в Методических указаниях по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях (ВОЗ, 1993), где подчеркивается, что «информация о состоянии здоровья и медицинском лечении заключенных является конфиденциальной» и может разглашаться медперсоналом только с согласия заключенного или в тех случаях, когда «это оправдывается соображениями безопасности и благополучия заключенных и пер-

сонала, с применением тех же принципов разглашения информации, которые обычно применяются в обществе».

Пенитенциарные системы обязаны обеспечивать такое положение, при котором недопустимы какие-либо нарушения конфиденциальности, и проводить в жизнь конкретные стратегии обеспечения конфиденциальности, обучать сотрудников целям и практическому применению этих стратегий и вводить санкции против тех сотрудников, которые эти стратегии нарушают.

Обследование на ВИЧ, консультирование до и после обследования

Принцип эквивалентности требует, чтобы качество и объем медико-санитарных услуг в исправительных учреждениях соответствовали уровню услуг, предоставляемых населению в гражданском обществе. Этот принцип должен распространяться и на обследование на ВИЧ.

В Методических указаниях по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях (ВОЗ, 1993) говорится следующее:

«Возможность пройти добровольное обследование на ВИЧ должна предоставляться в исправительных учреждениях, если такая возможность предоставляется в обществе в целом, наряду с соответствующим консультированием до и после обследования. Добровольное обследование должно проводиться только с согласия должным образом проинформированного заключенного. Когда заключенным сообщаются результаты анализов, а также в последующий период им должна быть обеспечена соответствующая поддержка».

Однако во многих странах предоставление услуг по обследованию на ВИЧ в исправительных учреждениях не соответствует уровню, существующему в обществе в целом. В некоторых пенитенциарных системах доступ к обследованию на ВИЧ не предоставляется вообще или предоставляется в ограниченных пределах. В тех пенитенциарных системах, где обследование на ВИЧ доступно, оно иногда проводится без надлежащего консультирования до и после обследования, или же не предоставляется необходимой поддержки заключенным, получившим положительный результат анализов. Заключенных часто очень беспокоит вопрос о конфиденциальности, и это может лишать их всякого желания участвовать в обследовании.

Для преодоления этих распространенных проблем требуется разработать протоколы обследования, которые обеспечивают максимальное доверие заключенных ко всей этой процедуре и к сохранению конфиденциальности их результатов анализов.

ВОЗ выступает за то, чтобы во всех процедурах обследования на ВИЧ, включая обследование в исправительных учреждениях, соблюдался принцип, называемый «принципом трех Си». Согласно этому принципу (ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2004) обследование на ВИЧ должно:

- быть конфиденциальным (confidential);
- сопровождаться консультированием (counseling);
- проводиться только с согласия (consent) проверяемого на основе полной информации (т.е. согласие должно даваться на основе полной информации и быть добровольным).

Человек, дающий согласие на основе полной информации, должен быть проинформирован о следующем (ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2004):

- о выгодах обследования для отдельного человека и для общества;
- о праве человека отказаться от обследования;
- об услугах, которые будут предложены после получения результатов анализов;
- в случае если результаты анализов у данного человека будут положительные, о том, как важно предусмотреть необходимость проинформировать всех, кто может подвергаться риску и кто в противном случае не подозревал бы об угрозе заражения ВИЧ.

Это относится ко всем формам обследования на ВИЧ, в том числе к экспресс-анализу на ВИЧ.

Обследование на ВИЧ должно включать в себя консультирование как до проведения анализа, так и после сообщения о его результатах. По мнению ВОЗ (Perriens et al., 2000):

«Консультирование имеет большое значение для подготовки клиентов к тому, чтобы они примирились со своим ВИЧ-статусом: в него входит преодоление страха, чувства вины, стигмы, дискриминации, информация об уходе и лечении по поводу хронического состояния, о возможности преждевременной смерти; благодаря консультированию у клиентов должно появиться понимание того, что они могут и должны делать в связи с ВИЧ-инфекцией, если результаты анализов у них окажутся положительными. Также важно помочь людям выработать или укрепить способы сохранения ВИЧ-негативного статуса, если результаты анализов окажутся отрицательными».

В ходе консультирования перед обследованием должна быть дана оценка имеющегося у заключенного риска приобрести ВИЧ-инфекцию и т.н. «периода окна» (периода после того, как человек в последний раз допустил небезопасное поведение), должна быть предоставлена информация о ВИЧ-инфекции, о стратегиях предупреждения или снижения риска ВИЧ-инфицирования и о преимуществах и недостатках обследования. Консультирование после обследования должно включать в себя информацию о результатах анализов, оценку понимания заключенным результата, оценку потребности в последующем врачебном контроле и разъяснение важности снижения риска в поведении независимо от результатов анализов (Bollini, 2001).

Медперсонал исправительных учреждений должен быть надлежащим образом обучен в вопросах, касающихся важности консультирования до и после обследования, и обеспечен необходимыми ресурсами для проведения консультирования во всех случаях. Для того чтобы добиться максимального участия в добровольном обследовании на ВИЧ, необходимо сохранять конфиденциальность на всех этапах процесса — консультирования до обследования, самого обследования, сообщения о результатах и любой последующей поддержки или ухода.

Принудительные подходы приводят к обратным результатам

Общепризнано, что подходы к решению проблем ВИЧ, основанные на принуждении и дискриминации, не служат интересам ни данного человека, ни общества в целом. Если люди, живущие с ВИЧ (или рискующие стать ВИЧ-инфицированными), будут опасаться дискриминации или отсутствия конфиденциальности медицинской информации, они с меньшей вероятностью будут соглашаться на добровольное обследование или на консультирование и просвещение о мерах профилактики ВИЧ-инфекции (Bollini, 2001).

Тем не менее некоторые пенитенциарные системы избирают путь применения таких подходов, связанных с принуждением и дискриминацией, от которых в гражданском обществе в основном уже отказались. Два таких принудительных подхода, которые все еще практикуются (официально или неофициально) во многих тюрьмах мира, это обязательное обследование на ВИЧ и принудительная изоляция людей, живущих с ВИЧ.

Обязательное обследование на ВИЧ

С самого начала эпидемии вопрос об обязательном обследовании заключенных на ВИЧ был предметом широких дебатов. В некоторых пенитенциарных системах обязательное обследование на ВИЧ (обследование без согласия заключенного) по-прежнему остается нормой. В одних случаях обследованию без их согласия подвергаются все вновь поступающие заключенные. В других случаях обязательному обследованию подлежат только заключенные, отмеченные как входящие в группы «повышенного риска».

В одних случаях администрация некоторых исправительных учреждений поддерживает обязательное обследование на ВИЧ в качестве одной из стратегий профилактики передачи ВИЧ-инфекции, ошибочно полагая, что выявление лиц, о которых известно, что они инфицированы ВИЧ, поможет предупредить передачу инфекции другим людям. В других случаях обязательное обследование на ВИЧ предлагается в качестве стратегии улучшения медико-санитарной помощи путем выявления заключенных, живущих с ВИЧ, и их скорейшего направления в медицинские службы.

Однако в эффективной и основанной на соблюдении прав человека стратегии борьбы с ВИЧ и СПИДом нет места для обязательного обследования на ВИЧ. Обязательное обследование на ВИЧ не считается правильной мерой борьбы с ВИЧ-инфекцией в гражданском обществе, на свободе, и поэтому точно так же неправильно применять его в исправительных учреждениях. Как разъясняет Betteridge (2004), «обследование на наличие антител к ВИЧ, проводимое без согласия обследуемого, является потенциальным посягательством на право человека на безопасность, право не подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию и право на уважение личной жизни». Многие пенитенциарные системы, которые с самого начала ввели практику обязательного обследования на ВИЧ, позднее отказались от нее, признав, что она и дорога, и неэффективна (Betteridge, 2004).

Помимо того что с применением обязательного обследования на ВИЧ связаны проблемы с правами человека и этические проблемы, подобная практика не подкрепляется медицинскими или профилактическими соображениями. Сама природа обследования на наличие антител к ВИЧ означает, что исправительное учреждение никогда не будет в состоянии точно выявить всех ВИЧ-инфицированных заключенных. Свойственное этому методу ограничение в виде «периода окна» (т.е. для того, чтобы у человека, инфицированного ВИЧ, выработались антитела к ВИЧ в достаточном количестве для получения положительного результата анализа, может потребоваться до 14 недель, а то и больше) означает, что неизбежно получение ложно-негативных результатов обследования.

В Методических указаниях по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях (ВОЗ, 1993) содержится прямое возражение против использования обязательного обследования на ВИЧ и говорится, что обязательное обследование заключенных на ВИЧ является «неэтичным и неэффективным и должно быть запрещено».

Принудительная сегрегация заключенных, живущих с ВИЧ

Как и обязательное обследование на ВИЧ, принудительная сегрегация или изоляция людей, живущих с ВИЧ, в течение многих лет является предметом широкого обсуждения в пенитенциарных системах. В одних случаях сегрегацию заключенных, живущих с ВИЧ, поддерживают как стратегию профилактики ВИЧ-инфекции на основании ошибочного мнения о том, что изоляция людей, живущих с ВИЧ, позволит предупредить дальнейшее распространение ВИЧ в исправительном учреждении. В других случаях сегрегацию поддерживают по медицинским соображениям, на том основании, что заключенным, живущим с ВИЧ, можно обеспечить лучшую медицинскую помощь, если все они будут размещены вместе в особом жилом блоке. Но какие бы ни выдвигались обоснования, принудительная сегрегация является неправильной и неэтичной мерой борьбы с ВИЧ/СПИДом в исправительных учреждениях.

Поскольку ВИЧ не может передаваться через случайные контакты (в отличие, например, от туберкулеза — см. главу 8, где рассматривается вопрос об отдельном содержании людей, больных туберкулезом), принудительная изоляция людей, живущих с ВИЧ, не достигает никакой правдоподобной цели профилактики. Однако принудительная сегрегация может способствовать нескольким негативным исходам, которые подрывают усилия по предупреждению передачи ВИЧ и оказанию помощи заключенным, живущим с ВИЧ. Она также отрицательно сказывается на соблюдении прав людей, живущих с ВИЧ.

Принудительная сегрегация может серьезно препятствовать участию заключенных в добровольном обследовании на ВИЧ. Если заключенные знают или опасаются, что их могут изолировать от всех остальных в случае признания их ВИЧ-положительными, многие из них откажутся проходить обследование, чтобы не подвергать себя риску сегрегации. Таким образом, угроза принудительной сегрегации может удерживать заключенных от обращения за медико-санитарной помощью. Заключенные, живущие с ВИЧ, могут решить, что лучше им не обращаться к медперсоналу, чтобы медперсонал ничего о них не узнал, если обращение за помощью будет означать, что их отделили от друзей и товарищей по заключению. Поэтому результатом стратегии сегрегации может быть то, что заключенные, живущие с ВИЧ, не захотят обращаться за необходимой им медико-санитарной помощью.

Как и обязательное обследование, принудительная сегрегация также усиливает и еще больше укореняет связанные с ВИЧ социальное отторжение и дискриминацию среди заключенных и персонала исправительных учреждений, так как создает впечатление, будто заключенные, живущие с ВИЧ, представляют «опасность». Это уменьшает степень защищенности людей, живущих с ВИЧ, от нарушения их прав человека со стороны заключенных и персонала исправительных учреждений.

Принудительная сегрегация также может подрывать более широкие инициативы по профилактике ВИЧ-инфекции, предпринимаемые среди заключенных и персонала, так как создает нереалистичное и опасное предположение о том, что все заключенные, живущие с ВИЧ, изолированы и поэтому среди общего контингента исправительного учреждения «ВИЧ-инфицированных нет». Подобное предположение может привести к росту рискованных форм поведения в исправительных учреждениях, поскольку другие заключенные будут убеждены в том, что им незачем практиковать более безопасный секс или более безопасные методы использования игл, а у персонала сложится мнение, что им незачем предпринимать универсальные меры предосторожности.

В Методических указаниях по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях (ВОЗ, 1993) высказывается мнение против принудительной сегрегации и говорится, что «поскольку сегрегация, изоляция и ограничения на профессиональную деятельность, занятия спортом и отдых не считаются полезной или целесообразной мерой в случае ВИЧ-инфицированных людей в гражданском обществе, то и в отношении ВИЧ-инфицированных заключенных нужно придерживаться такого же подхода».

Возможность сегрегации или изоляции можно допустить только в том случае, если она необходима для благополучия заключенного, живущего с ВИЧ, и этот заключенный сам просит об этом, например, когда здоровью заключенного могут угрожать вирусы или инфекции, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами, которые передаются другими в контингенте заключенных, или когда другими средствами, такими как просветительная работа и поддержание дисциплины среди окружающих его заключенных, не удастся защитить заключенного, живущего с ВИЧ, от насилия. Необходимость сегрегации или изоляции также может возникнуть в тех случаях, когда заключенный, живущий с ВИЧ, сам отличается буйным и агрессивным поведением. Тем не менее в таких случаях при принятии решений об изолировании заключенных, живущих с ВИЧ, необходимо применять те же критерии, что и при принятии решений об изолировании любого другого заключенного. Если заключенные проявляют буйство или агрессивность, их действия могут оправдать изоляцию или другие дисциплинарные меры, независимо от их ВИЧ-статуса.

Наконец, заключенных, живущих с ВИЧ, не следует исключать из каких-либо программ просвещения, занятости или профессионально-технического обучения и, в частности, отстранять от работы на кухне и в лазаретах только по причине их ВИЧ-статуса.

Решение проблем доверия и конфиденциальности: работа с неправительственными организациями, людьми, живущими с ВИЧ, людьми равного статуса и специалистами вне пенитенциарной системы

Одной из наиболее действенных стратегий решения проблем конфиденциальности, создающих препятствия на пути реализации действенных программ борьбы с ВИЧ/СПИДом, является сотрудничество с отдельными лицами и группами людей, находящихся вне пределов пенитенциарной службы. Сотрудники организаций, действующих на свободе (неправительственных организаций, организаций, объединяющих местное население, и местных лечебно-профилактических учреждений), могут вносить ценный вклад в разработку и осуществление инициатив по борьбе с ВИЧ/СПИДом в исправительных учреждениях, включая программы профилактики ВИЧ, услуги по обследованию на ВИЧ и психологическую поддержку и консультирование.

Опыт оказания услуг по поводу ВИЧ/СПИДа во многих пенитенциарных системах показал, что заключенные могут испытывать больше доверия к сотрудникам неправительственных организаций и к другим специалистам, работающим в гражданском обществе, чем к сотрудникам, которые являются частью тюремной иерархии. Это происходит потому, что работников, не состоящих на службе пенитенциарной системы, часто считают более независимыми, и потому более заслуживающими доверия, чем служащих исправительных учреждений, в результате чего заключенные могут с большей охотой открыто обсуждать такие вопросы, как рискованное поведение и ВИЧ-статус.

У нескольких пенитенциарных систем сложились партнерские отношения с клиниками добровольного обследования на ВИЧ в местном сообществе, и между ними

достигнута договоренность о том, чтобы работники этих клиник систематически приходили в исправительные учреждения для оказания заключенным услуг по обследованию. Поскольку сотрудники таких клиник не являются работниками пенитенциарной системы, заключенные могут с большей готовностью решиться на добровольное обследование, поскольку у них больше уверенности в том, что результаты их обследования не будут доведены до сведения тюремного персонала. Такие партнерские отношения выгодны и самим исправительным учреждениям, так как благодаря им учреждения получают дополнительную поддержку и ресурсы для своих нередко перегруженных работой медицинских подразделений.

Такое же сотрудничество налажено в некоторых странах с целью проведения программ обучения по вопросам профилактики ВИЧ и консультирования заключенных, живущих с ВИЧ. И в этом случае тоже субъективно воспринимаемая независимость людей со стороны может быть определенным преимуществом в поощрении заключенных к тому, чтобы они соглашались обсуждать такие деликатные вопросы личной жизни, как сексуальность и употребление наркотиков. Благодаря активному участию ведомств и организаций, не входящих в пенитенциарную систему, заключенные могут получать больше поддержки при выходе на свободу, и, таким образом, им обеспечивается помощь в реинтеграции в общество и непрерывность в медико-санитарной помощи и медицинских услугах.

В Методических указаниях по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях (ВОЗ, 1993) содержится следующая рекомендация:

«Следует поощрять сотрудничество с заинтересованными неправительственными и частными организациями, например, с организациями, имеющими опыт работы в области профилактики СПИДа, консультирования и социальной поддержки по вопросам СПИДа. У ВИЧ-инфицированных заключенных должен быть доступ к общественным организациям и другим источникам, от которых они могли бы получить совет и помощь».

Важную роль в повышении доверия к программам борьбы с ВИЧ/СПИДом и эффективности этих программ в исправительных учреждениях может также играть сотрудничество с людьми, живущими с ВИЧ, и с самими заключенными в рамках инициатив, основанных на участии людей, находящихся в одинаковом положении.

Привлечение людей, живущих с ВИЧ (или подверженных риску заражения ВИЧ), к составлению и осуществлению программ борьбы с ВИЧ/СПИДом является важным элементом реальных ответных мер против угрозы ВИЧ и СПИДа, что и было признано в Декларации об обязательствах в области борьбы с ВИЧ/СПИДом (ЮНЭЙДС, 2001). Немалый вклад в оказание реальных услуг в вопросах ВИЧ и СПИДа может внести создание групп взаимной поддержки (ЮНЭЙДС, 1999), групп взаимного просвещения и взаимной помощи – групп, в составе которых сами люди, входящие в целевой контингент, обучаются методам и приемам оказания поддержки и ведения просветительской работы в группах равных себе людей.

Однако администрация исправительных учреждений слишком часто игнорирует подобные подходы, а то и активно противодействует им. Например, людей, живущих с ВИЧ, за пределами исправительных учреждений, в частности, тех, кто в настоящее время употребляет наркотики или употреблял их в прошлом, или тех, кто имел судимости в уголовном порядке в прошлом, могут не пускать в исправительные учреждения

для работы в рамках программ. Тюремный персонал часто видит угрозу безопасности в самих заключенных, особенно в тех из них, кто употребляет наркотики или кто воспринимается как «лидер» среди тюремного контингента, и не допускает их к участию в составлении и реализации программ борьбы с ВИЧ/СПИДом, основанных на участии людей, находящихся в одинаковом положении. Для того чтобы максимально повысить разнообразие и эффективность услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом, в исправительных учреждениях, необходимо устранить подобные препятствия и поощрять самое широкое участие в работе этих групп.

Досрочное освобождение или освобождение из сострадания

Заключенные, у которых наступают последние стадии хронических или смертельных заболеваний, в том числе (но не только) ВИЧ/СПИДа, нуждаются в специализированном уходе в терминальной стадии. Для такого ухода исправительные учреждения — даже в странах с высоким уровнем доходов — не годятся.

Уход в терминальной стадии — задача уникальная, требующая большого напряжения сил и специальных навыков, а у персонала исправительных учреждений необходимой для этого подготовки и ресурсов часто не бывает. Да и сама обстановка в исправительных учреждениях с их планировкой и порядками, ориентированными на поддержание безопасности, с отсутствием комфорта и уединения, препятствиями для встреч с родственниками и друзьями тоже в целом не способствует сочувственному и чуткому уходу в терминальной стадии. Правильный уход в терминальной стадии — особенно в контексте ВИЧ/СПИДа — часто предполагает применение больших доз обезболивающих препаратов, что может противоречить нравственному идеалу пенитенциарной системы — «никаких наркотиков».

Именно поэтому во многих пенитенциарных системах введены программы освобождения из сострадания, позволяющие выпускать на свободу заключенных в терминальной стадии болезни до окончания их срока тюремного заключения. Такие программы досрочного освобождения выполняют функцию сострадания, но в них также признается, что ожидаемая продолжительность жизни заключенных в терминальной стадии болезни может увеличиться в результате получения ухода на свободе.

В Методических указаниях по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях (ВОЗ, 1993) рекомендуется из сострадания выпускать на свободу заключенных в терминальной стадии болезни.

«Если это не противоречит соображениям безопасности и судебным процедурам, заключенным, находящимся на последних стадиях СПИДа, следует из сострадания предоставлять возможность досрочного освобождения, насколько это позволяют условия, чтобы облегчить контакты с родственниками и друзьями и позволить им встретить смерть с достоинством и на свободе».

Выводы

Опыт, накопленный более чем за два десятилетия в решении проблем ВИЧ/СПИДа в исправительных учреждениях во всем мире, доказывает необходимость разработки таких стратегий и программ, которые не противоречат нормам прав человека. Более того, защиту и соблюдение прав человека, в том числе борьбу с негативными последствиями связанных с ВИЧ социального отторжения и дискриминации, необходимо рассматривать как один из главных элементов в разработке действенных и этических ответных мер против ВИЧ/СПИДа в исправительных учреждениях.

Литература

Betteridge G (2004). *Prisoners' health & human rights in the HIV/AIDS epidemic – background paper*. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network.

Bollini P, ed. (2001). *HIV in prisons: a reader with particular relevance to the Newly Independent States*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e77016.pdf>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Lines R (2006). From equivalence of standards to equivalence objectives: the entitlement of prisoners to health standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 2:269–280.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and UNAIDS (1997). *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*. [Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и ЮНЭЙДС. «Международные методические указания, касающиеся ВИЧ/СПИДа и прав человека»] U.N.C.H.R. res. 1997/33, U.N. Doc. E/CN.4/1997/150 (1997).

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and UNAIDS (2006). *International guidelines on HIV/AIDS and human rights* [Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и ЮНЭЙДС. «Международные методические указания, касающиеся ВИЧ/СПИДа и прав человека»]. Сводный вариант. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.

Perriens J et al. (2000). *Key elements in HIV/AIDS care and support: a working document*. Geneva, World Health Organization and UNAIDS.

UNAIDS (1997). Statement on HIV/AIDS in prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fifty-second Session, April 1996. In: *UNAIDS, prison and AIDS: UNAIDS point of view*. Geneva, UNAIDS.

UNAIDS (1999). *Peer education and HIV/AIDS: concepts, uses and challenges*. Geneva, UNAIDS (http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC291-PeerEduc_en.pdf, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

UNAIDS (2001). Belarus – involving young people, non-governmental organizations and the target population in preventing HIV/AIDS. In: *Drug abuse and HIV/AIDS: lessons learned. Case studies booklet. Central and eastern Europe and the central Asian states*. Geneva, UNAIDS.

UNAIDS and WHO (2004). *UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing, June 2004*. Geneva, UNAIDS and WHO (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/statement/en/index.html>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

United Nations (1990). *Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990* [«Основные принципы обращения с заключенными». Приняты и провозглашены Генеральной Ассамблеей ООН, резолюция 45/111 от 14 декабря 1990 г.]. New York, United Nations.

WHO (1993). *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons* [«Методические указания по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях» ВОЗ, 1993 г.].

Geneva, World Health Organization, 1993 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

World Medical Association (2000). *Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases*. Helsinki, World Medical Association.

Дополнительная литература для чтения

Lines R (1997–1998). The case against segregation in “specialized” care units. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 3(4) and 4(1):30–35.

Lines R (2002). *Pros & cons: a guide to creating successful community-based HIV/AIDS programs for prisoners*. Toronto, Prisoners’ HIV/AIDS Support Action Network.

UNAIDS (2001). *Drug abuse and HIV/AIDS: lessons learned. Case studies booklet. Central and eastern Europe and the central Asian states*. Geneva, UNAIDS.

United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization and UNAIDS (2006). *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. [Управление ООН по наркотикам и преступности, Всемирная организация здравоохранения и Программа ЮНЭЙДС (2006). «Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка больных в условиях исправительных учреждений: основа для действенных ответных мер на уровне страны»] New York: United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization and UNAIDS.

8. Борьба с туберкулезом в исправительных учреждениях

Jaap Veen

Основные пункты

- Туберкулез представляет собой проблему общественного здравоохранения во многих странах Европейского региона ВОЗ, но в восточных странах она распространена в большей степени, чем в западных.
- Вследствие переполненности и плохого питания в исправительных учреждениях распространенность туберкулеза во многих из них в 10–100 раз выше, чем в гражданском обществе.
- Поскольку многие заключенные являются выходцами из маргинальных слоев населения, в которых наиболее высока распространенность как туберкулеза, так и употребления инъекционных наркотиков, среди заключенных исправительных учреждений нередки случаи двойной инфекции – туберкулеза и ВИЧ.
- Для выявления больных туберкулезом применяют три методики: 1) самостоятельное обращение к врачу; 2) сплошная проверка при поступлении в исправительное учреждение и 3) активное выявление больных среди заключенных.
- Самой лучшей стратегией предупреждения туберкулеза в исправительных учреждениях является ранняя диагностика в сочетании с эффективным лечением.
- При правильном лечении кашель уменьшается через две-три недели. Если бактерии чувствительны к действию применяемых лекарственных препаратов, большинство из них погибает в течение одного месяца. Лечение необходимо проводить в течение как минимум шести месяцев, а часто еще дольше.
- Очень эффективно простое соблюдение гигиены при кашле. Когда при кашле или чихании рот и нос прикрываются рукой, это значительно снижает количество бактерий, попадающих в воздух.
- Очень хороший эффект дает проветривание, которое легко достигается открыванием окон. Также эффективно ультрафиолетовое облучение (солнечный свет). В особых условиях можно применять приборы искусственного ультрафиолетового облучения.
- Люди с заразной формой туберкулеза должны содержаться отдельно от людей с незаразным туберкулезом. При этом изоляция не должна приравниваться к наказанию или одиночному заключению.
- Важно, чтобы больные туберкулезом соблюдали схему регулярного приема лекарственных препаратов.
- В программах борьбы с туберкулезом в исправительных учреждениях должны соблюдаться такие же нормативы, что и в противотуберкулезных программах в гражданском обществе, и использоваться такие же руководящие принципы и протоколы.
- Среди персонала исправительных учреждений и заключенных должно проводиться санитарное просвещение. Передаче туберкулеза способствуют переполненность помещений, отсутствие вентиляции, частое курение и отсутствие общей гигиены.

- Администрация исправительных учреждений должна регулярно оценивать эффективность методов выявления заразных больных и методов сдерживания распространения туберкулеза. Туберкулез не является неизбежным следствием тюремного заключения, и с ним можно бороться, применяя программы на основе стратегии DOTS и улучшая условия в исправительных учреждениях.
 - Эффективная борьба с туберкулезом в исправительных учреждениях позволяет защитить заключенных, персонал, посетителей и общество в целом.
-

Введение

Исправительные учреждения представляют собой среду чрезвычайно высокого риска с точки зрения инфекционных заболеваний из-за переполненности, плохого питания, ограниченного доступа к медико-санитарной помощи, постоянного употребления наркотиков и небезопасных способов их инъекционного введения, незащищенного секса и нанесения татуировок. В результате проведенного недавно обзора (Niveau, 2006) были выявлены три главных фактора риска по инфекционным заболеваниям в исправительных учреждениях – пространственная близость, сексуальное поведение с высокой степенью риска и употребление инъекционных наркотиков. В обзоре высказывается мысль о необходимости придания первоочередного значения мерам профилактики четырех заболеваний: ТБ, ВИЧ-инфекции, гепатита и инфекций, передаваемых половым путем. В данной главе рассматривается туберкулез.

Что такое туберкулез?

Туберкулез – это проблема общественного здравоохранения во многих странах Европейского региона ВОЗ. В странах Западной Европы туберкулез в основном сконцентрирован среди людей, родившихся в других странах, бездомных, людей, подверженных наркозависимости и заключенных. Страны же Восточной Европы по-прежнему несут тяжелое общее бремя ТБ, которое усугубляется растущей эпидемией ВИЧ-инфекции ((Drobniewski, 2005), и исправительные учреждения в Восточной Европе часто называют рассадниками ТБ.

Передача и естественное прогрессирование

Туберкулез – это инфекционное заболевание, вызываемое бактерией *Mycobacterium tuberculosis*. Передача происходит воздушно-капельным путем через капельную взвесь, которая попадает в воздух при кашле или чихании и затем вдыхается находящимися рядом людьми. Риск вдыхания возрастает, когда несколько кашляющих людей содержатся в маленьком непроветриваемом помещении. Обычно инфицируются около 30% лиц, подвергшихся воздействию заразного начала, т.е. вдыхающих бактерии. Однако в исправительных учреждениях при их переполненности и плохом питании инфицированными могут оказаться в два или более раз больше людей. По-видимому, риск инфицирования увеличивается при курении.

В зависимости от иммунной системы инфицированного человека инфекция может привести к развитию болезни. Иммунитет определяется многими факторами как физической, так и психической природы. Показатели распространенности туберкулеза в исправительных учреждениях в 10–100 раз выше, чем в обществе за их пределами. У лиц, инфицированных туберкулезом, которые также живут с ВИЧ, вероятность развития активной формы туберкулеза более чем в 100 раз выше, чем у людей, не инфицированных ВИЧ.

Когда нет доступа к лечению, по крайней мере половина больных туберкулезом умирают в течение двух лет; некоторые могут излечиться самопроизвольно, а некоторые становятся хроническими больными и продолжают распространять болезнь.

Клинические картины болезни

Болезнь начинается в легких после вдыхания, и в легких же чаще всего проявляется в виде легочного туберкулеза. Главной особенностью туберкулеза является образование абсцессов. Пока эти абсцессы локализованы, риска передачи нет (закрытый туберкулез). Но если эти абсцессы прорываются в дыхательные пути, их заразное содержимое будет откашливаться наружу (открытый туберкулез). В абсцессах содержатся миллиарды бактерий. Люди, имеющие открытый туберкулез, чрезвычайно заразны. Заразными становятся около 50–60% людей с туберкулезом.

Бактерии могут переноситься кровотоком к другим частям организма, где они могут вызвать тяжелое заболевание, такое, например, как менингит или септицемию. Пораженными могут оказаться практически все органы. Это происходит примерно у 15–20% людей с туберкулезом.

Риск инфицирования и последующего заболевания туберкулезом зависит от целого ряда факторов риска. В исправительном учреждении эти факторы риска усиливают друг друга. Чем дольше заключенный находится в местах лишения свободы, тем выше становится риск заболевания туберкулезом (Bellin, 1993).

Диагноз

Инфекцию ТБ можно обнаружить путем туберкулиновой внутрикожной пробы. Однако на достоверность результатов этой пробы влияет много факторов, поэтому ее применяют только в специфических обстоятельствах.

Для того чтобы показать наличие заболевания туберкулезом, применяют рентгеноскопию грудной клетки, которая помогает выявить наличие какой-либо аномалии, но для постановки диагноза рентгеноскопия не может иметь решающего значения. Доказательство существования туберкулеза может дать только бактериологическое исследование. Исследование мокроты под микроскопом позволяет поставить диагноз в тот же день. Для подтверждения диагноза должно быть проведено культуральное исследование мокроты на наличие туберкулезных бактерий. В зависимости от применяемой методики рост бактерий становится видимым через 2–8 недель. Появились современные молекулярные методики, с помощью которых можно подтвердить диагноз быстрее, но они стоят дорого и в обычных условиях не имеют достаточной надежности.

Лечение

Для лечения обычного туберкулеза имеются пять лекарственных препаратов основного ряда. Для предупреждения развития лекарственной устойчивости возбудителя должна регулярно приниматься комбинация этих препаратов. Каждая доза препаратов состоит из нескольких таблеток. Для того чтобы не допустить ошибки, медперсонал должен наблюдать за приемом каждой дозы (лечение под непосредственным наблюдением – DOT). Обычный курс лечения длится 6–8 месяцев.

Поскольку больной должен принимать много таблеток и, в идеале, под непосредственным наблюдением, а также поскольку курс лечения длится долго, добиться успеха лечения в исправительных учреждениях довольно сложно.

Эпидемиология

Информации о количестве заключенных, о количестве заключенных с туберкулезом и инфицированных туберкулезом и о стратегиях борьбы с инфекцией ТБ в пенитенциарных системах очень мало. В 2002 году, по оценкам ВОЗ, общая численность заключенных в исправительных учреждениях в Европейском регионе ВОЗ составляла 2,1 миллиона, а каждый год через пенитенциарную систему проходило более 10,5 миллиона человек.

Проведенное обследование (Aerts et al., 2006) показало, что средняя регистрируемая заболеваемость ТБ в Европе в 2003 году составляла 1516 на 100 тысяч заключенных и колебалась в пределах от 0 на Кипре, Мальте и в Норвегии до 3944 в Азербайджане и 17 808 в Казахстане. На долю стран Восточной Европы в этом обследовании пришлось 93% заключенных, имеющих ТБ. На основании этих цифр было определено, что в 2003 году в исправительных учреждениях в Европе туберкулез был у 32 тысяч заключенных, из которых 30 тысяч находились в странах бывшего Советского Союза.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя

В последние годы возникла чрезвычайно тяжелая форма туберкулеза, возбудитель которой устойчив к обычным противотуберкулезным препаратам. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ) особенно распространен в исправительных учреждениях Восточной Европы, где из общего числа заключенных с ТБ 30–50%, вероятно, болеют МЛУ-ТБ. Людям, болеющим МЛУ-ТБ, нужно давать в больших количествах и в течение очень длительного времени (от 18 до 24 месяцев) лекарственные препараты резервного ряда. Но эти препараты стоят очень дорого, вызывают множество отрицательных последствий и не всегда имеются на мировом рынке в достаточных количествах.

Вспышка МЛУ-ТБ, происшедшая в тюрьмах штата Нью-Йорк, показала, как отсутствие борьбы с этой болезнью в исправительных учреждениях затронуло здоровье населения, живущего на свободе.

Туберкулез/ВИЧ-инфекция

Самым значительным фактором риска заболевания туберкулезом является ВИЧ-инфекция. Со времени возникновения эпидемии ВИЧ-инфекции и СПИДа во всех регионах мира возникли двойные эпидемии ТБ/ВИЧ. Эпидемия ВИЧ-инфекции является одной из причин глобальной эпидемии туберкулеза.

Поскольку многие заключенные выходцы из маргинальных слоев населения, где нередко можно встретить как туберкулез, так и употребление инъекционных наркотиков, случаи двойной инфекции ТБ и ВИЧ в исправительных учреждениях не являются редкостью. Очень высокие показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков были в Испании, пока она не ввела действенные меры профилактики ВИЧ, такие, как программы обмена игл и шприцев и заместительную терапию. Когортное исследование, проведенное в одной из тюрем, в которой в период с 1991 по 1999 год осуществлялась противотуберкулезная программа (Martin et al., 2001), показало, что у 10% из обследованных 1050 заключенных была сочетанная инфекция ВИЧ и ТБ. С середины до конца 90-х годов быстро росла распространенность ВИЧ-инфекции в странах бывшего Советского Союза, и там же в исправительных учреждениях растет распространенность туберкулеза/ВИЧ. Продолжающаяся передача туберкулеза, в том числе МЛУ-ТБ, будет усугубляться ростом числа заключенных, чья иммунная система серьезно ослаблена ВИЧ-инфекцией.

Что можно сделать для снижения риска передачи туберкулеза?

Исправительные учреждения не являются совершенно закрытой средой, поскольку заключенные постоянно контактируют с внешним миром через посетителей и тюремный персонал. Кроме того, заключенные регулярно поступают в исправительные учреждения, выходят из них на свободу и возвращаются вновь. В нескольких странах зафиксирована четко выраженная связь между распространенностью туберкулеза в исправительных учреждениях и в гражданском обществе. Поэтому меры вмешательства с целью снижения риска передачи туберкулеза в исправительных учреждениях не только важны для заключенных и персонала исправительных учреждений, но и являются прямой общественной услугой для сообщества людей, живущих за пределами этих учреждений.

Вмешательства с целью прерывания цикла передачи могут осуществляться на двух уровнях: 1) предупреждение передачи туберкулеза от людей с заразной формой туберкулеза к контактирующим с ними людям и 2) предупреждение развития болезни после того, как кто-то из контактировавших получил инфекцию (рис. 8.1).

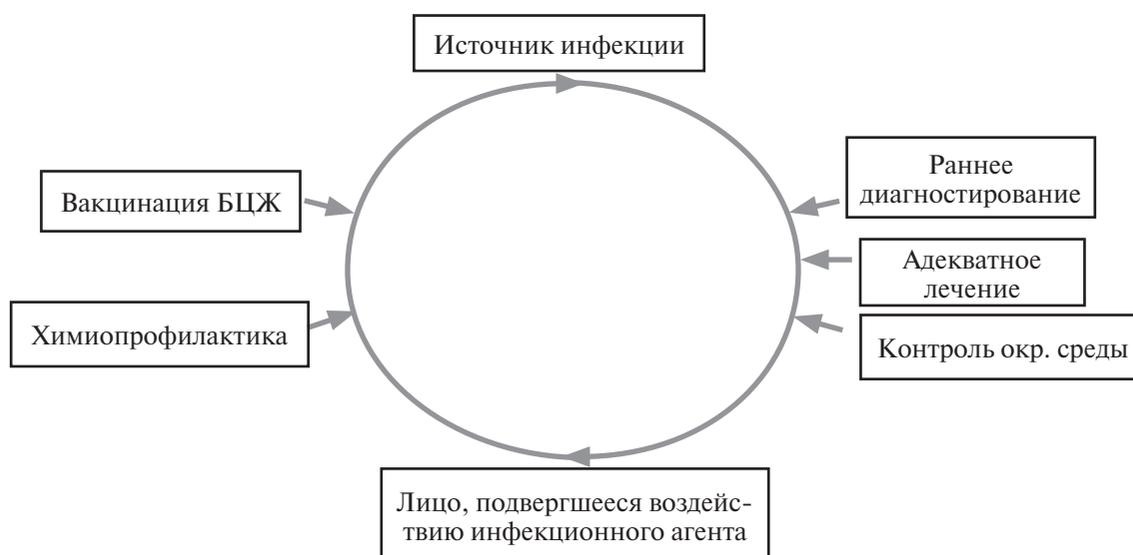


Рис. 8.1. Цикл передачи туберкулеза

Для предупреждения распространения нужны раннее выявление больных, немедленное и адекватное лечение и меры вмешательства по борьбе с инфекцией. Для того чтобы предупредить развитие активной формы болезни у лиц, подвергшихся воздействию инфекционного агента, можно рассматривать такие варианты действий, как вакцинация и профилактическая химиотерапия.

Для выявления больных применяют три методики: 1) самостоятельное обращение к врачу; 2) сплошная проверка при поступлении в исправительное учреждение и 3) активное выявление больных среди заключенных.

Самостоятельное обращение к врачу

Больные, имеющие респираторные (или иные) симптомы туберкулеза, должны обращаться за медико-санитарной помощью и получать ее. Для того чтобы выявление больных давало эффект, больные должны знать, что имеющиеся у них симптомы могут быть симптомами туберкулеза и что туберкулез излечивается. Они должны хотеть знать свой диагноз и вылечиться, и у них должна быть возможность доступа к лечению тубер-

кулеза (ВОЗ, 2000). Поэтому так важно проводить просветительную работу по вопросам туберкулеза со всеми, кто находится в исправительных учреждениях.

Тем не менее успех выявления больных посредством самостоятельного обращения к врачу может быть в исправительных учреждениях ограничен. Некоторые заключенные могут бояться выдавать себя, опасаясь последствий диагноза ТБ, таких как клеймо отверженного, которое всегда сопутствует туберкулезу, перевод в другое учреждение или задержку освобождения. Иногда заключенным могут не разрешать обращаться за помощью из-за того места, которое они занимают в иерархии заключенных.

Сплошная проверка на туберкулез при поступлении

В пересмотренных Европейских минимальных стандартных правилах обращения с заключенными (Комитет министров Совета Европы, 2006) указывается, что заключенные имеют право на медицинский осмотр при первичном поступлении (п. 42) и что администрация исправительного учреждения обязана гарантировать здоровье всех заключенных (п. 39). Сплошная медицинская проверка при поступлении в каждую пенитенциарную систему очень важна, так как многие заключенные являются выходцами из сообществ с высокой распространенностью ТБ. Вновь поступающие не должны вливаться в массу заключенных до тех пор, пока не будет точно установлено, что они не больны заразной формой туберкулеза.

Активное выявление больных

Существенно повлиять на передачу туберкулеза в исправительных учреждениях может периодическая и систематическая проверка всего контингента на туберкулез. Частота проведения таких проверок зависит от нескольких факторов, включая распространенность болезни и наличие денежных средств и кадров. Там, где распространенность туберкулеза высока (как, например, в исправительных учреждениях Восточной Европы), поголовное обследование всего контингента исправительных учреждений должно проводиться каждые полгода. Методы выявления больных включают: 1) туберкулиновую внутрикожную пробу; 2) рентгенографию и 3) анкетирование.

Как было указано выше, туберкулиновая кожная проба – слабое средство выявления инфекции ТБ в условиях высокой распространенности, и оно редко используется в исправительных учреждениях. Организовать рентгенографическое обследование относительно несложно, но его недостаток в том, что для него требуются большие капитальные затраты, эксплуатационные издержки и расходы на техническое обслуживание. Нужны также специалисты, умеющие читать рентгеновскую пленку. Анкетирование, предполагающее, что заключенные заполняют вопросники, обходится недорого, но оно может быть очень необъективным. С помощью вопросников можно выявить большое число людей, нуждающихся в диагностических процедурах.

Какой бы метод выявления больных ни применялся, у всех, кто подозревается на наличие туберкулеза, необходимо исследовать мокроту.

Адекватное лечение

Еще одним способом предупреждения передачи является скорейшее начало адекватного лечения. При правильном лечении кашель уменьшается через две-три недели, а если бактерии чувствительны к действию применяемых лекарственных препаратов, большинство из них погибает в течение одного месяца. Проводить лечение требуется как минимум в течение шести месяцев, а часто и дольше, при этом лечение состоит из

начальной фазы, во время которой принимаются 4–5 препаратов, и фазы продолжения, во время которой нужно принимать два-три препарата. Поскольку лечение требует длительного времени и применения нескольких лекарственных препаратов, часто бывает трудно добиться соблюдения схемы лечения. Другая проблема в исправительных учреждениях в Восточной Европе заключается в том, что более чем у половины людей, болеющих ТБ, в организме присутствуют штаммы бактерий, устойчивые к обычно применяемым препаратам. Лечить таких больных очень трудно, и они долгое время могут оставаться заразными.

Борьба с инфекцией

Третий способ предупреждения передачи состоит в том, чтобы уменьшить количество зараженных частиц в воздухе. Самый лучший способ – уменьшить кашель путем адекватного лечения. Но если кашель остается, очень хороший эффект дают простые меры гигиены при кашле. Когда при кашле или чихании прикрывают рот и нос, это значительно уменьшает число бактерий в воздухе (рис. 8.2).



Рис. 8.2. Меры гигиены при кашле в случае болезни ТБ: просто и эффективно

Источник: Нидерландский королевский противотуберкулезный фонд (KNCV), 1998.

Есть и другие способы уменьшения концентрации частиц в воздухе. Очень эффективна вентиляция, которая легко достигается простым открыванием окон. Также эффективно ультрафиолетовое облучение (солнечный свет), но только тогда, когда солнечный свет может достать туберкулезные бактерии. В определенных условиях можно применять искусственные ультрафиолетовые приборы. С точки зрения борьбы с инфекцией держать окна закрытыми и даже закрывать солнечный свет с помощью ставен, как это делается во многих учреждениях предварительного заключения в Восточной Европе, – это очень нехорошая практика.

Можно использовать специальные механические фильтры для фильтрации воздуха, однако в исправительных учреждениях это не очень легко сделать. Для того чтобы уберечь сотрудников или посетителей исправительных учреждений от вдыхания бактерий, когда они контактируют с людьми, болеющими заразной формой туберкулеза, они должны носить специальные высокоэффективные защитные маски.

Для предупреждения развития туберкулеза, после того как находившееся в контакте лицо инфицировано, имеются две меры вмешательства: 1) вакцинация вакциной БЦЖ (бацилла Кальмета-Герена) людей с высоким риском инфицирования и 2) профилактическое лечение тех, кто инфицирован, но еще не заболел.

Вакцинация БЦЖ ограничена по своей эффективности и не обеспечивает защиты взрослых. Профилактическое лечение может давать эффект, но длится очень долго – 6–9 месяцев. Убедить людей, не имеющих симптомов, в необходимости принимать лекарства такое длительное время трудно. Если бактерии устойчивы к действию обычных препаратов, профилактическое лечение эффекта не даст.

Самая лучшая профилактика в исправительных учреждениях — это ранняя диагностика в сочетании с эффективным лечением.

Профилактика туберкулеза/ВИЧ

Все меры, предпринимаемые для предупреждения передачи ВИЧ в исправительных учреждениях, косвенно способствуют также и профилактике туберкулеза. К таким мерам относятся осуществление программ обмена игл и шприцев, раздача хлорной извести, обеспечение доступа к опиоидной заместительной терапии и обеспечение наличия презервативов (более подробно см. главы 6, 9 и 10). Там, где высока распространенность ВИЧ, больных туберкулезом необходимо поощрять к тому, чтобы они проходили обследование на ВИЧ, и в случае выявления у них ВИЧ-инфекции предлагать им антиретровирусную терапию по поводу ВИЧ/СПИДа. Обследованию должно предшествовать консультирование (см. главу 7).

Люди, живущие с ВИЧ, у которых имеется скрытая инфекция ТБ, должны получать химиотерапию для предупреждения развития у них активной формы ТБ. Однако в переполненных исправительных учреждениях в Восточной Европе, где высоки показатели распространенности как ВИЧ-инфекции, так и туберкулеза, для этого может потребоваться использование противотуберкулезных препаратов в течение всего срока тюремного заключения, а ведь когда высока распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, действенность применяемых препаратов сомнительна.

Меры по предупреждению и ликвидации вспышек

В контингентах с низким уровнем распространенности туберкулеза сразу же после выявления человека, больного туберкулезом, необходимо провести массовое обследование на туберкулез всех заключенных, персонала исправительного учреждения и посетителей, с которыми контактировал человек, больной туберкулезом. Для обнаружения и обследования лиц, находившихся в контакте, обычно применяется метод, при котором в первую очередь проверяются группы высокого риска по экспозиции (Veen, 1992).

Как вести больных туберкулезом

Изоляция

Больные туберкулезом должны быть размещены в соответствии с критериями передачи инфекции. Они должны быть изолированы от других заключенных. Больные заразной формой ТБ должны содержаться отдельно от лиц, имеющих незаразную форму туберкулеза. Однако изоляция не должна приравниваться к наказанию или одиозному заключению.

Лечение

ВОЗ разработала систему классификации больных, при которой ресурсы выделяются в первую очередь тем людям, которые с наибольшей вероятностью будут распространять болезнь (заразным больным), и тяжело больным людям, чтобы не допустить смерти. В соответствии с этой системой классификации определяется и очередность лечения. Разработаны унифицированные схемы лечения в зависимости от медицинских критериев.

Соблюдение схемы лечения

Важно, чтобы больные туберкулезом регулярно соблюдали схему приема лекарств. Частичное и несистематическое лечение уменьшает шансы на излечение и повышает риск развития лекарственной устойчивости. Незаконченное лечение также повышает риск рецидива болезни.

На соблюдение схемы лечения влияет большая продолжительность курса лечения, а также возможные побочные действия применяемых лекарственных препаратов. В исправительных учреждениях соблюдение схемы лечения могут подрывать дополнительные факторы: например, лучшие условия в туберкулезном отделении исправительного учреждения могут побуждать больных туберкулезом к тому, чтобы постараться растянуть период болезни, или же лекарственные препараты могут использоваться как альтернативная валюта. Так же, как и в обществе за пределами тюрьмы, медико-санитарная служба должна стремиться к повышению дисциплины лечения посредством прямого наблюдения за приемом лекарств и посредством ведения санитарного просвещения, и в целом проявляя заботливое отношение к больным.

Однако лечение также может быть прервано, когда проходящих лечение заключенных переводят в другое учреждение или выпускают на свободу до завершения лечения. Поэтому важно, чтобы сотрудники администрации исправительных учреждений понимали необходимость непрерывного лечения и взаимодействовали с медперсоналом, добиваясь, чтобы лечение могло продолжаться и после перевода или выхода на свободу.

Как должны быть организованы противотуберкулезные службы в пенитенциарной системе?

Организация служб

По данным, приведенным в работе Aerts et al. (2006), в 68% стран, участвовавших в обследовании¹², за охрану здоровья в исправительных учреждениях отвечает министерство юстиции, в 14% стран ответственность возложена на министерство юстиции совместно с министерством здравоохранения, в 18% стран отвечает министерство здравоохранения, а в 9% стран – министерство внутренних дел. Почти половина стран сообщили о том, что у них существует система официального обмена информацией между министерствами, занимающимися охраной здоровья в исправительных учреждениях.

В условиях низкой распространенности противотуберкулезные службы могут быть децентрализованы. В тюремной больнице может быть специальное туберкулезное отделение. В условиях же высокой распространенности для диагностирования и лечения больных туберкулезом могут быть выделены специальные исправительные учреждения. Наилучшее соотношение преимуществ и недостатков может быть достигнуто при частично децентрализованной службе, когда выявление больных производится во всех исправительных учреждениях, а лечение только в некоторых, или же лечение проводится централизованно в первой фазе, а в фазе продолжения лечение осуществляется децентрализованно (ВОЗ, 2000).

Но какое бы ведомство ни отвечало за борьбу с туберкулезом в исправительных учреждениях, программа борьбы с туберкулезом должна отвечать тем же стандартам и критериям, что и гражданская программа, и в ней должны использоваться такие же методические указания и протоколы.

¹² Азербайджан, Беларусь, Бельгия, Кипр, Чешская Республика, Эстония, Франция, Германия, Казахстан, Латвия, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Республика Молдова, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Испания, Швеция, Швейцария и Соединенное Королевство.

Диагноз должен быть подтвержден бактериологическими методами. Если в исправительных учреждениях нет своих лабораторий, необходимо установить сотрудничество с гражданскими лабораториями. В исправительных учреждениях с большой численностью заключенных и большим количеством больных туберкулезом могут быть собственные лаборатории, однако при этом нужен и внешний контроль качества анализов.

Лечение может проходить тяжело, особенно у больных с лекарственной устойчивостью возбудителя. Если в исправительных учреждениях нет своих специалистов по туберкулезу, предоставлять консультации и осуществлять надзор должны сторонние специалисты из гражданского общества.

Контроль за лечением, ведением учетной документации и отчетностью должен осуществляться в соответствии с установленным в стране порядком, а выявленные в исправительном учреждении случаи туберкулеза должны заноситься в национальный регистр туберкулеза.

Рекомендуется создавать отдельные отделения для лиц, проходящих обследование, для заразных и незаразных больных, для лиц, отказывающихся от лечения или прекративших лечение, а также для хронических больных. Больные хроническим туберкулезом часто выделяют устойчивые бактерии в течение длительного времени и представляют угрозу для других заключенных, медперсонала и посетителей. Должны соблюдаться строгие процедуры борьбы с инфекцией (ВОЗ, 2000).

Непрерывность лечения

Заключенные могут поступать в исправительное учреждение уже больными туберкулезом, и об этом может быть известно службам здравоохранения за пределами пенитенциарной системы, или же они могут выходить на свободу, еще находясь в процессе лечения. В обоих случаях большое значение для обеспечения непрерывности лечения имеет обмен информацией между исправительными учреждениями и гражданскими службами здравоохранения. Это не только отвечает интересам отдельного лица, болеющего туберкулезом, но и важно для блага всего общества. Борьба с туберкулезом в исправительных учреждениях способствует борьбе с туберкулезом в обществе. Необходимо заблаговременно информировать лиц, ответственных за борьбу с ТБ в гражданском обществе, о предстоящем освобождении заключенного с туберкулезом. Этого человека должна посетить медсестра, специализирующаяся на лечении туберкулеза, чтобы с самого начала установить контакт и отношения взаимного доверия. Часто заключенных переводят из одного исправительного учреждения в другое. Это может делаться по административным причинам, в виде наказания или по просьбе самих заключенных. Однако какова бы ни была причина перевода, персонал исправительного учреждения должен следить за тем, чтобы лечение не прерывалось. Ответственность за это несут не только медицинские работники, но и административный персонал.

Укрепление здоровья и санитарное просвещение

С персоналом исправительных учреждений и заключенными должно проводиться санитарное просвещение. Передаче туберкулеза способствуют переполненность, отсутствие вентиляции, сильная накуренность в помещениях или общая антисанитария. Персоналу и заключенным можно помочь понять, что такое туберкулез, если поощрять более открытое обсуждение туберкулеза и связанных с ним факторов (таких, как ВИЧ-инфекция, употребление инъекционных наркотиков, алкоголизм или плохое питание). Они должны уметь распознавать симптомы туберкулеза и знать о возмож-

ности лечения и излечения. И тех и других следует поощрять к тому, чтобы они докладывали службам здравоохранения о людях, у которых имеются симптомы туберкулеза, чтобы таких людей диагностировали и лечили. Предоставление точной информации заключенным и персоналу о туберкулезе и о том, как можно с ним бороться, позволит уменьшить страх и ложные представления о туберкулезе, которые нередко распространены в исправительных учреждениях.

Мониторинг

Администрация исправительных учреждений должна регулярно оценивать эффективность методов, применяемых для выявления больных туберкулезом, и стратегий, используемых для предупреждения распространения туберкулеза. Такая оценка должна включать изучение историй болезни, числа выявленных больных и доли успешно пролеченных, а также проверку соблюдения таких административных процедур, как продолжение лечения при переводе из одного учреждения в другое, ношение персоналом масок при работе с заразными больными туберкулезом, регулярное проветривание спальных помещений.

Производственный риск

Туберкулез представляет собой фактор производственного риска для персонала исправительных учреждений, который работает с больными туберкулезом. Начальник исправительного учреждения несет ответственность за принятие необходимых мер для снижения этого риска. К числу таких мер относятся борьба с инфекцией и надзор за соблюдением схемы лечения, а также ведение санитарного просвещения и регулярное проведение медосмотров. Медицинский персонал должен рекомендовать, с какой частотой нужно проводить регулярные медосмотры среди сотрудников исправительных учреждений и какие при этом использовать методы.

Выводы

В конечном счете, одной из главных составляющих в усилиях по борьбе с туберкулезом в исправительных учреждениях и в обществе в целом должно быть улучшение условий в исправительных учреждениях. Большинство заключенных в Западной Европе содержатся в отдельных камерах или имеют всего несколько соседей по камере, в камерах имеется вентиляция, и заключенные обеспечиваются достаточным питанием, а передача туберкулеза происходит только в помещениях общего пользования и потому случается редко. В странах же Восточной Европы, напротив, многие заключенные спят в переполненных (и непроветриваемых) спальных помещениях, зачастую плохо питаются. Снизить переполненность помогает строительство новых тюрем, однако показатели частоты и продолжительности сроков тюремного заключения в странах Восточной Европы часто намного выше, чем в Западной Европе. Поэтому лучшим путем представляется реформирование уголовных кодексов таким образом, чтобы были уменьшены сроки пребывания в исправительных учреждениях, предоставлялись альтернативы тюремному заключению и сокращалось время нахождения в местах предварительного заключения (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006; Управление ООН по наркотикам и преступности, ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2006). В последние годы в Восточной Европе также проводились широкие амнистии в целях снижения переполненности и бремени ТБ в исправительных учреждениях. Однако это привело к увеличению бремени болезни в гражданском обществе.

Литература

Aerts A et al. (200). Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 10:1215–1223.

Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006). *Legislating for health and human rights: model law on drug use and HIV/AIDS*. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network (<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=587>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Committee of Ministers of the Council of Europe (2006). *Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (adopted 11 January 2006)*. Strasbourg, Council of Europe.

Drobniewski FA et al. (2005). Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners. *European Respiratory Journal*, 26(2):298–304.

Martin V et al. (2001). Incidence of tuberculosis and the importance of treatment of latent tuberculosis infection in a Spanish prison population. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 5(10):926–932.

Niveau G (2006). Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review. *Public Health*, 120:33–41.

United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS and WHO (2006). *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response* [Управление ООН по наркотикам и преступности, Всемирная организация здравоохранения и Программа ЮНЭЙДС (2006). «Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка больных в условиях исправительных учреждений: основа для действенных ответных мер на уровне страны»] Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (<http://www.who.int/hiv/treatment/en/index.html>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Veen J (1992). Microepidemics of tuberculosis: the stone-in-the-pond principle. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 73(2):73–76.

WHO (2000). *Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers*. Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/docstore/gtb/publications/prisonsNTP/index.html>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Дополнительная литература для чтения

WHO Regional Office for Europe (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2007). *Доклад о состоянии дел по вопросу «Тюрьмы и туберкулез»*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (находится в печати).

9. Употребление наркотиков и наркологические услуги в исправительных учреждениях

Heino Stöver и Caren Weilandt

Основные пункты

- По некоторым оценкам, у половины заключенных в Европейском союзе в анамнезе отмечается употребление наркотиков, причем у многих из них это сопряжено с проблемной и/или инъекционной формой употребления наркотиков.
- Употребление наркотиков является одной из главных проблем, с которыми сталкиваются пенитенциарные системы; оно угрожает безопасности, является доминирующим фактором в отношениях между заключенными и персоналом и ведет к насилию, издевательствам и произволу уголовных авторитетов по отношению к заключенным, а часто и к их супругам и друзьям в гражданском обществе.
- Распространенность инфекционных заболеваний (в особенности ВИЧ и СПИДа, гепатита и туберкулеза) в исправительных учреждениях часто намного выше, чем за их пределами, и нередко это связано с употреблением инъекционных наркотиков.
- Услуги по лечению наркозависимости и меры по борьбе с инфекционными заболеваниями в исправительных учреждениях должны быть эквивалентны услугам, оказываемым за пределами исправительных учреждений. Лучше всего этого можно достичь путем тесного сотрудничества и общения между службами в исправительных учреждениях и в обществе.
- Непрерывность лечения заключенных, поступающих в исправительные учреждения и выходящих из них на свободу, делает необходимым тесное сотрудничество между исправительными учреждениями и организациями за их пределами.
- Широко распространены возвращение к употреблению наркотиков и ведущие к смерти передозировки, поэтому с угрозами таких исходов необходимо бороться во время отбывания наказания.
- С учетом местных и индивидуальных потребностей заключенным должен предоставляться широкий спектр наркологических услуг.
- Необходимо обучение тюремного персонала и заключенных по вопросам употребления наркотиков и связанных с этим нарушений здоровья.
- Необходимо проводить мониторинг и оценку эффективности наркологических услуг, предоставляемых в исправительных учреждениях.

Употребление наркотиков и последствия для заключенных, исправительных учреждений и тюремного здравоохранения

Исправительные учреждения часто представляют собой среду, для которой характерны большая скученность, стресс, враждебность, а иногда и насилие, где непропорционально большую долю заключенных составляют выходцы из бедных общин и этнических и социальных меньшинств, включая потребителей наркотиков и мигрантов. В одном из европейских исследований по проблемам здоровья, возникающих в исправительных учреждениях (Tomasevski, 1992), особо отмечались три основные проблемы: употребление наркотиков, нарушения психического здоровья и инфекционные заболевания. Эти три проблемные области тесно связаны между собой.

Хотя во многих странах были разработаны и применяются альтернативы тюремному заключению, в условиях исправительных учреждений оказывается все больше людей, которые употребляют наркотики. Лишь немногие из них попадают в заключение за какое-либо преступление, связанное с наркотиками. Большинство отбывают наказание за другие преступления.

В целом во многих странах число заключенных за последние два десятилетия резко возросло. Этому способствовало несколько факторов, включая бедность, миграцию, насилие и тот факт, что более частое лишение людей свободы нередко связано с политической целесообразностью. Однако в конечном счете важную роль во всем этом сыграло репрессивное законодательство против наркотиков в условиях роста их потребления в обществе.

По оценкам ООН и ВОЗ, а также по информации национальных пунктов связи Европейского информационного центра по вопросам наркотиков и наркозависимости, лица, употребляющие наркотики, в избытке представлены в контингенте исправительных учреждений во всей Европе. Большинство исследований употребления наркотиков в тюрьмах показывает, что около 50% заключенных сообщают об употреблении запрещенных препаратов. В 20 странах Европейского союза плюс Болгария и Норвегия, по которым имеются данные, об употреблении запрещенного наркотика хотя бы один раз сообщили от одной трети или менее (Венгрия и Болгария) до трех четвертей (Нидерланды, Норвегия и Соединенное Королевство) заключенных. Наиболее распространенными наркотиками являются марихуана, кокаин, героин и амфетамины (Клемова, 2006). Учитывая большое число поступлений людей в исправительные учреждения и освобождений из них (текучесть контингента), каждый год через пенитенциарные системы проходит значительное количество людей, употребляющих наркотики.

Этот факт неизбежно оказывает влияние на жизнь в европейских пенитенциарных учреждениях. Наркотики стали центральной темой, доминирующим фактором в отношениях между самими заключенными и между ними и персоналом. На борьбу с употреблением наркотиков и незаконным оборотом наркотиков в пенитенциарной системе направлены многие меры безопасности. Порядок повседневной жизни в исправительных учреждениях во многом диктуется наркозависимыми заключенными и проблемами, связанными с наркотиками: случаи смерти из-за наркотиков, вызванные наркотиками чрезвычайные ситуации, рост числа людей, употребляющих наркотики, иерархии торговцев, долги, смешивание наркотиков, низкокачественные наркотики, не поддающаяся определению чистота наркотиков и риск заражения (в особенности ВИЧ и гепатитом) по причине того, что шприцы и наркотики часто бывают заражены и используются совместно многими людьми. В тюремных субкультурах наркотики становятся основным средством обмена и валютой. Многие обыденные действия заключенных сосредоточены на приобретении, контрабанде, употреблении, продаже и финансировании наркотиков.

Руководство пенитенциарной системы подвергается все более сильному давлению со стороны общественности, требующей очистить тюрьмы от наркотиков. Немногие руководители исправительных учреждений откровенно и публично говорят об употреблении наркотиков в исправительных учреждениях, создают возможности для оказания наркологических услуг на надлежащем уровне и разрабатывают новые стратегии борьбы с наркотиками. Те, кто признает, что в исправительных учреждениях широко распространено употребление наркотиков, часто обвиняются в неспособности обеспечить безопасность в

тюрьмах. Поэтому и остается большим число начальников исправительных учреждений, которые отрицают или игнорируют употребление наркотиков в тюрьмах. Многие тюремные врачи уверены в том, что они могут вылечить наркозависимость заключенных, временно принуждая их прекратить употреблять наркотики. Отсюда становится очевидно, почему так сложно работать с заключенными, страдающими от наркозависимости. Необходимо преследовать цель реабилитации заключенных, но администрация исправительных учреждений во многих странах сталкивается с ростом употребления наркотиков среди заключенных и с политическими и экономическими обстоятельствами, которые еще больше осложняют решение проблемы наркотиков. Парадоксальным можно назвать нынешнее положение судебных властей. Они должны найти решение проблемы, которой словно бы и не существует: наркотики в исправительных учреждениях.

В исправительных учреждениях широко распространено пользование общими иглами, однако заключенные, которые употребляли наркотики на свободе, попав в заключение, уровень их употребления обычно снижают. Многие исследования в разных странах мира свидетельствуют о высоких показателях употребления инъекционных наркотиков заключенными, в том числе женщинами. Исследования также показывают, что:

- степень и модели инъекционного употребления и пользования общими иглами различаются в разных исправительных учреждениях;
- многие люди, употреблявшие инъекционные наркотики перед заключением, в исправительном учреждении уменьшают употребление или вообще перестают употреблять инъекционные наркотики, однако после освобождения многие возобновляют инъекции;
- некоторые начинают употреблять инъекционные наркотики в исправительном учреждении;
- люди, употребляющие инъекционные наркотики в исправительных учреждениях, обычно делают это реже, чем на свободе, но с намного большей вероятностью будут пользоваться общими принадлежностями для инъекций, чем это делают потребители инъекционных наркотиков на свободе; более того, они пользуются общими принадлежностями для инъекций с таким контингентом (такими же заключенными), среди которого часто высока распространенность ВИЧ и гепатита С (St veg, 2002).

Если высокие показатели употребления инъекционных наркотиков сочетаются с отсутствием доступа к мерам профилактики, это может привести к распространению ВИЧ-инфекции поистине пугающими темпами. И раньше были факты, указывающие на то, что ВИЧ-инфекция может широко распространяться в исправительных учреждениях. В Таиланде первая эпидемическая вспышка ВИЧ-инфекции в 1988 году началась скорее всего среди потребителей инъекционных наркотиков в пенитенциарной системе Бангкока. Шесть проведенных в Таиланде исследований показали, что существует значимая связь между фактом отбывания тюремного заключения и ВИЧ-инфекцией. Вспышки ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях были документально отмечены в ряде стран, включая Австралию, Литву, Российскую Федерацию и Шотландию.

Помимо незаконных наркотиков, зависимости и нарушениям здоровья у заключенных также способствуют законные наркотические вещества (никотин и табак, алкоголь и назначенные врачом лекарственные препараты). Многие заключенные на протяжении долгого времени регулярно употребляют законные препараты. Среди потребителей наркотиков в Европе широко распространены случаи употребления более чем одного наркотика.

Для многих заключенных особо опасными являются первые две недели после освобождения, поскольку многие из них возобновляют употребление наркотиков (в больших количествах) и подвергаются очень высокому риску передозировки наркотиком. Заключенным, которые редко употребляли наркотики во время нахождения под стражей, часто бывает трудно адаптироваться к новой ситуации после освобождения. Они возвращаются к старым привычкам и употребляют наркотики в таких же количествах и такого же качества, как и до заключения. Переход от тюремной жизни к жизни в обществе является чрезвычайно опасным периодом. Чем дольше потребитель наркотиков находится в исправительном учреждении, тем сложнее ему будет адаптироваться к жизни на свободе. Даже тюремное заключение на несколько недель, во время которых человек не употребляет наркотики, представляет серьезную угрозу при освобождении: по причине снижения порога переносимости опиатов даже небольшие дозы могут быть опасны для жизни.

В 1988 году Европейское региональное бюро ВОЗ (1990) выработало рекомендации по ведению нарушений здоровья у потребителей наркотиков в исправительных учреждениях. С тех пор предпринимались и другие усилия по решению проблем, связанных с употреблением наркотиков в исправительных учреждениях, включая меры по профилактике и лечению нарушений здоровья у потребителей наркотиков в исправительных учреждениях для малолетних (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003а) и взрослых, а также во всей системе уголовного правосудия (Европейское региональное бюро ВОЗ и группа Помпиду Совета Европы, 2002). С 1995 года вопросами, связанными с употреблением наркотиков в исправительных учреждениях, занимается проект ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах» (<http://www.euro.who.int/prisons>).

Определение потребителя наркотиков

Во всей Европе пенитенциарные системы сообщают о том, что потребители наркотиков являются значительной и чрезвычайно проблемной частью общего контингента исправительных учреждений, но лишь в нескольких странах были выработаны и применяются четкие определения потребителя наркотиков. В немногих странах существуют комплексные системы, которые позволяют количественно определять масштаб этой проблемы, несмотря на то, что в большинстве стран предполагается, что «потребители наркотиков» составляют значительную часть контингента в системе уголовного правосудия и пенитенциарной системе. В этой связи возникает несколько вопросов.

- Кто определяет, кто является и кто не является потребителем наркотиков? Врач, проводящий осмотр при поступлении заключенного, на основании определенных, связанных с употреблением наркотиков симптомов, таких как абсцессы, следы уколов или положительные результаты анализов мочи? Или же персонал или администрация исправительных учреждений? Или сами потребители, когда они заявляют, что употребляют наркотики?
- На каком основании люди считаются потребителями наркотиков? На основании типа совершенного уголовного преступления, указанного в личном деле заключенного (нарушение законодательства, связанного с наркотиками и/или других законов в целях финансирования употребления наркотиков)?
- Какие типы наркотиков сюда относятся? Только незаконные наркотики или также разрешенные вещества, такие как алкоголь?
- Каковы критерии? Употребление в течение всей жизни, употребление перед заключением (четыре недели, один год?), употребление наркотиков в исправительном учреждении, употребление наркотиков от случая к случаю, с какой частотой, в каком количестве, в каких условиях, проблемное употребление наркотиков, употребление

- нескольких наркотиков или дополнительное употребление фармацевтических препаратов, таких как бензодиазепины или барбитураты? Какой способ употребления: инъекционное употребление, курение или вдыхание?
- Проводится ли различие между лицами, иногда употребляющими наркотики, и наркозависимыми лицами?

Природа и распространенность употребления наркотиков и связанные с ним риски в исправительных учреждениях

Нарисовать подробную картину употребления наркотиков в исправительных учреждениях сложно даже в какой-либо одной стране, а тем более во всех европейских странах. Употребление наркотиков в исправительных учреждениях происходит в строжайшей тайне, а статистика реквизиции наркотиков, конфискации игл и шприцев и положительных результатов анализов мочи указывает лишь на некоторую часть действительного положения дел в плане употребления наркотиков за решеткой. Структура употребления наркотиков значительно различается у разных групп в контингенте исправительных учреждений. Например, употребление наркотиков среди женщин значительно отличается от употребления среди мужчин, причем различаются уровни и виды злоупотреблений, мотивы и последствия с точки зрения поведения.

В приведенном ниже перечне обобщаются некоторые ключевые данные по употреблению наркотиков в европейских исправительных учреждениях (Stöver, 2002).

- Употребление незаконных наркотиков в тюрьмах как явление существует давно, еще с конца 70-х годов прошлого столетия. В то время было чрезвычайно широко распространено пользование общими иглами.
- Вещества, доступные за пределами исправительных учреждений, могут также быть найдены и внутри их, с такими же региональными вариациями в структуре потребления. Качество этих наркотиков часто ниже, чем в обществе.
- Распространенность употребления наркотиков различается в зависимости от учреждения. Некоторые исследования показали, что употребление наркотиков в большей степени распространено в крупных учреждениях, местах непрочного пребывания заключенных, в женских исправительных учреждениях и исправительных учреждениях, расположенных вблизи крупных городов. В следственных изоляторах показатели употребления наркотиков ниже по причине отсутствия организованных сетей незаконного оборота.
- Во многих исправительных учреждениях наиболее широко распространенным наркотиком после никотина является марихуана, которая используется для расслабления. Некоторые исследования показывают, что во время нахождения в исправительных учреждениях марихуану употребляют более 50% заключенных. Инъекционные наркотики употребляет намного меньший процент заключенных.
- Несколько эмпирических исследований показывают, что после лишения свободы частота употребления обычно снижается. Это может быть вызвано снижением доступности наркотиков или же отражает способность употребляющих наркотики заключенных сократить или прекратить их употребление во время пребывания в исправительных учреждениях. Ежедневно употребляет наркотики меньшинство заключенных.
- Тюремное заключение само по себе, по-видимому, не создает у людей мотивации к снижению или прекращению употребления наркотиков. Снижение употребления скорее всего является следствием снижения доступности наркотиков, отсутствия средств для их приобретения или страха обнаружения.
- Некоторые заключенные употребляют наркотики от скуки и для того, чтобы было легче преодолевать тяготы тюремной жизни или какие-либо кризисные ситуации, такие как получение плохой новости, осуждение и вынесение приговора или

- насилие. Таким образом, иногда нахождение в исправительном учреждении служит причиной для начала употребления наркотиков или продолжения этой привычки, или вызывает рецидив после периода отмены.
- В некоторых странах среди людей, поступающих в исправительные учреждения или уже находящихся в них, наиболее распространенными наркотиками являются алкоголь и табак. Во Франции одна треть вновь поступающих заключенных заявляет о наличии у них вредных моделей употребления алкоголя.
 - Многие страны сообщают об изменениях в структуре употребления наркотиков (объемах и видах наркотиков) в случаях, когда предпочитаемые наркотики труднодоступны. Исследования и наблюдения работников исправительных учреждений указывают на то, что широко распространен переход к альтернативным наркотикам (например, от опиатов к марихуане) или к любым препаратам-заместителям, обладающим психотропным действием – независимо от того, насколько вредно это может быть (незаконные наркотики и/или лекарственные препараты). В силу отсутствия доступа к предпочитаемым наркотикам или по причине контроля (например, обязательные тесты на присутствие в организме наркотиков) некоторые заключенные переходят от марихуаны на героин, хотя бы и в качестве эксперимента, потому что каннабис откладывается в жировых тканях и может быть обнаружен в моче даже через 30 дней после употребления.
 - Некоторые заключенные используют исправительные учреждения как возможность «сделать перерыв», «восстановить физические силы» или прекратить употреблять наркотики в тюрьме. Этот период воздержания часто сопровождается стабилизацией общего состояния здоровья (включая набор веса). Кроме того, многие потребители наркотиков в исправительных учреждениях происходят из менее благополучных групп общества с высокой распространенностью малообразованности, безработицы, физического или сексуального насилия, разрыва взаимоотношений или психических расстройств. Многие из таких заключенных, перед тем как попасть за решетку, никогда не имели доступа к услугам здравоохранения или укрепления здоровья. Поэтому службы здравоохранения дают им возможность улучшить свое здоровье и личное благополучие.
 - Различные исследования, проведенные в Европе, показывают, что от 16 до 60% людей, употреблявших инъекционные наркотики, продолжают их употреблять в исправительных учреждениях.
 - Среди заключенных, продолжающих употребление инъекционных наркотиков, широко распространено использование общих игл и наркотиков. Хотя потребители инъекционных наркотиков реже употребляют их, находясь в исправительных учреждениях, те, кто все же продолжают употребление, чаще пользуются общими принадлежностями для инъекций и делят их с большим количеством людей. За пределами исправительных учреждений многие привыкли к легкому и анонимному доступу к стерильному оборудованию для инъекций, а в исправительных учреждениях они начинают пользоваться общими принадлежностями для инъекций по причине ограниченности доступа к таким принадлежностям. При первой документально зафиксированной вспышке ВИЧ-инфекции среди заключенных в 1993 году 43% заключенных сообщали об употреблении инъекционных наркотиков в исправительном учреждении – и все, кроме одного человека, пользовались общими принадлежностями для инъекций (Taylor & Goldberg, 1996).
 - Данные одного европейского исследования и нескольких национальных и проведенных в конкретных исправительных учреждениях обследований показывают, что от 7 до 24% заключенных, употребляющих инъекционные наркотики, заявляют, что они начали их употребление, находясь в исправительном учреждении.

- Некоторые заключенные, находясь в исправительных учреждениях, также могут открывать для себя новые вещества (лекарства или таблетки) или приобретают привычку смешивать некоторые наркотики, которые они не смешивали на свободе.
- Хотя курение героина («погоня за драконом») вместо его употребления инъекционным путем играет все более возрастающую и значительную роль по всей Европе, этот способ употребления не очень распространен в исправительных учреждениях, поскольку наркотики там очень дороги, а употребление инъекционным путем максимально усиливает действие минимальной дозы наркотика.
- Для лиц, продолжающих употреблять инъекционные наркотики и пользоваться общими принадлежностями для инъекций в исправительных учреждениях, существует высокий риск заражения инфекционными заболеваниями (особенно ВИЧ-инфекцией и гепатитом). Несколько исследований, проведенных за пределами исправительных учреждений, указывают на наличие тесной связи между предыдущим пребыванием в заключении и распространением инфекционных заболеваний. Хотя употребление инъекционных наркотиков в исправительных учреждениях имеет место реже, чем в обществе, каждый эпизод употребления намного опаснее, чем на свободе, из-за отсутствия стерильных принадлежностей, высокой распространенности пользования общими принадлежностями и наркотиками и уже широко распространенных инфекционных болезней. Исправительные учреждения являются средой повышенного риска передачи ВИЧ и других инфекций по нескольким причинам. К ним относятся:
 - непропорционально большое число заключенных, которые приходят из среды с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции и возвращаются туда же;
 - такие занятия, как употребление инъекционных наркотиков и небезопасный секс (по согласию или нет), продолжают иметь место в исправительных учреждениях, причем заключенным редко предоставляются чистые принадлежности для инъекций и презервативы;
 - во многих исправительных учреждениях широко распространено нанесение татуировок с использованием нестерильных принадлежностей;
 - эпидемии других инфекций, передающихся половым путем, таких как сифилис, в сочетании с неадекватным их лечением, ведущие к более высокому риску передачи ВИЧ через половые контакты.
- Исследованием, проведенным в 25 европейских исправительных учреждениях в 1996–1998 годах (Rotily & Weilandt, 1999), был установлен показатель общей распространенности ВИЧ-инфекции – 5,7%, причем значительно более высокие показатели отмечались в Португалии (19,7%) и Испании (12,9%). Доля заключенных, живущих с ВИЧ, во много раз выше, чем среди населения в целом (например, в Германии она выше в 25 раз). Показатели распространенности инфицирования вирусом гепатита В и вирусом гепатита С и туберкулеза среди заключенных также обычно во много раз выше, чем среди населения в целом. При сосуществовании ВИЧ-инфекции и инфекции туберкулеза ежегодный риск заболевания туберкулезом составляет от 5 до 15%, по сравнению с примерно 10% риска в течение всей жизни для тех, кто не заражен ВИЧ.
- Заключенные часто считают, что некоторые наркотики (особенно марихуана и бензодиазепины) выполняют полезную функцию, помогая облегчать жизнь в заключении. Marshall и др. (1999) установили, что многие заключенные считают марихуану, по существу, безвредной. Наряду с такими мнениями заключенные признают необходимость лечения тех, у кого имеются серьезные проблемы наркозависимости, и осознают некоторые последствия для здоровья, которые влечет за собой употребление инъекционных наркотиков. Они также высказали несколько, пожалуй, преувеличенное беспокойство по поводу проблем отмены наркотиков. В том же исследовании персонал тюрьмы разделял многие из этих точек зрения: некоторые

- сотрудники говорили о пользе наркотиков как средства облегчения страданий, а также об относительной безвредности бензодиазепинов и марихуаны. Другие были обеспокоены развитием черного рынка наркотиков. В целом персонал прекрасно осознавал, что проблема употребления наркотиков в исправительных учреждениях отражает аналогичную проблему в обществе.
- Многие потребители наркотиков в исправительных учреждениях до заключения с наркологическими службами не соприкасались, несмотря на серьезность их проблем наркозависимости.
 - После освобождения многие потребители инъекционных наркотиков продолжают эту привычку. Исследование (Turnbull et al., 1991) указывает на то, что 63% лиц, употреблявших инъекционные наркотики до заключения, возобновляют употребление в течение первых трех месяцев после освобождения. Поэтому исправительные учреждения не могут рассматриваться как кратковременное или более долгосрочное решение проблем наркозависимости отдельных лиц.

Профилактика, лечение, снижение вреда и последующий уход

В целом наркологические услуги в европейских исправительных учреждениях могут быть разделены на профилактические, консультационные услуги, лечение наркозависимости, группы самопомощи, меры по снижению вреда, программы подготовки к освобождению и программы последующего ухода.

Наркологические услуги, предоставляемые в исправительных учреждениях, значительно различаются в разных пенитенциарных системах. Несколько исследований, посвященных степени и типу вмешательств, доступных для потребителей наркотиков в исправительных учреждениях (Zurhold et al., 2005), главным образом в странах Европейского союза, показывают следующее.

- Двадцать шесть стран заявили о наличии у них определенной политики, касающейся мер вмешательства в отношении потребителей наркотиков в исправительных учреждениях.
- Большая часть мер вмешательства связана с лечением наркозависимости, ориентированным на отказ от наркотиков (в 80% исправительных учреждений в Европейском союзе), детоксикацией, профилактикой употребления наркотиков и снижением их предложения.
- В нескольких странах были созданы свободные от наркотиков отделения и лечебные сообщества в отдельных блоках исправительных учреждений (Австрия, Финляндия, Нидерланды и Швеция) в целях снижения спроса. Число свободных от наркотиков отделений быстро возрастает.
- Все более доступной становится метадоновая поддерживающая терапия.
- Меры по снижению вреда, включающие в себя программы вакцинации и распространение презервативов и дезинфицирующих веществ, доступны практически во всех исправительных учреждениях в двух третях стран Европейского союза, но полностью отсутствуют в остальной трети стран.
- Примерно в 19 странах – членах Совета Европы существует политика поддержки программ подготовки к освобождению и помощи после освобождения для осужденных, употребляющих наркотики.

Данные исследований (Turnbull & McSweeney, 2000) показывают, что успех лечения зависит от продолжительности вмешательства (чем дольше вмешательство, тем лучше результат) и его связи с дополнительными услугами, а также от оказания помощи и поддержки в период выхода на свободу и после освобождения. Причем последующий уход

все больше воспринимается как важный элемент комплексной программы лечения, предлагаемой заключенным, употребляющим наркотики.

Организация и практика здравоохранения, лечения и помощи

Борьба с употреблением наркотиков в исправительных учреждениях сложна по нескольким причинам. Употребление наркотиков незаконно. При выявлении оно приводит к серьезным последствиям для последующего пребывания в тюрьме, таким как потеря привилегий (например, отпуска домой), сегрегация, повышение частоты контроля (например, обысков в камерах) и дискриминация со стороны заключенных, не употребляющих наркотики (опасение передачи инфекционных заболеваний). В тюремно-лагерной субкультуре потребители наркотиков часто находятся на низших ступенях иерархии: на них возлагается вина за введение дополнительных надзорно-контрольных мер, которые ужесточают режим заключения.

Служба здравоохранения в исправительных учреждениях сталкивается с дилеммой в связи с лечебными ресурсами. Работникам службы здравоохранения и службы безопасности исправительных учреждений приходится иметь дело с последствиями употребления наркотиков, но причины употребления наркотиков обычно остаются для них недостижимыми. Персонал и администрация исправительных учреждений часто не имеют ресурсов для того, чтобы надлежащим образом реагировать на нарушения здоровья потребителей наркотиков, особенно если они находятся в исправительном учреждении короткое время: тюрьма – не лечебное учреждение. Однако время пребывания в заключении не должно быть «потерянным». Нужно сполна использовать все возможности, которые предоставляют исправительные учреждения в плане медико-санитарной помощи, социальной поддержки и привлечения гражданских организаций здравоохранения. В исправительных учреждениях могут быть созданы возможности для помощи потребителям наркотиков, многие из которых до этого не имели контактов с организациями, предоставляющими помощь или лечение. Так или иначе, люди добровольно или недобровольно меняют структуру потребления наркотиков, которая была у них до заключения. По причине отсутствия наркотиков они могут вообще прекратить их употребление, снизить количество или изменить способ приема из-за отсутствия стерильных шприцев.

Большинство проектов поддержки в исправительных учреждениях предназначены для того, чтобы побудить людей с наркозависимостью к воздержанию от наркотиков. Цель, заключающаяся в том, чтобы заставить заключенных начать жизнь без наркотиков во время отбывания срока и после освобождения, вероятно, нереальна, особенно потому, что наркотики относительно легко доступны в исправительных учреждениях, а прошлую жизнь заключенного, в которой наркотики часто играли доминирующую роль, невозможно просто так взять и стереть.

Учитывая тот факт, что употребление наркотиков в исправительных учреждениях является реальностью, возникает настоятельная необходимость в оказании адекватных услуг, удовлетворяющих потребности лиц с наркозависимостью. Осуществляемые меры должны уравниваться соблюдением требований безопасности и надлежащего порядка. Преследуемые цели должны быть прагматичными не только с точки зрения пенитенциарной системы, но также и с точки зрения заключенных: в основе принимаемых мер должна лежать философия снижения вреда.

К мерам, предназначенным для достижения воздержания от употребления наркотиков в исправительных учреждениях, или по крайней мере сокращения распространенности вредных моделей употребления наркотиков, относятся:

- консультирование по вопросам, связанным с наркотиками, осуществляемое персоналом исправительных учреждений или специалистами, с включением внешних наркологических услуг;
- помещение употребляющих наркотики заключенных в специализированные отделения с ориентированным на лечение подходом и персоналом, включающим специалистов разных профилей;
- организация, методика и преследуемые цели в свободных от наркотиков отделениях;
- предоставление печатных и аудио-визуальных материалов на различных языках и привлечение внешних консультативных организаций к подготовке этих материалов.

К мерам по профилактике распространения инфекционных заболеваний среди потребителей наркотиков относятся:

- общение лицом к лицу: консультации, личная помощь, помощь организаций по борьбе со СПИДом и их интеграция, обучение потребителей наркотиков более безопасному употреблению;
- раздача брошюр;
- осуществление программ вакцинации от гепатитов А и В и туберкулеза;
- обеспечение доступности презервативов;
- обеспечение доступности хлорной извести и других обеззараживающих средств;
- обеспечение доступности стерильных приспособлений для инъекций.

Часто считается, что стратегии снижения риска, применяемые вне исправительных учреждений, подрывают принимаемые в исправительных учреждениях меры по снижению доступности наркотиков. Содействие более безопасному употреблению незаконных наркотиков (например, предоставление хлорной извести и стерильных приспособлений для инъекций) и при этом их конфискация является поистине фундаментальной дилеммой. Однако исследования (Stöver & Lines, 2005) показывают, что меры по снижению вреда могут осуществляться безопасно и не подрывать мер, направленных на сокращение употребления наркотиков в исправительных учреждениях. Услуги по снижению вреда дополняют другие меры и приносят пользу заключенным, которые пока не готовы или не могут полностью отказаться от употребления наркотиков.

В странах Европы отмечаются значительные различия в постановлениях о лечении, выносимых на различных стадиях уголовного правосудия. Существуют примеры направления потребителей наркотиков после ареста или из следственного изолятора в лечебные учреждения («раннее вмешательство» в Германии и Нидерландах в рамках некоторых пилотных проектов), назначения им испытательного срока для того, чтобы они прошли лечение. Потребителей наркотиков можно заставить пройти курс лечения, а исполнение приговора откладывается до тех пор, пока курс не будет (успешно) завершен. Более того, существует несколько моделей постановлений о направлении на общественные работы. Однако в данной главе упор делается исключительно на лечение потребителей наркотиков в исправительных учреждениях.

В большинстве стран применяется модель смешанной бригады специалистов для помощи потребителям наркотиков. Сторонние специалисты привлекаются для консультаций и лечебных целей, а также для помощи собственным специалистам, которые

отвечают за лечение. Такая организационная структура укрепляет связи между исправительными учреждениями и обществом в целях обеспечения непрерывности лечения людей, поступающих в исправительные учреждения и покидающих их. Кроме того, сторонние специалисты из неправительственных организаций могут лучшим образом гарантировать конфиденциальность и легче завоевывают доверие заключенных, которые зачастую не доверяют тюремному персоналу даже в вопросах помощи.

Существует, по-видимому, единое мнение о том, что службы наркологической помощи в исправительных учреждениях должны тесно сотрудничать с соответствующими службами в обществе в целях облегчения диалога и сквозной помощи (помощи, предоставляемой преступнику с момента его поступления в исправительное учреждение вплоть до подготовки к освобождению, при которой обеспечивается плавный переход к помощи в обществе после освобождения) для лиц, которые проходят лечение от наркозависимости в исправительных учреждениях. Это можно назвать целостным подходом. Например, в Московской декларации (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003b) высказывается необходимость в тесной связи между общественным здравоохранением и предоставлением медицинской помощи лицам, находящимся в исправительных учреждениях.

Политика в отношении наркотиков в исправительных учреждениях должна предусматривать:

- проведение скрининга, консультаций и лечения на добровольной основе;
- дистанцирование от субкультуры потребления наркотиков, поскольку потребители наркотиков, для которых создается мотивация к прохождению лечения, должны иметь возможность проходить его в среде, которая позволяла бы им держаться подальше от наркотиков и их потребителей, в защищенной среде, которая для многих заключенных оказывается труднодостижимой по причине переполненности исправительных учреждений;
- сквозную помощь и последующий уход, которые являются неотъемлемыми элементами мер по снижению частоты возврата к употреблению наркотиков и повторного совершения преступлений;
- обеспечение разнообразных мер, которые предлагаются за пределами исправительных учреждений: социальные службы, отделения по лечению наркозависимости, консультации по проблемам наркотиков и услуги по лечению (включая снижение вреда);
- создание препятствий для проникновения наркотиков и их незаконного оборота в пенитенциарной системе.

Передовая практика

Модель служб консультирования, оценки, направления к специалисту, рекомендаций и сквозной помощи (CARATS, или СКОНРСП) в Англии и Уэльсе связывает в единый комплекс различные службы, которые в других европейских странах функционируют отдельно: исправительные учреждения, службы в гражданском обществе и система условно-досрочного освобождения. Услуги в соответствии с моделью СКОНРСП должны быть доступны в каждом исправительном учреждении посредством местных, кустовых или районных контактов с гражданскими организациями, работающими во взаимодействии с персоналом исправительных учреждений и системы условно-досрочного освобождения. Это является стержнем новой стратегии, поскольку СКОНРСП является фундаментом структуры услуг по лечению наркозависимости, объединяющей:

- суды и исправительные учреждения;
- различные отделы в рамках одного учреждения;

- различные учреждения при переводе заключенного;
- службу исполнения наказаний и организации в обществе.

СКОНРСП обеспечивает целый ряд легко осуществимых мер вмешательства, включая:

- первоначальную оценку при поступлении;
- контакты с системой здравоохранения в обществе при поступлении заключенного в исправительное учреждение;
- участие специалистов в подготовке докладов о личности и обстоятельствах жизни подсудимых, представляемых суду перед вынесением приговора, составлении заявлений об освобождении под залог и проведении оценок возможностей домашнего ареста;
- оценку состояния и поддержку после детоксикации;
- участие специалистов в планировании приговора;
- консультирование, направленное на решение проблем наркозависимости (на индивидуальной и групповой основе);
- поддержку и консультации по ряду вопросов, связанных с наркотиками и социальным обеспечением, а также социальным и юридическим вопросам;
- оценку для программ реабилитации в исправительных учреждениях;
- оценку для программ реабилитации после освобождения и наркологических услуг;
- подготовку к освобождению;
- связь с обществом по вопросам здравоохранения после освобождения заключенного;
- связь с общественными организациями и обращение к ним в целях обеспечения эффективного возвращения в общество.

Помимо создания СКОНРСП, было организовано два дополнительных этапа новых или более интенсивных наркологических услуг:

1. Были приняты новые программы реабилитации, включающие в себя программы профилактики возвращения к употреблению наркотиков, когнитивно-поведенческие и ориентированные на воздержание программы из 12 этапов. Эти программы умеренной интенсивности лучше всего нацеливать на заключенных, у которых в анамнезе документально отмечена наркозависимость и которые совершили преступления, связанные с наркотиками (Парламент Соединенного Королевства, 1999). Они предназначены для того, чтобы дать участникам возможность снизить или прекратить употребление наркотиков и покончить с противоправным поведением.
2. Лечебные сообщества — это программы интенсивного лечения для заключенных с тяжелой формой наркозависимости и совершивших связанные с ней преступления.

Оценка проблем наркозависимости и сопутствующих инфекционных заболеваний

Практически во всех исправительных учреждениях тюремный врач осматривает всех заключенных в течение 24 часов после поступления. Почти во всех исправительных учреждениях имеется санитарная часть, укомплектованная врачами, медсестрами и психологами. Небольшие исправительные учреждения часто пользуются услугами частных врачей по контракту. Размер бригады медико-санитарной помощи зависит от исправительных учреждений и численности заключенных. Больные с особыми потребностями в лечении направляются в тюремную больницу.

Почти в каждом европейском исправительном учреждении для каждого отдельного заключенного, включая лиц, употребляющих/ранее употреблявших наркотики, готовятся индивидуальные планы лечения на срок заключения. Этот план дол-

жен также охватывать меры, которые будут предприниматься после освобождения. В планы лечения входят шаги в направлении социальной реабилитации и укрепления здоровья для повышения личных навыков и умений людей. При необходимости сюда включаются меры по лечению, а прогресс оценивается персоналом или специальными лечебными комиссиями. Хотя считается, что оказание услуг потребителям наркотиков в достаточном объеме неизбежно требует планирования сквозного ухода, реализовать это на практике для лиц, отбывающих короткие сроки заключения, труднее, но все же необходимо.

Профилактика употребления наркотиков

Процессы, происходящие в нескольких странах, показывают, что система правосудия может играть важную роль в просвещении групп или отдельных лиц, которые потенциально подвергаются угрозе заражения ВИЧ-инфекцией или другими гемотрансмиссивными или передаваемыми половым путем инфекциями. Лиц, взятых под арест, задержанных или помещенных в заключение в полицейских участках, в следственных изоляторах или исправительных учреждениях, можно информировать, обучать и снабжать средствами защиты. Часто это становится их первым контактом с подобной помощью за всю жизнь, несмотря на то, что они уже довольно долгое время употребляют наркотики.

В большинстве стран власти практически на каждой ступени уголовного правосудия обеспечивают возможности для облегчения доступа потребителей наркотиков к лечению. Начиная с конца 80-х и начала 90-х годов, власти стали отдавать себе отчет в проблемах, с которыми сталкиваются и которые создают потребители наркотиков на всех стадиях уголовного правосудия. С того времени число вариантов консультирования и лечения возросло. На каждом этапе судебной процедуры судебная система должна задаваться вопросом, может ли лечение стать действенным и осуществимым вариантом либо в качестве альтернативы тюремному заключению или наказанию, либо во время тюремного заключения. Некоторые из этих вариантов можно назвать принуждением потребителей наркотиков к лечению путем раннего вмешательства или во время пребывания в местах лишения свободы.

В большинстве исправительных учреждений предпосылкой к изменению поведения или по крайней мере к изменению психосоциальных установок считается информация о воздействии наркотиков, мерах по снижению вреда и профилактике передачи гемотрансмиссивных вирусов. В некоторых исправительных учреждениях социальная и медико-санитарная поддержка наркозависимых преступников объединена в одну систему, при которой первый контакт с администрацией при поступлении в учреждение используется в качестве двери к мероприятиям по лечению или консультированию. Ситуация при поступлении в исправительное учреждение часто считается подходящей обстановкой для обсуждения будущих планов и ориентации на жизнь без наркотиков. В странах, где применяется принцип лечения вместо наказания, можно обсудить возможности раннего перевода в лечебные группы в гражданском обществе. Также поступление является первой возможностью для раздачи брошюр, листовок или других материалов, предназначенных для того, чтобы помочь избежать вреда здоровью и начать информационные и просветительские кампании.

В Австрии с 1998 года каждому осужденному в самом начале тюремного срока выдается комплект первой помощи, куда входят папка с информационными материалами, презервативы и брошюра, в которой рассказывается о возможных рисках.

Детоксикация

Практически во всех исправительных учреждениях в Европейском союзе предоставляются возможности для проведения детоксикации, хотя они различаются по продолжительности и по форме. Методики и подходы к детоксикации различаются в разных странах (и часто даже в регионах), особенно в странах с федеративной структурой. Во многих исправительных учреждениях все шире применяется медикаментозное лечение симптомов отмены. На смену немедленному снижению употребления наркотиков до нулевого уровня пришел более прагматичный подход: наркозависимые люди проходят медикаментозное лечение, что позволяет проводить углубленный анализ психологических причин и обстоятельств зависимости. В нескольких клиниках сокращение дозы производится постепенно, в зависимости от потребностей, способностей и ресурсов людей, чтобы преодолеть проблему наркозависимости или по крайней мере начать справляться с ней. Иногда лечение методом детоксикации также включает в себя психосоциальную поддержку, группы самопомощи, взаимную поддержку со стороны людей равного статуса или даже иглоукалывание.

Процедуры, применяемые в программах детоксикации, значительно отличаются друг от друга. В Ирландии, к примеру, предлагаются две формы детоксикации: 14-дневная программа или интенсивная программа продолжительностью 13 недель. Сюда входит группа поддержки и консультирование. После прохождения программы заключенные либо переводятся в учебный блок (свободное от наркотиков учреждение полуоткрытого типа), или временно освобождаются из заключения. В других частях Европы существуют постдетоксикационные центры, например, в королевской тюрьме Холлоуэй в Англии. Это сообщество, где заключенные и персонал вместе стараются создать благоприятную и конфиденциальную среду, в которой заключенные могут всесторонне обдумывать связанные с наркотиками и алкоголем проблемы во время заключения. Оно предназначено для того, чтобы помочь заключенным освободиться от наркотиков и удержаться от их дальнейшего употребления как в исправительном учреждении, так и после освобождения. Заключенные могут находиться в центре до трех недель. Темы групповой работы включают:

- осведомленность о наркотиках и алкоголе;
- минимизацию вреда;
- сексуальное здоровье;
- танцевальные движения;
- арт-терапию;
- иглоукалывание;
- группы поддержки из людей равного статуса;
- оценку СКОНРСП;
- сон и релаксацию;
- борьбу со стрессом;
- социальные навыки;
- постановку целей;
- навыки общения и взаимоотношений.

Приказ № 3550 по Тюремной службе (HM Prison Service for England and Wales, 2000) содержит четкие указания по ведению на доказательной основе эффективной детоксикации всех заключенных, злоупотребляющих опиатами. Одним из главных его положений является то, что в каждом исправительном учреждении должна иметься служба детоксикации для лиц, злоупотребляющих опиатами, созданная при содействии консультантов из местного отделения Национальной службы здравоохранения, в работе

которой используются методические указания на доказательной основе, соответствующие методическим указаниям, которые разработаны для гражданских служб.

Передовая практика

В «Перечень обязательных поручений» в приказе № 3550 по Тюремной службе (HM Prison Service for England and Wales, 2000) входят:

- оценка состояния, в том числе оценка признаков и симптомов, доказательств отмены опиатов и показаний для проведения оценки психического здоровья;
- подтверждение информации, полученной от врача общей практики, местной наркологической службы или фармацевта;
- проведение анализов мочи;
- внесение результатов анализов мочи в медицинскую книжку заключенного;
- важность понимания заключенными необходимости предоставления верной информации и потенциальной опасности для жизни одновременного употребления незаконных наркотиков во время детоксикации;
- инструкции по детоксикации для одного или всех из ниже перечисленных препаратов: метадона, лофексидина или дигидрокодеина;
- наблюдение силами подготовленного и опытного персонала, особенно в первые 72 часа лечения, данные которого регистрируются в документации, хранимой вместе с картой назначений или медицинской книжкой заключенного, что позволяет фиксировать данные регулярных наблюдений.

Если детоксикация не может быть проведена исключительно в медицинских центрах, должен иметься протокол для обмена информацией с персоналом блока при условии получения сознательного согласия заключенных:

- подготовка персонала;
- доступность и наличие инструкций по применению налоксона в случае передозировки опиатов;
- требования к переводу в больницу в случае передозировки;
- инструкции по ведению лиц, которые не проявляют симптомов отмены;
- направление в систему СКОНРСП.

Программы обучения, которые через регулярные промежутки времени проходит персонал медико-санитарных частей исправительных учреждений, должны давать необходимые знания о новейших стандартах лечения синдрома отмены при опиатной зависимости или зависимости более чем от одного препарата и лечения методами детоксикации лиц с алкогольной, бензодиазепиновой и барбитуратной зависимостью. Желательно обращаться за консультациями к врачам со стороны, которые специализируются на медикаментозном лечении синдрома отмены.

Услуги по консультированию и поддержке заключенных, проходящих лечение синдрома отмены в исправительных учреждениях, не могут быть эффективны без содействия внешних наркологических служб. Часто персонал медсанчасти исправительных учреждений не имеет четкого представления о ходе лечения и должным образом не фиксирует данные. Это относится к исследованиям на инфекционные заболевания, а также исследованиям на другие типичные побочные эффекты употребления опиатов, такие как туберкулез.

Блоки, свободные от наркотиков

Свободные от наркотиков блоки или блоки лечения по договору позволяют заключенным держаться подальше от наркотиков и тех, кто их употребляет в исправительных учреждениях, и жить в таком месте, где можно работать над решением проблем, связанных с наркозависимостью. В этих блоках упор делается на жизнь без наркотиков. Заключенные находятся в этих блоках добровольно. Они обязуются (иногда в форме договора) воздерживаться от употребления наркотиков, не приносить никаких наркотиков и соглашаться на регулярные медицинские проверки, часто связанные с анализами на присутствие в организме наркотиков. Заключенные в этих блоках иногда пользуются льготным режимом, например, получают дополнительные отпуска, могут учиться или работать за пределами исправительного учреждения, получают право на дополнительные прогулки и более частые встречи с семьей.

Свободные от наркотиков блоки (часто их называют зонами, свободными от наркотиков, как, например, Justizanstalt Hirtenberg в Австрии) не обязательно предусматривают элемент лечения. Они предназначены для того, чтобы создавать свободную от наркотиков среду для всех, кто хочет держаться подальше от заключенных, употребляющих наркотики.

Свободные от наркотиков блоки появились в начале 90-х годов, в некоторых странах – в конце 90-х годов. В нескольких странах количество мест в свободных от наркотиков блоках стремительно растет.

Блоки лечения по договору и блоки, свободные от наркотиков

Цель пребывания в блоке лечения по договору заключается в том, чтобы заключенный не употреблял наркотики или по крайней мере чтобы у него была мотивация к продолжению лечения после освобождения. Там предпринимаются попытки создать у заключенного мотивацию к укреплению здоровья и личностных характеристик, к участию в регулярном труде и к поддержанию и укреплению своих социальных связей.

Перед помещением в блок заключенные должны посредством подписания договора заявить о своем желании прекратить употреблять наркотики в течение срока пребывания, регулярно сдавать анализы мочи на предмет отсутствия наркотиков и активно и позитивно участвовать в жизни блока.

В блоке предлагается поддержка в форме тесных контактов с персоналом и, возможно, ослабление тюремного режима в лечебных целях при условии, что заключенный будет воздерживаться от употребления наркотиков на протяжении срока заключения. Работа блоков лечения по договору строится на групповой терапии и осознании поведения. Принципы лечения в блоках лечения по договору отражают основную концепцию, в соответствии с которой заключенных можно поддержать в их решении прекратить употребление наркотиков, предложив им тесный личный контакт и общение со специалистами по наркозависимости. Таким образом, в этих блоках за каждым заключенным в соответствии с расписанием лиц для поддержания контактов закрепляется сотрудник. Это лицо для поддержания контактов отвечает за план лечения заключенного и за решение общих вопросов, связанных с ним. Кроме того, лечение включает в себя встречи с кураторами – людьми со стороны, имеющими теоретическую и практическую подготовку терапевта. Лицо для поддержания контактов, куратор и заключенный проводят регулярные встречи – трехсторонние беседы – для анализа прогресса заключенного и рассмотрения курса дальнейшего лечения. Еще одним элементом лечения является групповая динамика. Сюда входит создание у заключенных мотивации к

взаимной поддержке в повседневной жизни в блоке. Групповая динамика обеспечивается путем создания хорошего физического окружения и открытой среды в блоках и путем участия персонала и самих заключенных в серии мероприятий в блоке и вне его. Наконец, в блоках применяется концепция учения «методом последствий», что означает, что заключенный, который уличен в употреблении наркотиков или нарушении принципов блока, исключается из него.

Планы лечения строятся с учетом потребностей человека в нем. В них ставятся задачи на период пребывания заключенных в блоке и принимаются решения о каком-либо дальнейшем лечении за его пределами.

Лечение, ориентированное на воздержание, и лечебные сообщества в исправительных учреждениях

Ориентированное на воздержание лечение заключенных осуществляется главным образом в специально создаваемых условиях (лечебных сообществах). В большинстве стран Совета Европы имеются программы, ориентированные на воздержание. Лечебные сообщества представляют собой программы интенсивного лечения для заключенных, имеющих в анамнезе тяжелую форму наркозависимости и совершивших связанные с ней преступления, которым осталось отбывать срок не менее 12–15 месяцев.

Лечебные сообщества являются свободной от наркотиков средой, в которой применяется интенсивное лечение, требующее круглосуточного стационарного ухода и комплексных услуг по реабилитации. Для завершения программы требуется от 3 до 12 месяцев. В целом модели лечения в лечебном сообществе предназначены для лечения средой, способствующего выработке положительных социальных ценностей, установок и поведения за счет положительного взаимного влияния людей равного статуса. Хотя каждое лечебное сообщество отличается от других по оказываемым услугам, большинство программ основаны на комбинации поведенческих моделей с традиционными групповыми методами конфронтации. Будучи программами высокой интенсивности, часто содержащими несколько этапов, лечебные сообщества организуются в отдельных блоках исправительных учреждений. Многие лечебные сообщества в исправительных учреждениях обеспечивают непрерывность помощи за счет оказания последующего ухода на базе местного сообщества, который тесно связан с конкретным лечебным сообществом и является частью исправительной системы.

Для изучения эффективности лечебных сообществ не было проведено практически никаких исследований. Проходившие оценку программы осуществлялись главным образом на местном уровне или на уровне исправительного учреждения и не являются репрезентативными для соответствующей страны.

Заместительная терапия

В течение последних 20 лет заместительная терапия стала широко признанным и применяемым вариантом лечения потребителей наркотиков. В настоящее время в Европе в этих программах участвуют около 550 тысяч человек. Заместительная терапия имеет давнюю и неоднозначную историю. В Западной Европе первые программы метадонowego лечения были созданы в конце 60-х годов в Дании, Нидерландах, Швеции и Соединенном Королевстве; в 70-х годах – в Финляндии, Италии, Люксембурге и Португалии; в 80-х – в Австрии и Испании, а в 90-х – в Бельгии, Франции, Германии, Греции и Ирландии. Существуют различные виды программ заместительной терапии, от программ с низким порогом в одних странах до программ с высоким порогом в других.

Уже в 1993 году в Методических указаниях по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях (ВОЗ, 1993) говорилось: «Заключенные, проходившие метадонное лечение до попадания в тюрьму, должны иметь возможность продолжить это лечение в исправительном учреждении. В странах, где метадонное лечение доступно для лиц с опиатной зависимостью в обществе, это лечение также должно быть доступно в исправительных учреждениях».

Цели метадоновой или другой заместительной терапии в местах лишения свободы заключаются в том, чтобы помочь:

- снизить потребность в опиатах (тягу к ним) в исправительном учреждении;
- снизить риск передачи инфекционных заболеваний (ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С);
- облегчить контакт со службой здравоохранения и создать возможность для лечения других болезней;
- сократить частоту рецидивов;
- стабилизировать потребителей наркотиков в психическом и социальном отношении для того, чтобы повысить их заинтересованность в участии в дальнейших программах поддержки;
- создать основу для работы, получения образования и обучения.

Все больше и больше стран предоставляют заместительную терапию в исправительных учреждениях (Stöver et al., 2004). Научными исследованиями (Dolan et al., 2005) доказано, что это сокращает частоту употребления инъекционных наркотиков среди заключенных и значительно снижает частоту заболевания гепатитом С. Кроме того, было доказано, что осуществление заместительной терапии в исправительных учреждениях способствует значительному сокращению серьезных преступлений, связанных с наркотиками, и поведения, связанного с субкультурой наркотиков. Преступники, проходящие заместительную терапию, обычно меньше и реже повторно попадают в места лишения свободы, чем лица, не прошедшие такого лечения. Наконец, факты (Stallwitz & Stöver, находится в печати) указывают на то, что заместительная терапия, продолжающаяся в исправительных учреждениях, содействует переводу заключенных в учреждения для лечения наркозависимости после освобождения.

Однако для того чтобы реализуемые в исправительных учреждениях программы метадонового лечения были эффективны, в течение всего срока заключения необходимо давать достаточно высокую дозу метадона (более 60 мг).

Как исследования субъективных ощущений заключенных, участвующих в программах заместительной терапии, так и исследования организационных аспектов этих программ выявляют различия в практике и стратегиях их назначения в исправительных учреждениях. Короткие курсы метадоновой детоксикации часто называют недостаточными и неадекватными, и заключенные выражали свою неудовлетворенность подобной процедурой. Научные факты (Stöver et al., 2004) неопровержимо указывают на необходимость продолжения заместительной терапии, начатой на свободе; может быть рассмотрен вариант адаптации дозировки к строго контролируемой ситуации употребления в условиях исправительного учреждения.

Поразительно также несоответствие между назначением метадона в исправительных учреждениях и в обществе. Перерыв в лечении, вызванный помещением в исправительное учреждение, может привести к физическим и психическим проблемам, к росту употребления инъекционных наркотиков и использования общих принадлежностей для инъекций в исправительных учреждениях, а также к увеличению

риска смертельной передозировки после освобождения. В работе Singleton et al. (2003) указывается, что в первую неделю после освобождения у заключенных вероятность погибнуть в 40 раз выше, чем у населения в целом. В исправительных учреждениях рекомендуется осуществлять метадонное лечение для всех лиц с долгосрочной опиатной зависимостью. Для того чтобы выполнить требование о том, что в исправительных учреждениях людям должен быть предоставлен доступ к такому же лечению, как и за их пределами, следует дать возможность получения метадонной терапии во время отбывания срока следующим группам заключенных:

- лицам, которые уже начали метадонную терапию перед тюремным заключением;
- лицам, подающим заявление об участии в метадонной терапии после попадания в тюрьму и в период отбывания срока, которые соответствуют требованиям для такого лечения.

Дополнительную информацию см. в главе 10.

Консультации и взаимная поддержка со стороны людей равного статуса

Взаимное обучение и взаимную поддержку со стороны людей равного статуса можно определить как процесс, в ходе которого специально подготовленные люди ведут неформальную и организованную учебную деятельность с индивидуальными обучаемыми или маленькими группами людей равного с ними статуса (людей, принадлежащих к одной социальной группе, например, ровесников или заключенных). Общая цель обучения людьми равного статуса заключается в содействии улучшению здоровья и снижению риска передачи ВИЧ-инфекции или других гемотрансмиссивных заболеваний; при этом целевым контингентом являются отдельные лица и группы лиц, которые не могут быть реально охвачены существующими службами.

Как явствует из имеющихся данных и литературы по программам, основанным на вовлечении местных сообществ, учебные программы в исправительных учреждениях – как и в гражданском обществе – более эффективны, если они разрабатываются и осуществляются людьми равного статуса. Grinstead et al. (1999) отмечает:

«Когда целевая аудитория имеет выраженные культурные, географические или языковые отличия, эффективным методом вмешательства будет обучение людьми равного статуса. Обучающие-заключенные – люди равного статуса – скорее будут обладать специфическими знаниями о рискованном поведении как в исправительных учреждениях, так и за их пределами. Обучающие равного статуса, живущие с ВИЧ, также могут идеально подходить для повышения осознания личного риска и утверждения принятых в сообществе норм более безопасной практики секса и потребления инъекционных наркотиков. Обучение людьми равного статуса также дает дополнительное преимущество в части соотношения затрат и эффективности и, следовательно, является устойчивым в долгосрочной перспективе. Обучающие-заключенные всегда на месте и могут оказывать услуги, так как они живут бок о бок с другими заключенными, которые являются целью их обучающей деятельности».

Обучающие равного статуса могут играть жизненно важную роль в обучении других заключенных, поскольку большинство форм поведения, которые ставят заключенных под угрозу заражения ВИЧ-инфекцией в исправительных учреждениях, связаны с незаконными действиями (употребление инъекционных наркотиков) или запрещенными действиями (однополые половые контакты и татуировка) и действиями, несущими на себе клеймо позора (однополые половые контакты). Поэтому люди равного статуса могут быть единственными людьми, которые могут откровенно говорить с другими заключенными о путях снижения риска заражения инфекциями. Также слово людей

равного статуса в процессе обучения не будут встречено с такой же подозрительностью, что и информация, поступающая из уст тюремной иерархии. Обучающие равного статуса скорее смогут реалистично обсудить альтернативы рискованному поведению, которые доступны заключенным, а также могут лучше судить о том, какие стратегии обучения будут давать эффект в условиях их исправительного учреждения и существующей в нем неформальной властной иерархии среди заключенных. Наконец, обучение, осуществляемое людьми равного статуса, зарекомендовало себя как полезное для самих обучающихся: лица, выступающие в роли обучающихся равного статуса, говорят о значительном повышении своей самооценки (Van Meter, 1996).

Однако, как и в случае с другими образовательными программами, профилактическое обучение среди людей равного статуса затруднено, когда у заключенных нет возможностей на деле реализовать те изменения, которые приведут к выбору более здоровых вариантов поведения. Группы взаимной поддержки людей равного статуса должны получать достаточное финансирование и пользоваться поддержкой персонала и администрации исправительных учреждений, а также доверием равных себе людей, что может быть затруднительно в случаях, когда обучающие из числа заключенных назначаются тюремной администрацией, потому что им доверяет администрация, а не потому, что им доверяют сами заключенные (Wykes, 1997).

Передовая практика

Помимо обучения людьми равного статуса, проводимого самими заключенными для таких же заключенных, вести пропаганду здоровья могут сторонние организации, осуществляющие мероприятия по широкому охвату аудитории (среди потребителей инъекционных наркотиков). Организация «Мейнлайн» (Mainline), занимающаяся укреплением здоровья и профилактикой заболеваний в Нидерландах, поддерживает контакты с потребителями наркотиков в исправительных учреждениях путем ведения консультаций с низким порогом. При индивидуальных встречах с заключенными обсуждаются вопросы здоровья, рискованное поведение и риски, связанные с употреблением наркотиков. Важной особенностью является то, что, будучи сторонней организацией, «Мейнлайн» не зависит от пенитенциарной системы и пользуется доверием заключенных. Оценка эффективности ее деятельности показала высокий уровень положительного восприятия среди заключенных, персонала и администрации исправительных учреждений; ее работа содействует поддержанию контактов после освобождения; она воспринимается как ценное дополнение в структуре социальной поддержки потребителей наркотиков и эффективна с точки зрения затрат и достигаемых результатов.

Программы снижения вреда

В Докладе о состоянии дел по вопросу «Исправительные учреждения, наркотики и снижение вреда» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005) меры по снижению вреда в исправительных учреждениях определяются следующим образом: «В системе здравоохранения в исправительных учреждениях под снижением вреда понимается концепция, направленная на предупреждение или снижение негативных последствий для здоровья, связанных с определенными типами поведения (например, с употреблением инъекционных наркотиков) и с тюремным заключением и переполненностью, а также негативных последствий для психического здоровья».

Стратегией снижения вреда признается, что многие потребители наркотиков не могут полностью отказаться от их употребления за короткое время. Поэтому она направлена на то, чтобы помочь им снизить потенциальный вред от употребления наркотиков, в том числе посредством оказания им помощи в прекращении или

снижении частоты использования общих принадлежностей для инъекций, чтобы предупредить передачу ВИЧ, которая во многом представляет собой еще больший вред, чем употребление наркотиков. Более того, в определении, принятом ВОЗ, признается, что тюремное заключение может оказывать негативное воздействие на здоровье. Сюда входят воздействие на психическое здоровье, риск самоубийства и членовредительства, необходимость снижения риска передозировки наркотиков после освобождения и вреда, связанного с ненадлежащими условиями содержания под стражей людей, нуждающихся в условиях, которые недоступны в исправительных учреждениях вообще или в переполненных исправительных учреждениях.

Как видно из вышесказанного, многие заключенные продолжают употреблять наркотики в исправительных учреждениях, а некоторые начинают их употреблять там. Несмотря на зачастую масштабные меры по снижению доступности наркотиков, реальность заключается в том, что наркотики могут попадать и попадают в исправительные учреждения.

В исправительных учреждениях, как и в обществе, в течение последних 15 лет во всей Европе успешно осуществляются меры по снижению вреда в качестве дополнительной стратегии к существующим программам борьбы с наркотиками. Снижение вреда не отменяет необходимости в других вмешательствах, а дополняет их, и оно должно восприниматься как дополнительный компонент более широких стратегий укрепления здоровья.

Политика в отношении наркотиков как в исправительных учреждениях, так и за их пределами должна руководствоваться следующими целями:

- обеспечение выживания;
- обеспечение выживания без нанесения необратимого вреда;
- стабилизация физического состояния и социального положения наркозависимого человека;
- поддержка наркозависимых людей в их попытке начать жизнь без наркотиков.

Ниже описываются некоторые наиболее важные меры.

Предоставление дезинфицирующих средств

Обеспечение заключенных хлорной известью или другими дезинфицирующими средствами является важным способом снижения риска передачи ВИЧ посредством использования общих принадлежностей для инъекций, особенно если нет в наличии стерильных принадлежностей. Во многих пенитенциарных системах были приняты программы предоставления заключенным, употребляющим инъекционные наркотики, дезинфицирующих средств, а также инструкций по дезинфекции принадлежностей для инъекций перед использованием. Оценки эффективности таких программ (Служба исправительных учреждений Канады, 1999; Dolan et al., 1994, 1999; ВОЗ, 2004) показали, что выдача хлорной извести в исправительных учреждениях вполне осуществима и не подрывает безопасности.

Однако исследования, проведенные в обществе, вызвали сомнения в отношении эффективности использования хлорной извести для обеззараживания принадлежностей для инъекций. В настоящее время дезинфекция как средство профилактики ВИЧ рассматривается только как стратегия, стоящая на втором месте после программ обмена шприцев (Центры США по борьбе с заболеваниями и их профилактике, 1993). Инструкции по обеззараживанию требуют вымачивания принадлежностей для инъекций в свежей неразбавленной хлорной извести (5% гипохлорита натрия) не менее 30 секунд.

Еще больше времени требуется для обеззараживания при использовании разбавленной хлорной извести. Более того, в обзоре эффективности использования хлорной извести для профилактики инфекции гепатита С (Karadia et al., 2002) был сделан вывод о том, что «хотя частичную эффективность исключать нельзя, опубликованные данные недвусмысленно указывают на то, что дезинфекция с использованием хлорной извести имеет ограниченную эффективность в профилактике передачи [вируса гепатита С] среди потребителей инъекционных наркотиков».

В исправительных учреждениях эффективность использования хлорной извести как обеззараживающего средства может быть еще ниже. Для этого есть по крайней мере три причины (Small et al., 2005; Taylor & Goldberg, 1996).

- Бывает, что принадлежности для инъекций, имеющиеся в исправительных учреждениях и часто представляющие собой любые предметы, которые можно приспособить для прокалывания кожи, сложнее полноценно дезинфицировать хлорной известью, чем шприцы, используемые вне исправительных учреждений (и которые фигурировали в исследовании).
- Даже если в некоторых местах в исправительных учреждениях может иметься хлорная известь, у заключенных могут возникать проблемы с ее получением.
- Обеззараживание занимает время, а заключенные вряд ли станут заниматься чем-либо таким, что повысит риск привлечения внимания персонала исправительного учреждения к употреблению ими наркотиков.

Поэтому программы использования в исправительных учреждениях хлорной извести должны реализовываться только в качестве временных мер при наличии непреодолимого противодействия программам предоставления игл и шприцев или в качестве дополнения к таким программам (ВОЗ, 2004).

В случаях реализации программ предоставления хлорной извести необходимо обеспечить легкий и неограниченный доступ заключенных к неразбавленной хозяйственной хлорной извести в различных местах в исправительных учреждениях, а также предоставлять информацию и учить, как обеззараживать приспособления для инъекций, и давать информацию об ограниченной эффективности извести в качестве дезинфицирующего средства для инактивации ВИЧ и особенно вируса гепатита С.

Программы обмена игл и шприцев

В обществе широко распространены программы обмена игл и шприцев, которые оказались наиболее эффективным из имеющихся средств для снижения распространения ВИЧ через общее пользование загрязненными принадлежностями для инъекций. Несмотря на это, в исправительных учреждениях такие программы осуществляются редко. Однако такие программы успешно внедрены во все большем числе исправительных учреждений в таких странах, как Беларусь, Германия, Кыргызстан, Люксембург, Республика Молдова, Испания и Швейцария.

Оценка эффективности существующих программ (Lines et al., 2006; Stöver & Nelles, 2004; ВОЗ, 2004) показала, что они:

- не создают угрозы безопасности персонала или заключенных, а, наоборот, делают исправительные учреждения более безопасным местом для жизни и работы;
- не влекут за собой роста употребления или инъекционного употребления наркотиков;

- сокращают число случаев рискованного поведения и передачи болезней, включая ВИЧ и вирус гепатита С;
- приводят к другим положительным исходам для здоровья заключенных, включая резкое сокращение случаев передозировки, регистрируемых в некоторых исправительных учреждениях, и повышение числа случаев направления в программы лечения наркозависимости;
- оказались эффективными в целом ряде исправительных учреждений;
- успешно используют различные методы раздачи игл для удовлетворения потребностей персонала и заключенных в ряде исправительных учреждений;
- успешно сосуществуют в исправительных учреждениях с другими программами профилактики и лечения наркозависимости.

В тех случаях, когда у администрации исправительных учреждений есть данные о том, что имеет место употребление инъекционных наркотиков, она должна вводить программы раздачи игл и шприцев независимо от распространенности в тот момент ВИЧ-инфекции.

Еще в 1993 году в Методических указаниях по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях (ВОЗ, 1993) было рекомендовано в «странах, где потребителям наркотиков в обществе предоставляются чистые шприцы и иглы, рассмотреть вопрос о возможности предоставления чистых принадлежностей для инъекций во время содержания под стражей и при освобождении». ЮНЭЙДС и многие другие национальные и международные организации высказывали такую же рекомендацию. В «Международных методических указаниях по ВИЧ/СПИДу и правам человека» (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и ЮНЭЙДС, 2006) также особо указывается, что администрация исправительных учреждений должна предоставлять заключенным средства для предупреждения передачи ВИЧ, включая «чистые принадлежности для инъекций».

Передовая практика

В 1998–1999 годах в двух исправительных учреждениях Испании в качестве экспериментального исследования были начаты программы обмена игл и шприцев. После появления положительных результатов к проекту добровольно подключились еще девять исправительных учреждений. Оценка эффективности показала следующее:

- осуществление программ в исправительных учреждениях реально и может быть адаптировано к условиям исправительного учреждения;
- программы обмена игл и шприцев в исправительных учреждениях приводят к изменениям в поведении заключенных, которые начинают употреблять инъекционные наркотики менее рискованным способом;
- программы обмена игл и шприцев в исправительных учреждениях помогают убедить заключенных начать лечение от наркозависимости;
- реализация программ обмена игл и шприцев в целом не ведет к росту употребления героина или кокаина.

В 2001 году администрация исправительных учреждений выпустила директиву, в соответствии с которой все исправительные учреждения должны осуществлять программы обмена игл и шприцев в рамках тюремного режима. К 2005 году такие программы существовали в 33 исправительных учреждениях Испании.

В Кыргызстане экспериментальный проект по обмену игл и шприцев был начат в одном из исправительных учреждений в октябре 2002 года. Администрация решила

предоставлять принадлежности для инъекций в местах, где заключенных не могли видеть охранники, а именно в санчасти. В рамках проекта также осуществлялся вторичный обмен, а заключенные привлекались в качестве добровольцев, имеющих равный статус. Координаторы проекта выяснили, что нужны оба варианта выдачи принадлежностей для инъекций. В начале 2003 года был издан приказ, утверждающий предоставление стерильных игл и шприцев во всех исправительных учреждениях Кыргызстана, и к апрелю 2004 года они выдавались в 11 исправительных учреждениях. Во всех учреждениях иглы и шприцы раздаются с помощью заключенных, обученных работе непосредственно с людьми в качестве лиц равного статуса, работающих вместе с санитарной частью. В апреле 2004 года доступ к программе обмена игл и шприцев имели около 1000 потребителей наркотиков. Потребителям наркотиков выдается по одному шприцу и три игольных наконечника к нему. Это позволяет заключенным, употребляющим инъекционные наркотики, делать больше инъекций (до трех раз в день) без потребности в повторном использовании шприца. Это также снижает стоимость программы, так как наконечники обходятся дешевле, чем иглы в сборе.

Перенос стратегий снижения вреда в условия исправительных учреждений

Несмотря на факты, свидетельствующие о том, что в исправительных учреждениях можно успешно осуществлять меры по снижению вреда, которые имеют положительные результаты для заключенных, персонала и, в конечном счете, для общества в целом, многие по-прежнему опасаются, что внедрение мер по снижению вреда даст «неправильный сигнал» и запрещенные наркотики станут более приемлемыми в обществе. Многие заключенные находятся в исправительном учреждении за преступления, связанные с наркотиками, или преступления, в которых фигурируют наркотики. Предотвращение использования ими наркотиков является важной частью их возвращения в общество. Некоторые утверждали, что признание того, что потребление наркотиков в исправительных учреждениях является реальностью, будет равносильно признанию промахов персонала и администрации исправительных учреждений. Другие считают, что предоставление игл и шприцев будет означать попустительство поведению, запрещенному в исправительных учреждениях. Однако поскольку ВИЧ-инфекция представляет собой серьезную угрозу для исправительных учреждений и общества, меры по снижению вреда должны быть приняты, чтобы обеспечить охрану общественного здоровья.

Предоставление заключенным средств, необходимых для защиты их от передачи ВИЧ и вируса гепатита С, не означает попустительства потреблению наркотиков в исправительных учреждениях. Выдача игл и шприцев не идет вразрез с задачей по снижению употребления наркотиков в исправительных учреждениях. Выдача потребителям наркотиков игл и шприцев не увеличила употребление наркотиков, но сократила число потребителей инъекционных наркотиков, заражающихся ВИЧ и другими инфекциями.

Отказ предоставлять заключенным иглы и шприцы, зная о том, что в исправительных учреждениях широко распространены действия, которые могут передавать ВИЧ и вирус гепатита С, можно рассматривать как попустительство распространению ВИЧ и вируса гепатита С среди заключенных и в обществе в целом.

Еще в 1993 году ВОЗ (1993) рекомендовала ряд эффективных мер по профилактике заражения ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях. К ним относятся:

- меры по снижению количества потребителей инъекционных наркотиков в исправительных учреждениях;

- меры по предотвращению употребления наркотиков;
- информация о рисках, связанных с инъекционными формами употребления наркотиков;
- информация о рисках, связанных с использованием общих игл;
- демонстрация средств дезинфекции и предоставление этих средств, а также средств для гигиеничного употребления наркотиков (спиртовых тампонов и т.д.);
- предоставление стерильных шприцев.

Привлечение местных служб

В прошлом десятилетии сложились и получили существенное распространение подходы, в соответствии с которыми людей не направляют в исправительные учреждения, а предоставляют им альтернативы лечения, а также целый ряд услуг в исправительных учреждениях. В некоторых странах посредством введения специального законодательства были сделаны попытки укрепить связи между системой уголовного правосудия и службами здравоохранения в целях снижения числа потребителей наркотиков, попадающих в исправительные учреждения. Несмотря на это, число наркозависимых заключенных продолжало расти. Так как потребители наркотиков часто отбывают короткие сроки заключения, они возвращаются в свою среду, и многие из них возвращаются к своим привычкам употреблять наркотики. Необходимо продолжать оказывать поддержку для закрепления успехов, которые могли быть достигнуты в заключении. Это указывает на то, что органы уголовного правосудия должны в большей степени сотрудничать с наркологическими службами.

Блоки подготовки к освобождению

Подготовка заключенных к освобождению должна начинаться с момента начала отбывания наказания в рамках процесса планирования заключения. В подготовке заключенных к освобождению должен участвовать весь персонал. Особенно важно правильное планирование освобождения для заключенных, употребляющих наркотики. Риски возвращения к наркотикам и передозировки чрезвычайно высоки. К мерам, предпринимаемым в исправительных учреждениях для подготовки заключенных, употребляющих наркотики, к освобождению, относятся:

- осуществление мер по достижению и поддержанию жизни без наркотиков после освобождения;
- предоставление отпусков домой и условного освобождения, интегрированных в процесс лечения;
- сотрудничество с внешними наркологическими службами или врачами при планировании освобождения заключенного;
- привлечение на стадии освобождения групп самопомощи;
- принятие действенных мер в исправительных учреждениях для предотвращения гибели заключенных от передозировки наркотиков вскоре после освобождения.

Для исправительных учреждений трудность содействия успешному возвращению в общество заключается не только в лечении проблемы наркозависимости, но и в решении других проблем, включая возможность трудоустройства, недостаточное образование и сохранение семейных связей.

Предоставление информации о снижении вреда необходимо для того, чтобы снизить риск возвращения к употреблению героина или сразу нескольких наркотиков после выхода из тюрьмы. Лишь в немногих исправительных учреждениях открыто и с видом на упреждающие действия говорят о возвращении к наркотикам. В тюрьме в

Антверпене заключенным выдается брошюра для выходящих на свободу. В ней делается особый упор на практическую информацию, проблемы здоровья и риска (такого, как передозировка) после освобождения.

Многие исправительные учреждения предпринимают меры по сокращению числа случаев возвращения к наркотикам и содействию социальной реинтеграции. Поэтому иногда принимаются протоколы сотрудничества с центрами лечения наркозависимости, принадлежащими национальной и местной системам здравоохранения. В Португалии, например, некоторые проекты сосредоточены на подготовке к освобождению и на идее о том, что возвращение к нормальной жизни означает получение работы. Также создаются группы лиц равного статуса для поддержки наркозависимых, прошедших лечение, и предотвращения их возвращения к наркотикам.

Последующая помощь

Несколько исследований (Zurhold et al., 2005) показывают, что для закрепления успеха, достигнутого в ходе лечения в исправительном учреждении, заключенным, употребляющим наркотики, необходима эффективная последующая помощь. Тем не менее нередко им бывает трудно добиться оценки их состояния и оплатить лечение после освобождения в системе гражданской медико-санитарной помощи.

Из обследования программ последующей помощи для заключенных, употребляющих наркотики, проведенного в нескольких европейских странах (Fox, 2000), были сделаны следующие выводы.

- Последующая помощь для заключенных, употребляющих наркотики, значительно снижает рецидивизм, показатели возвращения к наркотикам и таким образом спасает жизни.
- Для эффективной последующей помощи необходимо межведомственное сотрудничество. Исправительные учреждения, службы условно-досрочного освобождения, наркологические службы и службы здравоохранения, занятости и социального обеспечения должны вместе ставить на первое место удовлетворение разнообразных потребностей правонарушителей, употребляющих наркотики.
- Работники наркологических служб должны иметь доступ к заключенным во время их пребывания в заключении для привлечения их к участию в лечении и планировании освобождения.
- Заключенные, отбывающие короткие сроки, находятся в наихудшем положении с точки зрения получения последующей помощи и чаще других повторно совершают преступления. Эти заключенные должны по ускоренной процедуре направляться на планирование освобождения, должно поощряться их участие в лечении.
- Бывшие преступники должны иметь право выбора последующей помощи. «Универсальных» методов в лечении наркозависимости не бывает.
- Последующая помощь, включаемая в последнюю стадию отбывания наказания, повышает мотивацию и желание к сотрудничеству.
- При оказании последующей помощи необходимо параллельно с программами лечения решать вопросы жилья и трудоустройства. Безработные и бездомные бывшие преступники чаще всего возвращаются к наркотикам и совершают повторные преступления.

Работа с семьями и поддержание связей с семьей

В 1995 году Европейский комитет по здравоохранению (учрежденный в 1954 году Комитетом министров Совета Европы) постановил:

«Одним из неизбежных последствий тюремного заключения является временное ослабление социальных контактов. Хотя семейные связи и не обрываются полностью в том смысле, что в большинстве случаев разрешаются свидания по крайней мере на один час раз в неделю, все же лишение свободы сильно подрывает семейные отношения заключенных. Значительное число жен, мужей и детей заключенных сами чувствуют себя несущими наказание в такой же степени, как и их находящиеся в тюрьме супруги и родители. Кроме того, что еще хуже, во многих случаях брак бывает обречен на неудачу или разрушение».

Социальные контакты, как правило, также страдают и после тюремного заключения (как его следствие). В некоторых странах, таких как Дания и Швейцария, заключенным дается возможность встречаться со своими партнерами без контроля со стороны надзирателей. В Швеции этот контроль весьма либеральный. Во многих странах работа с семьями заключенных является одним из центральных элементов реабилитации и социальной реинтеграции. В некоторых странах (например, в Шотландии) существуют специальные сотрудники по развитию семейных контактов, которые помогают семьям поддерживать или устанавливать контакты с родственниками-заключенными, помогают решать проблемы родственников с наркотиками, информируют семьи о проблемах наркотиков в исправительном учреждении и за его пределами и содействуют более частым свиданиям.

Сквозная помощь

Стратегия Королевской службы исправительных учреждений Англии и Уэльса (Парламент Соединенного Королевства, 1999) определяет сквозную помощь следующим образом: «Под сквозной помощью мы подразумеваем качество помощи, оказываемой преступнику с момента поступления в исправительное учреждение вплоть до подготовки к освобождению, для обеспечения плавного перехода к помощи в обществе после освобождения». Ее цели заключаются в следующем:

- понять стрессы и страхи, которые влияют на рассуждения человека при поступлении в исправительное учреждение;
- облегчить потребителям наркотиков процесс перехода из общества в исправительное учреждение;
- обеспечить, насколько это возможно, непрерывность в лечении и поддержке тем, кто получал их в обществе, при поступлении в исправительное учреждение, при переводе из одного исправительного учреждения в другое и при возвращении в общество;
- признать возможность начать решение проблемы злоупотребления наркотиками, которую дает тюремное заключение потребителям наркотиков, особенно тем, кто не сталкивался с организациями, занимающимися помощью в обществе;
- добиться того, чтобы потребители наркотиков имели возможность выйти на свободу в лучшем физическом состоянии и начали вести менее хаотичный образ жизни, чем перед поступлением в исправительное учреждение;
- минимизировать опасности снижения уровней толерантности после освобождения.

Шотландская служба исправительных учреждений предъявляет следующие общие требования к сквозной помощи:

- установление хороших рабочих отношений и отлаженная связь между исправительными учреждениями и внешними организациями;
- использование специалистами-наркологами в работе со своими клиентами в исправительных учреждениях партнерского подхода;

- поощрение контактов между внешними организациями и заключенными;
- обеспечение непрерывности помощи, когда это возможно, особенно для заключенных, отбывающих короткие сроки заключения.

Сквозная помощь должна включать в себя сотрудничество между различными организациями, что означает интенсивную интеграцию внешних организаций, которые после освобождения продолжают эту деятельность. Крайне важен момент выхода на свободу: как лечение, начатое в исправительном учреждении, сможет продолжаться за его пределами, и было ли скоординировано лечение в исправительном учреждении и лечение, которое предоставляется за его пределами? Фаза подготовки к освобождению должна включать в себя работающих в обществе профессиональных специалистов-наркологов. После освобождения в дальнейшем лечении принимают участие сотрудники системы условно-досрочного освобождения.

Терапевтические сообщества для преступников, отбывающих наказание за пределами исправительных учреждений

В нескольких странах существуют законодательные положения об отсрочке исполнения приговоров, вынесенных потребителям наркотиков. В Швеции раздел 34 Закона о лечении в исправительных учреждениях гласит, что заключенный, отбывая тюремное заключение, может быть помещен в лечебное учреждение за пределами исправительного учреждения. По определению это не является отсрочкой приговора — это альтернатива нахождению в исправительном учреждении до освобождения. Еще одна возможность заключается в том, что суд выносит человеку условный приговор с условием лечения по договору. Это возможно при наличии очевидной связи между употреблением наркотиков и преступлением. Человек должен дать согласие на лечение вместо тюремного заключения. Если человек прерывает или забрасывает лечение, лечение по договору прекращается и превращается в тюремное заключение.

В Германии раздел 35 Закона об опиуме позволяет заключенным проходить лечение вместо отбытия наказания, если срок заключения не превышает два года. В Греции после пребывания в заключении в течение 7–10 месяцев потребитель наркотиков может обратиться к государственному прокурору с ходатайством о продолжении лечения вне исправительного учреждения, воспользовавшись законом, специально предназначенным для того, чтобы дать возможность потребителям наркотиков получать специальное лечение, а не находиться в исправительном учреждении.

Консультации и привлечение гражданских структур здравоохранения

Консультации представляют собой прямое, личное и ориентированное на клиента вмешательство, предназначенное для того, чтобы помочь изменить поведение человека — не употреблять наркотиков, избегать инфекций или, если человек уже инфицирован, не допускать передачи инфекции другим заключенным или партнерам, — и получить направление на дополнительную медицинскую помощь, профилактику болезней, психосоциальные и другие услуги, необходимые для того, чтобы оставаться здоровым.

Работники здравоохранения нуждаются в информации иного рода, чем та, которая необходима для охраны и персонала службы режима; у заключенных свои специфические среда, субкультура и язык. Материалы по профилактике болезней не могут быть просто переданы из общества в исправительные учреждения — соответствующие целевые группы нуждаются в специально адаптированных версиях. Это требует вклада различных групп, основанного на собеседованиях и дискуссиях с целевыми группами. Первоначальные проекты и структура материала должны пройти апробацию и быть

одобренны. На условия, существующие в любом исправительном учреждении, в огромной степени влияют его персонал и заключенные. Поэтому обе группы должны активно участвовать в разработке и применении действенных профилактических мер и в распространении соответствующей информации.

Приоритетное значение должны иметь содействие и поддержка со стороны муниципальных структур здравоохранения; неправительственные организации по борьбе с ВИЧ и СПИДом обладают особенно ценным опытом и структурами, которые могут содействовать повышению качества разработки материалов и поддержанию этой деятельности на постоянной основе.

В Германии многие федеральные земли привлекают к помощи заключенным, употребляющим наркотики, внешние наркологические службы. В некоторых исправительных учреждениях даже существуют собственные консультационные службы по проблемам наркотиков, а в некоторых этими проблемами занимаются социальные работники. Заключенные лучше идут на контакт не с сотрудниками исправительных учреждений и больше доверяют не им, а работникам со стороны, поскольку посторонние люди обязаны обеспечивать конфиденциальность и имеют право отказаться давать показания. Более того, работники со стороны более опытни и больше знают о содержании различных предлагаемых услуг поддержки и требованиях к ним. Консультанты по проблемам наркотиков в исправительных учреждениях должны в первую очередь предоставлять информацию о различных службах поддержки и программах, существующих в исправительных учреждениях и за их пределами. Их следующим шагом должно быть создание у заключенных мотивации к преодолению наркозависимости.

Основное преимущество сторонних консультаций по проблемам наркотиков заключается в том, что они служат связующим звеном между жизнью внутри исправительных учреждений и жизнью на воле, и поэтому они весьма полезны для продолжения лечения, начатого в исправительном учреждении.

Профессиональная подготовка

В своей ежедневной работе врачи и тюремный персонал сталкиваются с употреблением многих различных наркотиков. Широко распространено употребление бензодиазепинов и опиатов, и относительно частые явления — воздержание от наркотиков и тяга к ним. Несмотря на это, врачи и тюремный персонал слишком мало знают о проблемах и вопросах, связанных с употреблением наркотиков. Поэтому очень важно, чтобы персонал получал надлежащую подготовку для работы с проблемами, связанными с употреблением наркотиков в исправительных учреждениях, и переходил к использованию подходов, более ориентированных на лечение. Тюремный персонал нуждается в регулярном обучении и повышении квалификации по всем аспектам — медицинским, психологическим и социальным — ВИЧ, гепатита и употребления наркотиков, чтобы чувствовать себя защищенными и уметь предоставлять заключенным необходимые консультации и поддержку.

Литература

Correctional Service of Canada (1999). *Evaluation of HIV/AIDS harm reduction measures in the Correctional Service of Canada*. Ottawa, Correctional Service of Canada.

Dolan K et al. (1994). *Bleach availability and risk behaviours in New South Wales*. Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre (Technical Report No. 22).

Dolan K, Wodak A, Hall W (1999). HIV risk behavior and prevention in prison: a bleach program for inmates in NSW. *Drug and Alcohol Review*, 18:139–143.

Dolan KA et al. (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, 100(6):820–828.
Fox A (2000). *Prisoners' aftercare in Europe: a four-country study*. London, ENDHASP.

Grinstead OA et al. (1999). Reducing post-release HIV risk among male prison inmates: a peer-led intervention. *Criminal Justice and Behavior*, 26:453–465.

HM Prison Service for England and Wales (2000). *Prison Service Order 3550 – Clinical Services for Substance Misusers*. London, HM Prison Service for England and Wales (<http://www.hmprisonservice.gov.uk/resourcecentre/psispsos/listpsos>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Kapadia F et al. (2002). Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology*, 13(6):738–741.

Klempova D (2006). Trends and patterns of drug use in the EU and drug users in EU prisons. *9th ENDIPP Conference, Ljubljana, Slovenia, 5–7 October 2006*.

Lines R et al. (2006). *Prison needle exchange: a review of international evidence and experience*. 2nd ed. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network.

Marshall T, Simpson S, Stevens A (1999). *Alcohol and drug misuse*. Birmingham, Department of Public Health and Epidemiology, University of Birmingham.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and UNAIDS (2006). *International guidelines on HIV/AIDS and human rights*. Consolidated version. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.

Rotily M, Weilandt C (1999). *European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons – 3rd Annual Report*. Marseille and Bonn, Observatoire Regional de la Sant Provence, Alpes, C te d'Azur and Wissenschaftliches Institut fur die Arzte Deutschlands.

Singleton N et al. (2003). *Drug-related mortality among newly released offenders*. London, Home Office (Findings 187).

Small W et al. (2005). Incarceration, addiction and harm reduction: inmates' experience injecting drugs in prison. *Substance Use & Misuse*, 40:831–843.

Stallwitz A, Stöver H (in press). The impact of substitution treatment in prison – a literature review. *International Journal of Drug Policy*.

Stöver H (2002). *Drug and HIV/AIDS services in European prisons*. Oldenburg, BIS-Verlag.

Stöver H, Lines R (2005). Silence still = death: 25 years of HIV/AIDS in prisons. In: Matic S., Lazarus J.V., Donoghoe M.C., eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: 67–86 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051123_2, взято с веб-сайта 20 декабря 2006 г.).

Stöver H, Nelles J (2004). Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 2003/4, 14:437–444.

Stöver H, Hennebel LC, Casselmann J (2004). *Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries*. London, European Network of Drug Services in Prison.

Taylor A, Goldberg D (1996). Outbreak of HIV in a Scottish prison: why did it happen? *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 2(3):13–14.

Tomasevski K (1992). *Prison health: international standards and national practices in Europe*. Helsinki, Helsinki Institute for Crime Prevention and Control.

Turnbull PJ, Dolan KA, Stimson GV (1991). *Prisons, HIV and AIDS: risks and experiences in custodial care*. Horsham, AVERT.

Turnbull PJ, McSweeney T (2000). Drug treatment in prison and aftercare: a literature review and results of a survey of European countries. In: Council of Europe, ed. *Drug-misusing offenders in prison and after release*. Strasbourg, Council of Europe Publishing: 41–60.

United Kingdom Parliament (1999). *Memorandum by HM Prison Service*. London, United Kingdom Parliament (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm199899/cmselect/cmhaff/363/363ap02.htm>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS and WHO (2006). *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. [Управление ООН по наркотикам и преступности, Программа ЮНЭЙДС и ВОЗ (2006) [Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка больных в условиях исправительных учреждений: основа для действенных ответных мер на уровне страны] Вена, Управление ООН по наркотикам и преступности (<http://www.who.int/hiv/treatment/en/index.html>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

United States Centers for Disease Control and Prevention (1993). *HIV/AIDS Prevention Bulletin*, 19 April.

Van Meter J (1996). *Adolescents in youth empowerment positions: special projects of national significance*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services.

WHO (1993). *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. [«Методические указания по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях» ВОЗ, 1993 г.]. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/pubidu/en>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (1990). *Drug abusers in prisons: managing their health problems. Report on a WHO meeting, The Hague, 16–18 May 1988*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 27).

WHO Regional Office for Europe (2003a). *Promoting the health of young people in custody*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2003b). *Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/Document/HIPP/moscow_declaration_eng04.pdf, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe and Pompidou Group of the Council of Europe (2002). *Prisons, drugs and society*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Wykes R (1997). The failure of peer support groups in women's prison in Western Australia. Amsterdam, Drugtext Foundation (<http://www.drugtext.org/library/articles/wykes.htm>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Zurhold H, Haasen C, Stöver H (2005). *Female drug users in European prisons*. Oldenburg, BIS-Verlag.

Дополнительная литература для чтения

WHO Regional Office for Europe (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. *Проблема наркомании в тюрьмах и меры по снижению вреда: доклад о положении дел*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ] (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

International Journal of Prisoner Health, Routledge/Taylor & Francis Group.

10. Заместительная терапия в исправительных учреждениях

Andrej Kastelic

Основные пункты

- Риск передачи ВИЧ снижается при всех формах лечения наркотической зависимости, но наибольшим потенциалом снижения употребления инъекционных наркотиков, а значит, и риска распространения инфекции обладают программы заместительной терапии.
 - Самой распространенной формой заместительной терапии является метадоновая поддерживающая терапия. Метадон уже многие десятилетия применяется для лечения героиновой зависимости и зависимости от других опиатов. В некоторых странах довольно широко применяют также недавно разработанный препарат бупренорфин. Доказано, что как метадон, так и бупренорфин значительно снижают риск ВИЧ-инфицирования путем уменьшения употребления инъекционных наркотиков и улучшения здоровья и качества жизни людей с опиатной зависимостью.
 - В частности, доказано, что метадоновая заместительная терапия снижает употребление опиоидов, частоту инъекций и использование общих игл.
 - Как и в гражданском обществе, предоставление доступа к заместительной терапии заключенным дает возможность снизить частоту инъекций и пользования общими иглами в исправительных учреждениях. Кроме того, среди заключенных, получающих метадоновую заместительную терапию, ниже процент повторного попадания в тюрьму, чем среди тех, кто не участвует в программе лечения.
 - Поэтому предоставление метадоновой заместительной терапии является эффективной стратегией предупреждения передачи ВИЧ, и ее необходимо осуществлять как можно скорее в сообществах (в том числе в исправительных учреждениях) с высоким риском ВИЧ-инфицирования.
 - За последние 5–10 лет в Западной Европе произошло существенное расширение применения метадоновой заместительной терапии.
 - Для сохранения пользы от метадоновой заместительной терапии требуется непрерывность лечения.
 - Исследованиями установлено, что метадоновая заместительная терапия более действенна, чем программы детоксикации, с точки зрения содействия удержанию пациентов в процессе медикаментозного лечения и воздержанию от употребления незаконных наркотиков.
 - Перед началом метадоновой заместительной терапии участники программы должны быть обеспечены необходимой информацией, особенно информацией о риске передозировки и о возможных рисках, связанных с употреблением сразу нескольких препаратов и взаимодействием с другими лекарствами.
 - До начала лечения потребителя наркотиков нужно проинформировать об основных обязательствах врача перед государством, перед исправительным учреждением и перед заключенным.
-

Введение

Во всем мире насчитывается примерно 13,2 миллиона потребителей инъекционных наркотиков, и не менее 10% всех случаев ВИЧ-инфекции во всем мире являются следствием небезопасного поведения при употреблении инъекционных наркотиков. В странах Восточной Европы и Центральной Азии этот показатель достигает 90%.

Как отмечалось в главе 9, многие потребители наркотиков живут в заключении годами — они попадают в тюрьму, выходят на свободу и вновь возвращаются в тюрьму. В целом заключенные часто являются выходцами из беднейших слоев общества, и поэтому у них изначально хуже здоровье, чем у представителей других социальных групп. Пребывание в исправительном учреждении обычно усугубляет имеющиеся нарушения здоровья, особенно у таких уязвимых категорий, как потребители наркотиков.

Исправительные учреждения вследствие их переполненности, плохого питания, ограниченного доступа к мерам профилактики, непрекращающегося употребления незаконных наркотиков и незащищенного секса представляют собой среду с чрезвычайно высоким риском передачи ВИЧ-инфекции.

- Потребители инъекционных наркотиков уязвимы в плане инфицирования вирусом иммунодефицита человека и другими гемотрансмиссивными вирусами вследствие использования общих принадлежностей для инъекций и общим раствором наркотика и повторного использования этих же принадлежностей и раствора, половых контактов с другими потребителями инъекционных наркотиков и сексуальной активности, сопряженной с повышенным риском. Хотя большинство потребителей инъекционных наркотиков — мужчины, среди женщин, употребляющих наркотики, выше вероятность использования принадлежностей для инъекций своего партнера, и часто им бывает трудно договориться о менее рискованной практике секса и об использовании презерватива. У потребителей инъекционных наркотиков выше вероятность оказаться втянутыми в секс-индустрию.
- В настоящее время употребление инъекционных наркотиков является преобладающим способом передачи вируса гепатита С. Не менее чем в 50–85% случаев инфицирование вирусом гепатита С приводит к хронической инфекции. Примерно у 7–15% хронически инфицированных больных в течение 20 лет развивается цирроз печени, и у некоторых из них впоследствии развивается рак печени.
- Издержки на правоприменительные меры, время, затраченное судами, и издержки, связанные с тюремным заключением, в совокупности составляют существенную часть затрат, которые несет общество в связи с опиоидной зависимостью.
- По выходе на свободу заключенные с опиоидной зависимостью подвергаются риску рецидива или передозировки наркотиком.

От 70 до 98% лиц, которые были лишены свободы за совершение преступлений, связанных с наркотиками, и во время тюремного заключения не получали лечения, после освобождения в течение года возвращаются к употреблению наркотиков.

Для снижения употребления наркотиков в исправительных учреждениях и причиняемого этим вреда пенитенциарные системы должны поощрять потребителей наркотиков к тому, чтобы они совсем не употребляли наркотических веществ, но если они все же продолжают их употреблять, то не путем инъекций, а уж если путем инъекций, то чтобы не пользовались при этом общими принадлежностями.

Вот почему в исправительных учреждениях совершенно необходимой мерой является внедрение программ как лечения наркозависимости, так и снижения вреда.

Все больше людей приходят к единому мнению о том, что лечение наркозависимости в исправительных учреждениях может быть эффективным, если оно отвечает потребностям заключенных, достаточно по продолжительности и качеству и если после освобождения предоставляется последующий уход (более подробно этот вопрос рассмотрен в главе 9).

Видов лечения наркозависимости много, но все они, по существу, разделяются на две категории: заместительная терапия и программы лечения, ориентированные на воздержание.

На риск передачи ВИЧ влияют все формы лечения наркозависимости, но наибольшим потенциалом в плане снижения употребления инъекционных наркотиков, а значит, и риска распространения инфекции обладают программы заместительной терапии.

Что такое заместительная терапия?

Заместительная терапия (фармакотерапия агонистами, лечение замещением агонистами, лечение с помощью агонистов) определяется как введение под медицинским контролем людям с зависимостью от психоактивных веществ назначенного врачом психоактивного вещества, по фармакологическим свойствам родственного вызвавшему эту зависимость веществу, для достижения определенных терапевтических целей.

Опиоидная заместительная терапия представляет собой одну из форм медико-санитарной помощи людям с героиновой зависимостью и зависимостью от других опиатов, при которой применяются предписанные врачом опиоидные агонисты, обладающие сходными или идентичными свойствами с героином и морфином в плане воздействия на головной мозг, облегчающие симптомы отмены и блокирующие тягу к незаконным опиатам. К примерам опиатных агонистов относятся метадон, левоальфаацетилметадол, морфин с замедленным высвобождением активного вещества, кодеин, бупренорфин (частичный агонист-антагонист) и – в некоторых странах – диаморфин.

Для лечения опиатной зависимости используются также препараты-антагонисты, которые изменяют направление действия других опиатов. Они занимают те же рецепторы в головном мозгу, что и опиаты, и таким образом блокируют действие других опиатов. Однако они не останавливают тяги к наркотику. Если кто-то примет антагонист, а после этого примет опиат, действие опиата будет заблокировано, поскольку он не может воздействовать на головной мозг. Если же антагонист будет принят после опиата, у данного человека немедленно наступит синдром отмены (поэтому антагонисты противопоказаны людям, которые не прошли опиатной детоксикации). Наиболее часто применяемым при лечении опиатной зависимости опиоидным антагонистом является налтрексон. Налоксон используют только для экстренного устранения ситуаций передозировки опиатом. Бупренорфин – частичный агонист-антагонист, который все шире применяют для лечения опиатной зависимости. Субоксин – сочетание налоксона с бупренорфином (в пропорции 4:1) – применяется для профилактики злоупотребления лекарственной терапией.

Таблица 10.1

Различия между агонистами и антагонистами

Агонисты (метадон, левоальфаацетилметадол, морфин и героин)	Антагонисты (налтрексон и налоксон)
<p>Заместительная терапия</p> <p>Действуют так же, как опиаты</p> <p>Стимулируют рецепцию опиатов</p> <p>Облегчают или останавливают тягу к опиатам</p> <p>Не вызывают ощущения наслаждения (кроме морфина и героина)</p> <p>Могут создавать или поддерживать физическую зависимость</p>	<p>Блокирующее или вызывающее отвращение лечение</p> <p>Блокируют действие опиатов</p> <p>Блокируют рецепцию опиатов</p> <p>Не вызывают ощущения наслаждения</p> <p>Не создают физической зависимости</p>

Заместительная терапия может быть ценным методом лечения потому, что она дает возможность зависимым потребителям наркотиков уменьшить свою подверженность поведению, сопряженному с высокой степенью риска, и достичь определенной стабильности в плане здоровья и социального положения прежде, чем переходить к аспекту физической адаптации своей зависимости. Обычно заместительную терапию назначают людям, которым трудно прекратить употребление наркотиков и преодолеть симптомы отмены. Желательно, чтобы препараты, применяемые для заместительной терапии, обладали более длительным действием, чем замещаемый ими наркотик, что даст возможность отсрочить появление симптомов отмены и уменьшить частоту введения препарата. Это позволяет человеку сосредоточиться на нормальной жизнедеятельности, не испытывая потребности доставать и вводить наркотики. Кроме того, когда незаконный наркотик замещается лекарственным препаратом, назначенным врачом, это помогает порвать с преступной деятельностью и в то же время поддерживать процесс изменения образа жизни.

Главные цели заместительной терапии

Хотя конечной целью лечения может быть прекращение употребления наркотиков, главные цели заместительной терапии строятся на концепции общественного здравоохранения и снижения вреда. В заместительной терапии ставятся следующие цели:

- помочь людям оставаться здоровыми до тех пор, пока при надлежащей помощи и поддержке они не смогут достичь жизни без наркотиков, или же, если они не могут достичь этого или желают выйти из программы, оставаться в программе лечения в течение многих лет или даже всю свою жизнь;
- уменьшить употребление незаконных наркотиков или не предписанных врачом препаратов;
- решить проблемы, связанные с употреблением наркотиков;
- уменьшить опасности, связанные с употреблением наркотиков, в частности, риск передачи ВИЧ, вирусов гепатитов В и С и других гемотрансмиссивных инфекций, сопряженный с употреблением инъекционных наркотиков и использованием общих принадлежностей для инъекций;
- уменьшить продолжительность эпизодов употребления наркотиков;
- уменьшить вероятность рецидива употребления наркотиков в будущем;
- снизить потребность в преступной деятельности для добывания денег на покупку наркотиков;

- стабилизировать состояние человека, когда это диктуется конкретными обстоятельствами, на замещающих препаратах для облегчения симптомов отмены;
- улучшить общее функционирование в личностном, социальном и семейном плане.

Доказательства пользы заместительной терапии

Наиболее распространенной формой заместительной терапии является метадонная поддерживающая терапия. Метадон многие десятилетия применяется для лечения героиновой и иной опиатной зависимости. В некоторых странах также довольно широко применяется более новый препарат – бупренорфин (более подробно эти и другие вещества, используемые для заместительной терапии, описываются ниже). Доказано, что и тот и другой препарат значительно снижают риск ВИЧ-инфицирования за счет уменьшения частоты инъекции наркотиков и улучшения здоровья и качества жизни людей с опиатной зависимостью.

Начиная с середины 90-х годов прошлого столетия быстро расширяются масштабы программ заместительной терапии среди населения. Сегодня во всем мире заместительную терапию получают более полумиллиона потребителей наркотиков. В Европейском союзе существенное расширение применения заместительной терапии произошло за последние 5–10 лет. В настоящее время программы заместительной терапии в той или иной форме осуществляются во всех странах Европейского союза, хотя степень и характер доступности и качества лечения в разных странах различаются значительно. Заместительная терапия в разных формах заняла прочные позиции как широко признанная мера снижения вреда и лечения людей с опиатной зависимостью, живущих в обществе (Совет Европы, 2001).

В заявлении о совместной позиции ВОЗ, Управления ООН по наркотикам и преступности и Программы ЮНЭЙДС (2004) говорится следующее:

«Заместительная поддерживающая терапия – один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости. С помощью этого метода можно снизить высокие издержки, связанные с опиоидной зависимостью, для самих индивидов, их семей и для общества в целом – главным образом благодаря сокращению употребления героина, уменьшению количества связанных с ним смертельных исходов, сокращению числа случаев поведения, сопряженных с риском инфицирования ВИЧ, а также снижению преступного поведения. Заместительная поддерживающая терапия – основной компонент приближенных к населению подходов к ведению пациентов с опиоидной зависимостью и профилактике инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков».

Назначение заместительной терапии и выдача лицам с опиоидной зависимостью опиоидных агонистов для приема (в рамках официально признанной медицинской практики, утвержденной компетентными органами) согласуется с положениями Единой конвенции 1961 года о наркотических веществах и Конвенции 1971 года о психотропных веществах.

Данных, доказывающих эффективность программ заместительной терапии в снижении числа случаев рискованного поведения в связи с употреблением инъекционных наркотиков и в снижении риска заражения ВИЧ, имеется предостаточно. Заместительная терапия – самое действенное лечение, доступное потребителям инъекционных наркотиков с героиновой зависимостью, с точки зрения снижения смертности (смертность людей с опиоидной зависимостью, получающих метадонную поддерживающую терапию, составляет от одной трети до одной четвертой показателя смертности среди тех, кто такой терапии не получает),

потребления героина и преступности. Потребители наркотиков довольно активно участвуют в преступной деятельности до начала лечения наркозависимости, но уровень этой активности снижается примерно наполовину после одного года метадоновой поддерживающей терапии. Наибольшая польза проявляется во время и сразу после лечения, однако значительные улучшения сохраняются и через несколько лет после лечения. Наиболее заметное снижение отмечается в проявлениях преступного поведения, связанного с наркотиками. Было показано, что многие из опасений, высказываемых по поводу заместительной терапии, необоснованны. В частности, не было доказано, что заместительная терапия мешает прекращению употребления наркотиков, а наоборот, установлено, что она более эффективно, чем программы детоксикации, содействует удержанию пациентов в программах лечения наркозависимости и воздержанию от употребления незаконных наркотиков. Заместительная терапия представляет собой метод лечения, дающий наилучший эффект в сопоставлении с затратами, и по показателю соотношения результативности и затрат превосходит другие медико-санитарные меры вмешательства, такие как лечение тяжелой формы гипертензии или ВИЧ-инфекции и СПИДа. По нескольким консервативным оценкам, каждый евро, вложенный в программы заместительной терапии, может давать отдачу от четырех до семи евро в виде снижения связанной с наркотиками преступности, затрат на уголовное правосудие и воровства. Если прибавить к этому экономию, связанную с медико-санитарной помощью, то общая экономия может превысить затраты в 12 раз. Вероятность заразиться ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков, которые не участвуют в программах лечения, может быть до шести раз выше, чем у ПИН, которые начинают лечиться и остаются в процессе лечения (National Institute on Drug Abuse, 2000).

Наконец, лица, которые получают заместительную терапию и которые вынуждены прекратить прием метадона из-за того, что попали в исправительные учреждения, часто возобновляют употребление наркотиков, причем нередко в исправительном учреждении и нередко инъекционным путем. Вот почему повсеместно рекомендуется, чтобы заключенным, которые получали заместительную терапию на воле, разрешалось продолжать лечение и в исправительном учреждении (Управление ООН по наркотикам и преступности, ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2006).

Как и в гражданском обществе, если заместительная терапия предоставляется заключенным в исправительных учреждениях, она дает возможность снизить частоту инъекций и использование общих шприцев. Поэтому в изданных ВОЗ в 1993 году методических указаниях в отношении ВИЧ-инфекции и СПИДа в исправительных учреждениях (*Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*) содержится следующая рекомендация: «Заключенные, получавшие до помещения в исправительное учреждение метадоновую поддерживающую терапию, должны иметь возможность продолжать это лечение и в исправительном учреждении. В странах, где лицам с опиатной зависимостью предоставляется метадоновая поддерживающая терапия в гражданском обществе, такое лечение должно также предоставляться и в исправительных учреждениях». Аналогичная позиция излагается в Дублинской декларации, касающейся ВИЧ/СПИДа в исправительных учреждениях в Европе и Центральной Азии (Lines et al., 2004):

Основа для действия

«Статья 1: Заключенные имеют право защищать себя от ВИЧ-инфекции. Заключенные, живущие с ВИЧ/СПИДом, имеют право защищать себя от повторного инфицирования и/или сочетанной инфекции гепатита С и туберкулеза. Следовательно, государства обязаны обеспечить заключенным бесплатный доступ к метадоновой терапии и другим методам заместительной терапии в тех странах, где такие методы лечения предоставляются осталь-

ной части общества. Это должно включать в себя как возможность продолжать такое лечение и в исправительном учреждении для людей, которые уже проходят такое лечение, так и возможность начать заместительную терапию во время тюремного заключения. Страны, которые не легализовали или не внедрили у себя методы заместительной терапии, должны сделать это».

Во всем мире все больше пенитенциарных систем предлагают заключенным заместительную терапию: это пенитенциарные системы в Австралии и Канаде, некоторые системы в Соединенных Штатах, большинство систем в 15 странах, которые входили в Европейский союз до 1 мая 2004 года, и системы в других странах, в том числе в Индонезии и Исламской Республике Иран. В Испании такое лечение получают 18% всех заключенных, или 82% проблемных потребителей наркотиков в исправительных учреждениях.

Программы заместительной терапии также существуют в исправительных учреждениях некоторых из тех десяти стран, которые вступили в Европейский союз 1 мая 2004 года (в Эстонии, Венгрии, Мальте, Польше и Словении), хотя часто эти программы все еще невелики по масштабам и охватывают лишь малое число нуждающихся в помощи заключенных. Наконец, растет число пенитенциарных систем в восточной части Европейского региона ВОЗ, где осуществление программ заместительной терапии уже начато (например, в Республике Молдова) или планируется в ближайшее время (например, в Кыргызстане), однако в исправительных учреждениях других стран региона заместительная терапия остается недоступной. Первоначально заместительную терапию в исправительных учреждениях часто предлагали только заключенным, живущим с ВИЧ или имеющим другие инфекционные заболевания, или беременным женщинам. В целом терапевтическая помощь остается недостаточной, ниже уровня заместительной терапии, проводимой в гражданском обществе. Во многих странах по-прежнему вероятно прекращение заместительной терапии, когда люди, проходящие лечение, попадают в тюрьму. Устойчиво сохраняется разрыв в лечении между теми, кто нуждается в заместительной терапии, и теми, кто ее получает.

В некоторых пенитенциарных системах по-прежнему неохотно идут на предоставление заключенным возможности получать заместительную терапию или распространять эту возможность на тех заключенных, которые до попадания в тюрьму терапии не получали. В некоторых системах метадон или бупренорфин считают просто еще одним видом психотропного вещества, меняющего настроение человека, предоставление которого ведет к отсрочке необходимого личностного роста, требующегося для выхода из существования, смысл которого сводится к употреблению наркотиков. В других системах против заместительной терапии также возражают по соображениям нравственности, утверждая, что при ней лишь происходит замена одного наркотика, от которого зависит человек, другим. К прочим причинам неприятия заместительной терапии относятся следующие:

- то, что исправительные учреждения в принципе должны быть свободными от наркотиков;
- опасение, что препараты замены могут быть похищены и стать предметом купли-продажи;
- отсутствие понимания наркозависимости как хронического заболевания;
- ограниченность пространства и отсутствие ресурсов и кадров во многих исправительных учреждениях;
- стоимость заместительной терапии и решение дополнительных организационных вопросов, требующегося для ее осуществления.

Некоторые заключенные тоже неохотно соглашаются на проведение заместительной терапии в исправительных учреждениях: либо потому, что у них недостаточно информации о пользе заместительной терапии, либо потому, что они хотят скрыть факт употребления наркотиков (одна из причин этого состоит в том, что они опасаются предрассудков и недоброжелательного отношения, если станет известно об употреблении ими наркотиков), а скрыть это будет невозможно, если они будут получать заместительную терапию.

Если бы существовали надежные и действенные альтернативные методы достижения устойчивого воздержания, заместительную терапию действительно можно было бы считать недостаточной. Но дело в том, что альтернатив таких нет (Dolan & Wodak, 1996).

«Большинство пациентов с героиновой зависимостью вновь возвращаются к употреблению героина после детоксикации; мало кого из них удается привлечь к лечению без применения наркотиков и удержать их в процессе этого лечения достаточно долгое время, чтобы добиться абстиненции. Любое лечение [как, например, заместительная терапия], которое удерживает в процессе половину из тех, кто записывается на лечение, и которое существенно снижает использование ими незаконных опиоидов и участие в преступной деятельности и улучшает их состояние здоровья и благополучие, достигает большего, чем “просто” замена одного наркотика, вызвавшего зависимость, на другой».

В последние годы благодаря оценкам программ заместительной терапии в исправительных учреждениях получены убедительные доказательства пользы этих программ. Исследованиями установлено, что, если дозировка достаточна (не менее 60 мг метадона) и лечение проводится в течение всего срока тюремного заключения, такие программы позволяют уменьшить частоту случаев инъекционного введения наркотиков и пользования общими иглами, а значит, и распространение ВИЧ-инфекции и других гемотрансмиссивных инфекций. Кроме того, эти программы приносят и другую немалую пользу как для здоровья участвующих в них заключенных, так и для пенитенциарных систем и общества в целом.

- Заместительная терапия положительно влияет на поведение контингента в учреждении, снижая нацеленность на поиск наркотика в поведении заключенных и тем самым повышая безопасность в исправительном учреждении; пенитенциарные системы, в которых предоставляется заместительная терапия, среди прочего, выигрывают и от уменьшения симптомов отмены при поступлении (которые часто сопровождаются членовредительством, а то и попытками самоубийства), от уменьшения распространенности торговли наркотиками и от повышения производительности труда заключенных, получающих заместительную терапию.
- Среди заключенных, получающих заместительную терапию, значительно снижается вероятность повторного попадания в заключение.
- Заместительная терапия в исправительном учреждении значительно облегчает включение в процесс лечения после освобождения и удержание в нем бывших заключенных по сравнению с заключенными, которые участвовали в программах детоксикации.
- Хотя администрация исправительных учреждений вначале часто высказывает опасения по поводу безопасности, буйного поведения и ухода метадона на сторону для незаконного использования, после того, как программа заместительной терапии начинает реализовываться, эти проблемы не возникают.
- Как заключенные, так и персонал исправительных учреждений сообщают о том, какое положительное влияние заместительная терапия оказывает на тюремную жизнь.
- Заместительная терапия позволяет ежедневно поддерживать контакты между медицинскими службами исправительного учреждения и заключенными — эти отношения могут стать основой для начала обсуждения других проблем здравоохранения и послужить связующим звеном с другими стратегиями профилактики передачи ВИЧ.

В Канаде, после того как оценка показала, что метадоновая поддерживающая терапия положительно влияет на исход освобождения из заключения и на поведение в исправительном учреждении, федеральная пенитенциарная система расширила доступ к метадоновой поддерживающей терапии. У участников такой программы лечения меньше вероятность того, что они будут совершать преступления и вернуться в тюрьму. Это важно, так как издержки по осуществлению программы заместительной терапии в исправительном учреждении могут быть компенсированы экономией затрат за счет того, что правонарушители будут с успехом оставаться в обществе в течение более длительного времени, чем такие же правонарушители, не получающие такого лечения.

Кроме того, заместительная терапия может помочь в снижении риска передозировки у тех, кто готовится выйти на свободу. Многие заключенные возвращаются к употреблению инъекционных наркотиков после освобождения из заключения, но вследствие снижения переносимости опиатов они при этом подвергаются повышенному риску смертельной передозировки. В обширных исследованиях отмечается большое число случаев смерти в течение первых недель после выхода из заключения, которое может быть отнесено на счет передозировки наркотиком. Этот факт указывает на полезность и необходимость организации непрерывной помощи в лечении наркозависимости, позволяющей противодействовать таким ситуациям повышенного риска, и подчеркивает важность заместительной терапии не только как одной из стратегий предупреждения передачи ВИЧ в исправительных учреждениях, но и как стратегии снижения смертности от передозировки наркотиком после выхода из заключения.

В совокупности эти доказательства — равно как и важность обеспечения ухода и лечения в исправительных учреждениях на уровне, эквивалентном уровню, существующему за их пределами, — служат убедительными аргументами в пользу того, чтобы пенитенциарные системы внедряли заместительную терапию. Во врезке 10.1 приводится пример инструкции по лечению наркоманов в Словении (Kastelic et al., 2001).

Врезка 10.1. Общая инструкция по лечению потребителей наркотиков в исправительных учреждениях в Словении

- Медико-санитарные услуги, предоставляемые людям, находящимся в тюрьмах или исправительных учреждениях, должны быть эквивалентны услугам, предоставляемым за пределами пенитенциарной системы.
 - Большое значение имеет профессиональная независимость врачей-консультантов и лечащих врачей.
 - Необходимо налаживать тесное сотрудничество между медработниками в исправительных учреждениях и в гражданском обществе.
 - У индивидов с наркозависимостью после поступления в исправительное учреждение должна быть возможность выбора варианта лечения (программы снижения вреда, заместительная терапия, детоксикация или лечение без применения наркотиков).
 - Должен быть доступен вариант лечения в рамках программ, осуществляемых в гражданском обществе.
-

Эффективное лечение

Для обеспечения эффективности заместительной терапии этот вид лечения, как и любой другой, должен:

- быть основан на потребностях заключенных;
- предоставляться в течение нужного периода времени при правильной дозировке, подобранной для данного человека;
- предоставляться непрерывно как после поступления в исправительное учреждение, так и после выхода из заключения.

Как отмечалось выше, эффективное лечение приносит многократную пользу индивидам: помогает им остаться в живых, снижает угрозу инфекции, особенно ВИЧ-инфекции и гепатита, позволяет достичь воздержания или стабилизирует структуру употребления наркотика, стабилизирует их социальную жизнь, улучшает физическое здоровье и уменьшает участие в преступной деятельности. Оно также приносит пользу для общества: улучшает состояние здоровья населения, снижает число экстренных случаев и случаев госпитализации, уменьшает распространение ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний, сокращает расходы на социальное обеспечение и на систему уголовного правосудия.

Программы заместительной терапии различаются по продолжительности, дозировкам и схемам ведения. Хотя имеется немало фактических данных (Zickler, 1999), доказывающих, что заместительная терапия, особенно метадоновая, более эффективна при назначении повышенных доз в качестве поддерживающего лечения, многие программы построены на кратковременной детоксикации уменьшающимися дозами.

Применение заместительной терапии исключительно в форме детоксикации ограничивает ее лечебный потенциал. Цель заместительной поддерживающей терапии состоит в стабилизации здоровья и достижении социальной реабилитации. Как показывают данные исследований, для большинства людей с опиатной зависимостью (WHO, United Nations Office on Drugs and Crime and UNAIDS, 2004),

«...порог значительного улучшения достигается примерно после трех месяцев лечения, а по мере продолжения лечения наступают дальнейшие улучшения. Поскольку люди часто преждевременно прекращают лечиться, а преждевременное прекращение ассоциирует с высоким процентом возврата к употреблению наркотиков, программы должны включать в себя стратегии вовлечения и удерживания больных в процессе лечения. Многим больным необходимо продолжать лечение в течение нескольких лет».

В 1990 году Европейским региональным бюро ВОЗ были предложены стандартные сроки лечения метадоном, разделенные на четыре категории:

- кратковременная детоксикация: уменьшающиеся дозы в течение одного месяца или менее;
- долговременная детоксикация: уменьшающиеся дозы в течение более одного месяца;
- кратковременное поддерживающее лечение: стабильная дозировка в течение шести месяцев или менее;
- долговременное поддерживающее лечение: стабильная дозировка в течение более шести месяцев.

Кроме того, важно различать программы с низким порогом и программы с высоким порогом. В широком плане различия между этими типами можно свести к следующему:

Программы с низким порогом характеризуются следующими особенностями:

- в них легко попасть;
- они ориентированы на снижение вреда;
- их главной целью является облегчение симптомов отмены, уменьшение тяги к наркотикам и улучшение качества жизни людей;
- в них предлагается целый спектр вариантов лечения.

Особенности программ с высоким порогом:

- в них труднее попасть, и у них могут быть строгие критерии отбора участников;
- они ориентированы на воздержание от употребления наркотиков (что может включать и воздержание от метадона);
- в них не предусмотрен гибкий выбор вариантов лечения;
- в них осуществляется регулярный контроль (анализ мочи);
- проводится жесткая политика исключения из программы (не допускается употребление незаконных опиатов);
- в них включены обязательные консультирование и психотерапия.

В целом программы с низким порогом более успешно служат целям снижения вреда как для человека с наркозависимостью, так и для общества, поскольку удерживают людей в процессе лечения, что ассоциирует с лучшими исходами лечения, и позволяют достичь целей заместительной терапии.

Критерии лечения и план лечения

Наркозависимость охватывают два принятых на международном уровне документа с диагностическими критериями: десятая редакция Международного классификатора болезней (МКБ-10) (ВОЗ, 1992) и четвертое издание *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (American Psychiatric Association, 1994) [«Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям», Американская психиатрическая ассоциация].

Применение опиоидной заместительной поддерживающей терапии должно быть ограничено лицами, удовлетворяющими критериям опиоидной зависимости. Однако чрезмерно ограничительные правила в отношении критериев назначения заместительной поддерживающей терапии и ее проведения, которые не оказывают значительного влияния на качество проводимого лечения, препятствуют доступу к лечению и профилактике передачи ВИЧ. Такие вопросы, как максимальная доза или максимальная продолжительность лечения, должны оставаться на усмотрение лечащего врача, который руководствуется клиническими показаниями на основе оценки состояния индивида.

В принципе каждый человек с опиоидной зависимостью, нуждающийся в лечении, должен иметь возможность записаться на заместительную терапию после соответствующей оценки его состояния и побуждения к лечению. Однако на практике количество мест в программах лечения часто бывает ограничено. В подобных ситуациях при установлении критериев приема на лечение рекомендуется принимать во внимание наличие свободных мест. При этом должны учитываться и возраст, и длительность опиоидной зависимости, и физическое и психическое здоровье, и личная мотивация человека с опиоидной зависимостью. Некоторые категории, такие как беременные женщины или

лица, живущие с ВИЧ или с другими заболеваниями, должны приниматься в первую очередь. Однако это не должно повлечь за собой обязательное тестирование на наличие антител к ВИЧ.

План лечения для каждого человека всегда зависит от целей лечения, которые определяются на основе имеющихся возможностей, потребностей и пожеланий данного пациента и профессионального мнения врача. При выработке плана лечения необходимо принимать во внимание следующие аспекты:

- цели клиента;
- обстоятельства в данный момент;
- имеющиеся ресурсы;
- имеющийся в анамнезе исход лечения в прошлом;
- фактические данные, касающиеся безопасности, действенности и эффективности.

Опиатная зависимость ассоциирует с целым спектром медицинских, правовых и психосоциальных проблем. Человек пригоден для проведения заместительной терапии в том случае, если имеется вероятность того, что в результате поступления на лечение будут снижены индивидуальные и социальные проявления вреда, связанные с употреблением опиоидов. Необходимо с самого начала решать дополнительные проблемы либо в процессе самой программы, либо путем направления в соответствующую службу.

Риски и недостатки

Наиболее значимый риск, связанный с применением метадона и других опиоидных агонистов, заключается в передозировке, которая может оказаться смертельной. Данные научных исследований показывают, что риск передозировки наиболее высок в начальном периоде метадоновой заместительной терапии. Поэтому в начале лечения рекомендуется назначать низкие дозы. Однако после того, как подобрана постоянная, стабильная доза (примерно через две недели), риск смерти от передозировки существенно уменьшается по сравнению с тем риском, который существовал до начала лечения.

В заместительной терапии имеются и некоторые другие отрицательные стороны. Самой важной из них является тот факт, что в большинстве случаев пациент должен получать лечение в течение длительного времени. Этот аспект продолжительности отрицательно влияет как на расходы государственных средств, так и на отдельного человека.

Потребитель наркотиков становится практически постоянным клиентом, зависящим от медикаментозного лечения, а часто и от лица, которое его прописывает. В некоторых случаях такая зависимость может привести к пассивному отношению к жизни.

Кроме того, зависимость от лекарств и сопутствующее ей клеймо позора неизбежно создают трудности, когда люди хотят переехать на новое место жительства или просто поехать куда-то после освобождения из заключения и взять с собой свои лекарства.

Существуют потенциально серьезные отрицательные последствия заместительной терапии, на которые необходимо обращать внимание людей до того, как они начинают лечение, чтобы они могли сознательно дать согласие на лечение. Однако как для индивида, так и для общества выгоды заместительной терапии явно перевешивают эти потенциальные отрицательные последствия.

Вещества, используемые для заместительной терапии

Вещества, используемые для заместительной терапии, описываются в таблице 10.2.

Таблица 10.2

Лекарственные препараты, используемые для поддерживающей терапии

Препарат	Частота применения	Рекомендуемая оптимальная доза	Способ введения	Фирменное название	Риск передозировки	Симптомы отмены	Примечания
Метадон	Каждые 24 часа	50–120 мг/день	Оральный (сироп, таблетки). Можно путем инъекции	Metasedin®	+++	+++	Оптимальная доза зависит от пациента: она может быть меньше 50 мг или больше 120 мг, в зависимости от индивидуальных особенностей.
Бупренорфин	Каждые 24 или 48, или 72 часа	8–16 мг/день	Под язык	Subutex®	+(при приеме дополнительных препаратов)	+	Начинать через 6–8 часов после последнего приема героина или при появлении симптомов отмены. Если пациент ранее принимал метадон, необходимо сократить дозировку метадона до 30 мг/день, и бупренорфин можно принимать через 24 часа после последней дозы метадона или при появлении симптомов отмены.
Морфин с замедленным высвобождением активного вещества	Каждые 24 часа	300–1200 мг/день	Оральный (капсулы)	Substitol	+++	++(+)	
Диаморфин	2–3 раза в сутки	400–700 мг/день	Инъекции. Курение	Нет	+++	+++	Имеется только в клинических испытаниях.
Левальфацетилметадол	Каждые 48–72 часа	70–120 мг 3 раза в неделю	Оральный	Orlaam®	+++	+++	В Европейском союзе нет.
Левометадон	Каждые 24 часа	40–60 мг/день	Оральный (сироп)	Polamidon®	+++	+++	Имеется только в Германии.
Кодеин			Оральный (сироп, таблетки)	DHC® Remedacen®	++	+++	Только в Германии для поддерживающей терапии.

Источник: адаптировано из European methadone guidelines (Verster & Buning, 2000) [«Европейского руководства по применению метадона»].

В исправительных учреждениях протоколы и практика ведения заместительной терапии часто в большей мере ориентированы на потребности и требования учреждения, а не на потребности и пожелания каждого пациента. Например, те пять минут, что требуются для наблюдения за приемом бупренорфина (под язык), считаются слишком большим расходом времени. Поэтому вместо него прописывают метадон.

Потребители наркотиков могут жаловаться на изменения в прописываемых им заместительных препаратах и видеть двойные стандарты по сравнению с тем, что и как

делается в гражданском обществе. Исправительное учреждение должно информировать заключенных о замене одного замещающего препарата на другой.

Метадон

Метадон (гидрохлорид метадона) – препарат, чаще других используемый для заместительной терапии в исправительных учреждениях и за их пределами. Это синтетический опиоидный агонист, обладающий действием, сходным с действием морфина на людей. Метадон хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта независимо от формы препарата (сироп или таблетка). Он обладает очень хорошей биологической доступностью – 80–95%. Расчетный период полувыведения метадона составляет 24–36 часов, однако между разными индивидами наблюдаются значительные различия – от 10 до 80 часов. Такие фармакологические свойства делают метадон полезным препаратом для замещения опиоидов, так как он позволяет вводить его перорально, одной суточной дозой и достигать уровней гомеостаза в плазме после многократного введения без каких-либо симптомов отмены опиоидов во время обычного интервала между приемами препарата в одни сутки.

У некоторых людей проявляются побочные эффекты. К числу наиболее распространенных побочных эффектов относятся повышенная потливость, запор, нарушения сна, снижение либидо и концентрации внимания, а также возможное увеличение массы тела. Такие нежелательные побочные эффекты обычно возникают в начале лечения и со временем проходят. У некоторых людей они сохраняются более длительное время в период лечения, но в основном остаются без медицинских последствий. Эти побочные эффекты проявляются менее чем у 20% клиентов, получающих метадоновую терапию.

Метадон является безопасным лекарственным средством. Вопреки распространенному мнению он не оказывает никакого действия на кости, зубы или внутренние органы. Однако детоксикация от метадона считается процедурой очень трудной и продолжительной.

Метадон стоит недорого. Им легко снабжать пациентов, и можно легко контролировать его прием.

Врезка 10.2. Метадон: основные факты. Руководство для медработников

Общие комментарии

В той мере, в какой это позволяют местные законы и правила, лечение метадоном должно предоставляться в соответствии с теми же профессиональными и этическими нормами, которые распространяются на все другие медико-санитарные услуги. Те, кто его предоставляет, должны поощрять наличие широкого спектра методов лечения и источников помощи и по запросу оказывать содействие в направлении на лечение и переводе потребителей наркотиков.

Необходимо в максимальной степени использовать обширный опыт, накопленный в применении метадона для лечения опиоидной зависимости. Этот опыт описан в специальной литературе, в источниках, размещенных в Интернете, с ним можно познакомиться путем непосредственных консультаций с коллегами. Метадоновая поддерживающая терапия, даже когда ее осуществляют в течение десятилетий, не связана с отрицательным действием на какие-либо органы человека.

В начале лечения люди могут вести беспорядочную жизнь, и поэтому требуется относительно более строгое наблюдение и упорядоченность. Однако любые ограничения

(например, запрещение брать препарат домой) нужно постоянно пересматривать и смягчать или отменять совсем, когда достигается стабильность.

Дозировка

Общее правило: начинать с низких доз, увеличивать медленно, но стремиться к высоким дозам.

- Прежде всего, не навредить: оценки степени зависимости и толерантности ненадежны и ни в коем случае не должны браться за основу при определении начальных доз метадона, которые в случае неправильной оценки могут вызвать передозировку.
- Никакой моральной ценности, ассоциирующей с «высокими» или «низкими» дозами, не существует.
- Метадон не должен даваться как «награда» или не даваться как «наказание».

Конкретные положения

- Первоначальные дозы не должны превышать 30 мг.
- Дозировки должны повышаться и уменьшаться постепенно. По соображениям как безопасности, так и комфортности, когда люди находятся на относительно низких уровнях дозировки (менее 60 мг в день), следует вводить изменения на меньшую величину (например, на 5 мг за один раз) с более длительными интервалами (например, каждые пять дней). Когда же уровни дозировки более высокие, безопасными, как правило, бывают более значительные и более частые изменения (например, на 10 мг каждые три дня).
- В целом более высокие поддерживающие дозы ассоциируют с лучшими исходами лечения, чем низкие дозы; диапазон оптимальной эффективности для большинства людей составляет 80–120 мг в день.
- Когда есть субъективные жалобы на то, что «метадон не держит», возможно, следует попробовать разделение — а также увеличение — суточной дозы; это может иметь значение особенно для беременных женщин и/или для лиц, получающих антиретровирусную терапию.

Вспомогательные услуги

- Чем больше услуг может быть предложено, тем лучше, но такие услуги не должны быть обязательными.
- Одним из главных препятствий, мешающих эффективности метадоновой терапии, является широко распространенное клеймо позора, или стигма, ассоциирующая с данной болезнью, с проходящим лечение человеком и с самим лечением. Необходимо оказывать поддержку потребителям наркотиков в преодолении этой стигмы, а медработникам следует изыскивать любую возможность для просвещения населения (в том числе — и, пожалуй, самое главное — своих коллег-медиков).

Поддержание непрерывности лечения

- В максимально возможной степени необходимо принимать меры к тому, чтобы люди могли продолжать метадоновую терапию при поступлении в учреждения (например, в больницу или исправительное учреждение) или при выходе из этих учреждений и возвращении в общество.
- Если нет однозначного документального подтверждения того, что ранее, в других условиях пациенту давались более высокие дозы метадона, следует применять дозировку, рекомендуемую в методических указаниях для впервые начинающих лечение пользователей наркотиков.

Токсикологическое исследование мочи и уровни метадона в сыворотке

- Ценность этих и других лабораторных исследований следует определять в сравнении с их стоимостью и потенциальными выгодами более разнообразных и качественных услуг по лечению, которые могли бы быть обеспечены без них за счет имеющихся средств.
- Наблюдение за актом мочеиспускания унижает человеческое достоинство и обычно подрывает нормальные отношения между врачом и пациентом.
- Независимо от того, каким образом был взят образец, не следует полагаться на результаты лабораторных анализов, если они противоречат клиническим наблюдениям.

Цели лечения

- Цели лечения должны касаться потребления героина и других наркотиков, поведения с точки зрения риска заражения ВИЧ, взаимоотношений, работы, жилья и т.д., но они должны быть определены совместно лечащим врачом и потребителем наркотиков и в целом не навязываться медицинским работником.

Согласие на основе полной информированности — особенности при лечении наркозависимости

- Если лечащий врач в первую очередь выполняет обязательства перед государством или какой-либо иной третьей стороной (например, выполняет поручение суда, работодателя, родственника и т.д.), в самом начале лечения необходимо проинформировать об этом потребителя наркотиков. Но даже если это и не так, во многих странах потребители наркотиков не верят, что конфиденциальность в их случае будет соблюдена, и это мнение — независимо от его обоснованности или необоснованности — может сказываться на взаимоотношениях в процессе лечения.
- Потребителям наркотиков необходимо сообщать о конкретных причинах добровольного прекращения и о механизмах обжалования, которые можно использовать для оспаривания таких решений о прекращении лечения.
- Необходимо информировать потребителей наркотиков, собирающихся добровольно прекратить лечение, о вероятности последующего рецидива наркозависимости.

Источник: Newman (2003).

Как отмечалось выше, результаты исследований неизменно демонстрируют значительную пользу, ассоциирующую как с метадоновым поддерживающим лечением, так и с поддерживающим лечением бупренорфином, которое стало применяться с недавних пор.

Бупренорфин

Бупренорфин представляет собой отпускаемый по рецепту врача лекарственный препарат с более слабой активностью опиоидного агониста по сравнению с метадоном. Бупренорфин хуже усваивается при оральном приеме, поэтому обычно при лечении опиоидной зависимости он кладется под язык. При увеличении доз бупренорфина происходит стабилизация эффекта. Поэтому при применении бупренорфина развитие состояния передозировки опиоида менее вероятно, чем при применении либо метадона, либо героина, даже если он будет приниматься одновременно с другими опиоидами. С точки зрения снижения употребления незаконных опиоидов и улучшения психосоциального функционирования эффективность бупренорфина при правильной дозировке такая же, как и эффективность метадона, однако применение бупренорфина может ассоциировать с более низкими показателями удерживания в процессе лечения. В настоящее время бупренорфин стоит дороже, чем метадон.

Бупренорфин положительно воспринимается потребителями героина, вызывает меньше побочных эффектов и ассоциирует с относительно легким синдромом отмены. Когда бупренорфин применяется в опиоидной заместительной терапии беременных женщин с опиоидной зависимостью, он ассоциирует с меньшей частотой возникновения неонатального синдрома отмены.

Результаты нескольких недавно проведенных исследований (Eder et al., 2005) также показывают, что столь же эффективным, как и метадон, является морфин с замедленным высвобождением активного вещества, а применение под язык комбинированной таблетки бупренорфина/наллоксона (в соотношении доз 2 мг бупренорфина и 0,5 мг налоксона) в опиоидной заместительной терапии хорошо воспринимается и переносится пациентами.

Морфин с замедленным высвобождением активного вещества

В некоторых странах (Австралия, Австрия, Болгария, Нидерланды, Словения, Соединенное Королевство и Швейцария) ценным препаратом для успешной заместительной терапии считается морфин с замедленным высвобождением активного вещества. В некоторых исследованиях сообщается, что пероральный прием морфина с замедленным высвобождением активного вещества приводит к улучшению самочувствия пациентов, получающих морфиновую поддерживающую терапию, по сравнению с пациентами, принимающими метадон, благодаря лучшим характеристикам побочного действия морфина. В частности, морфин с замедленным высвобождением активного вещества легко принимается (один раз в день), потребители сообщают об улучшении способности сосредоточиться, отсутствии значительных перепадов настроения, отсутствии прибавки в весе и о большем ощущении наслаждения.

Налтрексон

Если пациент воздерживается от опиатных наркотиков, тогда в исправительных учреждениях перед выходом за пределы учреждения можно начинать лечение налтрексоном. Налтрексон является чистым опиатным антагонистом и как таковой не считается агонистом для заместительной терапии. Однако в последнее время он привлек к себе значительное внимание как средство сверхбыстрой детоксикации под общим наркозом. Помимо применения в качестве действующего вещества для быстрой детоксикации, налтрексон также в течение многих десятилетий используется в качестве блокирующего вещества более длительного действия в поддерживающей терапии.

Опиоидный антагонист налтрексон может применяться в программах предупреждения рецидива употребления наркотиков. Единственная поддерживающая доза налтрексона связывает опиоидные рецепторы в головном мозге и блокирует действие любых опиоидов, принимаемых в течение последующих 24 часов. Он не вызывает эйфории, толерантности или зависимости. Для побуждения к лечению налтрексоном людям обычно требуется воздержание от наркотиков в течение 10 дней.

Обзор материалов об эффективности поддерживающей терапии налтрексоном в базе данных Кокрейна (Kirchmayer et al., 2002; Minozzi et al., 2006) не выявил доказательств эффективности налтрексона при использовании его в поддерживающей терапии. Однако была отмечена тенденция к лечению налтрексоном некоторых целевых групп (особенно людей с высокой степенью мотивации).

Эффективность лечения налтрексоном совершенно очевидно зависит от соблюдения режима лечения и мотивации к ежедневному приему препарата.

Основные сведения о лечении

Информация, которая нужна потребителям

Абсолютно обязательным условием успешного начала заместительной терапии является предоставление потребителю информации, имеющей отношение к лечению, в частности, информации о риске передозировки, которая должна включать в себя следующие пункты:

- задержка в пиковом эффекте препарата, используемого в заместительной терапии (2–4 часа в случае метадона);
- аккумуляция препарата, используемого в заместительной терапии, с течением времени, что приводит к большему эффекту (в случае метадона через 3–5 дней или больше) даже при фиксированной дозе;
- риски, связанные с употреблением нескольких наркотических веществ во время заместительной терапии, особенно других опиатов, кокаина, бензодиазепинов, а также алкоголя;
- потенциальное взаимодействие с другими лекарственными препаратами.

Кроме того, пользователям нужна информация о заместительной терапии и наркотиках вообще и об особенных правилах и ожиданиях в частности. Нередко заключенные не понимают, какие цели преследует заместительная терапия, и у них нет достаточной информации о конкретном применяемом препарате и о правилах, которые они должны соблюдать. После того как заключенные четко усвоили всю относящуюся к лечению информацию, необходимо, чтобы они подписали форму согласия на основе полной информированности.

Анонимность и конфиденциальность лечения

Перед началом какого бы то ни было лечения каждый заключенный должен знать, перед кем в первую очередь выполняет обязательства врач – перед государством, перед исправительным учреждением или перед заключенным.

Хотя в исправительном учреждении и трудно обеспечить анонимность и конфиденциальность, предпринимаются попытки давать препараты, применяемые для заместительной терапии, таким образом, чтобы заключенные были защищены от постороннего внимания: либо всех потребителей наркотиков помещают в одном блоке, либо применяемые для заместительной терапии препараты даются незаметно вместе с другими фармацевтическими препаратами.

Другие заключенные или персонал не должны узнать, что данный заключенный является потребителем наркотиков или проходит заместительную терапию. Опасение здесь заключается в том, что, если кто-либо посторонний узнает о наркозависимости, это приведет к определенным последствиям для условий отбывания наказания, т.е. возникнут сложности (например, трудности с работой, получением квалификации или рабочего места), предрассудки, будут утрачены привилегии или просто начнется отрицательное отношение со стороны персонала и других заключенных. Кроме того, потребители наркотиков опасаются, что на них начнут оказывать давление другие заключенные, которые захотят подключиться к программе заместительной терапии для хищения применяемых в лечении препаратов.

Однако правильное информирование подготовленных охранников и другого персонала, работающего с заключенным, может иметь и положительные последствия. Когда

охранники полностью отстранены от психологической и медико-санитарной помощи, это также приводит к возникновению барьеров между различными категориями персонала, а иногда и усиливает предрассудки и непонимание в отношении заключенного и употребления наркотиков. Поэтому, для того чтобы выработать у сотрудников положительное или хотя бы более положительное отношение к потребителям наркотиков, необходимы элементарное сотрудничество, информирование и подготовка персонала исправительных учреждений, в том числе охранников.

Привилегии

Больные, получающие заместительную терапию и соблюдающие правила, предусмотренные в их согласии на лечение, должны иметь возможность пользоваться теми же привилегиями, что и другие заключенные. Решения, касающиеся гибкой схемы выхода в увольнение за пределы исправительного учреждения, должны приниматься на основании индивидуального заключения врача. Увольнения по гибкой схеме должны планироваться и осуществляться постепенно.

Дозы препаратов, которые разрешается брать с собой при краткосрочных увольнениях или отпусках длительностью свыше 24 часов, могут даваться в виде привилегии. Заключенный, получающий заместительную терапию, должен иметь возможность продолжать это лечение и быть включенным в другую программу после освобождения. Врач принимает решение в отношении трудоспособности пациента.

Участие потребителя

Большую ценность для улучшения качества медико-санитарной помощи имеет постоянное участие самих потребителей наркотиков; у большинства заключенных имеется прежний личный опыт получения медико-санитарной помощи в исправительном учреждении и заместительной терапии в исправительном учреждении и на свободе (либо детоксикации, либо поддерживающей терапии).

Признание и привлечение прежнего опыта заключенного к разработке, планированию и осуществлению врачебных вмешательств и умение привлекать к этой работе потребителей наркотиков имеет важнейшее значение для улучшения адекватности и степени охвата этих вмешательств.

Необходимо создавать группы поддержки или программы просвещения или включать эти группы и программы в общую программу лечения ВИЧ-инфекции для потребителей инъекционных наркотиков. Бывшие потребители инъекционных наркотиков часто способны добиться невиданных успехов в просвещении и создании мотивации у теперешних потребителей наркотиков к тому, чтобы предпринять необходимые шаги для получения доступа к действенному уходу и помощи.

Связь с лечением по поводу ВИЧ-инфекции

Заместительная терапия дает возможность улучшить ведение антиретровирусного лечения потребителей опиоидов, живущих с ВИЧ. Заместительная терапия позволяет потребителям наркотиков с опиоидной зависимостью добиться стабильности своей жизни и избежать (или преодолеть) многих из осложнений, сопутствующих употреблению инъекционных наркотиков. Поэтому она считается неременной составляющей стратегий удерживания активных потребителей инъекционных наркотиков в процессе лечения. Она также создает дополнительные каналы расширения масштабов антиретровирусной терапии, улучшает соблюдение схемы лечения и расширяет доступ к помощи.

Программы заместительной терапии могут иметь большое значение для потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ, благодаря тому, что они предусматривают:

- предложение потребителям инъекционных наркотиков пройти тестирование на ВИЧ;
- направление ПИН в службы помощи больным с ВИЧ;
- взаимодействие со службами помощи больным с ВИЧ в вопросах лечения и ухода;
- подготовку потребителей инъекционных наркотиков к лечению методом антиретровирусной терапии;
- проведение антиретровирусной терапии в сочетании с опиоидной заместительной терапией;
- мониторинг и ведение побочных эффектов антиретровирусной терапии;
- мониторинг и организацию взаимодействия между терапией с помощью метадона или бупренорфина и антиретровирусной терапией;
- поддержку пациента и его родственников в пожизненной привязке к антиретровирусной терапии.

Такой каждодневный контакт с программой заместительной терапии может давать огромные преимущества для доступа к антиретровирусной терапии и соблюдения ее схемы.

Особенности лечения женщин

У женщин как наркозависимость, так и ее лечение обычно проходит не так, как у мужчин. Основные различия связаны с высокими уровнями физических и психических сопутствующих заболеваний у женщин с опиоидной зависимостью, и эти заболевания необходимо принимать во внимание при проведении лечения. Женщины с опиоидной зависимостью часто сталкиваются с самыми различными препятствиями, мешающими лечению: нехваткой денег, отсутствием соответствующих систем услуг и направления к специалистам, ориентированных на женщин, обязанностями по воспитанию детей.

Эффективная заместительная терапия опиоидной зависимости может существенно улучшить исходы акушерской помощи, родов и неонатальных состояний. Опиоидная заместительная поддерживающая терапия также играет большую роль в привлечении беременных женщин к лечению и удерживанию их в процессе лечения и в обеспечении хороших контактов со службами родовспоможения и местными медицинскими службами, включая первичное звено медико-санитарной помощи.

Перспективы на будущее

Для того чтобы уровень медицинской помощи в исправительных учреждениях был равноценен уровню помощи в гражданском обществе: 1) во многих странах для удовлетворения потребностей заключенных требуется значительное расширение помощи при инфекциях, передаваемых половым путем; 2) должны быть предприняты значительные усилия по улучшению качества предоставляемых услуг и 3) необходимо наладить более прочные связи и непрерывность лечения между исправительными учреждениями и различными местными службами.

В принятом на основе консенсуса Совместном заявлении об исправительных учреждениях, наркотиках и обществе 2002 года (Европейское региональное бюро ВОЗ и Группа Помпиду Совета Европы, 2002) признается, что:

- наркотики и исправительные учреждения должны рассматриваться в более широком социальном контексте;
- происходит движение людей между исправительными учреждениями и обществом;
- тюремное заключение не должно означать большего наказания, чем лишение свободы;
- исправительные учреждения должны быть безопасными, защищенными и вполне приличными местами, где люди живут и работают;
- люди, работающие в исправительных учреждениях, должны работать в рамках закона, такого, как он есть.

Ввиду имеющихся доказательств роста проблем употребления инъекционных наркотиков и распространенности ВИЧ/СПИДа в исправительных учреждениях и эффективности заместительной терапии совершенно очевидно, что настала пора действовать. Непринятие мер по проведению действенного медикаментозного лечения, в том числе заместительной терапии, и мер по профилактике передачи ВИЧ приведет к дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, среди более широкого контингента исправительных учреждений и, в конце концов, среди населения за пределами пенитенциарной системы.

Литература

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Council of Europe (2001). *11th general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000*. Strasbourg, Council of Europe, 2001 (CPT/Inf (2001) 16) [Совет Европы (2001). Одиннадцатый генеральный отчет о деятельности КПП в период с 1 января по 31 декабря 2000 года. Страсбург, Совет Европы, 2001 год. (CPT/Inf (2001) 16)].

Dolan KA, Wodak AD, Hall WD (1996). An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research*, 4:85–97.

Eder H et al. (2005). Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction*, 100:1101–1109.

Kirchmayer U et al. (2002). A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. *Addiction*, 97:1241–1249.

Kastelic A, Perhac O, Kostnapfel Rihtar T (2001). *General instructions for treating drug users in prisons in Slovenia*. Ljubljana, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Ministry of Justice of the Republic of Slovenia, 2001.

Lines R et al. (2004). *Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia*. Dublin, Irish Penal Reform Trust.

Minozzi S et al. (2006). Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD001333.

National Institute on Drug Abuse (2000). *Principles of drug addiction treatment: a research based guide*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse.

Newman R (2003). Methadone: the barest basics; a guide for providers. *SEEA Addictions*, 4(1–2).

United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS and WHO (2006). *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. [Управление ООН по наркотикам и преступности, Программа ЮНЭЙДС и ВОЗ (2006 г.). *Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка больных в условиях исправительных учреждений: основа для действенных ответных мер на уровне страны*] Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (<http://www.who.int/hiv/treatment/en/index.html>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Verster A, Buning E (2000). *European methadone guidelines*. Amsterdam, EuroMethwork (<http://www.q4q.nl/methwork/startguidelines.htm>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO (1993). *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva, World Health Organization, 1993 [«Методические указания по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в исправительных учреждениях», ВОЗ, 1993 г.]. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime and UNAIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Geneva, World Health Organization [ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС (2004). *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*] (http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (1990). *Drug abusers in prisons: managing their health problems. Report on a WHO meeting, The Hague, 16–18 May 1988*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 27).

WHO Regional Office for Europe and Pompidou Group of the Council of Europe (2002). *Prisons, drugs and society*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Дополнительная литература для чтения

Anonymous (2005). Prison health: a threat or an opportunity? *Lancet*, 366:57.

Council of Europe (2001). *Development and improvement of substitution programmes*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). Key role of substitution in drug treatment. *Drugs in Focus*, Issue 1 (January-February) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). Treating drug users in prison – a critical area for health-promotion and crime-reduction policy. *Drugs in Focus*, Issue 7 (January-February) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Ford C et al. (2003). *Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care*. London, RCGP Drug and Alcohol Misuse Training Programme, RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group and SMMGP (<http://www.smmgp.org.uk/html/guidance.php>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Kastelic A (2004). Statement on the 7th European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison, “Prison, Drugs and Society in the Enlarged Europe”. In: Stöver H, Hennebel L.C., Casselmann J., eds. *Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries*. London, European Network of Drug Services in Prison.

Kastelic A, Kostnapfel Rihtar T (2003). Drug addiction treatment in the Republic of Slovenia. *SEEA Addictions*, 4(1–2).

Kastelic A, Perhac O, Kostnapfel Rihtar T (2001). *General instructions for treating drug users in prisons in Slovenia*. Ljubljana, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Ministry of Justice of the Republic of Slovenia, 2001.

Kerr T, Jürgens R (2004). *Methadone maintenance therapy in prisons: reviewing the evidence*. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network (<http://pubs.cpha.ca/PDF/P31/22907.pdf>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Kraigher D et al. (2005). Use of slow-release oral morphine for the treatment of opioid dependence. *European Addiction Research*, 11:145–151.

La Vincente S (in press). *Treatment of injecting drug users with HIV/AIDS: promoting access and optimizing service delivery*. Geneva, World Health Organization.

MacDonald M (2004). *A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from central and eastern Europe*. Warsaw, Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison (CEENDSP), Cranston Drug Services (http://www.endipp.net/index.php?option=com_remository&Itemid=42&func=selectcat&cat=1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

National Institute on Drug Abuse (2000). *Principles of drug addiction treatment: a research based guide*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse.

Newman R (2003). Methadone: the barest basics; a guide for providers. *SEEA Addictions* 4:1–2.

Stöver H, Casselman J, Hennebel L (2006). Substitution treatment in European prisons: a study of policy and practices in 18 European countries. *International Journal of Prison Health*, 2:3–12.

Uchtenhagen A (2002). Drug abuse treatment in the prison milieu: a review of the evidence. In: Council of Europe, ed. *Prisons, drugs and society*. Strasbourg, Council of Europe:79–98.

United Nations Office on Drugs and Crime (2002). *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/unodc/treatment_toolkit.html, accessed 15 September 2006).

United Nations Office on Drugs and Crime (2003). *Investing in drug abuse treatment: a discussion paper for policy makers*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime. (http://www.unodc.org/unodc/treatment_toolkit.html, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Verster A, Buning E (2003). *Information for policymakers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence*. Amsterdam, EuroMethwork.

Verster A, Buning E. *Key aspects of substitution treatment for opiate dependence*. Amsterdam, EuroMethwork 2003.

Verster A, Keenan E (2005). *HIV/AIDS treatment and care protocols for injecting drug users: draft*. Lisbon, WHO Technical Consultation, in collaboration with EMCDDA, on the Development of HIV/AIDS Treatment and Care Protocols for IDU, 2005.

WHO (2004). *The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in central and eastern Europe*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. *Проблема наркомании в тюрьмах и меры по снижению вреда: доклад о положении дел*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ] (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

Zickler P (1999). High-dose methadone improves treatment outcomes. *NIDA Notes*, 14(5) (http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/HighDose.html, accessed 21 December 2006).

11. Психическое здоровье в исправительных учреждениях

Eric Blaauw и Hjalmar J.C. van Marle

Основные пункты

- В исправительных учреждениях широко распространены психические расстройства и самоубийства.
- Тюремному заключению изначально присущи несколько факторов, которые опасны для психического здоровья заключенных.
- Заключенным должны предоставляться основные услуги здравоохранения того же уровня и качества, что и в обществе (принцип эквивалентности).
- Крайне важно, чтобы исправительные учреждения сотрудничали с гражданскими организациями для обеспечения равенства и непрерывности в лечении.
- Около 6–12% всех заключенных нуждаются в переводе в специализированные учреждения, 30–50% нуждаются в помощи служб здравоохранения, а 40–60% наибольшую пользу дало бы укрепление психического здоровья. Следовательно, требуются различные уровни помощи.
- Для предотвращения ухудшения психического здоровья заключенных в исправительном учреждении должен быть постоянный доступ к медико-санитарной помощи, а нуждающимся заключенным также необходим доступ к психиатрической помощи. Для снижения вероятности рецидива может быть необходимо специализированное психиатрическое (судебно-психиатрическое) лечение.
- Присутствие медицинских работников не гарантирует хорошего состояния психического здоровья. Обеспечение хороших условий содержания под стражей дает дополнительную гарантию против ухудшения психического здоровья и укрепляет его. Для этого важно выполнение принятых ООН Минимальных стандартных правил обращения с заключенными.
- Наилучшие гарантии возможны тогда, когда все сотрудники исправительных учреждений проходят тщательный отбор и полное обучение методам снижения вреда для психического здоровья и его укрепления.

Психическое здоровье и психические заболевания в исправительных учреждениях

Во всем мире в исправительных учреждениях содержится около 9 миллионов человек. По крайней мере у половины из них наблюдаются расстройства личности, а один миллион или даже больше заключенных во всем мире страдает тяжелыми психическими заболеваниями, такими как психоз или депрессия. Практически все заключенные испытывают депрессивные состояния или симптомы стресса. Более того, каждый год несколько тысяч заключенных совершают самоубийства во время тюремного заключения.

Примерно у 4% заключенных обоих полов отмечаются психотические заболевания, от 10% (мужчины) до 12% (женщины) страдают общей депрессией, от 42% (женщины) до 65% (мужчины) – расстройством личности, причем от 21% (женщины) до 47% (мужчины) характеризуются антисоциальным расстройством личности (Fazel & Danesh, 2002). Исследование (Blaauw et al., 1998) также показало, что 89% всех заключенных имеют депрессивные симптомы, а 74% заключенных имеют обусловленные стрессом

соматические симптомы. Таким образом, тюремное заключение четко ассоциирует с нарушениями психического здоровья среди тех, кто туда попадает.

Среди тех, кто берется под арест и лишается свободы, многие уже имеют психические расстройства, в результате чего психические проблемы переносятся из внешнего мира в исправительные учреждения. В других случаях у людей, не имеющих психических расстройств, они развиваются во время пребывания в заключении из-за лишений, с которыми они сталкиваются в исправительных учреждениях.

Некоторые виды лишений в исправительных учреждениях неизбежны. Например, заключенные лишаются свободы на длительный или неопределенный срок. Лишение свободы неизбежно подразумевает лишение возможностей выбора, которые на свободе принимались как должное. Они больше не могут сами решать, где им жить, с кем общаться и чем заниматься, и должны подчиняться дисциплине, навязываемой другими. Общение с семьями и друзьями ограничено и часто происходит на виду у всех.

К другим факторам, которые часто имеют место в исправительных учреждениях и могут оказывать отрицательное воздействие на психическое здоровье, относятся переполненность, грязная и подавляющая обстановка, плохое питание, медицинская помощь ненадлежащего уровня, агрессия (которая может принимать разные формы, например, физическая, вербальная, на расовой или сексуальной почве), отсутствие осмысленных занятий с какой-либо целью, доступность запрещенных наркотиков и либо вынужденное одиночество, либо отсутствие частной жизни и времени для того, чтобы можно было расслабиться и спокойно поразмышлять.

Кроме того, заключенные могут испытывать чувство вины или стыда за совершенные ими преступления, за то, что они находятся в заключении и за последствия их поведения для других людей, включая семью и друзей, и все это сочетается с беспокойством о том, сколько и что из их прошлой жизни сохранится после освобождения. Заключенные, ищущие убежища или ожидающие выдворения в другую страну, испытывают дополнительную тревогу и могут чувствовать себя в еще большей изоляции.

Если не принимать мер к ограничению влияния всех этих факторов, их кумулятивный эффект выразится в ухудшении психического здоровья заключенных и повышении вероятности происшествий, наносящих вред благополучию заключенных и персонала, а также правопорядку и безопасности, таких как агрессия, издевательство над более слабыми, произвол преступных авторитетов, попытки самоубийства и членовредительство. В исправительных учреждениях, где такие происшествия случаются часто, персонал и заключенные страдают от последствий повышенной напряженности, что плохо сказывается на их психическом здоровье. Таким образом, как заключенные, так и персонал получают пользу от снижения вреда психическому здоровью и от мер по укреплению психического здоровья в исправительных учреждениях.

Психическое здоровье является положительным ощущением благополучия — источником эмоциональной и духовной жизнеспособности, которая важна для реализации способностей личности и позволяет людям пережить боль, разочарование и стресс (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999). Нужно, чтобы в его основе лежала вера в достоинство и значимость нас самих и других людей. Хотя может быть и трудно рассчитывать увидеть среди заключенных людей с положительным психическим здоровьем, исправительные учреждения должны давать возможность помочь заключенным почувствовать, что и у них есть шансы для личного развития без причинения вреда себе или другим.

Снижение психического вреда и укрепление психического здоровья

Основной принцип пенитенциарного права заключается в том, что наказание долгосрочным тюремным заключением является существенным наказанием, то есть долгосрочное тюремное заключение должно быть достаточным наказанием для заключенного и должно быть достаточным для общества. Дисциплина, порядок и инструменты ограничения свободы (наручники, цепи и смирительные рубашки), а также другие аспекты наказания тюремным заключением могут вызывать действительно неприятные ощущения у заключенных, подчеркивать отсутствие свободы и атмосферу, в которой они находятся, но они ни в коем случае не должны носить характер еще одного наказания.

Согласно судебной этике, касающейся здравоохранения в исправительных учреждениях, цель должна заключаться в оказании медико-санитарной помощи в исправительном учреждении на основе принципа эквивалентности. Это означает, что уровень и качество базовых услуг здравоохранения должны быть такими же, как и в обществе. Помимо этого, при возникновении потребности в дальнейших специализированных медицинских осмотрах, вмешательствах и последующем уходе эти действия должны проводиться в специальном блоке исправительного учреждения такими же способами, какими они проводятся в обществе. Таким образом, требования защиты общества не нарушаются. Если этого требует состояние здоровья заключенного, он имеет право быть переведенным в больницу под охраной. Необходимое лечение не может быть отменено, поэтому во многих странах существуют тюремные больницы, куда заключенные могут переводиться для лечения и где медицинская помощь может оказываться в безопасных и охраняемых условиях.

Вышеупомянутые проблемы были признаны в заявлении ВОЗ, принятом на основе консенсуса (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999), в котором, исходя из принципа равенства, говорится следующее:

«Для обеспечения положительного психического здоровья в странах должно быть принято законодательство о положительном психическом здоровье, обеспечена тесная интеграция политики в области здравоохранения, пенитенциарной системы и социального обеспечения и налажен действенный последующий уход после заключения в исправительное учреждение. Заключенные остаются членами общества, поэтому исправительные учреждения должны работать в партнерстве с заключенными, их родственниками и соответствующими организациями в обществе в целях осуществления программ и лечения, которые позволяют заключенным установить связь с обществом на ранней стадии любого срока заключения. Сотрудничество с гражданскими организациями жизненно необходимо для обеспечения непрерывности лечения (например, лечения психиатрических заболеваний и злоупотребления различными веществами) и для содействия реинтеграции заключенного в общество».

Кроме того, европейский проект ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах» настоятельно рекомендует, чтобы администрация всех исправительных учреждений, органы здравоохранения и сотрудники исправительных учреждений признавали и использовали все возможности, предоставляемые тюремными условиями, для ликвидации или снижения вреда, который может быть причинен тюремным заключением психическому здоровью, и для укрепления психического здоровья. Правительствам и органам власти, ответственным за все виды принудительного содержания под стражей, предлагается рассмотреть актуальность заявления ВОЗ, принятого на основе консенсуса (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999), для своих местных условий и принять его положения, осуществляя их в соответствии с национальными законодательными

требованиями. В связи с этим Комитет министров Совета Европы (1998) заявил, что соблюдение основных прав заключенных подразумевает осуществление профилактического лечения заключенных и предоставление им медицинской помощи на уровне, эквивалентном услугам, предоставляемым в обществе в целом.

Уровни помощи

Не все заключенные с психическими заболеваниями нуждаются в специализированном психиатрическом лечении. Исследование (Vlaauw et al., 2000) показало, что потребность в переводе для проведения дальнейшей диагностики и лечения заключенных с психическими заболеваниями удовлетворяется, когда может быть переведено 6–12% от общего числа заключенных в стране. Еще 30–50% заключенных не нуждаются в переводе или срочной психиатрической помощи, но нуждаются в определенной помощи со стороны системы здравоохранения (см. ниже). Для остальных 40–60% наиболее полезным было бы укрепление психического здоровья. Вопрос, однако, заключается в том, что такое психиатрическое лечение, что такое помощь со стороны системы здравоохранения и что такое укрепление психического здоровья. Иными словами, какие существуют уровни помощи и каковы их характеристики?

Всем исправительным учреждениям нужна достаточная поддержка для уравнивания дестабилизирующего негативного влияния тюремных условий. Помимо элементарной медико-санитарной помощи необходима судебная медико-санитарная помощь (Министерство юстиции, Нидерланды, 2003), которая должна быть доступна постоянно в самом исправительном учреждении и основная цель которой заключается в предупреждении ухудшения психического здоровья заключенных под воздействием атмосферы исправительного учреждения. Более того, судебная медико-санитарная помощь часто бывает необходима ввиду присутствия крайне уязвимых заключенных (наркозависимые лица, психиатрические больные и люди, глубоко ушедшие в себя) и ввиду уникальных характеристик ситуации (например, строгая иерархия сотрудников исправительных учреждений). В этих целях ООН¹³ было сформулировано Стандартное минимальное правило (Правило 22), которое гласит (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 1957):

«Все заведения должны иметь в своем распоряжении по крайней мере одного квалифицированного медицинского работника, имеющего познания в области психиатрии. Медицинское обслуживание должно быть организовано в тесном взаимодействии с местными или государственными органами здравоохранения. Оно должно охватывать психиатрические диагностические службы и там, где это необходимо, лечение психически ненормальных заключенных».

То, что трудные обстоятельства исправительного учреждения требуют, чтобы в оказании самой необходимой элементарной помощи также принимал участие психолог, вполне оправданно. Помимо врача, медсестер и психолога, в исправительном учреждении нужны также консультации психиатра, социального работника и служб условно-досрочного освобождения (консультации последних связаны с возвращением заключенного в общество). В этой связи Стандартное минимальное правило 49 ООН (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 1957) гласит: «По мере возможности

¹³ ООН и Совет Европы разработали нормы обращения с заключенными. ООН приняла Стандартные минимальные правила обращения с заключенными (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 1957). На уровне Совета Европы основным нормообразующим документом являются Европейские пенитенциарные правила (Комитет министров Совета Европы, 2006). Европейские пенитенциарные правила в какой-то степени пошли дальше, нежели Стандартные минимальные правила, установив более конкретные инструкции по обращению с заключенными. Несмотря на это, мы решили рассматривать Стандартные минимальные правила, учитывая глобальную цель данной главы.

штаты сотрудников должны включать достаточное число специалистов, таких как психиатры, психологи, социальные работники, учителя и преподаватели ремесленных дисциплин. Социальных работников, учителей и преподавателей ремесленных дисциплин следует назначать в качестве постоянных сотрудников, не пренебрегая, однако, и работой лиц, работающих неполный рабочий день, или же добровольных сотрудников».

Помимо предоставления самой необходимой тюремной медицинской помощи всем нуждающимся заключенным также необходимо оказывать судебно-психиатрическую помощь. Примером являются психически больные преступники, которым показано антипсихотическое медикаментозное лечение, или заключенные, которые чрезвычайно уязвимы в период отбывания срока наказания, например, лица с расстройствами познавательных способностей или лица, совершившие преступления, которые могут навлекать на них издевательства со стороны других заключенных. Обращение с такими заключенными должно осуществляться в соответствии с последними достижениями общей психиатрии, что часто требует их перевода в особое отделение. Во многих пенитенциарных системах уже предусмотрены отделения для наркозависимых заключенных, предназначенные для предотвращения продолжения употребления наркотиков. Заключенные и персонал в таких отделениях должны иметь легкий доступ к услугам психолога и психиатра. В случаях, когда невозможно предотвратить дальнейшее ухудшение состояния психического здоровья заключенных, необходим перевод в общую психиатрическую больницу, так как судебно-медицинская этика требует предупреждать нанесение непоправимого вреда здоровью заключенных в результате тюремного заключения. Сюда входит и психическое здоровье. Перевод из исправительного учреждения в больницу в основном регламентируется пенитенциарными правилами.

Специализированное психиатрическое лечение в исправительных учреждениях может быть необходимо не только для предотвращения ущерба для психического здоровья, но и для лечения психических симптомов, которые являются частью комплекса факторов риска. Такое судебно-психиатрическое лечение ориентировано на факторы риска, связанные с рецидивизмом, и как таковое важно как для заключенного, так и для общества. Специальные судебные больницы проводят судебно-психиатрическое лечение уже много лет, но оно также становится все более распространенным в исправительных учреждениях, где программы лечения используются в качестве одного из факторов при определении продолжительности пребывания в исправительном учреждении. Однако заключенных нельзя заставлять проходить такое лечение, поскольку они не представляют опасности для себя или окружающих. Поэтому программа лечения должна учитывать потребности заключенных таким образом, чтобы создавать соответствующую мотивацию.

Достижение уровня помощи, эквивалентного тому, который существует за пределами исправительных учреждений, требует создания амбулаторных клиник. Там могут продолжать свое лечение не только пациенты из специальных больниц, но также и заключенные после выхода на свободу. В рамках определенной программы лечения даже может возникнуть возможность досрочного освобождения, если пациент хорошо соблюдает режим лечения. Посещения таких амбулаторных клиник могут начинаться на основе почасового выхода пациента за пределы исправительных учреждений, а потом быть доведены до полного нахождения в обществе. В некоторых странах это называется *transmuralization* (оказание заключенным психиатрической помощи в обществе), или тюремными программами. Человек находится под контролем исправительного учреждения с привлечением или без привлечения служб условно-досрочного освобождения.

Элементарные условия

Присутствие психолога, психиатра и медсестер не гарантирует хорошего психического здоровья. В конце концов, в повседневной жизни большинству людей вряд ли приходится сталкиваться с этими специалистами, но, несмотря на это, они все же могут сохранять хорошее психическое здоровье. ООН были сформулированы Минимальные стандартные правила обращения с заключенными (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 1957), которые дают дополнительные гарантии против ухудшения психического здоровья. Основным принцип правил заключается в том, что не должно быть дискриминации по признакам расы, цвета кожи, пола, языка, вероисповедания, политических или других взглядов, национального или социального происхождения, имущественного положения, статуса по рождению или другого статуса и что, с другой стороны, необходимо уважать религиозные верования и нравственные установки группы, к которой принадлежит заключенный (Стандартное минимальное правило 6). Соблюдение этого правила является обязательным условием укрепления психического здоровья. С учетом общего здоровья необходимо также соблюдать следующие правила:

- Заключенные должны содержаться в помещениях достаточного размера, которые имеют достаточное освещение, отопление и вентиляцию (Стандартное минимальное правило 10).
- Должны быть предусмотрены достаточные банные установки и достаточное количество душевых, чтобы каждый заключенный мог бы иметь возможность и был обязан принимать ванну или душ [...] по крайней мере один раз в неделю (Стандартное минимальное правило 13).
- Заключенные должны быть обеспечены водой и туалетными принадлежностями, необходимыми для поддержания здоровья и чистоты (Стандартное минимальное правило 15).
- Для того чтобы заключенные могли сохранять внешний вид, совместимый с их человеческим достоинством, им нужно давать возможность заботиться о своей прическе и бороде, позволяя мужчинам регулярно бриться (Стандартное минимальное правило 16).
- Каждому заключенному следует обеспечивать отдельную койку, снабженную отдельными спальными принадлежностями, которые должны быть чистыми в момент их выдачи, поддерживаться в исправности и меняться достаточно часто, чтобы обеспечивать их чистоту (Стандартное минимальное правило 19).
- Каждому заключенному, не имеющему права носить гражданскую одежду, следует выдавать комплект обмундирования, соответствующего данному климату и позволяющего поддерживать его здоровье в удовлетворительном состоянии. Эта одежда не должна иметь ни оскорбительного, ни унижающего достоинства характера (Стандартное минимальное правило 17).
- Каждый заключенный в обычные часы должен обеспечиваться пищей, достаточно питательной для поддержания его здоровья и сил, имеющей хорошее качество, хорошо приготовленной и поданной. Каждый заключенный должен располагать питьевой водой, когда он испытывает в ней потребность (Стандартное минимальное правило 20).

Во многих исправительных учреждениях не выполняются даже эти минимальные правила. Однако они являются неотъемлемыми нормами элементарного ухода и главным критерием обеспечения разумного, справедливого и гуманного ухода в местах лишения свободы.

Минимальные стандартные правила не являются стопроцентной гарантией, что не произойдет ухудшения психического здоровья, они мало что дают для его укрепления. Но что же тогда может обеспечить удовлетворительное психическое здоровье в исправительных учреждениях? Ответ на этот вопрос дает изучение нужд заключенных, поскольку исследования, проведенные в исправительных учреждениях различных режимов и в разных странах, выявили достаточно часто встречающиеся структуры потребностей заключенных (Toch, 1977).

- Наиболее важной потребностью заключенных является надежная, осязаемая помощь со стороны людей, социальной среды и служб, содействующих прогрессу и самосовершенствованию личности. Таким образом, наибольшую важность для заключенных имеет личное развитие и уважение со стороны других людей.
- Следующая наиболее важная потребность заключенного состоит в том, чтобы его любили, ценили, чтобы о нем беспокоились: желание близких отношений, которые дают эмоциональную поддержку и сочувствие.
- Третьей по значимости является потребность в деятельности и отвлечении: потребность иметь как можно больше возможностей занять себя и заполнить время.
- В зависимости от местных условий также могут быть важны потребность в физической безопасности и стабильности и предсказуемости окружения.
- Потребности в частной жизни или независимости для заключенных обычно менее важны.

Некоторые Минимальные стандартные правила ООН полностью соответствуют трем наиболее важным потребностям заключенных. Что касается прогресса и самосовершенствования личности, которые являются наиболее важными потребностями заключенных, ООН утверждает (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 1957), что приговоренные заключенные должны пользоваться обращением, которое укрепляет в них чувство собственного достоинства и сознание своей ответственности (Стандартное минимальное правило 65). Для этого следует использовать все подходящие средства, включая религиозное обслуживание в тех странах, где это возможно, образование, профессиональную ориентацию и обучение, социальную работу с конкретными людьми, консультирование по вопросам трудоустройства, физическое развитие и укрепление моральных качеств в соответствии с индивидуальными потребностями каждого заключенного, с учетом социального прошлого и истории его преступления, физических и умственных способностей и склонностей, темперамента личности, продолжительности срока заключения и перспектив после освобождения (Стандартное минимальное правило 66). Помимо этого, ни одному заключенному не может быть отказано в доступе к квалифицированному служителю любого религиозного культа (Стандартное минимальное правило 41).

Что касается потребности заключенных в том, чтобы их любили, ценили и о них беспокоились, ООН заявляет, что заключенные должны иметь возможность под должным надзором общаться с семьей и имеющими незапятнанную репутацию друзьями с регулярными интервалами, как посредством переписки, так и путем приема посетителей (Стандартное минимальное правило 37).

Потребностей заключенных в деятельности и отвлечении касаются следующие правила:

- Каждое учреждение должно иметь библиотеку, доступную для заключенных и содержащую достаточное количество книг как развлекательного, так и образовательного содержания, и всех заключенных следует поощрять к полноценному использованию библиотекой (Стандартное минимальное правило 40).

- Все заключенные, не занятые работой на открытом воздухе, имеют ежедневно право по крайней мере на час подходящих физических упражнений на воздухе, если это позволяет погода (Стандартное минимальное правило 21-1).
- Малолетним и другим заключенным подходящего возраста и находящимся в соответствующем физическом состоянии следует обеспечивать физическую тренировку и возможность игр во время периода упражнений. Для этого нужно располагать необходимыми площадками, установками и оборудованием (Стандартное минимальное правило 21-2).

Есть основание полагать, что эти меры оказывают значительное воздействие на психическое благополучие заключенных, поскольку они с большой вероятностью положительно воздействуют на эмоциональную устойчивость человека, которая разная у всех людей и у одного и того же человека в разное время, в зависимости от внешних и внутренних факторов. Поэтому к практическим способам укрепления эмоциональной устойчивости относятся (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999):

- доступ к сооружениям для спорта и фитнеса;
- возможности получения образования и приобретения специальности;
- профессиональное обучение и помощь в трудоустройстве после освобождения;
- возможности занятия искусством;
- сбалансированный рацион питания;
- доступ к медико-санитарной помощи;
- снижение употребления наркотиков или зависимости от них;
- доступ к программам детоксикации от наркотиков и алкоголя и реабилитации и к программам опиоидной поддерживающей терапии;
- практическая отработка социальных навыков;
- содействие в преодолении сильных или деструктивных чувств, таких как вина и гнев;
- доброжелательные отношения с персоналом и положительный пример поведения со стороны персонала;
- консультации и обучение по вопросам взаимоотношений между людьми, включая выполнение родительских функций;
- возможности осознания причин собственного преступного поведения;
- возможности для размышлений и осмысления своей жизни, получение поддержки в ее изменении;
- возможности конструктивного, приятного и полезного проведения времени, например, занятия искусством или физкультурой;
- возможности социально полезной деятельности, например, путем предоставления поддержки людям равного статуса или участия в жизни общества.

Обучение персонала

Многие пенитенциарные системы сталкиваются с проблемой большой нагрузки, которая ложится на специалистов-психиатров, и недостаточного числа таких специалистов (Vlaauw et al., 2000). В большинстве исправительных учреждений наилучшей мерой в отношении потенциально проблемных заключенных считается их перевод в специализированные учреждения. Однако перевести можно лишь некоторых заключенных с психическими заболеваниями, тогда как подавляющее большинство заключенных с расстройственной психикой остаются в тех же исправительных учреждениях. В результате ответственность за повседневный уход за ними ложится на персонал исправительного учреждения. Поэтому очень важно, чтобы все сотрудники исправительных учреждений были обучены работе с заключенными с психическими расстройствами и

реагированию на суицидальное или агрессивное поведение. В этой связи в Стандартном минимальном правиле 47 говорится:

«(1) Этот персонал должен обладать достаточным уровнем образования и общего развития. (2) Перед поступлением на работу сотрудники должны пройти курс обучения по своим общим и конкретным обязанностям, после чего они должны сдать экзамены по теоретическим и практическим аспектам. (3) После поступления на работу и в ходе всей своей дальнейшей деятельности эти сотрудники должны поддерживать и повышать уровень своих знаний и профессиональных навыков, проходя курсы повышения квалификации без отрыва от работы, организуемые с подходящей периодичностью».

Особенно в тех случаях, когда не хватает специалистов-психиатров, необходимо обучить достаточное число сотрудников исправительных учреждений умению выявлять психические расстройства. При диагностике аномалии желательно использовать инструменты скрининга, и обязательно нужно делать это в случаях, когда оценку состояния проводят медсестры или специально обученные сотрудники исправительных учреждений. Например, «Инструмент скрининга на предмет риска самоубийства» (Vlaauw et al., 2001) представляет собой вопросник из восьми пунктов, позволяющий оценить, высок ли риск самоубийства у заключенных, а «Тюремный инструмент скрининговой оценки» (Nicholls et al., 2005) является полуструктурированным опросом, предназначенным для выявления нарушений психического здоровья и риска самоубийства, членовредительства, насилия и издевательств у лиц, недавно поступивших в следственные изоляторы. Сотрудникам исправительных учреждений будет полезно пройти обучение по применению этих инструментов. Однако во всех случаях персонал исправительных учреждений должен придерживаться того принципа, что перевод заключенных в специализированные учреждения лучше, чем осуществление ухода за ними в своем учреждении.

Сотрудники исправительных учреждений должны получить основательную подготовку по распознаванию проблем, которые может вызвать тюремное заключение, и по методам взаимодействия со специалистами в других областях, работающими в исправительных учреждениях. Обстановка в исправительном учреждении крайне неблагоприятна для лечения психически больных заключенных, поскольку учреждение изолировано от остального мира, в нем работает немедицинский персонал, а возможности привлечения социальных работников ограничены. Монотонность распорядка дня и предусмотренные в учреждении занятия не дают никакой возможности формирования альтернативного поведения у заключенных с психическими заболеваниями, страдающих от психозов (нарушенное восприятие реальности, бред и галлюцинации) или расстройств личности (девиантное поведение и проявления импульсивности, агрессии и эгоцентризма). Условия в исправительных учреждениях не дают возможности отвлечения от того, что может быть стереотипным образом мышления, чувств и поведения. В частности, долгие промежутки времени, которые заключенные проводят в камерах, могут быть монотонными, угнетающими и приводить заключенных в ужас. Даже если люди с психическими расстройствами «тихо сидят в своих камерах», тем самым не причиняя беспокойства для персонала, это не означает, что их состояние улучшается или что их болезнь не будет прогрессировать. Именно кажущаяся адаптация ведет к тому, что заключенных не отмечают как создающих «проблемы в обращении». После первоначальных протестов страх перед одиночеством приводит к отсутствию активности, депрессии и патологической тенденции к замкнутости. Заключение также оказывает негативное воздействие и на психически здоровых людей, но у них выше и более гибкая психическая устойчивость. Тем не менее даже у них могут развиваться психосоматические симптомы, которые следует рассматривать как расстройства адаптации. После освобождения эти симптомы исчезают.

Если после того, как заключенные участвовали в принятии решения и получили полную информацию о предложенном лечении, они отказываются от приема лекарств, возникает вопрос, можно ли осуществлять лечение против воли заключенных. Человека нельзя заставлять пройти лечение, кроме как в случаях, когда есть признаки прямой опасности или грозящей опасности для него самого или для окружающих; тогда единственной возможностью осуществить принудительное решение проблемы является принуждение, при котором человеку предоставляется выбор из двух зол: изоляция или лечение (Moerings, 1994). В этом случае необходимо широкое, многопрофильное обсуждение медицинских и этических аспектов данного дела. Сотрудники исправительных учреждений должны быть хорошо подготовлены в этом отношении, поскольку они непосредственно находятся в ежедневном контакте с заключенными и осуществляют уход за ними. Уверенность в собственных знаниях и опыте и в своей способности грамотно действовать в экстренных ситуациях, связанных с ростом насилия, делает их основными действующими лицами в принятии решения об изоляции или о дополнительном внимании и контроле за буйным заключенным, оставленным в отделении.

В случае если все же требуется вмешательство в форме принудительного лечения, например, лечения с насильственным введением лекарств, то необходимо помещение заключенного в психиатрическую больницу или в палату специального сестринского ухода в исправительном учреждении. В таких случаях при введении лекарств и применении средств обездвиживания следует осуществлять специальный контроль и уход. Обездвиживание и изоляция сами по себе не способствуют выздоровлению от ухудшения психического здоровья, они полезны только тем, что представляют собой решение проблемы острого приступа физического буйства, позволяющее сделать данного человека физически беспомощным. После этого необходимо как можно скорее найти структурные долгосрочные решения проблемы. Наиболее очевидным решением (если оно показано по медицинским основаниям) является введение психотропных лекарственных препаратов. В частности, это касается лиц с психотическими состояниями — расстройств, связанными с бредом, манией, возбужденным состоянием или патологической агрессивностью, поскольку обычно лекарства приводят к значительным улучшениям. В данном случае ключевым является вопрос о том, когда именно можно сказать, что непосредственная опасность уменьшилась до такой степени, что лечение антипсихотическими препаратами следует прекратить. Дело в том, что существует значительный риск, что после прекращения медикаментозного лечения психическое состояние снова начнет ухудшаться и опасная ситуация повторится, после чего придется начинать лечение сначала. В таких случаях предпочтительно продолжать лечение. Неоценимо в этих случаях будет доскональное знание предыдущих опасных ситуаций и предыдущих показаний к лечению в анамнезе больного.

Выводы

Снижение вреда для психики и укрепление психического здоровья требуют, чтобы администрация исправительных учреждений, администрация здравоохранения и сотрудники исправительных учреждений признали, что профилактическое лечение и услуги здравоохранения, оказываемые заключенным, должны быть эквивалентны помощи и услугам, оказываемым в обществе в целом. В исправительных учреждениях должны существовать различные уровни помощи, необходимо наличие достаточного числа специалистов и должны соблюдаться Минимальные стандартные правила обращения с заключенными, принятые ООН. Однако наилучшие гарантии дает тщательный отбор и надлежащая подготовка всего персонала исправительного учреждения в области снижения вреда для психики и укрепления психического здоровья. Персонал исправительных учреждений составляет главную силу в деятельности по снижению вреда для психики и укреплению психического здоровья в исправительных учреждениях.

Укрепление психического здоровья в исправительных учреждениях: контрольный перечень вопросов

В рамках европейского проекта ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах» был разработан следующий список из десяти положительных факторов, влияющих на психическое здоровье заключенных.

1. Прием

Прием в любое исправительное учреждение может психически травмировать и испугать человека, даже если заключенного просто перевели из одного исправительного учреждения в другое. Зона и процедуры приема должны быть организованы таким образом, чтобы до минимума снизить психическое расстройство. По возможности заключенным следует предоставлять помещения для скорого контакта с семьей. Опыт показывает, что риск самоубийства особенно высок в течение первого месяца пребывания заключенного в новом исправительном учреждении, причем в первые дни этот риск самый высокий. Принимающий персонал должен уметь выявлять признаки психических заболеваний и острых расстройств и принимать надлежащие меры.

Следует как можно раньше изыскивать возможности сообщать заключенным информацию, важную для поддержания их здоровья, по таким вопросам, как сексуальное здоровье и опасность пользования общими шприцами, а также информацию о том, что делать и к кому обращаться, когда у них наступает депрессия или чувство тревоги. Применяемые при этом процедуры должны гарантировать, что все заключенные получают и поймут предоставленную им информацию и что эта информация, насколько это возможно, будет предоставляться в соответствии с их культурными традициями. (Например, в некоторых культурах неприемлемо свободное обсуждение вопросов секса.)

2. Ознакомление с режимом

Необходима четко организованная процедура ознакомления заключенных с режимом исправительного учреждения таким образом, чтобы поддержать и оптимизировать их способность переносить тяготы тюремной жизни. Во время ознакомительного периода должно закрепляться усвоение информации по таким вопросам, как, например, сексуальное здоровье и опасность пользования общими шприцами, что делать и к кому обращаться при возникновении депрессии или чувства тревоги, т.е. той информации, которая должна была быть получена заключенным в процессе приема. И в этом случае тоже эта информация должна предоставляться на понятном для заключенных языке и в соответствующем культурном контексте. По возможности заключенных следует поощрять и помогать им в установлении и поддержании контактов с семьей и друзьями за пределами исправительного учреждения.

3. Чистая среда

Среда в исправительном учреждении должна давать заключенным ясный сигнал о том, что администрация и персонал ожидают от них только хорошего и испытывают к ним чувство уважения. Неопрятная, запущенная среда снижает самооценку.

4. Контролируемая среда

Все исправительное учреждение должно все время находиться под полным контролем персонала. Переполненность и плохая планировка могут способствовать утрате контроля со стороны персонала и проявлению издевательств и произвола преступных авторитетов со стороны заключенных, в частности, в тех случаях, когда неизбежно

размещение в общих камерах. В исправительных учреждениях должны быть приняты четкие стратегии борьбы с издевательствами, включая поддержку жертв издевательства, а перед тем, как помещать заключенных в камеры вместе с другими, должны приниматься во внимание личные дела заключенных, отражающие их прошлую жизнь (например, совершал ли заключенный ранее насилие, в особенности насилие крайне жесткого, сексуального или иррационального характера, или издевательства над другими, в том числе эмоциональные). В случае, когда такого заключенного приходится помещать в одну камеру еще с кем-то, персонал должен обеспечить безопасность тех, кто находится под их контролем, внимательно наблюдая за ситуацией и находясь рядом, чтобы при необходимости оказать помощь.

5. Администрация и персонал: поддержка заключенных

Важной частью работы тюремного персонала должна быть индивидуальная поддержка заключенных, когда они отбывают свой срок и ожидают освобождения. Системы ключевых работников, наставников, лиц, оказывающих поддержку, и сотрудников — личных кураторов требуют, чтобы сотрудники принимали на себя эти функции. Способность работать в этой области следует выявлять у потенциальных кандидатов при приеме на работу. Персонал должен получать подготовку, поддержку и соответствующее признание и вознаграждение за этот аспект своей работы. В режим исправительного учреждения должно быть включено время на то, чтобы сотрудники могли выслушивать заключенных и заниматься решением их вопросов и рассмотрением жалоб. Сотрудники также нуждаются в подготовке по элементарным аспектам психического здоровья, выявлению психических расстройств и действиям при их выявлении.

Персонал должен всегда быть начеку и обращать внимание на признаки, указывающие на то, что заключенный находится в состоянии эмоционального кризиса и нуждается в дополнительной поддержке — например, после получения огорчительных известий из семьи или после нападения на него в исправительном учреждении, а администрация должна обеспечить оказание необходимой поддержки. Кто-то должен быть рядом и говорить с такими заключенными и помогать им справляться с возникшими чувствами. В таких обстоятельствах заключенный может быть на короткое время помещен в медпункт исправительного учреждения, где рядом будет персонал, готовый оказать ему помощь. Заключенным, подвергшимся нападению, во всех случаях должны предоставляться консультации по преодолению стресса и лечению физических травм.

6. Администрация и коллеги: поддержка персонала

Сотрудники должны чувствовать, что их индивидуальные качества получают надлежащее признание. Они должны чувствовать, что их работа ценится и считается полезной, а их проблемы встречают понимание со стороны администрации. Эти оценки должны отражаться в том, как сотрудники взаимодействуют со своими коллегами и с заключенными. Сотрудникам, пережившим стрессовые ситуации, должна оказываться поддержка. Например, сотрудники могут нуждаться в консультациях после таких вызвавших психическое потрясение происшествий, как захват заложников или обнаружение тела самоубийцы. Консультации по вопросам стресса, как и лечение физических травм, всегда должны предоставляться сотрудникам после нападений. Администрация должна своевременно распознавать появление у персонала признаков эмоционального кризиса и потребности в дополнительной поддержке (например, после утраты близкого человека) и обеспечивать оказание такой поддержки.

7. Контакты с семьей, друзьями и внешним миром

Важными источниками поддержки являются семейные и дружеские узы, и их укреплению необходимо всячески содействовать. Хотя тюремное заключение требует определенных ограничений в отношении посещений, писем и телефонных звонков, условия, связанные с этими средствами общения, должны оставаться как можно более нормальными. Необходимо использовать все возможности для поддержки и облегчения связей между исправительными учреждениями и внешним миром (например, посредством визитов добровольцев, представляющих организации по вопросам социального обеспечения, образования, религии, профессионального обучения или отдыха, или мероприятий, разрешающих допуск общественности в исправительные учреждения).

8. Занятия

Для того чтобы заключенные могли с максимальной пользой употребить время, проводимое ими в исправительном учреждении, им должны быть доступны различные виды занятий.

- Средой, в которой заключенных можно занять делом или отвлечь настолько, чтобы они на время могли мысленно «убежать» от тягот тюремного заключения, могут быть места работы или учебные классы.
- Важную роль в повышении самооценки и адаптации заключенных к выходу на свободу играют курсы общего и профессионально-технического образования и занятия физкультурой. Исследование показало действенность физических упражнений в снижении подавленности и особенно депрессии; также было показано, что возможность приобщиться к искусству оказывает серьезное влияние на самооценку и уверенность в себе, содействуя улучшению релаксации и сна, повышению энергичности и улучшению способности контролировать гнев.
- Обучение навыкам воспитания детей может помочь предупредить фиксацию циклов дурного обращения родителей с детьми и пренебрежения родительскими обязанностями (фиксация этих циклов может приводить к психическим заболеваниям и преступному поведению).
- Обучение людей предупреждению депрессии такими средствами, как когнитивная терапия, выработка навыков психофизиологической адаптации и жизненных навыков, может значительно улучшать психическое здоровье, развивая умение людей помогать самим себе.

Психическому благополучию могут значительно способствовать религиозные верования и духовные убеждения. Персонал должен уважать духовные верования заключенных и предоставлять им возможности для удовлетворения религиозных потребностей и развития их информированности в духовной сфере.

9. Частная жизнь и конфиденциальность

Должны быть предоставлены определенные возможности иметь личное пространство и уединение. Когда возникает необходимость в беседе с заключенным (например, во время медицинских осмотров), она должна происходить с глазу на глаз, а не в присутствии других заключенных, и, по возможности, не в присутствии сотрудников службы режима исправительного учреждения. Нужно, чтобы все видели, что в исправительном учреждении конфиденциальность соблюдается.

10. Индивидуальность

Исправительные учреждения должны предоставлять заключенным возможность выбора, насколько это позволяют ограничения, связанные с тюремным заключением. В случаях, когда персонал вынужден брать в руки личное имущество заключенных, это должно делаться с надлежащей осторожностью, уважением и деликатностью.

Литература

Blaauw E, Kerkhof A, Vermunt R (1998). Psychopathology in police custody. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(1):73–87.

Blaauw E, Roesch R, Kerkhof AJFM (2000). Mental health care in European prison systems. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23:649–663.

Blaauw E et al. (2001). Identifying suicide risk in penal institutions in the Netherlands. *British Journal of Forensic Practice*, 3(4):22–28.

Committee of Ministers of the Council of Europe (1998). *Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison (adopted by the Committee of Ministers on 8 April 1998)*. Strasbourg, Council of Europe, 1998.

Committee of Ministers of the Council of Europe (2006). Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (adopted 11 January 2006). Strasbourg, Council of Europe.

Fazel S, Danesh J (2002). Serious mental disorder among 23000 prisoners: systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359,545–550.

Ministry of Justice, the Netherlands (2003). *Gezondheidszorgvisie DJI [Health care vision of the Service of Justice Institutions in the Netherlands]*. The Hague, Ministry of Justice.

Moerings M (1994). Isolatie: Noodsprong of beleid? Afzondering in de FOBA [Isolation: necessary or policy? Isolation in the FOBA] In: Koenraadt F, ed. *Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Behandeling of straf? [Psychiatric judicial company, treatment or punishment?]* Arnhem: Gouda Quint:169–176.

Nicholls TL et al. (2005). *Jail Screening Assessment Tool (JSAT): guidelines for mental health screening in jails*. Burnaby, BC, Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1957). *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolution 663C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977* [Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (1957). Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. Приняты на первом Конгрессе Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшемся в Женеве в 1955 году, и одобрены Экономическим и Социальным Советом в его резолюциях 663 С (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 года]. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm).

Toch H (1977). *Living in prison: the ecology of survival*. New York: Free Press.

WHO Regional Office for Europe (1999). Mental health promotion in prisons: a consensus statement. In: *Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting, The Hague, the Netherlands, 18–21 November 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

12. Поддержание здоровья зубов в исправительных учреждениях

Amit Bose и Tony Jenner

Основные пункты

- Хорошее здоровье зубов для заключенных так же важно, как и для всего остального населения.
- В исправительных учреждениях должно обеспечиваться комплексное стоматологическое обслуживание, соответствующее потребностям больных в лечении.
- В исправительных учреждениях должен предоставляться надлежащий спектр стоматологических услуг.
- Руководство исправительных учреждений должно знать о потребностях различных категорий заключенных в стоматологической помощи и чутко реагировать на эти потребности.
- Руководство исправительных учреждений должно неуклонно стремиться к улучшению стоматологического обслуживания и знать, какие ресурсы могут быть задействованы для расширения услуг в интересах контингента исправительных учреждений.
- Исправительные учреждения должны принимать меры к уменьшению неравенства в отношении здоровья, поскольку они все еще существуют, совпадая с областями социального неблагополучия.
- В исправительных учреждениях должен обеспечиваться открытый доступ к информации о предоставляемых услугах и видах лечения.
- Значительный процент заключенных поступает в исправительные учреждения с неудовлетворительным состоянием здоровья зубов.
- Распространенность нелеченых заболеваний среди заключенных выше, чем среди гражданского населения аналогичного социального положения.
- Заключенные реже, чем население в целом, пользуются стоматологической помощью.

Введение

У заключенных потребность в стоматологической помощи гораздо больше, чем у населения в целом. До того как они попали в исправительное учреждение, многие заключенные не имели работы, некоторые являются выходцами из слоев населения с высоким уровнем социальной отверженности. Их повышенные потребности и характер тюремного заключения приводят к повышенному спросу на экстренную, скорую и рутинную помощь. Во многих странах нагрузка на стоматологические службы исправительных учреждений продолжает возрастать, особенно потому, что увеличилось число правонарушителей, приговариваемых к лишению свободы, и поэтому возникает необходимость более чутко реагировать на их потребности в лечении.

Для будущего стоматологии в структуре пенитенциарных служб определяющее значение имеет добросовестное отношение стоматологов и стоматологической службы к своему долгу. Потребности в стоматологической помощи у заключенных сравнительно выше, чем у населения за пределами исправительных учреждений, поэтому предоставление надлежащих стоматологических услуг является неременной составляющей медицинского обслуживания в исправительных учреждениях. Эти потребности обусловлены несколькими факторами, которые действуют как до тюремного заключения, так

и во время отбывания срока (более подробно они рассматриваются ниже). Настоящая глава предназначена для того, чтобы помочь тем, кто работает с заключенными. Для успешной работы необходимо:

- повысить качество стоматологической помощи в исправительных учреждениях путем внедрения высоких нормативов качества на основе системы гарантии качества клинической работы и надежной процедуры проверок с отслеживанием всех выполненных действий;
- вести работу по повышению уровня информированности о гигиене ротовой полости во всем исправительном учреждении — как среди заключенных, так и среди персонала;
- признать стоматологическое обслуживание неотъемлемой частью комплексного медицинского обслуживания заключенных.

Потребности в стоматологической помощи в исправительных учреждениях

Многие заключенные поступают в исправительные учреждения, имея неудовлетворительное состояние здоровья ротовой полости и нуждаясь в срочном лечении. Это может объясняться тем, что у них весьма ограничены знания о правильном уходе за зубами. Не следует выдвигать оказание помощи в экстренных и срочных случаях в качестве приоритета в ущерб рутинной помощи и помощи больным в зависимости от длительности срока заключения. Если пренебрегать рутинной помощью, есть риск того, что будет все время расти потребность в экстренной помощи.

Неудовлетворительному состоянию здоровья ротовой полости способствуют также злоупотребление алкоголем, курение и употребление психоактивных веществ. Чрезмерное употребление алкоголя, особенно крепких спиртных напитков, и употребление табака повышают распространенность и тяжесть заболевания периодонта и представляют собой, безусловно, самые действенные факторы риска развития рака ротовой полости. Употребление психоактивных веществ способствует повышенной заболеваемости кариесом зубов и болезнью десен. У заключенных, имеющих проблемы с употреблением психоактивных веществ, высока вероятность того, что вскоре после поступления в исправительное учреждение они начнут страдать от зубной боли, поскольку любые опиатные препараты, которые они принимали ранее, эту зубную боль подавляли.

Все заключенные должны иметь возможность пользоваться стоматологическими услугами, предоставляемыми квалифицированной стоматологической бригадой и осуществляемыми в соответствии с потребностями больных в стоматологической помощи и длительностью сроков их заключения. Приоритеты должны устанавливаться посредством проводимого на месте процесса оценки потребностей в стоматологической помощи.

Трудности, возникающие при оказании стоматологической помощи заключенным

Хотя за последние 30 лет здоровье зубов в Западной Европе значительно улучшилось, по-прежнему сохраняется неравенство, связанное с областями социального неблагополучия. Потребности заключенных в стоматологической помощи обусловлены несколькими факторами, которые действуют как до тюремного заключения, так и во время отбывания срока. Исследования показывают, что до осуждения у 50% заключенных может не быть работы, и они могут поступать в исправительное учреждение, уже имея неудовлетворительное состояние здоровья ротовой полости. Кроме того, среди контингента исправительных учреждений распространенность нелеченого кариеса зубов примерно в четыре раза выше, чем среди гражданского населения, относящегося к тем

же социальным категориям. До помещения в исправительное учреждение заключенные меньше пользуются стоматологическими услугами, чем население в целом.



Рис. 12.1. Проблемы и основные направления действий по предоставлению стоматологической помощи заключенным

Ресурсов для удовлетворения потребностей в стоматологической помощи часто не хватает, а то, как предоставляются услуги, иногда свидетельствует о не всегда эффективном использовании даже имеющихся ресурсов. Поэтому пенитенциарные системы сталкиваются с трудностями в оказании заключенным стоматологических услуг (рис. 12.1).

- Заключенные обычно знают свои права и могут быть очень требовательными клиентами и даже обращаться в суд, если сочтут, что им не предоставляются услуги, которые им положены.
- На оказание стоматологической помощи тем, кто больше всех в ней нуждается, могут влиять частая сменяемость и рост контингента исправительных учреждений. Нередко заключенные, так и не дождавшись своей очереди на лечение, переводятся в другое учреждение и там снова оказываются в конце очереди. Исправительным учреждениям также становится все труднее поспевать за ростом потребности в стоматологической помощи в связи с ростом численности заключенных.
- На время, остающееся для собственно стоматологического лечения больных, могут влиять требования режима и такие факторы, как надзор за заключенными, проверка зубных врачей перед допуском к работе и проверка зубоврачебных инструментов до и после сеанса лечения. Транспортировка заключенных на прием к

стоматологу также может быть сопряжена с трудностями, которые часто приводят к отмене приема и неявке больного к врачу.

- Нехватка ресурсов представляет собой серьезное препятствие для укрепления здоровья ротовой полости в исправительных учреждениях. Одной из причин этой проблемы является длительность ожидания заключенными своей очереди на лечение, из-за которой у стоматологов практически не остается времени на ведение профилактических стоматологических мероприятий.

Укрепление здоровья ротовой полости

Многие из главных факторов, способных вызывать неудовлетворительное здоровье ротовой полости, выступают также факторами риска и других заболеваний. Это еще раз подчеркивает необходимость включать здоровье ротовой полости в инициативы, направленные на укрепление здоровья в целом.

Низкая грамотность заключенных означает, что многие из них не в состоянии прочитать брошюры с материалами по санитарному просвещению, которые могут им раздаваться, если эти материалы не адаптированы к соответствующему возрасту читателя. Здесь может принести пользу методика привлечения людей равного статуса или специально подготовленных пропагандистов для распространения санитарных знаний.

На то, что люди едят и пьют, влияют самые разные факторы, но очень важны здесь цена, наличие, доступ и понятная информация. В частности, вызывает тревогу высокий уровень употребления сахара, особенно среди людей, живущих в закрытых учреждениях. Для укрепления общего здоровья, включающего и здоровье ротовой полости, важно иметь здоровый и сбалансированный рацион питания, в котором много фруктов и овощей, мало жиров, соли и сахара и в основу которого положены цельнозерновые продукты.

Хорошее здоровье зубов позволяет людям полноценно общаться друг с другом и имеет большое значение для общего качества жизни, самооценки и социальной уверенности.

Общие факторы риска для здоровья ротовой полости

- Неудовлетворительное состояние ротовой полости
- Плохое питание
- Несоблюдение гигиены ротовой полости
- Ксеростомия (сухость во рту)
- Курение

Что мешает здоровью ротовой полости

- Не всегда можно соблюдать гигиену ротовой полости
- Проблемы питания
- Лекарства на основе сахара
- Трудно распространять информацию
- Страх и тревога
- Возрастные трудности доступа



Оздоровление ротовой полости

- Общий подход к факторам риска
- Снижение частоты и количества употребления сахара в пище и напитках
- Фторидсодержащая зубная паста
- Борьба с табакокурением

Рис. 12.2. Оздоровление ротовой полости: основные направления работы

Организация стоматологических служб в исправительных учреждениях

Во всех исправительных учреждениях работающие в них стоматологи должны получать поддержку, для чего необходимо в обязательном порядке иметь полноценную программу работы с вновь принятыми на работу сотрудниками. Все исправительные учреждения должны добиваться того, чтобы стоматологи имели соответствующую квалификацию и диплом и работали в рамках определенной системы гарантии качества лечения.

Все заключенные должны получать стоматологическую помощь сообразно со своими потребностями. Заключенные, приговоренные к длительным срокам заключения, беременные женщины и кормящие матери могут рассчитывать на полный спектр лечения, соизмеримый с тем, что предусмотрено местными нормативами.

В отношении лиц, содержащихся в предварительном заключении или осужденных на срок шесть месяцев или менее, а также заключенных, которым остается шесть месяцев до освобождения, можно проводить иную политику. При планировании их лечения нужно принимать во внимание то, что, если лечение будет начато, работа может быть не закончена к моменту перевода или освобождения заключенного.

В работе по улучшению гигиены ротовой полости должен активнее участвовать медперсонал исправительного учреждения (рис. 12.3).



Рис. 12.3. Передовые методы работы по укреплению здоровья ротовой полости

Примеры передовой практики работы

В данном разделе описываются некоторые примеры передовой практики, сложившейся в исправительных учреждениях (рис. 12.4). Все исправительные учреждения не похожи друг на друга, и то, что дает хорошие результаты в одном месте, не всегда может получиться в другом.

Работа с новичками

По прибытии заключенные получают пакет с материалами для ознакомления с порядками в исправительном учреждении и, кроме того, проводится оценка их общих потребностей, чтобы можно было определить приоритетность лечения зубов и сообщить зубному врачу о любых неотложных случаях. Информация, собранная от заключенных в процессе оформления приема в исправительное учреждение, сопровождает их затем при последующих переводах в другие учреждения. Этим обеспечивается непрерывность и преемственность в медико-санитарной помощи.

В тюрьме Магиллиган в Северной Ирландии всем вновь поступающим заключенным предлагается пройти медосмотр в процессе приема и оформления. После этого всем предлагается то лечение, которое им требуется и может быть проведено в порядке общего стоматологического обслуживания. Для многих заключенных это прекрасная возможность заняться своими зубами, так как многие из них не хотели или не могли обратиться к зубному врачу на воле. Заключенные, отбывающие длительные сроки, проходят осмотры у стоматолога раз в полгода.

Конвой

Для улучшения доставки заключенных из камер в зубоврачебный кабинет предназначена конвойная служба исправительного учреждения. Из числа работающих в службе режима набираются специальные сотрудники для помощи в клинической работе, которые сопровождают заключенных и помогают им попасть в помещения медико-санитарной части. Проводится соответствующее обучение, в ходе которого большое внимание уделяется проведению обыска заключенных до и после приема у врача и повышению уровня безопасности всех заключенных во время нахождения в медсанчасти. Это помогло повысить уровень явки на прием, так как заключенные чувствовали себя в большей безопасности на приеме у зубного врача в назначенное время.

Сортировка больных

Приоритеты среди больных определяются с помощью системы сортировки (установления очередности лечения). Единого метода здесь нет, в каждом исправительном учреждении применяется своя система. Уменьшить время ожидания в очереди и установить очередность в лечении в соответствии с потребностями позволяет хорошо организованная и надежная система назначений на прием.

Укрепление здоровья ротовой полости

Кампании по укреплению здоровья ротовой полости могут быть включены в круг деятельности по укреплению здоровья и общему оздоровлению, проводимой администрацией исправительных учреждений. В некоторых исправительных учреждениях проводятся такие мероприятия по укреплению здоровья ротовой полости, как ежегодные ярмарки здоровья, дни открытых дверей и дни юмора, посвященные здоровью зубов.

При содействии сестринского персонала по завершении программ прекращения курения участникам предлагается процедура снятия зубного камня и полировки зубов. Такая инициатива оказалась на удивление успешной: сравнительно немногие заключенные не доводят лечение до конца, а число экстренных обращений за помощью резко уменьшилось.



Рис.12.4. Передовые методы стоматологического обслуживания в исправительных учреждениях

Руководство по методикам и процедурам – Северная Ирландия, Великобритания

В Северной Ирландии было подготовлено официальное руководство по методикам и процедурам для стоматологических служб исправительных учреждений. Это руководство предназначено для того, чтобы четко и в сжатом виде изложить протоколы и методики выполнения многих повседневных действий и задач в стоматологических кабинетах в исправительных учреждениях Северной Ирландии. Руководство охватывает следующие вопросы:

- Как рассматривать обращения с просьбой о рутинной и экстренной стоматологической помощи.
- Стратегия борьбы с инфекциями.
- Как рассматривать жалобы.
- Обращение с лабораторными материалами и их обеззараживание.
- Утилизация отходов лечения.
- Порядок заказа стоматологических материалов.
- Радиационная защита.

Руководство служит пособием по правильной организации работы стоматологических служб исправительных учреждений и регулярно обновляется, чтобы сохранить его актуальность для современной клинической практики.

Прием в исправительное учреждение и определение очередности помощи – Соединенные Штаты Америки

Предоставление стоматологической помощи заключенным в США существенно различается в зависимости от подведомственности исправительного учреждения. В каждом штате принята своя, не похожая на другие система организации и уровень помощи. За образец была взята модель Федерального управления исправительных учреждений, поскольку оно представляет собой одну из самых крупных пенитенциарных систем в США.

Прием

При поступлении в исправительное учреждение специально обученные медицинские работники проводят стоматологический скрининг всех заключенных. С заключенными проводится собеседование с целью оценки возможных неотложных потребностей в стоматологической помощи. Заключенные, дающие положительные ответы в ходе собеседования, направляются к специалисту-стоматологу для дальнейшей оценки.

В 14-дневный срок с каждым заключенным проводится работа по ознакомлению с исправительным учреждением и принятыми в нем порядками, и каждый проходит обследование, состоящее из обследования мягких тканей, твердых тканей и периодонта (при этом используется гражданский индекс нуждаемости в лечении). Данные этого обследования служат стоматологической и юридической характеристикой исходного состояния здоровья полости рта заключенного при приеме в исправительное учреждение. Заключенным также предоставляется информация о правилах личной гигиены, а также информация о доступе к помощи в исправительном учреждении, в которое они поступили.

Определение приоритетности в оказании помощи

Учитывая ограниченность ресурсов и высокую степень нуждаемости в стоматологической помощи, важно применять к оказанию помощи подход, принятый в общественном здравоохранении. Особое внимание уделяется устранению болезни и боли. Сохранение имеющихся зубов имеет более высокую приоритетность, чем замена зубов протезами. Больным, отбывающим сроки менее одного года, предоставляется паллиативная помощь.

Заключенные, отбывающие сроки более одного года, имеют право на рутинную помощь. Перед тем как будет рассматриваться вопрос о протезировании или будет изготовлен протез, все больные заключенные должны продемонстрировать добросовестное соблюдение правил личной гигиены.

Прием по «скорой помощи»

Заключенные могут быть приняты врачом по «скорой помощи» каждый день. Больные с зубными инфекциями, болью и травмой могут получить доступ к помощи медицинского работника или стоматолога в течение 24 часов. В рабочие дни недели заключенные могут обратиться за помощью в связи с болезнью для определения потребности в стоматологической помощи. Во время такого приема оказывается паллиативная помощь. Спектр лечения по «скорой помощи» – от постановки временной пломбы до удаления зуба. Постоянные пломбы ставятся во время рутинного приема, назначаемого врачом.

Рутинная помощь

Оказание рутинной стоматологической помощи строится на принципах справедливости и равноправия. Заключение, желающие получить рутинную стоматологическую помощь, подают просьбу одному из сотрудников и ставятся в очередь на лечение. Время приема для планирования лечения определяется в том хронологическом порядке, в котором они были поставлены на очередь. После определения плана лечения больным проводится стоматологическая профилактика. Профилактика включает удаление зубного камня ультразвуком и ручную, обработку фторидом и подробное инструктирование о правилах личной гигиены и ухода за ротовой полостью.

Рутинная помощь является консервативной. Заключение могут получать общую восстановительную помощь (амальгамовые и пластмассовые пломбы), ограниченную эндодонтологическую помощь, им может быть удален зуб и могут быть сделаны съемные протезы. Эстетическая стоматология, частичные съемные протезы, имплантаты и ортодонтическая стоматология относятся к разряду дополнительной помощи. Обычно заключение не получают помощи такого уровня. Стоматологи, намеревающиеся предоставить такой уровень помощи, должны подать просьбу на имя главного стоматолога Федерального управления исправительных учреждений о проведении проверки и выдаче разрешения.

Выводы

Для того чтобы заключенным предоставлялась стоматологическая помощь, соответствующая их потребностям, нужна совместная работа начальника и сотрудников исправительного учреждения, медицинского персонала и стоматологической бригады исправительного учреждения.

При оценке нуждаемости заключенного в стоматологической помощи необходимо учитывать его срок заключения, поскольку тогда будет легче установить приоритетность потребностей в помощи других заключенных. Гигиена ротовой полости неразрывно связана с общим состоянием здоровья, а также с самооценкой, поэтому службы исправительного учреждения и стоматологическая бригада должны делать все, чтобы в рамках системы медико-санитарной помощи обеспечивалось удовлетворение потребностей в стоматологической помощи и были доступны необходимые услуги. Когда заключение получают качественную стоматологическую помощь, повышается удовлетворенность заключенных и улучшается соблюдение режима.

Стоматологическое обслуживание должно быть признано неотъемлемой частью комплексного медицинского обслуживания заключенных, стоматологическим службам при необходимости должна оказываться поддержка со стороны администрации, и для них должны быть предусмотрены специальные программы повышения квалификации.

Дополнительная литература для чтения

Department of Health and HM Prison Service (2003). *Strategy for modernising dental services for prisoners in England*. London, Department of Health (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4005989&chk=nLnjdr, взято с веб-сайта 20 декабря 2006 г.).

Harvey S et al. (2005). *Reforming prison dental services in England: a guide to good practice*. London, OPM (<http://www.opm.co.uk/download.shtml>, взято с веб-сайта 20 декабря 2006 г.).

13. Особые потребности в охране здоровья заключенных-женщин

Jan Palmer¹⁴

Основные пункты

- Заключенные-женщины имеют сложные потребности, особенно потребности, связанные с их физическим и психическим здоровьем.
- Многие заключенные-женщины имеют расстройства психического здоровья, злоупотребляют психоактивными веществами и склонны к членовредительству. В исправительных учреждениях нужны такие медицинские службы, которые учитывают эту гендерную специфику контингента и проблемы, с которыми сталкиваются эти женщины.
- В Англии и Уэльсе 90% заключенных-женщин имеют диагностируемое психическое расстройство, злоупотребляют психоактивными веществами или характеризуются одновременно тем и другим.
- Исправительные учреждения должны добиваться непрерывности и преемственности медико-санитарной помощи.
- В исправительных учреждениях показатели как членовредительства, так и самопричиненной смерти значительно выше, чем в обществе.
- Персонал, работающий в женских исправительных учреждениях, должен быть осведомлен о повышенном риске членовредительства среди женщин, находящихся в заключении.
- Согласно оценкам, не менее 75% женщин, поступающих в исправительное учреждение, на момент ареста имеют ту или иную проблему, связанную с наркотиками.
- Многие женщины, употребляющие наркотики, пренебрегают своим здоровьем, находясь на свободе, и поэтому в исправительном учреждении они испытывают большие потребности в медико-санитарных услугах.
- Очень важно, чтобы потребности в медико-санитарной помощи женщин, употребляющих наркотики, адекватно оценивались сразу же по прибытии их в исправительное учреждение.
- Очень важно, чтобы с самого момента приема в исправительное учреждение удовлетворялись особые гигиенические потребности женщин и чтобы им в соответствии с индивидуальными потребностями предоставлялись необходимые и достаточные предметы личной гигиены.
- Те короткие сроки, которые большинство женщин отбывают в местах заключения, затрудняют адекватное удовлетворение их потребностей в медико-санитарной помощи во время их нахождения в исправительном учреждении и организацию врачебного наблюдения за ними после освобождения из заключения.
- Каждой вновь поступившей в исправительное учреждение заключенной должен быть предоставлен всеобъемлющий комплекс медико-санитарной помощи.

¹⁴ Я хочу поблагодарить Louisa Snow за помощь при написании отдельных разделов данной главы. Дополнительные рекомендации и примеры применяемых ныне протоколов на доказательной основе, касающихся клинического ведения злоупотребляющих психоактивными веществами женщин в условиях исправительного учреждения, можно получить у автора (jan.palmer@dh.gsi.gov.uk).

Введение

Во многих европейских странах за последнее десятилетие значительно возросло число заключенных-женщин. В среднем женщины составляют (за некоторыми исключениями) 4–6% общего контингента исправительных учреждений. Хотя эти цифры все еще относительно невелики, женщины имеют сложные потребности, особенно в том, что касается их физического и психического здоровья. Большинство пенитенциарных систем изначально были рассчитаны на содержание контингента, в котором подавляющее большинство составляют заключенные-мужчины, поэтому очень часто особые потребности женщин там могут игнорироваться.

Многие женщины отбывают короткие сроки заключения, причем часто за преступления, не связанные с насилием. Другие находятся в предварительном заключении и еще не осуждены ни за какое правонарушение. Высока сменяемость контингента. Медицинские службы должны быть в состоянии откликаться на потребности постоянно меняющегося контингента исправительных учреждений. Каждой вновь поступившей должен быть предоставлен всеобъемлющий комплекс медико-санитарной помощи, и это является особенно трудной задачей, если учесть тяжесть проблем, которые имеются у многих заключенных. Часто бывает также очень трудно организовать врачебное наблюдение за женщинами после их освобождения. Еще больше дело осложняется при внезапном и неожиданном освобождении женщин из-под стражи в зале суда.

Сложные потребности женщин в охране здоровья включают в себя:

- проблемы психического здоровья;
- суицидальное поведение;
- проблемы употребления психоактивных веществ;
- репродуктивное здоровье.

Проблемы психического здоровья

Ситуация среди заключенных-женщин в Англии и Уэльсе характеризуется следующими фактами:

- 90% заключенных-женщин имеют диагностируемое психическое расстройство, злоупотребляют психоактивными веществами или им свойственно одновременно то и другое (Owen, 2004);
- у девяти из десяти имеется как минимум одно из нижеперечисленных: невроз, психоз, расстройство личности, злоупотребление алкоголем и наркозависимость;
- в общей сложности 40% всех женщин, находящихся в исправительных учреждениях, получали помощь или проходили лечение по поводу какой-либо проблемы психического здоровья в течение 12 месяцев, предшествовавших лишению свободы; этот процент в два раза выше, чем среди мужчин (Singleton et al., 1998);
- среди заключенных-женщин, опрошенных в ходе общенационального обследования, более чем у 66% были выявлены депрессия, чувство тревоги или фобии; среди населения в целом этот показатель составляет 20%;
- примерно 50% заключенных-женщин имеют ту или иную форму изменения личности;
- исследование, которое провели Singleton и соавторы (2003), показало, что среди женщин с наркозависимостью 83% женщин в предварительном заключении и 75% женщин, отбывающих срок по приговору суда, имели два или более психических расстройства.

Хотя программы выведения определенных категорий лиц из системы уголовной юстиции и предназначены для того, чтобы женщины с очень тяжелыми нарушениями психики не попадали в пенитенциарную систему, многие из таких женщин все равно оказываются в заключении. Поэтому нужны судебно-психиатрические службы, которые должны добиваться того, чтобы такие заключенные, когда этого требуют обстоятельства, могли быть помещены в режимную больницу.

Некоторые женщины из отмеченных выше категорий страдают устойчивыми расстройствами психического здоровья, требующими вмешательства в виде экстренной психиатрической помощи, которая должна быть сравнима с помощью, предоставляемой в гражданском обществе, но при этом в ней должно учитываться отрицательное воздействие, которое может оказывать исправительное учреждение на психическое состояние женщины.

У многих женщин имеются такие проблемы психического здоровья, при которых помощь вполне удовлетворительно могут оказать службы первичного звена медицинской помощи, поэтому исправительным учреждениям необходимо добиваться создания системы таких услуг в соответствии с практикой, принятой в гражданском обществе.

Существует очевидная необходимость создания в исправительных учреждениях системы услуг для помощи лицам с двойным диагнозом, в которой, как и во всех других случаях, принимались бы во внимание особые потребности и проблемы женщины, содержащейся в исправительном учреждении. Такая помощь должна продолжаться и после освобождения из заключения, когда потребности женщины могут измениться с появлением более широких возможностей употреблять наркотики и алкоголь.

В остальной части данной главы рассматриваются другие конкретные вопросы, касающиеся психического здоровья.

Суицидальное поведение в исправительных учреждениях

Ниже приводится ряд важных определений и фактов.

- Термины «самопричиненный вред» и «самопричиненная травма или рана» (членовредительство) используются как синонимы и означают любое действие, при котором заключенные умышленно причиняют себе вред, независимо от способа, намерения или тяжести любой раны или травмы.
- Термин «самопричиненная смерть» используется для обозначения всех очевидных случаев самоубийства в исправительном учреждении.
- Число случаев как членовредительства, так и самопричиненной смерти в исправительных учреждениях существенно выше, чем в обществе.
- У женщин вероятность причинить себе травму или рану во время нахождения в исправительном учреждении в 14 раз выше, чем у мужчин.
- Начальный период заключения считается периодом особенно высокого риска самопричиненной смерти.
- Значительная часть женщин в исправительных учреждениях подвергались насилию в той или иной форме.
- Почти половина женщин, находящихся в предварительном заключении (44%), совершали в своей жизни попытку самоубийства (среди мужчин этот показатель равен 27%).

- Женщины, находящиеся в состоянии отмены наркотиков и алкоголя, могут быть импульсивны, капризны и непредсказуемы, что может приводить к повышенному риску внезапных актов членовредительства.

Проблемы определений связаны с использованием разных терминов для описания поведенческой матрицы, предполагающей намерение причинить вред или травму самому себе или фактическое причинение такого вреда (O'Connor & Sheehy, 2000). Для целей данной главы термины «самопричиненный вред» или «самопричиненная травма», которые являются синонимичными, используются для описания любого действия, при котором заключенные умышленно причиняют себе вред, независимо от способа, намерения или тяжести любой травмы (раны). Термин «самопричиненная смерть» используется для обозначения всех очевидных самоубийств в исправительном учреждении. Этот термин шире, чем определение самоубийства, которое устанавливает коронер, и включает в себя все случаи смерти, в которых очевидно, что к смерти привели действия данного лица вне зависимости от намерений.

В исправительных учреждениях показатели самопричиненной смерти существенно выше, чем показатели самоубийств в обществе. По данным Управления национальной статистики, показатели самоубийств в Соединенном Королевстве, например, за 2003 год составили 18 на 100 тысяч взрослых мужчин против 6 на 100 тысяч взрослых женщин. Если же взять исправительные учреждения в Англии и Уэльсе, там положение иное: показатель самопричиненной смерти (во всех возрастных группах) составил 117 на 100 тысяч взрослых мужчин против 316 на 100 тысяч взрослых женщин (Safer Custody Group, HM Prison Service, 2003). Эти цифры демонстрируют различие между показателями самоубийств в обществе в Соединенном Королевстве и показателями самопричиненной смерти в исправительных учреждениях Англии и Уэльса. Ниже рассматриваются возможные причины такого различия, хотя при этом следует помнить и об описанных выше различиях в дефинициях. Также следует иметь в виду, что фактическое число смертных случаев в исправительных учреждениях очень невелико (особенно среди женщин), а это значит, что эти данные следует трактовать осторожно.

В исправительных учреждениях также существенно выше, чем в обществе, и показатель членовредительства, что снова отчасти объясняется различиями в дефинициях. Так, в 2003 году в Англии и Уэльсе было зарегистрировано 16 214 случаев членовредительства в исправительных учреждениях, т.е. в среднем 7% из общего числа заключенных причинили сами себе вред. На долю женщин пришлось почти половина из 7407 зарегистрированных случаев членовредительства, хотя женщины составляли всего 6% тюремного контингента; поэтому можно сказать, что у них в 14 раз больше вероятность причинить самим себе вред, чем у мужчин. У женщин также намного выше, чем у мужчин, вероятность неоднократного причинения вреда самим себе; повторно причиняют сами себе вред одна треть мужчин и половина женщин.

Большинство зарегистрированных случаев членовредительства (57%) связаны с нанесением себе порезов или царапин и поэтому являются относительно легкими (с медицинской точки зрения). Однако значительная часть таких случаев связана с самоудушением (17%) или самоповешением (8%). Не вызывает сомнения то, что все подобные случаи, а особенно случаи с высоким потенциалом летальности (и в первую очередь самоповешение или самоудушение) могут поставить под угрозу жизнь заключенной, даже когда смерть не являлась изначальным намерением. В период с 2000 по 2004 год в женских тюрьмах Англии и Уэльса было 50 случаев самопричиненной смерти, из которых 41 (82%) — путем самоповешения (Louisa Snow, Women's Team, HM Prison Service for England and Wales, personal correspondence, 2005).

Периодом особенно высокого риска самопричиненной смерти принято считать начальный период пребывания в заключении; примерно половина заключенных, покончивших жизнь самоубийством, на момент смерти пробыли в заключении менее одного месяца (Crighton & Towl, 1997).

Достоверно установлено, что значительная часть находящихся в исправительном учреждении женщин претерпели насилие над собой в той или иной форме. Кроме того, существует статистически значимая связь между предшествующим сексуальным насилием и причинением вреда самой себе или попыткой самоубийства среди заключенных-женщин. Среди женщин, совершивших попытку самоубийства или членовредительство по другим причинам, значительно больший процент тех, кто сообщали, что они были жертвами сексуального насилия – 41% против 18% среди мужчин (Snow, 2002).

Почти половина женщин, находящихся в предварительном заключении (44%), предпринимали в своей жизни попытку самоубийства (против 27% мужчин). Четверть (24%) женщин, находящихся в предварительном заключении, которые сообщали о попытке самоубийства в течение 12 месяцев, предшествующих лишению свободы, сообщали, что они получали угрозы насилия в период нахождения в исправительном учреждении (против 9% среди тех, кто попытки самоубийства никогда не предпринимал).

Заключенные, находящиеся в состоянии отмены наркотиков и алкоголя, могут быть импульсивны, капризны и непредсказуемы, что может приводить к повышенному риску внезапных актов членовредительства. В дополнение к этому на этапе после детоксикации, который может длиться многие недели или даже месяцы, у женщин сохраняется риск совершения таких актов вследствие сравнительной недоступности веществ, которые до ареста очень часто служили им способом, помогающим справиться с жизненными невзгодами. В гражданском обществе также существует достоверная связь между употреблением психоактивных веществ и повышенным риском суицида.

Таким образом, есть явные доказательства повышенного риска суицидального поведения среди женщин, находящихся в исправительных учреждениях. Снизить этот риск – дело непростое, поскольку причины таких поступков у всех людей разные. Начальникам исправительных учреждений необходимо добиваться следующего:

- для всех женщин, находящихся в исправительных учреждениях, должны быть доступны полноценные медико-санитарные услуги, описанные в других разделах данной главы;
- в каждом исправительном учреждении должна быть введена должность координатора по профилактике суицида, обладающего глубоким пониманием рисков суицидального и членовредительского поведения среди находящихся в заключении женщин;
- персонал, работающий в женских исправительных учреждениях, должен знать об особенно высоких рисках членовредительства среди женщин, находящихся в заключении.

В настоящее время Тюремная служба Ее Величества по Англии и Уэльсу разрабатывает методические инструкции для персонала по предупреждению, контролю и пониманию суицидального поведения среди заключенных-женщин. Рассматриваемые в других разделах данной главы проблемы, связанные с детьми, психическим здоровьем, физическим здоровьем и употреблением психоактивных веществ, в своей совокупности способствуют повышению уязвимости женщин в заключении. Эти проблемы описываются под соответствующими заголовками, где указывается их связь с риском членовредительства.

Употребление психоактивных веществ

Данные, полученные в Англии и Уэльсе, показывают следующее:

- находясь на свободе, женщины часто пренебрегают своим здоровьем по причине бедности и/или наркозависимости, в результате чего, когда они попадают в тюрьму, они предъявляют большие требования к медицинскому обслуживанию;
- 60% всех вновь поступающих нуждались в клиническом ведении синдрома отмены психоактивных веществ;
- у женщин в анамнезе на момент ареста выявляется сложная картина употребления нескольких наркотиков, причем высока распространенность употребления инъекционных наркотиков;
- оценки показывают, что не менее 75% женщин, поступающих в исправительное учреждение, имеют на момент ареста ту или иную проблему, связанную с употреблением наркотиков;
- для того чтобы эти женщины со сложным анамнезом были приняты в исправительное учреждение с соблюдением всех норм безопасности, чрезвычайно важно в первый же вечер провести надлежащую оценку их потребностей в медицинской помощи;
- одним из неперенных элементов начального этапа лечения является наблюдение и мониторинг состояния отмены или интоксикации;
- исправительные учреждения должны создавать специализированные наркологические блоки, в которых круглосуточно дежурит подготовленный медперсонал;
- прогнозировать, наступит ли у женщины в состоянии отмены риск членовредительского поведения, потенциально угрожающего ее жизни, и когда этот риск наступит, может быть сложно, поэтому необходимо исходить из того, что этому риску подвержены все женщины;
- схемы лечения должны отражать индивидуальные потребности, и в том случае, если показано проведение детоксикации, а не постоянное назначение опиатного заместителя, быстрота отмены должна отражать собственное мнение женщины о ее способности справиться с отменой.

Автором собраны данные (Palmer, 2004), показывающие, что в 2004 году в Англии было проведено 8592 новых эпизода клинической детоксикации у женщин, поступающих в исправительные учреждения. Хотя у многих из этих женщин была достигнута полная отмена тех психоактивных веществ, от которых у них выработалась зависимость, растущее число женщин было стабилизировано на режиме заместительной поддерживающей терапии опиатной зависимости. Примерно 20% женщин просят приема у врача или медсестры каждый день — это в два раза больше, чем заключенные-мужчины.

Клинические данные, которые собирались в лондонской тюрьме «Холлоуэй» в период с 1998 по 2003 год, постоянно и последовательно показывали, что около 60% всех вновь поступающих в эту тюрьму нуждались в клиническом ведении состояния отмены. Эти женщины, как правило, на момент ареста употребляли 6–9 веществ, включая героин, метадон, дигидрокодеин, кокаин, кокаин-крэк, гашиш и бензодиазепины (различных видов). Кроме того, до 50% этих женщин также употребляли алкоголь на уровне зависимости, а 75% были потребителями инъекционных наркотиков. Аналогичные тяжелые и сложные структуры употребления наркотиков наблюдаются и в других женских тюрьмах Англии, хотя и с некоторыми региональными изменениями. В последнее время стало поступать все больше сообщений о том, что женщины, помимо описанных выше наркотиков, употребляют бупренорфин (Subutex®). В неопубликованном исследовании вновь поступивших заключенных, проведенном

в тюрьме «Холлоуэй» в 2001 году (Palmer, 2001), указывается, что из 40% женщин, которым не требовалась клиническая детоксикация при поступлении в тюрьму, половина употребляла другие наркотики, такие как стимуляторы и гашиш. Поэтому можно считать, что не менее чем у 75% женщин, поступающих в тюрьму, на момент ареста имеется та или иная проблема, связанная с наркотиками. Такая оценка согласуется с результатами исследования женщин, поступающих в европейские исправительные учреждения (Fowler, 2001), в ходе которого также был установлен такой же процент заключенных, имеющих в анамнезе употребление наркотиков или алкоголя до ареста.

Ниже приводится пример «типичной» женщины – потребителя наркотиков, поступающей в тюрьму из Англии и Уэльса:

- возраст: 17–30 лет;
- находилась в предварительном заключении 7–10 дней;
- предъявлены обвинения в воровстве, неявке по вызову органов власти или в отказе добровольно сдать ся;
- употребляет: 1–2 г героина, метадон (по рецепту и/или незаконно);
- употребляет кокаин-крэк, бензодиазепины (нескольких видов – по назначению врача и/или незаконно), гашиш, 6–9 банок пива крепостью 9% и сигареты;
- употребляет наркотики в течение 9 лет или дольше;
- употребляет инъекционные наркотики, инфицирована вирусом гепатита С;
- имеет в анамнезе лечение по поводу психического расстройства и/или совершения членовредительства;
- имеет медицинские осложнения, обусловленные образом жизни, такие как глубокий тромбоз вен, абсцессы и инфекции, передаваемые половым путем;
- сожитель женщины тоже находится в заключении;
- уже лишена родительских прав – часто дети находятся у родственников или «на попечении».

Первоначальное обвинение часто отягощается неспособностью женщины выполнять требования суда в отношении явки или регулярной отметки в полиции. Нередко это объясняется постоянной потребностью женщин добывать себе наркотики и циклом интоксикации и отмены. Не являются редкостью женщины, пережившие потерю (смерть) ребенка или подвергшиеся насилию до ареста.

Для того чтобы эти женщины были приняты в исправительное учреждение с соблюдением всех норм безопасности, чрезвычайно важно в первый же вечер по прибытии провести надлежащую оценку их потребностей в медицинской помощи. У тех, кто подвержен риску синдрома отмены, это включает начало назначения соответствующих режимов для адекватного лечения синдромов отмены опиатов, алкоголя и бензодиазепинов. Многим женщинам требуется клиническая помощь одновременно по поводу всех трех видов зависимости.

Одним из важнейших элементов этого раннего лечения являются наблюдение и мониторинг симптомов отмены, которые на этом этапе преследуют две цели. Важно, чтобы был своевременно установлен контроль над симптомами, но не менее важно следить за появлением признаков опиатной интоксикации, так как этот риск постоянно присутствует при лечении женщин, в отношении которых мало ясных и объективных данных о прежнем употреблении ими наркотиков. Риск этот возрастает, когда одновременно назначаются бензодиазепины.

Поэтому исправительные учреждения должны создавать специализированные блоки наркологической помощи, в которых круглосуточно дежурит подготовленный, квалифицированный медперсонал для оказания помощи таким женщинам. В идеале эти блоки должны (по возможности) иметь во всех дверях открытые окошки, подобные окошкам в больничных палатах (или аналогичный равноценный и постоянный доступ), чтобы можно было осуществлять «беспрепятственное наблюдение» (HM Prison Service for England and Wales, 2000) в любое время дня и ночи. Эти окошки должны давать возможность осуществлять клинические наблюдения, а не просто режимный контроль. Например, помимо возможности удостовериться, что данная заключенная по-прежнему находится в комнате, нужно иметь возможность видеть, не вызывает ли тревогу ее внешний вид или поведение. Эти окошки также позволяют персоналу слышать, что делается в камерах, они особенно необходимы ночью, когда изменение дыхания может указывать на возникновение тяжелого, критического состояния. Персонал должен иметь возможность почувствовать запах внутри камеры в том случае, если женщину вырвало и т.д., и наконец, важно иметь возможность коснуться женщины и предоставить помощь через эти окошки в то время, когда режим исправительного учреждения не разрешает открывать дверь камеры в ситуациях, не являющихся экстренными.

После периода стабилизации, проходящего в блоке первого этапа наркологической помощи, в исправительном учреждении должен быть блок второго этапа помощи, где имеются такие же возможности поддержки и наблюдения за женщинами, как описаны выше, но к этому времени такая помощь может оказываться немедицинским персоналом исправительного учреждения. Во время этого этапа персонал должен сосредоточить все внимание на психосоциальном аспекте лечения зависимости от психоактивных веществ, поскольку женщины в этот период находятся в состоянии большей стабильности и ясности мышления и могут получить пользу от психологической поддержки и вмешательств, осуществляемых в сочетании с клиническими режимами. Успех прохождения этого этапа должен определяться индивидуально, и женщин не следует переводить в обычный жилой блок до тех пор, пока не будет установлена их способность обходиться малой поддержкой со стороны персонала и жить в общем режиме исправительного учреждения. После перевода заключенной в общий блок исправительного учреждения клиническое ведение может быть продолжено в амбулаторных условиях.

Наличие двух специализированных наркологических блоков также дает более гибкие возможности принимать вновь прибывающих, количество которых в исправительных учреждениях все время меняется. Такого понятия, как очередь, не должно быть: каждую поступающую заключенную необходимо осмотреть, оценить ее состояние и начать лечить. Благодаря наличию трех уровней предоставляемой помощи (интенсивная фаза, второй этап и амбулаторная помощь) всегда имеются койки в блоке интенсивной помощи первого этапа, куда можно положить всех вновь поступивших.

Помимо физических симптомов отмены, у заключенных в этом периоде часто проявляются сложные психические проблемы. Они часто бывают капризны, возбуждены, непредсказуемы, и поэтому ими трудно управлять в обстановке строгих правил и ограничений. Все сотрудники, работающие с такими заключенными, должны понимать, какое действие состояние отмены оказывает на поведение заключенной, должны поощряться к тому, чтобы разряжать потенциально взрывоопасные ситуации и, насколько это возможно, избегать конфронтации.

Еще одной особенностью состояния отмены является импульсивность поведения, и именно это оказывается причиной повышенного риска членовредительства среди женщин в начальный период пребывания в заключении. Характерной особенностью

самопричиненных смертей в этот период является то, что персонал часто докладывает, что никаких признаков, которые предупреждали бы о намерении причинить самой себе вред, до самого происшествия не было. В этом и заключается трудность в предсказании того, когда женщина в состоянии отмены подвергается риску членовредительского поведения, потенциально угрожающего ее жизни. Поэтому нужно исходить из того, что риску подвергаются все женщины. Этот риск нужно учитывать при определении уровня поддержки и наблюдения в отношении всех женщин в первые четыре недели стабилизации и состояния отмены.

Клинические режимы должны отражать индивидуальные потребности, и в том случае, если показано проведение детоксикации, а не постоянное назначение опиатного заместителя, быстрота отмены должна отражать собственное мнение женщины о ее способности справиться с отменой. Аналогичным образом может потребоваться коррекция режимов уменьшения доз бензодиазепинов, чтобы избежать повышения уровней тревоги.

Риск членовредительства в этом начальном периоде пребывания в заключении возрастает еще больше вследствие бессонницы, которая является нежелательной, но распространенной и долго сохраняющейся особенностью состояния отмены. Женщины часто не могут нормально спать, но если для них будут созданы максимально комфортные условия и будет оказываться поддержка в течение ночи, это позволит уменьшить риски. В число таких мер должны входить:

- открытые окошки в дверях для оказания медицинской помощи (когда это возможно), как описывалось выше, и наличие персонала для наблюдения за женщинами и оказания им помощи в течение всей ночи;
- установка телевизора в камере с неограниченной возможностью пользоваться им в течение всей ночи;
- выдача дополнительных постельных принадлежностей, поскольку в начальный период отмены нередко наблюдается озноб;
- предоставление дополнительного питья и еды в ночное время, включая горячие молочные напитки, такие как шоколад, при отходе ко сну и в течение всей ночи, если женщина все еще не спит, поскольку по мере того, как проходят первоначальные симптомы отмены, у женщин появляется повышенный аппетит;
- предоставление магнитофонных записей с расслабляющей музыкой для прослушивания в камере ночью.

Хотя такие условия должны быть обеспечены всем женщинам, которым требуется клиническое вмешательство по поводу их проблем употребления психоактивных веществ, некоторые из рисков членовредительства также угрожают регулярным потребителям стимуляторов или потребителям гашиша или других назначенных врачом лекарственных препаратов.

Еще одну проблему представляют собой потребители стимуляторов, употребляющие либо только эти вещества, либо эти вещества в сочетании с опиатами и т.п. С ними бывают случаи остановки сердца и инсульта. В настоящее время известно, что употребление наркотиков является одной из наиболее частых причин инсульта у молодых взрослых, и поэтому у таких женщин в течение как минимум 72 часов после поступления в исправительное учреждение необходимо вести мониторинг гипертензии и отклонений в нервной системе. Следует рассмотреть вопрос о переводе в гражданскую больницу, если этот мониторинг показывает наличие какого-либо риска для сердца или нервной системы. Нередки среди потребителей стимуляторов и состояния ажитации

и депрессии, и для лечения этих состояний, которые могут еще больше усугубляться заключением под стражу, может потребоваться клиническое вмешательство.

Большинство потребителей психоактивных веществ также курят сигареты, и как бы эффективно врачи ни лечили другие симптомы отмены, женщины все равно впадают в депрессию, проявляют капризность и импульсивность, если они оказываются в состоянии отмены никотина, тяжесть которого недооценивать не следует.

Беременность

Из 8592 женщин, поступивших на детоксикацию в Англии в 2003 году, 216 были беременны (Palmer, 2004). Из-за аменореи, которую часто вызывает имеющаяся у них опиатная зависимость, многие из этих женщин не знали о своей беременности до момента обследования при поступлении в тюрьму перед началом заместительной терапии опиатной зависимости. В таких случаях это не только требует фактического безопасного клинического ведения беременности, но и вызывает необходимость предоставления им поддержки и возможности адаптироваться к известию о своей беременности.

У некоторых женщин перед прибытием или по прибытии в тюрьму происходит выкидыш. Вероятно, это объясняется тем, что опиаты становятся недоступными из-за ареста. Стабилизировать беременность в тех случаях, когда в анамнезе имеется недавнее беспорядочное употребление наркотиков или когда употребление наркотиков было прервано, сложно, поэтому исправительным учреждениям необходимо иметь надежные протоколы на доказательной основе для ведения таких случаев.

После того как они попали в исправительное учреждение, женщины могут решить, что они не будут сохранять беременность, особенно в тех случаях, когда они до этого о ней не знали. Для них должны быть организованы подходящие условия для получения вариантов лечения, эквивалентных тем, которые они получили бы, если бы все еще находились на свободе, включая консультирование и поддержку, а также собственно прерывание беременности.

Для женщин с опиатной зависимостью клиническое ведение до прерывания беременности должно соответствовать общим клиническим режимам, которые применяются для всех беременных женщин. Такой режим должен продолжаться до тех пор, пока не будет прервана беременность, на тот случай, если мать передумает и пожелает сохранить беременность.

После прерывания беременности женщинам должно быть дано время на восстановление как физических сил, так и эмоционального равновесия перед тем, как будет изменено клиническое ведение их зависимости от психоактивных веществ. Обычно этот период составляет не менее четырех недель после выполнения процедуры прерывания, но у некоторых женщин он может быть и дольше. Затем заместительная поддерживающая терапия опиатной зависимости, которая была назначена для безопасного ведения беременности, должна быть пересмотрена и изменена в соответствии с индивидуальными потребностями. Тогда одни женщины могут пожелать пройти режим медленной отмены, а другие могут захотеть продолжать поддерживающий режим для удовлетворения других потребностей, не связанных с теперь уже прерванной беременностью. Женщины, начинающие отмену, должны делать это с такой быстротой, какую они могут выдержать, и режим отмены должен пересматриваться каждую неделю и изменяться в соответствии с тем, как его переносят женщины. Дозы должны повышаться или стабилизироваться, если женщины чувствуют, что не могут выдержать дальнейшего уменьшения.

Если женщина выходит из заключения до завершения заместительной терапии опиатной зависимости, тогда наркологическая бригада исправительного учреждения должна договориться о продолжении этого лечения на свободе. Аналогичным образом, если женщину переводят в другое исправительное учреждение, клинический режим не должен прерываться.

Дети

У многих женщин, находящихся в исправительных учреждениях, есть дети, с которыми они жили до ареста, и они пытаются продолжать свою роль попечительницы, находясь в заключении. Конечно, регулярные телефонные звонки и посещения могут служить поддержанию семейных связей, но горечь и тревога от невозможности свободно общаться со своими детьми могут вызывать душевные страдания и иногда доводить заключенную до отчаяния. Часто все это усугубляется удаленностью от дома, так как женских исправительных учреждений сравнительно мало, и поэтому родственникам приходится проделывать немалый путь, чтобы добраться до нужного учреждения. Испытываемые этими матерями душевные страдания являются еще одним фактором, повышающим риск членовредительства.

В то же время некоторые женщины, имеющие давнюю и тяжелую историю болезни, связанную с употреблением множественных наркотиков, стали чужими для своих детей задолго до того, как попали в исправительное учреждение. Предаваясь образу жизни, ориентированному на поиск и употребление наркотиков, они и не пытались поддерживать какие-либо контакты со своими детьми, но, когда женщины оказываются в стабильном и часто абстинентном состоянии в исправительном учреждении, такое отношение к детям нередко меняется. Они испытывают вину за прежнее отсутствие контактов и за свой образ жизни наркоманки и преступницы, который привел их к разлуке с детьми, и у них возникает одно доминирующее желание — возобновить отношения со своими детьми. Часто для ребенка это оказывается практически неосуществимым или нежелательным, а иногда бывает, что официальные процедуры попечения достигли такой точки, что всякий подобный контакт запрещается. Столкнувшись с этой невозможностью восстановить общение, женщины могут впасть в отчаяние, и, не имея наркотиков, к которым они ранее прибегали как к средствам психологической адаптации, они вновь становятся подверженными повышенному риску совершения актов членовредительства.

Некоторые женщины рожают перед самым поступлением в исправительное учреждение, но предпочитают не брать детей с собой в заключение, или им не дают сделать этого официальные порядки или соображения, связанные с опекой над детьми. Такие женщины особенно подвержены риску постнатальной депрессии, которая может быть и тяжелой, и продолжительной, поэтому медицинские службы исправительных учреждений должны внимательно наблюдать за этим риском и оказывать необходимую поддержку.

Инфекции, передаваемые половым путем

Многие женщины, употребляющие психоактивные вещества, до ареста начинают заниматься проституцией, чтобы заработать деньги на удовлетворение своей привычки употреблять наркотики. Другие женщины в состоянии интоксикации проявляют сексуальную активность, связанную с повышенным риском; они не могут вспомнить, какие у них были партнеры, не пользуются презервативами, поэтому риск заразиться у них такой же.

Среди этой категории женщин процент абнормальных результатов мазка из цервикального канала оказывается выше обычного, причем многие из этих женщин

не проводили последующего лечения по результатам мазка. Тюремное заключение нередко является удобным периодом, когда можно склонить женщин к тому, чтобы они согласились пройти дальнейшее обследование и лечение.

Гемотрансмиссивные вирусы

У многих женщин в исправительных учреждениях в анамнезе отмечается употребление инъекционных наркотиков, в результате чего они были подвержены повышенному риску заражения гепатитами В и С и ВИЧ. Во всех женских исправительных учреждениях должны предлагаться программы вакцинации против гепатита В, а также обследование на гепатит С и ВИЧ, наряду с доступом к лечению на месте.

Большинство женщин в Англии сообщают, что они прекращают употребление инъекционных наркотиков после того, как попали в исправительное учреждение. Эти сообщения подтверждаются информацией о соблюдении режима, в соответствии с которой иглы во время отбывания срока обнаруживаются у заключенных редко. Это также соответствует результатам исследования (Singleton et al., 2003), согласно которым всего 2% всех заключенных, как мужчин, так и женщин, сообщают об употреблении инъекционных наркотиков. Тем не менее обычно вследствие употребления инъекционных наркотиков до ареста возникают осложнения, в том числе абсцессы, глубокий тромбоз вен и целлюлит. Дополнительной причиной осложнений является то, что женщины могли начать лечение по поводу уже имевшихся у них глубокого тромбоза вен или эмболии легких, но прервали его вследствие своего беспорядочного образа жизни и употребления наркотиков. В результате у этих женщин начинаются резкие обострения этих заболеваний, которые в таком случае требуют неотложного лечения в стационаре вне исправительного учреждения.

Многим женщинам, которые до поступления в исправительное учреждение употребляли психоактивные вещества, требуется вмешательство по поводу нарушений сексуального здоровья и гемотрансмиссивных вирусов. Медицинские службы в женских исправительных учреждениях должны быть обеспечены необходимыми ресурсами, позволяющими удовлетворять эту чрезвычайно высокую потребность в таких вмешательствах, особенно в местных условиях исправительного учреждения.

Насилие

Часто женщины поступают в исправительное учреждение с травмами, причиненными, например, буйным партнером (который может требовать, чтобы женщина доставала деньги на покупку наркотиков ему и себе), клиентами проституток или сутенерами, а также полученными в обычных ситуациях повышенного риска, которые встречаются на улице.

Поэтому женщины, ставшие жертвами насилия до ареста, могут страдать низкой самооценкой, слабыми навыками психофизиологической адаптации и недостатком уверенности. Насилие в значительной мере способствует развитию психических расстройств, к тому же совершающие насилие партнеры продолжают контролировать некоторых женщин и угрожать им даже в исправительном учреждении. В исправительных учреждениях должны в обязательном порядке приниматься меры по исключению насилия в стенах учреждения (HM Prison Service for England and Wales, 2002).

Вопросы общей гигиены

У женщин, которые до ареста жили в антисанитарных условиях, нередко встречаются педикулез и чесотка. Сразу после поступления в исправительное учреждение эти состояния необходимо начинать лечить, одновременно обеспечивая высокий уровень общей гигиены, чтобы ограничить их распространение на других заключенных.

Многие женщины в исправительных учреждениях находятся в менструальном возрасте. У многих женщин – потребителей опиатов, у которых менструации полностью отсутствовали из-за употребления опиатов до того, как они попали в исправительное учреждение, менструации возобновляются. Это создает дополнительный дискомфорт, с которым им приходится справляться наряду с любыми другими симптомами отмены, которые они испытывают. Персонал медицинских служб должен учитывать это при клиническом ведении таких женщин, предоставляя им по мере необходимости дополнительную помощь в облегчении симптомов.

Женщинам должны бесплатно предоставляться и быть легко доступными во всякое время гигиенические прокладки и им подобные предметы гигиены такого типа и в таком количестве, которые женщина считает приемлемыми. Некоторым женщинам может быть неловко обращаться к сотрудникам-мужчинам с просьбами о таких предметах, и исправительному учреждению необходимо это учитывать и обеспечивать уважение человеческого достоинства. Следует также удовлетворять потребность чаще принимать душ в такие периоды.

Женщинам, которые до ареста принимали наркотики, требуется значительный объем стоматологического лечения. Когда они уменьшают употребление наркотиков, они начинают ощущать зубную боль, которая до этого была притуплена большими дозами опиатов. Если доступ к стоматологическому лечению предоставляется не сразу, это не только причиняет женщине страдание, но и предоставляет женщинам возможность снова искать сильнодействующее обезболивающее средство, в котором неизбежно присутствует какой-либо опиат. В таком случае это может вновь привести к употреблению этих наркотиков или к зависимости от них.

У многих потребителей психоактивных веществ в анамнезе имеется астма, обусловленная, вероятно, курением таких наркотиков, как героин, кокаин и гашиш. Многие из них также курят обычные сигареты в больших количествах. Стресс, который возникает для организма вследствие отмены, часто усугубляет это состояние, и поэтому важно, чтобы у женщин постоянно были при себе ингаляторы, чтобы они могли по мере необходимости лечить сами себя.

Ведение эпилептических припадков и припадков, вызываемых синдромом отмены, является делом сложным. Многие потребители психоактивных веществ, которые поступают в исправительное учреждение, имеют в анамнезе зарегистрированные эпилептические припадки, у некоторых эта болезнь прослеживается с самого детства, что служит еще одним подтверждением диагноза. Некоторые из них перед поступлением в исправительное учреждение не соблюдали назначенного им регулярного противосудорожного лечения вследствие своего образа жизни, ориентированного на поиск и употребление наркотиков. Поэтому важно, чтобы после поступления в исправительное учреждение это лечение было возобновлено, хотя сделать это может быть особенно сложно, если у заключенной до ареста была алкогольная и/или бензодиазепиновая зависимость.

Другие женщины утверждают, что они давно страдают эпилепсией, от которой им часто назначалось противосудорожное лечение, причем и гражданский врач, назначавший лечение, и сама женщина верят в этот диагноз. Однако дополнительное исследование этих утверждений может показать, что никаких формальных исследований и анализов никогда не проводилось, и нередко может быть установлена связь припадков с синдромом отмены наркотиков или алкоголя. Поскольку употребление наркотиков на свободе было нерегулярным и хаотичным, противосудорожные препараты назначались в те периоды, когда обеспечение наркотиками было минимально или совсем прекращалось, и со временем это превратилось в элемент постоянного назначения лечения. Когда человек попадает в исправительное учреждение, часто на короткие сроки, узнать истинную причину припадков трудно, особенно постольку, поскольку уменьшение употребления бензодиазепинов и/или алкоголя делает этого человека подверженным новым припадкам, связанным с синдромом отмены. Поэтому часто противосудорожное лечение продолжается совершенно правильно, но это, в свою очередь, подкрепляет неправильный диагноз эпилепсии.

Одной из особенностей употребления в прошлом одновременно нескольких наркотиков у многих потребителей психоактивных веществ является то, что они до ареста употребляли алкоголь и/или бензодиазепины на уровне зависимости. Эти женщины в начальный период своего пребывания в заключении подвержены риску припадков, обусловленных синдромом отмены, и нуждаются в назначении лечения для эффективного ведения этих синдромов отмены обоих веществ, чтобы они могли безопасно достичь абстиненции, не подвергаясь угрожающим жизни припадкам. Начинать эти схемы детоксикации следует в условиях стационара, где оказывается круглосуточная медицинская помощь, о которой говорилось выше в общем разделе о потреблении психоактивных веществ. При отмене алкоголя, особенно на фоне синдрома отмены наркотиков, такой уровень помощи требуется в течение как минимум семи дней, но может требоваться и дольше, особенно в тех случаях, когда женщина употребляла алкоголь и бензодиазепины вместе.

Женщинам с истинным диагнозом эпилепсии в рамках ведения припадков мог назначаться бензодиазепин в сочетании с обычным для них противосудорожным препаратом. Это лечение следует продолжать в исправительном учреждении в соответствии с рекомендацией гражданского врача.

Наблюдения, проводимые медицинскими работниками исправительных учреждений в течение ряда лет за женщинами, употребляющими психоактивные вещества и также страдающими эпилепсией, показывают, что, если они раньше употребляли бензодиазепины на свободе, то по мере прогрессивного уменьшения их доз в соответствии с назначенной схемой начинаются припадки, которых не было до ареста. Есть мнение, что этот эффект можно ограничить, если уменьшение доз бензодиазепина будет проводиться через большие промежутки времени, чтобы лучше учесть указанное обстоятельство. Однако в некоторых случаях продолжать такой режим необходимо в сочетании с противосудорожным лечением, чтобы стабилизировать припадки. По-видимому, в подобных случаях проводимое на свободе противосудорожное лечение было эффективным только при дополнительном употреблении больших доз незаконных бензодиазепинов. Противосудорожное лечение можно скорректировать с учетом этого обстоятельства, но в реальной практике большинство женщин недостаточно долго находятся в исправительном учреждении, чтобы можно было направить их к специалисту-неврологу, и поэтому нужно подумать о продолжении ведения припадков с помощью бензодиазепинов.

Обо всех припадках, которые случаются в исправительном учреждении, необходимо сообщать медицинским работникам, нужно осматривать женщину во время и после каждого припадка, так как может возникнуть эпилептический статус — угрожающее жизни критическое состояние, требующее перевода в стационар за пределами исправительного учреждения.

Припадки могут повторяться в течение срока заключения вследствие продолжающегося незаконного употребления бензодиазепинов. Припадки также могут указывать на другие тяжелые медицинские состояния, поэтому медперсоналу нужно проявлять бдительность и знать о других возможных причинах внезапного наступления припадка. Если припадок случается с беременными женщинами, их всегда необходимо перевести для наблюдения в стационар за пределами исправительного учреждения.

Вследствие образа жизни, связанного с употреблением наркотиков, многие женщины поступают в исправительное учреждение в состоянии истощения. Обычно оно проходит, когда наступает стабилизация и женщины регулярно и постоянно получают питательную пищу. Дополнительного лечения обычно не требуется, если ничто не препятствует употреблению нормального рациона питания. Как отмечалось выше, женщинам полезны дополнительная еда и питье в ночное время.

Литература

Dijkmsan A, Blaauw E (1997). Psychologisch disfunctioneren van gedetineerden [Mental dysfunctioning among prisoners]. *Sancties*, 6:317–327.

Fowler V (2001). *Drug services for youth and women in prison in Europe: the impact of the Marseilles Recommendations*. London.

HM Prison Service for England and Wales (2000). *Prison Service Order 3550 – Clinical Services for Substance Misusers*. London, HM Prison Service for England and Wales (<http://www.hmprisonservice.gov.uk/resourcecentre/psispsos/listpsos>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

HM Prison Service for England and Wales (2002). *Prison Service Order 2700 – Suicide and Self-harm Prevention*. London, HM Prison Service for England and Wales (<http://www.hmprisonservice.gov.uk/resourcecentre/psispsos/listpsos>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

O'Connor R, Sheehy N (2000). *Understanding suicidal behaviour*. Leicester, BPS Books.

Owen S (2004). *A scoping exercise for a health strategy for women in custody in England. Nottingham, University of Nottingham – School of Nursing*. Unpublished.

Palmer J (2001). *Urine test results upon reception*. Unpublished.

Palmer J (2004). *Episodes of clinical detoxification*. London, HM Prison Service Women's Team. Unpublished.

Safer Custody Group, HM Prison Service (2003). *Reported self-harm in HM Prison Service in 2003*. Unpublished.

Singleton N et al. (1998). *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. London, Office for National Statistics.

Singleton N et al. (2003). *Drug-related mortality among newly released offenders*. London, Home Office (Findings 187).

Snow L (2002). *Attempted suicide and self-injury in prisons: an exploration of risk factors and motivations*. Dissertation. Kent, University of Kent.

Дополнительная литература для чтения

Bukstein OG, et al. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case control study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 88:403–408.

Crighton D, Towl G (1997). Self-inflicted deaths in prison in England and Wales: an analysis of the data for 1988–1990 and 1994–1995. *Issues in Criminological and Legal Psychology*, 28:12–20.

McEvoy AW, Kitchen ND, Thomas DGT (2000). Intracerebral haemorrhage and drug abuse in young adults. *British Journal of Neurosurgery*, 14:449–454.

Palmer J (2003). *Clinical management and treatment of substance misuse for women in prison*. London, Central and North West London Mental Health NHS Trust Substance Misuse Service.

Palmer J (2003). Detoxification in prison. *Nurse to Nurse*, 3(2).

14. Укрепление здоровья и борьба со стрессом у сотрудников исправительных учреждений

Heiner Bögemann

Основные пункты

- Стратегии укрепления здоровья в исправительных учреждениях должны предусматривать решение все более усложняющихся психосоциальных проблем своих сотрудников — истощение физических и духовных сил, употребление алкоголя и наркотиков, замыкание в себе и неспособность привыкнуть к травмирующим психику впечатлениям от того, с чем приходится сталкиваться в повседневной работе.
- Во многих исправительных учреждениях высок показатель невыхода сотрудников на работу по болезни, есть сотрудники, которые не проявляют достаточной заботы о своем здоровье, сотрудники, которые не могут выполнять все служебные функции, а также сотрудники, которым вскоре предстоит досрочный выход на пенсию.
- Укрепление здоровья в исправительных учреждениях должно рассматриваться как одно из постоянных направлений работы с кадрами. Это требует установления связи между работой в исправительных учреждениях и состоянием здоровья сотрудников.
- Укрепление здоровья должно быть стабильным, всеобъемлющим и междисциплинарным процессом, в котором упор делается на удовлетворенность сотрудников своей работой.
- Если индивидуальные потребности сотрудников принимаются во внимание и они знают, что при необходимости могут получить помощь, тогда они обычно чувствуют себя намного лучше, и это приводит к снижению показателей невыхода на работу и уменьшению числа случаев досрочного выхода на пенсию.
- Меры по укреплению здоровья в исправительных учреждениях могут привести к значительному снижению расходов на персонал и улучшению качества работы с заключенными.

Введение

В последние годы здоровье сотрудников стало играть все более важную роль не только в торговле и промышленности, но и в таких органах, как полиция. Организации проявляют больше ответственности за снижение стресса и заболеваемости из-за нагрузки на работе. Некоторые цели предпринимаемых на предприятиях и в организациях мер по укреплению здоровья можно охарактеризовать такими лозунгами, как «здоровые люди на здоровом предприятии» или «высокий уровень организованности и производительности через благополучие на работе». Однако среда, в которой работают люди в европейских исправительных учреждениях, все еще далека от подобного образа мышления и действия, хотя в этих исключительных по своему характеру организациях укрепление здоровья сотрудников и забота о них имеет особое значение для того, чтобы они еще долго могли служить обществу.

В реалиях мира исправительных учреждений необходимо учитывать все более усложняющиеся психосоциальные проблемы их сотрудников. Неоспоримым фактом является не только рост показателей невыхода на работу по болезни, но и

существование таких явлений, как истощение физических и душевных сил, употребление алкоголя и наркотиков, замыкание в себе и неспособность привыкнуть к травмирующим психику впечатлениям от того, с чем приходится сталкиваться в повседневной работе (посттравматическое расстройство, обусловленное стрессом). Все эти обстоятельства часто приводят либо к досрочному выходу на пенсию, либо к выходу на пенсию с физическими и психическими расстройствами. В Германии с помощью профилактических проверок состояния здоровья и мер по укреплению здоровья можно было бы избежать по крайней мере одной трети досрочных выходов на пенсию.

Растущий стресс и расширение круга обязанностей в европейских исправительных учреждениях требуют принятия неотложных мер. К существующим проблемам относятся переполненность исправительных учреждений, межкультурные конфликты, которые часто разрешаются насильственным путем, организованная преступность в исправительных учреждениях, языковые проблемы, употребление наркотиков, плохое техническое состояние исправительных учреждений и часто наблюдаемый некомплект кадров, которые к тому же имеют пробелы в подготовке.

Исследования по проблемам здоровья сотрудников исправительных учреждений

Связь между условиями работы сотрудников исправительных учреждений и их последствиями для здоровья никогда по-настоящему не становилась предметом обсуждения в криминологии и не исследовалась всерьез и всесторонне в европейской социологии. В некоторых исследованиях, проведенных в англоязычных или скандинавских странах, упор сделан только на одиночные аспекты стресса, такие как причина переутомления. Стресс и состояние здоровья персонала, включая поведение и модели взаимоотношений, подробно никогда не обсуждались.

Игнорирование важности исследований по изучению состояния здоровья сотрудников европейских исправительных учреждений привело к игнорированию проблем, что повлекло за собой негативные последствия для пенитенциарной системы. Например, некоторые исследования указывают на такой парадокс: высокая степень неудовлетворенности работой вызвана в первую очередь не стрессом от работы с заключенными, а условиями организации и отношениями между администрацией и персоналом.

Факторы риска и стресс у сотрудников исправительных учреждений

В настоящее время во всех исследованиях состояния здоровья сотрудников исправительных учреждений кратко очерчиваются различные проблемные области, связанные с различными типами стресса. Однако стресс должен рассматриваться не как изолированная проблема отдельных сотрудников, а как результат взаимодействия различных факторов стресса, характеризующих конкретное место работы. С социологической точки зрения сотрудники исправительных учреждений работают в закрытой и «тотальной» системе с высокой степенью рефлексии, обращенной на самого себя (Goffman, 1961).

Повседневная работа сотрудников исправительных учреждений определяется общим распорядком жизни заключенных. Эта работа характеризуется жесткой иерархией, обезличенностью отношений между сотрудниками и всепроникающей бюрократией. Дополнительный стресс провоцируется старыми структурами управления. Во многих местах сплошь и рядом наблюдается отсутствие связи, например, между администрацией исправительных учреждений и охраной. Местные структуры управления и их поведение по отношению к сотрудникам часто весьма далеки от современных методов

работы с кадрами. Исходя из этой точки зрения можно сказать, что для сотрудников исправительных учреждений часто типичны перечисленные ниже явления, которые поэтому представляют особый интерес.

Сотрудники исправительных учреждений сталкиваются с трудностями в построении нерушимого и позитивного ролевого самосознания. Они ощущают огромные расхождения между своей потребностью играть активную роль в процессе реабилитации и реальностью в исправительных учреждениях, которая ограничивает роль персонала оказанием услуг и охраной.

Анализ самовосприятия и внешнего восприятия сотрудников и их ролевых ожиданий показывает значительные расхождения между «охранником» и «помощником» в потребности в их рабочей роли. Выработке этого негативного восприятия рабочей роли с выраженным смещением ролей содействует отсутствие общественного уважения и социального признания.

По сравнению с другой социальной работой (уход или попечение) сотрудники исправительных учреждений часто более критично относятся к своей профессии. В частности, фактором стресса считается строгая регламентация работы правилами. Поскольку круг обязанностей сотрудников исправительных учреждений часто сокращается и ограничивается общим обеспечением и охраной, они чувствуют, что работа их скучна и неинтересна. Кроме того, отрицательно сказываются на удовлетворенности работой плохая рабочая атмосфера (отсутствие лояльности и готовности сотрудничать) и устаревшие организационные структуры, и это тоже может способствовать стрессу. Удовлетворенность повышается, как только сотрудники получают больше прав высказывать свое мнение и большую самостоятельность и возможность влиять на определение круга задач по выполнению официальных функций и оказанию помощи.

Нарушение повседневного общения, особенно между различными уровнями иерархии, порождает у многих сотрудников стресс. Поэтому нарушение контактов следует рассматривать как фактор стресса, часто возникающий в исправительных учреждениях. Профессиональная поддержка персонала, например, посредством мер контроля подталкивает людей к развитию своих навыков общения и тем самым улучшает само общение. Помимо этого, такая поддержка может снижать чувство тревоги, быть полезной при контактах с трудными заключенными, уменьшать потерю ориентации при выполнении профессиональной роли и помогать поддерживать отношения со строгими иерархическими структурами. В целом социальная поддержка сотрудников недостаточна.

Концентрация и взаимодействие различных факторов стресса в исправительных учреждениях приводят к усилению таких признаков переутомления у персонала, как снижение работоспособности и деперсонализация. Переутомление признается проблемой во всех профессиях, связанных с оказанием помощи, но его риск особенно велик для сотрудников исправительных учреждений. По сравнению с психосоциальными характеристиками других профессий этот вид работы по оказанию помощи создает крайние противоречия между функцией помощи и функцией контроля.

Важным фактором развития синдрома переутомления является то, что работа с заключенными часто оканчивается неудачей. Здесь также следует отметить появление все более и более сложных клиентов, у которых повышена готовность к насилию и которые также приносят с собой в исправительные учреждения свои психические проблемы. Существуют языковые проблемы, многие исправительные учреждения переполнены, и это тоже вызывает дополнительный стресс. Нехватка персонала

приводит к тому, что исправительное учреждение все больше и больше превращается только в место лишения свободы, которое все менее успешно справляется с мерами по социальной реабилитации (руководящие принципы – чистота, безопасность и наполненность).

Также существуют такие негативные факторы, как низкая степень влияния и неучастие в процессах принятия решений, несоразмерно низкая заработная плата и ощущение монотонности работы. Но все же стресс, вызванный организационными недостатками, «административной практикой», более тяжел, нежели стресс, обусловленный контактами с заключенными.

Часто встречающиеся психосоциальные факторы риска в исправительных учреждениях

Очень часто в исправительных учреждениях присутствует скрытый стресс, вызванный различными факторами. Постоянный стресс оказывает воздействие на психику, физическое состояние и мышление людей, причем результаты варьируют от психовегетативного истощения до полного истощения физических и душевных сил. Посттравматическое расстройство, обусловленное стрессом, может ускорить этот процесс, в особенности если климат в исправительном учреждении характеризуется нарушением общения, пренебрежительным отношением к работе сотрудников со стороны руководства, низким духом коллективизма в подразделениях, отсутствием чувства гордости за свою организацию и такими организационными параметрами, как постоянная сверхурочная работа, накапливающаяся в результате плохо организованного рабочего процесса.

В обычные рабочие дни в исправительных учреждениях сотрудники часто увеличивают употребление кофе, сигарет, алкоголя, а также лекарственных препаратов. Иногда к этому прибавляются дополнительные факторы риска, такие как несбалансированное питание (быстрое питание при работе посменно) и недостаток физической нагрузки.

Во многих исправительных учреждениях существует латентно высокий уровень отпусков по болезни и имеются сотрудники, которые недостаточно сознательно относятся к своему здоровью, сотрудники, неспособные выполнять все рабочие обязанности, и сотрудники, которые готовятся досрочно выйти на пенсию. Дополнительной проблемой у многих сотрудников является то, что они думают, что зашли в тупик и у них неважные перспективы карьерного роста: в будущем не предвидится повышения квалификации и продвижения по службе. На практике это может быть важно, когда все меньше и меньше квалифицированных работников желают работать в исправительных учреждениях.

Забота о здоровье как элемент работы с кадрами

При тех сложных проблемах, которые существуют в европейских исправительных учреждениях, укрепление здоровья должно рассматриваться как одна из областей постоянной работы по укреплению кадров. Для этого нужно провести связь между работой в исправительных учреждениях и состоянием здоровья персонала. Цель при этом должна заключаться том, чтобы внушить сотрудникам ощущение признания, поддерживать их в достижении результатов и в выполнении ответственной работы, которая не является самоцелью, а активно способствует безопасности их общества.

Укрепление здоровья должно быть постоянным, всеобъемлющим и многопрофильным процессом, ориентированным на обеспечение удовлетворения от работы. Учитывая тесный контакт между сотрудниками исправительных учреждений и заключенными, удовлетворенность работой, особенно среди сотрудников, выполняющих воспитательно-исправительные функции, непосредственно определяет климат в исправительных учреждениях. Удовлетворенность работой, несомненно,

влияет на их поведение по отношению к заключенным. Персонал может разрабатывать программы помощи и консультирования (такие, как программы социальной подготовки) для заключенных и поддерживать их, проявляя дополнительный интерес и активное участие. Это приветствуется не только с точки зрения улучшения функционирования общества, но также и по экономическим и административным причинам, поскольку расходы на охрану здоровья персонала исправительных учреждений ложатся на общество. Один день болезни обходится примерно в 200–400 евро, а издержки в связи с производственными травмами достигают 800 евро в день.

Практические подходы к укреплению здоровья: передовая практика

В данном разделе описываются различные практические подходы к укреплению здоровья в исправительных учреждениях. Это документальные свидетельства опыта проведенного в Германии экспериментального проекта, в ходе которого анализировалась работа медицинского центра для исправительных учреждений. Медицинский центр обслуживает 35 исправительных учреждений, персонал которых насчитывает около 4000 сотрудников службы режима и воспитательной работы — мужчин и женщин. Это первый подобный центр в Германии, и его работа построена на принципе многопрофильности.



14.1 Яблоко как символ укрепления здоровья в исправительных учреждениях в Германии

Яблоко — эмблема медицинского центра. Оно означает личную ответственность в деле укрепления здоровья, а также предупреждение и профилактику заболеваний. Поскольку, как гласит пословица, «одно яблоко в день — и доктора звать не надо», яблоко стало наглядным символом здравоохранения в пенитенциарной системе. Этот символ также подчеркивает, что болезнь легче предупредить, чем лечить. У большинства сотрудников этот фрукт вызывает положительные ассоциации.

Упор делается на практическую актуальность и малых и крупных мер, которые могут осуществляться в исправительных учреждениях независимо от их размера и режима. Описываемые здесь меры несколько лет проходили апробацию в различных исправительных учреждениях в Германии. К приоритетам этого подхода относятся самопомощь, внутреннее использование имеющихся ресурсов (целительного свойства) и привлечение непрофессионалов, которые работают в рамках создаваемой с этой целью сети. Принцип этой практической работы в составе сети гласит: «Укрепление здоровья в моем исправительном учреждении: от идеи к действию».

Этот практический подход позволил персоналу на различных ступенях иерархии интегрироваться в систему самопомощи и создать мотивацию у сотрудников к разработке и осуществлению проектов укрепления здоровья, типичных для исправительных учреждений. Такая деятельность с широким кругом участников является многопрофильной и предполагает использование уже имеющихся ресурсов для укрепления здоровья в исправительных учреждениях. Она ориентирована на использование существующей системы гарантии занятости и нормативных документов по охране труда и технике безопасности. Это комплексная деятельность всего общества по укреплению здоровья.

До сих пор принцип «здоровое исправительное учреждение» развивается не только на основе Оттавской хартии укрепления здоровья (ВОЗ, 1986), в которой отражены результаты новейших исследований в области общественного здравоохранения, но и на основе многих аспектов и ресурсов, способствующих укреплению здоровья (Antonovsky, 1988). Это позволяет работникам медицинского центра адекватно и гибко реагировать на сложные риски, связанные с работой персонала исправительных учреждений.

Комплексные меры по укреплению здоровья сотрудников исправительных учреждений

Интеграция масштабных мер по укреплению здоровья в структуру пенитенциарной системы требует поддержки этого подхода со стороны всех ответственных политиков и министерств. Они не только должны осознать значение и практическую пользу стратегий укрепления здоровья, но и активно поддерживать осуществление этих мер (подход «по нисходящей линии»).

На уровне учреждения могут создаваться различные концепции развития структур охраны здоровья. В идеале все подходы и направления действий должны быть взаимосвязаны, чтобы в итоге всеобъемлющая стратегия укрепления здоровья могла оказывать устойчивое воздействие как на уровне поведения (персонал), так и на уровне отношений (учреждение). Охрана здоровья всегда должна пониматься как непрерывный процесс, направленный на привлечение к активному участию максимально возможного числа сотрудников.

Пример проекта охраны здоровья в исправительном учреждении с указанием важных вех

Во врезке 14.1 в хронологическом порядке представлен процесс развития структур укрепления здоровья в одной из закрытых тюрем в Германии, где работают 400 сотрудников и содержатся 700 заключенных, в период с 1996 по 2001 год.

Врезка 14.1. Развитие структур укрепления здоровья в закрытом исправительном учреждении в Германии

Группа по проведению исследования в области здравоохранения, состоящая из научного сотрудника – специалиста по здравоохранению, социального работника и педагога, представителей комитета сотрудников и администрации, подготовила неофициальный многопрофильный проект. Проект был начат с экспериментального учреждения. В качестве символа было выбрано яблоко.

Группа по проведению исследования в течение нескольких дней посещала все отделения и проводила интенсивный анализ условий работы. Была создана информационная сеть (научные и научно-популярные книги, информационные брошюры по таким темам, как программы страхования здоровья, Интернет и т.д.).

В группу по проведению исследования вошли начальник учреждения, представители администрации, руководители среднего звена, представители комитета сотрудников, представитель от женщин, рабочая группа по укреплению здоровья, пастор и врач-резидент. Было начато оказание психосоциальной помощи, включая меры по преодолению кризисов, решению проблем зависимости и предоставление психосоциальной помощи.

Среди всех сотрудников было проведено анкетирование. Доля ответивших составила 70%. Был проведен анализ ответов. Была создана общенациональная рабочая группа по посттравматическим расстройствам, обусловленным стрессом. Результаты анкетирования были представлены всему персоналу в каждом подразделении и каждом исправительном учреждении, было проведено их обсуждение.

Были улучшены общение и инфраструктура, включая профессиональную подготовку, обучение по вопросам профилактики зависимости, обучение руководящих работников и конференции (по работе в будущем, коммуникации и другим темам).

Были улучшены структуры психосоциального консультирования. Была создана школа психологической поддержки для поощрения занятий аутотренингом и борьбы со стрессом. В каждом исправительном учреждении были созданы кружки по качеству и здоровью.

Сотрудникам были заданы вопросы о посттравматическом расстройстве, обусловленном стрессом, и о концепции улучшения вмешательств во время кризисов в каждом исправительном учреждении и в каждой из федеральных земель.

Было начато сотрудничество с ВОЗ и европейским проектом «Охрана здоровья в тюрьмах», включая участие в совещании по укреплению психического здоровья в исправительных учреждениях, проведенном в Гааге в 1998 году (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999).

Был подготовлен отчет о проекте для Министерства юстиции. В результате огромного успеха проекта было принято решение о его расширении.

Была активизирована учеба вне стен исправительных учреждений (темы: борьба со стрессом, укрепление здоровья, работа в коллективе; занятия продолжались 2–5 дней, в них участвовали до 20 человек на каждом занятии). Была создана рабочая группа по работе с кадрами для координации мер в области здравоохранения, направленных на профилактику болезней, работы по профилактике зависимостей и повышения квалификации сотрудников.

По соглашению с Советом по юстиции проект был модифицирован. Он распространяется еще на два исправительных учреждения, где работают около 500 сотрудников. Численность целевой группы в настоящее время составляет около 900 человек.

Предложение помощи при определенных заболеваниях, обусловленных стрессом (посттравматическое расстройство, обусловленное стрессом), было расширено на другие учреждения. Разрабатывается национальная программа вмешательства при кризисах.

Основные аспекты активной охраны здоровья в исправительных учреждениях

С тех пор как в 1997 году в одном из исправительных учреждений в Германии был начат первый проект по укреплению здоровья, практический опыт показал, что для обеспечения целостного развития структур укрепления здоровья необходимо объединение различных тем. В данном разделе кратко рассказывается о наиболее важных основных принципах и элементах практики, определенных на сегодняшний день.

Укрепление здоровья включает в себя борьбу со стрессом, профилактику заболеваний, интегрирование мероприятий по охране труда и охране здоровья и их дальнейшее развитие, консультации с медицинскими работниками, комплексную медицинскую помощь (например, создание в исправительных учреждениях информационных сетей и библиотек) и повышение квалификации сотрудников.

Вмешательство при кризисах включает в себя консультирование во время кризиса и помощь во время кризиса (например, после самоубийства заключенного), создание сетей самопомощи (контакты с коллегами после чрезвычайных происшествий, например, актов насилия в отношении сотрудников), разрешение конфликтов и предупреждение кризисов. Диапазон мероприятий — от обучения по конкретным вопросам и профилактики до принятия мер вмешательства в конкретных кризисных ситуациях. Национальная группа по вмешательствам при кризисах начинает немедленно действо-

вать и оказывать помощь персоналу исправительных учреждений, как только в такой помощи возникает потребность после чрезвычайных происшествий.

К организационным аспектам относятся консультирование по вопросам общения, групповое консультирование, системы консультирования силами коллег и неспециалистов, обучение взаимодействию, кружки по качеству и здоровью и организация контроля, наставничества и посредничества.

Реабилитация включает в себя сотрудничество с представителями людей, имеющих инвалидность и проблемы, связанные с соблюдением их прав, психосоциальное консультирование (например, при раке), профилактику зависимостей и организацию терапии (особенно лечения алкоголизма), сотрудничество с больницами и реабилитационными центрами и помощь людям в реинтеграции в процесс работы (переход на другое место работы и проверка работоспособности).

Рекомендации в отношении методов, используемых в проекте, включают в себя инициирование в исправительных учреждениях внутренних проектов по укреплению здоровья, проведение анкетирования персонала и собеседований с экспертами в качестве основы для осуществления мер по укреплению здоровья, подготовку регулярных отчетов о здравоохранении с освещением вопросов физического состояния и состояния мер по укреплению здоровья в каждом исправительном учреждении, классификацию исправительных учреждений по уровню состояния здоровья в них и проведение оценки эффективности и эмпирических исследований эффективности разработанных мер. Иницируется сотрудничество в проведении многопрофильных исследований между исправительными учреждениями при тесном взаимодействии с университетами, наиболее авторитетными в технических областях коллегами и национальными и международными организациями, такими как европейский проект ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах», в целях непрерывного совершенствования мер по укреплению здоровья в Европе.

Сети самопомощи в укреплении здоровья в исправительных учреждениях

Центральная идея заключается в создании сети самопомощи из наиболее уважаемых сотрудников исправительных учреждений для целостного укрепления здоровья. Сеть состоит из сотрудников всех уровней иерархии, которые работают вместе, представляя разные службы и направления работы и основываясь на структурах управления проектом. Они используют:

- непрофессионалов для консультирования и предоставления помощи;
- организационные ресурсы, способности и интересы;
- внутренние ресурсы исправительных учреждений, такие как предшествующий профессиональный опыт и специальные знания сотрудников, полученные ими в ходе работы по прежним специальностям (массажист, фельдшер, медсестра (медбрат), мастер педикюра и диетолог).

Для этой идеи важно внутреннее использование имеющихся ресурсов персонала (сотрудников, специализированных социальных служб, врачей, администрации и т.д.), чтобы сотрудники сначала проанализировали проблемы, а потом выработали решения (врезка 14.2). После этого в течение каждого рабочего дня должны проводиться в жизнь единые стратегии. Таким образом, сотрудники подвергаются воздействию какой-либо проблемы (пассивный элемент) и в то же время получают помощь от специалистов по решению проблем (активный элемент). Здесь применяется рабочий принцип кружков качества и здоровья, который является важным элементом мер по укреплению здоровья в исправительных учреждениях.

Врезка 14.2. Контрольный перечень мер и инициатив по самопомощи в исправительных учреждениях

- создание группы по укреплению здоровья (кружок качества);
 - проведение внутренней работы по связям с общественностью в исправительных учреждениях;
 - создание информационных центров по вопросам здоровья;
 - оказание помощи в соглашениях о целях и услугах в области здравоохранения;
 - инициирование соглашений о наркологических услугах;
 - сбор средств для проведения работы;
 - подготовка и проведение анкетирования сотрудников по вопросу о состоянии их здоровья;
 - подготовка и проведение дней здоровья;
 - подготовка и проведение дней информации по таким вопросам, как наркотики, издевательства и стресс;
 - подготовка семинаров по борьбе со стрессом;
 - организация консультаций по питанию;
 - организация занятий физкультурой и спортом;
 - организация различных предложений по занятиям физкультурой;
 - организация вариантов наблюдения за групповыми консультациями;
 - содействие проведению мероприятий, на которых сотрудники собираются вместе (коллективные вечеринки, походы);
 - улучшение питания на работе, например, наличие в столовой фруктов и охладителя для воды;
 - поощрение консультаций по проблемам и кризисам со стороны коллег;
 - организация консультаций по вопросам наркотиков, кризисов или долгов;
 - создание региональных рабочих групп по обмену опытом;
 - создание структур помощи после чрезвычайных происшествий или при болезнях, обусловленных стрессом (контакт с коллегами, расспрашивание о происшедшем);
 - проведение обучения по прекращению курения.
-

Повышение квалификации

Приведенные выше меры осуществляются не только на местах в исправительных учреждениях, но также входят в национальную программу непрерывного обучения сотрудников. Такое надрегиональное, часто многопрофильное повышение квалификации будет все больше усиливать и укоренять идею укрепления здоровья. К примерам тем, по которым проводится непрерывное обучение в медицинских центрах, относятся:

- укрепление здоровья в моем исправительном учреждении — от идеи к действию;
- создание и поддержание здоровых рабочих и жизненных пространств;
- основы общения;
- контакт с коллегами как эффективная основа для встреч по отдельным случаям и для служебных совещаний;
- укрепление личного здоровья и подходы к здоровой жизни;
- психологическая адаптация к смерти и самоубийствам на работе;
- люди с инвалидностью на работе в исправительных учреждениях;
- контроль — вклад в повышение качества профессиональной деятельности;
- общение в исправительных учреждениях — контакт и консультации с коллегами;
- гигиеническое поведение среди мужчин;
- произвол преступных авторитетов в сфере трудовых отношений и в исправительных учреждениях;

- женщины на работе в исправительных учреждениях (включение гендерного равенства в политику во всех областях в качестве приоритета);
- происшествия при выполнении профессиональных обязанностей, повлекшие за собой психические травмы, и как адаптироваться к их последствиям;
- бесконечный стресс? Борьба со стрессом в исправительных учреждениях;
- совещание по вопросам непрерывного обучения для групп вмешательства в случае кризисов;
- из курящих в некурящие – обучение прекращению курения в 10 шагов;
- охрана труда и техника безопасности в исправительных учреждениях.

Результаты и перспективы

Будущий практический опыт, полученный при осуществлении мер по укреплению здоровья, несомненно, вновь подтвердит, что оказывать помощь в реабилитации могут только здоровые и удовлетворенные своей работой сотрудники. На сегодняшний день сотрудники исправительных учреждений являются образцом для подражания для заключенных. Цель тюремного заключения, состоящая в том, чтобы дать бывшим заключенным возможность в будущем вести социально ответственную жизнь, не нарушая закона, предполагает, что здоровый и заинтересованный персонал больше заботится о здоровье заключенных, чтобы повысить тем самым возможности их реабилитации. Это может быть достигнуто, только когда сотрудники исправительных учреждений сами имеют хорошее физическое и психическое здоровье и ценят хорошо выполненную работу, возможности дальнейшего повышения квалификации и перспективы развития, которые будут сопутствовать их трудовой жизни за пределами исправительного учреждения.

Если будут приниматься во внимание индивидуальные потребности сотрудников и у них будет возможность получить помощь, это позволит сотрудникам чувствовать себя намного лучше, и они будут все больше проникаться важностью содержания своей работы. Это приведет к снижению числа случаев невыхода на работу и досрочного ухода на пенсию. Также это позволит значительно экономить фонд заработной платы и повысить качество работы с заключенными.

В идеале на национальном и европейском уровне будут разработаны проекты укрепления здоровья, предусматривающие непрерывный обмен информацией и опытом и тесное сотрудничество с растущей сетью за пределами границ стран. На данный момент европейский проект ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах» представляет собой идеальную платформу для того, чтобы все европейские страны вместе стремились к достижению этой цели в будущем.

Литература

Antonovsky A (1988). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, Jossey-Bass.

Goffman E (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth, Penguin.

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (1999). Mental health promotion in prisons: a consensus statement. In: *Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting, The Hague, the Netherlands, 18–21 November 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, взято с веб-сайта 15 сентября 2006 г.).

**Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро**

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

